หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : มุมมองที่ต้องเติม

ผู้ทรงคุณวุฒิ

ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย

ศ.ดร.อัมมาร สยามวาลา

นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา

ศ.นพ.จิตร สิทธีอมร

ผู้เรียบเรียง

นพ.กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์

รศ.ดร.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์

นางสาวพินทุสร เหมพิสุทธิ์

นพ.จเด็จ ธรรมธัชอารี

จัดทำโดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

มุมมองที่ต้องเติม

จัดพิมพ์โดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
อาคาร 3 ชั้น 5 ตึกกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 02-951-1286-93 โทรสาร 02-951-1295
http://www.hsri.or.th

พิมพ์ครั้งแรก กันยายน 2547
จำนวน 1,000 เล่ม

ข้อมูลบรรณานุกรม
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : มุมมองที่ต้องเติม
นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2547

1. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า - - ไทย 2. ระบบประกันสุขภาพ
ISBN 974-299-089-2
(NLM Classification W160)

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า :
มุมมองที่ต้องเติม

รวบรวมจากผู้ทรงคุณวุฒิ

ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย

ศ.ดร.อัมมาร สยามวาลา

นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา

ศ.นพ.จิตร สิทธีอมร

ผู้เรียบเรียง

นพ.กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์

รศ.ดร.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์

นางสาวพินทุสร เหมพิสุทธิ์

นพ.จเด็จ ธรรมธัชอารี

จัดทำโดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

เกริ่นนำ

การจัดประชุมวิชาการ "พลังปัญญาสู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า" เมื่อวันที่ 19-20 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2547 ซึ่งเป็นความร่วมมือของหลากหลายองค์กร ที่มุ่งหวังให้เกิดการประมวลความรู้และงานวิจัยเกี่ยวเนื่องกับการติดตามและประเมินผลนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ได้ดำเนินการไปในระยะเวลาที่ผ่านมาเพื่อเป็นพื้นฐานสำคัญในการสนับสนุนส่งเสริมให้นักวิชาการและผู้ให้บริการในระบบสุขภาพของประเทศไทยได้ประสานความร่วมมือและแนวคิดในการทำความเข้าใจกับวิวัฒนาการของนโยบายสำคัญทางด้านสุขภาพของประเทศไทยมุ่งหมายที่จะขยายบริการสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนอย่างทั่วถึง ทั้งนี้ในการประมวลความรู้เหล่านั้นมิเพียงได้รวบรวมผลงานศึกษาวิจัยและทบทวนการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้นโยบายหลักของรัฐบาล และบนพื้นฐานของรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 เท่านั้น หากแต่ยังได้รับความกรุณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน ที่ได้วิเคราะห์ข้อมูล และแนวคิดจากนักวิชาการและผู้ให้บริการสุขภาพที่มีประสบการณ์ในพื้นที่ในสถานบริการระดับต่างๆ โดยใช้กรอบแนวคิดของแต่ละท่านสังเคราะห์ขึ้นมาเป็นข้อเสนอแนะทางนโยบายต่อสาธารณชนช่วยให้เกิดปัญญาส่องชี้นำทางสำหรับดำเนินการปรับแก้กระบวนการนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ปรากฏผลสมความคาดหวังของประชาชนชาวไทย

เอกสารเล่มนี้จึงเป็นผลสรุปแนวคิดของนักวิชาการ และผู้มีประสบการณ์จริงกับการขับเคลื่อนนโยบายอย่างใกล้ชิด ได้แก่

1) ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย ได้ช่วยกรุณาศึกษาบททบทวนและสังเคราะห์เป็นหลักคิดเพื่อนโยบายในเรื่องระบบประกันสุขภาพสำหรับคนไทย (Policy and Ideology) ซึ่งนับว่าเป็นประเด็นสำคัญที่จะช่วยให้การแปลนโยบายสำคัญดังกล่าวให้เกิดผลในเชิงปฏิบัติจากผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่ายจำเป็นจะต้องวางเป็นพื้นฐานที่ชัดเจนเพื่อมิให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารโครงการตั้งแต่ระดับชาติ ลงไปจนถึงระดับสถานบริการ และช่วยให้เกิดความสอดประสานของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับนโยบายจนเกิดพลังร่วมมือที่ยั่งยืนต่อไป

2) ศ.ดร.อัมมาร สยามวาลา ผู้ซึ่งมีส่วนร่วมในการศึกษาจัดทำข้อเสนอแนะหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ พ.ศ. 2543 และติดตามความเคลื่อนไหวต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน ได้ช่วยสังเคราะห์ข้อสังเกตและข้อคิดเห็นเชิงนโยบายเรื่องประเด็นสำคัญด้านการจัดการทางการเงินการคลัง (Financial Mechanism) ภายใต้การจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอันจัดว่าเป็นบทความที่มีคุณค่าในการชี้นำแนวทางอันเป็นประโยชน์ต่อการนำไปใช้ปรับปรุงนโยบายการคลังและการเงิน เพื่อให้เกิดแรงจูงใจให้เกิดการจัดบริการที่มีคุณภาพประสิทธิภาพและครอบคลุมคนไทยอย่างทั่วถึงเป็นธรรม

3) นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวะพลา ในฐานะรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข และผ่านภาระการรับผิดชอบในฐานะอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสาธารณสุข ซึ่งดูแลรับผิดชอบการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพของสถานบริการสุขภาพในระดับต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุข ได้กรุณาร่วมศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องและรวบรวมข้อคิดจากนักวิชาการและผู้ให้บริการอย่างกว้างขวาง และได้เสนอข้อคิดและข้อเสนอภายใต้เรื่องการพัฒนาระบบบริการ (Service Development) ซึ่งจัดว่าเป็นกลไกสำคัญที่จะช่วยให้นโยบายฯ ปรากฏผลสัมฤทธิ์ให้กับประชาชนได้อย่างจริงจัง

4) ศ.นพ.จิตร สิทธิอมร ผู้ซึ่งมีประสบการณ์จริงในการดูแลรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลในสถานการณ์ของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างต่อเนื่อง ในขณะเดียวกันก็ได้ใช้ภูมิหลังของการศึกษาในสาขาระบาดวิทยาคลินิค ช่วยวิเคราะห์วิพากษ์ปัญหาและปัจจัยในการจัดบริการสุขภาพในวาระปฏิรูประบบบริการสุขภาพ โดยได้สังเคราะห์แนวคิดในการบริหารจัดการในระหว่างการเปลี่ยนผ่าน ให้มีประสิทธิภาพสูงสุด โดยได้เสนอบทความในเรื่อง การเพิ่มขีดความสามารถ สู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (System Administration) ซึ่งเปิดมิติมุมมองในด้านต่างๆ และชี้ให้เห็นเงื่อนไขสำคัญด้านต่างๆ ในการจัดการเปลี่ยนผ่านให้มีสมรรถนะสูงสุด

สวรส. ขอขอบพระคุณท่านผู้ทรงคุณวุฒิทั้งสี่ท่าน และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเหล่านี้คงจะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินนโยบายต่อไปในอนาคต

นายแพทย์วิพุธ พูลเจริญ
ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
มิถุนายน 2547

สารบัญ

หลักคิดเพื่อนโยบาย
ในเรื่องระบบประกันสุขภาพสำหรับคนไทย

ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย
นพ.กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์ เรียบเรียง

1. บทนำ

แม้ว่าจะมีคำถามมากมาย ว่า "ระบบประกันสุขภาพ" ที่ดีที่สุดสำหรับคนไทย น่าจะเป็นอย่างไร ระบบที่มีอยู่ในขณะนี้ดีอยู่แล้วหรือไม่ ต้องการเพียงการปรับปรุงเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ หรือต้องรื้อระบบใหม่ทั้งหมด แม้ว่าเพิ่งจะรื้อมาไม่นานนี้แล้วครั้งหนึ่งก็ตาม แต่คำถามที่น่าจะต้องสนใจมากกว่า คือ ในที่สุดแล้ว ระบบสามารถประกันสุขภาพประชาชนไทยได้จริงหรือไม่ เนื่องจากเป้าหมายที่เราคาดหวัง ก็คือ "คนไทยทุกคนมีหลักประกันสุขภาพ" ไม่ว่าจะเป็นระบบใดก็ตาม ซึ่งในที่นี้หมายความว่า การประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไม่ได้มีเพียงโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

เอกสารฉบับนี้ เป็นการประมวลภาพรวมของระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยในฐานะนักวิชาการคนหนึ่ง โดยจะเริ่มต้นด้วยหลักคิดที่น่าสนใจ และความเห็นต่อระบบในปัจจุบัน จากนั้นจะนำเสนอมุมมองสำหรับอนาคต ตลอดจนหัวข้อที่ควรได้รับการศึกษาวิจัย

2. เราจะเริ่มอย่างไรดี?

(What kind of health care approaches do we need?)

เนื่องจากระบบประกันสุขภาพที่กำลังพูดกันอยู่นี้ ทำหน้าที่ให้บริการคนไทยเป็นหลัก ดังนั้น ก่อนที่จะวิเคราะห์จึงจำเป็นต้องพูดถึงลักษณะที่สำคัญของสังคมไทย เพื่อให้เป็นพื้นฐานของหลักคิดต่าง ๆ ต่อไป

2.1 ความมีเอกภาพทางความคิด

แม้ว่าในสังคมไทยจะมีความหลากหลายทางวัฒนธรรมสูง แต่กลับพบว่ามีเอกภาพทางความคิดรวบยอดในความเป็นคนไทย ซึ่งกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ "ความหลากหลาย" ไม่ได้แปลว่าต้องแตกเป็นเสี่ยง ๆ หากเรายังคงมีหลักยึดที่มั่นคง ซึ่งในสังคมไทยก็ได้แก่ สถาบันพระมหากษัตริย์ สถาบันศาสนา และความเป็นชุมชนของเรานั่นเอง

ประเด็นสำคัญที่อยากจะย้ำก็คือ สถาบันพระมหากษัตริย์ เนื่องจากพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ได้พระราชทานหลักคิดที่สำคัญซึ่งสามารถใช้ได้กับทุกเรื่อง คือ "เศรษฐกิจพอเพียง"

2.2 "เศรษฐกิจพอเพียง"

เมื่อพูดถึงคำว่า "เศรษฐกิจพอเพียง" หลายคนอาจนึกถึงการดำรงชีวิตแบบอัตคัด มีเท่าไหร่ก็ให้พอใจเท่านั้น แต่หากได้เข้าใจถึงแก่นแท้แล้ว จะพบว่ามีความน่าสนใจเป็นอย่างมาก ในที่นี้จะขอกล่าวถึง เป้าหมาย ปรัชญา และพื้นฐานของหลักคิดนี้

2.2.1 เป้าหมาย

เศรษฐกิจพอเพียง คือ "แนวทางการดำรงอยู่และปฏิบัติตนเพื่อให้สมดุลและพร้อมต่อการรองรับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและกว้างขวาง ทั้งด้านวัตถุ สังคม สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรมจากโลกภายนอกได้เป็นอย่างดี" ซึ่งจะเห็นได้ว่าสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้กับการดำเนินการในเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ เนื่องจากเป็นสมดุลของมิติต่าง ๆ ที่ลงตัว และพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นได้ทุกเมื่อ

เหตุผลที่สำคัญคือ การเปลี่ยนแปลงหลายอย่างมีผลกระทบเป็นอย่างมากในชีวิตการทำงานของเรา ในขณะที่เราอาจกำลังมองเพียงมิติเดียว เช่น โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ซึ่งเน้นการเข้าถึงบริการสุขภาพโดยการจัดระบบบริการที่ใช้งบประมาณเป็นเครื่องมือสำคัญในการดำเนินการ ซึ่งพบว่าประสบความสำเร็จในระดับหนึ่ง แต่เราก็ยังพบว่ามีปัญหาอื่น ๆ ตามมาอีกมากมาย ทำให้บางครั้งเราอาจไม่แน่ใจว่า ความตั้งใจดั้งเดิมที่มีอยู่ ได้รับการตอบสนองจนประสบความสำเร็จหรือไม่

2.2.2 ปรัชญา

เศรษฐกิจพอเพียง มีหลักการ คือ "ทางสายกลาง" และหลักวิชาที่ว่า "จะต้องอาศัยความรอบรู้ ความรอบคอบ และความระมัดระวังอย่างยิ่งในการนำวิชาการต่าง ๆ มาใช้ในการวางแผนและการดำเนินการทุกขั้นตอน" โดยอาศัยหลักปฏิบัติ คือ "ความพอเพียง หมายถึง ความพอประมาณ ความมีเหตุผล มีระบบคุ้มกันในตัวที่ดีพอสมควรต่อการมีผลกระทบใด ๆ อันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทั้งภายนอกและภายใน"

2.2.3 พื้นฐาน

"ต้องเสริมสร้างพื้นฐานจิตใจของคนในชาติ โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ของรัฐ นักทฤษฎีและนักธุรกิจในทุกระดับ ให้มีสำนึกในคุณธรรม ความซื่อสัตย์สุจริต และให้มีความรอบรู้ที่เหมาะสม ดำเนินชีวิตด้วยความอดทน มีความเพียร มีสติปัญญา และความรอบคอบ"

2.3 ความเอื้ออาทร

ความเอื้ออาทร เป็นลักษณะเฉพาะที่สำคัญของสังคมไทย ที่เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา ยกตัวอย่างในกลุ่มผู้ให้บริการ เช่น โรงพยาบาลในหลายจังหวัด มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในเครือข่าย ทั้งในเรื่องคน เงิน และสถานที่ หรือตัวอย่างในกลุ่มผู้รับบริการ เช่น ประชาชนพร้อมใจกันบริจาคเงิน เพื่อช่วยโรงพยาบาลในพื้นที่จัดสร้างอาคารสถานที่หรือซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์ จะทำอย่างไรให้สิ่งที่ดี ๆ เหล่านี้ ยังคงดำรงอยู่ในสังคมไทยต่อไป

2.4 กระบวนทัศน์ที่เหมาะกับคนไทย

เป็นเรื่องน่าแปลกที่เรายังไม่เคยคุยกันจริง ๆ จัง ๆ กันเลยในเรื่องหลักคิดที่เกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพ เนื่องจากมีความสำคัญต่อการออกแบบระบบที่เหมาะสมเป็นอย่างมาก ซึ่งในประเด็นนี้ นพ.อำพล จินดาวัฒนะ ได้วิเคราะห์เอาไว้อย่างดีแล้ว แต่เรื่องที่สำคัญก็คือ ในบริบทของคนไทย เราต้องการแบบใดกันแน่

2.5 การออกแบบระบบ

หลักคิดในเรื่องการออกแบบระบบที่สำคัญก็คือ บทบาทของภาคส่วนต่าง ๆ ที่ควรมีความชัดเจนในระดับหนึ่ง เช่น ภาครัฐควรเป็นผู้ออกแบบระบบทั้งหมดในภาพรวม โดยภายในระบบที่ออกแบบนั้นก็จะมีภาครัฐอยู่เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ต้องมีบทบาทด้วย

ระบบที่เหมาะสมควรมีการกระจายอำนาจความรับผิดชอบให้มากที่สุด โดยมีขอบเขตการทำงานที่ชัดเจน ซึ่งจะทำให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ควรมีการกำหนดว่าเรื่องใดจะให้รัฐบาลเป็นผู้ดำเนินการ เรื่องใดที่จะมอบหมายให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วม ประเด็นใดที่ประชาชนควรดูแลด้วยตัวเอง หากทำได้ดังนี้ ก็จะเกิดระบบที่มีประสิทธิภาพในที่สุด (ควรเป็น National health care ไม่ใช่ Ministerial health care)

นอกจากนี้ภาครัฐควรคอยเฝ้าติดตามประเมินระบบที่ได้ออกแบบไว้ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงให้สมบูรณ์แบบมากขึ้น รวมทั้งคอยดักจับปัญหาที่สำคัญ แล้วดำเนินการแก้ไข ในขณะที่ภาคส่วนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ก็ดำเนินการตามบทบาทของตนเองที่ได้รับมอบหมาย

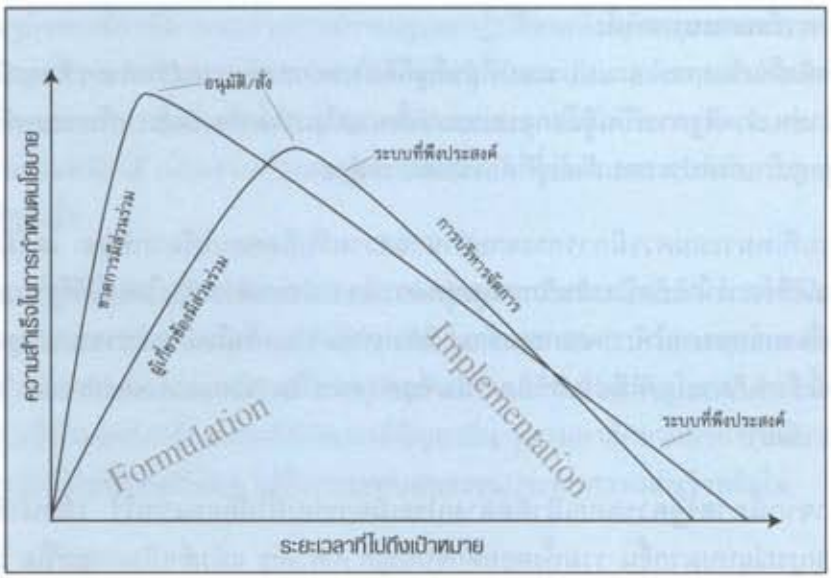
ทรัพยากรที่มีอยู่ในระบบ เป็นเรื่องที่ต้องพิจารณาให้มีความเหมาะสมและเกิดประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ทรัพยากรบุคคล ซึ่งคงอยู่ในระบบอยู่แล้ว แต่ระบบหลักประกันสุขภาพที่ได้ออกแบบขึ้นโดยภาครัฐ กลับนำเพียงส่วนที่อยู่ในบริบทของภาครัฐมาพิจารณา และบ่อยครั้งจึงพบว่ามีปัญหาทรัพยากรไม่พอเพียง เช่น จำนวนแพทย์ในจังหวัด ซึ่งในความจริงควรยึดประชาชนผู้รับบริการเป็นที่ตั้ง แล้วดูว่ามีแพทย์ในภาครัฐกี่คน ภาคเอกชนกี่คน อยู่ทั้ง 2 ภาคกี่คน แล้วค่อยสรุปว่ามีปัญหาทรัพยากรหรือไม่ เป็นต้น

2.6 กระบวนการทางนโยบาย

จากแผนภูมิ จะขออธิบายหลักคิดในเรื่องกระบวนการทางนโยบายเพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่พึงประสงค์ในแกนนอน หมายถึงระยะเวลาที่ไปถึงเป้าหมายที่แท้จริง ซึ่งในที่นี้อาจหมายถึง การที่คนไทยทุกคนมีหลักประกันสุขภาพ ส่วนแกนตั้งจะหมายถึงความสำเร็จในการกำหนดนโยบาย กราฟที่มีอยู่ แสดงให้เห็นถึงลักษณะการดำเนินการทางนโยบาย 2 แบบ ขาขึ้นหมายถึงกระบวนการจัดทำนโยบาย ส่วนขาลงจะหมายถึงกระบวนการนำนโยบายที่ได้กำหนดขึ้นไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้ได้เป้าหมายที่พึงประสงค์

จะเห็นได้ว่า กระบวนการจัดทำนโยบายที่ใช้เวลาน้อยและขาดการมีส่วนร่วม อาจทำให้เกิดปัญหาต่อผู้ปฏิบัติในช่วงดำเนินการเป็นอย่างมาก ทำให้การดำเนินงานต้องใช้เวลานาน กว่าจะไปถึงเป้า

หมายที่พึงประสงค์ ในขณะที่หากส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่าง ๆ ให้มากขึ้น แม้ว่าอาจใช้เวลานานมากขึ้นกว่าที่จะสำเร็จออกมาเป็นนโยบายได้ แต่ก็จะทำให้การบริหารจัดการในระยะต่อมามีความราบรื่น จนในที่สุดอาจไปถึงเป้าหมายที่พึงประสงค์ได้เร็วกว่า แต่อย่างไรก็ตาม การดำเนินการทางนโยบายที่เหมาะสมกับประเทศไทยในปัจจุบัน ยังไม่ชัดเจนว่าลักษณะแบบใดจะดีกว่ากัน ซึ่งเป็นเรื่องที่ควรหาคำตอบต่อไป



รูปที่ 1 แผนภูมิเส้นแสดงความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่ไปถึงเป้าหมายและความสำเร็จในการกำหนดนโยบาย

2.7 ความสมดุลระหว่างกระบวนการทางนโยบายและหลักฐานทางวิชาการ

คงไม่มีใครปฏิเสธว่า การดำเนินการทางนโยบายโดยปราศจากหลักฐานทางวิชาการ เป็นสิ่งที่ไม่น่าจะถูกต้องเท่าใดนัก แต่ในความเป็นจริงกลับพบว่ายังขาดข้อมูล หลักฐาน และองค์ความรู้ อีกมากมาย ตั้งแต่ในเรื่องขององค์ความรู้เชิงปรัชญา ไปจนถึงการค้นหาคำตอบสำหรับปัญหาของประเทศในเรื่องต่างๆ ซึ่งเป็นที่น่ายินดีว่าระบบที่มีอยู่มีองค์กรที่ทำหน้าที่นี้อยู่ เช่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

3. ผลการประมวลภาพรวม (ความเห็นต่อระบบในปัจจุบัน)

หลังจากที่ได้วิเคราะห์ระบบที่มีอยู่ในปัจจุบัน จะเห็นได้ว่ามีประเด็นสำคัญที่น่าจะเพิ่มเติม ซึ่งเชื่อมโยงกับหลักคิดต่าง ๆ ที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น คือ

3.1 ต่างคนต่างมองของตัวเอง

ระบบในปัจจุบัน ดูจะมีปัญหาเกิดขึ้นมากมาย ตั้งแต่ระดับนโยบายไปจนถึงผู้ปฏิบัติและประชาชนผู้รับบริการ แต่สาเหตุที่แท้จริงของปัญหาต่าง ๆ นั้น น่าจะเกิดจากการที่ต่างคนต่างมองของตัวเอง ซึ่งในที่นี้มีหลายแง่มุม

แง่มุมแรกเป็นเรื่องของระบบประกันสุขภาพแบบต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นระบบใหญ่ ๆ คือ โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค โครงการประกันสังคม สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ หรือระบบย่อย ๆ คือ ประกันสุขภาพภาคเอกชน และ การคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ซึ่งล้วนมีพื้นฐานของหลักคิดและเป้าหมายที่แตกต่างกัน สิ่งที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน จึงเป็นเพียงการถกเถียงในเรื่องการปฏิบัติ จึงย่อมเป็นไปไม่ได้ที่จะมีข้อสรุปที่ลงตัว

แง่มุมที่สอง ซึ่งได้กล่าวไปแล้วข้างต้นคือ บทบาทของภาครัฐและภาคเอกชนในระบบประกันสุขภาพ

แง่มุมที่สาม คือ ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ที่มีพื้นฐานที่แตกต่างกัน

แง่มุมที่สี่ คือ วิชาชีพต่าง ๆ ซึ่งถึงแม้จะยึดผลประโยชน์ของประชาชนเหมือนกัน แต่มีหลักคิดที่แตกต่างกัน ทำให้พบเห็นตัวอย่างปัญหาที่สำคัญระดับประเทศ เช่น พระราชบัญญัติยาฯ

แง่มุมที่ห้า คือ หลักคิดในเชิงบริบท เช่น การดูแลแบบปฐมภูมิ การส่งเสริมสุขภาพ การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง คุณภาพการดูแลรักษา การลงทุน การบริหารทรัพยากรบุคคล ฯลฯ ซึ่งพบว่าการคิดแบบหนึ่ง จะส่งผลกระทบกับแบบอื่น ๆ อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ดังนั้น คงจะดีไม่น้อย หากเราสามารถปรับระบบที่มีอยู่ให้มีความเป็นเอกภาพเชิงระบบ เพิ่มเติมจากเอกภาพทางความคิดที่เป็นจุดเด่นของสังคมไทยที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้น

3.2 ยึดแนวปฏิบัติมากกว่าหลักการ

เมื่อแต่ละฝ่ายเริ่มต้นที่มุมมองและหลักคิดของตนเองจึงพบว่ามักจะยึดแนวปฏิบัติมากกว่าหลักการในการแก้ปัญหาหรือพัฒนาเรื่องต่าง ๆ

3.3 ขาดข้อมูล

นอกจากนี้ ข้อมูลและหลักฐานทางวิชาการ ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญมาก กลับมีอยู่ไม่เพียงพอและไม่พร้อมใช้ ทั้งในเรื่องของสถานการณ์ปัจจุบัน และข้อมูลที่จำเป็นสำหรับระบบในอนาคต

3.3.1 ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน

ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบันที่น่าสนใจและควรได้รับการศึกษา ได้แก่ ปัญหาที่มีอยู่ในระบบ ทั้งในด้านผู้รับบริการ (เช่น ความต้องการที่แท้จริงของประชาชนคือใกล้บ้านใกล้ใจ หรือ การหายจากโรคแม้ว่าต้องเดินทางไกล) หรือในด้านผู้ให้บริการ (เช่น การให้บริการในส่วนที่เกินศักยภาพของระดับต่างๆ ความหลากหลายในระบบสั่งการ จนทำให้ผู้ให้บริการสับสน หรือ การดูแลผู้ป่วยในเชิงเครือข่าย)

อีกส่วนหนึ่งที่น่า**ศึกษา** ได้แก่ **"ความไม่รู้" ในแง่ผู้รับบริการ** เช่น บริการที่ควรจะได้รับเมื่อเทียบกับข้อจำกัดของผู้ให้บริการและระบบที่มีอยู่ เนื่องจากมีหลายตัวอย่างในสังคมไทยที่แสดงให้เห็นว่าประชาชนผู้รับบริการมีความเอื้ออาทรต่อผู้ให้บริการ โดยเฉพาะในชนบท เช่น เมื่อทราบว่ามีแพทย์ไม่เพียงพอและต้องทำงานหนัก ก็มีความเห็นใจ นำข้าวของมาให้ หรือเมื่อทราบว่าโรงพยาบาลขาดแคลนทรัพยากร ก็ระดมทุนกันเอง โดยมิได้หวังผลตอบแทน ซึ่งทรัพยากรดังกล่าวสามารถถือได้ว่าเป็นปัจจัยนำเข้าต่อระบบ แต่เราไม่เคยนำมาพิจารณา นอกจากนี้ในแง่ผู้ให้บริการ ก็ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับศักยภาพที่มีอยู่ ว่ามีความเหมาะสมกับภาระงานที่ต้องทำมากน้อยเพียงใด มีประเด็นใดจะปรับปรุงได้หรือไม่ เช่น การที่แพทย์จบใหม่ซึ่งไม่เคยเรียนรู้เรื่องระบบการบริหารงานราชการมาก่อน อีกทั้งยังมีตำแหน่งทางราชการน้อย ต้องทำหน้าที่บริหารงานโรงพยาบาลควบคู่ไปกับการดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นภาระที่มากอยู่แล้ว เราจะทำอย่างไร

3.3.2 ข้อมูลที่จำเป็นสำหรับระบบในอนาคต

ในที่นี้จะหมายถึงข้อมูลที่จำเป็นต่อการรองรับการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ดังจะเห็นได้จากตัวอย่างที่ผ่านมาเร็ว ๆ นี้ เช่น กรณีไข้หวัดนก ซึ่งพบว่าระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ ยังมีช่องโหว่อยู่มากมาย เป็นต้น

การเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น

- การเปลี่ยนแปลงผู้กำหนดนโยบาย
- ภาวะสุขภาพของประชาชนเปลี่ยนไป (เช่น โรคติดเชื้อกลับมาเป็นปัญหามากขึ้นแทนที่โรคเรื้อรัง หรือ ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการใช้อุปกรณ์ที่ใช้ในชีวิตประจำวัน)
- ระบบสุขภาพของประเทศอื่น ๆ เปลี่ยนแปลง (เช่น การหันกลับมาเน้น Fee-for-service)
- โครงสร้างระบบสุขภาพที่เปลี่ยนไป (เช่น ทรัพยากรบุคคลภาครัฐย้ายไปอยู่ภาคเอกชน พยาบาลไปทำงานต่างประเทศเพิ่มขึ้น หรือ บุคลากรสาธารณสุขเปลี่ยนอาชีพ เป็นต้น)
- กลุ่มเป้าหมายเปลี่ยนไป (เช่น ชาวต่างประเทศเข้ามารับบริการมากขึ้น)
- ฯลฯ

ซึ่งสิ่งที่อาจเกิดนี้จะเห็นว่าระบบประกันสุขภาพที่เรามีอยู่ยังไม่สามารถรองรับได้

3.4 ประเด็นที่ถูกมองข้าม

นอกจากที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ยังมีอีกหลายเรื่องที่เรายังไม่เคยนำมาคุยกันเชิงระบบในภาพรวมเลย โดยเฉพาะของดี ๆ ที่มีอยู่แล้วในระบบ เช่น โครงการพอสว. ซึ่งเป็นตัวอย่างที่แสดงให้เห็นว่าแม้ในภาวะที่โรงพยาบาลในหลายจังหวัดกำลังถกเถียงกันเรื่องงบประมาณ แต่เมื่อมีศูนย์รวมจิตใจที่มั่นคง ก็สามารถร่วมมือกันให้บริการประชาชนได้ โดยไม่มีข้อแม้ในเรื่องทรัพยากรเลย ซึ่งเป็นสิ่งที่หาได้ยากในต่างประเทศ

นอกจากนี้ยังมีเรื่องราวที่น่าสนใจในชุมชนอีกหลายอย่าง เช่น การดูแลผู้ป่วยทั้งกายและใจโดยอาศัยกลไกทางศาสนาเข้ามามีส่วนร่วม หรือ เรื่องที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมและวิถีการดำเนินชีวิตของ

แต่ละท้องถิ่นซึ่งจะทำอย่างไรจึงจะทราบข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อนำมาเชื่อมโยงกับระบบที่มีอยู่ได้อย่างน้อยก็อาจเป็นข้อมูลเกี่ยวกับข้อดี ข้อเสีย หรือข้อควรระวัง

การแพทย์ทางเลือกและแพทย์แผนไทย เป็นอีกประเด็นหนึ่งที่มีความสำคัญ โดยเฉพาะในสังคมไทย ซึ่งส่วนหนึ่งจะสอดคล้องกับประเด็นของชุมชนข้างต้น จะทำอย่างไรเราจึงจะเชื่อมโยงให้เข้ากับระบบที่มีอยู่ได้อย่างสอดคล้องกลมกลืน

4. มุมมองสำหรับอนาคต

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้น คงจะเป็นการยากที่จะสรุปในขณะนี้ ว่าเราควรเดินต่ออย่างไร มีทางเลือกอะไรบ้างที่เหมาะสม แต่อย่างไรก็ตาม จะขอสรุปเป็นลักษณะของระบบที่พึงประสงค์ได้ดังนี้

4.1 ลักษณะของระบบที่พึงประสงค์

- ควรเกิดจากการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องอย่างสมดุล
- ควรมีความสอดคล้องกับสถานการณ์ที่เป็นอยู่
- ควรตั้งอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลและหลักฐานที่ได้รับการยอมรับ
- ควรมีระบบการป้อนกลับ (Feedback System) ที่ดี
- ต้องสามารถปรับให้เข้ากับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปได้ดี

ซึ่งจะเห็นได้ว่า เป็นการนำหลักเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้นั่นเอง

5. การศึกษาวิจัยที่ควรดำเนินการ

ประเด็นที่ควรได้รับการศึกษาวิจัยมีอยู่มากมาย แต่เนื่องจากต่างคนต่างมองในบริบทของตัวเอง ทำให้ขาดความเชื่อมโยงไปสู่ระบบที่มีอยู่ ทั้งในปัจจุบันและอนาคต โดยทั่วไปแล้ว เราอาจจัดกลุ่มได้ดังนี้

5.1 การวิจัยด้านหลักคิดหรืออุดมการณ์ของระบบสุขภาพ

หมายถึง งานวิจัยที่ต้องการสร้างองค์ความรู้ใหม่ ในเรื่องที่ยังไม่ทราบมาก่อน ส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับหลักปรัชญาวิธีคิดต่างๆ โดยอาจเน้นที่ความเหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย หรือ ความเชื่อมโยงกับหลักการดีๆ ที่สังคมไทยมีอยู่

ประเด็นสำคัญก็คือ ในปัจจุบัน เรายังไม่มีผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเรื่องนี้ที่แท้จริง การจะตีประเด็นยาก ๆ เช่นนี้ให้แตก จำเป็นต้องอาศัยองค์ความรู้ทางทฤษฎีที่สอดคล้องกับการมองภาพรวมเชิงระบบอย่างเหมาะสม

5.2 การวิจัยประยุกต์เพื่อนำหลักวิชามาใช้วางแผนและปฏิบัติ

ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น เนื่องจากสังคมไทย ยังต้องการข้อมูลและหลักฐานสำหรับประกอบการตัดสินใจอีกมาก การวิจัยในลักษณะนี้จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง

นอกจากนี้ อีกแง่มุมหนึ่งที่สำคัญก็คือ การวิจัยเพื่อหาวิธีการนำข้อมูลและหลักฐานที่ได้ ไปสู่ผู้กำหนดนโยบายและผู้ที่เกี่ยวข้องในระดับต่าง ๆ เพื่อให้สามารถใช้ประโยชน์ได้อย่างแท้จริง

ในอีกแง่หนึ่งอาจเป็นการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการเกิดผลที่ไม่พึงประสงค์จากการดำเนินงานบางอย่าง คล้ายกับจะเป็นการวิจัยเพื่อสร้างความตระหนักหรือข้อควรระวัง ซึ่งก็ยังมีไม่มากในปัจจุบัน แต่จะมีประโยชน์มาก สำหรับประเด็นที่จำเป็นต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วน แต่ยังไม่สามารถหาข้อมูลและหลักฐานที่เหมาะสมมาสนับสนุนได้ทัน

5.3 การวิจัยเพื่อศึกษาทางเลือกต่าง ๆ

เป็นเรื่องน่าแปลกอย่างยิ่ง ที่การวิจัยเพื่อหาทางเลือกที่เป็นไปได้ และการวิจัยเพื่อเปรียบเทียบทางเลือกต่าง ๆ ที่มีอยู่ มีอยู่ไม่มากนักในสังคมไทย ทั้ง ๆ ที่มีความจำเป็นต่อการวางรากฐานของระบบสุขภาพที่เหมาะสม

การวิจัยในลักษณะนี้ จำเป็นต้องคำนึงถึงมุมมองแบบต่าง ๆ ให้ครอบคลุม เช่น เราอาจส่งเสริมให้นักเศรษฐศาสตร์ได้มีโอกาสทำวิจัยร่วมกับนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อที่อย่างน้อยจะได้กระตุ้นให้ทั้งสองฝ่าย ได้เกิดมุมมองอีกแบบหนึ่งที่ตนเองไม่เคยทราบมาก่อน ซึ่งแม้ว่าอาจก่อให้เกิดปัญหา แต่ก็คงมีประโยชน์บ้างไม่มากก็น้อย

5.4 การวิจัยเพื่อกำหนดหลักปฏิบัติของระบบสุขภาพ

การวิจัยเพื่อหาเทคนิคและวิธีการสำหรับการดำเนินการในเรื่องต่าง ๆ ดูจะเป็นสิ่งที่มีอยู่น้อยมาก ไม่ว่าจะในประเทศไทยหรือต่างประเทศ แต่ในปัจจุบันพบว่ามีความตื่นตัวเรื่องนี้มากขึ้นเรื่อย ๆ ดังจะเห็นได้จากในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา มีการจัดตั้งโครงการ Translation of Research into Practice Program (TRIP) ในองค์กรที่ชื่อ Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) เพื่อศึกษาในเรื่องการนำผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยไปสู่การปฏิบัติในระดับต่าง ๆ รวมทั้งประชาชน

ประเด็นสำคัญ : การจัดการเงินและคลัง ภายใต้การจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ศ.ดร.อัมมาร สยามวาลา
รศ.ดร.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ เรียบเรียง

1. บทนำ

การจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นกลไกหลักทางด้านการคลังสาธารณสุขในการสร้างหลักประกันทางด้านสุขภาพแก่ประชาชน การจัดการทางการเงินการคลังตลอดระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมามีการพัฒนาระบบที่เป็นประเด็นที่ได้รับการกล่าวถึงมากที่สุดจากผู้ที่เกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่าง ๆ จากการทบทวนทางวิชาการและการอภิปรายของผู้ทรงคุณวุฒิในการประชุมวิชาการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในวันที่ 19-20 กุมภาพันธ์ 2547 ได้ชี้ประเด็นสำคัญที่พอจะนำมาสรุปไว้ได้ดังนี้

- สถานการณ์ด้านภาระค่าใช้จ่ายทางด้านการประกันสุขภาพ และประมาณการงบประมาณต่อหัวประชากร
- การพัฒนาการไปสู่เอกภาพในระบบประกันสุขภาพของประเทศ
- สถานการณ์ด้านการเงินของผู้ให้บริการและการจัดการทางการเงินในระดับพื้นที่
- ข้อเสนอแนะทางแนวคิด โอกาสด้านการวิจัยและการพัฒนาทางวิชาการ

2. สถานการณ์ด้านการเงินการคลังในระบบประกันสุขภาพ

2.1 ภาพรวมทางด้านการคลังสาธารณสุขภาคประชาชน

ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ณ เดือนเมษายน 2546 ที่สุ่มสำรวจจากครัวเรือนทั่วประเทศจำนวนประมาณ 27,000 ครัวเรือน พบว่าคนไทยยังไม่มีหลักประกันทางสุขภาพอีกประมาณ 3.2 ล้านคนหรือร้อยละ 5 ทั้งนี้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) สามารถออกบัตรทองครอบคลุมประชากรได้ 47.7 ล้านคน หรือร้อยละ 75 ของประชากรทั้งหมด ประชาชนมีสิทธิรักษาพยาบาลในระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ (Civil Servants Medical Benefit Scheme, CSMBS) ประมาณ 5.7 ล้านคนหรือร้อยละ 9 และมีสิทธิรักษาพยาบาลในระบบประกันสังคม (Social Security Scheme, SSS) ประมาณ 6.1 ล้านคน และมีประกันสุขภาพเอกชนประมาณ

1.1 ล้านคนหรือคิดเป็นประมาณร้อยละ 2 ซึ่งตัวเลขประกันสุขภาพเอกชนดังกล่าว แตกต่างจากตัวเลขที่ประมาณการจากจำนวนกรมธรรม์ที่มีจำนวน 5 ล้านคนค่อนข้างมาก

การสำรวจดังกล่าว มีข้อสังเกตว่า ประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) ส่วนใหญ่มีรายได้น้อย[1] ในขณะที่ประชาชนที่มีสิทธิในระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ (CSMBS) ส่วนใหญ่มีรายได้มาก[2] ซึ่งสะท้อนโครงสร้างการกระจายรายได้ของประเทศ อย่างไรก็ตาม ในระยะที่ผ่านมา ช่องว่างความไม่เสมอภาคในการรับภาระค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของประชาชนลดลงจากเดิม[3] แสดงให้เห็นว่าการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) น่าช่วยให้เกิดความประหยัดประมาณหนึ่งหมื่นล้านบาทถึงหนึ่งหมื่นสองพันล้านบาท ในกลุ่มที่ไม่เคยมีหลักประกันสุขภาพมาก่อน

2.2 พฤติกรรมของประชาชนในการใช้บริการ

พฤติกรรมของประชาชนในการมาใช้บริการเปลี่ยนแปลงไป แสดงแนวโน้มการใช้บริการสุขภาพในสถานพยาบาล (Institutional health care) มากขึ้นภายหลังการเริ่มต้นระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) โดยเฉพาะในระดับโรงพยาบาลชุมชน อย่างไรก็ตาม พบว่าผู้ที่มีฐานะดีจะใช้บริการตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) ที่สถานีอนามัยน้อยกว่า แต่มีสัดส่วนในการใช้บริการระดับโรงพยาบาลมากกว่าคนจน ซึ่งสะท้อนถึงความไม่เสมอภาคเชิงโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพของประเทศ

การสำรวจอนามัยและสวัสดิการในปี 2546 ชี้ว่า จำนวนครั้งของการใช้บริการผู้ป่วยนอกของประชากรในกลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) เพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 25 (ภาครัฐร้อยละ 25 ภาคเอกชนร้อยละ 22) การไปใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 55 และร้อยละ 81 ตามลำดับ ในขณะที่การไปรับบริการผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลระดับจังหวัดลดลงร้อยละ 52 การใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) (Compliance rate) สำหรับผู้ป่วยนอกอยู่ที่ร้อยละ 56.6 ผู้ป่วยในอยู่ที่ร้อยละ 80.9

2.3 การขยายตัวของค่าใช้จ่ายในระบบประกันสุขภาพ

ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพยังคงมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาจากระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ (CSMBS) ซึ่งไม่ได้ใช้ระบบงบประมาณและกลไกการจ่ายเงินแบบปลายปิด โดยพบว่ายอดวงเงินงบประมาณของระบบดังกล่าว ในระยะ 3 ปีที่ผ่านมาเพิ่มขึ้นในอัตราเฉลี่ยกว่าร้อยละ 12 ต่อปี เป็น 22,000 ล้านบาทในปีงบประมาณ 2546 ซึ่งสามารถตั้งข้อสังเกตได้ว่า การเพิ่มขึ้น

---

1 วิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ณ เดือนเมษายน พ.ศ. 2546 ซึ่งพบว่า ร้อยละ 34 และร้อยละ 26 ของประชาชนกลุ่มที่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) มีรายได้อยู่ใน Quintile รายได้ต่ำสุดและรองต่ำสุดตามลำดับ

2 วิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ณ เดือนเมษายน พ.ศ. 2546 ซึ่งพบว่า ร้อยละ 43 และร้อยละ 30 ของประชาชนกลุ่มที่อยู่ในระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ มีรายได้อยู่ใน Quintile สูงที่สุดและรองลงมาตามลำดับ

3 จากข้อมูลในปีพ.ศ. 2535 ที่ผู้ยากไร้ที่มีรายได้น้อย (ระดับ 1st decile) ต้องจ่ายค่าใช้จ่ายทางสุขภาพคิดเป็นประมาณร้อยละ 8.17 ของรายได้ของครัวเรือน และผู้ที่ฐานะดี (ระดับ 10th decile) จ่ายเพียงร้อยละ 1.27 มาสู่ระดับที่ผู้ยากไร้กลุ่มดังกล่าวจ่ายเพียงร้อยละ 2.77 และผู้มีฐานะดีจ่ายร้อยละ 1.71 ในปีพ.ศ. 2545

ดังกล่าวสะท้อนความเป็นจริงของค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลที่สูงขึ้นหรือเป็นความพยายามในการชดเชยรายได้ที่ขาดหายไปของสถานพยาบาล อันเนื่องจากปัญหาการกระจายงบประมาณภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) มากน้อยเพียงใด

ค่าใช้จ่ายดังกล่าวเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งรายจ่ายจากการไปใช้บริการที่สถานพยาบาลภาครัฐ และสถานพยาบาลภาคเอกชน โดยค่ารักษาด้านการรักษาพยาบาลอย่างหยาบเฉลี่ยต่อ 1 หน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (Adjusted Relative Weight, Adj.RW) ตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis-related Group, DRG)[4] อยู่ที่ 14,861 บาท (รวมค่าห้องและค่าอาหาร) ในขณะที่ค่าใช้จ่ายต่อ 1 RW ของโรงเรียนแพทย์ยังคงสูงสุดที่ 24,000 บาท ซึ่งยังเป็นเรื่องการควบคุมค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอก มากกว่าผู้ป่วยใน

ในส่วนของการประกันสุขภาพภาคเอกชน พบว่าในระยะเดียวกันมีการขยายตัวของยอดเบี้ยประกันสุขภาพภาคเอกชนโดยตลอด ประมาณร้อยละ 48 ในช่วง 2541-2545 อัตราส่วนสินไหมทดแทนลดลงจากร้อยละ 51.6 ในปี 2541 เหลือร้อยละ 37.4 ในปี 2545 ในกลุ่มประกันชีวิตและในกลุ่มประกันภัยลดลงจากร้อยละ 73.2 เป็นร้อยละ 69.0 ธุรกิจยังมีการเจริญเติบโตและไม่พบผลกระทบที่ชัดเจนจากการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) ปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อการขยายตัวน่าจะเป็นจากปัจจัยทางเศรษฐกิจอื่นๆ เช่น ดอกเบี้ยต่ำ การเปิดการค้าเสรี การเปิดช่องทางการตลาด Bank assurance, Worksite marketing เป็นต้น

2.4 ประมาณการงบประมาณต่อหัวประชากรเพื่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

นับตั้งแต่มีการเริ่มต้นพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) ยังคงมีคำถามอยู่เสมอว่า งบประมาณต่อหัวเท่าใดจึงจะพอ ซึ่งปัจจุบันยังคงไม่สามารถหาคำตอบที่ชัดเจนและเป็นที่ยอมรับได้ ในปี 2545 ระบบประกันสังคมซึ่งดูแลกลุ่มผู้ใช้แรงงานที่ใช้ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลและการคลอดบุตรอยู่ที่ 1,458.00 บาทต่อคนต่อปี ในขณะที่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) จ่ายอยู่ที่ระดับ 1,202.80 บาทต่อคนต่อปี ความพยายามในการประมาณการงบประมาณต่อหัวในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) โดย นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ กำหนดตัวเลขที่ 1,525 - 1,532 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งขึ้นกับเงื่อนไขต่าง ๆ ในขณะเดียวกันยังมีเงื่อนไขอื่น ๆ ที่อาจนำไปอภิปรายเพิ่มเติมอีกหลายประการ โดยเฉพาะประเด็นที่มีนักวิชาการจำนวนหนึ่งแสดงทัศนะว่าการจัดการทางการเงินการคลังของระบบฯ มักแยกขาดจากข้อกำหนดทางคุณภาพ

แหล่งที่มาของงบประมาณที่มีความสำคัญและมีความเป็นไปได้ยังคงเป็นภาษีทั่วไปจากงบประมาณรายจ่ายประจำปีของรัฐบาล อาจมีความเป็นไปได้ถ้าจะพิจารณาเงินสมทบจากองค์กรท้องถิ่น

---

4 *DRG เป็นระบบการจัดกลุ่มโรคของผู้ป่วยในเป็นกลุ่มๆ ตามลักษณะกลุ่มโรค และการใช้ทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วย โดยจัดกลุ่มโรคตามการวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล โดยเฉพาะการทำหัตถการและการใช้ทรัพยากรที่ใกล้เคียงกันไว้ให้อยู่ในกลุ่ม DRG เดียวกัน มีการกำหนดหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์สำหรับแต่ละ DRG ที่แสดงถึงปริมาณการใช้ทรัพยากรที่ใช้ ทำให้สามารถเทียบเคียงระหว่าง DRG กลุ่มต่างๆ ได้ ปัจจุบันเป็นวิธีการที่นิยมใช้เป็นเครื่องมือในกลไกการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน*

หรือการจ่ายร่วมจากผู้ใช้บริการ ตามมาตรา 39(8) ของ พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ปัจจัยกำหนดที่สำคัญ ได้แก่ นโยบายทางการเมือง ความยั่งยืนทางการเงิน ความเป็นไปได้ทางการปฏิบัติ และการยอมรับทางสังคม

3. พัฒนาการไปสู่เอกภาพในระบบประกันสุขภาพของประเทศ

ประเด็นที่ยังคงมีการอภิปรายเพื่อหาข้อสรุปที่ชัดเจนและก่อให้เกิดคำถามกับผู้ที่เกี่ยวข้องฝ่ายต่างๆ ได้แก่ ประเด็นการรวมกองทุนประกันสุขภาพ ซึ่งมีข้อมูลวิเคราะห์ไว้ทั้งส่วนของผลได้และผลเสียของการรวมกองทุน ด้วยข้อมูลจากสถานการณ์ในปัจจุบันยังไม่สามารถเห็นแนวโน้มที่ชัดเจนได้ในระยะยาว แต่ไม่น่าที่จะสามารถดำเนินการได้ในระยะสั้นค่อนข้างแน่นอน ทั้งนี้เนื่องจากความแตกต่างของหลักคิดและแนวทางการพัฒนาองค์ประกอบทางด้านสิทธิประโยชน์ การจัดการกองทุน และโครงสร้างด้านการกำกับดูแลกองทุน (Governance)

3.1 ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ภายใต้การดูแลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมี พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 กำกับอยู่ ระบบด้านการเงินการคลังมีปฏิสัมพันธ์และเชื่อมโยงกับระบบงบประมาณและการจัดสรรทรัพยากรทางการเงินของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งยังมีประเด็นปัญหาที่สำคัญคือ การบริหารงบประมาณในส่วนของเงินเดือนบุคลากร และงบลงทุน ซึ่งยังหาแนวทางการจัดการที่ชัดเจนเป็นที่ยอมรับมีสมดุลระหว่างหลักการการกระจายทรัพยากรกับสภาวะที่เป็นอยู่ในปัจจุบันไม่ได้

3.2 ระบบประกันสังคม

เป็นระบบที่มีความคงตัวค่อนข้างสูง ที่ผ่านมามีงานวิจัยและการวิเคราะห์การติดตามประเมินผลระบบในด้านต่าง ๆ อย่างมาก แต่มักไม่ค่อยได้นำบทเรียนนั้นมาใช้ในการปรับเปลี่ยนมากเท่าที่ควร ทั้งภายในกองทุนเอง และนำบทเรียนนั้นมาประยุกต์กับกองทุนประกันสุขภาพอื่นๆ อีกทั้งการบริหารกองทุนมีพลวัตทางการเมืองค่อนข้างสูง

ในช่วง 3 ปีผ่านมา ระบบประกันสังคมสามารถออกบัตรแก่ผู้ประกันตนได้ 7.9 ล้านคน หรือร้อยละ 22.4 ของแรงงานทั้งหมด มีการขยายระบบไปให้ครอบคลุมสถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 1 ราย ทำให้ได้ผู้ประกันตนเพิ่มขึ้นแต่ไม่มากนัก ซึ่งมีเพียงประมาณ 7 แสนคนเท่านั้น จากที่คาดการณ์ไว้ก่อนหน้าประมาณ 2.9 ล้านคน โดยในปี 2547 ประมาณการว่าน่าจะได้ 1.2 ล้านคน นอกจากนี้ยังมีผู้สมัครอยู่ในระบบเองกว่า 100,000 คน ตามมาตรา 39 ของ พรบ.ประกันสังคม พ.ศ.2533 โดยส่วนมาก ต้องการสิทธิประโยชน์ด้านความเจ็บป่วย เช่น การฟอกไตในผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้าย

การปรับการจ่ายเงินแก่โรงพยาบาลคู่สัญญาเป็นแบบเหมาจ่ายรายหัวที่ปรับตามความเสี่ยง (Risk-adjusted capitation) และมีการขยายสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ ที่แตกต่างจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) อย่างชัดเจน คือ เรื่องการฟอกไต และการปลูกถ่ายอวัยวะและไขกระดูก ตลอดจนการให้ยาต้านไวรัสเอชไอวี แต่ไม่มีสิทธิประโยชน์เกี่ยวกับแพทย์ทางเลือกและการสร้างเสริมสุขภาพ

3.3 ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ

ภายหลังการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ (CSMBS) เมื่อ 4-5 ปีที่ผ่านมา การเปลี่ยนแปลงตามมติของคณะรัฐมนตรีในปี 2543 ยังเป็นไปค่อนข้างช้า ติดขัดด้วยเหตุหลายประการทั้งในด้านการจัดการ และข้อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายในระบบยังคงเพิ่มขึ้น แม้ว่ายังมีการใช้มาตรการด้านอุปสงค์ เช่น การจำกัดวันนอน การจำกัดสิทธิการไปใช้บริการในสถานพยาบาลเอกชน เป็นต้น

ขณะนี้ระบบ ฯ อยู่ระหว่างการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ ระบบฎีกาเบิกจ่าย การจ่ายเงินด้วย Diagnosis-related groups (DRG) และระบบการตรวจสอบเวชระเบียน ตลอดจนมีการพัฒนาระบบการบริการสำหรับกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะ เช่น ผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจวายเรื้อรัง และอัมพาตจากโรคของหลอดเลือด) ผู้ป่วยมะเร็ง และผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง นอกจากนี้ยังอยู่ระหว่างการนำร่องการขยายบริการสู่ภาคเอกชนมากขึ้นพร้อมด้วยกระบวนการตรวจสอบที่เข้มข้นมากขึ้นเช่นกัน

3.4 การประกันอุบัติภัยจากรถ (พรบ.บุคคลที่ 3)

การประกันภัยอุบัติภัยของรถ ตาม พรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถอยู่บนหลักการสมดุล "ไม่ได้ ไม่เสีย" (No gain-No loss) เนื่องจากเป็นกรมธรรม์ภาคบังคับจากรัฐ ในปัจจุบันการชดเชยเบื้องต้น การรักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติภัยจากรถ เป็นการจ่ายชดเชยตามที่จ่ายจริง ไม่เกิน 15,000 บาท โดยไม่ต้องพิสูจน์ความถูกผิด และจะจ่ายภายใน 7 วันเมื่อมีการขอเบิกจ่าย ทั้งนี้จะต้องมีการขอเบิกจ่ายไม่เกิน 180 วัน นับจากวันเกิดเหตุ การให้ความคุ้มครองสูงสุด 50,000 บาทต่อคน ซึ่งจะได้ภายหลังการพิสูจน์ความถูกผิด มีการจัดตั้งกองทุนทดแทนผู้ประสบภัย เพื่อทำหน้าการจ่ายแทนกรณีที่เจ้าของรถไม่ยอมทำประกันภัย กรณีชนแล้วหนี (Hit-and-Run) และกรณียกเว้นอื่นๆ นอกจากนี้ยังมีการจัดตั้ง บริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด ในปี 2542 ตาม พรบ. โดยมีบริษัทประกันภัยต่างๆ มาร่วมหุ้น ทำหน้าที่รับคำร้องและจ่ายค่าสินไหมทดแทนตาม พรบ. รวมถึงการจ่ายค่าสินไหมทดแทนสำหรับรถทุกประเภทแทนบริษัทประกันภัยที่ไม่ยอมจ่าย โดยเฉพาะกว่าร้อยละ 50 ของประกันภัยรถจักรยานยนต์ อย่างไรก็ตาม ประเด็นที่จะมีการรวมกองทุนกับกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) หรือให้มีการเบิกจ่ายผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ฯ ยังไม่มีความชัดเจน

4. สถานการณ์การเงินของผู้ให้บริการและการจัดการทางการเงินในระดับพื้นที่

การจัดการทางการเงินในระดับพื้นที่เป็นเรื่องสำคัญ เชื่อมโยงกับการวางแผนและการเตรียมพร้อมในการจัดบริการและให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่ ความสม่ำเสมอของการจัดสรรงบประมาณที่ได้รับมีความสำคัญต่อสภาพคล่องและความสามารถในการดำเนินงานและการให้บริการของสถานพยาบาล ซึ่งผลกระทบของการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) ต่อสถานะ

ทางการเงินของสถานพยาบาลในพื้นที่ ส่วนใหญ่เป็นผลมาจากการปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) ของกระทรวงสาธารณสุข

ในระยะที่ผ่านมาการเปลี่ยนแปลงการจัดการทางการเงินส่งผลทั้งบวกและลบแก่โรงพยาบาลในกลุ่มต่าง ๆ แตกต่างกันไป การจัดการทางการเงินของกระทรวงสาธารณสุขมีการเปลี่ยนแปลงบ่อยครั้ง มีการปรับเปลี่ยนกฎเกณฑ์ วิธีการและสัดส่วนของการแบ่งเงินเหมาจ่ายรายหัว และจัดสรรสู่พื้นที่ การดำเนินงานวางแนวทางดังกล่าวมักล่าช้าไปกว่าจุดเริ่มต้นของวงรอบงบประมาณ ทำให้เกิดความสับสนและความไม่แน่นอนในการปฏิบัติสำหรับผู้ปฏิบัติในพื้นที่ การปรับเปลี่ยนกลไกการจ่ายเงินและการตัดเงินเดือนระดับเครือข่ายระดับจังหวัดและระดับของส่วนกลางมีผลต่อพฤติกรรมการให้บริการและฐานะทางการเงินของโรงพยาบาลอย่างชัดเจน จนเกิดปรากฏการณ์ลูกตุ้ม (Pendulum phenomenon) ของความเพียงพอของทรัพยากรระหว่างโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป กับโรงพยาบาลชุมชน และระหว่างจังหวัดต่าง ๆ ที่มีภาระทางการเงินจากความหนาแน่นของขนาดโรงพยาบาลต่อประชากรที่ไม่เท่ากัน เพียงแต่อาจไม่เป็นไปในทิศทางที่คาดไว้ทั้งหมด

นอกจากนี้แม้ว่าจะมีแนวทางกว้าง ๆ เกี่ยวกับการบริหารจัดการทางการเงินในระดับจังหวัดโดยกระทรวงสาธารณสุข แต่วิธีการบริหารจัดการทางการเงินตลอดจนการจัดสรรงบประมาณในระดับพื้นที่ยังคงมีความแตกต่างกัน บางจังหวัดมีธรรมนูญจ่ายเท่ากันเหมือนกันทั้งจังหวัดเป็นมาตรฐาน บางจังหวัดมีวิธีการจ่ายเงินแตกต่างกันภายในจังหวัด ทำให้เกิดปัญหาการเปรียบเทียบ การบริหารเงินส่วนใหญ่ยังตัดตอนจากการบริหารคุณภาพ ตลอดจนผลกระทบของกลไกการจ่ายเงินต่อพฤติกรรมการรักษาพยาบาลและการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อผลักภาระมีมากน้อยเพียงใด และกลุ่มใดยังไม่ชัดเจน ซึ่งขณะนี้ยังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถแสดงสัดส่วนหรือปัจจัยที่ควรคำนึงอย่างเหมาะสมในการบริหารจัดการทางการเงิน

ข้อมูลที่มีการนำเสนอในที่ประชุมวิชาการทั้งจากรายงานการวิจัยและประสบการณ์จริงในระดับพื้นที่ ชี้ให้เป็นประเด็นที่น่าสนใจดังนี้

> การจัดสรรงบประมาณโดยคำนึงถึงจำนวนหัวของประชากรแบบเหมาจ่าย ส่งผลต่อการจัดสรรบุคลากรทั้งในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ ซึ่งช่วยให้โรงพยาบาลโดยเฉพาะระดับโรงพยาบาลชุมชนมีความคล่องตัวในการตอบแทนบุคลากรได้และเอื้ออำนวยต่อการพัฒนาระบบบริการในพื้นที่

ตัวอย่างของโรงพยาบาลชุมชนอำเภอภูกระดึง ขนาด 30 เตียง ในยุคก่อนโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) ผู้ป่วยเดินทางมาโรงพยาบาลในระยะไกลกว่า 60 กม. บุคลากรต่อประชากรเกินเกณฑ์มาตรฐาน 1:1,250 ผู้ป่วยต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง โรงพยาบาลพยายามบริการให้มากเพื่อเพิ่มรายได้ แต่ก็มีประชาชนบางส่วนที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ อย่างไรก็ดีโรงพยาบาลก็มีอัตราครองเตียงร้อยละ 101

ในช่วงปีแรกของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) โรงพยาบาลมีการสร้างศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care Unit, PCU) ที่สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ มีแผนกผู้ป่วยนอก (Out Patient Departmant, OPD) เต็มรูปแบบ มีแพทย์ประจำทุกวัน สามารถจ้างทันตแพทย์ดูแลผู้ป่วยในเวลาวันเสาร์วันอาทิตย์ได้ มีการจ้างนักเทคนิคการแพทย์เพิ่ม และมีการกระจายบุคลากรไปที่สถานีอนามัย 17 คน (กว่าครึ่งของพยาบาลในโรงพยาบาล) และถึงแม้มีภาวะจำนวนคนขาดในโรงพยาบาล แต่ก็สามารถใช้วิธีการจ้างคนเพิ่ม มีการพัฒนาบริการเยี่ยมบ้านในลักษณะเชิงรุกสู่ชุมชน ให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเพิ่มขึ้น และมีสัดส่วนผู้ป่วยที่ตรวจโดยพยาบาลลดลง

เมื่อเข้าสู่ปีที่ 2-3 ของการดำเนินงาน มีการปรับระบบการปรับเงินเดือนไว้ที่ส่วนกลาง ส่งผลทำให้โรงพยาบาลขาดเงินเนื่องจากยังดำเนินการภายใต้โครงสร้างการบริการแบบปีแรกที่พัฒนาไว้ อย่างไรก็ตามอัตราครองเตียงลดลง เมื่อเทียบกับปีแรก

ตัวอย่างระดับจังหวัดภายใต้ระบบการจัดการการเงินภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) เช่น สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร มีการจ่ายค่าตอบแทนพิเศษให้พยาบาลที่ไปอยู่สถานีอนามัย 1,000 บาท และมีเงินเพิ่มพิเศษให้แก่สถานีอนามัยที่อยู่ห่างไกล (3 ระดับ: ลำบากที่สุด ปานกลาง น้อย) ในเขตที่ลำบากที่สุด มีเงินเพิ่มพิเศษให้พยาบาล 2,000 บาท บุคลากรอื่นๆ 1,800 บาท เขตปานกลาง 1,500 บาท และ 1,200 บาท ลำบากน้อยที่สุด ได้ 1,200 บาทและ 1,000 บาท ตามลำดับ ซึ่งเมื่อได้เพิ่มรวมเงินเพิ่มพิเศษกับค่าเวร พบว่าพยาบาลขอย้ายน้อยลงในปีต่อๆ มา

> การจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) ส่งผลต่อสัดส่วนรายได้ของโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการในระดับจังหวัดจากแหล่งเงินต่างๆ เปลี่ยนแปลงไป

ข้อมูลจากโรงพยาบาลภูกระดึง ก่อนมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) มีรายรับปีละ 18 ล้านบาท งบรายได้น้อย (สปร.) 7.5 ล้านบาท งบระดับจังหวัดประมาณ 800+ บาทต่อหัวประชากร งบจังหวัดต่ำสุด:สูงสุด มีสัดส่วนต่างกัน 6 เท่า เมื่อเข้าสู่ช่วงปีแรกของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) โรงพยาบาลดูแลประชากรจำนวน 45,000 คน งบต่อหัวประชากรในระดับจังหวัดจึงเพิ่มขึ้น เป็น 1,833 บาท งบต่ำสุด:สูงสุด เหลือ 1.7 เท่า โรงพยาบาลมีเงินใช้จริงประมาณ 700 บาทต่อหัวประชากร

ในขณะที่กรณีศึกษาของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ พบว่า ปี 2545 จังหวัดเชียงราย มีการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวที่รวมค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในไว้ด้วยกัน(Inclusive payment) ทำให้โรงพยาบาลได้รับงบตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) 237 ล้านบาท แต่มีกำไร 91 ล้านบาท เพราะมีการตามจ่ายระหว่างเครือข่าย

โรงพยาบาลภายในจังหวัด เมื่อเทียบกับในปี 2546 ซึ่งมีการจ่ายแบบแยกเหมาจ่ายผู้ป่วยนอกและการเบิกจ่ายกรณีผู้ป่วยใน (Exclusive payment) และโรงพยาบาลได้รับงบ 317 ล้านบาท แต่ขาดทุน 25 ล้านบาท เพราะรายจ่ายยังเพิ่มขึ้น ค่ายาเพิ่มประมาณร้อยละ 20 ต่อปี ในขณะที่รายรับของทุกระบบประกันสุขภาพรวมกัน ลดลงจาก 611 เหลือ 519 ล้านบาท ส่วนหนึ่งเนื่องจากรายรับจากผู้ป่วยในลดลง

ตัวอย่างของสาธารณสุขจังหวัด เช่น จังหวัดสกลนคร ซึ่งรับผิดชอบประชากรประมาณ 1,100,000 คน ใน 18 อำเภอ มี 17 โรงพยาบาล และ 1 โรงพยาบาลค่ายทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการคู่สัญญา (Contracting unit for primary care, CUP) มีโรงพยาบาลเอกชน 1 แห่งซึ่งไม่เข้าร่วมโครงการ พบว่า การบริหารในปีแรก (2545) ค่อนข้างเป็นปัญหามาก เพราะมีการเร่งรัดการทำงานมาก ในขณะที่ปี 2546 เกิดความไม่แน่ใจในทิศทางการทำงาน สำหรับปี 2547 กลายเป็น "ปีทำใจ"

- ปีแรก (2545) กลไกการจ่ายเงินภายในจังหวัดเป็นแบบ Inclusive เพื่อความง่ายในการจัดการ และให้ได้ตัวเลขที่แท้จริงของต้นทุนค่าใช้จ่าย แต่ตกลงร่วมกันในจังหวัดว่าทุกคนต้องอยู่ได้ การเกื้อกูลภายในได้ผลดี จึงได้กำไร 101 ล้านบาท ทำให้การวางแผนสำหรับปีต่อไปของจังหวัดเป็นไปในลักษณะหลงผิด คิดไกล มีการจัดหาแพทย์มาเพิ่มเติม
- ปีที่ 2 (2546) กลไกการจ่ายเงินถูกบังคับให้เปลี่ยนเป็นแบบ Exclusive ผลปรากฏว่าทั้งที่ยังสามารถบริหารงานได้ดี แต่จำนวนเงินหายไปกว่า 100 ล้านบาท งบประมาณเฉลี่ยต่อหัวลดลงจาก 666 บาทเหลือ 427 บาทต่อหัวประชากร ได้รับงบลงทุนลดลงมากจาก 66 บาท เหลือ 24 บาทต่อหัวประชากร ทำให้ขาดทุนมากกว่า 137 ล้านบาท
- ปีที่ 3 (2547) เป็น Exclusive ทั้งหมด ตัดเงินที่ระดับประเทศ ทำให้มีการปรับตัวโดยให้ทุกหน่วยงานในจังหวัดทำแผนการเงินทั้งปีร่วมกัน มีงานประกันสุขภาพเป็นหน่วยตรวจสอบ

ปัญหาในด้านการเงินระดับโรงพยาบาล ซึ่งระบบบัญชีการเงินของโรงพยาบาลยังเป็นกระแสเงินสด ยังไม่สามารถใช้บัญชีเกณฑ์คงค้างโดยสมบูรณ์ ระบบการเงินยังติดกับระบบผู้ป่วยรายย่อย มากกว่าการบริหารรายได้แบบกลุ่ม ตลอดจนกลไกบริหารเงินที่ตัดตอนจากการบริหารคุณภาพ ทำให้ความไม่พร้อมทางการเงินอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพของการดูแลสุขภาพได้ โดยไม่ตั้งใจ

การตอบสนองของโรงพยาบาลเอกชน สะท้อนไปสู่พฤติกรรมการใช้บริการของประชาชนในเขตเมืองและการแข่งขันทางการตลาด

การเข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) ทำให้โรงพยาบาลใช้สถานที่ ทรัพยากรและบุคลากรที่มีอยู่ได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น กระนั้นจำนวนโรงพยาบาลเอกชนเข้าร่วมโครงการลดลงจาก 86 แห่งในช่วงต้นโครงการ เหลือ 69 แห่งในปี 2546 มีประชากรมาลงทะเบียนรวมลดลง กรณีศึกษาจากโรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สระบุรี ชี้ว่าในขณะที่รายได้ที่ได้เป็นส่วนเกินเพื่อให้ได้กำไรในช่วงปีแรก เนื่องจากไม่ค่อยมีเด็กและผู้สูงอายุมาใช้บริการ เมื่อเข้าสู่ปีที่ 2 (2545) มีผู้มาใช้บริการที่โรงพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมาก ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เนื่องจากต้องขยายกำลังคนผู้ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลต้องปรับระบบการทำงานใหม่ การหารายได้ต่อยอดจากกลุ่มผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพทำได้น้อย แต่มีประเด็นที่เป็นผลกระทบต่อภาพลักษณ์ขององค์กร ส่งผลต่อการแข่งขัน มีจำนวนคนไข้ที่จ่ายค่ารักษาเองลดลงร้อยละ 5-10 เมื่อมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) แม้ว่าโรงพยาบาลจะวางแผนเพิ่มรายได้จากบริการด้านอื่นๆ ก็ไม่ประสบความสำเร็จเพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้มักไม่ต้องการห้องพิเศษ ต้นทุนรักษาผู้ป่วยเหล่านี้ (นอนนานเฉลี่ย 5 วัน) จึงมากกว่าผู้ป่วยประกันสังคม (นอนนานเฉลี่ย 2 วันขึ้นไป) และมากกว่าผู้ป่วยทั่วไปที่จ่ายเงินเอง (นอนนานเฉลี่ย 1.9-2 วัน) ในขณะที่โรงพยาบาลเอกชนในละแวกใกล้เคียงที่ไม่เข้าร่วมระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) ไม่มีผลกระทบทางลบในแง่จำนวนผู้ใช้บริการทั้งนี้อาจเป็นด้วยเหตุที่สภาวะทางเศรษฐกิจของประเทศเริ่มดีขึ้นในช่วงเวลาเดียวกัน

ผลที่ไม่พึงประสงค์จากกลไกการจ่ายเงินแบบเหมาจ่าย ร่วมกับการให้ผู้มีสิทธิหรือผู้ประกันตนสามารถเลือกสถานพยาบาลได้โดยอิสระ มีปรากฏให้เห็นได้และเป็นบทเรียนจากการดำเนินการของระบบประกันสังคม ซึ่งน่าจะนำไปพิจารณาประกอบการออกแบบกลไกสำหรับการจัดการระบบการเลือกสถานพยาบาล

ปัญหาการเลือกรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำ (Cream skimming) พบได้ในกลุ่มประกันสังคม ปัญหาของผู้ป่วยที่ป่วยหนักตกอยู่ในกลุ่มโรงเรียนแพทย์ โดยเฉพาะในกลุ่มโรคเรื้อรัง พบว่าโรคมะเร็ง โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (HIV) โรคตับอักเสบเรื้อรัง (Chronic Hepatitis) โรคตับแข็ง (Cirrhosis) และโรคถุงลมโป่งพอง (COPD) มีการเบี่ยงเบนไปสู่โรงเรียนแพทย์มากกว่าที่อื่น

นอกจากนี้ ยังมีผู้แสดงทัศนะและความกังวลเกี่ยวกับผลกระทบจากภาระงานที่เพิ่มขึ้น ร่วมกับการขยายตัวทางเศรษฐกิจที่จะมีผลกระทบต่อการขยายตัวของบริการภาคเอกชนที่จะส่งผลให้เกิดปัญหาสมองไหลของบุคลากรทางการแพทย์ภายในประเทศจากภาครัฐสู่ภาคเอกชนซึ่งย่อมส่งผลกระทบต่อการจัดบริการในพื้นที่ได้ อันเป็นประเด็นที่ต้องคำนึงถึงสำหรับการบริหารทางการเงินด้วย

5. ข้อเสนอแนะทางแนวคิด และการพัฒนาทางวิชาการ

ประเด็นสำคัญในการบริหารด้านการเงินการคลังในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ควรคำนึงถึงเสมอ คือ อำนาจซื้อควรให้เกิดขึ้นในระดับใกล้กับผู้ใช้บริการมากที่สุด อันเป็นจุดที่เกิดประสิทธิภาพในทางเศรษฐศาสตร์สูงสุดและกลไกในการใช้อำนาจนั้นควรให้มีส่วนร่วมของสังคมร่วมกันในขณะที่ยังคงความเอื้ออาทรในระบบไว้ ไม่ว่าแหล่งที่มาของงบประมาณและวงเงินงบประมาณจะเป็นเช่นใด

อย่างไรก็ดี การประมาณการงบประมาณต่อหัวของประชากร ควรเริ่มต้นและอ้างอิงเชื่อมโยงกับกรอบสิทธิประโยชน์ (Benefit model) และเป้าหมายความครอบคลุมมากกว่าที่เป็นอยู่ คุณธรรมและคุณภาพมีต้นทุน (มีตัวเงินและไม่มีตัวเงิน) และมีระยะเวลา การคำนวณงบประมาณต้องคำนึงถึงเงื่อนไขด้านระดับของคุณภาพและมาตรฐาน และความสามารถของระบบในการจัดสรรและใช้ทรัพยากร เช่นเดียวกับการจัดสรรงบประมาณลงสู่พื้นที่และกลไกการจ่ายเงินให้แก่ผู้ให้บริการที่ควรจะพิจารณาความจำเป็นของพื้นที่ ภาระทางการเงินของโรงพยาบาลและเครือข่าย ความยืดหยุ่นทางระบบงบประมาณและศักยภาพในการปรับตัว โดยเฉพาะการคลังของโรงพยาบาลชุมชน ดังนั้นต้องมีการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารทางการเงิน ซึ่งต้องการข้อมูล ต้องมีการพัฒนาระบบบัญชีการเงิน บัญชีต้นทุนและระบบข้อมูลสุขภาพสำหรับการจัดสรรงบประมาณสู่พื้นที่ ตลอดจนระดับของคุณภาพมาตรฐานต่าง ๆ ของสถานพยาบาลที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ เพื่อลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับความมั่นคงของระบบบริการในพื้นที่ และคุณภาพของการดูแลสุขภาพที่ประชาชนจะได้รับ อันเป็นหัวใจสำคัญที่สุด

ศ.นพ. ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย ให้แนวคิดที่พึงพิจารณาเพื่อการวางแผนจัดการบริหารทางการเงินไว้อย่างน่าสนใจ กล่าวคือ เงินไม่ใช่วัตถุทางพันธุกรรม แต่เงินถ่ายทอดเร็วกว่าพันธุกรรม ด้วยเหตุที่เงินเป็นสัญลักษณ์ของความสำเร็จ การยอมรับและความก้าวหน้า ส่วนเกินและส่วนขาดล้วนสะท้อนความไม่เป็นธรรม แต่ส่วนเกินหรือส่วนเก็บทำให้เกิดความคล่องตัวของหน่วยงาน ซึ่งนำไปใช้จูงใจผู้ให้บริการตามความจำเป็นทางสุขภาพได้ ส่วนขาดทำให้ลดการดูแลผู้ป่วยลง เมื่อเป็นระบบเหมาจ่ายส่วนขาดระยะยาวจะทำให้ช่วยประชาชนหรือผู้ป่วยได้น้อยลง การจัดสรรให้เท่ากันไม่ได้แปลว่าเป็นธรรม ดังนั้นควรมีการปันส่วนตามความจำเป็นทางสุขภาพ เพื่อให้ผู้ให้บริการเป็นตัวแทนที่ดีของประชาชน กลไกการบริหารเงินต้องมีคุณธรรมเป็นทางเลือ และวิชาการเป็นเครื่องมือของคุณธรรม

6. โอกาสทางด้านงานวิจัย

6.1 ประเด็นสำคัญในการจัดการทางการเงินการคลังระดับมหภาค

- ผลดี ผลเสีย และความเป็นไปได้ของการบริหารร่วมกันและการรวมกองทุนประกันสุขภาพหลักที่ให้ความคุ้มครองกับประชาชน โดยเฉพาะบทบาทของระบบประกันสังคม ที่จะขยายหรือรักษาระดับหรือจะรวมกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage, UC) ตลอดจนการกำหนดบทบาทของประกันภัย พรบ.บุคคลที่ 3 และประกันสุขภาพเอกชน
- วงเงินงบประมาณรายหัว วิธีการประมาณการและปรับวงเงิน ปัจจัยและน้ำหนักของปัจจัยกำหนดค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม ตลอดจนการจัดสรร การบริหารจัดการเพื่อผลิตภาพ การลดต้นทุนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ และเงื่อนไขทางการจัดการที่เป็นองค์ประกอบที่กำหนดความเพียงพอของเงิน
- การสร้างสมดุลของมาตรการด้านอุปสงค์และมาตรการด้านอุปทานในการกำกับการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่าย ความเป็นไปได้ในการใช้ส่วนร่วมจ่าย (Co-payment) ในกลุ่มผู้มีอันจะกินหรือใช้บริการที่ระดับโรงพยาบาล มากกว่าระดับสถานีอนามัย ตลอดจนเงื่อนไขที่จำเป็น
- การบริหารอำนาจการซื้อรวบยอดของผู้เอาประกันภายใต้ระบบประกันสุขภาพต่างๆ (Collective exercise of purchasing power)
- ปัญหาความครอบคลุม สถานการณ์ของมาตรฐานและค่าใช้จ่ายที่แท้จริงในกลุ่มผู้ป่วยค่าใช้จ่ายสูง (High cost) ที่สำคัญ เช่น โรคมะเร็ง (Cancer) และโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESRD)

6.2 ประเด็นสำคัญในการจัดการทางการเงินการคลังระดับจุลภาค

- รูปแบบที่เหมาะสมและส่งเสริมการยกระดับประสิทธิภาพของระบบบริการของการจัดการเงินเดือนบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงการศึกษาทางเลือกที่เป็นอนุพันธ์ของการจ่ายเงินทั้งแบบ Inclusive และ Exclusive
- ประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของการจัดการระบบบัญชี และการประเมินสถานะทางการเงินและการพัฒนาระบบบัญชีเพื่อการบริหารของโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการ
- ผลกระทบของทุนเดิม และกลไกการจ่ายเงินต่อผลประกอบการทางการเงินของสถานพยาบาล ภายใต้บริบทกลไกการเงินการคลังของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- การพัฒนาระบบและกลไกที่จะสะท้อนค่าใช้จ่ายที่แท้จริงภายใต้มาตรฐานการรักษาที่มีความแม่นยำและเป็นธรรมมากขึ้น รวมถึงการพัฒนาเทคนิคการใช้ Diagnosis-related Group (DRG) ที่สะท้อนมาตรการการรักษาและต้นทุนที่เพียงพอ
- การสร้างสมดุลของมาตรการต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

6.3 ความเชื่อมโยงระหว่างคุณภาพ และการบริหารงานทางการเงิน

- ยิ่งคิดถึงประโยชน์ของผู้ป่วยมากขึ้น จะใช้เงินมากขึ้นหรือน้อยลง?
- ยิ่งคิดถึงประโยชน์ของสังคมมากขึ้น จะใช้เงินมากขึ้นหรือน้อยลง? แพทย์เฉพาะทางพันธุ์แท้ หรือพันธุ์ทาง
- ยิ่งทำดี ยิ่งทำให้ขาดเงินหรือไม่
- ใครลงทุน ใครได้รับประโยชน์ มุมมองคืออะไร?

การพัฒนาระบบบริการ

นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา
นางสาวพินทุสร เหมพิสุทธิ์ นพ.จเด็จ ธรรมธัชอารี นพ.กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์ เรียบเรียง

จากการประมวลภาพรวมในส่วนของการพัฒนาระบบบริการ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยอาศัยข้อมูลหลักจากการประชุมวิชาการ "พลังปัญญา : สู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า" ครั้งที่ 1 วันที่ 19-20 กุมภาพันธ์ 2547 ณ โรงแรมรอยัลริเวอร์ กรุงเทพมหานคร และผลงานวิชาการจากแหล่งต่างๆ ประกอบกับประสบการณ์ในการทำงานจนถึงปัจจุบัน ทำให้สามารถสรุปประเด็นสำคัญที่น่าจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังจะได้เสนอเป็น 3 ส่วน ได้แก่

1. สถานการณ์ ข้อสังเกต และข้อเสนอ
2. ทิศทางในอนาคต
3. ประเด็นที่ควรได้รับการศึกษาวิจัย

1. สถานการณ์ ข้อสังเกต และข้อเสนอ

ข้อมูลที่ปรากฏ สามารถสรุปได้ในระดับหนึ่งว่า จากการเร่งดำเนินการในช่วงแรกของโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) ได้ทำให้เกิดความสับสนในหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง โดยมีสาเหตุหลักมาจากความไม่ชัดเจนในเรื่องหลักการและการดำเนินการต่างๆ ประกอบกับความคาดหวังของประชาชนมีมาก ทำให้พบเห็นปัญหาการร้องเรียนจากการรับบริการ

เมื่อระบบเริ่มมีความชัดเจนมากขึ้น กลไกต่าง ๆ ในการดูแลได้เริ่มดำเนินการ ความเข้าใจในประเด็นต่างๆ ของทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ส่งผลทำให้ปัญหาหลายส่วนได้ลดลง อย่างไรก็ตามยังคงมีปัญหาที่ต้องการการตัดสินใจ บนพื้นฐานของข้อมูลทางวิชาการที่ลงตัวสำหรับทุกฝ่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ระหว่างนักวิชาการและผู้กำหนดนโยบาย โดยต้องตระหนักถึงความพร้อมของปัจจัยพื้นฐานของประเทศ โดยเฉพาะในเรื่องการสนับสนุนจากภาคส่วนต่าง ๆ และศักยภาพของระบบสุขภาพที่มีอยู่ เมื่อเทียบกับหลักการประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่พึงประสงค์

ตัวอย่างเช่น เรื่องชุดสิทธิประโยชน์ของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) ที่ยังไม่ครอบคลุมทุกโรค ทำให้มีการเรียกร้องสิทธิในการเข้าถึงบริการจากโรคนั้น ๆ อยู่ ซึ่งปัจจุบันยังมีปัญหาในเรื่องการให้ยาต้านไวรัสเอดส์กับผู้ป่วย และการล้างไตในภาวะไตวายเรื้อรัง โดยในปัจจุบันแม้ว่าจะมีการจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมเพื่อดำเนินการเรื่องยาต้านไวรัสเอดส์ ให้กับกลุ่มเป้าหมาย

ประมาณ 6,000 คน และเพิ่มเป็นอีกประมาณ 20,000 ราย ในปี 2547 แต่ก็ยังไม่ได้มีการตอบคำถามให้ชัดเจนลงไปว่า การสนับสนุนดังกล่าว มีความเหมาะสมมากน้อยเพียงใด สอดคล้องกับหลักการที่ต้องการหรือไม่ สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพเพียงใด

ในที่นี้จะขอยกระบบที่สำคัญ 2 ระบบ ที่พบปัญหาในเรื่องหลักการและการดำเนินการดังกล่าวข้างต้น

1.1 ระบบบริการ

1.1.1 ระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care System)

ต้องยอมรับว่า ระบบบริการปฐมภูมิที่ผู้ให้บริการทั่วประเทศจัดตั้งขึ้นในปัจจุบัน มีความหลากหลายอยู่ระดับหนึ่ง ซึ่งแม้ว่าจะมีโครงสร้างพื้นฐานที่เป็นปัญหาคล้ายกันอยู่บ้าง (เช่น ความขาดแคลนทรัพยากรและบุคลากร ปัญหาเฉพาะของพื้นที่ ศักยภาพของชุมชน ฯลฯ) แต่ก็ยังพบว่ายังมีหลักการที่ค้านกันอยู่ ดังนี้

- การจัดการโครงสร้างพื้นฐานที่เหมาะสมกับระบบที่คาดหวัง น่าจะเป็นอย่างไร จะลดความขาดแคลนร่วมกับเพิ่มประสิทธิภาพได้อย่างไร จะพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานควบคู่กับการบริหารจัดการได้อย่างไร จะมีการกระจายโครงสร้างพื้นฐานที่สำคัญอย่างเหมาะสมได้อย่างไร
- ความหลากหลายของรูปแบบการจัดบริการที่เกิดขึ้น ถือเป็นประโยชน์ต่อระบบโดยรวม ที่ควรต้องส่งเสริมภายใต้กรอบที่เหมาะสม หรือ ควรทำเป็นรูปแบบที่ชัดเจนเหมือนกันเป็นประเด็นที่ยังไม่มีคำตอบที่ชัดเจน ซึ่งในความเป็นจริงจะพบว่าเป็นเรื่องที่ยากมาก และอาจไม่เกิดประสิทธิภาพ จึงควรมีระบบที่สามารถปรับให้สอดคล้องกับสภาพของพื้นที่ให้มากที่สุด
- ผู้ที่เกี่ยวข้องกับกลไกย่อยที่สำคัญ เช่น การเยี่ยมบ้าน การทำ Family Folder ยังคงมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนอยู่ส่วนหนึ่ง เช่น ในหลายพื้นที่มีการตั้งเป้าหมายของการเยี่ยมบ้านเพียงการได้เก็บข้อมูลลง Family Folder ทั้งที่จริง ๆ แล้ว การเยี่ยมบ้าน ควรเป็นรูปแบบการทำงานเชิงรุกอย่างหนึ่งที่พิจารณาแล้วว่าเหมาะสมกับพื้นที่ โดยอาจมีวิธีการเลือกกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจนในระดับหนึ่ง ในขณะที่ Family Folder ก็น่าจะเป็นเครื่องมือในการเก็บรวมรวมและวิเคราะห์ เพื่อใช้ประโยชน์ข้อมูลสถานะสุขภาพและความต้องการรับบริการของประชาชนในพื้นที่
- ระบบที่เปลี่ยนไปในลักษณะของการมีผู้ซื้อและผู้ขายบริการสุขภาพ เป็นสิ่งที่ต้องนำมาวิเคราะห์ในการพัฒนาระบบบริการ เช่น กระทรวงสาธารณสุขในฐานะผู้ขายบริการสุขภาพควรจัดบริการให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ซื้อบริการให้ได้ตามข้อตกลงร่วมกัน ในขณะที่ผู้ซื้อบริการสุขภาพก็ควรมีการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อประเมินสถานการณ์และความเป็นไปได้ในการสนับสนุนรูปแบบต่าง ๆ เช่น การปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐาน รวมทั้งเพื่อประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพที่คาดหวัง
- ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการจัดระบบบริการปฐมภูมิ ได้แก่

- การวิเคราะห์โครงสร้างพื้นฐานเพื่อเตรียมความพร้อมในด้านต่าง ๆ จากระบบที่อยู่เบื้องบน เช่น ทรัพยากรและศักยภาพของพื้นที่ ร่วมกับมีระบบติดตามกำกับ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาที่จำเป็นอย่างเหมาะสม
- ผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะกลุ่มผู้ให้และผู้รับบริการในพื้นที่ มีความเข้าใจแนวคิดและหลักการที่เพียงพอจนสามารถร่วมกันกำหนดทิศทางการจัดระบบบริการปฐมภูมิที่เหมาะสม ในฐานะที่เป็นระบบย่อยในระบบใหญ่ของประเทศ
- องค์ความรู้ที่เปิดกว้าง เพื่อให้สามารถคิดค้นหานวัตกรรมใหม่ ๆ ที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับพื้นที่ โดยเฉพาะในเรื่อง
  - การดูแลภาคชีวะการแพทย์ (Biomedical approach) และ จิตวิทยาสังคม (Psychosocial approach)
  - การประสานงานกับองค์กรส่วนท้องถิ่น โดยเฉพาะในเรื่องความร่วมมือและการสนับสนุนทรัพยากร
- ความตระหนักอย่างเข้าใจเกี่ยวกับต้นทุน โดยไม่ควรมุ่งเพียงการลดต้นทุน แต่ควรพิจารณาประเด็นอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น การทำในสิ่งที่ต้องทำและจำเป็น ลดการสูญเสียโดยเปล่าประโยชน์ให้เหลือน้อยที่สุด รวมทั้งการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพจนสามารถลดการรั่วไหลลงได้

1.1.2 ระบบบริการจิตเวช (Psychiatric Service System)

ระบบบริการจิตเวช เป็นหนึ่งในหลายประเด็นที่สามารถหยิบยกขึ้นมาเป็นกรณีศึกษาเกี่ยวกับระบบที่มีอยู่ได้ ดังประเด็นต่อไปนี้

- การกำหนดสิทธิประโยชน์ของการให้บริการที่มีอยู่ส่วนหนึ่งมีที่มาจากระบบประกันสุขภาพแบบอื่น ๆ ที่มีอยู่แล้ว แต่ยังมิได้มีการปรับให้เข้ากับหลักการของการประกันสุขภาพที่พึงประสงค์อย่างเต็มที่ ทำให้ยังคงพบปัญหา เช่น สิทธิประโยชน์ที่ผู้รับบริการได้รับ เพียง 21 วัน อาจไม่สามารถครอบคลุมตลอดกระบวนการรักษาที่เหมาะสมและจำเป็นได้ เนื่องจากผู้ป่วยในกลุ่มนี้ถือเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลโดยเฉพาะ ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มประกันสังคมที่มีการคัดกรองเหลือเฉพาะกลุ่มประชากรที่มีร่างกายค่อนข้างแข็งแรง
- ในขณะเดียวกัน การกำหนดอัตราการจ่ายค่าบริการ ควรมองทั้งระบบที่เกี่ยวข้องตลอดกระบวนการที่จำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมซึ่งคาดว่าน่าจะช่วยแก้ไขและป้องกันปัญหาที่ผู้ป่วยต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวช

1.2 งบประมาณ

ข้อมูลที่ได้รับจากการสัมมนา พบว่าหลายพื้นที่ต้องประสบกับปัญหาเรื่องงบประมาณใน 2 ส่วนหลัก ๆ คือ การบริหารจัดการ และ ความพอเพียง กล่าวคือ ในแง่ของการบริหารจัดการนั้น พบว่าแต่ละพื้นที่มีรูปแบบที่แตกต่างกัน ส่วนหนึ่งพบว่ามีขั้นตอนมาก ทำให้ขาดความคล่องตัว ทั้งในระดับ

จังหวัดและพื้นที่ต่าง ๆ ในจังหวัด จึงควรมีการทบทวนระบบการเบิกจ่ายให้มีมาตรฐานที่ชัดเจน เพื่อเป็นหลักประกันในเรื่องความคล่องตัวและรวดเร็วสามารถตอบสนองต่อการใช้จ่ายงบประมาณของสถานบริการได้ทันความต้องการ ส่วนในแง่ของความเพียงพอนั้น ควรมีการคำนึงถึง Economy of Scale และความคุ้มทุนของผู้ให้บริการเมื่อเทียบศักยภาพกับภาระงานที่ได้รับด้วย

2. ทิศทางในอนาคต

จากการประเมินสถานการณ์ และปัญหาที่ยังมีอยู่ในระบบ ทำให้ได้ข้อเสนอเกี่ยวกับทิศทางในอนาคตของการพัฒนาระบบบริการ โดยสามารถแยกเป็นหัวข้อดังนี้

2.1 ระบบบริการ

ระบบบริการปฐมภูมิที่มีความสอดคล้องเหมาะสมกับพื้นที่ น่าจะมีบทบาทมากขึ้นเรื่อย ๆ ควบคู่ไปกับการเพิ่มความตระหนักในมิติทางกาย จิตใจ และสังคม แต่ทั้งนี้ควรมีวิเคราะห์โครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็นต่อการจัดบริการในระดับหนึ่งเพื่อให้สามารถรับการสนับสนุนที่จำเป็นได้อย่างเพียงพอและเหมาะสมกับสภาพปัญหาและสถานการณ์ของแต่ละพื้นที่ที่มีความหลากหลาย

2.1.1 ประสิทธิภาพของระบบ

การพัฒนาระบบบริการให้มีประสิทธิภาพสูงสุด น่าจะเกิดได้จากการที่แต่ละภาคส่วนที่สำคัญ ได้แก่ ผู้ซื้อบริการสุขภาพ ผู้ให้บริการสุขภาพ และประชาชนผู้รับบริการสุขภาพในพื้นที่ สามารถทำงานร่วมกันได้อย่างสมดุล มีความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกัน แต่ทั้งนี้ก็ขึ้นอยู่กับปัจจัยบางอย่างที่สำคัญ เช่น ศักยภาพของพื้นที่ ทั้งในด้านผู้ให้บริการและผู้รับบริการ หรือ รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่จะสามารถทำให้เกิดความเป็นเจ้าของได้มากน้อยเพียงใด

เป้าหมายที่พึงประสงค์ก็คือพื้นที่ที่มีความเป็นเจ้าของร่วมกันสูงโดยชุมชนร่วมกันกำหนดความต้องการตามสถานการณ์ แล้วพิจารณารูปแบบการจัดบริการ ระบบงบประมาณ และการติดตามประเมินผลที่เหมาะสม จนเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ รวมทั้งยังเกิดกลไกการจัดการปัญหาที่มีลักษณะเฉพาะพื้นที่ ซึ่งเป้าหมายในลักษณะนี้ อาจต้องใช้เวลามาก และคงจะเกิดได้ในบางพื้นที่เท่านั้น

ในทางกลับกัน อีกทางเลือกหนึ่งซึ่งสามารถทำได้ง่ายกว่า ได้แก่การใช้วิธีเชิญชุมชนเข้ามาร่วมกำหนดกรอบความต้องการที่จำเป็นและเหมาะสมกับพื้นที่โดยประเด็นสำคัญบางประเด็นอาจมีความลึกซึ้งในการประสานความร่วมมือไม่เท่ากัน

2.1.2 การจัดบริการ

ควรใช้ข้อมูลที่เชื่อถือได้ในระดับหนึ่ง ประกอบการวิเคราะห์เพื่อจัดบริการที่สำคัญและจำเป็น เช่น แนวโน้มที่โรคเรื้อรังมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้น หรือ แนวโน้มที่ประชาชนมีโอกาสจะพึ่งพิงสถานบริการมากขึ้นจนเกินกว่าที่ระบบที่มีโครงสร้างพื้นฐานจำกัดจะรองรับได้จึงควรมีการพัฒนารูปแบบและกลไกในการดูแลประชากรกลุ่มนี้ออกเป็นการเฉพาะ และมีความสมดุลระหว่างครอบครัว ชุมชน และสถานบริการในพื้นที่ มิใช่พัฒนาแต่เพียงกลุ่มผู้ให้บริการฝ่ายเดียว

นอกจากนี้ ในภาพรวมของประเทศ ยังควรมีการศึกษาเพื่อหาข้อมูลมาประกอบการกำหนดเป้าหมายในการจัดบริการ เช่น หากทราบว่าคนไทยมักเริ่มป่วยด้วยโรคเรื้อรังบางโรคที่อายุเท่าใด ก็สามารถนำมากำหนดเป็นตัววัดที่ชัดเจนได้ง่ายขึ้น

2.2 งบประมาณ

ระบบงบประมาณที่มีอยู่ในปัจจุบัน โดยเฉพาะในส่วนของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค น่าจะมีความชัดเจนมากขึ้นเรื่อยๆ ทั้งในเรื่องของที่มาของแหล่งเงิน การคำนวน Unit Cost ความครอบคลุมของบริการในกรณีต่างๆ ซึ่งจะเป็นแรงกระตุ้นที่สำคัญแก่ผู้ให้บริการต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐหรือเอกชน

ความชัดเจนดังกล่าว ไม่ได้หมายความถึงเพียงการแยกชุดสิทธิประโยชน์บางอย่างออกมา หากแต่เป็นการกำหนดข้อตกลงร่วมกันในขั้นต้นว่าประชาชนในพื้นที่ต่างๆ ควรได้รับบริการใดบ้าง ศักยภาพขั้นต่ำที่ผู้ให้บริการในพื้นที่ส่วนใหญ่สามารถให้บริการได้ น่าจะมีอะไรบ้าง รวมทั้งควรมีการวิเคราะห์เรื่องการกำหนดสิทธิประโยชน์ (การจัดบริการ) ควบคู่ไปกับการจัดการงบประมาณ

2.3 บุคลากร

ในสถานการณ์ที่ภาพรวมของประเทศยังมีความขาดแคลนอยู่โดยทั่วไป การจะเพิ่มปริมาณของบุคลากรสาธารณสุขคงจะเป็นไปได้ยาก จึงควรมีการพัฒนาในแง่ของประสิทธิภาพของระบบบริหารจัดการบุคลากรเพิ่มขึ้น โดยการพัฒนาบริการที่เน้นตัวงานมากกว่าความเป็นวิชาชีพ เช่น การกำหนดแนวทางการให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ว่าเรื่องใดสามารถให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำได้ เรื่องใดสามารถให้ชุมชนทำได้ หรือการพัฒนาระบบบริการฉุกเฉินที่เน้นการสร้างศักยภาพของเจ้าหน้าที่กู้ภัย เป็นต้น

2.4 ผู้มีส่วนได้เสียต่างๆ (Stakeholders)

2.4.1 กลุ่มผู้บริหาร

ควรมีการติดตาม กำกับ และประเมินสถานการณ์อย่างใกล้ชิด เพื่อนำข้อมูลที่เชื่อถือได้มาพัฒนาระบบในภาพรวมและภาพย่อย ทั้งในด้านการบริการ การบริหาร และการเงิน

2.4.2 กลุ่มผู้รับบริการ

ความสามารถในการเข้าถึงบริการ ดูจะกลายเป็นประเด็นที่จะมาแทนที่หลักการใกล้บ้านใกล้ใจมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งหากเป็นเช่นนั้นจริง การจัดบริการควรมีการพัฒนาไปในทิศทางใด การจัดบริการอาจเปลี่ยนไปอยู่ในลักษณะที่ผู้รับบริการมีโอกาสมากขึ้นในการร่วมเสนอความต้องการและการสนับสนุนที่พอจะทำได้แก่ผู้ให้บริการ

2.4.3 กลุ่มผู้ให้บริการ

การจัดบริการโดยกลุ่มผู้ให้บริการ จะมีการคำนึงประสิทธิภาพและความคุ้มค่ามากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งจะประสบความสำเร็จได้จากการที่สามารถวิเคราะห์ระบบที่มีอยู่เพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมร่วมกับอีกสองกลุ่มข้างต้น เช่น การสร้างเวทีการมีส่วนร่วม จนเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกัน

2.5 ระบบฐานข้อมูล

ฐานข้อมูลที่สำคัญมากอันหนึ่ง คือ ฐานข้อมูลของสภาวะสุขภาพของชุมชน ที่สามารถนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อประกอบการจัดบริการทั้งเชิงรับและรุกอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการที่จะได้ฐานข้อมูลที่ดี และสามารถใช้ประโยชน์ได้จริง ต้องเกิดบนพื้นฐานของความเข้าใจจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ดังจะเห็นได้จากตัวอย่างที่มีการเก็บข้อมูลโดยใช้ Family Folder เพียงเพื่อทำยอดประกอบการเบิกงบประมาณโดยขาดความเข้าใจ จึงไม่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้เต็มที่

3. ประเด็นที่ควรได้รับการศึกษาวิจัย

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้น จะพบว่ามีประเด็นที่ยังเป็นปัญหาและข้อสงสัยอยู่มากมาย ซึ่งสมควรอย่างยิ่งที่จะได้รับการศึกษาเพิ่มเติม เพื่อให้ได้ข้อมูลและหลักฐานที่เชื่อถือได้ นอกจากนี้ ยังมีประเด็นอื่น ๆ ที่น่าสนใจที่ได้จากการประชุมวิชาการโดยสังเขป ดังนี้

หลักการ

- ปรัชญาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสุขภาพ ที่มุ่งให้เกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เช่น
  - Purchaser-Provider Split จะเป็นอย่างไร
  - ประชาชนต้องการ "ใกล้บ้าน ใกล้ใจ" จริงหรือไม่
  - การเลือกสถานบริการโดยประชาชนจะเป็นอย่างไร
- หลักการจัดบริการในระดับประเทศ เขต จังหวัด และพื้นที่
- หลักการจัดงบประมาณ เมื่อเทียบกับศักยภาพของพื้นที่และบริการที่ครอบคลุม

ระบบบริการปฐมภูมิ

- รูปแบบ ขอบเขต บทบาทหน้าที่ วิธีดำเนินงาน ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามสภาพพื้นที่ที่มีความหลากหลาย
- หลักเกณฑ์ที่เหมาะสมในการจัดทีมผู้ให้บริการ เกี่ยวกับศักยภาพ (Competency) และอัตรากำลัง
- รูปแบบการบริหารจัดการ และการสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น สำหรับหน่วยบริการในระดับต่าง ๆ
- รูปแบบการสร้างสมดุลของความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่าง ๆที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในเรื่องการจัดบริการและการสนับสนุนที่จำเป็น
- เกณฑ์ชี้วัดที่เหมาะสมในการติดตามประเมินเพื่อพัฒนา

ระบบบริการเฉพาะ

- รูปแบบการจัดบริการและสิทธิประโยชน์ที่สอดคล้องกับระบบงบประมาณ เช่น บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริการทันตกรรม บริการจิตเวช
- ความต้องการบริการเฉพาะของประชาชนในพื้นที่ลักษณะต่างๆ ที่มีความเจริญไม่เท่ากัน
- การประสานบริการระหว่างระบบบริการเฉพาะและระบบบริการในสถานพยาบาล
- การประสานบริการระหว่างระบบบริการภาครัฐและภาคเอกชน
- ต้นทุนของการจัดบริการเฉพาะกลุ่มประชากรและกลุ่มโรค
- เกณฑ์ชี้วัดที่เหมาะสมในการติดตามประเมินเพื่อพัฒนา
- แผนการพัฒนาระบบที่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพของประชาชน

ผลกระทบของระบบหลักประกันสุขภาพ

- สภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนไปหลังจากมีโครงการฯ
- ความคุ้มค่าของโครงการฯ
- การคงอยู่ขององค์ประกอบสำคัญของระบบ โดยเฉพาะ ทรัพยากรบุคคล
- การสนับสนุนและแรงจูงใจที่จำเป็นต่อระบบฯ
- การพึ่งพาตนเองของประชาชนที่เปลี่ยนแปลงไป

การเพิ่มขีดความสามารถ
สู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ศ.นพ.จิตร สิทธีอมร
นพ.กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์ เรียบเรียง

1. บทนำ

การบริหารจัดการโดยใช้การเพิ่มขีดความสามารถ มิได้หมายความว่าตอนนี้ระบบไม่มีความสามารถ แต่เป็นมุมมองที่จะพยายามตอบคำถามที่เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา เช่น การจัดบริการต่างๆ ที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถให้บริการที่ดีที่สุดแก่ประชาชนจนถึงทุกวันนี้นั้น เป็นการประกันสุขภาพถ้วนหน้าจริงหรือไม่ ทำแล้วคนจะมีสุขภาพดีจริงหรือเปล่า หรือในอีกแง่หนึ่งก็เป็นเรื่องเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายเนื่องจากบริการสุขภาพทุกชนิดต้องมีต้นทุน ยกตัวอย่างเช่นหากต้องการให้ต้นทุนต่ำมากๆ บางครั้งอาจต้องไปจัดบริการในวัด ซึ่งก็จะเกิดคำถามที่สองว่าความเป็นวิชาชีพหรือความรู้ทางการแพทย์ (Professionalism) มีความสำคัญมากน้อยเพียงใด หากไม่ใช้จะเกิดปัญหาอะไรได้บ้างเป็นต้น

สาเหตุที่ต้องเพิ่มขีดความสามารถ ก็เนื่องจากการที่ปัญหาสุขภาพมีความหลากหลายและมีความจำเพาะตามพื้นที่และประชากรกลุ่มเป้าหมาย และที่สำคัญก็คือ ส่วนใหญ่จะทำนายและป้องกันได้หากจัดการได้ดี ยกตัวอย่างเช่น โรคหิ่วในภาคตะวันออกเฉียงเหนือหรือเบาหวานในพื้นที่ส่วนใหญ่ที่สุดท้ายทำให้ไตวายซึ่งต้องได้รับการฟอกไต ในขณะที่ตอนนี้เรากลับมาถกเถียงกันเพียงเรื่องชุดสิทธิประโยชน์ว่าจะรวมการฟอกไตหรือเปลี่ยนไตเข้าไปด้วยหรือไม่ นอกจากนี้ยังพบว่าประชาชนมีหลักประกันไม่เท่ากันในทางปฏิบัติ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการมีสถานภาพทางสุขภาพไม่เท่ากัน หรือในบางกลุ่มขาดการเข้าถึงบริการจำเป็นพื้นฐาน จึงเป็นหน้าที่ที่สังคมต้องร่วมมือกันให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยอาศัยค่านิยมของสังคมเป็นตัวกำหนดแนวทางความร่วมมือ โดยใช้กลไกการเข้าถึงบริการสุขภาพตามความสามารถจ่ายได้

อีกสาเหตุหนึ่งก็คือ ในปัจจุบันมีโอกาสที่น่าสนใจ คือ ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางสุขภาพที่จะทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้นอย่างไม่เคยมีมาก่อน แต่กลับพบว่าประชาชนยังไม่ได้ประโยชน์จากความก้าวหน้านั้นอย่างเต็มที่และทั่วถึง ซึ่งสาเหตุหนึ่งเกิดจากการไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ เนื่องจากไม่มีกำลังจ่าย ยกตัวอย่างเช่น หากมีคนในครอบครัวป่วยเป็นโรคร้ายแรงโรคหนึ่ง ที่สามารถรักษาได้โดยใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ คนจนและคนรวยจะสามารถเข้าถึงการรักษาดังกล่าวได้เท่าเทียมกันหรือไม่ จึงเป็นแนวโน้มพบเห็นโดยทั่วไปที่จะใช้ระบบประกันความเสี่ยงด้านสุขภาพเป็นกลไกในการเข้าถึงดังกล่าว

สาเหตุประการที่สาม คือการเลือกใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ อย่างไม่เหมาะสม ทั้งๆ ที่มีทรัพยากรที่จำกัด เช่น การเลือกใช้ยาโดยพิจารณาเพียงข้อมูลที่มีผู้นำเสนอ หรือ การเลือกตามกระแสนิยม แทนที่จะเลือกใช้ตามคุณภาพและมีราคาพอสมควร จึงควรมีการเพิ่มขีดความสามารถในการประเมินเรื่องเหล่านี้ให้แก่ระบบด้วย ซึ่งควรทำในทุกระดับ ตั้งแต่ Primary, Secondary และ Tertiary Care

แม้ว่าจะมีการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับประชาชนไทย ซึ่งพบว่าประสบความสำเร็จในระดับหนึ่ง แต่ในอีกด้านหนึ่งกลับพบว่ามีปัญหามากมายในทางปฏิบัติ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ให้บริการในระบบสุขภาพ สาเหตุหลักประการหนึ่ง คือ ระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่ ยังมีขีดความสามารถไม่เพียงพอการพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงควรมีการสร้างขีดความสามารถ เพื่อให้มีหลักประกันที่มีคุณภาพ ราคาพอสมควรและคุ้มค่า เป็นที่ยอมรับในทรรศนะของสังคม ที่ได้สมดุลระหว่างผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และศักยภาพของระบบ โดยคำนึงถึงข้อจำกัดด้านทรัพยากรและบุคลากร ซึ่งเป็นหนึ่งในหลายสิ่งท้าทายที่น่าสนใจที่จะกล่าวถึงต่อไป

2. สิ่งท้าทาย (Challenges)

2.1 การจัดบริการสุขภาพถ้วนหน้าในสภาพทรัพยากรจำกัด

การจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในสภาพทรัพยากรจำกัด หากดูเพียงรูปประโยคจะเหมือนกับเป็นเรื่องเพ้อฝัน แต่ในความหมายของคำว่าหลักประกันสุขภาพ จะมีได้ 2 ขั้ว คือ "ทุกคนได้รับเหมือนกันหมด" หรือ "ตามความสามารถในการจ่าย" ดังตัวอย่างที่ 1

ตัวอย่างที่ 1

หากมีภรรยาเป็น Hepatitis และได้รับ Vaccine ตามสิทธิประโยชน์แล้ว แต่มีงานวิจัยระบุว่าการให้ Immunoglobulin สามารถลดความเสี่ยงที่ลูกจะเป็น Hepatitis ลงได้ 5% แม้ว่าระบบที่มีอยู่จะยังไม่สามารถจ่ายค่ารักษาราคาแพงเช่นนั้นได้ แต่หากมีเงินพอ ถามว่าครอบครัวนั้น ๆ สามารถจ่ายเองได้หรือไม่ ไม่ใช่บอกแต่เพียงว่าอยู่นอกชุดสิทธิประโยชน์ หรือ สถานพยาบาลละแวกนั้นไม่มียาดังกล่าว

จากตัวอย่างแสดงให้เห็นว่าระบบที่ดีควรมีการผสมผสานหลักการทั้งสองเข้าด้วยกันอย่างลงตัว รวมทั้งการจัดการระบบที่สมดุลระหว่างส่วนกลางและผู้ปฏิบัติ เพื่อให้สามารถครอบคลุมบริการทุกชนิดที่จำเป็น ทั้งกลุ่มที่อยู่ในความสามารถของระบบประกันสุขภาพที่ทุกคนได้รับเหมือนกันหมด และกลุ่มที่จำเป็นต้องจ่ายเพิ่มตามความเหมาะสมกับระดับต่างๆ ซึ่งโดยสรุปแล้วจะมีประเด็นที่ต้องพิจารณาคือ (1.) กลไกการจ่ายเงิน (Payment Mechanism) (2.) แหล่งเงิน (Source of Insurance) (3.) ชุดสิทธิประโยชน์ (Benefit Scheme) และ (4.) องค์กรหรือหน่วยงานที่ให้บริการ (Service Organization) นั่นเอง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบหลักการของการจัดประกันสุขภาพ 2 ขั้ว

วัตถุประสงค์	ถ้วนหน้า	สามารถจ่ายได้
เจ้าของ	รัฐ (Central Plan)	เอกชน (Market Mechanism)
การจัดสรร	งบประมาณ	การกำหนดราคา
Demand/Supply	D>S or S/D	สมดุล
เมื่องบไม่พอ	จัดงบเสริม	ต้องไม่ขาดทุน
ประสิทธิภาพ	??	Fair Market?
คุณภาพ	??	Fair Market?

2.2 ความจำเพาะของพื้นที่

เนื่องจากแต่ละพื้นที่มีประเด็นปัญหาไม่เหมือนกัน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในแต่ละพื้นที่ไม่เหมือนกัน สถานภาพทางเศรษฐกิจไม่เท่ากัน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง แต่ละพื้นที่มีความสามารถในการจัดการไม่เท่ากัน จึงเป็นเรื่องท้าทายว่าจะทำอย่างไรให้สามารถจัดหลักประกันสุขภาพที่สามารถตอบสนองได้ทั้งบริการสุขภาพที่ให้และการบริหารจัดการระดับพื้นที่ด้วย เนื่องจากในปัจจุบันยังไม่ชัดเจนว่าพื้นที่ต่าง ๆ พร้อมเป็นตัวจัดการหลักหรือไม่ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความพร้อมมากน้อยเพียงใด มีความขัดแย้งกันเองหรือไม่ ประเด็นสำคัญของแต่ละพื้นที่คืออะไร และจะใช้ศาสตร์อะไรเป็นหลักในการจัดบริการและแก้ปัญหาที่พบ ฯลฯ

ตัวอย่างที่ 2

แพทย์จบใหม่ที่เป็นพนักงานของรัฐ มักได้รับการบรรจุในโรงพยาบาลที่มีความขาดแคลน โดยต้องทำงานด้านบริหารซึ่งไม่เคยเรียนมาก่อนด้วย รวมทั้งยังต้องวิเคราะห์สถานการณ์และความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่เพื่อประกอบการจัดบริการที่เหมาะสม ในขณะที่ระบบปัจจุบันคาดหวังว่าจะใช้กลไกทางการเงินเพื่อช่วยเอื้อให้เกิดหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชน

นอกจากนี้ การแข่งขันจากภายนอก ถือเป็นอีกเรื่องหนึ่งที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เช่น หลายองค์กรในต่างประเทศ พร้อมที่จะเข้ามาจัดบริการเพื่อแข่งขันกับระบบบริการที่เรามีอยู่ และเก็บเกี่ยวผลประโยชน์ ซึ่งต้องยอมรับว่ามีความเป็นไปได้สูงที่ประชาชนที่มีความสามารถในการจ่ายจะถือเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่น่าสนใจ ทำให้ภาครัฐต้องรับผิดชอบประชาชนผู้ด้อยโอกาสส่วนที่เหลือในที่สุด จึงควรมีการพัฒนาความสามารถในการแข่งขันของระบบที่มีอยู่ด้วย เช่น การจัดหาเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีประโยชน์ โดยหากใช้กลไกที่ดีและมีสมดุลระหว่างหลักการทั้งสองแบบดังกล่าว จะสามารถได้ราคาที่เหมาะสม

2.3 มาตรฐาน

สิ่งท้าทายอีกเรื่องหนึ่งที่มีความสำคัญก็คือ ต้องมีความตระหนักในมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง เช่น บริการที่มีคุณภาพ บุคลากรมีความรู้ความสามารถเพียงพอทั้งในแง่วิชาชีพและการบริการ เครื่องมือเครื่องใช้ที่มีคุณภาพดี ตลอดจนยาที่ได้มาตรฐาน เป็นต้น ซึ่งแต่ละเรื่องถือเป็นเรื่องใหญ่ที่ต้องอาศัยการบริหารจัดการระบบที่เหมาะสม เพื่อให้ในที่สุดแล้วประชาชนคนไทยจะได้รับการประกันสุขภาพ สามารถเก็บเกี่ยวประโยชน์จากเทคโนโลยีได้อย่างเต็มที่และเหมาะสม ไม่เสียโอกาสที่ควรได้รับ ทั้งนี้จะถือว่า **เงิน เป็นเพียงเครื่องมือในการจัดการระบบเท่านั้น** ซึ่งต้องได้รับการจัดสรรให้เพียงพอกับความต้องการของประชาชน

จนถึงปัจจุบันแม้ว่าจะมีการพิสูจน์แล้วว่าคนด้อยโอกาสสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้นแต่ก็ยังไม่มีใครตอบได้ว่า บริการที่ได้รับไปนั้น มีมาตรฐานหรือไม่ แม้กระทั่งการจัดหน่วยบริการปฐมภูมิ ก็ควรมีมาตรฐานขั้นต่ำบางอย่างรองรับ โดยหากในบางพื้นที่ไม่สามารถจัดได้แล้ว ก็ควรมีการสนับสนุนที่เหมาะสมและเพียงพอตามความเป็นจริง

การจะทำให้เกิดเรื่องดังกล่าวได้นั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีข้อมูลและหลักฐานที่เพียงพอ เพื่อให้สามารถใช้ประกอบการเจรจากับฝ่ายการเมืองและสังคมได้อย่างเต็มที่

3. การจัดการระบบ (System Administration)

การจัดการระบบเพื่อให้สามารถรับมือกับสิ่งท้าทายต่างๆ ที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นและสามารถไปสู่เป้าหมายคือหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำเป็นต้องคำนึงถึงประเด็นที่สำคัญ คือ กลุ่ม "ผู้จัดการ" ซึ่งประกอบด้วยภาคส่วนต่างๆ ได้แก่ ภาครัฐ ประชาชน ภาคเอกชน องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ (NGOs) และนักวิชาการ ที่จำเป็นจะต้องประสานงานกันอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งระดับจัดการจะมีอยู่ 4 ระดับ ตั้งแต่การจัดการเชิงนโยบาย (ต้องร่วมกันสรุปสมดุลระหว่างหลักการทั้งสองข้างต้น) การจัดโครงสร้างและค่านิยมของสังคม (ไม่ใช่แค่ว่าไปหาหมอต้องได้น้ำเกลือ) การสร้างความตระหนักและปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิต (ไม่ใช่ว่าทำลายสุขภาพตัวเองแล้วเรียกร้องสิทธิ) ตลอดจนการจัดบริการคัดกรองโรค รักษาอย่างทันท่วงที ลดภาวะแทรกซ้อน และฟื้นฟูสภาพ

4. การสร้างความสามารถ (Capacity Building)

4.1 ฝ่ายบริการ

ควรมีการสร้างทั้ง "ความรู้" และ "ความสามารถในการจัดการระบบ" โดยอาจเริ่มโดยการสร้างผู้นำและผู้จัดการระบบที่สามารถเผยแพร่แนวคิด มีความเป็นผู้นำ รวมทั้งสามารถระดมทรัพยากรและจัดการระบบได้และตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจอุดมการณ์และบริบทเฉพาะของแต่ละพื้นที่ นอกจากนี้ยังควรสร้างรูปแบบสำหรับเรื่องที่สำคัญบางอย่าง เช่น การเข้าถึงบริการและยาที่เหมาะสม

4.2 ฝ่ายใช้ความรู้ตัดสินใจ

ผู้วางนโยบายควรได้รับข้อมูลองค์ความรู้ที่ดีที่สุดเพื่อประกอบการตัดสินใจโดยอาจดำเนินการผ่านกลไกบางอย่าง เช่น สื่อมวลชน ในขณะที่ผู้ให้ทุนหรือนักลงทุน ควรได้รับข้อมูลที่สามารถสร้างความตระหนักในเรื่องความรับผิดชอบต่อสังคมโดยรวม มิใช่เพียงเรื่องกำไรขาดทุนเพียงอย่างเดียว

4.3 การสร้างทรัพยากร

ควรมีการพัฒนาทรัพยากรใหม่ ๆ ขึ้น นอกจากนี้ควรมีการคงไว้ในเรื่องที่เป็นจุดแข็งต่าง ๆ เช่น บรรยากาศการทำงาน เครือข่ายต่าง ๆ ที่มีอยู่ ความเอื้ออาทร ความศรัทธา เพื่อป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นกับกลไกการตลาดที่สัมพันธ์กัน (Inter-related Market) เช่น การที่แพทย์ในภาครัฐย้ายไปทำงานให้ภาคเอกชน จะมีผลกระทบต่อเนื่องกับตลาดของการให้บริการ อุตสาหกรรมยา แม้กระทั่งการผลิตแพทย์ เป็นต้น

5. สร้างองค์ความรู้สู่อนาคต

5.1 การสร้างความรู้เพื่อเพิ่มการตอบสนองของระบบสุขภาพต่อปัญหา

5.1.1 การเงินการคลังและกลไกการตลาดที่สัมพันธ์กัน (Financial & Inter-related Market)

- ความสัมพันธ์ระหว่างตลาดต่าง ๆที่เกี่ยวข้อง เช่น
  - ระบบประกันสุขภาพ
  - เครื่องมือทางการแพทย์
  - ยา
  - การผลิตบุคลากร
- การหาความคิดร่วม ระหว่างฐานการคิดแบบต่าง ๆ เช่น หลักการของการประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้ง 2 ชนิด

5.1.2 การจัดสรรด้วยกลไกของงบประมาณหรือการกำหนดราคา

- เครื่องมือวิเคราะห์ตลาดและความสัมพันธ์ของตลาดต่าง ๆ
- ระบบที่สามารถจัดการตลาดที่สัมพันธ์กัน

5.1.3 การจัดองค์กร (Organizational Management for Service Delivery)

- บทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข ในเรื่อง
  - การคุ้มครองผู้ด้อยโอกาส
  - คุณภาพบริการสุขภาพ
  - ระบบข้อมูลที่จำเป็น
  - การติดตามประเมินผล
- ระบบการจัดบริการผ่านองค์กรระดับต่าง ๆ ที่เอื้อให้ Primary Care มีความเข้มแข็งและ Secondary & Tertiary Care สนับสนุนได้อย่างลงตัว

- การส่งต่อและประสานงานระหว่างองค์กรชนิดต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน

5.1.4 กฎเกณฑ์และระบบจูงใจ (Management, Regulation & Incentives)

- ระบบที่ส่งเสริมให้ผู้ให้บริการมีการกระจายตัวที่เหมาะสม
- ระบบที่ส่งเสริมให้ผู้รับบริการสามารถดูแลสุขภาพตัวเองได้ดีขึ้น

5.1.5 การเชื่อมต่อกับกระบวนการทางการเมืองและนโยบาย

5.2 การหาระบบประกันสุขภาพที่ได้ผลและคุ้มค่า

ควรมีการศึกษาเพื่อหารูปแบบเชิงระบบที่เหมาะสมกับเรื่องบางเรื่องที่สำคัญ เช่น โรคไตวาย

5.3 การหารูปแบบการจัดการกับกลุ่มเสี่ยง

ควรมีการศึกษาเพื่อหาวิธีการป้องกันเชิงระบบในกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญ เช่น ระบบการดูแลโรคทางเดินหายใจและคออักเสบ หรือ กลไกการจัดการความเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นต้น

5.4 การหารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ควรมีการสร้างความตระหนัก เช่น เรื่องความดันโลหิตสูง จากการศึกษาพบว่าเพียง 1/3 ของประชากรที่รู้ว่าตัวเองมีภาวะความดันโลหิตสูงในขณะที่ระบบที่มีอยู่เป็นแบบตั้งรับอยู่ในสถานพยาบาล นอกจากนี้ยังต้องดูแลเรื่องวิถีชีวิตด้วย เช่น การบริโภคเกลือ การออกกำลังกาย การคุมน้ำหนัก การสูบบุหรี่และดื่มสุรา การป้องกัน HIV & Heroine ซึ่งอาจใช้การรณรงค์เป็นหลัก

5.5 Clinical Trials

ควรส่งเสริมให้ผู้ด้อยโอกาสได้เป็นกรณีศึกษารวมทั้งทำการวิจัยที่ประชาชนไทยจะได้ประโยชน์สูงสุดรวมทั้งยังควรศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มที่มีความเสี่ยงพิเศษที่สามารถแก้ไขได้กลุ่มที่มีความซุกของโรคบางอย่างเป็นพิเศษ เป็นต้น

6. ข้อเสนอเพื่อความสำเร็จ

- ควรมีการส่งเสริมให้เป็นประเด็นระดับชาติและท้องถิ่นตามความเหมาะสม
- ควรส่งเสริมให้มีผู้นำและผู้สร้างปัญญารุ่นใหม่ๆ เข้าสู่ระบบ
- ควรเปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนกับเครือข่ายที่เรียนรู้ด้วยกัน
- ควรจัดระบบข้อมูลเพื่อติดตามความก้าวหน้า
- ควรมีการประเมินทั้งจากภายในและภายนอก
- ควรมีกระบวนการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างกระบวนการทางการเมืองและกระบวนการทางสังคม

A0078

เงิน...ไม่ใช่วัตถุทางพันธุกรรม แต่ เงิน...ถ่ายทอดเร็วกว่าพันธุกรรม

ด้วยเหตุที่เงินเป็นสัญลักษณ์ของความสำเร็จ การยอมรับและความก้าวหน้า ส่วนเกินและส่วนขาดล้วนสะท้อนความไม่เป็นธรรม แต่ส่วนเกินหรือส่วนเก็บทำให้เกิดความคล่องตัวของหน่วยงาน ซึ่งนำไปใช้จูงใจผู้ให้บริการตามความจำเป็นทางสุขภาพได้ ส่วนขาดทำให้ลดการดูแลผู้ป่วยลง การจัดสรรให้เท่ากันไม่ได้แปลว่าเป็นธรรมดังนั้นควรมีการปันส่วนตามความจำเป็นทางสุขภาพเพื่อให้ผู้ให้บริการเป็นตัวแทนที่ดีของประชาชนกลไกการบริหารเงินต้องมีคุณธรรมเป็นหางเสือและวิชาการเป็นเครื่องมือของคุณธรรม

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข HEALTH SYSTEMS RESEARCH INSTITUTE

อาคาร 3 ชั้น 5 ตึกกรมสุขภาพจิต ถ.ติวานนท์ อ.เมือง นนทบุรี 11000 โทรศัพท์ : (02) 951-1286-93 โทรสาร : (02) 915-1295

Bldg. of Mental Health Department, Tiwanon Rd., Nonthaburi 11000, Thailand. Tel : (66-2) 951-1286-93 Fax : (66-2) 915-1295

E-mail Address : hsri@hsri.or.th http://www.hsri.or.th