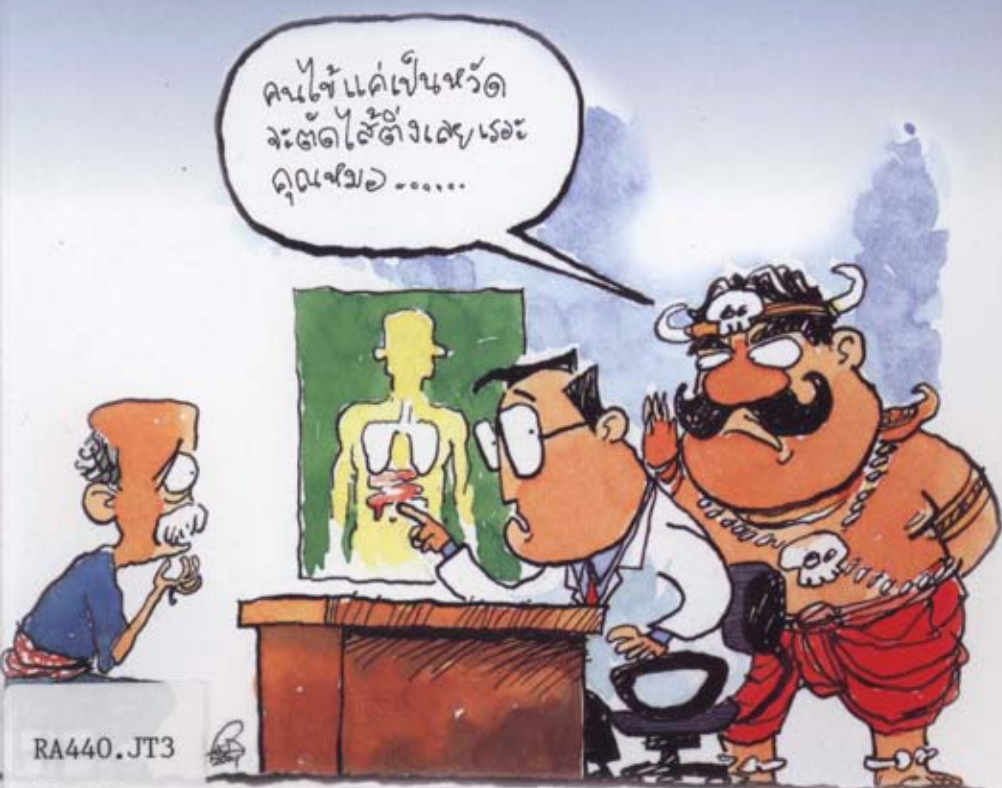


บริการสาธารณสุข

กับ
การแสวงหากำไร

เชิงธุรกิจ



RA440.JT3

บ 215

2546

บริการสาธารณสุข กับ การแสวงหากำไรเชิงธุรกิจ



สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ



สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

บริการสาธารณสุข กับ การแสวงหากำไรเชิงธุรกิจ

จัดพิมพ์โดย

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.)

สนับสนุนโดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

บรรณาธิการ

นางปิติพร จันทรทัต ณ อยุธยา

ดร.วณิ ปิ่นประทีป

ที่ปรึกษา

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ

พิมพ์ครั้งที่ 1 มิถุนายน 2546 จำนวน 5,000 เล่ม

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

ปิติพร จันทรทัต ณ อยุธยา

บริการสาธารณสุขกับการแสวงหากำไรเชิงธุรกิจ. -- นนทบุรี :

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2546.

128 หน้า.

1. สุขภาพ. 2. บริการสาธารณสุข I. ชื่อเรื่อง.

ISBN 974-9626-98-2

ออกแบบรูปเล่ม : บริษัท **สร้างสื่อ** จำกัด

17/118 ซ.ประดิพัทธ์ 1 ถ.ประดิพัทธ์ สามเสนใน พญาไท กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ 0-2279-9636, 0-2271-4339 โทรสาร 0-2618-7838

พิมพ์ที่ : พิมพ์ดี

คำนำ

ร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ (ฉบับปรับปรุง 24 กันยายน 2545) เป็นผลมาจากกระบวนการทางปัญญาและทางสังคม โดยการสนับสนุนของฝ่ายการเมือง เพื่อช่วยกันจัดทำกฎหมายแม่บทที่เป็นธรรมนูญด้านสุขภาพของคนไทย และเป็นผลสืบเนื่องมาจากการทำงานวิชาการของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ชุดที่มี ศ.นพ.ประสพ รัตนากร เป็นประธาน ที่มีชื่อว่า “รายงานระบบสุขภาพประชาชาติ ข้อเสนอต่อการปฏิรูประบบสุขภาพ สืบเนื่องมาจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540” (มีนาคม 2543)

เราใช้เวลาช่วยกันจัดทำ ร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติในรูปแบบที่เปิดให้ทุกฝ่ายเข้ามามีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง ตั้งแต่ปี 2543 เป็นต้นมา แต่ก็ยังมีบางประเด็นที่บางฝ่ายยังเห็นไม่ตรงกัน ซึ่งก็เป็นเรื่องธรรมดา เพราะความคิดของคนแต่ละคนมีฐานที่ต่างกัน ก็ย่อมคิดและเห็นต่างกันได้

ประเด็นเรื่องบริการสาธารณสุขก็เป็นอีกประเด็นหนึ่งที่ยังมีความเห็นที่แตกต่าง ฝ่ายหนึ่งมองว่าจะต้องไม่เป็นไปเพื่อการหากำไรเชิงธุรกิจ แต่บางฝ่ายมองว่าควรปล่อยให้เป็นไปตามธรรมชาติ

อย่างไรก็ตามในร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ (ฉบับปรับปรุง 24 กันยายน 2545) ที่เสนอต่อรัฐบาลมีการเขียนไว้ในมาตรา 71 ว่า “บริการสาธารณสุขต้องไม่เป็นไปเพื่อแสวงหากำไรเชิงธุรกิจ” ซึ่งต่อมามีข้อยุติเบื้องต้นตรงกันว่า ควรเติมคำว่า “ที่ไม่สมเหตุสมผล” ต่อท้ายลงไปด้วย แต่ก็ยังคงมีบางฝ่ายกังวลในเรื่องนี้อยู่

สปรส. ในฐานะฝ่ายเลขานุการจึงได้ประสานให้นักวิชาการบางท่านได้ช่วยทบทวนองค์ความรู้และมุมมองเกี่ยวกับเรื่องนี้ ทั้งในระดับสากลและระดับประเทศแล้วจัดเวทีระดมความคิดขึ้น เพื่อแลกเปลี่ยน

เรียนรู้ซึ่งกันและกัน อันจะนำไปสู่การทำความเข้าใจกัน การสร้าง
ปัญญาร่วมกันและจะเป็นประโยชน์ในการใช้เป็นข้อมูลความรู้ในชั้น
ตอนการพิจารณาของฝ่ายนิติบัญญัติและองค์กรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องต่อไป
หนังสือเล่มนี้ จึงได้รวบรวมองค์ความรู้ ข้อมูลและความคิดเห็นใน
แง่มุมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้ไว้เป็นเบื้องต้น ซึ่งผมคิดว่าจะเกิด
ประโยชน์ทั้งต่อการจัดทำ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติให้ออกมาดีที่สุดสำหรับ
คนไทยและทั้งต่อการพัฒนาสติปัญญาของคนไทยเพื่อร่วมกันสร้าง
เสริมสุขภาพให้วิวัฒน์พัฒนายิ่งขึ้นสืบไป

ศ.นพ. เกษม วัฒนชัย

ประธานคณะกรรมการวิชาการเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ
เมษายน 2548

สารบัญ

| | |
|---|----|
| ความเป็นมาเป็นไป..... | 1 |
| ร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ : | |
| มาตราต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการสาธารณสุข..... | 7 |
| สรุปการประชุมระดมสมอง | |
| “การบริการสาธารณสุขกับการค้ากำไรเชิงธุรกิจ” | |
| วันที่ 10 เมษายน 2546 | 14 |
| การทบทวนทางวิชาการ (ปัจจัยนำเข้าการประชุมระดมสมองฯ)..... | 25 |
| ● การบริการสาธารณสุขกับการแสวงหากำไร | 25 |
| วิโรจน์ ณ ระนอง | |
| ● การบริการสาธารณสุขกับการค้ากำไรเชิงธุรกิจ : | |
| ประเด็นเพื่อการทำความเข้าใจ | 70 |
| วัชรา รั้วไพบูลย์ | |
| บทความต่าง ๆ และความเห็นสาธารณะ (บางส่วน)..... | 94 |
| 1. รายงานระบบสุขภาพประชาชาติ : ข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพ | |
| สืบเนื่องจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 | |
| คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา (มีนาคม 2543) | 94 |
| 2. คำประกาศข้อเสนอต่อการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ | |
| โดยผู้แทนจากภาคีต่าง ๆ (5 กันยายน 2544) | 96 |
| 3. ส่วนหนึ่งของข้อเสนอจากเครือข่ายประชาคมคนจน | |
| ต่อการจัดทำ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ | |
| (26-27 พฤศจิกายน 2544) | 97 |
| 4. ส่วนหนึ่งของข้อเสนอจาก 4 องค์กรวิชาชีพสาธารณสุข | |

| | |
|--|-----|
| (แพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม และทันตแพทยสภา) (18 มิถุนายน 2545) | 98 |
| 5. ส่วนหนึ่งของการเห็นจากคณะกรรมการเฉพาะกิจ ของแพทยสภา (15 กรกฎาคม 2545) | 99 |
| 6. ส่วนหนึ่งของการเห็นจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพ (26 กรกฎาคม 2545) | 99 |
| 7. บทความเรื่อง "สุขภาพที่อยู่เหนือตลาด" ของ อาจารย์นิธิ เอียวศรีวงศ์ (หนังสือพิมพ์มติชนรายวัน 29 กรกฎาคม 2545) | 103 |
| 8. บทความเรื่อง "ธรรมนูญด้านสุขภาพของคนไทย" ของ นพ.ชาติรี ดวงเนตร (หนังสือพิมพ์ผู้จัดการรายวัน 12 และ 13 กันยายน 2545) | 108 |
| 9. ส่วนหนึ่งของการข้อเสนอจากแพทยสภา (10 มกราคม 2546) | 113 |
| 10. ส่วนหนึ่งของการข้อเสนอจากแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย (10 มกราคม 2546) | 114 |
| 11. ส่วนหนึ่งของการข้อเสนอจากกลุ่มสถาบันฝึกอบรม แพทย์เฉพาะทางแห่งประเทศไทย (10 มกราคม 2546) | 114 |
| 12. ส่วนหนึ่งของการเห็นกระทรวงสาธารณสุข (10 มกราคม 2546) | 115 |
| 13. บทความเรื่อง "คำกำไรทางสุขภาพ" ของ อาจารย์สมพันธ์ เตชะอธิก (หนังสือพิมพ์มติชนรายวัน 26 มีนาคม 2546) | 115 |

ผนวก

| | |
|---|-----|
| 1. รัฐธรรมนูญฯ พ.ศ. 2540 บางมาตราที่เกี่ยวข้อง | 120 |
| 2. รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมระดมสมอง เรื่อง "บริการสาธารณสุขกับการค้ากำไร" วันที่ 10 เมษายน 2546 | 122 |

ความเป็นมาเป็นไป

ในร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ (ฉบับปรับปรุง 24 กันยายน 2545) หมวดที่ 6 ส่วนที่ 3 บริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ มาตรา 71 ระบุแนวนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพเรื่องนี้ไว้ว่า

“การบริการสาธารณสุขให้เป็นไปอย่างสอดคล้องกับระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ตามมาตรา 7* และไม่เป็นไปเพื่อการแสวงกำไรเชิงธุรกิจ”

โดยมีคำอธิบายประกอบว่า

เหตุผลที่กำหนดหลักการของการบริการสาธารณสุขไม่ให้เป็นการแสวงกำไรเชิงธุรกิจ คือ

1. เนื่องจากบริการสาธารณสุขเป็นบริการที่มีลักษณะเฉพาะ ดังนี้

- เป็น**บริการวิชาชีพ** (profession) ที่เป็นบริการคุณธรรม (merit goods) ให้บริการโดยบุคลากรกลุ่มเฉพาะที่ต้องทำงานบนพื้นฐานจริยธรรมที่ชัดเจน ได้รับค่าตอบแทน (fee) ตามวิชาชีพ ไม่ใช่รับตามผลกำไรจากบริการ กำไรจึงไม่ใช่เป้าหมายสูงสุดของการจัดบริการ และแข่งขันไม่ได้ ไม่เหมือนกับการประกอบอาชีพทั่วไป (occupation) และไม่เหมือนกับการธุรกิจการค้า (trade) ที่ใครจะทำก็ได้ ทุกฝ่ายเข้าถึงข้อมูล มีการแข่งขันเสรีได้ และเป็นไปเพื่อแสวงกำไรสูงสุดได้

* มาตรา 7 (วรรค 2)

ระบบสุขภาพตามวรรคหนึ่ง ต้องเป็นระบบที่พึงประสงค์ ดังนี้

- (1) มีศีลธรรม คุณธรรม และจริยธรรม
- (2) เคารพในสิทธิ คุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และนำไปสู่ความเท่าเทียมกัน
- (3) มีโครงสร้างครบถ้วน และมีการทำงานที่สัมพันธ์และเชื่อมโยงกันอย่างมีบูรณาการ
- (4) มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ ควบคุมค่าใช้จ่ายได้ ตรวจสอบได้ และรับผิดชอบร่วมกันอย่างสมานฉันท์
- (5) มีปัญญาเป็นพื้นฐาน เรียนรู้และพัฒนาได้อย่างต่อเนื่อง โดยสอดคล้องกับวิถีชีวิตและสังคม รวมทั้งพึ่งตนเองได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน

- เป็นบริการที่ใช้กลไกตลาดทำงานเต็มที่ไม่ได้ (market failure) เพราะผู้บริโภคไม่มีทางที่จะรู้ข้อมูลเพียงพอในการตัดสินใจเลือกบริการ (asymmetry of information) เนื่องจากเป็นบริการที่เกี่ยวกับชีวิตและความเป็นความตาย ผู้ให้บริการกุมข้อมูลทางวิชาการส่วนใหญ่ไว้ได้ฝ่ายเดียว

2. ถ้าปล่อยให้บริการสาธารณสุขเป็นบริการค้ากำไรเชิงธุรกิจ การจัดบริการก็จะทำเพื่อกำไรสูงสุดเหมือนธุรกิจทั่วไป จะเกิดการให้บริการอย่างผิดปกติ เกินจำเป็น ไม่สมเหตุสมผล (supply induce demand) ได้ เพื่อให้มีรายรับมากๆ ผลกำไรสูงสุด โดยฝ่ายผู้บริโภคไม่มีทางที่จะรู้เท่าทันและไม่สามารถตรวจสอบได้

3. จริยอยู่การจัดบริการสาธารณสุขจำเป็นต้องใช้เงินเป็นทุน และการดำเนินงานมีกำไรได้ เพื่อนำกำไรไปพัฒนาบริการเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้บริโภคและสาธารณะ เช่น การจัดบริการของมูลนิธิและองค์กรสาธารณประโยชน์อื่นๆ (แต่มีใช้การนำเงินกำไรมาแบ่งกันในหมู่ผู้เกี่ยวข้อง ซึ่งจะไม่เกิดแรงจูงใจที่จะให้บริการเกินจำเป็นหรือไม่สมเหตุสมผล)

4. แม้ว่ามาตรา 50 และ 87 แห่งรัฐธรรมนูญจะกำหนดให้ส่งเสริมการประกอบอาชีพและการแข่งขันเสรีอย่างเป็นธรรม แต่บริการสาธารณสุขมิใช่การประกอบอาชีพหรือการค้าทั่วไป ด้วยเหตุผลที่กล่าวแล้วข้างต้น จึงเข้าข้อยกเว้นเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค (ม.50) และเพื่อรักษาผลประโยชน์ส่วนรวม (ม.87)"

ก่อนมาเป็นร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาตินี้ มีการจัดทำร่างกรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ โดยสังเคราะห์สาระสำคัญจากงานวิชาการต่างๆ และมีการเปิดเวทีรับฟังความคิดเห็นจากทุกภาคส่วนอย่างกว้างขวาง ตั้งแต่ปี 2543 เป็นต้นมา

เกี่ยวกับประเด็น "บริการสาธารณสุข" นี้ ใน "รายงานระบบสุขภาพประชาชาติ" ข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพสืบเนื่องจากรัฐธรรมนูญฯ พ.ศ. 2540 ของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ชุดที่มี ศ.นพ.ประสพ

รัตนากร เป็นประธาน (1 มีนาคม 2543) ได้เสนอคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของระบบบริการสาธารณสุขไว้ว่า

"...3. มีกลไกที่จะสนับสนุนให้สถานบริการที่ไม่มุ่งกำไร (not for profit) หรือกำหนดเงื่อนไขให้สถานบริการที่มุ่งกำไรต้องใช้กำไรส่วนหนึ่งในการสร้างสุขภาพหรือให้บริการแก่ประชากรผู้ยากไร้ (ผ่านกลไกที่สามารถบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ)..."

ข้อเสนอจากเครือข่ายประชาคมคนจน ซึ่งเป็นหนึ่งตัวอย่างของข้อเสนอต่อเรื่องนี้ บอกว่า

"ให้ยกเลิกการแสวงกำไรจากบริการด้านสุขภาพ ไม่ว่าจะจัดโดยภาครัฐ ภาคเอกชน หรือภาคประชาชนก็ตาม"

และใน "คำประกาศข้อเสนอต่อการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ" ในเวทีการประชุมสภาสีตสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 5 กันยายน 2544 ณ อิมแพ็คเมืองทองธานี ซึ่งมีองค์กรภาคีกว่า 1,599 องค์กร ร่วมประชุม ได้แสดงเจตนาารมณต์ต่อเรื่องนี้ว่า

"... 5. ในระบบสุขภาพแห่งชาติต้องเป็นระบบที่เปิดช่องทาง การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนอย่างเป็นรูปธรรม มีการกระจายอำนาจ ลดการผูกขาด สร้างความสมานฉันท์ของคนในสังคม เฉลี่ยสุขเฉลี่ยทุกข์ เอื้ออาทร ไม่เอา รัดเอาเปรียบกัน และเรื่องสุขภาพต้องไม่เป็นไปเพื่อการค้ากำไร"

ในการรับฟังความเห็นร่างสาระสำคัญที่ควรบรรจุในร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ช่วงปี 2545 ภาคีสภาวิชาชีพด้านสุขภาพ 4 สภา ได้แก่ แพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม และทันตแพทยสภา มีข้อเสนอร่วมกันลงนามโดยนายกของทั้ง 4 สภา ประกอบด้วย ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา รศ.ดร.ทัศนาศ นุญทอง รศ.ดร.ธิดา นิงสานนท์ และทพ.ปิยะพงศ์ วัฒนวีร์ (หนังสือที่ สภ.พ.01/05/1747 ลงวันที่ 18 มิถุนายน 2545) ว่า

"การบริการสาธารณสุขที่กลายเป็นบริการเพื่อค้ากำไร ควรต้องปรับแก้ไขให้เป็นบริการที่ไม่ค้ากำไรเกินควร หรือไม่ควรเป็นการค้ากำไรเชิงธุรกิจ ซึ่งควรดำเนินการดังนี้

(1) มีการประกันคุณภาพบริการและการกำหนดหรือควบคุมมาตรฐานค่าบริการ โดยอาจกำหนดเป็นรายการคำรักษาพยาบาลที่ประกาศให้ประชาชนทราบล่วงหน้า

(2) สนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายการจัดบริการและการตรวจสอบคุณภาพ กำหนดให้บริการสาธารณสุขเป็นบริการสาธารณะที่เป็นบริการคุณธรรมและมีให้นำเอาระบบเศรษฐกิจที่อาศัยกลไกตลาดมาใช้กับระบบบริการสุขภาพ เช่น มีให้นำเข้าตลาดหลักทรัพย์ เป็นต้น

แต่ต่อมาในช่วงเดือนธันวาคม 2545 - มกราคม 2546 กลุ่มองค์กรวิชาชีพแพทย์ส่วนหนึ่ง ได้แก่ แพทยสมาคม สถาบันฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง รวมทั้งแพทยสภา และแพทย์ผู้ใหญ่ (บางท่าน) ได้เคลื่อนไหวคัดค้านเรื่องนี้ ในหลายรูปแบบและหลายช่องทางในขณะที่ร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ กำลังรอเข้าคณะรัฐมนตรี

สำหรับกระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีหน้าที่ดูแลเรื่องสุขภาพอนามัยของคนไทยทั้งประเทศมีความเห็นเป็นข้อเสนออย่างเป็นทางการเมื่อเดือนมกราคม 2546 ลงนามโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ว่าให้ตัดข้อความ "และไม่เป็นไปเพื่อแสวงกำไรเชิงธุรกิจ" ออก

ต่อมาในการประชุมปรึกษาหารือเพื่อหาข้อยุติต่อข้อสังเกตต่างๆ ที่มีต่อร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 13 มกราคม 2546 ที่จัดโดย สป.ร.ส. มี นพ.ไพโรจน์ ینگสานนท์ เป็นประธาน มีส่วนราชการต่างๆ 10 หน่วยเข้าร่วม ได้ข้อยุติต่อประเด็นนี้ตรงกันว่า

ให้เติมคำว่า "ที่ไม่สมเหตุสมผล" ต่อท้ายข้อความที่ว่า "ไม่แสวงกำไรเชิงธุรกิจ" ตามที่แพทยสภาเสนอ แล้วมอบให้สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ช่วยทำความเข้าใจความให้ชัดเจนต่อไป

เรื่องนี้น่าจะระดมสมองกันได้ โดยปล่อยให้สังคมค่อยๆ เรียนรู้ร่วมกัน ค่อยๆ คิด ค่อยๆ ปรับต่อไปในอนาคต ซึ่งเมื่อมีกลไกคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติขึ้นมาดูแลเรื่องนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพพร้อมกันแล้ว ก็จะได้ใช้เป็นเครื่องมือทำงานร่วมกันต่อไป

แต่การณ์ปรากฏว่า ในที่ประชุมคณะรัฐมนตรี วันที่ 21 มกราคม 2546 แม้ร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติจะยังไม่ได้บรรจุวาระพิจารณาในคณะรัฐมนตรี ท่านนายกรัฐมนตรี (พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร) เกิดเป็นห่วงเรื่องนี้อย่างพิเศษ จึงได้สั่งให้ส่งร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติให้รองนายกรัฐมนตรี (นายวิษณุ เครืองาม) ช่วยดูเป็นการเฉพาะอีกรอบ แม้ว่า ร่าง พ.ร.บ.ฯ จะผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการกฤษฎีกาเรื่องเสนอคณะรัฐมนตรี คณะที่ 3 ที่มีรองนายกรัฐมนตรี (นายจาตุรนต์ ฉายแสง) เป็นประธาน พิจารณาแล้วก็ตาม ด้วยเหตุผลว่า

“ปัจจุบันหลักการบางประการในร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ที่อยู่ระหว่างการพิจารณาของคณะกรรมการกฤษฎีกาเรื่องเสนอคณะรัฐมนตรี คณะที่ 3 อาจลดความจำเป็นลง เนื่องจากรัฐบาลได้มีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ซึ่งแก้ปัญหาด้านการรักษาพยาบาลไปได้ในระดับหนึ่งแล้ว ฉะนั้น เพื่อมิให้กฎหมายที่จะเกิดขึ้นขัดแย้งกับการดำเนินการตามนโยบายที่ได้ทำอยู่แล้ว ประกอบกับร่างกฎหมายดังกล่าวบางมาตราอาจมีผลกระทบกับการประกอบวิชาชีพแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ได้ เมื่อได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการกฤษฎีกาเรื่องเสนอคณะรัฐมนตรี คณะที่ 3 แล้วให้นำเสนอคณะกรรมการกฤษฎีกาเรื่องเสนอคณะรัฐมนตรี คณะที่ 7 (ฝ่ายกฎหมายฯ) ซึ่งมีรองนายกรัฐมนตรี (นายวิษณุ เครืองาม) เป็นประธานกรรมการพิจารณาด้วย โดยให้พิจารณาอย่างบูรณาการทั้งระบบ แล้วนำเสนอคณะรัฐมนตรีต่อไป”

อนึ่งในการกล่าวปาฐกถาพิเศษของนายกรัฐมนตรี พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร เรื่อง “รัฐบาลกับการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ” ในเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ว่าด้วยเรื่อง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 9 สิงหาคม 2545 ที่ไบเทค บางนา ท่านนายกรัฐมนตรีได้กล่าวไว้ตอนหนึ่งว่า

“เมื่อเป็นความปรารถนาของประชาชน อยากจะมี พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติเพื่อจะทำให้เรื่องของสุขภาพแห่งชาติไม่ได้เป็นเรื่องของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งหรือเป็นเรื่องของรัฐบาลเท่านั้น ซึ่งเป็นสิ่งที่ถูกต้อง ในฐานะที่ผมเป็น

รัฐบาล ผมมีหน้าที่จะต้องทำตามความปรารถนาของคนส่วนใหญ่ เพื่อคนส่วนใหญ่ เพราะฉะนั้น เรื่องนี้ รัฐบาลจะรับเข้าไปสู่กระบวนการบริหารและกระบวนการนิติบัญญัติต่อไป”

กว่าร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ จะสำเร็จออกมาเป็นกฎหมาย ต้องผ่านอีกหลายขั้นตอน อันเป็นหนทางที่ยาวไกลมาก

การรับฟังกันและกัน และเรียนรู้ร่วมกันอย่างเป็นกัลยาณมิตร รวมทั้งการทำงานทางวิชาการ เพื่อเป็นฐานทางปัญหาของสังคมไทย ให้ก้าวหน้าต่อไปตามลำดับ นับว่ามีความสำคัญยิ่ง

ร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ

มาตราต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

กับการบริการสาธารณสุข

ในร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ฉบับปรับปรุง 24 กันยายน 2545 นั้น มีอยู่หลายมาตราที่มีความเกี่ยวข้องกับการบริการสาธารณสุข ได้แก่

มาตรา 7 ระบบสุขภาพต้องมุ่งเน้นเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของคนทั้งมวล และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีกระบวนการพัฒนาศักยภาพบุคคล ครอบครัว ชุมชน สภาพแวดล้อมและสังคมอย่างต่อเนื่อง เพื่อประโยชน์สุขของการอยู่ร่วมกัน

ระบบสุขภาพตามวรรคหนึ่ง ต้องเป็นระบบที่พึงประสงค์ ดังนี้

- (1) มีศีลธรรม คุณธรรม และจริยธรรม
- (2) เคารพในสิทธิ คุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และนำไปสู่ความเท่าเทียมกัน
- (3) มีโครงสร้างครบถ้วน และมีการทำงานที่สัมพันธ์และเชื่อมโยงกันอย่างมีบูรณาการ
- (4) มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ ควบคุมค่าใช้จ่ายได้ ตรวจสอบได้ และรับผิดชอบร่วมกันอย่างสมานฉันท์
- (5) มีปัญญาเป็นพื้นฐาน เรียนรู้และพัฒนาได้อย่างต่อเนื่อง โดยสอดคล้องกับวิถีชีวิตและสังคม รวมทั้งพึ่งตนเองได้

อย่างเหมาะสมและยั่งยืน

มาตรา 71 การบริการสาธารณสุขให้เป็นไปอย่างสอดคล้องกับระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ตามมาตรา 7 และไม่เป็นไปเพื่อการแสวงกำไรเชิงธุรกิจ

มาตรา 72 ให้ส่งเสริมสนับสนุนการบริการสาธารณสุขที่เน้นการดูแลสุขภาพประชาชนอย่างต่อเนื่องร่วมกับประชาชน โดยให้ความสำคัญในมิติเชิงมนุษย์และสังคม ด้วยแนวคิดที่เป็นองค์รวม และมีการเชื่อมโยงการจัดบริการสาธารณสุขต่างๆ เข้าด้วยกันเพื่อให้เกิดการทำงานอย่างรับผิดชอบร่วมกัน โดยเน้นการส่งเสริมสนับสนุนการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของประชาชนควบคู่ไปด้วย

มาตรา 73 การบริการสาธารณสุขตามมาตรา 71 และ 72 ให้มีแนวทางและ มาตรการต่างๆ ดังนี้

1. ส่งเสริม สนับสนุน และเพิ่มศักยภาพให้ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรอื่นๆ ในทุกระดับมีส่วนร่วมและรับผิดชอบการจัดบริการสาธารณสุข
2. ใช้มาตรการด้านภาษี ด้านงบประมาณ ด้านวิชาการ ด้านสังคม ด้านการศึกษา ด้านกฎหมาย และด้านอื่นๆ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนและพัฒนาการจัดบริการสาธารณสุขให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพที่พึงประสงค์อย่างต่อเนื่อง
3. สร้างระบบการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่นำมาใช้ในการบริการสาธารณสุขและใช้เพื่อสุขภาพ เพื่อให้เกิด

การใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสมและควบคุมค่าใช้จ่ายได้

4. ส่งเสริม สนับสนุนกระบวนการพัฒนาและควบคุมคุณภาพบริการสาธารณสุข เพื่อการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานบริการ และการคุ้มครองผู้บริโภค
5. สร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับสถานพยาบาลและระดับพื้นที่เพื่อให้เกิดความรับผิดชอบและเกิดความสมานฉันท์ระหว่างประชาชนและบุคลากรด้านสาธารณสุข
6. ส่งเสริม สนับสนุนการพัฒนาบริการสาธารณสุขเฉพาะเรื่องที่สำคัญ เช่น การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นต้น
7. แนวทางและมาตรการอื่นๆ ที่เหมาะสม

มาตรา 74 ให้คสช.จัดให้มีกลไกพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนากิจการบริการสาธารณสุข และกลไกประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพตามมาตรา 73 (3) เป็นการเฉพาะ
ให้มีกลไกอิสระเพื่อดูแลระบบการพัฒนาและรับรองคุณภาพบริการสาธารณสุข ตามที่กฎหมายบัญญัติ

คำชี้แจง

มาตรา 71 - 74 ส่วนนี้จำกัดอยู่เฉพาะการบริการสาธารณสุข ซึ่งเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ เพราะประชาชนต้องพึ่งพาสูงและมีการใช้ทรัพยากรเป็นจำนวนมาก

มาตรา 71 เหตุผลที่กำหนดหลักการของการบริการสาธารณสุขไม่ให้เป็น

ไปเพื่อการแสวงกำไรเชิงธุรกิจคือ

(1) เนื่องจากบริการสาธารณสุขเป็นบริการที่มีลักษณะจำเพาะ
ดังนี้

- เป็นบริการวิชาชีพ (profession) ที่เป็นบริการ
คุณธรรม (merit goods) ให้บริการโดยบุคลากร
กลุ่มเฉพาะที่ต้องทำงานบนพื้นฐานจริยธรรมที่ชัดเจน
ได้รับค่าตอบแทน (fee) ตามวิชาชีพ ไม่ใช่รับตาม
ผลกำไรจากบริการ กำไรจึงไม่ใช่เป้าหมายสูงสุดของ
การจัดบริการ และแข่งขันไม่ได้ไม่เหมือนกับการ
ประกอบอาชีพทั่วไป (occupation) และไม่เหมือน
กับธุรกิจการค้า (trade) ที่ใครจะทำก็ได้ ทุกฝ่าย
เข้าถึงข้อมูล มีการแข่งขันเสรีได้ และเป็นไปเพื่อ
แสวงกำไรสูงสุดได้
- เป็นบริการที่ใช้กลไกตลาดทำงานเต็มที่ไม่ได้ (mar-
ket failure) เพราะผู้บริโภคไม่มีทางที่จะรู้ข้อมูล
เพียงพอในการตัดสินใจเลือกบริการ (asymmetry
of information) เนื่องจากเป็นบริการที่เกี่ยวกับ
ชีวิตและความเป็นความตาย ผู้ให้บริการกุมข้อมูล
ทางวิชาการส่วนใหญ่ไว้ได้ฝ่ายเดียว

(2) ถ้าปล่อยให้บริการสาธารณสุขเป็นบริการค้ากำไรเชิงธุรกิจ
การจัดบริการก็จะทำเพื่อกำไรสูงสุดเหมือนธุรกิจทั่วไป
จะเกิดการให้บริการอย่างผิดปกติ เกินจำเป็น ไม่สมเหตุ
สมผล (induce demand) ได้ เพื่อให้มีรายรับมากๆ
ผลกำไรสูงสุด โดยฝ่ายผู้บริโภคไม่มีทางที่จะรู้เท่าทัน
และไม่สามารถตรวจสอบได้

- (3) จริยอยู่การจัดบริการสาธารณสุขจำเป็นต้องใช้เงินเป็นทุน และการดำเนินงานมีกำไรได้ เพื่อนำกำไรไปพัฒนาบริการเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้บริโภคและสาธารณะ เช่น การจัดบริการของมูลนิธิและองค์กรสาธารณะประโยชน์อื่นๆ (แต่มีใช้การนำเงินกำไรมาแบ่งกันในหมู่ผู้เกี่ยวข้อง ซึ่งจะไม่เกิดแรงจูงใจที่จะให้บริการเกินจำเป็นหรือไม่สมเหตุสมผล)
- (4) แม้ว่ามาตรา 50 และ 87 แห่งรัฐธรรมนูญจะกำหนดให้ส่งเสริมการประกอบอาชีพและการแข่งขันเสรีอย่างเป็นธรรม แต่บริการสาธารณสุขมิใช่การประกอบอาชีพหรือการค้าทั่วไป ด้วยเหตุผลที่กล่าวแล้วข้างต้น จึงเข้าข้อยกเว้นเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค (ม.50) และเพื่อรักษาผลประโยชน์ส่วนรวม (ม.87)

มาตรา 72 เป็นการกำหนดทิศทางการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขไปสู่ทิศทางที่ควรจะเป็น คือ

- (1) ดูแลสุขภาพประชาชนต่อเนื่อง ร่วมกับประชาชน ไม่ใช่ฝ่ายผู้ให้บริการดำเนินการตามลำพัง
- (2) เป็นบริการที่ให้ความสำคัญกับเรื่องของมนุษย์และสังคม คำนึงถึงความเป็นองค์รวมของเรื่องชีวิตและสุขภาพ มิใช่มุ่งเฉพาะวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือศาสตร์ต่างๆ อย่างแยกส่วน เพราะจะทำให้บริการเป็นเรื่องทางวัตถุมากกว่าเรื่องของชีวิตจิตใจ
- (3) เชื่อมโยงบริการต่างๆ เข้าด้วยกัน เพื่อดูแลรับผิดชอบประชาชนร่วมกัน มิใช่ปล่อยให้ประชาชนต้องวิ่งไขว่คว้า

หาบริการกันเองตามยถากรรม

- (4) การบริการสาธารณสุขที่ให้แก่ประชาชนต้องทำให้ประชาชนมีศักยภาพในการพึ่งตนเองเพิ่มขึ้น มิใช่ลดลง

มาตรา 73 เป็นการกำหนดแนวทางและมาตรการส่วนหนึ่งสำหรับการวางนโยบายและยุทธศาสตร์ในอนาคต

ระบบการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพใน (3) มีความสำคัญ เพื่อการดูแลให้ใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสมเกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชนโดยไม่สิ้นเปลืองเกินจำเป็น ในระยะต้นนี้เสนอให้ คสช. จัดกลไกพัฒนาการทำงานเรื่องนี้ไปพลางๆ ก่อน (มาตรา 74 วรรคหนึ่ง) ต่อเมื่อสังคมมีความพร้อม อาจผลักดันให้มีกลไกทำงานอย่างอิสระเป็นการเฉพาะต่อไปได้

การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมใน (5) ก็มีความสำคัญอย่างมาก เพราะจะเป็นการทำให้เกิดการร่วมรับรู้ ร่วมทำ ร่วมรับผิดชอบระหว่างฝ่ายผู้ให้บริการกับฝ่ายประชาชน จะทำให้เกิดความสมานฉันท์ และอยู่ร่วมกันอย่างผาสุกของคนในสังคม ซึ่งตรงนี้เป็นจุดเด่นของสังคมไทยมาตั้งแต่อดีต ควรได้รับการขยายเสริม ถ้าปราศจากกระบวนการมีส่วนร่วมที่ดี ปรากฏการณ์ที่ต่างฝ่ายต่างอยู่ ต่างฝ่ายต่างทำ ต่างฝ่ายต่างเรียกร้องและเผชิญหน้ากันก็จะเกิดมากขึ้นตามมา ซึ่งจะไม่เกิดผลดีกับทุกคน

มาตรา 74 เนื่องจากการปรับเปลี่ยนการจัดบริการสาธารณสุข (health service re-orientation) เป็นเรื่องใหญ่และยากมาก จึง

จำเป็นต้องกำหนดให้ คสช. จัดกลไกเฉพาะเพื่อที่จะได้ทำงาน กำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ได้อย่างถูกต้องแม่นยำและนำไปสู่สิ่งที่ดีกว่าอย่างได้ผล

สำหรับเรื่องระบบการพัฒนาและรับรองคุณภาพบริการ สาธารณสุข ก็เป็นอีกเรื่องหนึ่งที่มีความสำคัญมาก เพราะมีผลทั้งต่อการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการและมีผลต่อการคุ้มครองผู้บริโภคโดยตรง ควรมีกลไกดูแล เรื่องนี้แยกออกมาเป็นการเฉพาะ จึงกำหนดว่าให้มีการออกกฎหมายเฉพาะ

สรุปการประชุมระดับสมอง

“การบริการสาธารณสุข กับ การค้าทำไร่เชิงธุรกิจ”

วันที่ 10 เมษายน 2546

เวลา 09.00 - 12.00 น.

ณ ห้องประชุม 1

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ



ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย องคมนตรี ในฐานะประธานคณะอนุกรรมการวิชาการ ในคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่เป็นประธานในการประชุมระดมความคิดเห็น ประธานได้กล่าวชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการประชุมในครั้งนี้ว่ามีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการจะระดมความคิดเห็นจากนักวิชาการ ผู้แทนประชาคมในพื้นที่ องค์กรที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสุขภาพ รวมทั้งภาคประชาชนที่เป็นผู้รับบริการสุขภาพ ได้มาร่วมกันแสดงความคิดเห็นในประเด็นที่ระบุไว้ใน

มาตรา 71 ในร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติที่ระบุไว้

“มาตรา 71 การบริการสาธารณสุขให้เป็นไปอย่างสอดคล้องกับระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ ตามมาตรา 7 และไม่เป็นไปเพื่อการแสวงกำไรเชิงธุรกิจ”

ในการระดมความเห็นในครั้งนี้ จะเป็นการร่วมกันให้ความเห็น ไม่มีข้อสรุปจากที่ประชุม แต่จะเป็นการประมวลความเห็นทั้งหมดเพื่อทำเป็นเอกสารเชิงวิชาการ สำหรับใช้ประโยชน์ในกระบวนการนิติบัญญัติต่อไป ในกระบวนการนี้ถือเป็นกระบวนการประชาธิปไตยที่จะมาเรียนรู้ร่วมกัน

การประชุมในวันนี้ มีผู้เข้าร่วมประชุมทั้งหมด 23 ท่าน (ผนวก 2) ผลการระดมความคิดเห็น มีประเด็นที่รวบรวมได้ดังนี้

ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย ในฐานะประธานที่ประชุม ได้กล่าวนำว่า ที่มาของการประชุมในวันนี้ เนื่องมาจาก ในช่วงที่มีการประชุมของวุฒิสภาชุดก่อนซึ่งเป็นผลมาจากการแต่งตั้งนั้น ในกรรมาการวุฒิสภาด้านสาธารณสุข ซึ่งมี ศ.นพ.ประสพ รัตนากร เป็นประธานกรรมาธิการฯ ในกลุ่มพวกเราจะมีอาจารย์อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ อาจารย์วิจิตร อึ้งประพันธ์ อาจารย์ไพโรจน์ ینگสานนท์ ซึ่งมีอาจารย์ผู้ใหญ่ที่เป็นแพทย์และไม่ได้เป็นแพทย์รวมประมาณ 10 กว่าท่าน ในกลุ่มได้มีการพูดคุยกันว่ากฎหมายที่วุฒิสภาออกมาเกี่ยวกับด้านสุขภาพมักจะเป็นกฎหมายเฉพาะเรื่อง ไม่มีกฎหมายที่เป็นแม่บทด้านสุขภาพมาก่อน เพราะฉะนั้นบางครั้งออกมาแล้วอาจจะครอบคลุมไม่ครบทุกเรื่อง ชัดแย้งกันเองบ้าง ในกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพดังกล่าวยังไม่ มีสิ่งที่เราเรียกว่า **“ธรรมนูญด้านสุขภาพของคนไทย”**

เรามีรัฐธรรมนูญฯ ซึ่งเป็นกฎหมายแม่บทใหญ่ แต่ในขณะที่เดียวกันเราก็อยากเห็นกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพออกมา เพื่อใช้เป็นข้อกำหนดในทิศทางหลักทางด้านสุขภาพของประเทศ จากแนวคิดดังกล่าว จึงได้มีการตั้งคณะทำงานขึ้นมาชุดหนึ่ง โดย ศ.นพ.ประสพ รัตนากร เป็นประธานฯ มีทีมงานที่เป็นอาจารย์แพทย์ดังที่กล่าวนามมาข้างต้นและทีมแพทย์รุ่นน้องจาก

กระทรวงสาธารณสุขช่วยกันศึกษา ทำความเข้าใจให้ชัดเจนในประเด็นต่างๆ ที่กรรมการชุดนี้ได้ตั้งเอาไว้ ในขณะที่เดียวกันได้มอบหมายให้นักวิชาการด้านสาธารณสุข ช่วยกันศึกษาดูว่าในประเทศต่างๆ เขามีวิธีคิดและมีประสบการณ์อย่างไรในเรื่องนี้ ซึ่งมีหลายประเด็นที่ส่วนใหญ่ในขณะนี้จะเป็นประเด็นที่ประมวลไว้ใน (ร่าง) พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ

ในการยกร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติฉบับนี้ เราได้ใช้รัฐธรรมนูญปี พ.ศ. 2540 เป็นหลัก ในความเป็นจริงเราคิดเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพมาก่อนปี 2540 ในรัฐธรรมนูญปี พ.ศ. 2540 เฉพาะมาตราที่เกี่ยวกับสุขภาพเอามาจากแนวคิดของกรรมการชุดที่ ศ.นพ.ประสพ เป็นประธานฯ ในกระบวนการของการยกร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติฉบับนี้ ใช้เวลาประมาณ 3 ปี ซึ่งคิดว่าปี พ.ศ. 2546 ยังคงอยู่ในขั้นตอนของกระบวนการนิติบัญญัติ ในกระบวนการของการยกร่าง พ.ร.บ. สุขภาพฯ มีอนุกรรมการวิชาการ อนุกรรมการสร้างความร่วมมือทางสังคม อนุกรรมการสื่อสารสาธารณะ และอนุกรรมการยกร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ภายใต้คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) ซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน คณะกรรมการฯ คณะอนุกรรมการฯ ดังกล่าว ได้ร่วมกันทำงานโดยมีสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) เป็นสำนักงานเลขานุการ สนับสนุนในการประสานงานด้านต่างๆ ซึ่งหลายๆ ท่านในที่นี้ก็อยู่ในคณะอนุกรรมการฯ ดังกล่าว

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ได้ดำเนินการ ประสานงาน สนับสนุนให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการยกร่าง พ.ร.บ. สุขภาพฯ โดยใช้กระบวนการของการจัดเวทีระดมความคิดเห็นจากประชาชน ทั้งในระดับอำเภอและในระดับจังหวัด ตลอดจนการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นจากเครือข่ายต่างๆ มีการจัดสัมมนาระดับชาติที่เรียกว่า สัมมนาสุขภาพแห่งชาติ 2 ครั้ง ข้อเสนอของประชาชนจากเวทีสัมมนาสุขภาพที่เป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย ได้ถูกนำมาใส่ไว้ในสาระของ ร่าง พ.ร.บ. สุขภาพฉบับนี้

ในขณะนี้ (ร่าง) พ.ร.บ. สุสภาพแห่งชาติ อยู่ในขั้นตอนการพิจารณาของคณะกรรมการกฤษฎีกาครั้งที่ 7 ของคณะรัฐมนตรี ในขณะที่เดียวกันยังมีประเด็นที่ยังมีความเห็นที่แตกต่าง ที่ยังไม่มีมติชัดเจน สปรศ. นำประเด็นที่ยังมีความเห็นที่แตกต่าง นั้นมาจัดให้มีการประชุมระดมความคิดเห็นเป็นการเฉพาะประเด็นนั้นๆ โดยเชิญ นักวิชาการ ผู้สนใจ และผู้ที่เกี่ยวข้อง เข้ามาให้ความเห็นในประเด็นเหล่านี้มีเหตุผลอย่างไรในเชิงวิชาการ ข้อเสนอและความเห็นต่างๆ เหล่านี้จะเป็นประโยชน์ต่อการทำงานของกรรมาธิการ ทั้งกรรมาธิการสภาผู้แทนราษฎรและกรรมาธิการวุฒิสภา ในช่วงระยะเวลาที่มีการพิจารณากฎหมายฉบับนี้

การจัดเวทีวิชาการลักษณะเช่นนี้ จะเป็นเวทีที่มีการเสนอความคิดเห็นอย่างมีเหตุผล เคารพในทุกความคิดเห็น ผมได้รับมอบหมายให้เป็นประธานของการประชุมในวันนี้ ก่อนการประชุมขอกำหนดกติกาการประชุมดังนี้ แต่ละท่านมีสิทธิในการแสดงความคิดเห็นและให้เหตุผลอย่างเต็มที่ ที่ประชุมแห่งนี้จะไม่ทำหน้าที่พิพากษาผู้เข้าร่วมประชุม หลังการประชุม ทีมงานเลขานุการจะทำการประมวลความเห็น เหตุผลและข้อเสนอต่างๆ เพื่อใช้ประโยชน์ในขั้นตอนของการพิจารณาของกรรมาธิการฯ ทั้ง 2 สภาต่อไป ประเทศเราอยู่ในระบอบประชาธิปไตย ทุกคนมีสิทธิในการแสดงความคิดเห็นในขณะเดียวกันไม่มีสิทธิบอกใครผิดใครถูก ให้กระบวนการประชาธิปไตยตัดสินใจและออกเป็นกฎหมาย ในความคิดของคนมีสิ่งที่เป็นฐานที่ต่างกัน ความหลากหลายทำให้เกิดการเรียนรู้ และความเห็นที่ต่างกันหากมาวิเคราะห์ร่วมกันจะเกิดการเรียนรู้และเป็นผลดี ถึงจะไม่มีข้อสรุปแต่ก็จะมีองค์กรที่จะสรุปคือ องค์กรที่เป็นตัวแทนของประชาชน ทั้งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรและสมาชิกวุฒิสภา จะเป็นตัวแทนที่จะคอยสนับสนุน ตรวจสอบการออกกฎหมายต่างๆ ซึ่งถือเป็นภาระกิจโดยตรงอยู่แล้ว

ในประเทศที่ปกครองด้วยระบอบประชาธิปไตย โดยเฉพาะระบอบทุน

นิยมเสรี รัฐบาลกลาง ภาคธุรกิจเอกชน และภาคประชาชน จะมีภารกิจที่แตกต่างกันออกไป

รัฐบาลกลาง ควรมีหน้าที่ในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. รัฐ มีหน้าที่สำคัญ 4 อย่างคือ การรับผิดชอบดูแลความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ ระบบเศรษฐกิจ ระบบการเงินและการคลัง และการดูแลความมั่นคงของประเทศ

2. การสร้างระบบและลงทุนในเรื่องที่เป็นรากฐานของสิ่งต่อไปนี้คือ 1) การศึกษา 2) การสาธารณสุข 3) การประกันสังคม 4) การคมนาคม ในกิจการดังกล่าวต้องมีความยุติธรรมของทุกฝ่าย ในการดำเนินงานนั้น รัฐ เอกชนและประชาชน หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถทำได้ เมื่อกิจการเหล่านี้มีความมั่นคง มีคุณภาพ แต่ละท้องถิ่นสามารถดำเนินการได้เอง รัฐบาลกลางควรถอยออกมาเพื่อเปิดโอกาสให้ท้องถิ่นหรือภาคส่วนอื่นทำ รัฐควรทำให้น้อยที่สุด

3. รัฐมีหน้าที่ดูแลผู้ด้อยโอกาสให้เข้มแข็ง พึ่งตนเองได้ ต้องมองว่าเป็นผู้ด้อยโอกาสชั่วคราว ต้องพยายามดึงขึ้นมา ต้องดูแลสิ่งแวดล้อมเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป

4. รัฐต้องไม่ค้าขายเองไม่เช่นนั้นจะเกิดการผูกขาดและรัฐจะเอาเปรียบผู้บริโภค ประชาชนจะเสียเปรียบ ในทางทฤษฎีแล้วก็ยังไม่ควร แต่รัฐต้องควบคุมเพื่อให้เกิดความเป็นธรรม

ภาคธุรกิจเอกชน รัฐอนุญาตให้มีการทำธุรกรรมในกรอบของกฎหมาย และคำนึงถึงกลไกการตลาดด้วย ดังนั้นกฎหมายและกลไกการตลาดต้องไปด้วยกัน รัฐมีหน้าที่ดูแลกลไกการตลาดให้ดี รัฐจะออกกฎหมายซึ่งทำให้กลไกการตลาดขัดข้องไม่ได้เพราะจะทำให้เอกชนไม่สามารถพัฒนาตัวเองได้ เอกชนต้องรับผิดชอบต่อเจ้าของกิจการ ในการดำเนินกิจการ ผู้บริหารและคณะกรรมการต้องรับผิดชอบต่อกิจการเพื่อให้ได้ออกมาเป็นผลกำไร แต่ใน

ขณะเดียวกันก็ต้องรับผิดชอบในกิจการที่ดำเนินการที่ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมด้วย เช่น การกำหนดให้มีมาตรฐาน ISO ต่างๆ ในปัจจุบันนี้เรื่องนี้จะพูดกันมาก โดยเฉพาะเรื่องที่ต้องมีความรับผิดชอบต่อสังคม ควรมีการกำหนดว่าเครื่องชี้วัดที่แสดงให้เห็นถึงความรับผิดชอบต่อสังคม ควรมีอะไรบ้าง ตรงนี้จะเป็นส่วนหนึ่งในการพิจารณาการได้รับ ISO ของกิจการนั้นๆ

ภาคประชาชน ในการดำเนินกิจการต่างๆ มักเป็นกิจกรรมเพื่อสังคม เป็นแนวคิดหลัก มีแหล่งทรัพยากรในการสนับสนุนกิจกรรม มีการลงทุนเหมือนกับภาคอื่นๆ แต่มีได้หวังผลกำไร มีการกำหนดชัดเจนว่า ใครเป็นคนทำ และใครเป็นคนจ่าย ยกตัวอย่าง การดูแลระบบสุขภาพของประชาชน รัฐธรรมนูญกำหนดให้เป็นหน้าที่ของรัฐ การบริหารด้านสุขภาพต้องมีคุณภาพและมาตรฐาน คนยากไร้ต้องไม่เสียค่าใช้จ่าย เป็นสิ่งที่รัฐธรรมนูญกำหนด การดูแลระบบสุขภาพ ต้องดูเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญว่าเป็นอย่างไร และรัฐต้องทำตามนั้น ประกอบกับภาระหน้าที่ที่เด่นชัด คือ วางระบบและดูแล ไม่ว่าใครทำ รัฐต้องดูแลระบบสุขภาพทั้งหมด ใครจ่าย ประชาชนเป็นผู้จ่ายโดยจ่ายผ่านระบบภาษีที่เก็บจากประชาชนและจากภาคธุรกิจที่ทำธุรกิจและได้กำไร หรือคนที่มียาได้ เมื่อดูแลระบบแล้ว ไปดูที่ระบบบริการ มีใครทำระบบบริการบ้าง พบว่ามีหลายส่วนที่ทำในเรื่องระบบบริการ

- **ระบบที่ 1** รัฐเป็นเจ้าของกิจการ รัฐจัดการเอง เอาเงินมาจากภาษีของประชาชน คือผู้รับบริการจ่าย แต่เป็นในรูปของงบประมาณ

- **ระบบที่ 2** ภาคธุรกิจเอกชน ผู้รับบริการเป็นคนจ่าย

- **ระบบที่ 3** เป็นองค์กรการกุศล เช่น โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ โรงพยาบาลมิชชัน โรงพยาบาลหัวเฉียว มีคนบริจาค และผู้รับบริการร่วมจ่าย

ในประเด็นของการ ทำกำไร อาจมองเป็น 3 แบบ คือ

1. เพื่อกำไร (for profit) เป็นการทำธุรกิจเพื่อกำไร

2. ไม่เพื่อกำไร (not for profit) เป็นธุรกิจที่ไม่เอากำไรมาก แต่ต้องอยู่ได้เลี้ยงตนเองได้

3. ไม่เอากำไร (non-profit) เป็นกิจการสาธารณะที่ไม่มุ่งหวังกำไร เช่น โรงพยาบาลของมูลนิธิต่างๆ

ผู้เข้าร่วมประชุมได้ร่วมกันเสนอความคิดเห็นโดยมีประเด็นที่น่าเสนอใน 2 ประเด็นที่สำคัญ คือ

1. ประเด็นเห็นควรมีมาตรา 71 ใน (ร่าง) พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ

มาตรา 71 การบริการสาธารณสุขให้เป็นไปอย่างสอดคล้องกับระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ ตามมาตรา 7 และไม่เป็นไปเพื่อการแสวงกำไรเชิงธุรกิจ

นักวิชาการให้ความเห็นว่าควรมี โดยให้เหตุผลว่ามีบทเรียนจากประเทศอื่นๆ ที่ได้เคยกำหนดไว้แล้ว เช่น แคนาดา สหรัฐอเมริกา มี 50 รัฐที่กำหนดไว้

มาตรา 71 ถือว่าเป็นการสร้างแรงเหวี่ยงทางสังคม เป็นการกระตุ้นให้คนมาสนใจวงการแพทย์หรือวงการบริการทางการแพทย์มากขึ้น แต่หากว่าประโยคนี้อาจทำให้เกิดความขัดแย้ง ควรต้องมีการแก้ไขภาษาให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น

มาตรา 71 มีจุดมุ่งหมายเพื่อเป็นการบอกเจตนารมณ์ของสังคมไทยว่าสังคมไทยไม่ต้องการการบริการสาธารณสุขที่ค้ากำไร ไม่สมเหตุสมผล

มาตรา 71 ควรเป็นปรากฏการณ์ที่ช่วยกระตุ้นให้วงการแพทย์ต้องดูแลตนเองให้มากขึ้น โดยเฉพาะจริยธรรมทางการแพทย์ ควรมีระบบการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันการค้ากำไรในเชิงธุรกิจที่ไม่สมเหตุสมผล

สถาบันทางการแพทย์ เป็นสถาบันที่สังคมไทยให้ความเคารพ เชื่อมั่น

ยามเจ็บป่วยต้องพึ่งพา รัฐควรทำให้สถาบันการแพทย์ไม่ว่าของเอกชนหรือของรัฐ ให้มีความเมตตามากกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ในการรับบริการด้านสุขภาพควรให้ประชาชนได้ร่วมจ่ายตามฐานะของตนเอง เช่น คนมีเงินจ่ายมาก คนจนจ่ายน้อย

ในมาตรา 71 ที่เขียนว่า "...ไม่เป็นไปเพื่อการแสวงกำไรเชิงธุรกิจ" นั้น เป็นเรื่องของระบบบริการสาธารณสุขที่ทำกับมนุษย์ จึงไม่น่าทำในเชิงธุรกิจ ควรจะทำในลักษณะที่ใช้ความเมตตามากกว่า ในกรณีการลงทุนในกิจการต่างๆ จำเป็นต้องมีกำไร แต่กำไรอย่าให้มากเกินไป รัฐควรลงทุนเรื่องทำให้คนมีสุขภาพดีให้มากขึ้น หากคนมีสุขภาพดี ก็จะมีความสุข จะทำให้คนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ในภาครัฐได้มีความพยายามที่จะทำให้ระบบบริการสุขภาพที่มีความเป็นธรรมในสังคม ในภาคธุรกิจเอง การลงทุนก็ต้องการกำไร ถ้าไม่มีกำไรคงอยู่ไม่ได้ แต่การมองกำไรในเชิงธุรกิจทั้งรัฐและเอกชนมีการมองกำไรที่แตกต่างกัน ปัญหาคือทำกำไรที่เหมาะสมเป็นอย่างไร

ในเรื่องของการรักษาพยาบาลความมองเรื่องของอัตราประโยชน์สูงสุดที่ประชาชนควรได้รับ ในเชิงธุรกิจ ประชาชนอาจไม่ได้มองเรื่องเงินเป็นเรื่องใหญ่ แต่มองว่าจ่ายเงินแล้วสมเหตุสมผลหรือไม่เท่านั้น สภาพความจริงที่ดำรงอยู่คือประชาชนหากไม่เจ็บป่วยจริงคงไม่ไปโรงพยาบาล

ดังนั้นก่อนการเสนอร่าง พ.ร.บ.ฯ เข้าสู่การพิจารณาของสภาผู้แทนฯ ควรมีเขียนคำนิยามให้ชัดเจนว่า **สมเหตุสมผล**คืออะไร คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติจะเป็นผู้กำหนดใช่หรือไม่ อย่างไรจึงจะสมเหตุสมผล เนื่องจาก พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ เป็น พ.ร.บ.ฯ ที่ไม่มีบทลงโทษ ไม่มีสภาพบังคับ สภาผู้แทนราษฎร จะไม่คุ้นเคยกับกฎหมายที่ไม่มีบทลงโทษ ดังนั้นจึงไม่ควรที่จะให้มาตราใดมาตราหนึ่งทำให้กฎหมายทั้งฉบับไม่ผ่าน ถ้าธรรมนูญสุขภาพฉบับนี้ผ่านสภาออกมาได้ จะทำให้เรามีทิศทางที่ชัดเจนในเรื่องการ

ปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศต่อไป

การเขียนรายละเอียดของกฎหมาย ในร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ควรเขียนให้ชัดเจน หากเขียนคลุมเครือจะทำให้มีปัญหาในการบังคับใช้กฎหมายได้

กรณีที่โรงพยาบาลเอกชนเข้าตลาดหลักทรัพย์นั้น ถือว่ามีการทำกำไร มากเกินไปหรือไม่ การเสนอให้มีคำว่า “ไม่สมเหตุสมผล” ในมาตรา 71 นี้ ต้องถือว่าเป็นทางออกที่ดีทางหนึ่ง เพราะขณะนี้การบริการที่นอกเหนือจากการ บริการทางการแพทย์ที่เป็นบริการเสริมอื่นๆ ถูกทำเป็นการค้ากำไร จนทำให้ ไม่สามารถแยกได้ว่าอะไรคือบริการสุขภาพ และอะไรคือความสะดวสบายที่ คนไข้อยากได้รับ เมื่อไปรับบริการสุขภาพ

การบริการด้านสุขภาพ ควรเป็นการบริการที่ต้องคำนึงถึงความเป็น มนุษย์ให้มากขึ้น ขณะที่เรื่องการจัดการศึกษา และการจัดบริการสุขภาพ กำลังไปสู่การแข่งขันที่เห็นเงินเป็นใหญ่มากขึ้นทุกที และเริ่มมีการเรียกผู้รับ บริการว่า “ลูกค้า” จึงทำให้การบริการทางการศึกษาและบริการสุขภาพห่าง ไกลความเป็นมนุษย์ออกไปมากขึ้น มาตรา 71 ใน พ.ร.บ. สุขภาพฯ จะช่วยให้ สังคมได้หันกลับมาสนใจในเรื่องของการบริการสุขภาพที่คำนึงถึงความเป็น มนุษย์มากขึ้น

ในความคิดของประชาชนทั่วไป ไม่ได้มองกำไรเป็นตัวชี้วัด แต่เขา มองว่า ราคาบริการที่ต้องจ่ายไม่ว่าในกรณีของภาครัฐหรือเอกชนนั้นเป็น อย่างไร ยุติธรรมและเหมาะสมหรือไม่ โดยที่มาตรฐานไม่ควรแตกต่างกัน ระหว่างรัฐและเอกชน ถือว่าเป็นเรื่องของความเท่าเทียมกัน เป็นความ เสมอภาคที่ถูกกำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญ ทำอย่างไรจึงจะให้ประชาชนได้รับ บริการทางการแพทย์ที่มีมาตรฐาน และประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ อย่างเท่าเทียมกัน

กรณีการเข้าตลาดหลักทรัพย์ของโรงพยาบาลเอกชนนั้น เป็นการเอา

บริการสุขภาพไปผูกกับทุนในประเทศ และการลงทุนจากต่างประเทศ ซึ่งจะแตกต่างจากระบบการศึกษา ซึ่งเคยมีความพยายามที่จะจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์ แต่ขณะนั้น ดร.มารวย ผดุงสิทธิ์ ซึ่งเป็นประธานกรรมการตลาดหลักทรัพย์ในขณะนั้น ได้มีการนำประเด็นดังกล่าวเข้าสู่การพัฒนาของกรรมการตลาดหลักทรัพย์ ซึ่งในที่ประชุมได้มีการตั้งคำถามว่าควรไหมที่สถานศึกษาเข้าตลาดหลักทรัพย์ ซึ่งกรรมการส่วนใหญ่เห็นว่าไม่ควรที่จะนำมหาวิทยาลัย หรือสถานศึกษาไปผูกกับทุนขนาดใหญ่เช่นนั้น การบริการการศึกษาควรเป็นโอกาสของทุกคนที่จะเข้ามาเป็นเจ้าของ เช่น องค์การการกุศล องค์การศาสนา

ในปัจจุบันมีโรงพยาบาลเอกชนส่วนหนึ่งที่เข้าตลาดหลักทรัพย์ ถ้ามองจากมุมมองของนักเศรษฐศาสตร์ไม่มีทฤษฎีใด ๆ บอกว่าโรงพยาบาลที่อยู่ในตลาดหลักทรัพย์จะมีพฤติกรรมแยกว่าโรงพยาบาลที่อยู่นอกตลาดหลักทรัพย์ ซึ่งหมายความว่าไม่มีหลักประกันว่าโรงพยาบาลที่อยู่นอกตลาดหลักทรัพย์จะไม่ทำกำไรสูงสุด เพราะคำว่า "กำไร" คือ กำไรเชิงธุรกิจ ในการคงมาตรา 71 และเติมคำว่า "ไม่สมเหตุสมผล" ลงไปอาจช่วยทำให้สังคมไทยดีขึ้น

มาตรา 71 นั้นถือว่าเกี่ยวข้องกับจริยธรรมทางการแพทย์โดยตรง ประชาชนทั่วไปจะมีความคาดหวังสูง ว่าแพทย์จะมีจริยธรรมสูงกว่าคนทั่วไป แพทย์ต้องเป็นทั้งคนและเป็นแพทย์ด้วย ท่านพุทธทาสเขียนว่าวิชาความเป็นมนุษย์ แก่นมนุษย์บอกความเป็นแพทย์ และมีจริยธรรมของความเป็นแพทย์ มากำกับอีกที ซึ่งต้องเป็น 2 ชั้น

2. ประเด็นไม่เห็นควรมีมาตรา 71

นักวิชาการบางส่วนมีความเห็นว่าการเขียนมาตรา 71 ใน พ.ร.บ. สุขภาพฯ เป็นการออกกฎหมายแล้วให้มีผลย้อนหลัง ซึ่งเป็นเรื่องที่ไม่สมควรทำ ซึ่งอาจจะทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมาภายหลัง

การจัดบริการสุขภาพในโรงพยาบาลเอกชนในขณะนี้ถือเป็นเรื่องของกลไกการตลาดที่ประชาชนได้รับความสะดวกสบายมากขึ้น ประชาชนยินดีจ่ายแพทย์และพยาบาลมีรายได้เพิ่มมากขึ้น ภาคเอกชนไม่ได้มองว่าเป็นคู่แข่งของภาครัฐ หากมองว่าน่าจะเป็นทางออกของสังคมทางหนึ่ง ควรสร้างระบบที่ทำให้ทั้งรัฐและเอกชนมาร่วมมือกัน แต่ไม่ควรออกกฎหมายมาบังคับ

การมีมาตรา 71 ใน พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ เปรียบเสมือนการแก้ปัญหาด้วยกฎหมาย ซึ่งจะมีแต่การบังคับ ในประเทศไทยมีกฎหมายหลายฉบับแต่บังคับไม่ได้ ทำอย่างไรจึงจะเกิดผลในการปฏิบัติ

ขณะนี้เรามีกองประกอบโรคศิลปะที่เข้มมากำกับดูแลอยู่แล้ว ควรใช้กลไกเหล่านี้ให้เป็นประโยชน์ ไม่ควรใช้อำนาจบังคับ เช่น การออกกฎหมายมาใหม่อีก

การทบทวนทางวิชาการ

ปัจจัยนำเข้าการประชุมระดับสมองฯ

วันที่ 10 เมษายน 2546

การบริการสาธารณสุข
กับการแสวงหากำไร⁺

วิโรจน์ น. สมอง*



1. ความ เป็นมา

ประเด็นหนึ่งใน ร่าง พ.ร.บ.
สุขภาพแห่งชาติ ที่มีการอภิปรายกัน
อย่างกว้างขวาง และมีเสียงคัดค้าน
จากผู้ประกอบวิชาชีพและผู้บริหาร
โรงพยาบาลเอกชนบางส่วน¹ ก็คือ
มาตรา 71 ซึ่งกำหนดไว้ว่า "การ

แก้ไขปรับปรุงจากเอกสารที่ผู้เขียนเสนอในที่ประชุมเรื่อง "บริการสาธารณสุขกับการค้ากำไรเชิงธุรกิจ" ซึ่งจัดโดยสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรช.) เมื่อวันที่ 10 เมษายน 2546

ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) และคณะทำงานวิชาการเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้คณะกรรมการการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ สถาบันที่ติดต่อ: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย 565 ซอยเทพศิลา ถนนรวมคำแหง เขตวังทองหลาง กรุงเทพมหานคร 10310 โทรศัพท์: 02-718-5460 ต่อ 338 โทรสาร: 02-718-5461-2 e-mail: virojtdri@yahoo.com หรือ naranong@econ.yale.edu ผู้เขียนขอขอบคุณ ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย และผู้เข้าร่วมการประชุมที่ได้ให้ความเห็นที่เป็นประโยชน์หลายประการ ความเห็นในบทความนี้เป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน และไม่จำเป็นต้องสะท้อนจุดยืนของสถาบันหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแต่อย่างใด

¹ ตัวอย่างเช่น บทความของ นพ.ชาติรี ดวงเนตร เรื่อง "ธรรมเนียมปฏิบัติด้านสุขภาพของคนไทย" ในหนังสือพิมพ์ผู้จัดการรายวัน วันที่ 9-11 กันยายน 2545

บริการสาธารณสุข... [จะต้อง] ไม่เป็นไปเพื่อการแสวงกำไรเชิงธุรกิจ”

ที่มาของมาตรานี้เกิดจากความห่วงใยของหลายฝ่ายที่เห็นว่าระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยในช่วงสามถึงสี่ทศวรรษที่ผ่านมาทิศทางที่ไปสู่การแสวงหากำไรมากขึ้น และเห็นว่าเป็นทิศทางที่ผิดแผกไปจากทิศทางที่ควรจะเป็น การแสดงความเห็นในแนวนั้นปรากฏอยู่บ่อยครั้งในกระบวนการรับฟังความคิดเห็นของ สป.ร. ในช่วงปี 2543 - 2544 และในเวทีรับฟังความคิดเห็นระดับชาติ ซึ่งจัดขึ้นในระหว่างวันที่ 1 - 5 กันยายน 2544 (ตลาดนัดสุขภาพที่เมืองทองธานี นนทบุรี) นั้น ภาควิชาต่างๆ ได้แสดงเจตนารมณ์ร่วมกันใน “คำประกาศข้อเสนอต่อการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติโดยผู้แทนจากภาคีต่างๆ” ซึ่งในท้ายข้อ 5 ระบุเอาไว้ว่า “เรื่องสุขภาพต้องไม่เป็นไปเพื่อการค้ากำไร” และประเด็นนี้ก็ได้รับรวมเข้ามาในร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ฉบับปัจจุบัน

การที่ภาคีต่าง ๆ และกลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพบางส่วนมีความเห็นที่แตกต่างกันในประเด็นนี้ ซึ่งถือได้ว่าเป็นประเด็นใหญ่ในเรื่องการกำหนดทิศทางของระบบบริการสุขภาพ ทำให้ควรมีการสรุปประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจากมุมมองทางวิชาการ เพื่อที่จะเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจในเรื่องนี้โดยผู้ที่เกี่ยวข้องต่อไป

2. วัตถุประสงค์

บทความนี้อภิปรายแนวคิด (concept) ในประเด็นเรื่องระบบบริการสาธารณสุขกับการแสวงหากำไร โดยนำเสนอข้อพิจารณาเชิงวิชาการในด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเน้นมุมมองในทางเศรษฐศาสตร์การเมืองและเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข และประยุกต์กับปัญหาและสถานการณ์ที่เป็นจริงของประเทศไทย และในตอนสุดท้ายเป็นการสรุปและเสนอมุมมองของผู้เขียนเกี่ยวกับนัยที่ควรนำไปใช้ใน พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ หรือกฎหมายและกฎระเบียบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

กรณีที่ 1 ชาวนาที่มีที่ดินเป็นของตนเองจะมีกำไรมากกว่าชาวนาที่มีปัจจัยอื่นๆ และภาวะแวดล้อมอื่นๆ ที่เหมือนกันทุกประการ ยกเว้นแต่ชาวนาที่ไม่มีที่ดินทำกินเป็นของตนเองมีรายจ่ายส่วนที่เป็นค่าเช่าที่ดินเพิ่มขึ้นมา ทำให้มี "กำไร" น้อยกว่าชาวนายรายแรก

กรณีที่ 2 ชาวนาที่ใช้แต่แรงงานในครอบครัวในการทำนาจะมีกำไรมากกว่าชาวนาที่มีปัจจัยอื่นๆ และภาวะแวดล้อมอื่นๆ ที่เหมือนกันทุกประการ ยกเว้นแต่มีแรงงานในครอบครัวไม่เพียงพอ ทำให้ต้องมีการจ้างแรงงานภายนอกเข้ามาช่วยทำนาเป็นบางส่วน ทำให้มีรายจ่ายส่วนที่เป็นค่าจ้างเพิ่มขึ้นมา (ซึ่งโดยทั่วไปแล้ว ค่าจ้างในกรณีนี้จะเป็นค่าจ้างรายวัน)

กรณีที่ 3 ชาวนาในกรณีที่สองกลุ่มหลัง ซึ่งมีแรงงานในครอบครัวไม่เพียงพอ ที่เลือกที่จะใช้วิธี "เอาแรง" หรือ "ลงแขก" ในการแก้ปัญหาการมีแรงงานไม่เพียงพอ จะมีกำไรมากกว่าชาวนาที่มีปัจจัยอื่นๆ และภาวะแวดล้อมอื่นๆ ที่เหมือนกันทุกประการ แต่เลือกใช้วิธีจ้างแรงงานจากภายนอกมาเสริมในช่วงที่ขาดแคลนแรงงาน (เช่น ในช่วงที่ดำนาและเก็บเกี่ยว) ถึงแม้ว่าในความเป็นจริงแล้ว แรงงานภายในครอบครัวก็ออกไปรับจ้างดำนาหรือเกี่ยวข้าวให้กับชาวนาดคนอื่นๆ ในวันที่ไม่ได้ไม่ได้ดำนาหรือเกี่ยวข้าวในนาของตนเองด้วยก็ตาม

กรณีที่ 4 เจ้าของที่ดิน (หรือบริษัท) ที่ไม่ได้มีถิ่นพำนักอยู่ในพื้นที่ แต่มีความประสงค์ที่จะทำนาโดยใช้วิธีจ้างผู้จัดการ (ซึ่งเป็นอดีตชาวนาในพื้นที่) มาทำหน้าที่จัดการเกี่ยวกับการ

(หรือระดมเงินทุนจากผู้อื่น) มาดำเนินกิจการ และใช้วิธีเช่าที่ดินและอาคารในการดำเนินกิจการนั้น ค่าตอบแทนเหล่านี้จะกลายเป็นค่าใช้จ่ายทั้งในรูปค่าจ้าง (และค่าแพทย์) ค่าเช่า (และสาธารณูปโภค) และดอกเบี้ย เป็นต้น โดย “กำไร” ที่สถานพยาบาลเหล่านี้ได้รับจะต้องหักค่าตอบแทนเหล่านี้ก่อนเสียก่อน เมื่อเป็นเช่นนั้น จึงไม่แปลกอะไรที่แต่ในกรณีของคลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชนขนาดเล็กที่แพทย์เป็นเจ้าของเองอาจมี “กำไร” ค่อนข้างมาก (โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเทียบเป็นสัดส่วนของเงินลงทุน) ในขณะที่โรงพยาบาลที่อยู่ในตลาดหลักทรัพย์ (ซึ่งเจ้าของคือผู้ถือหุ้น) หลายแห่งประสบกับการขาดทุน³

ในแง่หนึ่ง การที่เจ้าของปัจจัยการผลิตได้ค่าตอบแทนมากกว่าผู้ที่ไม่ใช่เจ้าของปัจจัยการผลิตอาจไม่ใช่เรื่องแปลกในสายตาของคนทั่วไป แต่การที่ค่าตอบแทนสำหรับเจ้าของปัจจัยการผลิตต่างๆ เช่น ค่าจ้าง ดอกเบี้ย และกำไร เป็นสิ่งที่สับเปลี่ยนกันได้ (interchangeable) ย่อมทำให้การใช้กำไร (ซึ่งมีความหมายที่คลุมเครือในตัวเอง) มาเป็นมาตรฐานวัดหรือเครื่องตัดสินบางสิ่งบางอย่าง อาจก่อให้เกิดความสับสนขึ้นมาได้โดยง่าย

2. ในกิจกรรมชุดเดียวกันนั้นกำไรจะถูกขอย่อยออกไปเมื่อกิจการถูกแบ่งออกไป หรือถูกรวมเข้ามาเมื่อกิจการมีลักษณะ “ครบวงจร” (integrated)

ในกรณีที่กิจกรรมชุดเดียวกันดำเนินการโดยผู้ประกอบการรายเดี่ยวนั้น “กำไร” จะตกอยู่เป็นของเจ้าของกิจการรายเดี่ยวนั้น แต่ในกรณีที่กิจกรรมชุดเดียวกันถูกขอย่อยออกไปดำเนินการโดยผู้ประกอบการหลายราย “กำไร” ก็จะกระจายออกไปด้วย ตัวอย่างเช่น ในกระบวนการนำข้าวเปลือกจากชาวนามาแปรเป็นข้าวสารขายให้ผู้บริโภคนั้น จะประกอบด้วยขั้นตอนย่อยๆ หลายขั้นตอนที่อาจดำเนินการโดยผู้ประกอบการรายเดียวหรือหลาย

³ ในความเป็นจริงแล้ว สองกรณีนี้ไม่สามารถเปรียบเทียบกันได้โดยตรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงหลังวิกฤตเศรษฐกิจ ซึ่งโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่จำนวนมากประสบกับการขาดทุนเนื่องจากจำนวนผู้ใช้บริการลดลงมาก

รายก็เป็นได้ ทั้งนี้ บริษัทธุรกิจการเกษตรบางบริษัทใช้วิธีรับซื้อข้าวจากชาวนามาไว้ในโรงสีของตนเองแล้วขายให้ร้านค้าหรือห้างสรรพสินค้า ในขณะที่ในแหล่งปลูกข้าวส่วนใหญ่จะมีพ่อค้าคนกลางรับซื้อข้าวจากชาวนามาขายให้โรงสี เมื่อโรงสีสีข้าวแล้วก็ขายข้าวสารให้พ่อค้าส่งซึ่งจะไปขายให้ร้านค้าต่อไป ซึ่งในกรณีหลังนี้จะมีผู้ประกอบการหลายรายอยู่ในวงจรนี้ และถ้าเราพิจารณาต่อไปก็จะเห็นได้ไม่ยากว่า สำหรับโรงสีซึ่งโดยบทบาทหน้าที่ก็คือโรงงานแปรรูปข้าวเปลือกนั่นเอง แต่ในประเทศไทยนั้น นอกจากโรงสีขนาดเล็กแล้ว โรงสีแทบทุกโรงใช้วิธีซื้อข้าวเปลือกเข้ามาสีแล้วขายเป็นข้าวสารแทบทั้งสิ้น มีโรงสีจำนวนน้อยมากที่รับจ้างสีข้าวแต่เพียงอย่างเดียว ดังนั้น ในทางปฏิบัติแล้ว โรงสีที่มีความสามารถในการสีข้าวได้คุณภาพดีหรือมีต้นทุนในการสีข้าวต่ำ อาจจะมีโอกาสที่จะประสบความสำเร็จ (หรือมีโอกาสที่จะอยู่รอดในระยะยาว) น้อยกว่าโรงสีที่มีคุณภาพต่ำและต้นทุนสูงแต่มีผู้ประกอบการที่มีความรอบรู้ในตลาดข้าวและประสบความสำเร็จในการเก็งราคาข้าวมากกว่าก็เป็นได้

การที่กิจการบางกิจการทำกิจกรรมหลายอย่างพร้อมกันนั้น มีเหตุผลหลายประการ เช่น การที่โรงสีในประเทศไทยมาทำหน้าที่เป็นพ่อค้าข้าวด้วยนั้นอาจเป็นเพราะความไม่สมบูรณ์ของตลาดทุนและการไม่มีตลาดล่วงหน้า นอกจากนี้ในหลายกรณีการรวมกิจกรรมหลายอย่างเข้าด้วยกันช่วยให้ประหยัดต้นทุนในการทำธุรกรรมหลายด้านลงได้

ในเชิง "กำไร" นั้น ในกิจการที่ขอย่อยออกไปนั้น "กำไร" จะกระจายออกไปสู่ผู้ประกอบการหลายๆ ราย ในแง่นี้ กิจการที่ "ครบวงจร" ซึ่งรวมศูนย์ "กำไร" เข้ามาในกิจการเดียวกัน มีโอกาสที่จะทำกำไรได้มากกว่าผู้ประกอบการย่อยแต่ละราย⁴ (รวมทั้งปัจจัยการผลิตในกิจกรรมหนึ่งอาจจะสามารถนำมาใช้ในกิจกรรมอื่นได้ด้วย หรืออีกนัยหนึ่งมี economy of

⁴ อย่างไรก็ตาม ถ้าคิดจาก "กำไร" ในทางบัญชี (ซึ่งรวมค่าตอบแทนแรงงานและการบริหารของเจ้าของกิจการอยู่ด้วยนั้น) ก็เป็นไปได้ว่า กำไรจากผู้ประกอบการรายย่อยๆ รวมกันแล้วอาจจะมากกว่ากำไรของบริษัทครบวงจร (ซึ่งต้องจ่ายค่าจ้างให้กับผู้บริหารในกิจกรรมย่อยๆ เหล่านี้)

scope)⁵ ในกรณีนี้ การที่ธุรกิจหนึ่งมีกำไรมากขึ้นจากการทำกิจกรรมหลายอย่างไม่น่าเป็นปัญหาในตัวของมันเอง เพราะกำไรที่เพิ่มขึ้นส่วนหนึ่งมาจากการลงทุนที่มากขึ้น และมีส่วนหนึ่งที่มาจากประสิทธิภาพที่เพิ่มขึ้นที่เกิดการประหยัดจากการทำกิจกรรมหลายอย่างด้วยกัน สิ่งที่จะเป็นกังวลก็คือกิจการ “ครบวงจร” ขนาดใหญ่เหล่านี้จะมีอำนาจเหนือตลาดหรือไม่ จะสามารถตรึงราคากับผู้ผลิต (เกษตรกร) และไถ่ราคาเอาจากผู้บริโภคหรือไม่ ซึ่งในหลายประเทศก็จะมี การออกกฎหมายป้องกันการผูกขาดที่ออกมาเพื่อควบคุมกิจการเหล่านี้

ตัวอย่างหนึ่งของการใช้อำนาจเหนือตลาดคือ กรณีผูกสินค้าหรือบริการหลายๆ อย่างเข้าด้วยกัน (tie-in sale) กรณีหนึ่งที่ถูกยกมาเป็นตัวอย่างอยู่บ่อยๆ ในประเทศไทย คือกรณีขายเหล็กฟวงเบียร์ของบริษัทแห่งหนึ่ง⁶ กรณีที่แพทย์ขายยาพร้อมกับการตรวจรักษาก็เป็นอีกกรณีหนึ่งที่ได้รับ ความสนใจในหลายประเทศ เนื่องจากมีความกังวลว่าการที่แพทย์มีผลประโยชน์จากขายยาอาจมีผลต่อดุลยพินิจในทำให้การเลือกสั่งยาของแพทย์ และในกรณีที่แพทย์มีรายได้จากการขายยาอย่างเดียว (โดยไม่คิดค่าตรวจรักษา) ก็มีความกังวลว่าอาจทำให้แพทย์มีแรงจูงใจในการสั่งจ่ายยามากเกินความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่มีกำลังซื้อสูงและอาจสั่งจ่ายยาน้อยเกินความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่มีกำลังซื้อต่ำ (ซึ่งในทั้งสองกรณีอาจมีผลเสียต่อผู้ป่วย) และในหลายประเทศพยายามจะให้แยกบทบาทของการตรวจรักษาและการขายยาออกจากกันเพื่อป้องกันปัญหาการทับซ้อนของผลประโยชน์ในเรื่องนี้⁷

⁵ แต่ในขณะเดียวกัน การขยายกิจการออกไปครอบคลุมธุรกิจที่ตนไม่ชำนาญ (เช่น การสนับสนุนให้ชาวนารวมตัวกันขึ้นเป็นสหกรณ์การเกษตรและตั้งโรงสีขึ้นมาสีข้าวและขายข้าวแข่งกับพ่อค้า หรือแม้แต่แพทย์ที่ผันตัวเองมากเป็นผู้บริหารโรงพยาบาล) ก็อาจมีความเสี่ยงที่จะขาดทุนเช่นกัน

⁶ แต่ไม่ได้หมายความว่า การขายสินค้าเป็นชุด (package) จะเป็นผลของการใช้อำนาจผูกขาดหรือจะทำให้ผู้บริโภคต้องซื้อสินค้าในราคาแพงขึ้นเสมอไป ในบางธุรกิจ (เช่น การท่องเที่ยวระหว่างประเทศ) นักท่องเที่ยวอาจจะสามารถซื้อบริการเป็นชุดได้สะดวกกว่าและในราคาที่ต่ำกว่าการแยกซื้อบริการเป็นชิ้นๆ ไป

⁷ กรณีที่ไม่ไม่นานมานี้คือประเทศเกาหลีใต้ ซึ่งมาตรการดังกล่าวก่อให้เกิดการประท้วงถึงขั้นนัดหยุดงานของแพทย์

(หรืออาจทำให้เภสัชกรและร้านขายยามีรายได้และกำไรน้อยกว่าที่ควรจะเป็น) คงจะไม่ใช่ประเด็นที่สำคัญมากเท่ากับประเด็นเรื่องผลดีและผลเสียของการรวมหรือการแยกที่มีต่อผู้ป่วย และประเด็นเรื่องควรมีหลักประกันเชิงระบบในการคุ้มครองผู้บริโภคที่นอกเหนือไปจากการพึงจรรยาและคุณธรรมของแพทย์เท่านั้นหรือไม่

4. ความเป็นเจ้าของ การบริหาร และวัตถุประสงค์ของกิจการ (Ownership, Control, and Objective of the Firm)

ผู้ที่ห่วงใยในเรื่องทิศทางการพัฒนาของบริการสาธารณสุขของไทยว่ากำลังเปลี่ยนแปลงไปสู่การแสวงหากำไรเชิงธุรกิจมักจะมีข้อตั้งประเด็นพยานประการหนึ่งคือ การที่หุ้นของโรงพยาบาลขนาดใหญ่หลายแห่งได้ถูกนำเข้ามาซื้อขายในตลาดหลักทรัพย์ ซึ่งคงจะเป็นที่ยอมรับกันว่า “นักลงทุน” ที่มาซื้อหุ้นโรงพยาบาลเหล่านี้คงจะสนใจเรื่องกำไรและเงินปันผลมากกว่างานด้านการรักษาพยาบาล กรณีเช่นนี้ทำให้บางฝ่ายมีความเห็นว่าโรงพยาบาลกำลังพัฒนาไปสู่ความเป็นธุรกิจที่แสวงหากำไรสูงสุดเหมือนกับธุรกิจอื่นๆ โดยทั่วไป และย้ำถึงความสำคัญของแนวโน้มประการนี้โดยเปรียบเทียบให้เห็นว่า ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะมีสถานศึกษาของเอกชนอยู่หลายแห่ง แต่ก็ยังไม่มีสถานศึกษาแห่งใดที่ถูกนำไปเข้าตลาดหลักทรัพย์เลย¹⁰

การพิจารณาประเด็นนี้ คงจะต้องทำความเข้าใจกับวิวัฒนาการของธุรกิจด้วย โดยทั่วไปแล้ว ธุรกิจต่างๆ มักจะมีจุดตั้งต้นเป็นกิจการขนาดเล็ก

¹⁰ ดูการเปรียบเทียบสองกรณีใน วิชา (2546) ซึ่งเป็นเอกสารประกอบการประชุมครั้งนี้เช่นกัน วิชาได้เน้นถึงบทบาทของ พ.ร.บ. สถาบันอุดมศึกษาเอกชน พ.ศ. 2522 ซึ่งมีข้อกำหนดในการใช้รายได้ที่สูงกว่ารายจ่าย (หรือผลกำไร) โดยอนุญาตให้แบ่งให้ผู้รับใบอนุญาต (ซึ่งมักเป็นเจ้าของ) ไม่เกินร้อยละ 15 แต่ในประเด็นเรื่องการเข้าตลาดหลักทรัพย์นั้น เมื่อประมาณสิบปีที่แล้ว มีสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่งได้ขอเข้าตลาดหลักทรัพย์ แต่ได้รับการปฏิเสธจากคณะกรรมการกำกับตลาดหลักทรัพย์ในขณะนั้น

ว่า “บอร์ด”)¹¹ จะเป็นผู้แต่งตั้ง (และถอดถอน) ผู้บริหารได้ การที่องค์กรมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในสามระดับเช่นนี้ จึงมีโอกาสดังกล่าวที่ก่อให้เกิดการกำกับดูแล และการคานอำนาจกันในระดับหนึ่ง แต่ในทางปฏิบัตินั้น มีโอกาสค่อนข้างมากที่ผู้บริหารในองค์กรธุรกิจจะมีอำนาจค่อนข้างมากและมักจะให้ความสำคัญของคณะกรรมการเสียงส่วนใหญ่ (ซึ่งมักเป็นตัวแทนผู้ถือหุ้นรายใหญ่ ด้วย) เป็นหลัก ดังนั้น ในแง่ของการคานอำนาจภายในองค์กรนั้น จึงมีผู้ที่เชื่อว่าองค์กรที่ไม่ใช่ธุรกิจที่แสวงหากำไร (ซึ่งมักจะมีที่มาของคณะกรรมการที่มีองค์ประกอบหรือมีเป้าหมายที่หลากหลายกว่า) มีโอกาสที่จะมีการคานอำนาจภายในองค์กรมากกว่าองค์กรที่ไม่ใช่ธุรกิจที่แสวงหากำไร¹² อย่างไรก็ตาม ถ้าใช้ตรรกเดียวกันนี้ในการเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลเอกชนในตลาดหลักทรัพย์กับโรงพยาบาลเอกชนที่อยู่นอกตลาดหลักทรัพย์แล้ว โรงพยาบาลเอกชนในตลาดหลักทรัพย์ก็น่าจะมีกระบวนการคานอำนาจที่เป็นระบบมากกว่าโรงพยาบาลเอกชนที่อยู่นอกตลาดหลักทรัพย์และคลินิกโดยทั่วไป

เป็นที่น่าสังเกตว่า บริการสาธารณสุขภาคเอกชนขนาดย่อม (เช่น คลินิก ร้านขายยา และโรงพยาบาลเอกชนขนาดเล็ก) ที่เปิดดำเนินการโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขในประเทศกำลังพัฒนาหลายประเทศมักเกิดขึ้นเพื่อเป็นแหล่งรายได้เสริมหรือรายได้หลักของบุคลากรเหล่านั้น (ไม่ว่าจะเรียกรายได้ส่วนนี้ว่า “กำไร” หรือไม่ก็ตาม) ส่วนสถานพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ (ไม่ว่าเจ้าของกิจการจะเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขหรือไม่) ก็มักจะมีวัตถุประสงค์ในการแสวงหากำไรเป็นวัตถุประสงค์หลักหรือวัตถุประสงค์ที่สำคัญทั้งสิ้น ไม่ว่า

¹¹ บอร์ดในแต่ละองค์กรอาจมีขีดความรับผิดชอบที่ต่างกัน ตัวอย่างเช่นบอร์ดในบางองค์กรอาจทำหน้าที่เป็น “บอร์ดอำนวยการ” (board of directors) ซึ่งจะไม่ก้าวล่วงเข้ามาในการบริหารมากเหมือน “บอร์ดบริหาร” (administrative board or executive board) และในบางองค์กรอาจมีบอร์ดมากกว่าหนึ่งระดับ เช่น บางโรงพยาบาลมีบอร์ดบริหารและบอร์ดการแพทย์

¹² ซึ่งไม่ได้หมายความว่าจะมีประสิทธิภาพเหนือกว่า เพราะโดยทั่วไปแล้วองค์กรที่มีจำนวนชั้นของการตัดสินใจ (layer of decision making) น้อยและทุกระดับชั้นมีเป้าหมายที่เหมือน ๆ กันจะมีความคล่องตัวมากกว่าองค์กรที่มีการคานอำนาจที่ตึกกว่า

โรงพยาบาลนั้นจะเข้าไปประเมินทุนจากตลาดหลักทรัพย์หรือไม่ จะมีข้อยกเว้น
ก็เฉพาะโรงพยาบาลที่ก่อตั้งโดยมูลนิธิหรือองค์กรด้านศาสนาหรือองค์กรการ
กุศลที่มีวัตถุประสงค์ไม่แสวงหากำไรบางแห่งเท่านั้น

ในแง่นี้ ถึงแม้ว่าเราอาจจะเชื่อได้ว่า “นักลงทุน” หรือผู้ถือหุ้นรายย่อย
ที่มาซื้อหุ้นโรงพยาบาลเหล่านี้คงจะสนใจเรื่องกำไรและเงินปันผลมากกว่างาน
ด้านการรักษาพยาบาล แต่เราก็ไม่มีหลักฐานใดๆ ที่จะมาพิสูจน์ (หรือไม่มี
แม้แต่ทฤษฎีใดๆ ที่จะมาชี้แนะ) ว่าสำหรับโรงพยาบาลที่ไม่ได้เข้าตลาดหลัก
ทรัพย์ที่แพทย์เป็นเจ้าของหรือหุ้นส่วนทั้งหมด หรือแม้กระทั่งคลินิกเอกชนที่
แพทย์เปิดกันทั่วไป หรือแพทย์ที่ไปทำงานในโรงพยาบาลเอกชนต่างๆ นั้น จะ
ให้ความสำคัญกับกำไรหรือค่าตอบแทนน้อยไปกว่านักลงทุนในตลาดหลัก
ทรัพย์ เพราะในการคัดเลือกผู้ที่จะมาเป็นแพทย์เองนั้น ก็ไม่ได้เคยใช้จรรยา
ธรรมมาเป็นเกณฑ์ในการคัดเลือกแต่อย่างใด¹³ และถึงแม้ว่าในกระบวนการ
เรียนการสอนและในวงสาธารณะ เรามักจะพบว่าแพทย์อาวุโสจำนวนหนึ่งมัก
ออกมาแย้งถึงจรรยาธรรมและการเสียสละอยู่บ่อยๆ¹⁴ แต่เราก็ไม่มีหลักฐานว่า
ความพยายามเหล่านี้ส่งผลต่อแพทย์ทุกๆ ไปมากน้อยเพียงใด และในสังคม
ไทยมักมีการอบรมสั่งสอนให้คนทำความดีผ่านทางสื่อโทรทัศน์ วิทยุ เทคนิ
งานต่างๆ รวมไปถึงการอบรมสั่งสอนโดยผู้นำต่างๆ เป็นประจำนั้น ถ้าการ
อบรมสั่งสอนของแพทย์อาวุโสหรืออาจารย์แพทย์สามารถช่วยยกระดับ
คุณธรรมและจรรยาธรรมของแพทย์ได้จริง เราก็น่าจะเชื่อได้ว่าการอบรมสั่งสอนตาม

¹³ วิธีการคัดเลือกนักศึกษาแพทย์ที่ใกล้เคียงกับกรณีนี้มากที่สุดที่มหาวิทยาลัยมหิดลเคยทดลองนำ
มาใช้ในระหว่างปีการศึกษา 2515-2517 คือระบบสอบรวม ซึ่งนักศึกษาแผนกวิทยาศาสตร์ชีวภาพ
จะถูกคัดเลือกเมื่อจบปีสองว่าใครจะได้เรียนแพทย์บ้าง โดยใช้คะแนนสอบร้อยละ 50 และคะแนน
เจตนาคติ (ซึ่งอาศัยการสัมภาษณ์และข้อมูลพื้นฐานอื่นๆ) อีกร้อยละ 50 ซึ่งส่วนนี้จะให้นำหนัก
กับนักศึกษาที่มีความตั้งใจและศักยภาพที่จะไปทำงานในชนบท แต่วิธีนี้ก็ยังมีปัญหาในทางปฏิบัติ
หลายประการ และถูกยกเลิกไปและมีโครงการส่งเสริมนักศึกษาแพทย์สำหรับชาวชนบท (ซึ่งรับ
นักศึกษาจากส่วนภูมิภาค) ขึ้นมาแทน

¹⁴ แพทย์อาวุโสหลายท่านมักจะเรียกร้องให้แพทย์ (และเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข) มีคุณธรรมและ
จรรยาธรรมที่สูงกว่าคนทั่วไป

สื่อต่าง ๆ ก็ยังสามารถช่วยยกระดับคุณธรรมและจริยธรรมของประชาชนทั่วไปได้เช่นกัน ดังนั้น ถ้าเราเชื่อว่าแพทย์ส่วนใหญ่เป็นพลเมืองดีที่มีคุณธรรมและจริยธรรม เราก็ไม่มีเหตุผลใดๆ ที่ชวนให้เชื่อว่าผู้ที่ซื้อหุ้นของโรงพยาบาลในตลาดหลักทรัพย์จะเป็นพลเมืองที่มีคุณธรรมหรือจริยธรรมที่ด้อยไปกว่าแพทย์ผู้ถือหุ้นหรือทำงานอยู่ในโรงพยาบาลที่ปัจจุบันไม่ได้เข้าไปอยู่ในตลาดหลักทรัพย์แต่อย่างใด¹⁵ หรือแม้กระทั่งในกรณีที่เป็นเช่นนั้นจริง โดยทั่วไปแล้วผู้ถือหุ้นรายย่อยกลุ่มนี้ก็ไม่ได้มีโอกาสเข้ามาบริหารโรงพยาบาลแต่อย่างใด ดังนั้น โดยเนื้อหาแล้ว การเข้าไประดมทุนในตลาดหลักทรัพย์โดยการเพิ่มจำนวนหุ้นจะต่างกับการที่โรงพยาบาลไปกู้เงินจากธนาคารก็เพียงแต่ว่าในการเข้าตลาดหลักทรัพย์นั้น เจ้าของหรือผู้ถือหุ้นเดิมของโรงพยาบาลจะเหลือสิทธิในความเป็นเจ้าของน้อยลง (แต่โรงพยาบาลไม่ต้องมีหนี้เพิ่มขึ้นจากการกู้เงิน) และในกรณีที่มีการเข้าตลาดหลักทรัพย์ทำโดยการนำหุ้นของเจ้าของเดิมออกมาขายนั้น ก็จะมีผลแต่เพียงเป็นการเปลี่ยนมือเจ้าของเป็นบางส่วนเท่านั้น ซึ่งในทางปฏิบัติแล้วมักจะไม่ใช่กระทบการบริหารและวัตถุประสงค์ของการบริหารโรงพยาบาลแต่อย่างใด (ยกเว้นในกรณีที่การนำหุ้นเข้าสู่ตลาดหลักทรัพย์เป็นการขายหุ้นส่วนใหญ่ออกไปจนมีผลทำให้ผู้ถือหุ้นเดิมสูญเสียอำนาจในการบริหารไปด้วย)

นอกจากการนำหุ้นเข้าสู่ตลาดหลักทรัพย์มักจะไม่ได้ส่งผลต่อการบริหารและวัตถุประสงค์ของโรงพยาบาล (ซึ่งโรงพยาบาลกลุ่มนี้มักจะเป็นโรงพยาบาลที่แสวงหากำไรอยู่แล้ว) ตัวอย่างจากประเทศทุนนิยมที่พัฒนาแล้วดังเช่นสหรัฐอเมริกา ก็ชวนให้ตั้งคำถามว่า วัตถุประสงค์ที่สถานพยาบาลระบุเอาไว้เมื่อก่อตั้งนั้น มีความสำคัญในทางปฏิบัติมากน้อยแค่ไหน สหรัฐอเมริกา

¹⁵ แน่นนอนว่าแพทย์ (และวิชาชีพอื่นๆ) จะต้องมียุทธธรรมและจรรยาแห่งวิชาชีพนั้นๆ นอกเหนือไปจากจริยธรรมทั่วไป แต่จริยธรรมแห่งวิชาชีพเป็นเรื่องที่ครอบคลุมวิธีการและกระบวนการทำงานในวิชาชีพนั้นๆ มากกว่าคุณธรรมและจริยธรรมพื้นฐาน (รวมทั้งเรื่องโลกทัศน์ ชีวทัศน์ การเสียสละ ความต้องการช่วยเหลือผู้อื่น เป้าหมายในชีวิตและทัศนคติที่มีต่อรายได้หรือการหากำไร) ซึ่งคงไม่ได้เกี่ยวข้องกับวิชาชีพใดใดโดยเฉพาะ มีคนจำนวนไม่น้อยที่มีความเชื่อเสียด้วยซ้ำไปว่า กิจกรรมที่ต้องมีการแข่งขันที่สูง (เช่น ธุรกิจและการศึกษา) มีแนวโน้มที่จะสร้างคน (หรืออย่างน้อยให้รางวัลคน) ที่เห็นแก่ตัวมากกว่าคนที่คำนึงถึงผู้อื่นเป็นหลัก

ของการรักษาพยาบาล ก็ไม่พบความแตกต่างที่ชัดเจนเช่นกัน (ถึงแม้ว่าจะมีการศึกษาที่พบว่าในกรณีของบ้านพักคนชรา นั้น บ้านพักคนชรากลุ่มที่ไม่แสวงหากำไรจะมีคุณภาพของบริการที่ดีกว่าบ้านพักคนชราที่ตั้งขึ้นมาเพื่อหากำไรก็ตาม)

การที่พฤติกรรมของโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่มค่อนข้างจะใกล้เคียงกันนั้น มีคำอธิบายหลายประการ ประการแรกก็คือ โรงพยาบาลจำนวนมากใน สหรัฐอเมริกาตั้งขึ้นเป็นโรงพยาบาลที่ไม่แสวงหากำไรนั้น เกิดจากข้อได้เปรียบด้านภาษี แต่ในด้านการบริหารนั้น แทบทุกโรงพยาบาลในทุกกลุ่มบริหารโดยแพทย์ และอยู่ภายใต้ข้อกำหนดขององค์กรแพทย์ทั้งในระดับประเทศและในระดับท้องถิ่น (เช่น American Medical Association (AMA) และ Medical Society) ที่แทบจะไม่ได้แตกต่างกันเลย ประการที่สอง ในปัจจุบันนั้น ผู้ซื้อบริการ (รวมทั้งบริษัทประกันและนายจ้าง) หันมาให้ความสำคัญกับการควบคุมค่าใช้จ่ายมากขึ้น และใช้กฎเกณฑ์ในการซื้อบริการที่เหมือนๆ กันกับ โรงพยาบาล (หรือเครือข่ายโรงพยาบาล) ทุกกลุ่ม ดังนั้น โรงพยาบาลกลุ่มต่างๆ จึงอยู่ในภาวะการแข่งขันและแรงจูงใจทางเศรษฐกิจที่แทบจะไม่ต่างกันเลย

แม้ว่าสิ่งที่เกิดขึ้นในสหรัฐอเมริกาอาจจะไม่เหมือนกับในประเทศอื่นๆ เสมอไป¹⁸ แต่ก็ เป็นเครื่องบ่งชี้ให้เห็นว่าในระบบทุนนิยมที่เน้นบทบาทของตลาด (ซึ่งเป็นแนวทางเดียวกับที่ประเทศไทยกำลังใช้อยู่) การแข่งขันในตลาดอาจมีส่วนทำให้โรงพยาบาลที่อาจจะเริ่มต้นด้วยวัตถุประสงค์ต่างกันมีพฤติกรรมที่คล้ายคลึงกันที่สุดในที่สุด นอกจากนี้ การที่โรงพยาบาลแต่ละแห่งก็จะต้องแข่งขันในการดึงดูดผู้บริหารและแพทย์ที่มีความสามารถมาร่วมงาน (หรือรักษาบุคลากรเหล่านี้ให้อยู่กับองค์กร) มีผลทำให้คำตอบแทนที่บุคลากรได้รับจากโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่มไม่ได้แตกต่างกันมากนัก ทุกวันนี้ วิชาชีพแพทย์

¹⁸ ในประเทศไทย มีการศึกษาความแตกต่างในการดำเนินการของโรงพยาบาลรัฐ และโรงพยาบาลเอกชนอยู่บ้าง แต่ไม่ค่อยมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลเอกชนกับโรงพยาบาลของมูลนิธิการกุศลต่างๆ

ในสหรัฐอเมริกาก็ยังเป็นวิชาชีพที่มีรายได้สูงเป็นอันดับต้น ๆ¹⁹ และถึงแม้ว่าการเรียนแพทย์ในสหรัฐอเมริกา (ซึ่งโรงเรียนแพทย์จะรับนักศึกษาที่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีแล้วเท่านั้น) จะมีค่าใช้จ่ายที่สูงมาก แต่ก็ยังนับเป็นสาขาวิชาชีพที่มีอัตราผลตอบแทนต่อการลงทุน (สำหรับนักศึกษา) สูงกว่าสาขาอื่นๆ เกือบทั้งหมด

5. รายได้ของผู้ประกอบการวิชาชีพ

แม้ว่าวัตถุประสงค์หลักของบทความนี้จะอยู่ที่การพิจารณาประเด็นเรื่องบริการสาธารณสุขกับการแสวงหากำไรเชิงธุรกิจ แต่การที่กำไรและรายได้มีความเชื่อมโยงกันตามที่ได้กล่าวไปแล้วในตอนต้น และในกิจการสมัยใหม่นั้น ค่าตอบแทนส่วนที่เคยอยู่ในรูปของกำไรจะแปรเปลี่ยนไปเป็นค่าจ้างผู้ประกอบการวิชาชีพ และค่าตอบแทนในรูปแบบอื่นๆ มากขึ้นเรื่อยๆ นอกจากนี้ ถ้าเราตีความข่าวสาร (message) ที่ภาคีด้านสุขภาพต่างๆ ต้องการสื่อใน “คำประกาศข้อเสนอต่อการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติโดยผู้แทนจากภาคีต่างๆ” ที่ระบุเอาไว้ว่า “เรื่องสุขภาพต้องไม่เป็นไปเพื่อการค้ากำไร” นั้น ผู้เขียนเชื่อว่าภาคีด้านสุขภาพเหล่านี้คงจะหมายความถึงการเก็บค่ารักษาพยาบาลในอัตราที่อาจจะถือได้ว่าสูงเกินเหตุ (หรือสูงกว่า “ต้นทุน” มาก) รวมไปถึงจนถึงการใช้ความเชื่อถือศรัทธาที่ผู้ป่วยมีต่อบุคลากรด้านสาธารณสุขมาชักจูงหรือชักนำให้ผู้ป่วยบริโภคผลิตภัณฑ์และบริการต่างๆ ที่มีค่าใช้จ่ายสูงแต่ให้ประโยชน์น้อย (หรือเพิ่มความเสี่ยงให้ผู้ป่วยโรค) ด้วยแรงจูงใจทางการเงินของบุคลากร

ในแง่นี้ การพิจารณาประเด็นเรื่องบริการสาธารณสุขกับการแสวงหากำไรเชิงธุรกิจจึงไม่สามารถตีกรอบในวงแคบโดยพิจารณาจากกำไรในทางบัญชีเท่านั้น แต่เป็นประเด็นที่ไม่สามารถแยกออกจากรายได้ของผู้ประกอบ

¹⁹ ข้อมูลจากการสำรวจ Occupational Employment Statistics Survey ปี 2001 โดยกระทรวงแรงงานของสหรัฐ พบว่าในบรรดาศาสนาชีพแรกที่มีรายได้เฉลี่ยสูงสุดในปี 2001 เป็นแพทย์เสีย 7 สาขา (และเป็นเจ็ดอันดับแรกด้วย) อันดับที่ 8-10 ได้แก่ ทันตแพทย์ ผู้บริหาร (chief executive) และนักบิน โดยที่อาชีพเหล่านี้ความยังไม่ติดสิบอันดับแรกแต่อย่างใด (อ้างจาก Murray 2003)

วิชาชีพ และในขณะที่ผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขมีอยู่หลายสาขาซึ่งต่างก็มีโอกาสที่จะเกิดกรณีที่ได้กล่าวถึงในย่อหน้าที่แล้วได้ทั้งสิ้นนั้น บทความนี้จะยกกรณีของแพทย์มาอภิปรายเป็นหลัก เพราะเป็นกรณีที่ประชาชน (อย่างน้อยคนไทย) มักจะนึกถึงมากที่สุดเมื่อกล่าวถึงบริการด้านสาธารณสุข และกรณีของแพทย์ก็สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับวิชาชีพอื่นในระดับที่ลดหลั่นกันลงไปได้

ในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมาเป็นอันน้อย คงเป็นที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวางว่าวิชาชีพแพทย์เป็นวิชาชีพ (profession) ที่มีรายได้สูงที่สุดในประเทศไทย²⁰ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้วิชาชีพนี้ได้รับความนิยมสูงที่สุดและมีคะแนนสูงสุดในการสอบเข้ามหาวิทยาลัย ถึงแม้ว่าความนิยมนี้จะมีส่วนที่เกิดจากปัจจัยอื่น ๆ ด้วยเช่นกัน และมีนักเรียนจำนวนมากที่ตั้งใจสมัครสอบมาเรียนแพทย์ด้วยเหตุผลหลักที่ต่างกัน แต่ถ้าจะวิเคราะห์กรณีนี้โดยตั้งสมมุติฐานเชิงปฏิบัติการว่า แรงจูงใจประการสำคัญที่มีส่วนอย่างมากในการชักนำให้นักเรียนจำนวนมากเลือกคณะแพทย์มาโดยตลอดคือ แรงจูงใจด้านเศรษฐกิจก็น่าจะเป็นสมมุติฐานที่ยอมรับกันโดยส่วนใหญ่ว่าไม่น่าจะผิดไปจากความเป็นจริงมากนัก²¹

²⁰ กรณีนี้เป็นกรณเปรียบเทียบับวิชาชีพอื่นๆ โดยไม่ได้รวมนักธุรกิจที่ลงทุนในกิจการต่างๆ ซึ่งรายได้ส่วนหนึ่งเป็นผลตอบแทนของความเสี่ยงของธุรกิจด้วย แม้ว่ากรณประกอบวิชาชีพแพทย์จะรวมไปถึงกรณเปิดและบริหารคลินิกด้วย แต่ก็ถือได้ว่าเป็นธุรกิจที่แทบจะไม่มีความเสี่ยงเลย

²¹ แม้ว่ามีความเชื่อว่าแพทย์ในยุคปัจจุบันให้ความสำคัญกับเรื่องรายได้มากกว่าแพทย์ในอดีต แต่ก็มีความเชื่อที่สนับสนุนว่าแพทย์เมื่อสามถึงสี่ทศวรรษก่อนก็ให้ความสำคัญกับเรื่องรายได้ไม่น้อยเช่นกัน โดยในช่วงระหว่างปี 2504-2512 ซึ่งเป็นช่วงกลางสงครามเวียดนามที่สหรัฐอเมริกาเปิดประตูรับแพทย์และพยาบาลจากต่างประเทศนั้น จำนวนแพทย์จบใหม่จากประเทศไทยที่ไปทำงานที่สหรัฐอเมริกาเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี 2508 มีกรณีบัณฑิตแพทย์รุ่นแรกจากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่เกือบทั้งหมด (48 จาก 50 คน) และบัณฑิตแพทย์รามธิบดีรุ่นแรกๆ มากกว่าครึ่งเดินทางไปสหรัฐอเมริกาและมีบัณฑิตของกรมการสาธารณสุข วุฒิสภาของสหรัฐฯ ระบุว่าแพทย์ไทยเข้าเครื่องบินเหมาลำเพื่อไปทำงานในสหรัฐฯ โดยเฉพาะในช่วงระยะห้าปีหลัง (2508-2512) นั้น มีแพทย์ไทยเดินทางไปทำงานหรือเรียนต่อที่ต่างประเทศมากถึง 2,165 คน จนทำให้ในปี 2511 รัฐบาลจึงเริ่มออกระเบียบบังคับให้แพทย์ใช้ทุนมาบังคับใช้ย้อนหลังสำหรับนักศึกษาที่เข้ามหาวิทยาลัยในปี 2508 เป็นต้นมา ประจวบกับสหรัฐอเมริกาเริ่มหันมกักกันแพทย์ต่างชาติ ทำให้ปัญหานี้ทุเลาลง (ดู สงวน และคณะ 2546)

การที่แพทย์มีรายได้สูงเมื่อเทียบกับวิชาชีพอื่น ๆ นั้น อาจอธิบายได้ด้วยเหตุผลหลายประการ ประการแรก อุปสงค์ต่อการรักษาพยาบาลนั้นมีความยืดหยุ่นค่อนข้างน้อย (inelastic demand) เพราะการรักษาพยาบาลถือเป็นสิ่งจำเป็นซึ่งทำให้ผู้ป่วย (และครอบครัว/ญาติ) มักจะยอมจ่ายค่ารักษาพยาบาลมากกว่าสินค้าอุปโภคบริโภคทั่วไป ผู้ให้บริการจึงมีโอกาที่จะเรียกเก็บค่าบริการตามความสามารถในการจ่าย ซึ่งโดยทั่วไปแล้ววิธีเรียกเก็บค่าบริการแบบนี้²² จะทำให้ผู้ให้บริการมีรายได้มากกว่าการกำหนดค่าบริการตายตัวสำหรับผู้ป่วยทุกคน²³ หรือในกรณีที่แพทย์และสถานพยาบาลมีการกำหนดค่าบริการที่ตายตัว ผู้ให้บริการก็ยังสามารถปรับระดับหรือจำนวนของบริการ (รวมทั้งชนิดและปริมาณยาที่จ่าย) ตามความสามารถในการจ่ายของผู้ป่วยได้²⁴ ประการที่สอง ข้อจำกัดในด้านการผลิตแพทย์ (ประกอบกับข้อกำหนดในการออกไปประกอบโรคศิลปะ) ทำให้สัดส่วนของจำนวนแพทย์ต่อจำนวนประชากรในประเทศไทยยังอยู่ในระดับที่ต่ำ การที่แพทย์เป็นสาขาวิชาชีพที่ขาดแคลนนอกจากจะทำให้มีโอกาสมียุทธวิธีได้สูงแล้ว ก็ยังมีส่วนทำให้โดยทั่วไปแล้วแพทย์ไม่ค่อยมีความจำเป็นที่จะแข่งขันในด้านราคามากเหมือนในวงการอื่น ประการที่สาม มาตรการทางด้านจริยธรรมต่าง ๆ (ซึ่งอาจรวมไปถึงการห้ามโฆษณา) ทำให้การแข่งขันด้านราคาทำได้ยาก และประการที่สี่ บริการด้านการรักษาพยาบาลเป็นบริการที่คุณภาพมีความสำคัญมากกว่าสินค้าทั่วไป ผู้บริโภคซึ่ง

²² ซึ่งเป็นวิธีที่ใกล้เคียงกับการตั้งราคาที่นักเศรษฐศาสตร์เรียกว่าการตั้งราคาแบบเลือกปฏิบัติ (price discrimination) ซึ่งโดยทั่วไปแล้วจะเกิดขึ้นในสถานการณ์ที่มีการผูกขาดเท่านั้น

²³ และทำให้แพทย์ในประเทศที่พัฒนาแล้ว (ซึ่งประชาชนและรัฐบาลมีกำลังซื้อสูง) จะมีรายได้สูงกว่าแพทย์ในประเทศกำลังพัฒนามาก และจะเห็นได้ว่ารายได้ของแพทย์และสถานพยาบาลเอกชนจะขึ้นลงตามภาวะเศรษฐกิจของประเทศหรือของท้องถิ่นค่อนข้างมาก ตัวอย่างเช่น ในยุคฟองสบู่หุ้นรพ.เอกชนหลายแห่งใน กทม. จ้างแพทย์จบใหม่ด้วยเงินเดือน 100,000 บาทขึ้นไป แต่หลังฟองสบู่แตกหลายแห่งลดลงเหลือ 50,000 บาท ซึ่งสูงกว่ารายได้เฉลี่ยของแพทย์จบใหม่ที่ใช้ทุนในต่างจังหวัด (รวมค่าไม่เปิดคลินิกและค่าเวร) ไม่มากนัก

²⁴ หรือตามเงื่อนไขการจ่ายเงินของผู้ที่ทำหน้าที่จ่ายเงินแทนผู้รับบริการ (third party) เช่น บริษัทประกัน นายจ้างหรือรัฐบาล

มีความรู้และข้อมูลที่จำกัดจึงมักจะใช้วิธีใช้สัญญาณต่าง ๆ ในการเลือกสรรแพทย์ (screening via signaling²⁵) และในหลายกรณี ผู้บริโภคกลับใช้ราคาเป็นกลไกในการบ่งบอกถึงคุณภาพของบริการ (price signaling²⁶) ดังนั้นแพทย์จำนวนไม่น้อยจึงพบว่าการแข่งขันในด้านคุณภาพของการบริการใน ส่วนที่ผู้ป่วยรู้สึกได้ (เช่น การพยายามรักษาให้คนไข้หายเร็วที่สุด²⁷ การรักษาแบบตามใจคนไข้²⁸ การทำตัวเป็นกันเองกับคนไข้และญาติ และการเลือกสาขาที่มีความต้องการสูง²⁹) เป็นวิธีที่ได้ผลในการดึงดูดลูกค้ามากกว่าการเก็บค่ารักษาพยาบาลในราคาถูก

การที่แพทย์มีรายได้ที่สูงกว่าวิชาชีพอื่น ๆ ทำให้ผู้คนจำนวนหนึ่งเกิดความรู้สึกว่ารายได้ของแพทย์ (และของสถานพยาบาล โดยเฉพาะโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่) เป็น "กำไร" ที่ได้มาจากความเจ็บป่วยหรือความเดือดร้อนของประชาชน ผู้คนจำนวนไม่น้อยเห็นว่าแพทย์มีรายได้ที่สูงกว่า "ต้นทุน" ที่ใช้ในการรักษา (ถึงแม้จะคิดรวมถึงความยากลำบากในการเรียนในระดับประถมและมัธยมเพื่อสอบเข้าเรียนแพทย์ และความยากลำบากในระหว่างที่เรียนแพทย์และใช้ทุนแล้วก็ตาม) และก็มีผู้คนจำนวนหนึ่ง (รวมทั้งแพทย์บางท่าน) ที่เห็นว่า ถึงแม้ว่าการใช้ทำงานชดใช้ทุนของแพทย์อาจจะถือได้ว่าได้ใช้

²⁵ ตัวอย่างเช่น คนไข้บางรายใช้วิธีไปโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่มีชื่อเสียงหรือโรงพยาบาลใหญ่โดยคาดว่าโรงพยาบาลเหล่านั้นจะมีบุคลากรที่มีความสามารถมากกว่าสถานพยาบาลขนาดเล็ก คนไข้บางรายก็ใช้วิธีสอบถามจากญาติหรือเพื่อนห้องที่อยู่ในการสาธารณสุข หรือจากผู้ที่เคยไปรับการรักษาพยาบาลมาก่อน ทั้งที่ในหลายกรณีเป็นการรักษาโรคและการที่ต่างกัน เป็นต้น

²⁶ คนไข้จำนวนมากเลือกที่จะไปหาแพทย์ที่มีชื่อเสียงทั้งที่ทราบว่าเก็บค่ารักษาพยาบาลแพงและไม่ค่อยมีเวลาให้กับคนไข้แต่ละราย เพราะคาดว่าจะได้รับประโยชน์จากความรู้และประสบการณ์ของแพทย์ผู้นั้นมากกว่าค่าใช้จ่ายที่สูงและเวลาที่ต้องรอพบแพทย์ และคนไข้จำนวนไม่น้อยยินดีที่จะเลือกไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลเอกชนที่มีราคาแพงเพราะคาดว่าจะได้รับการรักษาพยาบาลที่ดีกว่า

²⁷ ซึ่งการแข่งขันในด้านนี้อาจนำไปสู่การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างพร่ำเพรื่อ การใช้ยาปฏิชีวนะ generation ใหม่ ๆ เร็วเกินไป และทำให้ในหลายกรณีผู้ป่วยได้รับยาอันตรายบางประเภทมากเกินไปจนความจำเป็น

²⁸ เช่นการฉีดยาหรือจ่ายยาตามความเชื่อและคำขอของคนไข้ และอาจรวมไปถึงกรณีที่แพทย์มีส่วนสูงใจให้คนไข้เลือกวิธีการรักษาที่อาจมีความเสี่ยงมากขึ้น เช่น การผ่าตัดคลอด

²⁹ รวมทั้งสาขาที่เกี่ยวข้องกับเรื่องความงาม ซึ่งมีผู้ที่ไม่ได้ป่วย (ในความหมายแบบดั้งเดิมที่ใช้กันทางการแพทย์) สนใจมากใช้บริการเป็นจำนวนมาก

หน้าอาชีพกรของประชาชนที่อุดหนุนการผลิตแพทย์ไปแล้ว³⁰ แต่ในกระบวนการผลิตแพทย์จากนักศึกษาธรรมดาจนกลายเป็นแพทย์ที่มีความรู้ความชำนาญนั้น ต้องแลกมาด้วยชีวิตและความพิการของประชาชนจำนวนหนึ่ง³¹ ดังนั้น ในทัศนะของคนกลุ่มนี้ แพทย์จึงมีหน้าที่ที่จะต้องตอบแทนสังคมมากกว่าผู้ที่อยู่ในวิชาชีพอื่น

ในประเด็นเรื่องค่าตอบแทนนั้น นักเศรษฐศาสตร์ในยุคแรกๆ จะให้ความสำคัญกับแรงงานค่อนข้างมาก (โดยเฉพาะอย่างยิ่งทฤษฎี Labor Theory of Value ของ David Ricardo ซึ่งเป็นรากฐานของทฤษฎีมูลค่าส่วนเกิน (Theory of Surplus Value) ของ Karl Marx ในเวลาต่อมา) ต่อมาเศรษฐศาสตร์นีโอคลาสสิก (Neoclassical Economics) ซึ่งเป็นเศรษฐศาสตร์กระแสหลักในปัจจุบันแบ่งค่าตอบแทนออกได้เป็นสี่ประเภท³² คือ (1) ค่าจ้าง (wage) ซึ่งเป็นค่าตอบแทนแรงงาน (2) ค่าเช่า (rent) ซึ่งเป็นค่าตอบแทนปัจจัยการผลิตที่มีจำนวนจำกัด (fixed or quasi-fixed factor) เช่น ที่ดิน สัมปทาน (3) ดอกเบี้ย (interest) ซึ่งเป็นค่าตอบแทนปัจจัยการผลิตที่เป็นสินค้าทุน (capital) และการลงทุน (investment) ซึ่งรวมไปถึงการออม และ (4) กำไร (profit) ซึ่งเป็นผลตอบแทนสำหรับการประกอบการ (หรือ “การบริหารจัดการ”) ซึ่งจะสังเกตได้ว่า สำหรับธุรกิจสมัยใหม่ที่มีการจ้างมืออาชีพมาบริหารนั้น นิยามของ “กำไร” ในที่นี้กลายเป็นค่าตอบแทนผู้บริหารมืออาชีพ ไม่ใช่เจ้าของเงินลงทุนซึ่งจะได้ค่าตอบแทนในรูปเงินปันผล (ซึ่งเปรียบเสมือนดอกเบี้ยที่ปรับด้วยความเสี่ยงของการลงทุน)

ความแตกต่างที่สำคัญของนักเศรษฐศาสตร์นีโอคลาสสิกกับนัก

³⁰ ในขณะที่อีกหลายวิชาชีพ (ซึ่งส่วนใหญ่เป็นวิชาชีพนอกวงการสาธารณสุข) ที่นักศึกษาาก็ได้รับการอุดหนุนจากรัฐเช่นกัน (ถึงแม้จะในอัตราที่ต่ำกว่ามาก) ไม่ได้มีหรือผูกพันที่ต้องขอใช้ทุนแต่อย่างใด

³¹ “ทศูโยไม่ว่าง” เป็นวลีที่บุคลากรในวงการแพทย์จำนวนหนึ่งใช้เรียกช่วงที่แพทย์จบใหม่ (รวมถึงแพทย์ประจำบ้านใหม่) เข้ามารับเปลี่ยนรับช่วงงานจากแพทย์รุ่นก่อน

³² การแบ่งแบบนี้เป็นแนวคิดของ Alfred Marshall ซึ่งปรับมาจากแนวคิดของ Adam Smith ซึ่งแบ่งค่าตอบแทนออกเป็น ค่าจ้าง ค่าเช่า และกำไร

เศรษฐศาสตร์ดั้งเดิม (Classical Economics) ก็คือ นักเศรษฐศาสตร์นีโอคลาสสิกให้ความสำคัญกับแนวคิดเรื่องต้นทุนค่าเสียโอกาส (opportunity cost) ซึ่งเป็นการคิดต้นทุน(หรือรายได้หรือค่าตอบแทนสำหรับเจ้าของปัจจัยการผลิต) จากโอกาสที่ดีที่สุดของการใช้ปัจจัยการผลิต (หรือทรัพยากร) นั้นๆ ในที่อื่น (best alternative use) วิธีคิดต้นทุนและค่าตอบแทนในลักษณะนี้จึงเป็นวิธีคิดที่นำทั้งปัจจัยในด้านอุปทาน (จำนวนทรัพยากรที่มีอยู่) และปัจจัยทางด้านอุปสงค์ (ความต้องการใช้ปัจจัยการผลิตนั้นในที่อื่น) มากำหนดมูลค่าหรือค่าตอบแทนของเจ้าของปัจจัยการผลิตนั้นๆ ตัวอย่างเช่น การคิดค่าเช่าที่ดินผืนหนึ่ง (หรือต้นทุนของการใช้ที่ดินผืนนั้น) ซึ่งนักเศรษฐศาสตร์แบบดั้งเดิมจะคิดจากส่วนต่างของรายรับสุทธิจากการผลิตที่จะได้จากการใช้ที่ดินผืนนั้นเทียบกับรายรับสุทธิจากผลผลิตที่จะได้จากที่ดินผืนที่ไม่มีราคา (เพราะไม่มีใครต้องการจับจองหรือเช่า) แต่เมื่อใช้แนวคิดในเรื่องของค่าเสียโอกาสมาใช้นั้น ถ้ามีนาย ก. ยินยอมจ่ายค่าเช่าที่ดินผืนนั้นในอัตราที่สูงกว่าอัตราปกติถึงเท่าตัว (ด้วยเหตุผลใดก็ตามแต่) แต่เจ้าของที่ดินซึ่งเป็นบิดาของนาย ข. ตัดสินใจให้นาย ข. ไปทำกินฟรีๆ บนที่ดินผืนนั้น การคิดต้นทุนของการใช้ที่ดินผืนนั้นของนาย ข. ตามแนวทางของเศรษฐศาสตร์นีโอคลาสสิกจะต้องคิดจากค่าเช่าที่นาย ก. เสนอ ไม่ใช่ค่าเช่าที่นาย ข. จ่ายจริง (ซึ่งก็คือศูนย์) หรือค่าเช่าที่ดินผืนอื่นๆ ในระแวกนั้น (ครึ่งหนึ่งของที่นาย ก. ยินดีจ่าย) หรืออีกนัยหนึ่ง ต้นทุนหรือค่าตอบแทนสำหรับปัจจัยการผลิตใดๆ ก็ตามจะเป็นค่าตอบแทนที่ต้องจ่ายออกไปในการแข่งขัน (ซึ่งเปรียบได้กับการประมูล) เพื่อแย่งปัจจัยการผลิต (หรือทรัพยากร) นั้นมาจากคนอื่นๆ ที่ต้องการใช้ปัจจัยการผลิตอันเดียวกันนั้น

นัยประการหนึ่งของการคิดต้นทุนค่าตอบแทนโดยวิธีนี้ก็คือ ในตลาดที่มีการแข่งขันกันอย่างเต็มทีนั้น "ถ้าไร" จะมีแนวโน้มที่ลดลงเป็นศูนย์อยู่ตลอดเวลา ทั้งนี้ เพราะถ้าธุรกิจใดสามารถทำกำไรในตลาดที่มีการแข่ง

ขันอย่างสมบูรณ์ได้ ก็จะต้องเป็นเพราะธุรกิจนั้นมีปัจจัยการผลิตที่มีคุณภาพดีกว่าคู่แข่ง ซึ่งการแข่งขันในตลาดปัจจัยการผลิตจะทำให้กิจการนั้นต้องจ่ายค่าตอบแทนให้เจ้าของปัจจัยการผลิตนั้นเพิ่มขึ้น ตัวอย่างเช่น ถ้าปัจจัยนั้นคือที่ดิน มูลค่าและค่าเช่าที่ดินผืนนั้นก็เพิ่มขึ้น ถ้าปัจจัยนั้นคือผู้บริหารที่มีความสามารถมากกว่าผู้บริหารของคู่แข่งรายอื่นๆ ในระยะยาว เจ้าของกิจการก็ต้องจ่ายค่าจ้างให้ผู้บริหารรายนั้นเพิ่มขึ้น ไม่เช่นนั้น บริษัทคู่แข่งก็จะมาประมูลตัวผู้บริหารรายนั้นไปโดยการเสนอค่าจ้างที่สูงกว่าในที่สุด ถ้าปัจจัยนั้นคือแพทย์ที่มีชื่อเสียง โรงพยาบาลก็ต้องจ่ายค่าตอบแทนให้แพทย์ท่านนั้นสูงตามไปด้วย ไม่เช่นนั้นก็อาจมีโรงพยาบาลอื่นมาเสนอเงื่อนไขที่ดีกว่าให้แพทย์ท่านนั้น (การจ่ายค่าตอบแทนกับแพทย์ที่มีชื่อเสียงในรูปค่าแพทย์หรือ doctor fee ต่อคนไข้และต่อหัตถการที่ทำก็เป็นวิธีหนึ่งที่โรงพยาบาลจะสามารถรักษาแพทย์ที่มีชื่อเสียงเอาไว้ได้)³³ ดังนั้น ในมุมมองของเศรษฐศาสตร์นีโอคลาสสิกนั้น ถึงแม้ว่าธุรกิจต่างๆ จะพยายามแสวงหากำไรสูงสุด **แต่ที่ดุลยภาพในระยะยาวนั้น กำไรจะเท่ากับศูนย์** โดยเจ้าของปัจจัยการผลิตแต่ละชนิด (รวมทั้งเจ้าของเงินลงทุน) จะได้ผลตอบแทนตามอัตราที่เกิดจากการแข่งขัน (หรือการประมูล) ในตลาด³⁴ ซึ่งอาจจะเรียกค่าตอบแทนของเงินลงทุนว่าเป็น “กำไรปกติ” (normal profit) เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบกับกำไรทางบัญชี (accounting profit) ได้³⁵ ทั้งนี้ กำไรในความหมายทาง

³³ ในทางกลับกัน แพทย์จบใหม่ที่ยังไม่มีชื่อเสียงมักจะพอใจระบบการจ่ายค่าตอบแทนแบบประกัน รายได้มากกว่าการจ่ายค่าแพทย์ต่อคนไข้เป็นรายๆ ไป

³⁴ แม้ว่ากระบวนการ “ประมูล” ที่กล่าวถึงอาจจะไม่เกิดขึ้นจริงในตลาดนั้นๆ แต่เศรษฐศาสตร์นีโอคลาสสิกเชื่อว่า การทำงานของตลาดที่มีการแข่งขันจะนำไปสู่ดุลยภาพดังกล่าวจริง ซึ่งทฤษฎีนี้เป็นที่มาของการอ้างถึง “มือที่มองไม่เห็น” (invisible hand) ซึ่งก็คือบทบาทของการแข่งขันในตลาดที่นำไปสู่ดุลยภาพดังกล่าว

³⁵ แต่ในปัจจุบันนั้น วงการบัญชีเองก็พยายามกำหนดกฎกติกาในเรื่องว่าจะไรสามารถนำมาคิดเป็นต้นทุนของกิจการได้บ้าง ซึ่งในหลายกรณีทำให้ต้นทุนในทางบัญชีไม่ต่างจากต้นทุนในทางเศรษฐศาสตร์มากนัก (โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีของธุรกิจสมัยใหม่) แต่ในทางปฏิบัติก็ยังมีปัจจัยอีกหลายประการที่ทำให้ต้นทุนต่างกัน เนื่องจากแรงจูงใจทางภาษีในการกำหนดทิศทางของบัญชี (ตัวอย่างเช่น ถ้าภาษีเงินได้ถูกเก็บในอัตราที่ก้าวหน้าขณะที่ภาษีธุรกิจถูกเก็บในอัตราคงที่) ทำให้มีการพลิกแพลงในเทคนิคการทำบัญชี (รวมไปถึงการแยกบริษัท) และเทคนิคปลีกย่อยต่างๆ (เช่นการคิดค่าเสื่อมราคา) และทำ transfer pricing และการทำบัญชีหลายชุด

เศรษฐกิจศาสตร์ (economic profit) จะหมายถึง กรณีที่ธุรกิจหนึ่งๆ ได้รับผลตอบแทนที่สูงกว่าผลตอบแทนจากการแข่งขันในตลาด ซึ่งกรณีทำนองนี้มักเกิดจากความสามารถในการผูกขาด (ซึ่งส่วนใหญ่มักเกิดการได้รับสิทธิพิเศษหรือสัมปทานผูกขาดจากรัฐ และข้อกำหนดหรือกฎหมายที่ไม่เอื้ออำนวยกับการแข่งขัน) หรือเกิดจากความไม่สมบูรณ์หรือความล้มเหลวของกลไกตลาดในบางกรณี กำไรทางเศรษฐกิจในกรณีนี้จึงมีความหมายที่คล้ายกับค่าเช่า (rent) ซึ่งเป็นค่าตอบแทนสำหรับปัจจัยการผลิตที่มีจำนวนจำกัด³⁶ และเป็นกำไรที่ถือว่าไม่ปกติ (abnormal profit) ในระบบเศรษฐกิจ ซึ่งในแง่นี้ ถ้านิยามของกำไรใช้นิยามตามทฤษฎีของเศรษฐกิจศาสตร์นีโอคลาสสิกแล้ว สภาวะที่ "ไม่มีกำไร" ในดุลยภาพในระยะยาวก็ถือได้ว่าเป็นสภาวะการณ์ที่พึงปรารถนาตามปรัชญาของเศรษฐกิจศาสตร์นีโอคลาสสิก อย่างไรก็ตาม เราจะเห็นได้ว่านิยามของ "กำไร" ของเศรษฐกิจศาสตร์นีโอคลาสสิกนั้นต่างจากนิยามที่คนทั่วไปไปเข้าใจและใช้ในชีวิตประจำวันค่อนข้างมาก

ความไม่สมบูรณ์และความล้มเหลวของกลไกตลาดที่กล่าวถึงในย่อหน้าที่แล้วอาจเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ แต่สาเหตุสำคัญที่มักจะถูกอ้างถึงในกรณีของสินค้าและบริการด้านสุขภาพก็คือ ความไม่สมบูรณ์และความไม่เท่าเทียมกันในด้านข้อมูลและสารสนเทศ (imperfect and asymmetric information) การเกิดผลกระทบต่อภายนอก (externality or spill-over effect) และปัญหาความไม่แน่นอนและความเสี่ยง (uncertainty and risk³⁷)

ในกรณีแรก ความไม่เท่าเทียมกันในด้านข้อมูลและสารสนเทศ สามารถนำไปสู่สถานการณ์ที่ผู้ให้บริการมีอำนาจเหนือผู้รับบริการ และมีโอกาสที่จะใช้อำนาจที่มีอยู่หาผลประโยชน์เข้าตัวโดยการชักจูงหรือชักนำให้เกิดการใช้

³⁶ นักเศรษฐกิจศาสตร์บางรายอ้างถึงกำไรที่เกิดจากสิทธิในการผูกขาดว่าเป็นกึ่งค่าเช่า (quasi-rent) และเรียกพฤติกรรมที่ธุรกิจบางรายพยายามแสวงหาอำนาจการผูกขาดจากรัฐว่าเป็น rent-seeking behavior ซึ่งถือว่าเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม หรือ "ไร้จริยธรรม" ทางเศรษฐกิจศาสตร์

³⁷ เนื้อหาส่วนใหญ่ในทั้งสามประเด็นนี้จะกล่าวถึงต่อไปในคัดย่อมาจาก อัญชญา และ วิโรจน์ (2545)

บริการที่ไม่เหมาะสมหรือในระดับที่ไม่เหมาะสมได้

ในกรณีที่สองนั้น การที่กิจกรรมในด้านสาธารณสุขหลายกิจกรรม (เช่น การรักษาผู้ป่วยให้หายป่วยจากโรคติดเชื้อ และการให้วัคซีนเพื่อป้องกันโรค) มีผลกระทบต่อภายนอก เพราะการที่คนป่วยเป็นโรคที่ติดต่อไปสู่ผู้อื่น ได้นั้นไม่ได้เกิดผลเสียต่อตนเองแต่เพียงคนเดียว แต่ทำให้โอกาสที่บุคคลอื่นๆ จะกลายมาเป็นผู้สัมผัสโรคและกลายมาเป็นผู้ป่วยมากขึ้นด้วย ในทางกลับกัน การฉีดวัคซีนป้องกันโรคของปัจเจกชนก็มีประโยชน์ต่อชุมชนด้วย การที่ผู้มารับบริการไม่ได้รับผลตอบแทนทั้งหมดโดยตรง ทำให้กลไกตลาด (ที่ให้ผู้รับบริการจ่ายค่ารักษาหรือค่าวัคซีนทั้งหมด) อาจจะไม่ได้เป็นเครื่องมือที่ดีที่สุดในการจัดสรรทรัพยากรอีกต่อไป และมีโอกาสหรือช่องทางที่การแทรกแซงของรัฐที่เหมาะสมอาจจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและสวัสดิการของสังคมขึ้นได้³⁸

สำหรับกรณีที่สามนั้นจะเห็นได้โดยทั่วไปว่าการเจ็บป่วยในระดับที่ต้องเข้าไปพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลนั้นเป็นเหตุการณ์ที่ไม่ได้เกิดขึ้นบ่อยสำหรับปัจเจกแต่ละคน³⁹ แต่เมื่อมีการเจ็บป่วยในลักษณะนี้เกิดขึ้น ในกรณีนี้ผู้ป่วยจะต้องรับภาระค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเอง ก็มีแนวโน้มที่จะต้องใช้จ่ายเงินเป็นจำนวนมาก และผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยไม่สามารถรับภาระค่าใช้จ่ายส่วนนี้ได้ การใช้จ่ายทางด้านการศึกษาพยาบาลจึงมีลักษณะที่เป็นการรับมือกับ “ความเสี่ยงภัย” มากกว่าการอุปโภคหรือบริโภคสินค้าหรือบริการทั่วไป โดยหลักการแล้ว การบริหารงบประมาณเพื่อรับมือกับความเสี่ยงในลักษณะนี้ ควร

³⁸ ทั้งนี้ การที่กลไกราคาไม่สามารถสะท้อนมูลค่าของสินค้าหรือบริการได้อย่างถูกต้องนั้น ไม่ได้หมายความว่าภาครัฐจะสามารถทำหน้าที่นี้ได้ดีกว่าเสมอไป เพราะในหลายกรณีการบริหารของภาครัฐอาจจะต้องมีประสิทธิภาพยิ่งกว่ากลไกราคาที่ไม่สมบูรณ์เสียอีก แต่ในกรณีที่กลไกราคาไม่สามารถทำงานได้อย่างสมบูรณ์นั้น เป็นการบ่งบอกว่ามีโอกาสหรือช่องทางที่การออกแบบและเลือกใช้กลไกของรัฐที่เหมาะสมอาจจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและสวัสดิการของสังคมขึ้นได้เช่นกัน

³⁹ อัตราการเข้ารับการรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน (ที่ต้องนอนโรงพยาบาล) ของคนไทยที่ได้จากการศึกษาต่างๆ อยู่ระหว่าง 7%-12% ต่อปี หรืออีกนัยหนึ่ง โดยเฉลี่ยแล้วคนไทยแต่ละคนจะป่วยหนักถึงต้องเข้าไปนอนโรงพยาบาลหนึ่งครั้งในทุกๆ 8-14 ปี

สามารถเฉลี่ยความเสี่ยงในวงกว้างกว่าของภาคเอกชน⁴²

การแก้ปัญหาความความไม่สมบูรณ์และความล้มเหลวของกลไกตลาดในด้านบริการสาธารณสุขเหล่านี้มักจะต้องอาศัยการแทรกแซงและการควบคุมกำกับดูแลที่เหมาะสมของกลไกรัฐ (เช่น การออกกฎหมายและสร้างกลไกมากกว่าไม่ให้ผู้ให้บริการสามารถใช้ความเหนือกว่าในด้านความรู้และข้อมูลมาชักนำให้เกิดบริการที่ไม่เหมาะสม การลงทุนและการอุดหนุนกิจกรรมด้านการป้องกันโรค หรือการจัดให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นต้น) ซึ่งถ้าสามารถแก้ไขปัญหานั้นลงได้แล้ว เศรษฐศาสตร์นีโอคลาสสิก (ซึ่งคงความเป็นเศรษฐศาสตร์กระแสหลักในระยะเวลามากกว่า 150 ปีที่ผ่านมาจนถึงยุคปัจจุบัน) ก็จะถือว่ารายได้ที่ผู้ให้บริการได้รับในระบบนั้น ๆ เป็นรายได้ที่เหมาะสมแล้วในขณะนั้น เพราะเป็นรายได้ที่สะท้อนถึงโครงสร้างทรัพยากรในเวลาดังกล่าว ตัวอย่างเช่น ในสถานการณ์ที่แพทย์ขาดแคลนนั้น ก็จะเป็นธรรมชาติอยู่เองที่กระบวนการแข่งขันในระบบตลาดจะดึงค่าตอบแทนของแพทย์ให้สูงกว่าผู้ประกอบการวิชาชีพอื่น ๆ ที่สังคมมีอุปสงค์น้อยกว่า

แต่ถึงแม้ว่า ทฤษฎีเศรษฐศาสตร์กระแสหลักจะอิงปรัชญาที่ดูจะยึดติดกับโครงสร้างทางสังคม (หรือ status quo) อยู่ค่อนข้างมาก แต่ทฤษฎีดังกล่าวก็ยังคงเป็นเครื่องมือที่สามารถใช้ในการวิเคราะห์และคาดการณ์ผลกระทบของมาตรการต่าง ๆ ของภาครัฐที่จะมีต่อบริการสาธารณสุขในสถานการณ์ต่าง ๆ และในกรณีที่รัฐเลือกที่จะเข้ามาแทรกแซงในตลาดบริการด้านสาธารณสุขในระดับต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี

⁴² ตัวอย่างหนึ่งที่อ้างโดย Stiglitz (1989) ก็คือกรมธรรม์ประกันที่เรียกว่า annuity ของบริษัทประกันในสหรัฐอเมริกา ซึ่งผู้เอาประกัน (ส่วนใหญ่ยังอยู่ในวัยทำงาน) จะต้องจ่ายเงินค่าเบี้ยประกันให้บริษัทประกันเพื่อแลกกับ “เงินบำนาญ” ที่บริษัทจะจ่ายให้จนกระทั่งผู้เอาประกันเสียชีวิต ซึ่งเมื่อเทียบกับโครงการประกันสังคม (social security) ของรัฐบาลแล้ว พบว่าอัตราผลตอบแทนที่บริษัทประกันจ่ายให้ผู้เอาประกันต่ำกว่าอัตราที่จ่ายโดยโครงการประกันสังคมของรัฐมาก ซึ่งอาจจะเป็นเพราะบริษัทเอกชนมีค่าใช้จ่ายในการบริหารสูงกว่าโครงการของรัฐที่มีขนาดใหญ่กว่าและไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการตรวจสอบข้อมูลมากเท่าโครงการของเอกชน

6. บทบาทของรัฐ

ถึงแม้ว่าบริการด้านสาธารณสุขเป็นบริการที่ต่างไปจากสินค้าและบริการทั่วไป (ตามที่ได้กล่าวไปแล้วในตอนที่ 4) ซึ่งทำให้มีเหตุผลสนับสนุนให้รัฐเข้ามาแทรกแซงมากกว่าสินค้าและบริการอื่นๆ แต่การแทรกแซงใดๆ ของรัฐนั้นย่อมจะต้องพิจารณาถึงบริบทของระบบการเมืองและเศรษฐกิจของประเทศ โดยส่วนรวมด้วย ในระบบการเมืองและเศรษฐกิจของประเทศไทยในปัจจุบัน (ซึ่งเป็นระบบทุนนิยมเกือบเต็มตัว) นั้น คงเป็นเรื่องยากที่รัฐจะมากำหนด "ทิศทาง" หรือ "เป้าหมาย" ของระบบสุขภาพที่แยกออกจากระบบสังคมและเศรษฐกิจด้านอื่นๆ ของประเทศ (หรือใช้กระบวนการที่เฉพาะเจาะจงบางอย่างมาใช้กับวงการสาธารณสุขโดยเฉพาะ เช่น เน้นการสั่งสอนด้านจริยธรรมหรือปลูกจิตสำนึกโดยหวังว่ากระบวนการเหล่านี้จะสามารถ "หล่อหลอม" ให้บุคลากรในระบบบริการสุขภาพจะมีคุณธรรมหรือจริยธรรมที่สูงกว่าประชาชนทั่วไปในสังคมไทย) ดังนั้น โดยทั่วไปแล้ว ในกรณีที่รัฐต้องการให้ระบบบริการสุขภาพในภาพรวมของประเทศหันเหทิศทางหนึ่งทิศทางใด รัฐอาจต้องเข้ามามีส่วนในการดำเนินการเองหรือไม่ก็ใช้มาตรการในทางอ้อมที่จะไปส่งผล (influent) ต่อระบบบริการสุขภาพของประเทศ มากกว่าที่จะกำหนดกฎกติกาหรือข้อห้ามที่มาใช้สำหรับแพทย์หรือบุคลากรด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะ ซึ่งเราจะเห็นได้ว่า ในประเทศทุนนิยมที่พัฒนาแล้วหลายประเทศ รัฐบาลจะเข้ามามีบทบาทในการซื้อบริการแทนประชาชน แต่ยังคงให้เอกชนมีบทบาทที่สำคัญในการจัดบริการด้านการรักษาพยาบาล

อย่างไรก็ตาม การที่บริการด้านสาธารณสุข (ตั้งแต่การให้ความรู้ การป้องกันโรค ไปจนถึงการรักษาพยาบาล) เป็นบริการที่ต่างไปจากสินค้าและบริการทั่วไป ทำให้นอกจากรัฐจะต้องมีบทบาทในการกำกับดูแลมากกว่าในตลาดสินค้าทั่วไป (เพื่อป้องกันไม่ให้ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดใช้ข้อมูลหรือความรู้ที่มีมากกว่ามาหาประโยชน์ที่ไม่สมควร) แล้ว การที่บริการด้านสาธารณสุขมัก

ก่อให้เกิดผลกระทบภายนอกต่อสังคมด้วย ทำให้รัฐอาจจะต้องเข้ามามีบทบาทในการสนับสนุนหรือชดเชยด้านการเงินในบางกรณี ไปจนถึงอาจต้องจัดให้มีระบบประกันสุขภาพ และ/หรือ จัดบริการด้านสาธารณสุขโดยภาครัฐเองด้วย

โดยทั่วไปแล้ว รัฐบาลสามารถใช้มาตรการอย่างน้อยสามประการในการชักนำหรือกำกับทิศทางของบริการด้านสาธารณสุขให้ไปในทิศทางที่รัฐปรารถนา ประการแรก รัฐบาลอาจเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดให้มีระบบบริการของรัฐ (ซึ่งรัฐทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการโดยตรง และอาจจะรวมไปถึงการผลิตบุคลากรด้วย) ประการที่สอง รัฐเข้ามากำหนดกฎ กติกาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริการด้านสาธารณสุข และประการที่สาม รัฐอาจทำหน้าที่เป็นผู้รับประกันสุขภาพของประชาชน ซึ่งในการนี้ รัฐจะเป็นผู้นำเงินมาซื้อบริการจากผู้ให้บริการ (ซึ่งอาจรวมถึงผู้ให้บริการในภาคเอกชนด้วย) และการที่รัฐทำตัวเป็นผู้ซื้อบริการรายใหญ่ย่อมทำให้รัฐอยู่ในฐานะที่จะกำหนดกฎกติกาในการซื้อบริการที่มีส่วนกำหนดทิศทางของระบบบริการสุขภาพของประเทศได้ มาตรการทั้งสามประการที่กล่าวมาแล้วนี้ สามารถทำไปพร้อมๆ กันได้ และในขณะเดียวกันก็สามารถทดแทนกันได้ในระดับหนึ่ง และโดยทั่วไปแล้วมาตรการเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุขและอาจส่งผลกระทบต่อไปถึงรายได้ของบุคลากรด้วย

ในระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยมเสรีนั้น ถ้าไม่มีการควบคุมใดๆ เลย ทรัพยากรจะถูกดึงไปในที่มีผลตอบแทนสูงที่สุดก่อน แล้วจึงค่อยๆ กระจายไปสู่ที่ๆ มีผลตอบแทนรองลงมา ในกรณีที่ทรัพยากรดังกล่าวมีจำนวนมาก (เช่น แรงงานที่ไม่ได้มีทักษะพิเศษติดตัว) ตลาดก็จะทำหน้าที่เกลี้ยทรัพยากรไปค่อนข้างจะถ้วนทั่ว แต่ในกรณีที่ทรัพยากรมีจำนวนน้อยและมีความต้องการสูง เช่น แพทย์ในประเทศไทยนั้น ถ้าปล่อยให้ไปไปตามระบบตลาดอย่างเดียว ก็มีแนวโน้มว่าทรัพยากรเหล่านี้โดยส่วนใหญ่จะไปอยู่เฉพาะที่ที่มีกำลังซื้อมาก

เช่น ในเมืองใหญ่ (หรือแม้กระทั่งในต่างประเทศ⁴³) หรือไปอยู่ในสาขาที่มีกำลังซื้อสูง เช่น แพทย์เฉพาะทางด้านผิวหนังและศัลยกรรมพลาสติก (เพื่อเสริมความงาม⁴⁴) เป็นต้น

ดังนั้น ปัญหาความเหลื่อมล้ำในการกระจาย (หรือการกระจุกตัว) ของทรัพยากรด้านสุขภาพ มีส่วนสำคัญที่เกิดจากความแตกต่างของรายได้และอำนาจซื้อทั้งในระดับโลกและในระดับต่าง ๆ ภายในประเทศ (ตัวอย่างเช่น การกระจายรายได้ที่แตกต่างกันมาก ทำให้ผู้บริโภคในเมืองใหญ่จำนวนมากมีความสามารถและยินดีซื้อบริการ/ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร/สุขภาพ/ความงามในราคาแพง ในขณะที่ประชาชนจำนวนมากไม่น้อยในชนบทยังอยู่ในภาวะที่การไปหาแพทย์เพื่อรักษาโรคพื้นฐานที่คลินิกเอกชนถือเป็นสินค้าฟุ่มเฟือย) ซึ่งถ้าใช้มุมมองของนักวางแผนทางสังคม (social planner) แล้ว ก็ถือได้ว่าเป็นสภาวะการณ์ที่มีการใช้ทรัพยากรทางด้านสุขภาพที่ไม่มีประสิทธิภาพ (ในแง่ที่ทรัพยากรที่มีอยู่น้อยถูกอำนาจซื้อดึงให้ไปใช้ในกิจกรรมที่ก่อประโยชน์ในด้านสุขภาพให้กับสังคมน้อยมาก เมื่อเทียบกับโอกาสที่จะใช้ทรัพยากรในการช่วยชีวิตประชากรอีกเป็นจำนวนมาก) และมีโอกาสที่การแทรกแซงของรัฐจะช่วยทำให้มีการจัดสรรและใช้ทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

โดยทั่วไปแล้ว นโยบายและมาตรการควบคุม กำกับ หรือแทรกแซงจากภาครัฐ (ทั้งของรัฐบาลไทยและต่างประเทศ) ในด้านสาธารณสุข มีโอกาสที่จะทำให้ความเหลื่อมล้ำมีความรุนแรงขึ้นหรือลดน้อยลงได้ ตัวอย่างเช่น การส่งเสริมให้ชาวต่างประเทศเข้ามาใช้บริการทางการแพทย์ในประเทศมาก

⁴³ แน่นอนว่า การตัดสินใจในการเลือกถิ่นฐานประกอบอาชีพของแพทย์แต่ละคนย่อมมีปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้องหลายประการ ซึ่งหลายปัจจัยไม่ใช่แรงจูงใจทางเศรษฐกิจ (เช่น การมีครอบครัวหรือญาติที่น้องในพื้นที่นั้น ความชอบในการทำงานกับชาวชนบท อุดมการณ์ ฯลฯ) แต่โดยภาพรวมแล้ว เรามักจะพบว่าแรงจูงใจทางเศรษฐกิจมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจค่อนข้างมาก

⁴⁴ ถึงแม้ว่าจะมีการจำกัดจำนวนการผลิตแพทย์เฉพาะทางแต่ในปัจจุบันเราคงพบปรากฏการณ์ที่มีคลินิกผิวหนังและศัลยกรรมพลาสติกจำนวนมากไม่น้อยที่เปิดรักษาโดยแพทย์ที่ไม่ได้เรียนต่อด้านนี้โดยตรง (และยังมีคลินิกผิวหนังและเสริมความงามที่เปิดรักษาโดยบุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์อีกจำนวนหนึ่งรวมทั้งในกรณีที่เปิดคลินิกโดยไม่ถูกกฎหมายด้วย)

ขึ้น ในขณะที่จำนวนบุคลากรมีจำนวนเท่าเดิมจะเพิ่มกำลังซื้อและรายได้ของแพทย์ในเมืองใหญ่ และจะดึงบุคลากรออกจากชนบทมากขึ้น ทำให้ความเหลื่อมล้ำยิ่งเพิ่มขึ้นไปอีก การผลิตแพทย์เพิ่ม การลดหย่อนเงื่อนไขในการออกไปประกอบโรคศิลปะสำหรับแพทย์ต่างชาติ⁴⁵ และแพทย์ที่จบจากต่างประเทศ (หรือจากสถาบันการศึกษาของเอกชน) ก็จะช่วยบรรเทาภาวะการขาดแคลนแพทย์ลงได้⁴⁶ และในบางกรณีจะช่วยในด้านการกระจายตัวของแพทย์ด้วย (แต่อาจจะมีผลกระทบไปถึงรายได้และคุณภาพโดยเฉลี่ยของแพทย์) การปฏิรูประบบตำแหน่งและการจ่ายค่าตอบแทนในสถานพยาบาลของรัฐในลักษณะที่ทำให้บุคลากรในชนบทได้ค่าตอบแทนมากกว่าผู้ที่อยู่ในเมืองอย่างมีนัยสำคัญ และการกำหนดกติกาและแนวทางการจัดสรรทุนเข้าเรียนแพทย์ (รวมถึงการเรียนต่อสำหรับแพทย์ในชนบทหรือต่างจังหวัด) ก็ล้วนแล้วแต่เป็นมาตรการมีผลกระทบต่อการกระจายแพทย์ทั้งสิ้น และการที่รัฐมีบทบาทในด้านการผลิตบุคลากรเองนั้น ก็สามารถเลือกใช้มาตรการที่สามารถส่งผลต่อความขาดแคลนและการกระจายบุคลากรด้านต่าง ๆ ด้วย ซึ่งกรณีนี้อาจรวมไปถึงนโยบายอื่นๆ ของรัฐบาลด้วย เช่น ถ้าการลดหรือเลิกอุดหนุนการผลิตบุคลากรในกรณีที่มีมหาวิทยาลัยที่ออกนอกระบบจะนำไปสู่การเลิกระบบการผูกพันที่จะต้องใช้ทุนในชนบท ก็จะทำให้มีปัญหาความขาดแคลนแพทย์ในชนบทมากขึ้น หรือถ้ารัฐสามารถปฏิรูปการศึกษาให้การศึกษาในระดับประถมและมัธยมในชนบทหรือในระดับภูมิภาคมีคุณภาพใกล้เคียงกับในกรุงเทพมหานครก็จะช่วยรักษาแพทย์ให้อยู่ในต่างจังหวัดได้มากขึ้น เป็นต้น

หลายมาตรการที่กล่าวมาในย่อหน้าก่อนนี้เป็นมาตรการที่ได้มีการ

⁴⁵ เช่น การอนุญาตให้แพทย์จากต่างประเทศสอบใบประกอบโรคศิลปะในภาษาอื่นที่ไม่ใช่ภาษาไทยได้ หรือใช้ผลการสอบจากต่างประเทศที่ถือว่ามีความมาตรฐานดีพอ (โดยในบางกรณี อาจออกไปประกอบโรคศิลปะกำหนดเงื่อนไขให้รักษาเฉพาะคนไข้ที่พูดภาษานั้นได้เท่านั้น)

⁴⁶ หรือในกรณีที่ประเทศพัฒนาแล้วลดหย่อนเงื่อนไขในการรับบุคลากรของไทยไปทำงานในต่างประเทศ ก็อาจจะทำให้มีการเคลื่อนย้ายบุคลากรกันเป็นทอดๆ และเพิ่มความขาดแคลนแพทย์ในชนบท

ดำเนินไปแล้วบ้าง และเห็นผลไม่ชัดเจน ซึ่งในส่วนของมาตรการที่ใช้ในระบบบริการของภาครัฐเองนั้น อาจเกิดจากข้อจำกัดของระบบราชการที่ทำให้ไม่สามารถใช้มาตรการปฏิรูปที่มีน้ำหนักมากพอ ตัวอย่างเช่น การจ่ายค่าตอบแทนพิเศษในพื้นที่ทุรกันดาร และเงินหมิ่นสำหรับแพทย์ที่ไม่เปิดคลินิก อาจจะเป็นอัตราที่ต่ำเกินไปและเหวี่ยงแหเกินกว่าที่จะมีผลต่อการตัดสินใจในการเลือกที่ทำงานของแพทย์โดยส่วนใหญ่ หรือมาตรการการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลเป็นรายหัวในโครงการ 30 บาท ที่หวังว่าสถานพยาบาลในเขตที่มีประชากรมากจะสามารถใช้กำลังซื้อที่มาจากงบประมาณมาดึงแพทย์และบุคลากรอื่นๆ มาจากพื้นที่อื่นก็เป็นมาตรการที่ถูกผลักดันให้เกิดขึ้นแบบเร่งรีบโดยที่ไม่ได้มีการกระจายอำนาจในการใช้เงินให้สถานพยาบาลหรือปรับกฎเกณฑ์ในเรื่องอัตรากำลังพร้อมๆ กันไปด้วย สำหรับบางมาตรการที่รัฐบาลให้การสนับสนุนในปัจจุบัน เช่น การส่งเสริมให้ชาวต่างประเทศเข้ามาใช้บริการทางการแพทย์ในประเทศมากขึ้นนั้น ยังไม่สามารถพยากรณ์ได้ว่าจะประสบความสำเร็จมากน้อยเพียงใด แต่ถ้ามองจากต้นทุนที่สังคมไทยจะต้องจ่ายออกไปแล้ว ก็พอจะคาดการณ์ได้ว่า ถ้ามาตรการนี้ประสบความสำเร็จ ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ การกระจายแพทย์ คุณภาพของแพทย์ในระบบบริการของรัฐ และการเข้าถึงบริการของประชาชนคนไทยโดยเฉลี่ยจะเลวลง มาตรการนี้จึงเป็นสิ่งที่ผู้ที่ต้องการเห็นระบบบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ และประชาชนที่มีถิ่นฐานอยู่ในประเทศไทยสามารถเข้าถึงได้อย่างเป็นธรรม ควรจะคัดค้านมากกว่ามาตรการการกีดกันไม่ให้แพทย์ต่างชาติเข้ามาทำมาหากินในประเทศไทย

การที่รัฐบาลปัจจุบันได้ผลักดันโครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” ออกมาอย่างเร่งรีบภายใต้ร่มของ “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” และ พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งก่อให้เกิดปฏิกิริยาในทางลบจากหลายฝ่าย (รวมทั้งผู้ที่สนับสนุนร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ฉบับนี้

จำนวนหนึ่ง) ในแง่มุมต่าง ๆ กัน แต่ถ้าเทียบกับนโยบายหรือมาตรการอื่น ๆ ของรัฐบาลแล้ว ก็อาจกล่าวได้ว่า มาตรการที่มีโอกาสมากที่สุดที่จะมีผลในการปรับทิศทางของระบบบริการสาธารณสุขไปในทิศทางที่พึงปรารถนาสำหรับทุกฝ่ายในสังคมก็คือ การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งนี้ภายใต้เงื่อนไขที่จะต้องมีการออกแบบระบบต่าง ๆ อย่างเหมาะสม และคำนึงถึงประโยชน์ของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เพราะถ้ารัฐสามารถจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีคุณภาพในระดับที่ประชาชนมากกว่าร้อยละ 90 พอใจที่จะเข้าไปรับบริการโดยใช้กลไกภาษีในการรวบรวมเงินจากประชาชน⁴⁷ และมีกลไกการซื้อบริการของรัฐที่สามารถจัดสรรเงินให้กับผู้ให้บริการ (ทั้งของรัฐและเอกชนที่เข้าร่วมโครงการ) อย่างสมเหตุสมผลแล้ว รัฐก็จะสามารถกำหนดทิศทางของระบบบริการด้านสุขภาพในภาพรวมของประเทศได้เกือบสมบูรณ์ (โดยที่รัฐไม่จำเป็นต้องเป็นเจ้าของหรือผู้จัดบริการเองทั้งหมด) อุปสงค์ที่มีต่อบริการด้านสุขภาพในภาคเอกชนที่อยู่นอกระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ก็จะกลายเป็นส่วนที่มีความสำคัญน้อยลง และไม่ใช่ส่วนที่มีอิทธิพลในการกำหนดระบบบริการสุขภาพในภาพรวมของประเทศอีกต่อไป แต่การที่จะบรรลุถึงเป้าหมายที่กล่าวมาข้างต้น (ซึ่งก็คือ บริการที่มีคุณภาพในระดับที่ประชาชนมากกว่าร้อยละ 90 พอใจที่จะเข้าไปรับบริการ) นั้น รัฐจะต้องจัดสรรงบประมาณพอสำหรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการ และจ่ายค่าตอบแทนบุคลากรอย่างสมเหตุสมผลด้วย เพราะไม่เช่นนั้นแล้วก็จะไม่สามารถรักษาบุคลากรและคุณภาพของระบบบริการสุขภาพที่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเอาไว้ได้ และถ้าเป็นเช่นนั้นแล้ว ระบบบริการของเอกชนส่วนที่อยู่นอกโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะมีขนาดใหญ่ไม่ใช่น้อยกว่าเดิม เพราะถ้ายังต้องมี

⁴⁷ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเรื่อง "การคลังรวมหมู่ด้านสุขภาพ" และ "การเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข" (หรือ solidarity) ซึ่งสนับสนุนให้มีการช่วยเหลือกันระหว่างผู้ที่มีมากและมีน้อย และผู้ที่แข็งแรงกับผู้ป่วย ทั้งนี้ อาจเปิดโอกาสให้ผู้มีสิทธิร่วมจ่ายสำหรับบริการทางเลือกที่มีราคาแพงหรือมีความสะดวกสบายมากขึ้น (เช่น ห้องพิเศษ)

มาใช้บริการที่สถานพยาบาลน้อยลง

7. สรุปความเห็นของปุ๋ยเขียนและนัยที่มีต่อ (ร่าง) พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ

1. แนวคิดเรื่อง “กำไร” ที่ใช้กันอยู่ทั่วไป⁴⁹ มีความคลุมเครือในตัวเองค่อนข้างมาก จึงไม่เหมาะที่จะนำมาใช้เป็นมาตรฐานวัดความเหมาะสมหรือไม่เหมาะสมของบริการสาธารณสุข
2. ถ้าจะใช้กำไรตามความหมายในทางเศรษฐศาสตร์ (economic profit หรือ abnormal profit ซึ่งเป็นกำไรที่อยู่เหนือค่าตอบแทนปกติของปัจจัยการผลิตต่าง ๆ และสะท้อนภาวะการผูกขาดหรืออำนาจเหนือตลาดของธุรกิจ) มาเป็นมาตรฐานวัด ก็จะสามารถคล้องกับแนวทางของฝ่ายต่างๆ ที่เสนอให้มีข้อความนี้พอสมควร และน่าจะแก้ปัญหาคความห่วงใยของแพทย์ในภาคเอกชนได้พอสมควรเช่นกัน แต่แนวคิดเรื่องใช้กำไรในทางเศรษฐศาสตร์มีความแตกต่างจากความเข้าใจของคนทั่วไปค่อนข้างมาก การใช้ถ้อยคำในลักษณะดังกล่าวจึงอาจก่อให้เกิดความสับสนมากกว่าจะก่อให้เกิดความชัดเจนหรือความเข้าใจร่วมกันโดยทันทีของประชาชนทั่วไปที่มาอ่านตัวบทกฎหมาย จึงน่าจะไม่สามารถคล้องกับคุณสมบัติของการใช้ภาษากฎหมายที่ดี (ถึงแม้ว่า ในทางปฏิบัติจะสามารถกำหนดนิยามไว้ในร่าง พ.ร.บ.ฯ ได้ก็ตาม)
3. ผู้ที่สนับสนุนให้มีข้อความ ในมาตรา 71 ซึ่งกำหนดไว้ว่า “การ

⁴⁹ ถึงแม้ว่า พ.ร.บ.ฯ นี้จะใช้คำว่า “กำไรเชิงธุรกิจ” แต่โดยเนื้อหาแล้ว คงไม่ได้ต่างอะไรจากคำว่า “กำไร” (ที่ไม่มิอะไรต่อท้าย) ซึ่งปกติแล้วเป็นที่เข้าใจของคนทั่วไปว่ามาจากการทำธุรกิจ (ถึงแม้ว่า ในระยะหลังเราจะเห็นบุคลากรในวงการสาธารณสุขบางท่านคิดค้นศัพท์ใหม่ๆ เช่น “กำไรเชิงสุขภาพ” ซึ่งอาจจะคล้ายคลึงกับ “กำไรชีวิต” หรือกำไรประเภทอื่นๆ แต่ศัพท์เฉพาะเหล่านี้มักจะใช้กันในวงการแคบๆ มากกว่าที่จะเป็นที่รู้จักกันทั่วไปในวงสาธารณะ ในทำนองเดียวกันกับคำว่า “สุภาพะ” ซึ่งบางท่านสนับสนุนให้นำมาใช้แทนคำว่า “สุขภาพ”)

มากนัก และผู้ที่มีประสบการณ์ในสถานพยาบาลเหล่านี้หลายท่านก็ยังเชื่อว่า ในปัจจุบันนี้ โรงพยาบาลของมูลนิธิและองค์กรการกุศลที่ไม่แสวงหากำไรยังมีโอกาสที่จะดำเนินการด้านบริการสาธารณสุขในลักษณะที่พึงปรารถนามากกว่าโรงพยาบาลที่มุ่งแสวงหากำไร (เนื่องจากผู้บริหารโรงพยาบาลกลุ่มแรกไม่ประสบปัญหาแรงกดดันให้ทำกำไรจากเจ้าของ ผู้ถือหุ้น หรือคณะกรรมการบริหาร⁵⁰) แต่ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลที่ไม่แสวงหากำไรอาจจะเป็นรูปแบบบริการสาธารณสุขที่พึงปรารถนามากกว่าจริง และมีความเป็นไปได้ที่รัฐอาจเพิ่มแรงจูงใจด้านภาษีเพื่อสนับสนุนให้เกิดโรงพยาบาลเหล่านี้มากขึ้นได้ แต่ในประวัติศาสตร์การพัฒนาของโรงพยาบาลในประเทศไทยในระยะสี่สิบปีที่ผ่านมา นั้น โรงพยาบาลกลุ่มนี้เกิดและพัฒนาขึ้นมาได้ไม่มากนัก ซึ่งส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะได้รับความสนับสนุน (ในด้านการบริจาค) จากประชาชนคนไทยไม่มากนัก⁵¹ ดังนั้นโอกาสที่จะเห็นโรงพยาบาลกลุ่มนี้ขยายตัวขึ้นมามีบทบาทสำคัญในระบบบริการสาธารณสุขของไทยอาจไม่ใช่เรื่องที่จะเกิดขึ้นได้ง่ายนัก และเป็นที่น่าสังเกตว่า ในบางประเทศที่สามารถตรากฎหมายทำนองนี้ขึ้นมาใช้นั้น จะมีองค์กรด้านศาสนาที่แข็งแกร่งมากกว่าในประเทศไทย จึงน่าจะเป็นไปได้มากกว่า ถ้ามีการสร้างระบบขึ้นมาทำให้มีการบังคับใช้มาตรการอย่างมีประสิทธิภาพผลแล้ว สถานพยาบาลที่จะเติบโตขึ้นมาแทนคือที่โรงพยาบาลกลุ่มที่แสวงหากำไรคือสถานพยาบาลของรัฐเอง

⁵⁰ จากการสนทนากับ ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย

⁵¹ การที่ประเทศไทยมีระบบภาษีเงินที่ไม่ค่อยก้าวหน้า และการขาดระบบการเก็บภาษีที่รัดกุมพอ (ยกเว้นภาษีเงินได้) อาจมีส่วนทำให้ประชาชนมีแรงจูงใจในการบริจาคไม่มากเท่ากับในบางประเทศ แต่โอกาสที่จะมีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องระบบภาษีอย่างขนานใหญ่ในอนาคตอันใกล้ก็คงจะมีไม่มากนัก

ซึ่งถึงแม้ว่าที่ผ่านมาจะเป็นที่พึงของประชาชนจำนวนมาก แต่ก็
เป็นสถานพยาบาลที่ยังประสบปัญหาที่สำคัญในหลายด้านเช่น
กัน

5. การที่จะปรับแก้ข้อความในมาตรา 71 ของร่าง พ.ร.บ. สุขภาพ
แห่งชาติ ซึ่งกำหนดว่า “การสาธารณสุขจะต้องไม่เป็นไปเพื่อ
แสวงหากำไรเชิงธุรกิจ” โดยเพิ่มเติมข้อความให้เป็น “จะต้องไม่
เป็นไปเพื่อแสวงหากำไรเชิงธุรกิจที่ไม่สมเหตุสมผล” ซึ่งเป็น
แนวทางที่เสนอโดยแพทยสภานั้น เป็นวิธีการประนีประนอมที่
อาจทำให้ร่าง พ.ร.บ.ฯ นี้เป็นที่ยอมรับของทุกฝ่ายได้ และอาจจะ
เป็นทางออกที่ง่ายที่สุดในกรณีนี้ แต่วิธีนี้อาจเป็นการเพิ่มความ
คลุมเครือของข้อความในวรรคนี้ขึ้นไปอีก (และอาจเพิ่มขึ้นไปถึง
จุดที่มาตรานี้จะไม่มีคามหมายใด ๆ ในทางปฏิบัติก็เป็นได้)
นอกจากนี้ จะต้องมีการกำหนดนิยามในเรื่องนี้เอาไว้ใน พ.ร.บ.
สุขภาพแห่งชาติ ด้วยว่า “การแสวงหากำไรเชิงธุรกิจที่ไม่สมเหตุ
สมผล” คืออะไรและครอบคลุมอะไรเอาไว้บ้าง⁵² (และอาจต้อง
กำหนดด้วยว่าจะให้ใครหรือองค์กรใดจะเป็นผู้ตัดสินว่าพฤติ-
กรรม อะไรเป็นการแสวงหากำไรที่สมเหตุสมผลหรือไม่) ซึ่ง
ประเด็นเหล่านี้อาจนำไปสู่การถกเถียงกันอีกหลายรอบในหลาย
เวที⁵³
6. ข้อเสนอที่บางฝ่ายเสนอว่าไม่ควรอนุญาตให้มีการหากำไรจาก
บริการทางการแพทย์ แต่ควรอนุญาตให้สถานพยาบาลหากำไร

⁵² ข้อเสนอประการหนึ่งจากที่ประชุมคือ ไม่ควรอนุญาตให้มีการหากำไรจากบริการทางการแพทย์ แต่ควร
อนุญาตให้สถานพยาบาลหากำไรจากบริการที่อำนวยความสะดวกสบายต่างๆ ได้ ข้อเสนออื่นๆ ได้แก่
ห้ามสถานพยาบาลให้บริการบางชนิดที่ไม่มีความจำเป็นในการรักษา และปกป้องถึงมีวัตถุประสงค์
ในด้านการหากำไรที่ชัดเจน

⁵³ ถึงแม้ว่าความวุ่นวายในประเด็นเหล่านี้อาจจะไม่มากเท่ากับประเด็นที่ถกเถียงกันในขณะนี้ก็ตาม

จากบริการที่อำนวยความสะดวกสบายต่างๆ ได้นั้น อาจเป็นทางออกหนึ่งที่เป็นที่ยอมรับสำหรับฝ่ายต่างๆ ได้ไม่ยากนัก แต่นัยของข้อเสนอนี้ก็คือ ไม่อนุญาตให้ผู้ประกอบวิชาชีพทำไร ขณะที่ยินยอมให้ผู้รับอนุญาตสถานพยาบาลทำไรได้ ซึ่งถ้าจะมีข้อกำหนดในลักษณะนี้ รายได้ส่วนที่เป็นค่าจ้างหรือเงินเดือนของผู้ประกอบวิชาชีพจะต้องสูงพอในระดับที่ผู้ประกอบวิชาชีพโดยส่วนใหญ่ (ซึ่งมักมาจากกลุ่ม "หัวกะทิ" ของสังคมที่ผ่านการแข่งขันในกระบวนการศึกษา) มีรายได้จากการประกอบวิชาชีพในระดับที่อยู่ได้ในสังคมโดยไม่ลำบาก ไม่เช่นนั้นแล้ว ก็จะทำให้แรงจูงใจที่ทำให้ผู้ประกอบวิชาชีพพยายามหันเหบทบาทไปเป็นผู้รับอนุญาตเปิดสถานพยาบาล⁶⁴ ในที่สุด และถ้าจะว่ากันไปแล้ว ในปัจจุบัน ผู้ประกอบวิชาชีพเองก็มีแรงจูงใจดังกล่าวอยู่แล้ว

7. ถ้าเป้าหมายใหญ่ของการมี พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ (และกฎหมายที่เกี่ยวข้องต่างๆ รวมทั้ง พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่าง พ.ร.บ. ยา ฯลฯ) ก็คือเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพและปลอดภัยอย่างเป็นธรรมแล้ว สิ่งที่น่าจะสำคัญกว่าการกำหนดตัวบทกฎหมายในเชิงอุดมการณ์ก็คือ การกำหนดกฎหมายและกฎกติกาที่เกี่ยวข้องกับการกำกับทิศทางของระบบบริการสุขภาพ ระบบการซื้อบริการ (ซึ่งรวมไปถึงการสร้างและจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) กลไกการจ่ายเงิน และการควบคุมกำกับสถานพยาบาลและผู้ให้บริการที่เหมาะสมอย่างเป็นรูปธรรม⁶⁵ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะมีผลจริงในทางปฏิบัติและส่ง

⁶⁴ และอาจรวมไปถึงคลินิกด้วย เพราะที่ผ่านมานั้น แพทย์จำนวนไม่น้อยให้เหตุผลว่าคนไข้จำนวนมากไปที่คลินิกเนื่องจากสะดวกสบายกว่าการไปโรงพยาบาล

⁶⁵ รวมทั้งหลายประเด็นที่ยังเป็นเรื่องที่ยังมีการถกเถียงกัน เช่น การกำหนดให้มีการศึกษาต่อเนื่องของบุคลากร (เช่น CME และ CPE สำหรับแพทย์และเภสัชกร) ร่าง พ.ร.บ.ยา และ พ.ร.บ. อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

ผลกระทบต่อประชาชนอย่างแท้จริง และน่าจะเป็นสิ่งที่คุ้มค้ำกับการลงแรงมากกว่าการต่อสู้เพื่อคงหรือตัดถ้อยคำในเชิงอุดมการณ์ใน พ.ร.บ.ฯ ฉบับนี้

8. การพิจารณาประเด็นเรื่องกำไรของระบบบริการสาธารณสุขมีความเกี่ยวข้องกับประเด็นเรื่องรายได้ของผู้ประกอบวิชาชีพ แต่การที่แพทย์เป็นวิชาชีพที่มีรายได้สูงกว่าวิชาชีพอื่นมากนั้นมีสาเหตุที่สำคัญสองประการคือ ประการแรก การรักษาพยาบาลเป็นบริการที่มีความสำคัญต่อชีวิตของผู้คน ผู้รับบริการและญาติจึงมักจะยอมจ่ายค่ารักษาพยาบาลมากกว่าการซื้อสินค้าหรือบริการทั่วไป ทำให้ผู้ให้บริการมีโอกาสที่จะเลือกระดับของการให้บริการและเรียกเก็บค่าบริการตามความสามารถในการจ่ายได้⁵⁶ และประการที่สอง การที่แพทย์เป็นสาขาวิชาชีพที่ขาดแคลน⁵⁷ นอกจากจะทำให้แพทย์มีโอกาสที่มีรายได้สูงโดยไม่จำเป็นต้องแข่งขันในด้านราคาเหมือนกับในวงการอื่น ปัญหาความขาดแคลน (และปัญหาการกระจุกตัวของแพทย์) เป็นปัญหาหลักที่ควรเร่งแก้ไขมากกว่าที่เป็นอยู่ (แทนที่จะซ้ำเติมปัญหาเหล่านี้ โดยใช้ภาษีอากรของประชาชนมาสนับสนุนชักนำให้ชาวต่างชาติมาใช้บริการในประเทศไทย) แต่การที่แพทย์มีรายได้ที่สูงไม่ได้เป็นปัญหาในตัวเอง ถ้ารัฐมีกฎหมายและมีกลไกที่สามารถกำกับดูแลไม่ให้ผู้ประกอบวิชาชีพสามารถใช้ความเหนือกว่าในด้านความรู้และข้อมูลมาชักนำให้เกิดบริการที่ไม่เหมาะสม

⁵⁶ ซึ่งโดยทั่วไปแล้วการเก็บค่าบริการแบบนี้ทำให้ผู้ให้บริการมีรายได้มากกว่าการกำหนดค่าบริการตายตัวสำหรับผู้ป่วยทุกคน และในบางกรณีผู้ให้บริการอาจชักนำให้เกิดบริการบางด้านที่เอื้อประโยชน์ด้านการเงินกับผู้ให้บริการได้

⁵⁷ ซึ่งนอกจากจะเกิดจากที่โรงเรียนแพทย์มีทรัพยากรที่จำกัดแล้วยังเกี่ยวพันไปกับนโยบายการควบคุมคุณภาพในการผลิตและการออกใบประกอบโรคศิลปะอีกด้วย

9. รัฐบาลอยู่ในฐานะที่จะชักนำให้ระบบบริการสุขภาพของประเทศ
เดินไปในทิศทางที่พึงปรารถนาได้ แต่ไม่ใช่ด้วยการกำหนด
“ทิศทาง” หรือ “เป้าหมาย” ของระบบสุขภาพที่แยกออกจากระบบ
สังคมและเศรษฐกิจด้านอื่น ๆ ของประเทศ หรือเรียกร้องให้
บุคลากรในระบบบริการสุขภาพมีจริยธรรมพื้นฐานที่สูงส่งกว่า
ประชาชนทั่วไป แต่รัฐสามารถชักนำหรือกำกับทิศทางของบริการ
ด้านสาธารณสุขโดยเข้ามามีส่วนในการจัดให้มีระบบบริการของ
รัฐ โดยการกำหนดกฎ กติกาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริการด้าน
สาธารณสุข และโดยการเข้ามาทำหน้าที่เป็นผู้รับประกันสุขภาพ
ของประชาชน ซึ่งในกรณีหลังสุดนั้น การที่รัฐมีบทบาทเป็นผู้ซื้อ
บริการรายใหญ่ย่อมทำให้รัฐสามารถใช้อำนาจซื้อของตนมา
กำหนดกฎ กติกาการซื้อบริการด้านสุขภาพในลักษณะที่จะมีผล
ในการกำหนดทิศทางของระบบบริการสุขภาพของประเทศไปใน
ทางที่รัฐพึงปรารถนาได้

10. ในบรรดามาตรการต่าง ๆ ของรัฐบาลนั้น การสร้างหลักประกัน
สุขภาพถ้วนหน้าเป็นมาตรการที่มีโอกาสมากที่สุดที่จะมีผลใน
การปรับทิศทางของระบบบริการสาธารณสุขไปในทิศทางที่พึง
ปรารถนาสำหรับทุกฝ่ายในสังคม เพราะถ้ารัฐสามารถจัด
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีคุณภาพในระดับที่ประชาชน
มากกว่าร้อยละ 90 พอใจที่จะเข้าไปรับบริการ และมีกลไกการ
ซื้อบริการของรัฐที่สามารถจัดสรรเงินให้กับผู้ให้บริการอย่างสม
เหตุสมผลแล้ว รัฐก็จะสามารถกำกับทิศทางของระบบบริการ
สุขภาพในภาพรวมของประเทศได้ แต่ทั้งนี้ รัฐจะต้องจัดสรรงบ
ให้เพียงพอสำหรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการและจ่ายค่าตอบแทน
บุคลากรทั้งในภาครัฐและเอกชนที่เข้าร่วมโครงการอย่างสมเหตุ

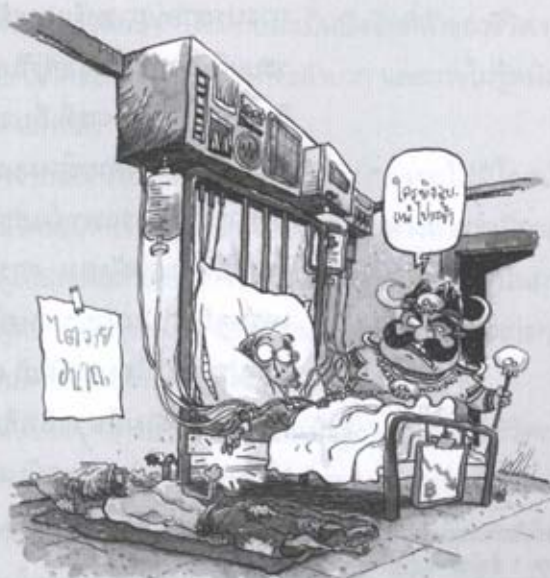
สมผล เพราะไม่เช่นนั้นแล้วก็จะไม่สามารถรักษาบุคลากรและ
คุณภาพของระบบบริการสุขภาพที่อยู่ในระบบหลักประกัน
สุขภาพถ้วนหน้าเอาไว้ได้

บรรณานุกรม

- ชาติวี ดวงเนตร. 2545. "ธรรมเนียมสุขภาพของคนไทย" ผู้จัดการ 9 - 11 กันยายน.
วัชรา วัชรไพฑูริย์. 2546. "การบริหารสาธารณสุขกับการค้ากำไรเชิงธุรกิจ ประเด็นเพื่อการทำ
ความเข้าใจ" เอกสารประกอบการประชุมเรื่อง "บริการสาธารณสุขกับการค้ากำไร" ที่สำนักงาน
ปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) 10 เมษายน 2546.
สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และคณะ. 2546. *มุมมองวิวัฒนาการสังคมเพื่อประชาธิปไตย ภาคที่ 1:
ก่อเกิดขบวนการ*. กรุงเทพฯ: อัสฟา มิเลนเนี่ยม.
อัญชานา ณ ระนอง และ วิโรจน์ ณ ระนอง. 2545. *การวิจัยประเมินผล การปฏิรูประบบการ
เงินการคลัง โครงการสวัสดิการประชาชนด้านรักษาพยาบาล (สปร.)*. (ฉบับแก้ไขปรับปรุง).
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์วิฑูรย์การปก.
Blair, Eric (George Orwell). 1948. 1984.
Culyer, A.J. and J.P.Newhouse (eds.). 2000. *Handbook of Health Economics*
Vol. 1A and 1B. Amsterdam: Elviseer.
Eatwell, J., M. Milgate, and P. Newman (eds.). 1987. *The New Palgrave: A*
Dictionary of Economics. (4 volumes). Macmillan Press.
Feldstein, Paul J. 1999. *Health Economics*. Albany: Delmar Publisher.
Murray, Ben. 2003. "The Next 10 Highest Paying Jobs in the US" *MSN Career*
April 15. <http://editorial.careers.msn.com/articles/highestpay/>
Newhouse, Joseph P. 1970. "Toward a Theory of Nonprofit Institutions: An
Economic Model of a Hospital", *American Economic Review*, Vol. 60, No.
64.
Sloan, Frank A., 2000. "Not-For-Profit Ownership and Hospital Behavior", in Culyer,
A.J. and J.P.Newhouse (eds.). 2000.
Stiglitz, Joseph E. 1994. *White(r) Socialism? Wicksell Lectures*. Cambridge and
London: MIT Press.

_____. 1989. "On the Economic Role of the State," in A. Heertje (ed.) *The Economic Role of the State*. Oxford: Basil Blackwell.

ปัญหาอีกประการหนึ่งของข้อเสนอนี้ก็คือ ในความเป็นจริงนั้น
วัตถุประสงค์หลักของการ "ซื้อ" บริการรักษาพยาบาล
จากโรงพยาบาลเอกชนนั้น เป็นการ**ซื้อบริการรักษาพยาบาล**
โดยมีความสะดวกสบาย เป็นองค์ประกอบสถานพยาบาล
จึงไม่สามารถเก็บค่าห้อง (ซึ่งเป็นค่าบริการที่มีความโปร่งใส)
ในราคาที่สูงมากได้เหมือนค่าแพทย์หรือค่ายา
ที่ผ่านมาโรงพยาบาลเอกชนจำนวนหนึ่งจึงใช้วิธีไปเก็บค่ายา
(ซึ่งเป็นค่าบริการที่มีความโปร่งใสน้อยกว่า) ในราคาที่สูงแทน
และโรงพยาบาลเอกชนจำนวนหนึ่งใช้วิธีไปเก็บส่วนแบ่งจากค่าแพทย์
(doctor fee) ที่ระบุในบิลของคนไข้ (และคนไข้เข้าใจว่าแพทย์ได้รับไปทั้งหมด)
มาเข้าโรงพยาบาลเสียด้วยซ้ำไป



การบริการสาธารณสุข

กับการค้ากำไรเชิงธุรกิจ :

ประเด็นเพื่อการทำความเข้าใจ⁺⁺



จิรา ธีรไพศาล, ว.อ.*

บทนำ

การค้ากำไรเชิงธุรกิจ เป็นประเด็นที่อ่อนไหวมาก เมื่อพิจารณาถึงการประกอบการหรือการจัดบริการ ที่ระบบมีความซื่อสัตย์อยู่กับการประกอบวิชาชีพ โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับชีวิตและความเป็นความตายของมนุษย์ ซึ่งได้แก่บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งเมื่อกระแสสังคม การเมือง และเศรษฐกิจหมุนนำประเทศไทยสู่ความเป็นประชาธิปไตยทุนนิยม และนโยบายรัฐก็เน้นความมีประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ และสนับสนุนให้ภาค

** เอกสารนำเสนอในที่ประชุมเรื่อง "บริการสาธารณสุขกับการค้ากำไรเชิงธุรกิจ" เมื่อวันที่ 10 เมษายน 2546 ณ ห้องประชุม 1 สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

* ศูนย์สิทธิรเพื่อการพัฒนาสุขภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข

วิทยาศาสตร์ และมีการสถาปนาระบบการแพทย์และสาธารณสุขในรูปแบบของโรงพยาบาลและนักวิชาชีพต่างๆ (Institutionalization and Professionalism) การดูแลตนเองจึงค่อยๆ ลดลง เหลือเป็นภาพการบริการสาธารณสุข อย่างไรก็ตามเป้าหมายการบริการสาธารณสุข ก็คือการสร้างสุขภาพ (Health) ที่หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์และเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวม อย่างสมดุล ทั้งกาย จิต สังคม และ จิตวิญญาณ⁵⁸ หรือก็คือการดำเนินชีวิตของมนุษย์ ซึ่งเป็นเรื่องที่ครอบคลุมมิติบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม

ไม่แตกต่างกันนัก “การศึกษาที่แท้จริง” ก็นับเริ่มต้นตั้งแต่เราเริ่มเป็นชีวิตที่สามารถรับรู้สิ่งเร้าต่างๆ ได้ ฉะนั้น การศึกษาในความหมายที่กว้างย่อมมีความหลากหลายในเนื้อหาและระเบียบวิธีอย่างมหาศาล แต่เมื่อมีการสถาปนาระบบการศึกษาขึ้นเป็นสถาบันการศึกษา (Institutionalization) ความหมายและขอบเขตการศึกษาก็แคบลง แต่เป้าหมายของการศึกษา ก็ยังคงเป็นการสร้างภูมิปัญญา (Wisdom) ที่หมายถึง ความรู้ ประสบการณ์ ทักษะ ความเชื่อ และพฤติกรรมที่สั่งสมไว้ อันเป็นผลจากการปรับตัวของมนุษย์ให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม

ผู้ประกอบวิชาชีพ “หมอ” และ “ครู”

เมื่อบริการทั้งสองประเภทนี้มีอิทธิพลกับวิถีการดำรงชีวิตของมนุษย์เป็นอย่างมาก ผู้ที่จะทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการ อันได้แก่ “หมอ” และ “ครู” ก็ย่อมจะต้องถูกคาดหวังจากสังคมในลักษณะที่พิเศษกว่าผู้ให้บริการอื่นๆ ไปด้วย

นับแต่อดีตในสังคมจะมีอยู่สามอาชีพที่ต้องศึกษาวิชาการอย่างลึกซึ้งจนมีความรู้และความชำนาญที่เฉพาะด้าน โดยผู้ที่ไม่ได้เรียนรู้ด้านนั้นๆ ก็จะไม่สามารถทำได้ เป็นที่พึงพิงของสามัญชนทั่วไป และความรู้ที่ได้ทำให้คนที่

⁵⁸ อยู่ในระหว่างกระบวนการสรรหาค่าที่เหมาะสม

ได้เรียนรู้ถูกแยกตัวออกจากความเป็นสามัญชน คือ แพทย์ นักกฎหมาย และนักบวช (วิวัฒนาการระบบการศึกษาชี้ให้เห็นว่าพระ หรือนักบวช ก็คือจุดเริ่มต้นของวิชาชีพครู) และอาชีพเหล่านี้ก็ถูกเรียกว่า “วิชาชีพ” โดยผู้ประกอบวิชาชีพเหล่านี้มักจะอยู่ในตำแหน่งผู้มีสิทธิพิเศษในสังคม คือ จะได้รับความนับหน้าถือตาและความไว้วางใจเป็นพิเศษ

สิทธิพิเศษในสังคมดังกล่าวทำให้ “การประกอบวิชาชีพ” ถูกคาดหวังแตกต่างไปจาก “การประกอบอาชีพ” ทั่วไป ซึ่งความหมายดั้งเดิมของ “อาชีพ”⁵⁰ ก็คือ กิจการใดๆ ที่ผู้นั้นอาศัยเพื่อเลี้ยงชีวิต การทำมาหากิน หรืองานที่ทำประจำเพื่อเลี้ยงชีพ

จากวิวัฒนาการการสถาปนาวิชาชีพแพทย์ จะเห็นได้ว่าเป็นการแยกหรือจำกัดขอบเขตการประกอบวิชาชีพของแพทย์ให้อยู่เฉพาะในวงของการให้บริการวินิจฉัยและการรักษาโรคเท่านั้น ไม่รวมการขายยาหรือสินค้าอื่นๆ แทนการประกอบเป็นอาชีพในลักษณะเดิม ที่แพทย์จะทำทั้งวินิจฉัย ขายยา ผ่าตัด ทำแผล หรือบางทีก็เลยไปถึงทำผมแต่งผมด้วย ทั้งนี้เพื่อให้คงไว้ซึ่งบทบาทของผู้ที่ได้รับสิทธิพิเศษในสังคมดังกล่าวข้างต้น และเมื่อสังคมเปลี่ยนแปลงไป กฎเกณฑ์ในสังคม เพื่อการกำกับหรือควบคุมบทบาทวิชาชีพสำคัญๆ นี้ก็ได้รับการปรับปรุงตามไปด้วย ดังจะเห็นได้จากการมีองค์กรวิชาชีพขึ้นมาดูแลเรื่องจริยธรรมวิชาชีพ เป็นต้น สำหรับวิชาชีพครูก็เป็นไปในทำนองเดียวกันแต่ประเด็นที่สังคมจะเน้นย้ำในด้านจริยธรรมวิชาชีพครูอาจแตกต่างกันไปบ้าง

ดังกล่าวข้างต้น จะเห็นว่า “บริการสาธารณสุข” และ “บริการการศึกษา” แม้จะมีความเหมือนกันที่ความเป็นพื้นฐานของความจำเป็นในชีวิตและการดำเนินชีวิต แต่ก็มีประเด็นที่แตกต่างซึ่งทำให้บริการทั้งสองประเภทนี้ มี

⁵⁰ ความหมายตามพจนานุกรมนักเรียน ขององค์การคำคุณศัพท์ พ.ศ. 2545

ความแตกต่างกันดังที่เห็นอยู่ในปัจจุบัน ความแตกต่างดังกล่าวได้แก่

| บริการการศึกษา (เพื่อให้เกิดปัญหา) | บริการสาธารณสุข (เพื่อให้เกิดสุขภาพ) |
|--|---|
| 1. เป็นการสร้างเครื่องมือในการดำรงชีวิตให้มีคุณภาพ | 1. เป็นการช่วยชีวิต หรือสร้างศักยภาพในการดำเนินชีวิต |
| 2. สามารถมองเห็นเป้าหมายการให้บริการที่ชัดเจน | 2. เป้าหมายการให้บริการมีความไม่แน่นอนตายตัว |
| 3. เป็นสิ่งที่จะช่วยให้คนมีสถานะภาพที่สูงขึ้นในสังคม | 3. เป็นสิ่งนี้อาจทำให้บุคคลถูกสังคมตีตราหรือสวมบทบาทการเป็นผู้ป่วยให้แล้วถอดบทบาทเดิมที่มีคุณค่าในสังคมออก |
| 4. เกิดได้เองในธรรมชาติ ตั้งแต่เริ่มเป็นชีวิต พ่อแม่ก็คือครูคนแรกของลูก สิ่งแวดล้อมและผู้คนรอบตัวเราก็สามารถเป็นครูให้เราได้ | 4. อาจเกิดได้โดยธรรมชาติ หรือเป็นการดูแลตนเอง แต่ในกรณีเจ็บป่วยรุนแรง จำเป็นต้องอาศัยความรู้และทักษะเฉพาะที่ต้องฝึกฝนมาเป็นการเฉพาะ |
| 5. ไม่ใช่เรื่องเร่งด่วน สามารถรอได้ ไม่มีความเสี่ยงต่อชีวิต | 5. เป็นความเร่งด่วน และมีความเสี่ยงต่อชีวิต |
| 6. ผลได้ของการได้รับการศึกษาไม่ได้เกิดทันทีที่เข้ารับการศึกษา แต่จะเกิดจากสถานะที่เปลี่ยนไปจากการได้รับการศึกษา | 6. ผลได้จากการรับบริการเกิดทันทีที่เข้ารับบริการ คือการหายเจ็บป่วย หรือไม่ทุกข์ทรมาน หรือรอดชีวิต |
| 7. สังคมมีทางเลือกในการรับบริการการศึกษามากกว่า | 7. สังคมมีทางเลือกในการรับบริการสาธารณสุขไม่มากนักเพราะความไม่รู้หรือการมีข้อมูลที่ไม่เพียงพอ |

๖ แนวนโยบายและการลงทุนด้านการสาธารณสุข และการศึกษาโดยภาครัฐ

ระบบสังคมไทยเดิมนั้น เป็นระบบเศรษฐกิจการเกษตรเพื่อการยังชีพ มีการผลิตเพื่อการบริโภค ส่วนที่เหลือจากการยังชีพก็จะนำมาแลกเปลี่ยนซื้อขายกัน ในระหว่างชนชั้นเดียวกันจะเป็นการเกือกลงแบ่งปันกันมากกว่าการแก่งแย่งซื้อขายหรือทำกำไร⁶⁰ แต่อย่างไรก็ตามด้วยเงื่อนไขในการดำรงชีพที่เหนือกว่า ชนชั้นที่เหนือกว่าก็มีการเรียกผลประโยชน์แลกเปลี่ยนที่สูงกว่าอยู่เหมือนกัน แต่มิได้เป็นไปเพื่อการนำไปลงทุนใหม่หรือทวิภาไรให้มากยิ่งขึ้น หากเป็นไปเพื่อการแสวงหาความสุขสบายของตนและคนรอบข้างมากกว่า เช่น การให้กู้ยืม แลกเปลี่ยนกับแรงงานหรือผลผลิตทางการเกษตร เป็นต้น จนกระทั่งสมัยพระนารายณ์มหาราชสังคมไทยก็เริ่มมีการติดต่อทำการค้ากับชาวต่างชาติ และตั้งแต่รัชกาลที่สาม แห่งกรุงรัตนโกสินทร์เป็นต้นมาสังคมไทยก็เริ่มมีระบบการผลิตเพื่อการขายและส่งออกนอกประเทศมากขึ้น แต่ก็ยังมุ่งเน้นที่ภาคการเกษตร **ในขณะที่เดียวกันความรู้และวัฒนธรรมสังคมตะวันตกก็เริ่มหลั่งไหลเข้ามาในสังคมไทย รวมทั้งความรู้และเทคโนโลยีด้านการแพทย์และการศึกษา และหลักการทางเศรษฐศาสตร์กระแสหลัก ที่มีเป้าหมายคือ ความมั่งคั่ง (Wealth) ทำให้ปัจจัยอะไรที่สามารถสร้างความมั่งคั่งได้จะต้องถูกนำมาพิจารณาด้วย ซึ่งต่างจากสังคมพุทธเกษตรดั้งเดิมที่มีเป้าหมายขจัดความทุกข์มนุษย์ให้ค่อยๆ หดไปและบรรลุถึงความสุขที่ถาวร**

จนกระทั่งสังคมไทยเริ่มมีแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2504 - 2509) ซึ่งมุ่งเน้นการนำเทคโนโลยีสมัยใหม่เข้ามาใช้เพื่อเพิ่มผลผลิต ภาคอุตสาหกรรมเริ่มมีการเติบโตมากขึ้นและมากกว่าการเกษตร ซึ่งในส่วนของภาคอุตสาหกรรมนั้น ภาคการบริการถือเป็นส่วนที่

⁶⁰ ก้าวในที่นี้ หมายถึง ผลตอบแทนที่มากกว่าต้นทุน

สำคัญและเป็นส่วนที่เป็นจุดแข็งของประเทศไทย กระแสการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เป็นฐานรากที่ก่อให้เกิดสถานการณ์ระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข และด้านการศึกษาดังที่เป็นอยู่

ในมุมมองของเศรษฐศาสตร์กระแสหลัก *มีวิธีการวิเคราะห์มนุษย์ในแง่ของการเป็นทรัพยากรที่สำคัญในกระบวนการผลิต นั่นคือ จะอธิบายความสำคัญของการศึกษา โดยเน้นว่าการศึกษเป็นการลงทุนของปัจเจกชนหรือสังคม เพื่อเพิ่มศักยภาพในการผลิต ทำให้ผู้ที่ได้รับการศึกษาสามารถสร้างความมั่งคั่งเพิ่มขึ้น ผลตอบแทนของการลงทุนทางการศึกษา ส่วนหนึ่งจะตกกับตัวผู้ที่ได้รับการศึกษาเอง แต่อีกส่วนอาจตกอยู่กับนายจ้างหรือสังคมโดยรวม นอกจากนั้นปัจจัยที่จะช่วยให้มนุษย์สามารถรักษาระดับของศักยภาพในการผลิตให้สูงอย่างสม่ำเสมอก็คือ สุขภาพของมนุษย์ ถ้ามนุษย์มีสุขภาพดีแข็งแรง ก็จะช่วยให้มนุษย์เป็นปัจจัยการผลิตที่มีคุณภาพดี หรือมีศักยภาพการผลิตสูงนั่นเอง*

แนวคิดดังกล่าวจึงทำให้สังคมหรือรัฐยอมลงทุนในสองเรื่องนี้ค่อนข้างมาก ในยุคก่อนการปฏิรูปการศึกษา ก็จะเน้นเฉพาะการศึกษาที่เป็นทางการ (Formal education) เพราะสามารถนับจำนวนปีของการศึกษาได้แน่นอน ซึ่งที่จริงก็เป็นตัวชี้วัดที่หยาบและอาจไม่สะท้อนผลลัพธ์ ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพขององค์ความรู้และความเกี่ยวเนื่องกับการผลิตได้

การลงทุนด้านสุขภาพถือเป็นเงื่อนไขที่จำเป็นสำหรับการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ทั้งนี้เพื่อให้สามารถทำประโยชน์ให้กับสังคมได้ และไม่เป็นการเลี้ยงดูของสังคม การลงทุนด้านสุขภาพมีส่วนคล้ายกับการลงทุนด้านการศึกษา กล่าวคือคนที่คนแต่ละคนมีสุขภาพดีนั้น ส่วนหนึ่งก็เป็นประโยชน์แก่ตนเองแต่อีกส่วนก็เป็นประโยชน์ต่อสังคมด้วย ซึ่งการลงทุนของสังคมในด้านสุขภาพและการศึกษานี้มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด เพราะหากคนมีการศึกษาก็มีความโน้มเอียงที่จะสามารถดูแลสุขภาพได้ดีกว่า แต่นัก

เหตุผลของความต้องการตัดปัญหาการดักกำไรในบริการเหล่านี้ แต่สิ่งที่รัฐก็ต้องเผชิญควบคู่กันไปก็คือเรื่องของประสิทธิภาพในการจัดบริการและการกระจายบริการ และการพัฒนาคุณภาพของระบบโดยรวม เมื่อกระแสเศรษฐกิจทุนนิยมทำให้รัฐเริ่มยอมให้ภาคเอกชนเข้าร่วมมีบทบาทในการจัดบริการสองด้านนี้ กติกาหรือกฎเกณฑ์ต่างๆ ที่ปฏิบัติต่อภาครัฐและเอกชนก็ยังมีความลักลั่นกันอยู่พอสมควร

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภค

นอกจากนั้นพฤติกรรมกรรมการบริโภคบริการตามระบบความเชื่อค่านิยมในสังคมไทย ก็มีผลกระทบต่อการที่บริการสองประเภทนี้จะเป็นการบริการในลักษณะการประกอบวิชาชีพตามที่สังคมคาดหวัง หรือจะเป็นอะไรก็ได้ตามกระแสสังคมที่มีต่อการประกอบสัมมาอาชีพของบุคคล

การบริโภค “บริการการศึกษา” จะมีปัญหาในเรื่อง “**พฤติกรรมกรรมการแสวงหาบริการ**” (Seeking Behavior) น้อยกว่าการบริโภค “**บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข**” โดยเฉพาะเพื่อการบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทำให้**ความถี่ของการบริโภค** หรือจ่ายค่าบริการของบริการทั้งสองอย่างนี้ต่างกันมากด้วย ทั้งนี้เพราะสิ่งที่กระตุ้นหรือชักนำให้เกิดการบริโภคบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ก็คือการทำหน้าที่ที่ผู้คนมีความทุกข์จากเจ็บป่วยไม่สบายและต้องการที่จะพาตัวเองหรือคนที่รักให้พ้นจากความทุกข์นั้น หรือเพื่อยืดชีวิตไว้ให้จงได้ ซึ่งผลลัพธ์ที่ต้องการต้องพิสูจน์ให้เห็นได้อย่างรวดเร็ว มิฉะนั้นก็จะเกิดการย้ายไปหาทางเลือกหรือการรักษาอื่น แต่การบริโภคบริการด้านการศึกษาผู้บริโภคจะหวังผลการมีสถานภาพทางสังคมที่ดีขึ้นเพื่อที่จะทำให้อัตนหรือคนที่ตนรัก (บุตรหลาน) มีโอกาสในสังคมด้านการศึกษาที่ดีทำและมีรายได้มากขึ้น ซึ่งเป็นผลในระยะยาวหลังจากที่ต้องรับบริการต่อเนื่องจนจบการศึกษา โดยจะมีการแสวงหาทางเลือกบ้างในแต่ละช่วงของ

การเริ่มแต่ละระดับการศึกษา เช่น ประถม มัธยม และอุดมศึกษา

นอกจากนั้นการที่บริการด้านการศึกษา**มีความเสี่ยงต่อชีวิต**น้อย เช่น การมีความเครียด เมื่อเทียบการรับบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งรวมถึงการตรวจวินิจฉัย การบำบัดรักษาด้วยยา หรือเทคนิควิธีการต่างๆ และการผ่าตัด ทำให้ผู้บริโภคก็จะมีการแสวงหาทางเลือกทั้งในแง่ของตัวผู้ให้บริการและวิธีการรักษาเพื่อความมั่นใจให้มากที่สุด ซึ่งหมายถึงว่า**มีความเต็มใจที่จะจ่ายเงิน**เพื่อแลกกับสิ่งเหล่านั้นด้วย แม้ว่าในขณะนั้นอาจไม่ได้มีกำลังมากพอที่จะจ่ายได้ ประเด็นนี้ย่อมมีความสำคัญกับการประกอบวิชาชีพที่มีโอกาสจะกำหนดค่าตอบแทนบริการซึ่งสัมพันธ์กับการทำกำไรเพียงไรก็ได้ ในขณะที่ข้อเท็จจริงในสังคมคือ ประชาชนแต่ละคน**กำลังที่จะจ่ายได้ไม่เท่ากัน** และไม่เท่ากับความเต็มใจที่จะจ่ายของตัวเองด้วย

การมีความรู้ความเข้าใจที่ไม่เท่ากันต่อวิกฤตสุขภาพหรือการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และความรู้ในเรื่องของการเยียวยารักษาและทางเลือกต่าง ๆ ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้**อาจมีการชักนำให้เกิดการบริโภคที่มากเกินไปความเหมาะสมได้** ซึ่งหมายถึงผลตอบแทนต่อการลงทุนบริการก็มากขึ้นด้วย ซึ่งในทางการจัดการอาจมองเป็นเรื่องของประสิทธิภาพของระบบ แต่เมื่อแรงประสิทธิภาพขึ้นสูงสุดสูงสุดมันก็คือผลได้ที่มากกว่าต้นทุน หรือ กำไรนั่นเอง ในขณะที่ต่อบริการการศึกษา คนส่วนใหญ่เข้าใจถึงภาวะการไม่รู้หนังสือหรือการเป็นคนมีการศึกษาได้ สามารถที่จะตัดสินใจต่อทางเลือกด้านการศึกษาได้ด้วยตนเองหรือโดยการแนะนำของเครือข่ายของผู้บริโภคเอง เช่น พ่อแม่ ครูแนะแนว เพื่อน การตัดสินใจบริโภคจึงไม่ขึ้นต่อผู้ให้บริการ หรือผู้ประกอบการวิชาชีพมากนัก

ในกระแสเศรษฐกิจแบบทุนนิยม เมื่อพิจารณาเฉพาะการให้บริการทั้งสองด้านนี้ ธรรมชาติของความต้องการและการใช้บริการของผู้บริโภค ก็ทำให้วงการบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขเป็นที่สนใจกับนักลงทุน

มากกว่าด้านการศึกษา เพียงแต่ว่าคนทั่วไปไม่สามารถเข้าสู่ตลาดนี้ได้อย่างเสรี **เนื่องจากระบบได้ถูกผูกขาดโดยนักวิชาชีพด้วยระบบการขึ้นทะเบียนผู้ประกอบการวิชาชีพ** อย่างไรก็ตาม บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ยังมีประเด็นที่ดึงดูดความสนใจจากภาคธุรกิจเอกชนอีกมาก นั่นคือ **ความสามารถในการทำกำไรได้อยู่ที่บริการที่เป็นการประกอบวิชาชีพโดยตรงเท่านั้น แต่จะอยู่ในส่วนของขายสินค้า ผลิตภัณฑ์ และเทคโนโลยีที่มาคู่กับบริการด้วย** ซึ่งได้แก่ ยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา อุปกรณ์ เครื่องไม้เครื่องมือ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ต่างๆ **ซึ่งการขายตัวของภาคอุตสาหกรรมเหล่านี้ เป็นหลักฐานที่สำคัญในการทำกำไรในวงการแพทย์และสาธารณสุข** ในขณะที่ด้านบริการการศึกษา สินค้าที่คู่กับบริการก็คือหนังสือสมุดเรียน อุปกรณ์เครื่องเรียนต่างๆ ซึ่งก็ไม่มี ความจำเพาะและไม่มีความขาดแคลนในตลาด

แม้ว่าโดยหลักการแล้วการประกอบวิชาชีพแพทย์ จะตีกรอบแยกไว้จากการค้าขายสินค้าที่เป็นในรูปยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา อุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องมือต่างๆ แล้วก็ตาม แต่ในทางปฏิบัติแพทย์ก็ยังคงเป็นผู้ใช้ความรู้ในการพิจารณาและมีอิทธิพลต่อการที่ประชาชนจะตัดสินใจบริโภคหรือซื้อสินค้าเหล่านั้นอย่างมาก และยิ่งมากขึ้นเมื่อแพทย์ต้องควบบทบาทการเป็นผู้บริหารจัดการบริการด้วย ต้องมุ่งเน้นการสร้างประสิทธิภาพของระบบ (แฝงไว้ด้วยการมุ่งทำให้มีผลตอบแทนของระบบสูงสุดเมื่อเทียบกับทรัพยากรที่ลงทุนไป) ทั้งนี้ไม่ว่าจะเป็นระบบเล็กๆ ในรูปแบบคลินิกเอกชน หรือการเป็นโรงพยาบาล ตั้งแต่สิบเตียงจนถึงเป็นร้อยเป็นพันเตียง

ในการวิเคราะห์สินค้าและผลิตภัณฑ์ ที่ควบคู่กับการให้บริการ ระหว่างด้านการศึกษาโดยครู/อาจารย์ กับ การบริการของนักวิชาชีพด้านการแพทย์ สาธารณสุข มีประเด็นที่ชี้ให้เห็นถึงโอกาสในการทำกำไรที่แตกต่างกัน ได้แก่

1. วิธีการที่ผู้บริโภคซื้อ/จ่ายเพื่อสินค้าหรือผลิตภัณฑ์นั้นๆ จะเห็นว่ายานั้นมีการซื้อหรือจ่ายโดยตรงโดยผู้บริโภคส่วนหนึ่ง และจะเป็นการจ่ายทาง

อ้อมตามใบสั่งยาอีกส่วนหนึ่ง (85:15 ในอเมริกา) แต่ผลิตภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยานั้น การซื้อหาหรือจ่ายโดยตรงจะมีสัดส่วนที่กลับกันกับการจ่ายตามใบเรียกเก็บเงินรวมของโรงพยาบาลหรือคลินิก หรือมีฉะนั้นก็เป็นกรจ่ายโดยบริษัท ประกัน (บุคคลที่สาม) (15:85 ในอเมริกา) การบริโภคทางอ้อมเหล่านี้ทำให้ผู้บริโภคอาจไม่รู้ตัวเลยก็ได้ว่าตนกำลังบริโภคอะไรอยู่ ส่วนการซื้อหาสินค้าหรือผลิตภัณฑ์ทางการศึกษาเกือบทั้งหมดจะเป็นแบบโดยตรง หรือมีฉะนั้นก็จะเป็นแบบที่เหมือนกันหมด เช่น ชุดนักเรียน สมุดหรือแบบเรียนต่างๆ เป็นต้น

2. ระดับการมองเห็นได้ของตัวผลิตภัณฑ์ (Degree of product visibility) จะเห็นว่าประชาชนให้ความสนใจที่ตัวผลิตภัณฑ์ (Product) และข้อความประกาศ โฆษณา ความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์ การควบคุมราคา และการกำกับชื่อทั่วไป (generic name) ที่สามารถมองเห็นได้ แต่จะไม่สนใจสิ่งที่มองไม่เห็น คือ ข้อมูล (Information) ที่สนับสนุนด้านความปลอดภัยและประสิทธิภาพของผลิตภัณฑ์ ในประเด็นนี้ผลิตภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาจะมี visibility ต่ำกว่า controversy สูงกว่าอย่างมาก ทำให้การบริโภคส่วนหนึ่งเป็นไปตามการโฆษณาชวนเชื่อไม่ได้เกิดจากความจำเป็นที่แท้จริง ในขณะที่สินค้าและผลิตภัณฑ์ด้านการศึกษาคงค่อนข้างตรงไปตรงมา และการวัดประสิทธิภาพก็อยู่ที่ความสามารถในการเรียนรู้และการทำข้อสอบของผู้เรียนมากกว่าจะอยู่ที่หนังสือตำราหรือสินค้าประกอบอื่นๆ

3. กลไกการควบคุมกำกับโดยรัฐ ปัจจุบันด้านการผลิตยาจะเข้มงวดกว่ามาก และเริ่มมาก่อนเป็นเวลานานจนเกือบจะเต็มที่แล้ว สำหรับผลิตภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาเพิ่งจะเริ่ม ในขณะที่ตัวเทคโนโลยีการแพทย์และสุขภาพก็วิ่งไปข้างหน้าอย่างไม่หยุดยั้ง ทั้งหมดนี้จะเห็นว่าการทำอะไรเริ่มเข้ามาผูกพันกับการประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลใหญ่ๆ ที่มีบริการเทคโนโลยีสูงมากขึ้น และเมื่อเทียบเคียงกับตำราที่ใช้ในด้านการศึกษา ส่วนหนึ่งจะเห็นว่ารัฐจะเป็นผู้ผลิตเองทั้งหมดและห้ามซื้อขาย ตัวอย่างเช่น แบบเรียนประถมศึกษา เป็นต้น

หรือการที่มีโครงการผลิตตำรากีช่วยให้ราคาของหนังสือตำราถูกลงด้วย

จะเห็นได้ว่าแนวทางที่จะช่วยไม่ให้การประกอบวิชาชีพ ที่มีความทับซ้อนหรือคาบเกี่ยวกับกับการค้าขายสินค้าหรือผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องซึ่งเป็นธุรกิจการค้าที่ชัดเจนนั้น ก็คือการทำให้สิทธิค้าหรือผลิตภัณฑ์มีความชัดเจนเป็นที่เข้าใจต่อผู้บริโภคให้มากที่สุด ทั้งสรรพคุณ ข้อบ่งใช้ ผลข้างเคียง ราคา และทางเลือกอื่นที่ให้ผลเช่นเดียวกัน ควบคู่ไปกับการมีกลไกการควบคุมการผลิตและการจำหน่ายที่เข้มงวดจริงจัง และตัดจุดเชื่อมต่อของการประกอบวิชาชีพกับการขายสินค้าและผลิตภัณฑ์ต่างๆ ออกจากกันให้ได้ แล้วแยกดูแลในเรื่องการประกอบวิชาชีพให้เป็นไปตามมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ ส่วนด้านสินค้าก็ให้มีการควบคุมตามกลไกการผลิต จำหน่าย และบริโภคสินค้าที่มีความจำเป็นในระดับต่างๆ กันไป หากเป็นสินค้าที่เป็นความจำเป็นพื้นฐานรัฐก็อาจต้องเข้าแทรกแซงกลไกตลาดบ้างตามความเหมาะสม

ผู้ประกอบการ/ผู้ประกอบการวิชาชีพ

ย้อนกลับมาพิจารณาที่ประเด็นการประกอบวิชาชีพ ซึ่งหมายถึงการประกอบอาชีพหนึ่งๆ ของบุคคลด้วย ซึ่งเป็นไปเพื่อการหล่อเลี้ยงและดำรงชีพของตนและคนที่อยู่ในความรับผิดชอบของตน อีกทั้งยังเพื่อการเติบโตและมั่นคงของชีวิตของทุกๆ คนที่เกี่ยวข้องด้วย ทำให้การประกอบอาชีพหรือวิชาชีพมักมิได้หยุดอยู่แค่การพอกินหรือเลี้ยงชีพไปวันๆ แต่ยังมุ่งให้มีการเหลือเก็บอีกด้วย การจะประกอบอาชีพให้มีเหลือเก็บ ก็ต้องพยายามทำให้ได้ผลตอบแทนมากกว่าที่ลงทุนไป หรือก็ต้องมุ่งหวังให้มีกำไรนั่นเอง ในอดีตกาลที่เรายังเป็นสังคมพุทธเกษตรโดยแท้ วัฒนธรรมการเกื้อกูลและระบบการให้คุณค่าแก่วิชาชีพหลักๆ ดังกล่าวข้างต้นยังเข้มข้น มากพอที่จะหล่อเลี้ยงคนที่ประกอบวิชาชีพให้มีต้องมาทำมาหากินเองมากนัก ผู้ประกอบวิชาชีพก็พึงพอใจในสถานะความเป็นอยู่ในสังคม ก็ไม่ต้องมาทำกำไรด้วยตนเอง หรือกล่าวอีก

ทั่วไป เมื่อมาถึงปัจจุบันก็จะมีโอกาสได้ยินหรือเห็นข้อความเหล่านี้บ่อยลง แม้เมื่อกลับไปสถานที่เดิมๆ ในโรงเรียนแพทย์ ชวนให้สงสัยว่า คุณค่าที่สังคมให้แก่วิชาชีพแพทย์ และบทบาทวิชาชีพแพทย์ที่สังคมคาดหวังนั้นยังคงเหมือนหรือต่างไปจากเดิมแค่ไหนอย่างไร

ในกระบวนการผลิตแพทย์ ซึ่งเป็นวิชาชีพหลักและมีอิทธิพลต่อระบบบริการสาธารณสุขมากนั้น ก็มีความพยายามที่จะสร้างนักวิชาชีพให้สอดคล้องกับความคาดหวังของสังคม เช่น ความพยายามที่จะใช้เกณฑ์ด้านจริยธรรม หรือทัศนคติ ความรับผิดชอบต่อสังคมเข้ามาเสริมการคัดเลือกผู้เข้ามาเรียนแพทย์ด้วย การเรียกร้องให้วิชาชีพแพทย์ เป็นวิชาชีพที่ทำงานเพื่อสังคมโดยไม่เห็นแก่ประโยชน์ส่วนตนมิใช่ประเด็นที่เพิ่งมามีการถกเถียงกัน ในยุคปัจจุบัน ในอดีตที่ผ่านมาก็เคยมีการสัมมนาในเรื่องเหล่านี้มาแล้ว ซึ่งเห็นได้ชัดเจนว่าความคิดเห็นก็เป็นสองด้านเช่นเดียวกับปัจจุบัน คือ ด้านหนึ่งมองว่าแพทย์เป็นวิชาชีพหนึ่งที่ผู้ประกอบการวิชาชีพก็ต้องการใช้อาชีพนี้เลี้ยงชีวิตตนและครอบครัว รวมทั้งสร้างการเติบโตในสถานะภาพความเป็นอยู่ของตนและครอบครัวด้วย ดังนั้นการที่แพทย์จะมุ่งทำงานตามแรงจูงใจในทางการเงินจึงเป็นเรื่องธรรมดา ในขณะที่อีกมุมมองหนึ่งยังเห็นว่าแพทย์ควรเป็นบุคคลผู้เสียสละ และทำงานเพื่อประชาชนและสังคม

ณ สถานการณ์ปัจจุบัน ผู้วิจัยมีความเห็นว่าเมื่อระบบสังคมเปลี่ยนแปลงไปค่อนข้างมากเช่นนี้ คุณค่าที่ให้แก่กันและปฏิสัมพันธ์ของผู้คนก็เปลี่ยนไป วิธีการแลกเปลี่ยนและตอบแทนกันซึ่งจะเป็นแรงจูงใจของการมีพฤติกรรมต่างๆ เปลี่ยนมาเป็นมูลค่าเงินมากขึ้น อาจเป็นสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อความคาดหวังที่เป็นอุดมคติว่าแพทย์ต้องเป็นบุคคลที่ดีเป็นพิเศษกว่าคนอื่น ซึ่งกลไกทางสังคมในรูปแบบกติกากฎเกณฑ์ต่างๆ อาจจำเป็นมากขึ้น ในการที่จะรักษาสมดุลของการประกอบวิชาชีพให้ทั้งคุณภาพ ประสิทธิภาพ คุณธรรม และจริยธรรมไปพร้อมๆ กัน

การสร้างศูนย์บริการขนาดใหญ่ และดำเนินการในลักษณะเฉพาะทาง

ไม่ว่าจะเป็นการสร้างโรงพยาบาล หรือ มหาวิทยาลัย ที่มีขนาดใหญ่ ซับซ้อน และใช้เทคโนโลยีสูง ก็คือการรวมศูนย์ทรัพยากรที่มีราคาแพง ซึ่งไม่อาจหลีกเลี่ยงรูปแบบการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นสัญลักษณ์ของความไม่เท่าเทียมของระบบ นำไปสู่การเลือกที่จะบริการผู้ที่มีกำลังซื้อสูง การพยายามใช้ทรัพยากรให้เต็มศักยภาพเพื่อความคุ้มค่า ไม่ว่าจะมีความจำเป็นหรือไม่ ก็คือการพยายามทำกำไรนั่นเอง ซึ่งทั้งระบบการศึกษาและการแพทย์สาธารณสุขมีโอกาสเป็นไปได้ทั้งคู่ แต่ดูเหมือนว่าด้านการแพทย์และสาธารณสุขจะแสดงให้เห็นถึงค่านิยมความเป็นเฉพาะทางและการใช้เทคโนโลยีมากและชัดเจนกว่า

ในประเด็นนี้ หากต้องการควบคุมประสิทธิภาพหรือการทำกำไรมิให้เกิดความเหมาะสม หรือมิให้มุ่งสู่ความเป็นเลิศทางเทคโนโลยีจนลืมคนส่วนใหญ่ในสังคม ระบบบริการก็ควรต้องหลีกเลี่ยงการรวมศูนย์ทรัพยากรมาก ๆ เช่นนี้ให้น้อยที่สุด แต่เน้นการสร้าง ความเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายของระบบบริการให้มากขึ้น ซึ่งจะสะท้อนกระบวนการเกื้อกูลแบ่งปันกันในสังคมมากขึ้นด้วย

การประกันการได้รับบริการ

เนื่องจากการได้รับการศึกษาและการมีสุขภาพดีเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน แนวคิดการสร้างหลักประกันการได้รับบริการจึงเกิดขึ้น ซึ่งในระบบการศึกษาก็จะออกมาในรูปแบบการใช้กฎหมายเป็นเครื่องมือ คือการมีการศึกษาภาคบังคับ มีการตั้งกองทุนให้กู้ยืมเพื่อการศึกษา เป็นต้น ในขณะที่ด้านสาธารณสุขก็คือการทำให้ประชาชนทุกคนมีหลักประกันสุขภาพใน

รูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง ความแตกต่างนี้ก็เนื่องจากธรรมชาติการเจ็บป่วยของมนุษย์นั้นไม่เลือกเวลา ไม่เลือกวัย แต่การศึกษาสามารถกำหนดเวลาอายุที่จะเข้ารับการศึกษได้

การสร้างหลักประกันการได้รับบริการเมื่อถึงคราวจำเป็น และรัฐจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในระดับของบริการที่เป็นความจำเป็นพื้นฐานของชีวิต โดยเปิดโอกาสให้ผู้ให้บริการทั้งภาครัฐและเอกชนเข้าร่วมในระบบบริการอย่างเท่าเทียม ตามกติกาที่จะควบคุมทั้งคุณภาพและประสิทธิภาพในระดับที่เหมาะสมอันเดียวกัน ในขณะที่เดียวกันก็มีองค์กรวิชาชีพคอยกำกับดูแลมาตรฐานทางจริยธรรมไปด้วย น่าจะเป็นกลไกที่สำคัญสำหรับสังคมปัจจุบัน

แต่มีประเด็นที่พึงระวัง คือ การประกันสุขภาพโดยภาคเอกชน ซึ่งแน่นอนจะได้รับอิทธิพลและเติบโตขึ้นตามไปด้วยโดยมีภาพเป็นธุรกิจที่ไม่ทำกำไรหรืออาจขาดทุน แต่แท้ที่จริง ธุรกิจประกันสุขภาพภาคเอกชนกลับเป็นตัวทำและดึงกำไรจากภาคธุรกิจการแพทย์โดยตรง และขยายตัวออกไปลงทุนใหม่ในกิจการอื่น หรือก็คือการทวีกำไรที่ไม่ได้กลับมาลงทุนใหม่ในกิจการเดิมนั่นเอง โดยสรุปก็คือ หน่วยงานประกันสุขภาพหลักๆ ของชาติที่ทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อและ/หรือผู้จ่าย ควรมีการวางแนวมาตรฐานการดำเนินงานที่ไม่เป็นการแข่งขันกันเอง และแยกตัวออกจากผู้ให้บริการโดยเด็ดขาด และคอยดูแลไม่ให้เกิดธุรกิจการประกันสุขภาพเอกชนที่กลับเข้าไปเชื่อมโยงหรือฝังตัวอยู่ในระบบบริการ ซึ่งจะนำไปสู่การทำกำไรแอบแฝงในระบบบริการการแพทย์ได้ กรณีเหล่านี้ได้แก่ การที่ผู้ประกอบการโรงพยาบาล เป็นผู้มีธุรกิจประกันชีวิตและ/หรือประกันสุขภาพด้วย เป็นต้น

ต่างๆ ทั้งนี้สถานพยาบาลมี 2 ประเภท คือ (1) สถานพยาบาลที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (2) สถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน โดยมีลักษณะของสถานพยาบาล และลักษณะของการให้บริการของสถานพยาบาลให้เป็นไปตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

ในการพิจารณาออกใบอนุญาตฯ จะต้องปรากฏว่าผู้ขอรับใบอนุญาตได้จัดให้มีการดำเนินงานต่อไปนี้ถูกต้องครบถ้วนแล้ว (1) มีแผนงานฯ ตามที่กำหนดในกฎกระทรวง (2) มีสถานพยาบาลตามลักษณะที่กำหนดในกฎกระทรวง (3) มีเครื่องมือเครื่องใช้ เวชภัณฑ์หรือยานพาหนะฯ ตามชนิดและจำนวนที่กำหนดในกฎกระทรวง (4) มีผู้ประกอบการวิชาชีพ ตามประเภทและจำนวนที่กำหนดในกฎกระทรวง (5) ชื่อสถานพยาบาลต้องเป็นไปตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

จะเห็นได้ว่ากฎหมายที่มีอยู่ให้ความสำคัญที่การควบคุมการประกอบวิชาชีพมากกว่า ส่วนการควบคุมสถานพยาบาลก็เป็นไปในแนวที่ให้มีการจัดเงื่อนไขที่จะทำให้เกิดการทำเวชปฏิบัติที่ปลอดภัยได้มาตรฐาน แต่ไม่ได้ยุ่งเกี่ยวกับด้านการบริหารจัดการเพื่อความมีประสิทธิภาพและคุณภาพ การลงทุนการจัดการรายได้และทรัพย์สินของสถานบริการจะมีอยู่บ้างก็คือ การกำหนดให้มีการแสดงข้อมูลราคาและการไม่เรียกเก็บเกินราคาที่แสดงไว้ รวมทั้งการควบคุมการโฆษณาไม่ให้เกินความเป็นจริง หรือเป็นการชักจูงให้ใช้บริการเกินความจำเป็น

การที่รัฐไม่ได้เข้าไปยุ่งเกี่ยวหรือกำกับควบคุมการบริหารจัดการด้านรายได้และทรัพย์สิน อาจเป็นเพราะส่วนหนึ่งรัฐมิได้สนับสนุนงบประมาณใดๆ ให้สถานพยาบาลเอกชน และเมื่อเริ่มแรกที่มีสถานพยาบาลเอกชนเกิดขึ้นนั้น ก็เป็นไปในลักษณะที่ไม่มีการกำกับ แต่เป็นไปเพื่อคุณธรรม การช่วยเหลือเกื้อกูลกันเป็นหลัก ต่อเมื่อภาคเอกชนมีการขยายตัวขึ้น ผู้คนมีกำลังจ่ายสูงขึ้น และธุรกิจบริการสาธารณสุขมีการเชื่อมต่อกับธุรกิจอื่นๆ จึงทำให้ภาพการ

1. ผู้ขอรับการอนุญาตจะต้องเป็นเจ้าของกรรมสิทธิ์ที่ดินที่จะเป็นที่ตั้งสถาบันฯ และพร้อมที่จะโอนที่ดินนั้นให้เป็นกรรมสิทธิ์ของสถาบันหลังจากที่ได้รับอนุญาตและตราในพระกฤษฎีกาเป็นนิติบุคคลแล้ว ในการยื่นขออนุญาตจัดตั้งสถาบันฯ จะต้องแสดงรายละเอียด ข้อกำหนดตามที่ระบุ ซึ่งรวมถึงทุนประเดิม ทรัพย์สิน อัตราค่าเล่าเรียน ค่าบำรุง และค่าธรรมเนียม โครงการจัดการศึกษาและหลักสูตร อุปกรณ์ การวัดผล และการจัดหาอาจารย์

2. นอกจากนั้นกฎหมายยังระบุให้มี **“คณะกรรมการสถาบันอุดมศึกษาเอกชน”** ซึ่งมีปลัดทบวงฯ เป็นประธาน ปลัดกระทรวงศึกษาฯ เลขาธิการคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ เลขาธิการ ก.พ. และบุคคลอื่นอีกไม่น้อยกว่า 9 แต่ไม่เกิน 12 คน ทำหน้าที่พิจารณาให้ความเห็นชอบเรื่องต่างๆ ตามที่ พ.ร.บ.ฯ กำหนด

3. การบริหารสถาบันให้มี **“สภาสถาบันฯ”** ซึ่งมีผู้บริหารสถาบันฯ เป็นกรรมการโดยตำแหน่ง โดยทั้งหมดดำเนินงานภายใต้การควบคุมกำกับของคณะกรรมการสถาบันอุดมศึกษา ซึ่งได้ระบุไว้ชัดเจนด้วยการกระทำที่เกี่ยวกับการรับความช่วยเหลือทางการเงิน การกู้เงิน การเช่าทรัพย์สิน การซื้อ/เช่าซื้อที่มีค่าเกินกำหนด การโอนเงินข้ามกองทุน และการก่อภาระผูกพันในที่ดินและสิ่งก่อสร้าง ต้องได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการสถาบันฯ และต้องจัดส่งงบดุล/การเปลี่ยนแปลงการเงินของกองทุนประเภทต่างๆ ประจำปีให้ผู้ตรวจสอบบัญชี เมื่อแล้วให้เสนอต่อสภาสถาบันและรัฐมนตรี

4. สถาบันฯ อาจมีรายได้ จาก (1) การเก็บค่าเรียน ค่าบำรุงและค่าธรรมเนียมตามอัตราที่ได้รับอนุมัติ (2) การได้รับบริจาค (3) การให้บริการอื่นด้านการศึกษาและรายได้อื่นๆ ซึ่งรายได้ประเภท (1) และ (3) ให้นำเข้ากองทุนทั่วไปรวมกับทุนประเดิมและทรัพย์สินเดิมที่ระบุไว้ในข้อกำหนดเมื่อขอเปิดสถาบันฯ ส่วนรายได้ประเภท (2) ให้นำเข้ากองทุนทรัพย์สินถาวรเพื่อใช้ในการปรับปรุงที่ดินและสิ่งก่อสร้าง หรือเข้ากองทุนวิจัยและห้องสมุด หรือ

บทสรุป

รูปธรรมกลไกทางกฎหมายของระบบบริการการศึกษาที่น่าเสนอนี้ แม้ว่าจะไม่ใช่ทั้งหมดที่มีในระบบบริการการศึกษา และก็ไม่ได้หมายความว่า ระบบบริการการศึกษาไม่มีปัญหาเรื่องการทำกำไรเชิงธุรกิจ ดังจะเห็นได้จาก กระแสที่มหาวิทยาลัยของรัฐมีการเปิดหลักสูตรพิเศษเพื่อทำรายได้ให้แก่ สถาบัน และอาจารย์ผู้สอนเพิ่มมากขึ้นอย่างมาก หรือการที่มึนโยบายให้ สถาบันอุดมศึกษาของรัฐออกนอกระบบเพื่อให้มีการบริหารจัดการที่คล่องตัว มีประสิทธิภาพและเลี้ยงตัวเองได้ ก็อาจมีประเด็นที่เกี่ยวกับการทำกำไรว่าแค่ ไหนเพียงพอเลี้ยงสถาบันให้อยู่รอด หรืออาจจะเป็นการมุ่งสร้างกำไรในแง่ ผลตอบแทนอาจารย์ผู้สอนได้เช่นกัน ซึ่งเกินขอบเขตการศึกษานี้ ได้ชี้ให้เห็น ว่ามีความเป็นไปได้ในการวางแนวทางที่เป็นรูปธรรมในการกำกับจุดสมดุล ระหว่างคุณธรรมกับการพัฒนาประสิทธิภาพการจั้ดบริการ หรือการทำกำไร ในบริการสาธารณสุข

สำหรับประเด็นที่กำลังวิเคราะห์วิจารณ์ต่อมาตรา 71 ในร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ที่ว่า “การบริการสาธารณสุขให้เป็นไปอย่าง สอดคล้องกับระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ตามมาตรา 7 และไม่เป็นไปเพื่อการ แสวงหากำไรเชิงธุรกิจ” นั้นผู้วิจัยมีความเห็นว่าข้อความในมาตรา 7 ที่อ้างถึง นั้นค่อนข้างสมบูรณ์ในการเป็นกฎหมายแม่ที่จะครอบคลุมกฎหมายลูกฉบับ อื่นๆ ทั้งที่อาจเกิดก่อนหรือหลัง พ.ร.บ. สุขภาพฯ ฉบับนี้ได้ ซึ่งระบุไว้ว่า

มาตรา 7 : ระบบสุขภาพต้องมุ่งเน้นเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของคน ทั้งมวล และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย....ต้องเป็นระบบที่พึงประสงค์ ดังนี้

- มีศีลธรรม คุณธรรม และจริยธรรม
- เคารพในสิทธิ คุณค่า และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และนำไปสู่ความเท่าเทียม

● มีโครงสร้างครบถ้วน และมีการทำงานที่สัมพันธ์และเชื่อมโยงกัน
อย่างมีบูรณาการ

● มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ ควบคุมค่าใช้จ่ายได้ ตรวจสอบได้ และ
รับผิดชอบร่วมกันอย่างสมานฉันท์

● มีปัญญาเป็นพื้นฐาน เรียนรู้และพัฒนาได้อย่างต่อเนื่อง โดย
สอดคล้องกับวิถีชีวิตและสังคม รวมทั้งพึ่งตนเองได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน
ซึ่งอาจต้องเสริมอีกสักหนึ่งวรรคที่จะเชื่อมโยงไปสู่การมีกฎหมาย
บังคับใช้ที่เป็นรูปธรรมในทางปฏิบัติ เช่น เชื่อมโยงไปสู่กฎหมายหลักประกัน
สุขภาพ กฎหมายการประกอบวิชาชีพ การเปิดสถานพยาบาล หรือกฎหมาย
อื่นๆ ที่เกิดขึ้นแล้วและกำลังจะเกิดขึ้นต่อไป โดยกำหนดไว้ในท้ายมาตรา 71

บรรณานุกรม

1. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2543) บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2539 และ 2541
2. บุตร ประดิษฐ์วินิช (2532) "แพทย์-ยา: วิชาชีพหรือการค้า?" สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน กรุงเทพฯ.
3. พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525
4. พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541
5. พระราชบัญญัติสถาบันอุดมศึกษาเอกชน (ฉบับที่ 1-2) พ.ศ. 2522-2535
6. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545
7. มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ. (2537) เกียรติประวัติแพทย์ไทยฝากไว้ให้คนรุ่นหลัง: ชีวิตและผลงานของศาสตราจารย์นายแพทย์ เสม พริ้งพวงแก้ว.
8. สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และคณะ (2546) "ปูมประวัติศาสตร์: มหิดลเพื่อประชาชนปีโดย ภาคที่ 1 ก่อเกิดขบวนการ" บริษัทอัลฟ่า มิเลนเนียม จำกัด.
9. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ (2545) รายงานการศึกษาเรื่อง "ผลกระทบของการเปิดเสรีการค้าบริการ ต่อการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ"
10. อภิชัย พันธเสน (2544) "พุทธเศรษฐศาสตร์: วิวัฒนาการ ทฤษฎี และการประยุกต์กับเศรษฐศาสตร์สาขาต่างๆ" บริษัท อัมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชซิ่ง จำกัด (มหาชน).
11. Peter Conrad and Rochelle Kern, Editors (1981) "The Sociology of Health and Illness: Critical Perspectives". St. Martin's Press, New York.

บทความต่าง ๆ

๙๙: ความเห็นสาธารณะ

(บางส่วน)



1. รายงานระบบสุขภาพประชาชาติ

ข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพ

สืบเนื่องจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา มีนาคม 2543

ระบบบริการ คุณลักษณะที่พึงประสงค์

1. หน่วยบริการที่ดีควรมีลักษณะดังนี้

- 1.1. มีหน่วยบริการใกล้บ้านที่สามารถให้การดูแลประชาชนในพื้นที่ในเรื่องสุขภาพอนามัย โดยเริ่มต้นตั้งแต่การดูแล สร้างเสริมสุขภาพไปจนถึงการดูแลเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย สามารถส่งต่อเพื่อการดูแลในระดับที่สูงกว่าเมื่อจำเป็น และรับดูแลต่อเมื่อถูกส่งกลับมาจากสถานบริการระดับที่สูงกว่า รวมทั้งการให้คำแนะนำปรึกษาอื่น ๆ ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

- 1.2. สามารถประเมินปัญหาความต้องการทางด้านสุขภาพอนามัยของประชากรในความดูแลได้ ทั้งความต้องการในระดับชุมชนและความต้องการในระดับปัจเจก โดยมีระบบข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ
- 1.3. ให้บริการได้ตรงกับความต้องการและทันเวลา โดยเฉพาะกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยไม่คำนึงถึงเศรษฐกิจฐานะของผู้รับบริการมาเป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจให้การรักษา
- 1.4. มีบุคลากรผู้ให้บริการที่มีจริยธรรม ให้ความสนใจต่อความรู้สึกและมุมมองของประชาชนในเรื่องสุขภาพ และความเจ็บป่วย และสามารถสื่อสารกับประชาชนในความดูแลหรือผู้ที่มารับบริการได้เป็นอย่างดี ไม่เกิดการเข้าใจผิดหรือความไม่พอใจโดยไม่จำเป็น
- 1.5. มีระบบที่จะส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ให้บริการตัดสินใจดำเนินการหรือให้บริการต่างๆ โดยคำนึงถึงความเหมาะสมและความคุ้มค่าของการใช้ทรัพยากร โดยมุ่งหวังประโยชน์สูงสุดของประชาชนผู้รับบริการภายใต้หลักวิชาการอย่างมีเหตุผล และ/หรือ ตรวจสอบยืนยันได้
- 1.6. เป็นหน่วยบริการที่มีความเชื่อมต่อรหว่างระดับต่างๆ โดยไม่ขลุกขลัก รวมทั้งการเชื่อมต่อกับคลินิกและร้านขายยา เพื่อให้เกิดคุณภาพและประสิทธิภาพในการจัดระบบและให้บริการประชาชนและผู้มาใช้บริการ

2. สถานบริการในภาคเอกชนจะต้องสามารถแสดงบทบาทและมีส่วนในการให้บริการแก่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเป็นเครือข่าย และ/หรือสามารถซื้อหรือขายบริการให้กับสถานบริการภาครัฐได้

3. มีกลไกที่จะสนับสนุนให้สถานบริการที่ไม่มุ่งกำไร (not for profit)

หรือกำหนดเงื่อนไขให้สถานบริการที่มุ่งกำไร ต้องใช้กำไรส่วนหนึ่งในการสร้างสุขภาพ หรือให้บริการแก่ประชาชนผู้ยากไร้ (ผ่านกลไกที่สามารถบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ)

4. มีระบบตรวจสอบคุณภาพมาตรฐานสถานบริการ และสถานบริการสามารถนำข้อมูลไปปรับปรุงพัฒนาบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. คำประกาศข้อเสนอต่อการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

โดยผู้แทนจากภาคีต่างๆ

วันพุธที่ 5 กันยายน 2544 เวลา 15.30 น.

ณ ห้องไดมอนด์แกรนด์บอลรูม

อาคารศูนย์การประชุมและแสดงนิทรรศการ อิมแพ็ค เมืองทองธานี

1. ทิศทางการพัฒนาประเทศ ต้องมุ่งที่การสร้างสุขภาพของประชาชน และสังคมเป็นเป้าหมายควบคู่ไปกับการพัฒนาทางเศรษฐกิจ

2. ระบบสุขภาพแห่งชาติ ต้องเป็นระบบที่เน้นการสร้างสุขภาพของคนไทยและสังคมไทยทั้งหมด พร้อมกับการมีระบบซ่อมสุขภาพที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และเป็นธรรม

3. ในระบบสุขภาพแห่งชาติต้องมีนโยบายเปิดให้ภาคประชาชนเข้าร่วมด้วยอย่างเป็นรูปธรรมเชื่อมโยงการใช้ข้อมูลองค์ความรู้และเชื่อมโยงกับภาคการเมือง เพื่อดูแลระบบสุขภาพร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

4. ในระบบสุขภาพแห่งชาติ ต้องมีระบบประเมินผลกระทบด้านสุขภาพพร้อมทั้งต้องมีระบบดูแลแก้ไขผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายสาธารณะต่างๆ อย่างเป็นรูปธรรมด้วย

5. ในระบบสุขภาพแห่งชาติต้องเป็นระบบที่เปิดช่องทางการมีส่วนร่วม

ของทุกภาคส่วนอย่างเป็นรูปธรรม มีการกระจายอำนาจ ลดการผูกขาด สร้างความสมานฉันท์ของคนในสังคม เฉลี่ยสุขเฉลี่ยทุกข์ เอื้ออาทร ไม่เอาัดเอาเปรียบกัน และเรื่องสุขภาพต้องไม่เป็นไปเพื่อการค้ากำไร

6. ในระบบสุขภาพแห่งชาติต้องเป็นระบบที่ให้ความสำคัญกับการคุ้มครองผู้บริโภคที่เข้มแข็ง มีระบบการให้ข้อมูลข่าวสารที่ง่ายและเพียงพอ เพื่อเสริมสร้างศักยภาพประชาชนในเรื่องสุขภาพ

7. ในระบบสุขภาพแห่งชาติต้องเป็นระบบที่ส่งเสริม สนับสนุน พัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งเป็นภูมิปัญญาไทยให้ควบคู่ไปกับการแพทย์แผนปัจจุบันรวมทั้งการแพทย์ทางเลือกต่างๆ เพื่อเป็นทางเลือกแก่ประชาชน โดยจะต้องมีระบบคุ้มครองผู้บริโภคที่ดีควบคู่กันไปด้วย

8. ในระบบสุขภาพแห่งชาติต้องมีระบบหลักประกันการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า และมีระบบการเงินการคลัง ระบบกฎหมายและระบบอื่นๆ ที่เอื้อต่อการสร้างสุขภาพนำหน้าการซ่อมสุขภาพ

9. ระบบสุขภาพแห่งชาติต้องเป็นระบบที่มีโครงสร้างครบถ้วน เพื่อเป็นหลักประกันว่าจะสามารถคุ้มครองสุขภาพประชาชนและสังคม และสามารถปรับตัวให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลาได้ด้วย

3. ส่วนหนึ่งของข้อเสนอ

จากเครือข่ายประชาคมคนจน^{๑๒}

ต่อการจัดทำ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ

“ให้ยกเลิกการแสวงหากำไรจากบริการด้านสุขภาพ ทั้งที่จัดให้มีขึ้น

^{๑๒} แผ่นพับเจตนารมณ์คนจนต่อการร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ วันที่ 26-27 พฤศจิกายน 2544

โดยภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน การให้บริการต้องมีคุณธรรม และผู้ให้บริการไม่อาจปฏิเสธการให้บริการ และการรักษาพยาบาล อีกทั้งต้องให้บริการโดยไม่เลือกชนชั้นทางสังคม สถานะทางเศรษฐกิจ ความเชื่อทางศาสนา เชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ หรืออื่นๆ อันก่อให้เกิดการรังเกียจเหยียดฉันท์ ต้องเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้รับบริการอย่างเท่าเทียมกัน”

4. ส่วนหนึ่งของข้อเสนอ

จาก 4 องค์การวิชาชีพสาธารณสุข⁶³

ส่วนที่ 3 บริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ

ข้อ 4 การบริการสาธารณสุข ที่กลายเป็นบริการเพื่อค้ากำไร ควรต้องปรับแก้ไขให้เป็นบริการที่ไม่ค้ากำไรเกินควรหรือไม่ควรเป็นการค้ากำไรเชิงธุรกิจ ซึ่งควรดำเนินการดังนี้

- 1) มีการประกันคุณภาพการบริการ และการกำหนด หรือควบคุมมาตรฐานค่าบริการ โดยอาจกำหนดเป็นรายการค่ารักษาพยาบาลที่ประกาศให้ประชาชนทราบล่วงหน้า
- 2) สนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายการจัดบริการ และการตรวจสอบคุณภาพ กำหนดให้บริการสาธารณสุขเป็นบริการสาธารณะที่เป็นบริการคุณธรรม และมีให้นำเอาระบบเศรษฐกิจที่อาศัยกลไกตลาดมาใช้กับระบบบริการสุขภาพ เช่น มีให้นำเข้าตลาดหลักทรัพย์ เป็นต้น

⁶³ (หนังสือแพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม และทันตแพทยสภา เลขที่ สปพ.01/05/1747 ลงวันที่ 18 มิถุนายน 2545)

5. ส่วนหนึ่งของความเห็น

จากคณะอนุกรรมการเฉพาะกิจของแพทยสภา⁶⁴

ให้เติมคำว่า “ที่ไม่สมเหตุสมผล” ประกอบต่อท้าย คำว่า “ระบบบริการสาธารณสุขไม่เป็นไปเพื่อการค้ากำไรเชิงธุรกิจ”

6. ส่วนหนึ่งของความเห็นจาก

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพ⁶⁵

(พญ.ยิ่งดาว ไกรฤกษ์)

เห็นด้วยเป็นอย่างยิ่งว่า การจัดและส่งเสริมให้มีระบบบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน มีประสิทธิภาพ ให้บริการอย่างทั่วถึง และประชาชนมีทางเลือกได้ ทางเลือกตามที่กำหนดไว้ มีการตีความในรายละเอียดบางมาตราใน พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีการกำหนดให้มีการจดทะเบียนต่อหน่วยบริการในท้องที่ อีกทั้งเป็นไปได้อย่างยิ่งที่จะมีการกำหนดให้มีการรับบริการในระดับปฐมภูมิกับหน่วยบริการที่ลงทะเบียนเท่านั้น ความเหมาะสมที่กำหนดไว้นั้น เป็นเรื่องที่จะเกิดข้อขัดแย้ง ตั้งแต่ในเรื่องการรับบริการไม่ตรงตามหน่วยบริการ การส่งต่อ ซึ่งเกิดปัญหายุ่งยากในการดำเนินการมาก การกำหนดการเลือกเป็นเรื่องที่ไม่มีความชัดเจน นอกจากนี้ ในกรณีที่เป็นสถานบริการที่ได้จดทะเบียนเป็นหน่วยบริการ ประชาชนมีสิทธิในการเลือกอย่างไร สำหรับทางภาคเอกชนในพรรคท้ายของมาตราที่กล่าวถึงการกำกับดูแลให้ระบบบริการสาธารณสุข ไม่เป็นไปเพื่อการค้ากำไรเชิงธุรกิจ เป็นเรื่องที่สร้างความเคลือบแคลงแก่ภาคเอกชนเป็นอย่างมาก การที่ภาครัฐรวมทั้งผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข มักจะให้ความคิดเห็นในทำนองของการ

⁶⁴ หนังสือที่ พส.014/ว.40 ลงวันที่ 15 กรกฎาคม 2545

⁶⁵ หนังสือโรงพยาบาลกรุงเทพ ลงวันที่ 26 กรกฎาคม 2545

โจมตีภาคเอกชน ว่าเป็นแพथิพาดิษย์ หรือเป็นการหากินกับความไม่รู้ เท่าทันเรื่องข้อมูลข่าวสารของประชาชน เป็นการมองภาคเอกชนในแง่ร้ายเกินไป ทุกวันนี้ต้องยอมรับว่าการให้บริการสาธารณสุขในภาคเอกชน เป็นกิจการที่มีการควบคุมและการกำกับดูแลอย่างเข้มงวด โดยการผ่านกลไกทางกฎหมายและระเบียบต่างๆ มีการลงทะเบียนการละเมิดอยู่เนืองๆ ขณะเดียวกันความตื่นตัวในเรื่องของการพัฒนาคุณภาพการบริการ และการสร้างประสิทธิภาพการให้บริการ ทั้งกลไกของการพัฒนาคุณภาพและการให้การรับรอง การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมในการให้บริการ กลไกทางการตลาดและการแข่งขัน เป็นการยากที่จะมุ่งสร้างผลกำไรในเชิงธุรกิจแต่ฝ่ายเดียว ในสถานการณ์เช่นนี้เป็นการประคองตัวเพื่อการอยู่รอดมากกว่า ที่ผ่านมภาคเอกชนทางด้านสาธารณสุข นอกจากจะเป็นทางเลือกแก่ผู้ที่มีกำลังซื้อแล้ว ยังเป็นการเติมช่องว่างในเรื่องของความทั่วถึงและการเข้าถึงบริการ นอกจากนี้ยังเป็นประเด็นอีกอันหนึ่งที่ดึงดูดและคงอยู่ของบุคลากรทางสาธารณสุขที่มีความรู้ และความสามารถ แนวโน้มใหม่อีกหนึ่งก็คือ เป็นธุรกิจที่สามารถนำเข้าเงินตราและผู้ใช้บริการจากต่างประเทศ ถ้ามีการจัดการอย่างเหมาะสมอีกด้วย ถ้าเริ่มด้วยการตั้งเจตย์ว่าไม่เป็นไปเพื่อการค้ากำไรเชิงธุรกิจ มิใช่เป็นการเริ่มต้นของการทำลายธุรกิจเอกชนโดยทั่วไปหรือ ถ้ามองว่าบริการสาธารณสุขเป็นความจำเป็นพื้นฐานของประชาชน เป็นสิทธิที่พึงมีพึงได้ตามรัฐธรรมนูญ ต่อไปปัจจัยสี่อื่นๆ เช่น เครื่องนุ่งห่ม อาหาร ยารักษาโรค ที่อยู่อาศัย สาธารณูปโภค ก็ต้องมากำหนดให้เป็นกิจการที่ต้องกำกับ ไม่เป็นเพื่อการค้ากำไรเชิงธุรกิจด้วย

การที่อธิบายไว้ในข้อเท็จจริง มีความแตกต่างจากบริการหรือสินค้าทั่วไป ไม่สามารถใช้กลไกตลาดได้ ประชาชนไม่มีทางที่จะมีข้อมูลมากพอในการตัดสินใจเลือก เกิดบริการที่ผิดปกติ และเกิดการผูกขาดได้ เป็นผลเสียหายแก่ประชาชน การกล่าวอ้างมาตราที่ 82 มาหักล้างการกล่าวอ้างมาตรา 87 ว่านำเศรษฐกิจที่อาศัยกลไกทางการตลาดมาใช้กับบริการทางสาธารณสุข

ไม่ได้ เป็นคำอธิบายที่ภาคเอกชนรับได้ยาก เพราะเป็นการกล่าวอ้างอย่างเลื่อนลอย ไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง ด้วยเหตุผลดังต่อไปนี้คือ

การที่กล่าวอ้างว่าประชาชนไม่มีทางที่จะมีข้อมูลมากพอในการตัดสินใจในการเลือก เป็นการกล่าวอ้างที่ไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง ข้อมูลทางการสาธารณสุขเป็นข้อมูลที่มีความเป็นสาธารณะเป็นอย่างมาก ความรู้ที่จะใช้ในการประกอบการตัดสินใจ สามารถค้นหาได้ทั่วไปด้วยเทคโนโลยี ณ ปัจจุบัน บ่อยครั้งที่ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ลึกซึ้งกว่าผู้ให้บริการเสียอีก การตัดสินใจเลือกเป็นสิทธิผู้ป่วยขั้นพื้นฐานที่ได้รับการยอมรับและปฏิบัติมาโดยลำดับ และบ่อยครั้งที่ความต้องการของผู้มารับบริการมากกว่าหรือเกินเลยพื้นฐานของการบริการ เป็นความต้องการที่การบริการสาธารณสุขไม่สามารถตอบสนองได้ การให้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจเป็นเรื่องที่ผู้ให้บริการต้องกระทำอยู่แล้ว และมีกระบวนการที่จะให้ผู้รับบริการได้รับการยืนยัน การรับทราบข้อมูลด้วยการให้ Inform consent การกำหนดขั้นตอนการให้บริการตามหน่วยบริการที่ได้จัดทะเบียน กลับเป็นการปิดทางเลือกแก่ผู้ป่วย ซึ่งถ้าเป็นเช่นนั้นแล้ว ถึงมีข้อมูลประกอบการตัดสินใจ ก็ไม่มีสิทธิหรือถูกสงวนสิทธิที่จะเลือกรับบริการ และบ่อยครั้งข้อมูลจากหน่วยงานของรัฐและเป็นหน้าที่ของกลไกของรัฐในการนำเสนอข้อมูลแก่ประชาชน กลับไม่ได้รับการชี้แจงหรือเหลียวแลเท่าที่ควร และก็มีได้มีกลไกกำหนดชัดเจนให้ภาครัฐดำเนินการในการพัฒนา ณ จุดนี้ กลับเลือกปฏิบัติในการใช้เหตุผลในการวางกรอบการให้บริการของภาคเอกชน ว่าไม่ให้แสงทากำไร เพราะไม่มีข้อมูลพอต่อการตัดสินใจ

เกิดการบริการที่ผิดปกติ (supply induce demand) ข้อโต้แย้งคือ ถ้ามีการนำกลไกทางการตลาดมาใช้อย่างเป็นธรรม กลับจะไม่มีบริการที่ผิดปกติ ตัว demand จะเป็นผู้กำหนดการให้บริการ หรือการ supply

มากกว่าเสียอีก อนึ่งความเป็นจริงที่ว่า การให้บริการสาธารณสุขของภาคเอกชน ไม่ใช่เป็นธุรกิจหรือสัมปทานเหมือนธุรกิจอีกหลายอย่างที่ปรากฏเป็นตัวอย่างเป็นตัวอย่าง สามารถแสวงหากำไรอย่างมหาศาลด้วยการ induce ให้เกิด demand เนื่องจากประชาชนขาดทางเลือก ของการบริการขั้นพื้นฐานสามารถใช้ความได้เปรียบทางเทคโนโลยีมา supply ให้เกิดการ induce เพื่อการผูกขาด

สาเหตุที่กล่าวอ้างว่าบริการสาธารณสุขมีลักษณะที่แตกต่างจากบริการหรือสินค้าทั่วไป ในแง่ที่เป็นบริการเกี่ยวกับสุขภาพของประชาชน เป็นสิ่งจำเป็นพื้นฐาน และเป็นสิทธิพื้นฐานของประชาชนตามรัฐธรรมนูญ แต่ก็ต้องไม่ลืมว่า การบริการของเอกชนเกิดขึ้นเนื่องจากบริการของรัฐไม่สามารถเข้าถึงและไม่ทั่วถึง บริการของภาคเอกชนมาเสริมช่องว่างและเป็นทางเลือกสำหรับผู้ที่อยู่ในฐานะที่จะเลือกใช้ได้ เพื่อเปิดหรือสร้างโอกาสให้ผู้ด้อยโอกาสได้ใช้บริการจากรัฐได้มากขึ้น ถ้าการให้การบริการของรัฐสามารถพัฒนาจนมั่นใจว่าสามารถให้การบริการครอบคลุม ก็ควรจะใช้กลไกทางการตลาดให้เกิดการเปรียบเทียบ หรือแข่งขันด้านคุณภาพกับภาคเอกชน ในการสร้างคุณค่าแก่ผู้มารับบริการอย่างเท่าเทียมกัน เพราะเท่าที่เป็นอยู่ในขณะนี้ บริการสาธารณสุขของภาคเอกชน เป็นบริการที่มีกลไกในการควบคุมจากรัฐมากที่สุด ตลอดเวลาที่ผ่านมาได้ทวีความเข้มข้นในการควบคุมอย่างต่อเนื่อง องค์กรอิสระและองค์กรทางวิชาชีพเข้ามามีบทบาทอย่างมากในการกำกับการให้บริการ ตลอดจนไปจนถึงผู้ให้บริการ และที่สำคัญคือมีการละเว้นการปฏิบัติต่อสถานให้บริการของรัฐอย่างเห็นได้ชัด และเป็นเรื่องที่ได้แย้งไม่ได้ ภาวะสมองไหลได้สะท้อนถึงความไม่มีประสิทธิภาพแห่งการบริหารจัดการ ทั้งที่มีเงื่อนไขและการกำกับที่เอื้อประโยชน์เป็นอย่างมาก ทางเลือกที่จะต้องพัฒนาหรือปรับปรุงควรรีเริ่มที่ภาครัฐก่อน มิใช่เริ่มด้วยการวางกรอบควบคุม หรือกำหนดกลไกของการให้บริการของภาคเอกชนก่อน

การกล่าวอ้างว่าข้อคัดค้านของ มาตรา 82 ต่อ มาตรา 87 นั้น และสรุปว่านำระบบเศรษฐกิจที่อาศัยกลไกทางการตลาดมาใช้กับบริการสาธารณสุขไม่ได้นั้น เป็นการกล่าวอ้างที่เลื่อนลอย และขัดกับความเป็นจริง ตัวอย่าง เช่น การนำระบบการเงินการคลังแบบรวมหมู่ โดยเฉพาะแบบปลายปิด เป็นการนำระบบเศรษฐกิจที่อาศัยการตลาดอย่างชัดเจน ทั้งทางด้านกลไกการควบคุมต้นทุน การบริหารการใช้ทรัพยากร การใช้กลไกทางการตลาด เพื่อลดความต้องการของการรับบริการ การตลาดแบบรวมหมู่ หรือการบริหารการคลังด้วยกลไกการตอบสนองต่อ demand เป็นต้น เป็นการใช้กลไกทางการตลาดแบบผูกขาดอย่างแยบยล ตัวอย่างของกองทุนสุขภาพถ้วนหน้าที่จะจัดตั้งขึ้นนั้น เบื้องต้นก็ได้มีการกำหนดถึงการบริหารรายได้ของกองทุนเสียตั้งแต่ต้นแล้ว เป็นรายได้ที่ไม่ต้องส่งเข้าคลังด้วย เป็นการหาประโยชน์จากการตลาดแบบผูกขาดอย่างแท้จริงมากกว่าเสียอีก การแข่งขันทางภาคเอกชนในเรื่องของการให้บริการนั้น ที่ผ่านมานอกจากเป็นการแข่งขันที่มีกฎกติกาเข้มงวดเป็นอย่างมากแล้ว กลไกทางการตลาดเสียอีกที่เป็นตัวเร่งให้ผู้รับประโยชน์ คือผู้รับบริการทั้งประชาชนทั่วไป หรือองค์กรอิสระ เช่น กองทุนประกันสังคม กองทุนทดแทน ได้รับประโยชน์อย่างมหาศาลจากกลไกการแข่งขันทั้งภาครัฐ และภาคเอกชนบนเงื่อนไขที่ทัดเทียมกัน โดยที่ประชาชนที่เกี่ยวข้องกับกองทุนเหล่านั้นได้รับผลประโยชน์ และการตอบแทนที่มีแต่จะเพิ่มมากขึ้น เมื่อผลประโยชน์ของกองทุนดียิ่งขึ้น

7. บทความเรื่อง “สุขภาพที่อยู่เหนือตลาด” ของอาจารย์นิธิ เอียวศรีวงศ์

หนังสือพิมพ์มติชนรายวัน วันที่ 29 กรกฎาคม 2545

จริงหรือไม่ ที่โครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” เป็นโครงการหาเสียง

คำตอบคือจริงอย่างไม่มีทางปฏิเสธได้

จริงหรือไม่ ที่โครงการนี้มุ่งความสำเร็จในการหาเสียงเป็นสำคัญ ฉะนั้นเมื่อนำมาใช้จึงขาดการศึกษารายละเอียด แม้แต่ส่วนที่ได้เคยมีการศึกษาและทดลองปฏิบัติมาแล้ว ก็ไม่ถูกนำมาสานต่อ ก็ต้องยอมรับว่าจริงอีก นั้นแหละ

จริงหรือไม่ ที่เมื่อนำมาปฏิบัติแล้ว โครงการนี้มีปัญหาทางปฏิบัติมาก เกิดความวุ่นวายในระดับหนึ่งทั้งแก่ฝ่ายคนไข้, บุคลากรทางการแพทย์, และผู้บริหารโรงพยาบาลและการสาธารณสุข ก็ต้องยอมรับอีกว่าจริง

จริงหรือไม่ ที่ผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข (ทั้งข้าราชการและนักการเมือง) แก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นไม่ถูกจุด จนทำให้มีปัญหาเชิงปฏิบัติกับโครงการนี้มากขึ้น ดูเหมือนเรื่องนี้ก็จริงอีกเหมือนกัน

แต่ในขณะเดียวกัน เราก็ปฏิเสธไม่ได้ด้วยว่า

ก) ถ้ายอมรับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าว่าเป็นหลักที่มีคุณประโยชน์แก่สังคมไทย

โครงการ “30 บาท” หรือโครงการใดๆ ก็ตามที่ใช้หลักประกันแก่ทุกคนในสังคมว่า เขาจะสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขระดับพื้นฐาน ไม่ว่าจะรวยหรือจน ย่อมเป็นส่วนหนึ่งที่ขาดไม่ได้ แต่จะปรับจะแก้อย่างไรให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น, เอื้อต่อระบบสุขภาพของผู้คนมากขึ้น และเป็นไปได้ในทางปฏิบัติตามศักยภาพของสังคมเราเองนั้นเป็นอีกเรื่องหนึ่ง ซึ่งควรช่วยกันผลักดัน วิพากษ์วิจารณ์เพื่อแก้ไขปรับปรุง

ข) มีคนที่ได้ประโยชน์จากโครงการ “30 บาท” เป็นจำนวนมาก แม้ว่าเขาควรได้รับประโยชน์มากกว่านี้ และตกถึงคนจำนวนมากกว่านี้ ถ้าเราช่วยกันแก้ไขปรับปรุงโครงการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

เข้าใจได้ไม่ยากกว่าความ “เลอะเทอะ” ของการดำเนินโครงการฯ บางด้าน ก่อให้เกิดความยุ่งยากนานัปการแก่ผู้ปฏิบัติงาน แต่จำเป็นต้องแยก

กันระหว่างหลักการประกันสุขภาพถ้วนหน้า กับตัวโครงการ “30 บาทฯ” ให้ชัด เพราะถ้าใจมตีม่่วไปหมตระหว่างโครงการกับหลักการ เราก็อาจทำลายหลักการดี ๆ ที่สังคมไทยควรมีไปอย่างน่าเสียดาย

ทั้งนี้ เพราะหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นไม่อาจเป็นจริงได้ ถ้ายังคิดถึงสุขภาพอย่างแคบๆ แต่เพียงการบำบัดความเจ็บไข้ได้ป่วยจากโรค แต่ต้องมองสุขภาพในมุมกว้าง (กาย, ใจ, สังคม และจิตวิญญาณ) และมองการบริหารจัดการด้านสุขภาพที่สามารถดึงเอาความร่วมมือร่วมใจของสังคมทั้งสังคมมาร่วมมือกัน

ร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติซึ่งอยู่ในการพิจารณาของสภาเวลานี้ กำหนดให้การเข้าถึงบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานจากรัฐอย่างเท่าเทียมกัน เป็นสิทธิของพลเมือง (สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญ ม.30 และ ม.52) เท่ากับผนวกเอาโครงการ “30 บาทฯ” เข้าไว้ในสุขภาพแห่งชาติด้วย แต่อย่าติดที่รายละเอียดของโครงการ “30 บาทฯ” ซึ่งยังไม่น่าพอใจอยู่ในเวลานี้ จะปรับแก้อย่างไรก็ตาม การเปิดโอกาสให้ทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขพื้นฐานเป็นหลักประกันอันหนึ่งที่ขาดไม่ได้

และหลักประกันบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานหรือโครงการ “30 บาทฯ” (หรือโครงการอื่นทำนองนี้) เป็นเพียงส่วนเดียวของระบบสุขภาพซึ่งครอบคลุมประเด็นสำคัญอื่นๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพและการบริหารจัดการด้านสุขภาพอีกมากมาย

เมื่อการเข้าถึงบริการเป็นสิทธิ ก็หมายความว่า พลเมืองจะใช้ก็ได้ ไม่ใช้ก็ได้ แปลว่าผู้ที่เข้าถึงได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งรัฐ ก็ย่อมสามารถแสวงหาบริการสาธารณสุขพื้นฐานจากเอกชนได้

เรื่องนี้เกี่ยวข้องกับอนาคตของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน

ควรเข้าใจเสียก่อนว่า ความเจ็บไข้ได้ป่วยไม่ใช่สินค้าที่จะเอามาค้ากำไรกันอย่างไม่มีขีดจำกัด เพราะนี่เป็นเรื่องสิทธิในชีวิตและสวัสดิภาพ

อันเป็นพื้นฐานของสิทธิทั้งหมด สิ่งที่โรงพยาบาลเอกชนนำมาขายเป็นสินค้าจึงไม่ใช่สุขภาพ แต่เป็นความสะดวกสบายและบริการนอกเหนือการดูแลสุขภาพ สินค้าส่วนนี้ผู้เจ็บป่วยที่มีฐานะเศรษฐกิจดีพอจะเข้าถึงได้ต้องการหรือไม่? คำตอบคือมีความต้องการในตลาดอยู่ระดับหนึ่งอย่างแน่นอน และสามารถผลิตขายได้ตลอดไป

ฉะนั้นแม้ไม่ยอมรับว่าสุขภาพเป็นสินค้า ก็ไม่ได้แปลว่าธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนจะอยู่ไม่ได้ โรงพยาบาลเอกชนยังหาลูกค้าได้เสมอ

เพียงแต่ว่าคนจนที่พลอดเล็ดหัวใจตีบจะไม่ล้มตายหรือพิการ เพียงเพราะไม่มีเงินไปรับการผ่าตัดเพื่อช่วยให้มีชีวิตอยู่ต่อไปอย่างมีคุณภาพ เราจะมีหลักประกันสุขภาพเพียงเท่านี้ให้ ในขณะที่คนรวยอาจเลือกรับบริการแบบซื้อ-ขายกับโรงพยาบาลเอกชน เพราะนอกจากจะได้รับการผ่าตัดแล้ว ก็ยังได้รับความสะดวกสบาย (หรือหรูหรา หรือมีคนเอาใจเหมือนเดิม หรือเหตุผลใดก็ตาม) ตามความปรารถนาของตัวเอง

ประเด็นที่ต้องการชี้ในที่นี้ก็คือ บริการผ่าตัดช่วยชีวิตผู้ป่วยพลอดเล็ดเลียงหัวใจตีบ ไม่ใช่สินค้าเพราะมีแจกฟรีอยู่แล้ว

และเพราะมีแจกฟรีอยู่แล้วนี้เอง โรงพยาบาลเอกชนก็จะถูกบังคับให้เสนอบริการที่เหนือกว่าบริการฟรีด้วยประการต่างๆ ในขณะที่เดียวกัน กลไกทางเศรษฐกิจก็จะดึงราคาสินค้าของโรงพยาบาลเอกชนให้ลงมาอยู่ในระดับที่สมเหตุสมผลมากขึ้นไปพร้อมกัน

สรุปก็คือ โรงพยาบาลเอกชนอยู่ได้แน่ แต่อยู่ได้อย่างสมเหตุสมผลมากขึ้น ซึ่งนับว่ามีคุณประโยชน์ต่อเศรษฐกิจและชีวิตของคนทั่วไปด้วย เพราะเราไม่สามารถดำรงสังคมของเราได้อย่างมีคุณภาพได้ ครอบคลุมเท่าที่เรายังสงวนสิทธิการเจ็บป่วยไว้กับคนรวยเพียงไม่กี่คนอย่างที่เป็นอย่างในปัจจุบัน (คนจนมีสิทธิมั๊ยครับ)

เพื่อจะบรรลุป้าหมายนี้ให้ได้ จำเป็นที่จะต้องตราให้การเข้าถึงบริการ

สาธารณสุขขั้นพื้นฐานเป็นสิทธิ ไม่ใช่เป็นสวัสดิการที่รัฐเลือกจะมอบให้แก่คนจนเท่านั้น จริงอยู่เวลานี้มีคนชั้นกลางซึ่งยอมไปโรงพยาบาลเอกชนหรือหันไปใช้บริการในโครงการ “30 บาทฯ” อยู่ไม่น้อย แต่ควรเข้าใจด้วยว่าส่วนใหญ่ของคนชั้นกลางไทยไม่ได้มีฐานะเศรษฐกิจที่ดีนัก ความเจ็บไข้ได้ป่วยมักหมายถึงความหายนะทางเศรษฐกิจของครอบครัวมากบ้างน้อยบ้างอยู่เสมอ

การที่เขาไม่รับบริการราคาถูกรัฐ อาจเป็นด้วยบริการนั้นยังไม่เป็นที่วางใจหรือมีคุณภาพต่ำ ชอบที่เราจะเพียรพยายามทำให้บริการนั้นน่าไว้วางใจและมีคุณภาพได้มาตรฐาน

ไม่ควรมองง่าย ๆ แต่ว่าคนรวยไปแย่งบริการคนจน แต่ละคน แต่ละครอบครัว มีเหตุผลที่เราไม่รู้ได้ที่จะเลือกรับบริการในราคาถูกรัฐ หรือเลือกซื้อบริการในราคาแพง ถ้าเรารู้เหตุผลของเขาก็อาจไม่ได้เห็นว่าเป็นการ “แย่ง” บริการของคนจนก็ได้

ส่วนวิธีการหรือเทคนิควิธีที่จะทำให้มั่นใจได้ว่าคนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการพื้นฐานได้อย่างเท่าเทียมกันจะพึงทำอย่างไร เป็นรายละเอียดที่น่าจะช่วยกันคิด แม้แต่การตั้งอัตรา “ร่วมจ่าย” ของคนไข้ในระดับที่ไม่กีดกันคนจนออกไปจากบริการ ก็อาจเป็นไปได้ อย่างไรก็ตาม เทคนิควิธีก็เป็นแค่เทคนิควิธี ไม่ใช่หลักการของสุขภาพเพื่อทุกคนและทุกคนเพื่อสุขภาพ หรือหลักการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขของร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ

การปฏิรูประบบสุขภาพของไทยกำลังก้าวมาถึงจุดเปลี่ยนที่สำคัญอย่างยิ่ง เราคงต้องเถียงกันในเรื่องนี้อีกหลายประเด็น และที่จริงแล้วผู้ผลักดันร่าง พ.ร.บ.ฯ นี้ก็ต้องการให้ประชาชนทุกส่วนเข้าไปร่วมถกเถียงติติงร่าง พ.ร.บ.ฯ นี้ยิ่งยงถึงถ่วงและรอบคอบ

อะไร ๆ ก็แก้ไขปรับเปลี่ยนได้ทั้งนั้น แม้แต่ตัวหลักการใหญ่ก็ล้มเลิกเปลี่ยนแปลงได้ แต่อย่าสับสนกันระหว่างประเด็นปลีกกับตัวหลักการใหญ่ ที่จะทำให้คนไทยทุกคนมีส่วนร่วมรับผิดชอบสุขภาพของทุกคนร่วมกัน

8. บทความเรื่อง “ธรรมนูญด้านสุขภาพของคนไทย” ของ นพ.ชาตรี ดวงบุตร

หนังสือพิมพ์ผู้จัดการ วันที่ 12 - 13 กันยายน 2545

ขณะนี้กำลังมีการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ จากการออก
ระเบียบของสำนักนายกรัฐมนตรีเมื่อ พ.ศ. 2543 ให้มีคณะกรรมการปฏิรูประบบ
สุขภาพแห่งชาติ เป็นกลไกดำเนินการระดมความคิดเห็นจากทุกภาคส่วนจัด
ทำพระราชบัญญัตินี้ให้แล้วเสร็จภายในเวลาไม่เกิน 3 ปี พระราชบัญญัติฉบับ
นี้ถือว่าเป็น “ธรรมนูญด้านสุขภาพ” โดยประชาชนเพื่อประชาชนคนไทยทุกคน

หากพิจารณาร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้จะเห็นว่าสาระสำคัญโดยทั่วไป
นั้นดีมาก มีสิ่งที่จะต้องแก้ไขอยู่บ้างเนื่องจากยังอยู่ในระยะยกร่าง แต่มีประเด็นที่
น่าเป็นห่วงที่สุดในพระราชบัญญัติฉบับนี้คือการกำหนดนโยบายของระบบ
บริการสาธารณสุขแห่งชาติว่า “ระบบบริการสาธารณสุขต้องไม่เป็นไปเพื่อ
การค้ากำไรเชิงธุรกิจ” ซึ่งเขียนไว้สองแห่งคือในมาตรา 31 วรรคสอง และ
ในมาตรา 77

ข้อดีของการกำหนดนโยบายนี้คือการแจ้งเจตนารมณ์ของร่าง
พระราชบัญญัติฉบับนี้ว่าต้องการปกป้องผลประโยชน์ของประชาชนทั้ง
ประเทศในการรับบริการสาธารณสุข แต่ข้อเสียคือการตั้งสมมติฐานว่า
“สถานพยาบาลแบบหวังผลกำไรนั้นจะหาทางผลักดันให้มีการใช้ทรัพยากร
ทางการแพทย์เกินเหตุและไม่เป็นธรรมต่อผู้ใช้บริการ ส่วนสถานพยาบาล
แบบไม่หวังผลกำไรจะไม่ทำอย่างนั้น” สมมติฐานนี้ตั้งมาจากทฤษฎีใดผู้เขียน
ไม่ทราบ แต่เมื่อพิจารณาจากประสบการณ์จริงของประเทศไทยในขณะนี้ใน
ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะเห็นว่าพฤติกรรมของโรงพยาบาลเอกชนที่
หวังผลกำไรและโรงพยาบาลของรัฐฯ และมูลนิธิที่ไม่หวังผลกำไรทั้งหมดที่
ร่วมโครงการนี้มีทั้งดีและไม่ดีคละเคล้ากันไป เช่นเดียวกันทั้งสองรูปแบบ ไม่

มีความแตกต่างกันแต่อย่างใด

ผู้เขียนขอใช้สิทธิ์ในการ “ระดมความคิดเห็นจากทุกภาคส่วน” ที่จะเสนอให้มีการตีความประโยค “การดำงำไรเชิงธุรกิจ” นี้ให้ชัดเจน เพราะประโยคนี้อาจจะคงไว้ในพระราชบัญญัติ แล้วจะมีความสำคัญต่ออนาคตของระบบบริการสาธารณสุขของชาติอย่างใหญ่หลวง จากประสบการณ์ส่วนตัวของผู้เขียนเอง ซึ่งเคยทำงานในโรงพยาบาลทั้งสองรูปแบบเป็นเวลานาน โรงพยาบาลแบบไม่หวังผลกำไร (Not for profit) นั้น ผลต่างรายได้มากกว่ารายจ่ายจะไม่เรียกว่า “กำไร” โรงพยาบาลจะนำ “ผลต่างรายได้มากกว่ารายจ่าย” ทั้งหมดนี้กลับเข้าไปใช้ในโรงพยาบาลในรูปแบบการขึ้นเงินเดือน ซื้อเครื่องมือแพทย์ การก่อสร้างเพิ่มเติม การขยายสาขาและการเพิ่มบริการ ฯลฯ ส่วนโรงพยาบาลแบบหวังผลกำไร (For profit) นั้น ผลต่างรายได้มากกว่ารายจ่ายจะเรียกว่า “กำไร” โรงพยาบาลจะแบ่ง “กำไร” ส่วนหนึ่งกลับเข้าไปปรับปรุงองค์กรตามแผนดำเนินการประจำปีของโรงพยาบาล ส่วนที่เหลือก็แบ่งให้กลุ่มเจ้าของโรงพยาบาลในรูป “เงินปันผล” ความแตกต่างอีกอย่างหนึ่งของโรงพยาบาลสองแบบนี้คือการเสียภาษีอากรของโรงพยาบาลแบบไม่หวังผลกำไรนั้น จะน้อยกว่ามาก

ตามหลักการบริหารโรงพยาบาลแบบสากล หัวใจของการบริหารโรงพยาบาลที่ไม่หวังผลกำไรจะไม่ต่างกับโรงพยาบาลที่หวังผลกำไร คือต้องหารายได้ให้มากกว่ารายจ่ายให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ถือว่าเป็นบรรทัดสุดท้ายในการวัดผลประกอบการของโรงพยาบาล ผู้บริหารโรงพยาบาลจึงต้องมีความรับผิดชอบในการที่จะทำให้องค์กรของตนเข้มแข็งและอยู่รอดภายในกรอบของจริยธรรมและความถูกต้อง หากบริหารโรงพยาบาลเอกชนล้มเหลว ผู้เสียหายโดยตรงจะอยู่ในขอบเขตที่จำกัดคือกลุ่มเจ้าของผู้ก่อตั้งหรือผู้ถือหุ้นเท่านั้น แต่หากบริหารโรงพยาบาลของรัฐล้มเหลว ผู้เสียหายโดยตรงคือกลุ่มเจ้าของ หมายถึงประชาชนคนไทยทุกคน ผู้เสียภาษีอากรเป็น

เงินงบประมาณของรัฐก่อตั้งโรงพยาบาลขึ้นมา ความเสียหายที่เกิดขึ้นนั้น กว้างขวางกว่าเป็นทวีคูณ หากมีการกำหนดนโยบายที่ทำให้เกิดความคิดว่า การบริหารโรงพยาบาลแบบไม่หวังผลกำไร ไม่จำเป็นต้องเน้นในการหารายได้ โดยที่ยังมีรายจ่ายอยู่อย่างปกตินั้น จะเป็นการสร้างความไม่รับผิดชอบในหน้าที่ของผู้บริหารโรงพยาบาล และไม่เป็นการยุติธรรมต่อกลุ่มเจ้าของคือ ประชาชนคนไทยทุกคน

เพราะฉะนั้น เพื่อผลประโยชน์สูงสุดของประชาชนคนไทยผู้ใช้บริการ สาธารณสุข จุดที่พระราชบัญญัติฉบับนี้น่าจะเน้น จึงไม่ใช่ประเด็นที่ระบบ บริการสาธารณสุขของชาติจะเป็นแบบหวังผลกำไรหรือไม่ แต่น่าจะเน้นที่การ ควบคุมระบบบริการสาธารณสุข ให้อยู่ภายใต้กรอบของจริยธรรมและความ ถูกต้อง จะใช้วิธีการอย่างไร จะยากง่ายเพียงไหน พวกเราจะต้องพยายามหา ทางทำกันให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้

เมื่อมีการวิจารณ์ประเด็น “ระบบบริการสาธารณสุขต้องไม่เป็นไป เพื่อการค้ากำไรเชิงธุรกิจ” ในร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 31 และ 77 ที่กำลังอยู่ในระยะ “ระดมความคิดเห็นจากทุกภาคส่วน” นี้ ปฏิบัติการ ของท่านผู้อ่านคือผู้เขียนไม่เห็นด้วยกับประเด็นนี้เนื่องจากผู้เขียนเป็น “ผู้เสีย ผลประโยชน์” เพราะขณะนี้ผู้เขียนกำลังทำงานอยู่ในโรงพยาบาลเอกชนเพื่อ ทำกำไร ขอเรียนว่าปฏิปักษ์ของท่านผู้อ่านนั้นถูกต้องแล้ว แต่ขอเพิ่มเติมว่า “ผู้เสียผลประโยชน์” นั้น ขยายครอบคลุมครอบคลุมประชาชนคนไทยทุกคน จาก เหตุผลดังต่อไปนี้

1. ถ้าพระราชบัญญัติออกมาตามนี้ประชาชนคนไทยทุกคนจะเสียผล ประโยชน์ในด้าน “ทางเลือก” และ “การเข้าถึง” ระบบสาธารณสุข โดยที่ โรงพยาบาลเอกชนกว่า 400 แห่ง ยกเว้นโรงพยาบาลของมูลนิธิและคลินิก ส่วนตัวของแพทย์กว่า 13,000 แห่งทั่วประเทศ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลแบบหวัง ผลกำไรจะต้องผิดกฎหมายและต้องปิดกิจการไปทั้งหมด จะมีผลทำให้ระบบ

บริการสาธารณสุขด้านเอกชน ซึ่งทุกวันนี้รับใช้ประชาชน โดยการเสริมระบบของรัฐอยู่เป็นจำนวนมากต้องปิดกิจการลง เป็นการชัดเจนารมณของมาตรา 77 ของร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติที่กำหนดไว้ว่า **ระบบบริการสาธารณสุขของชาตินั้นต้องให้ “ทางเลือก” แก่ประชาชน**

เมื่อจำนวนโรงพยาบาลเอกชนและคลินิกส่วนตัวแบบหวังผลกำไรต้องเลิกกิจการเป็นจำนวนมากเช่นนี้ จะทำให้เกิดความขาดแคลนในการ**บริการสาธารณสุขของชาติ** ทั้งในลักษณะผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ประชาชนคนไทยทุกคนจะมีความลำบากในการ **“เข้าถึง”** บริการสาธารณสุขทั้งประเทศ เป็นการชัดเจนารมณของมาตรา 77 อีกครั้ง ที่กำหนดไว้ว่า ระบบสาธารณสุขของชาตินั้น **“ประชาชนต้องเข้าถึงได้ง่าย”**

2. ถ้าพระราชบัญญัติออกมาตามนี้ ประชาชนคนไทยทุกคนจะเสียผลประโยชน์เนื่องจากรัฐบาลจะสูญเสียรายได้ โดยที่ส่วนหนึ่งเป็นการเสียรายได้จากภาษีอากร ที่เคยได้รับจากระบบบริการสาธารณสุขเอกชนแบบหวังผลกำไร เช่น ภาษีจากรายได้ของโรงพยาบาลเอกชนที่ต้องเลิกกิจการไป ภาษีจากรายได้ของแพทย์ที่เคยประกอบวิชาชีพเวชกรรมส่วนตัวตามโรงพยาบาลเอกชนที่ต้องเลิกไป ภาษีรายได้จากการประกอบการและดำเนินการของคลินิกทั่วประเทศที่ต้องปิดไป อีกทั้งโรงพยาบาลเอกชนที่ปรับตัวไปเป็นองค์กรแบบไม่หวังผลกำไรก็จะได้รับการลดหย่อนภาษีอากรตามกฎหมาย

อีกส่วนหนึ่งนั้น รัฐบาลจะ**สูญเสียรายได้**ในด้านการส่งออก**บริการสาธารณสุข** ซึ่งกำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ขณะนี้โรงพยาบาลเอกชนแบบหวังผลกำไรในประเทศหลายแห่งได้รับการยอมรับมาตรฐานในระดับสากล มีผู้ป่วยต่างชาติทั่วโลกเดินทางเข้ามารับการตรวจรักษาจากโรงพยาบาลเหล่านี้เป็นจำนวนมาก ทำเงินเข้าประเทศเป็นจำนวนหลายพันล้านบาทต่อปี และจำนวนก็เพิ่มขึ้นอยู่อย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว หากโรงพยาบาลเหล่านี้ต้องปิดไปแล้ว รายได้ของชาติส่วนนี้จะหมดไปทันที

3. ถ้าพระราชบัญญัติออกมาตามนี้ ประชาชนคนไทยทุกคนจะเสียผลประโยชน์เนื่องจากปรากฏการณ์ “สมองไหลออก” โดยที่ขณะนี้แพทย์จำนวนมากที่ทำงานในสถานพยาบาลของรัฐแบบไม่หวังผลกำไร ทั้งในรูปการรักษา การสอน หรือการบริหารจัดการ ได้มีโอกาสทำงานนอกเวลาในโรงพยาบาลเอกชน หรือในคลินิกส่วนตัวแบบหวังผลกำไร เป็นการเสริมรายได้จุนเจือครอบครัว หากโรงพยาบาลเอกชนเหล่านี้ต้องปิดกิจการไป หรือต้องปิดคลินิกส่วนตัวแล้ว รายได้ส่วนนี้จะหมดไป ทำให้แพทย์เหล่านี้ไม่สามารถที่จะทำงานในสถานพยาบาลของรัฐได้อีกต่อไป จะเกิดปรากฏการณ์ “สมองไหลออก” ของแพทย์จากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐไปสู่ระบบอื่นๆ ทุกรูปแบบ ทั้งภายในและนอกประเทศ

หากท่านผู้อ่านมีอายุใกล้เคียงกับผู้เขียน จะสามารถจำภาพการบริการสาธารณสุขของเราเมื่อประมาณ 30 กว่าปีที่แล้วได้ เป็นสมัยที่ไม่มีโรงพยาบาลเอกชน การไปรับบริการในโรงพยาบาลขณะนั้น เป็นเรื่องใหญ่ ต้องไปตั้งแต่เช้ามืดเพื่อจองคิวรับบัตรผู้ป่วยนอก จากนั้นก็ต้องรอพบแพทย์ รอดตรวจเลือด รอเอกซเรย์ รอฉีดยา รอรับการบำบัดการรบกวน รอรับยา ฯลฯ กระบวนการ “รอ” สารพัดอย่างนี้ต้องใช้เวลานานจึงต้องติดอยู่ในโรงพยาบาลทั้งวันหรือบางทีมากกว่า หากผู้ป่วยต้องเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลแล้ว ก็ยิ่งลำบากมากขึ้น เพราะต้องรอเตียงผู้ป่วยใน จำได้ว่าผู้มี “เส้น” จะได้เปรียบผู้อื่น ส่วนประชาชนธรรมดา เช่น ผู้เขียนเองก็ต้องลำบากร้องเพลง “รอ” กันต่อไป ผู้ป่วยต่างชาติที่เข้ามารักษาตัวในประเทศขณะนั้นก็แทบจะหาไม่ได้เลย ที่ร้ายคือคนไทยเองก็ปลีกตัวออกไปรักษาตัวในต่างประเทศเป็นจำนวนมาก เรียกได้ว่าเป็น “สมัยระบบบริการสาธารณสุขแบบไม่หวังผลกำไร แต่ขาดแคลนถ้วนหน้า”

จากนั้นประเทศไทยของเราใช้เวลากว่า 30 ปี สร้างระบบบริการสาธารณสุขเอกชนแบบหวังผลกำไรขึ้นมา เพื่อลดความขาดแคลนดังกล่าว

มีการควบคุมดูแลโดยกฎหมาย “เฉพาะกิจ” ต่างๆ หลายนับอย่างเข้มนวดมา โดยตลอด ถึงแม้ว่าระยะแรกจะมีการล้มลุกคลุกคลานกันอยู่บ้าง แต่ก็มีการพัฒนามาตรฐานกันอย่างต่อเนื่อง จนขณะนี้เกือบทั้งระบบสามารถปรับตัวขึ้นมาเท่าเทียมกับระบบสาธารณสุขของรัฐได้แล้ว วันดีคืนดีพวกเราจะต้องระบบนี้ทิ้งไปทั้งระบบแล้ว “ย้อนยุค” ไปสู่ “สมัยบริการสาธารณสุขแบบไม่หวังผลกำไรแต่ขาดแคลนถ้วนหน้า” อีกหรือ เมื่อทิ้งไปแล้วระบบสาธารณสุขที่เหลืออยู่จะสามารถปรับตัวทั้งในด้านปริมาณ บริการ คุณภาพ ความทั่วถึง ให้เข้ากับความคิดหวังของประชาชนคนไทยสมัยใหม่นี้ได้หรือไม่ อย่างไร

โชคดีที่ขณะนี้ยังเป็นระยะ “ระดมความคิดเห็นจากทุกภาคส่วน” ของร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาตินี้อยู่ ขอให้พวกเรา “เหยียบเบรก” แล้วหยุดพิจารณาให้ดีถึงผลได้ผลเสีย กรุณาช่วยกันคิดตัดสินใจโดยอาศัย “ผลประโยชน์ของคนทั้งชาติ” เป็นหลัก ข้อความ **“ระบบบริการสาธารณสุขต้องไม่เป็นไปเพื่อการค้ากำไรเชิงธุรกิจ”** ทั้งสองแห่งในพระราชบัญญัติฉบับนี้ คุ่มแล้วหรือสำหรับผลประโยชน์ของคนไทยทั้งประเทศ ในปัจจุบันนี้และในอนาคต ภายใต้สถานการณ์ของการปฏิรูประบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศที่กำลังดำเนินการกันอยู่อย่างหนักหน่วงเช่นนี้

9. ส่วนหนึ่งของข้อเสนอจากแพทย์สภา^{๑๑}

มาตรา 71 การบริการสาธารณสุขให้เป็นไปตามมาตรา 7 และไม่เป็นไปเพื่อการแสวงกำไรเชิงธุรกิจ สมควรให้มีการนิยามให้ชัดเจนอย่างยิ่ง ในมาตรา 3 ที่ให้คำนิยามไว้หลายเรื่องเพราะจากร่างเดิมๆ ได้พูดถึงเรื่องความสำเร็จของกฎหมายฉบับนี้ มีผลมาจากการนิยามที่ชัดเจนขึ้น

จินตนาการการบริการที่ไม่มีกำไรก็ต้องขาดทุน แล้วบริการจะอยู่ได้

^{๑๑} หนังสือที่ พส. 014/12 ลงวันที่ 10 มกราคม 2546

อย่างไร สนับสนุนโดยรัฐก็ไม่ตรงกับวิถีคิดปัจจุบันที่ต้องการลดการ subsidization หรือว่าไม่เป็นเชิงธุรกิจก็เป็นรัฐหรือมูลนิธิก็ทำให้ไม่มีความหลากหลายการบริการ ไม่มีการแข่งขันหรือการพัฒนาความสะดวกไม่มีก็เป็นปัญหาสังคมต่อไปอีกแบบหนึ่ง

10. ส่วนหนึ่งของข้อเสนอ

จากแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย⁶⁷

หมวด 5 ส่วนที่ 3 มาตรา 71 ความว่า

“การบริการสาธารณสุขให้เป็นไปอย่างสอดคล้องกับระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ ตามมาตรา 7 และไม่เป็นไปเพื่อการแสวงกำไรเชิงธุรกิจ”

ข้อพิจารณา

- ตัดข้อความ “และไม่เป็นไปเพื่อการแสวงกำไรเชิงธุรกิจ” ออก
- เปลี่ยนข้อความ “และไม่เป็นไปเพื่อการแสวงกำไรเชิงธุรกิจ” เป็น “ทั้งนี้ให้อยู่ในกรอบแห่งจรรยาบรรณ ตามข้อบังคับของแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม”

11. ส่วนหนึ่งของข้อเสนอจากกลุ่มสถาบันแพทยสภา แพทยเฉพาะทางแห่งประเทศไทย⁶⁸

มาตรา 71 การบัญญัติให้ระบบสุขภาพว่าต้องไม่แสวงหากำไรทางธุรกิจ นับว่าเป็นการขัดแย้งกับรัฐธรรมนูญ ซึ่งประสงค์จะได้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมให้บริการสุขภาพ อีกทั้งขัดกับหลักการค้าเสรีและหลักทุนนิยมของประเทศ นอกจากนี้ยังแสดงเจตคติต่อต้านกับภาคเอกชนโดยใช้เหตุ เพราะความเป็นจริงมีอยู่ว่าประชาชนจำนวนมาก พอใจในการจ่ายเงินเพื่อซื้อบริการ

⁶⁷ หนังสือที่ พสท. 15/2546 ลงวันที่ 10 มกราคม 2546

⁶⁸ หนังสือกลุ่มสถาบันแพทยสภาแพทยเฉพาะทางแห่งประเทศไทย ลงวันที่ 10 มกราคม 2546

สุขภาพ สนองความต้องการของตน ผู้บริหารรัฐบาลและสมาชิกรัฐสภาเอง เมื่อต้องใช้บริการสถานพยาบาลแล้ว ก็นิยมเลือกใช้บริการภาคเอกชนเพื่อความสะดวกและรวดเร็ว บริการสุขภาพภาคเอกชนจึงเป็นทางเลือกที่ดี อีกทั้งยังช่วยลดค่าใช้จ่ายของรัฐบาลได้มาก หากประชาชนสนใจซื้อประกันสุขภาพภาคเอกชนด้วยเงินของตนเอง

สมควรที่จะกำหนดค่าจำกัดความว่า “**กำไรเชิงธุรกิจ**” ให้ชัดเจนว่า หมายความว่าอย่างไร

12. ส่วนหนึ่งของความเห็นกระทรวงสาธารณสุข^{๑๑}

มาตรา 71 การบริการสาธารณสุขให้เป็นไปอย่างสอดคล้องกับระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ตามมาตรา 7 และไม่เป็นไปเพื่อการแสวงกำไรเชิงธุรกิจ ให้พิจารณาตัดข้อความ “และไม่เป็นไปเพื่อการแสวงกำไรเชิงธุรกิจ”

13. บทความเรื่อง “ถ้ากำไรทางสุขภาพ” ของอาจารย์สมพันธ์ เตะะอธิก

หนังสือพิมพ์มติชนรายวัน วันที่ 26 มีนาคม 2546

ยาบ้าเป็นการค้ากำไรสูงที่ทำร้ายสุขภาพของประชาชน จนหลายคนวิตกว่า อาจถึงกับทำลายอนาคตลูกหลาน คนวัยแรงงาน และทำลายชาติไทย จึงมีการประกาศเป็นสงคราม และฆ่าผู้ที่ไม่สมควรและสมควรถูกฆ่าจำนวนกว่าพันคน แต่ไม่ใช่ยาบ้าที่ฆ่า กระสุนต่างหากที่ถูกใช้เป็นเครื่องมือแห่งการฆ่าโดยไม่ผ่านกระบวนการยุติธรรมและไม่คำนึงถึงสิทธิมนุษยชนของคนแต่ละคน

^{๑๑} หนังสือด่วนที่สุด ที่ สช. 0205.22/95 ลงวันที่ 10 มกราคม 2546

อนาคตสังคมไทยอาจได้พิพากษานโยบายและการใช้กฎหมายแบบ เปิดช่องว่างให้มีการใช้อำนาจแบบผิดๆ และผู้มีอำนาจในขณะนี้อาจได้รับ ผลกรรมแห่งบาปที่กระทำไปโดยลูก่ออำนาจและความเข้าใจผิดๆ

ไม่เพียงแต่ยาบ้าที่เป็นการค้ากำไรจากเลือดเนื้อของมนุษย์ในการ ทำลายสุขภาพเท่านั้น ระบบบริการทางสุขภาพตามคลินิก โรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลของรัฐ ก็มีส่วนในการค้ากำไรทางสุขภาพด้วยบริการที่กำไร เกินงามอยู่ด้วย อันส่งผลให้วิถีชีวิตและภาวะเศรษฐกิจของประชาชนลำบาก ลำบากและเป็นหนี้สินมากขึ้น

ประมาณการว่า ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของประชาชนอยู่ในอันดับต้นๆ ที่ต้องควักเงินจ่ายค่าบริการ โดยแทบจะไม่มีใครไม่เคยเจ็บป่วย แม้แต่หมอ หรือกลุ่มผู้ให้บริการเอง จนรัฐบาลประกาศใช้นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค แต่ก็ยังมียุทธศาสตร์จำนวนมากพร้อมจะจ่ายแพงกว่าเพื่อให้ได้รับบริการที่ดีกว่า 30 บาทๆ ยามีคุณภาพดีกว่าและมีความเชื่อถือมากกว่า แต่ราคาที่แพงกว่านี้ ก็ไม่ควรเป็นการค้ากำไรที่ไม่สมเหตุสมผล

ที่ผ่านมา ระบบสุขภาพมุ่งที่การจัดบริการเพื่อการรักษาพยาบาลเป็นหลัก ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก แต่ให้ผลตอบแทนด้านสุขภาพต่ำกว่าที่ควร จะเป็นและไม่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ จึงมีการระงูไว้ในร่างพระราช- บัญญัติสุขภาพแห่งชาติเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวภายใต้แนวคิดในการจัด บริการทางด้านสุขภาพ ซึ่งมีอยู่ 3 แนวคิดด้วยกัน คือ

แนวคิดที่ 1 : แนวคิดแบบทุนนิยมเสรีที่เน้นการแข่งขัน สถานบริการ ไตเก่งกว่า มีคุณภาพ มีมาตรฐาน มียาดีๆ มีหมอเก่งๆ มีพยาบาลบริการดีๆ มีความสะดวกสบาย ก็สามารถกำหนดราคาค่าบริการสุขภาพได้แพงๆ รวมทั้ง เข้าตลาดหลักทรัพย์เพื่อระดมทุนมาพัฒนาสถานบริการและปันผลกำไรกันได้ ระบบบริการภายใต้แนวคิดเช่นนี้ส่งผลให้ประชาชนต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง

คนเป็นมะเร็งรักษา 3 แสนบาท 3 ครั้งแล้วตาย

คนซื้อมอเตอร์ไซค์คิดว่า ถลอกตามตัวถูกส่งไปเอกซเรย์สมองจ่ายครั้งละ 3,000 บาท โดยไม่จำเป็น

คนเป็นโรคเบาหวานจ่ายบริการครั้งละกว่า 300 บาทต่อ 1 - 2 สัปดาห์ แม้ตายไปก็ไม่หายจากโรคเบาหวาน

ถ้าปล่อยให้มีการทำตามแนวคิดนี้ สถานบริการจะเข้าตลาดหลักทรัพย์นับร้อยๆ แห่ง ทูตต่างชาติและบุคลากรจากต่างประเทศจะเข้าสู่ไทย จำนวนมากด้วยแนวคิดกำไรสูงสุด ประหยัดสุดจะทำให้คนไทยแย่

แนวคิดที่ 2 : แนวคิดแบบรัฐสวัสดิการ ที่รัฐมีหน้าที่ต้องจัดสรรงบประมาณส่วนหนึ่งเพื่อให้บริการแก่ประชาชนโดยที่ประชาชนออกค่าใช้จ่ายสมทบอีกส่วนหนึ่งในราคาที่ไม่แพงเกินไป โดยที่คุณภาพและระบบบริการต้องดีเสมอภาคเท่าเทียมกันทุกฐานะของผู้รับบริการ

แนวคิดที่ 3 : แนวคิดแบบรัฐมีหน้าที่จัดบริการทางสุขภาพแบบให้ฟรี โดยนำเงินงบประมาณจากการจัดเก็บเงินภาษีมาใช้จ่ายสำหรับการดูแลโรคภัยไข้เจ็บโดยไม่ต้องจัดเก็บเงินจากการเข้ารับบริการในสถานบริการของรัฐอีก แนวคิดนี้จะใช้ไม่ได้ในสถานบริการของเอกชน ซึ่งรัฐธรรมนูญมาตรา 52 กำหนดไว้ให้กับผู้ยากจนให้ได้รับการสงเคราะห์ที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย แต่ภายหลังนโยบาย 30 บาทๆ ทำให้งบประมาณส่วนนี้ในบางสถานบริการถูกนำมาถัวเฉลี่ยเป็นค่าใช้จ่ายที่ขาดทุน

ความคิดเห็นในแนวคิดและการกำหนดไว้ในกฎหมาย ให้เป็นแนวทางปฏิบัติได้นำมาสู่อำนาจกำหนดเบื้องต้นในร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ในมาตรา 71 การบริการสาธารณสุขให้เป็นไปอย่างสอดคล้องกับระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ตามมาตรา 7 (เน้นสร้างนำซ่อม และการมีส่วนร่วมของประชาชน) และไม่เป็นไปเพื่อการแสวงหากำไรเชิงธุรกิจ

ภายหลังที่เปิดรับฟังความคิดเห็นอย่างกว้างขวางจากเวทีประชาชนก็ได้มีการสนับสนุนมาตรานี้ โดยมีแพทย์สภาขอเพิ่มเติมต่อท้ายประโยคว่า "ที่ไม่

สมเหตุสมผล” ซึ่งก็เป็นที่ยอมรับของทุกฝ่ายในขณะนี้

อย่างไรก็ตามข้อถกเถียงยังไม่ยุติยังมีกลุ่มแพทย์บางกลุ่มหรือบางคนที่มีส่วนสำคัญในสถานบริการเอกชนและเน้นการแข่งขันเสรี ได้กล่าวไว้ว่าทุกสถานบริการมีป้ายติดราคาค่ารักษาพยาบาลไว้ทุกแห่ง ใครไม่เปิดเผยต้องถูกลงโทษตามกฎหมาย แต่เมื่อโลว์โปรธรรมไปเรื่อยๆ ก็พบว่า อยู่ในคอมพิวเตอร์กับไบเสิร์จ ประชาชนที่ไหนจะดูราคาได้ก่อนตัดสินใจเลือกรับบริการหรือไม่รับบริการได้

ด้วยเหตุนี้ **ศ.นพ.สันต์ หัตถิรัตน์** จึงอยากให้มีการเปิดเผยต่อประชาชนว่าราคาค่ารักษาพยาบาลแต่ละโรคที่รวมค่าใช้จ่ายแบบมีรายละเอียดทุกรายการ ราคาแต่ละอย่างเท่าไรเหมือนเมนูอาหารที่มีราคาบอกไว้ อย่างชัดเจนว่าอาหารแต่ละชนิดมีราคาเท่าไร แต่ละร้านแตกต่างกันอย่างไร จะได้ตัดสินใจดูกว่าเงินในกระเป๋า มีเพียงพอหรือไม่ ?

มีความคิดเห็นต่อว่า ประชาชนมีสิทธิเลือกใช้บริการสุขภาพกับสถานประกอบการที่ใดก็ได้ ขณะที่สถานประกอบการต้องรักษาภาพพจน์ ชื่อเสียง และการบริการเพื่อเรียกลูกค้า เพราะไม่เช่นนั้น คลินิก โรงพยาบาลก็เจ๊ง! ขาดทุน และต้องปิดสถานบริการไปเอง สถานบริการที่อยู่ได้จึงเป็นที่พึงพอใจ และประชาชนยินดีจ่ายค่าบริการ

ปัญหาก็คือ ประชาชนยินดีจ่ายแพงจริงหรือ? ประชาชนมีทางเลือกในการรับบริการยามเกิดอุบัติเหตุหรือวิกฤตการณ์ของโรคหรือไม่? คุณธรรมจริยธรรมในการกำหนดค่าบริการ? ที่ค่ากำไรแบบไม่สมเหตุสมผลอยู่ที่ไหน?

แพทย์คนหนึ่งก็บอกว่า มันอยู่ในกฎหมายและจรรยาบรรณแพทย์ และสถานประกอบการอยู่แล้ว ไม่น่าห่วง

กฎหมายกับการปฏิบัติจริงและประสบการณ์ชีวิตของประชาชนโดยทั่วไป เป็นเรื่องที่แตกต่างกันราวฟ้ากับดิน ทุกวันนี้คนไทยยังต้องจ่ายค่ายา และจ่ายค่าบริการแพงเกินจริง นอกจากต้องเดือดร้อนทั้งตัวเองและญาติพี่น้อง

ในภาวะความเจ็บป่วยทางกายและใจแล้ว ยังต้องสูญเสียมูลค่าทางเศรษฐกิจที่สูงเกินกำลังของครอบครัว

จึงไม่ควรปล่อยให้ระบบบริการสุขภาพเป็นระบบแบ่งปันแบบค้ากำไรเสรี โดยมองผู้ป่วยว่าเป็นลูกค้า แต่ผู้ป่วยคือผู้มารับบริการ ที่ควรได้รับความเห็นอกเห็นใจ ผู้ให้บริการควรมีความเอื้ออาทรด้วยจิตใจบริการทางสาธารณะมากกว่าเห็นตัวเงินหรือตัวเลขผลกำไรสูงๆ สถานบริการอยู่ได้ ผู้ป่วยอยู่ได้ ควรเป็นแนวทางบริการทางสุขภาพที่ประนีประนอมกันในสังคม

ด้วยเหตุนี้ ร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ จึงกำหนดไว้เพื่อไม่ให้เกิดการค้ากำไรทางธุรกิจแบบไม่สมเหตุสมผล และในอนาคตที่ดีประชาชนไทยไม่ควรต้องพึ่งสถานบริการสุขภาพมากนัก แต่ควรพึ่งตนเองโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นบวกกับกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้มาก มาตรา 71 ก็ไม่จำเป็นต้องวิวาทะกันมาก

พจนานุกรม

รัฐธรรมนูญฯ พ.ศ. 2540 บางมาตราที่เกี่ยวข้อง

มาตรา 50 บุคคลย่อมมีเสรีภาพในการประกอบกิจการหรือประกอบอาชีพ และการแข่งขันโดยเสรีอย่างเป็นธรรม

การจำกัดเสรีภาพตามวรรคหนึ่งจะกระทำมิได้ เว้นแต่โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมายเฉพาะเพื่อประโยชน์ในการรักษาความมั่นคงของรัฐหรือเศรษฐกิจของประเทศ การคุ้มครองประชาชนในด้านสาธารณสุข โภค การรักษาความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชน การจัดระเบียบการประกอบอาชีพ การคุ้มครองผู้บริโภค การผังเมือง การรักษาทรัพยากรธรรมชาติหรือสิ่งแวดล้อม สวัสดิภาพของประชาชน หรือเพื่อป้องกันการผูกขาด หรือขจัดความไม่เป็นธรรมในการแข่งขัน

มาตรา 52 บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ป่วยไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามกฎหมายบัญญัติ

การบริการทางสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะกระทำได้

การป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตราย รัฐต้องจัดให้แก่

ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่าและทันต่อเหตุการณ์ ทั้งนี้ ตามที่
กฎหมายบัญญัติ

มาตรา 57 สิทธิของบุคคลซึ่งเป็นผู้บริโภคย่อมได้รับความคุ้มครอง ทั้งนี้
ตามที่กฎหมายบัญญัติ

กฎหมายตามวรรคหนึ่งต้องบัญญัติให้มีองค์การอิสระซึ่ง
ประกอบด้วยตัวแทนผู้บริโภคทำหน้าที่ให้ความเห็นในการตรา
กฎหมาย กฎ และข้อบังคับ และให้ความเห็นในการกำหนด
มาตรการต่างๆ เพื่อคุ้มครองผู้บริโภค

มาตรา 87 รัฐต้องสนับสนุนระบบเศรษฐกิจแบบเสรีโดยอาศัยกลไกตลาด
กำกับดูแลให้มีการแข่งขันอย่างเป็นธรรม คุ้มครองผู้บริโภค
และป้องกันการผูกขาดตัดตอนทั้งทางตรงและทางอ้อม รวมทั้ง
ยกเลิกและละเว้นการตรากฎหมายและกฎเกณฑ์ที่ควบคุม
ธุรกิจที่ไม่สอดคล้องกับความจำเป็นทางเศรษฐกิจ และต้องไม่
ประกอบกิจการแข่งขันกับเอกชน เว้นแต่มีความจำเป็นเพื่อ
ประโยชน์ในการรักษาความมั่นคงของรัฐ รักษาผลประโยชน์
ส่วนรวม หรือการจัดให้มีการสาธารณสุขปลอดภัย

ผนวก 2

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมระดับสมอง

เรื่อง “บริการสาธารณสุขกับการค้ากำไร” วันที่ 10 เมษายน 2546

1. ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย
2. ดร.วิโรจน์ ณ ระนอง
3. พญ.วัชรา รั้วไพบูลย์
4. กรรมการธิการสาธารณสุข สภาผู้แทนราษฎร (นพ.ชลน่าน ศรีแก้ว)
5. กรรมการธิการสาธารณสุข สภาผู้แทนราษฎร (พญ.พรพิชญ์ พัฒนกุลเลิศ)
6. อ.ศรีสว่าง พัววงศ์แพทย์
7. ศ.พญ.อนงค์ เพียรกิจกรรม
8. ครูชบ ยอดแก้ว
9. รศ.แสวง บุญเฉลิมวิภาศ
10. นพ.พงษ์พัฒน์ ปธานวนิช
11. รศ.นพ.ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย
12. นพ.พรชัย สัตยาประเสริฐ
13. อ.สมพันธ์ เตชะอธิก
14. นพ.ประยุทธ์ สมประกิจ
15. นพ.สมชาย เทเวลา
16. นพ.อำพล จินดาวัฒนะ
17. ดร.วณี ปิ่นประทีป
18. นพ.อุกฤษฏ์ มิลินทางกูร
19. อ.กรรณิการ์ บรรเทิงจิตร
20. คุณเป็ดิพร จันทรทัต ณ อยุธยา
21. คุณเนียรชรา อัครวีรากุล
22. คุณพลินี เสริมสินศิริ
23. คุณววรรณวิมล แพร่สีเจริญ

การบริการสาธารณสุขก็เป็นอีกประเด็นหนึ่งที่ยังมีความเห็นที่แตกต่าง ฝ่ายหนึ่งมองว่าจะต้องไม่เกินไปเพื่อการหากำไรเชิงธุรกิจ แต่บางฝ่ายมองว่าควรปล่อยให้เกินไปตามธรรมชาติ

สรุป. ในฐานะฝ่ายเลขานุการจึงได้ประสานให้นักวิชาการบางท่านได้ช่วยทบทวนองค์ความรู้และมุมมองเกี่ยวกับเรื่องนี้ทั้งในระดับสากลและระดับประเทศแล้วจัดเวทีระดมความคิดเห็น เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน อันจะนำไปสู่การทำความเข้าใจกัน การสร้างปัญญาร่วมกันและจะเป็นประโยชน์ในการใช้เป็นข้อมูลความรู้ในขั้นตอนการพิจารณาของฝ่ายนิติบัญญัติและองค์กรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องต่อไป

หนังสือเล่มนี้ จึงได้รวบรวมองค์ความรู้ ข้อมูลและความคิดเห็นในแง่มุมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้ไว้เป็นเบื้องต้น ซึ่งผมคิดว่าจะเกิดประโยชน์ทั้งต่อการจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติให้ออกมาดีที่สุดสำหรับคนไทยและทั้งต่อการพัฒนาสติปัญญาของคนไทยเพื่อร่วมกันสร้างเสริมสุขภาวะให้วิวัฒน์พัฒนาอย่างขึ้นสืบไป

ศ.นพ. เกษม วัฒนชัย

ISBN 974-9626-98-2



9 789749 626986