

หลวาคคิด หลวากทำ

พลังปัญญา : สู่การพัฒนา
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จัดทำโดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

และองค์กรร่วมจัด



สำนักวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)



สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



สสส สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ
การทำให้คนไทยแข็งแรง



สำนักงานวิจัยระบบสาธารณสุข

หลากคิด...หลากทำ

พลังปัญญา : สู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

บรรณาธิการ	กุลธิดา จันทรเจริญ จเด็จ ธรรมธัชอารี แพรว จิตตินันท์ มยุรี ธนะทิพานนท์	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โรงพยาบาลบางใหญ่ โรงพยาบาลบางกรวย
ประสานงาน	ฉัตรทิพย์ พันธธาก	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
ประสานออกแบบจัดพิมพ์	นิภาพร ศรีณรงค์สุข	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
จัดพิมพ์โดย	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) อาคาร 3 ชั้น 5 ตึกกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 0-2951-1286-93 โทรสาร 0-2951-1295 http://www.hsri.or.th	
พิมพ์ครั้งแรก	กันยายน 2547	
จำนวน	1,000 เล่ม	

ข้อมูลบรรณานุกรม

หลากคิด...หลากทำ

พลังปัญญา : สู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2547

1. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า--ไทย--การประชุม
2. ระบบประกันสุขภาพ

ISBN 974-92446-7-2

(NLM Classification W160)

หลากคิด..หลากทำ..

พลังปัญญา : สู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จัดทำโดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

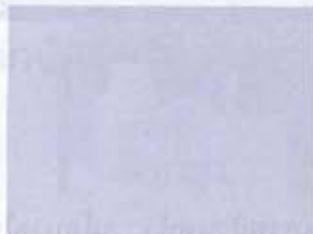
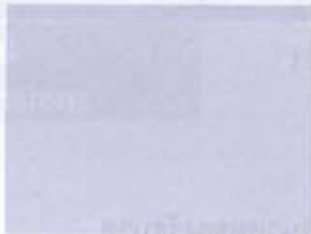
เอกสารสรุปสาระจากการประชุมวิชาการครั้งที่ 1

พลังปัญญา : สู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า วันที่ 19-20 กุมภาพันธ์ 2547



การจัดประชุมวิชาการเพื่อประมวลความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดตามและประเมินผลนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระหว่างวันที่ 19 - 20 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2547 ภายใต้หัวข้อการประชุม “พลังปัญญา : สู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ด้วยความร่วมมือของหลากหลายองค์กร เป็นพื้นฐานสำคัญในการสนับสนุนส่งเสริมให้นักวิชาการ และผู้ให้บริการในระบบสุขภาพของประเทศไทยได้ประสานความร่วมมือและแนวคิดในการทำความเข้าใจกับวิวัฒนาการของนโยบายสำคัญทางด้านสุขภาพของประเทศไทยที่มีความมุ่งหมายที่จะขยายบริการสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนอย่างทั่วถึง โดยเฉพาะจะต้องเอื้ออำนวยให้คนไทยสามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพที่มีคุณภาพได้อย่างเป็นธรรม ภายใต้การจัดการทางการเงินที่ไม่ก่อให้เกิดภาระทางการคลังของประเทศ และไม่กระทบต่อความมั่นคงทางสุขภาพของผู้รับบริการไม่ว่าจะมีฐานะทางเศรษฐกิจในระดับใด

แม้ว่าแนวนโยบายของรัฐบาลในการสนับสนุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทยจะมีความชัดเจนและมุ่งมั่นที่จะขับเคลื่อนให้เกิดบริการทางสุขภาพต่อประชาชนอย่างทั่วถึง จนเกิดภาพการปรับเปลี่ยนความครอบคลุมการเข้าถึงบริการอย่างก้าวกระโดด แต่ปัญหาอันสืบเนื่องจากระบบบริการที่ยังไม่ครอบคลุมเพียงพอและความขาดแคลนกำลังคนสำหรับบริการด้านสุขภาพ ตลอดจนเงื่อนไขทางเทคโนโลยีบริการทางการแพทย์และความต้องการทางด้านสุขภาพของคนไทยยังปรับตัวไปข้างหน้าตลอดเวลา ก่อให้เกิดความจำเป็นที่จะต้องสร้างกระบวนการศึกษาวิจัยเพื่อทำความเข้าใจกับสภาพปัญหาและอุปสรรคของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ยืดหยุ่นพอที่จะเคลื่อนตามสถานการณ์ทางสังคมและการเมืองอย่างรวดเร็ว ในขณะเดียวกันก็ต้องมีพลังทางปัญญาเพียงพอที่จะช่วยผู้กำหนดนโยบายและประชาคมที่มีส่วนได้ส่วนเสียกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้ร่วมมือกันสร้างฐานคิด ระบบกลไก และวิธีการที่นำมาใช้ในการจัดการกับสถานการณ์การให้บริการสุขภาพที่แปรเปลี่ยนไปในอนาคต



ผลของการประมวลข้อมูล ความรู้และความคิดของการจัดประชุมครั้งนี้ได้พยายามที่จะศึกษาบททวนงานศึกษาในประเด็นที่สำคัญ 4 มิติของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อันประกอบด้วย

- 1) มิติทางด้าน การวางปรัชญาและอุดมการณ์ที่พึงจะเป็น
- 2) การจัดการการเงินการคลัง
- 3) การจัดการเปลี่ยนผ่านบริการสุขภาพ
- 4) การบริหารจัดการกลไกและเครื่องมือทางนโยบาย

ผลของการศึกษาบททวนสภาวการณ์ที่ปรับตัวไปในระยะ 3 ปีที่ผ่านมาได้จัดทำเป็นเอกสารเป็นพื้นฐานต่อการวิเคราะห์และเสวนาในการประชุมครั้งนี้ ซึ่งช่วยให้เกิดเป็นประกายปัญญาจุดกระแสดความคิดในการระดมสมองและรวบรวมมุมมองและทัศนะของภาคีที่เข้าร่วมประชุมได้อย่างกว้างขวาง

ผู้จัดการประชุมจึงได้รวบรวมข้อคิดมุมมองต่างๆ ที่อยู่บนพื้นฐานของการนำเสนอผลการศึกษาในมิติทั้งสี่มาเสนอเป็นเอกสารรวบรวมผลการประชุมเล่มนี้ อันอาจจะเป็นแง่คิดและแนวทางต่อผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพที่จะต้องดำเนินการต่อไปในอนาคตรับไปศึกษาเพื่อใช้เป็นพื้นฐานในการปรับเปลี่ยนระบบต่าง ๆ ให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพสูงขึ้น

นายแพทย์วิฑูร ทูลเจริญ
ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
มิถุนายน 2547

สารบัญ

	หน้า
เกริ่นนำ	1
● หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : นโยบายในอนาคตของรัฐบาล	5
● การจัดการความรู้ : ปัญหาที่ต้องสร้างภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	9
● แนวคิดประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ฉบับคนไทย) : ถูกทิศ หรือ หลงทาง	15
● หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : เงินทองเป็นของนอกกายจริงหรือ	29
● การจัดระบบบริการส่งเสริม (สุขภาพ) และป้องกัน (โรค)	39
ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : บทเรียนที่เพิ่งจะเริ่มต้น	
● ศูนย์สุขภาพชุมชน : ยิ่งทำ ยิ่ง จุด จุด จุด	49
● จากขนมเค้ก สู่ ขนมครก...การประยุกต์แนวคิดตะวันตกมาใช้กับประเทศไทย	59
● ระบบการเงินการคลังแบบไหน...ให้ความคุ้มครองที่คุ้มค่า ครอบคลุมทั่วหน้า	67
ดังประสงค์	
● ระบบบริการดีขึ้นหรือเลวลง...ภายใต้ธงหลักประกันสุขภาพ	83
● ระบบย่อยในระบบใหญ่...ฝันให้ไกล...ไปให้ถึง...	91
● มุมมอง บทสังเคราะห์ทางออกและจุดขาดที่ต้องเติมเต็ม	101



พลังปัญญา

สู่การพัฒนา
หลักค



หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : นโยบายในอนาคตของรัฐบาล
นายแพทย์ลือชา วนรัตน์

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : นโยบายในอนาคตของรัฐบาล

นายแพทย์ลีอชา วรรัตน์

ประเด็นปรัชญา แนวคิด หรือนโยบายที่กำหนดจากผู้บริหารประเทศในเรื่องของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นยังคงยึดแนวปรัชญาดั้งเดิม โดยยึดหลักหรือแนวคิดที่เป็นเรื่องของประชาธิปไตย สิทธิเสรีภาพ ความเสมอภาค ซึ่งในสมัยเด็กมีคำ 3 คำ ซึ่งสอนให้เรียนรู้เรื่องประชาธิปไตย คือ คำว่า สมภาพ (Equity) เสรีภาพ (Liberty) และภราดรภาพ (Fraternity) แต่ระยะหลังคำว่า ภราดรภาพจะพูดถึงกันน้อย ผมมีความคิดและความเชื่อว่าจะอาจเป็นเพราะเราให้ความสำคัญกับภราดรภาพน้อยเกินไปหรือเปล่า จึงทำให้เกิดปัญหามากมายที่ยังแก้ไม่ตก ผมเชื่อว่าถ้าหากเราได้มีโอกาสมาพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน และพยายามพัฒนาไปสู่การรู้จักจริง พัฒนาไปสู่พลังปัญญาคงจะทำให้การแก้ไขปัญหาหรือการพัฒนาแนวคิดและการดำเนินการไปถึงเป้าหมายได้ดีขึ้น เพราะฉะนั้นประเด็นแรกในเรื่องนโยบายที่ต้องตระหนักคือ **ปรัชญาแนวคิด** หลักการเหล่านี้ จะต้องทบทวนหรือสอบถามถึงสิ่งที่ได้กำหนดไว้ในเรื่องของปรัชญา อย่างน้อยก็ในเรื่องของภราดรภาพระหว่างองค์กรหรือบุคคลผู้เกี่ยวข้องในการที่จะดำเนินโครงการต่อไป ถึงแม้ว่าประชาชนผู้รับบริการจะมีความพึงพอใจค่อนข้างสูงมาก ๆ บางครั้งสูงถึง 80-90% ก็ตาม

สิ่งหนึ่งที่ยังเป็นคำถามอยู่เสมอคือ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในภายใต้ปรัชญานี้ มีระบบประกันสุขภาพอยู่ถึง 4 ระบบนั้นเป็นสิ่งที่ถูกต้อง เหมาะสม และสอดคล้องกับปรัชญาหรือหลักการที่กำหนดหรือไม่ สิ่งนี้ควรเป็นประเด็นที่ควรทบทวน เพราะภายใต้ระบบประกันสุขภาพ 4 ระบบนั้นทุกคนทราบดีถึงความแตกต่างกันอย่างมากทั้งกลุ่มเป้าหมาย สิทธิประโยชน์ ระบบบริการและเครือข่ายการบริการ โดยเฉพาะเรื่องของคุณภาพบริการ ซึ่งเมื่อ 2-3 วันนี้มีข่าวปรากฏในหน้าหนังสือพิมพ์หรือในสื่อต่าง ๆ ว่าโรงพยาบาลของรัฐโดยเฉพาะของโรงเรียนแพทย์ 12 แห่ง ได้ออกมาแสดงความคิดเห็นต่อเรื่องการประกันสังคมที่จะต้องรับภาระเรื่องการจัดบริการภายใต้กองทุนประกันสังคม สิ่งเหล่านี้ เป็นข้อเท็จจริงว่ามีบางโรงพยาบาลขาดทุน บางโรงพยาบาลกำไร ซึ่งถ้าได้แลกเปลี่ยนกันในเรื่องข้อมูลความคิดเห็น และมีใจในการที่จะพัฒนาร่วมกัน ก็คงจะแก้ไขคลี่คลายสถานการณ์หรือปัญหาต่าง ๆ ไปได้อย่างดี แต่อย่างไรก็ตาม หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังมีประเด็นที่ควรเน้นคือ

ประเด็นที่ 1 ควรจะครอบคลุมหรือเน้นในเรื่องการสร้างสุขภาพให้มากขึ้น ซึ่งรัฐบาลพยายามเน้นในการสร้างสุขภาพเช่นเดียวกัน แต่อาจเป็นเพราะยังขาดข้อมูลหรือประจักษ์พยานที่ชัดเจนจริง ๆ ที่จะนำสู่การตัดสินใจว่าควรจะทำอย่างไรแค่นั้นในเรื่องของการสร้างสุขภาพ ดังนั้นความสำคัญอยู่ที่จะต้องศึกษาวิจัยแลกเปลี่ยนความรู้ คิดหาวิธีการมากขึ้น เพราะเป็นที่ยอมรับกันมานานแล้วว่าถ้าสามารถจะดำเนินการเรื่องการสร้างสุขภาพได้ดีก็ทำให้สุขภาพหรือสุขภาพะดีมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไปอย่างยั่งยืน รวมทั้งไม่ต้องมีค่าใช้จ่ายมากเกินไปจนความจำเป็น ซึ่งทางกระทรวงไม่ได้นั่งนอนใจ ได้ประกาศนโยบายใหม่อีกหนึ่งเรื่องหนึ่งคือ **เมืองไทยสุขภาพดี** และหลายท่านในที่นี้พยายามหารูปแบบหรือกระดุนผู้ให้บริการทั้งหลายอย่าได้ละเลยหรือมองข้ามกิจกรรมต่าง ๆ ในเรื่องของการสร้างสุขภาพให้เป็นกิจกรรมส่วนหนึ่งภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วย และให้แฝงอยู่ในแนวคิด ปรัชญา และหลักการรวมทั้งนโยบายที่จะต้องดำเนินการต่อไป

ประเด็นที่ 2 เป็นเรื่องที่ระบบการบริการ จะต้องจัดรองรับนโยบายที่มีปรัชญาความเชื่อที่เน้นเรื่อง Equity ควบคู่กับ Quality ในการบริการ อย่างไรก็ตามการบริการนั้นยังมีความแตกต่างกันมากมาย ในแต่ละระบบประกันสุขภาพ อีกทั้งภายใต้ระบบเดียวกันก็มีความแตกต่างกันค่อนข้างมาก ซึ่งเหล่านี้เป็นเรื่องที่เป็นผลมาจากอดีต ยกตัวอย่างเช่น เครือข่ายบริการสาธารณสุขภายใต้กระทรวงสาธารณสุขซึ่งรองรับงานประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือพูดง่าย ๆ ว่าโครงการ 30 บาท ในปัจจุบันนี้ ผมอยากเปรียบเทียบว่าเรามีเครือข่ายบริการที่เหมือนกับคนตัวเล็ก ๆ ใส่เสื้อเบอร์ S ไปจนถึงคนตัวใหญ่ ๆ ใส่เสื้อเบอร์ L หรือ XL แต่ว่าการสนับสนุนงบประมาณในระบบบริการที่ผ่านมาในช่วง 2 ปี ดูเหมือนกับว่าปีแรกเราตัดเสื้อเบอร์ S แจก ส่วนใหญ่ก็มีปัญหาคนที่ตัวใหญ่ ๆ ใส่ไม่ได้คับไปกระดุมขาดบ้าง ปีถัดมาเหมือนกับว่าเราเน้นตัดเสื้อเบอร์ L ก็ทำให้พวกใส่เสื้อเบอร์ S ก็อยู่ไม่ได้เหมือนกัน ซึ่งจริงๆ แล้วไม่ใช่มีเฉพาะเบอร์ S กับเบอร์ L เท่านั้น ยังมีเบอร์ M เบอร์ XL เบอร์ XXL และมีเบอร์เล็กกว่าเบอร์ S ด้วย ดังนั้น จึงจำเป็นต้องพิจารณาในเรื่องความเหมาะสมกับผู้สวมใส่ อีกทั้งยังต้องพิจารณาไปถึงสิ่งอื่น ๆ ด้วย เช่น กางเกง รองเท้าและอื่น ๆ ซึ่งเปรียบเทียบเหมือนทรัพยากรด้านอื่น ๆ สิ่งเหล่านี้เป็นเรื่องที่ต้องปรับตัวและใช้เวลานานพอสมควรกว่าที่จะจัดระบบให้เหมาะสมพอที่จะรองรับกับนโยบายให้สอดคล้องกับการปฏิรูประบบการยิ่งขึ้น

ประเด็นที่ 3 การบริหารทรัพยากรบุคคล ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขไม่เคยมีแผนแม่บทในเรื่องกำลังคนมาก่อน และได้มีความพยายามที่จะทำแผนแม่บทกำลังคนขึ้นมาและขณะนี้ทำเสร็จแล้ว โดยเสนอเข้าคณะรัฐมนตรีผ่านคณะกรรมการกลั่นกรองรอบที่ 2 ถือเป็นความพยายามส่วนหนึ่งที่จะจัดระบบของทรัพยากรบุคคลขึ้นมารองรับบริการสุขภาพภายใต้นโยบายหรือปรัชญาประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่คงเป็นเรื่องไม่่ง่ายนักในการที่จะปรับเปลี่ยนอย่างฉับพลันที่จะย้ายคนซึ่งบอกว่ามีมากเกินไปจากสถานบริการแห่งหนึ่งให้ไปอยู่ในสถานบริการอีกแห่งหนึ่งหรืออีกจังหวัดหนึ่งหรืออีกเขตหนึ่ง ถึงแม้ว่าในแผนกำลังคนที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอขึ้นไปจะเอาระบบ GIS มาประกอบใช้เป็นหลักการ และผ่านการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล บุคลากรทุกประเภทของกระทรวงสาธารณสุขว่าควรจะต้องจัดสรรกำลังแค่นั้นในแต่ละจุดแล้วก็ตาม แต่สิ่งที่กระทรวงพยายามที่จะทำคือ เมื่อจัดสรรลงไปแล้วต้องพยายามมิให้โรงพยาบาลโตเกินไปหรือมีทรัพยากรบุคคลมากและหนาแน่นเกิน

ความจำเป็น ในขณะที่เดียวกันก็พยายามจัดสรรบุคลากรลงไปพื้นที่ที่ขาดแคลนให้มากขึ้น ซึ่งแค่นั้นก็ยังไม่พอ ทุกคนทราบกันดีว่าบุคลากรทางด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล เภสัชกรเป็นบุคลากรที่มีการเคลื่อนไหลถ่ายเทค่อนข้างจะง่าย โดยเฉพาะในสภาวะที่ระบบประกันสุขภาพมีอยู่ถึง 4 ระบบ ระบบที่สำคัญ ๆ บางระบบหรือบริการนอกระบบอื่น ๆ อาจจะดึงดูดทรัพยากรบุคคลของเราไปได้ง่าย โดยเฉพาะภาคเอกชน เพราะฉะนั้นกระทรวงพยายามทำอยู่ขณะนี้คือ นอกจากจัดสรรกำลังคนทุกประเภทให้เป็นไปตามข้อมูล GIS แล้วก็พยายามจะสร้างระบบขึ้นมาเพื่อที่จะรักษาคคนเหล่านั้นไว้ โดยพยายามให้หน่วยงานที่มีบุคลากรเพียงพอแล้วไม่ให้มีมากจนเกิดความแออัด หน่วยงานที่ขาดแคลน ก็มีการจัดสรรให้โดยไม่ให้มีลักษณะเหมือนเบี้ยหัวแตกเหมือนเมื่อก่อน ยกตัวอย่างผู้เชี่ยวชาญบางสาขาถ้าไปทำงานอยู่คนเดียวในที่หนึ่งจะอยู่ได้ไม่นานเพราะว่างานหนักเกินไป ขณะนี้กระทรวง ๆ จึงมีแนวคิดว่าจะให้โควตาแก่โรงพยาบาลเพื่อส่งบุคลากรไปศึกษาต่ออย่างน้อยโรงพยาบาลละ 2-3 คนในสาขาเดียวกัน เพื่อที่จะได้กลับมาทำงานเป็นทีมแบ่งเบาภาระซึ่งกันและกัน เป็นต้น

ประเด็นที่ 4 เรื่องค่าตอบแทนเป็นเรื่องของขวัญและกำลังใจบุคลากร ยกตัวอย่างเฉพาะแพทย์ในแผนกกำลังคนนั้นครอบคลุมในทุกสาขาของระบบของบริการซึ่งจะต้องจัดขึ้น และจะต้องพยายามแก้ไขปัญหาหรือพยายามพัฒนาให้ดียิ่ง ๆ ขึ้น เพื่อสามารถรองรับนโยบายให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพมากขึ้นกว่าเดิม โดยเฉพาะการให้บริการที่เน้นเรื่องคุณภาพมาตรฐานบริการ ความเสมอภาค ความเท่าเทียมกัน และการเข้าถึงบริการ สิ่งเหล่านี้มีข้อมูลมากพอหรือยัง และจำเป็นต้องศึกษาวิจัยว่าระบบบริการที่จัดนั้นมีคุณภาพดีขึ้นกว่าเดิม หรือแย่ลงกว่าเดิม หรือเท่าเดิม หรือมีอะไรที่ต้องพัฒนาต่อไปได้บ้าง ซึ่งก็โยงไปถึงเรื่องการใช้ทรัพยากรอย่างอื่นด้วย

ประเด็นที่ 5 คือ เรื่องของประสิทธิภาพในการจัดการทรัพยากรซึ่งมีค่อนข้างจำกัด โดยเฉพาะในระบบประกันสุขภาพหรือระบบ 30 บาท ซึ่งมีคนที่อยู่ภายใต้ระบบนี้ 46-47 ล้านคน เป็นเรื่องที่รัฐบาลต้องคิดมากเพราะว่าแค่เพิ่มขึ้นอีกคนละ 100 บาทก็แปลว่าจะต้องเพิ่มงบประมาณ 4,600-4,700 ล้านบาท เพราะฉะนั้นจะเพิ่มขึ้นทีละบาททีละร้อยบาทต่อคน ก็เป็นเรื่องที่รัฐบาลจะต้องคิด ถึงแม้ว่าเศรษฐกิจจะดีขึ้นรัฐบาลอาจจะมียกจ่าย 4,500 ล้านบาท 5,000 ล้านบาท คงจะไม่เหลือปากว่าแรงแต่ก็ไม่ใช่เป็นเรื่องที่จะต้องมาพุ่มเพุยถ้าไม่จำเป็นจริง ๆ สิ่งนี้เป็นหน้าที่ของนักวิชาการ นักวิจัยที่จะได้ค้นหาตัวเลขที่จริงที่เหมาะสม ที่จำเป็น ที่คุ้มค่า เพื่อรองรับการบริหารจัดการทรัพยากร และถ้ามีข้อมูลยืนยันหนักแน่นว่าจำเป็นต้องเพิ่มรายจ่ายต่อหัว (Optimum cost) เพื่อช่วยให้จัดบริการได้ทั้งความครอบคลุมหรือความเสมอภาค และได้ทั้งคุณภาพ และความพึงพอใจของทุกฝ่าย ก็จะต้องยืนยันกับรัฐบาลต่อไป

ประเด็นสุดท้าย เป็นเรื่องของระบบการประเมินผลบริการ ไม่ว่าจะเป็ระบบไหนก็ตาม ไม่ว่าจะปรัชญาหรือว่าแนวคิดใหม่หรือว่านโยบายใหม่ ต้องมีระบบประเมินผลที่ออกแบบได้ครอบคลุมประเด็นสำคัญ ๆ อย่างครบถ้วน และน่าเชื่อถือ อีกทั้งควรมีการประเมินถึงการประกันคุณภาพบริการ เรื่องของเสรีภาพ เรื่องของภราดรภาพด้วย เพื่อนำสู่กระบวนการได้เรียนรู้แลกเปลี่ยนกัน และสู่การผลักดันให้เอาไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดนโยบาย แนวทางการปรับระบบบริการต่อ ๆ ไป จึงจะก่อให้เกิดความสุขสันติของสังคมไทยในที่สุดนั่นเอง

พลังปัญญา

สู่การพัฒนา
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



การจัดการความรู้ :
ปัญญาที่ต้องสร้างภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิจารณ์ พานิช

การจัดการความรู้ : ปัญญาที่ต้องสร้างภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิจารณ์ พานิช

6 เรื่องจัดการความรู้ ปัญญาที่ต้องสร้างภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คำตามคือสุขภาพถ้วนหน้าเกิดจากพลังปัญญาของใคร ถ้าไม่ระวังจะถูกเส้นผมบังภูเขาสภาพถ้วนหน้านั้นเกิดขึ้นได้โดยพลังปัญญาของพวกเราที่เป็นนักวิจัยพวกเราที่เป็นนักจัดการหรือว่าเป็นผู้กำหนดนโยบายซึ่งท่านๆ เหล่านี้มีส่วนสำคัญแต่ไม่เพียงพอ ในความเห็นของผมคิดว่าการที่จะไปสู่สุขภาพถ้วนหน้านั้นต้องใช้พลังปัญญาของคนทั้งแผ่นดิน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้รับบริการต้องเป็นผู้เข้ามามีส่วนร่วมระดมพลังปัญญาด้วย

หลักของการจัดการความรู้ เป็นเรื่องของกลุ่มคนไม่ใช่ของคนเดียวที่ทำเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยมีเป้าหมายและจัดการร่วมกันที่จริงคำว่าจัดการความรู้เป็นคำที่ไม่ดีเป็นคำที่ทำให้เกิดการเข้าใจผิด คำที่ดีกว่าคือ**การแลกเปลี่ยนเรียนรู้** ซึ่งมีคนจาก World Bank มาเล่าให้ฟังเรื่องการจัดการความรู้ว่า ที่ World Bank ใช้คำว่า KS (Knowlegde Sharing and Learning) เป็น key word เพราะฉะนั้นคำว่าจัดการความรู้คำนี้จึงติดตลาด ดังนั้นขอให้เข้าใจว่าเป็นการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างกันในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งเพื่อที่จะให้ความมุ่งหมายนั้นไปสู่ความสำเร็จไปสู่ผลสัมฤทธิ์อันยิ่งใหญ่ตามที่คาดหวัง เพราะจริงๆ แล้วพลังการแลกเปลี่ยนการเรียนรู้นำไปสู่ผลสัมฤทธิ์ที่คาดหวังไว้คือ พลังของการจัดการความรู้ ที่สามารถทำให้ทุกคนทำกิจกรรม และมีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อทำงานดีขึ้นแล้วความรู้จะเพิ่มขึ้น คนจะฉลาดขึ้น และมีปัญญาขึ้น

พลังปัญญาเพื่อสุขภาพถ้วนหน้าจะเป็นพลังปัญญาของผู้ที่ต้องการมีสุขภาพดีร่วมกันกับพวกเราซึ่งเป็นนักวิชาการและผู้บริหารที่มีเจตนาดี แต่พลังที่ใหญ่ที่สุดอยู่ที่ผู้ใช้ หรือผู้รับบริการ หรือชาวบ้านทั่วไป พลังที่ใหญ่ที่สุดพูดอย่างนี้ไม่ได้แปลว่าเราไม่สำคัญ เราก็น่าสำคัญ แต่ว่าต้องไม่ละเลยพลังที่เป็นคนส่วนใหญ่ เรื่องการจัดการความรู้เมื่อเทียบกับเรื่องการศึกษาวิจัยจะทำให้เข้าใจมากขึ้นและจะเข้าใจผิดได้ยากขึ้น การจัดการความรู้เน้นความรู้ที่อยู่ในคนที่เรียกว่า Tacit knowledge เป็นความรู้ที่อยู่ในสมอง อยู่ในใจและอยู่ในมือของคน ที่จริงอยู่ทั่วตัว อาจกล่าวได้ว่า

- สมอ หมายถึง ความคิด ความใช้เหตุใช้ผล
- ใจ หมายถึง คุณค่า อารมณ์ความเชื่อมั่น
- อยู่ในมือ หมายถึง มีทักษะ หรือ skill ในการปฏิบัติ

เรื่องของการจัดการความรู้ ความเชื่อพื้นฐานถือว่าทุกคนมีความรู้ที่ผูกพันกับชีวิต อยู่กับงาน แต่ในเรื่องการศึกษาขั้นพื้นฐานทุกคนจะต้องผ่านการศึกษาในรูปแบบและมีกระตาดารบรองคือปริญญาบัตร ความรู้ในกระตาดานี้เรียกว่า Explicit Knowledge ขณะนั้นนอกจากเข้ารหัสอยู่ในกระตาดาแล้วยังอยู่ในเทคโนโลยีด้านการสื่อสารและสารสนเทศคืออยู่กับอิเล็กทรอนิกส์ซึ่งวิ่งได้เท่าความเร็วแสง การเรียนรู้นั้นเน้นคนเป็นคน แต่ว่าการจัดการเน้นการเรียนรู้ร่วมกัน เน้นความรู้ที่ไม่เหมือนกัน ในแต่ละคนและนำมาแลกเปลี่ยนก็จะเกิดความรู้ที่ยกระดับยิ่งขึ้น การจัดการความรู้เป็นเรื่องของการเชื่อมโยงกับการทำงานเสมอ และเน้นที่ความแตกต่างเมื่อมีประสบการณ์อย่างหนึ่ง คนหนึ่งมองอีกอย่างหนึ่ง ถ้าสิบคนมองเหมือนกันหมดก็จะเป็นการจัดการความรู้ที่ไม่ทรงพลัง การจัดการความรู้ต้องการให้คนสิบคนมองสิบอย่าง และมาแลกเปลี่ยนเกิดความรู้ขึ้น แล้วก็เชื่อมโยงยกระดับความรู้ความเข้าใจ ทำให้ทรงพลังมากขึ้น ในศึกษานั้นเราคู่กับการแข่งขันที่จะต้องสอบได้ที่ 1 ได้เกียรตินิยมซึ่งไม่ใช่ของเลว แต่ว่าเป็นข้อจำกัดในการเรียนรู้แลกเปลี่ยนและเป็นมุมมองที่จำกัด เพราะฉะนั้นมุมมองของการจัดการความรู้จึงค่อนข้างที่จะให้อิสระภาพ เสรีภาพมากกว่า พูดอย่างนี้ไม่ได้แปลว่าอันไหนดีกว่ากัน เพียงแต่เทียบเพื่อให้เห็นข้อจำกัดแล้วก็จุดที่ช่วยส่งเสริมซึ่งกันและกัน

การฟังความรู้เรื่องของการจัดการความรู้ฟังเท่าไรก็ไม่เป็น เหมือนการฟังบรรยายเรื่องซึ่งจรรย์านฟังก็ชั่วโมงถึงจะซึ่งเป็น เมื่อไม่เป็นต้องลงไปทำแต่ว่าการจัดการความรู้ไม่ถึงขนาดซึ่งจรรย์านหรือว่าย่น้ำแต่ยังมีส่วนที่เป็นความรู้ที่เป็นทฤษฎีหนึ่งส่วน ในขณะที่ความรู้เชิงทักษะประมาณเก้าส่วน สิบส่วน แสดงว่าต้องทำต้องปฏิบัติจึงจะรู้ ซึ่งสิ่งนี้เหมือนกับธรรมะ นั่นเอง

การจัดการความรู้แท้จริงเป็นเรื่องของ Demand side knowledge management เน้นผู้ปฏิบัติ ไม่ใช่ Supply side knowledge management ซึ่งเป็นการจัดการความรู้ของผู้มีความรู้ การจัดการความรู้เน้นที่ Demand side เก้าสิบส่วน มีส่วนของ Supply side knowledge management สักสิบส่วน ซึ่งต้องใช้ทั้งสองส่วนช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน การจัดการความรู้ด้าน supply side เรียกว่า Knowledge facilitation เป็นการเอื้ออำนวยความสะดวก

หลักการสำคัญที่สุดของการจัดการความรู้เพื่อสุขภาพถ้วนหน้า **key player** ต้องเป็น **ประชาชน** เพราะเป็นการจัดการความรู้ให้เกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตนเอง ดูแลสุขภาพตนเอง นั่นคือ การส่งเสริมสุขภาพ แต่ในขณะที่เดียวกันผู้จัดการความรู้ต้องมีการเชื่อมส่วนอื่นด้วย คือส่วนวิชาการ การเมือง สื่อมวลชน และเชื่อมโยงเข้าไปในรูปแบบ (Model) ของการจัดการความรู้เพื่อสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งโยงเฉพาะสังคมไทยยังไม่พอ ต้องไปโยงกับสังคมโลกด้วย เพราะขณะนี้ประเทศไทยจะเป็นศูนย์กลางทางด้านสุขภาพของภูมิภาค มีการเปิดการค้าแบบเสรี ต่างชาติเข้ามาทำธุรกิจค้าบริการสุขภาพได้ สิ่งก็ตามมาด้านบวกอาจทำให้มีรายได้ดี แต่คำถามในด้านลบต่อสุขภาพถ้วนหน้าของคนไทยโดยเฉพาะคนยากจนนั้น ยังมีความซับซ้อนอยู่ในระบบอีกมาก

แนวคิดหรือหลักการเรื่องการจัดการความรู้เรื่องสุขภาพถ้วนหน้าที่สำคัญคือ

1. ต้องมีองค์ประกอบด้านการส่งเสริมสุขภาพเป็นตัวนำ
2. การจัดการความรู้ ประชาชนต้องเป็นตัวนำ โดยมีส่วนอื่นเข้ามาหนุนเสริม

การปฏิบัติไม่มีสูตรสำเร็จโดยตรง วิธีการจัดการความรู้มีวิธีการเป็นร้อย บางวิธีการก็ใช้วิธีการที่ทรูหามาก บางวิธีการอาจต้องซื้อซอฟต์แวร์หลายสิบล้าน ทั้งนี้ขอเสนอวิธีการอย่างง่าย 3 แบบ คือ

- แบบที่ 1 เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากวิธีการที่ปฏิบัติแล้วได้ผลดี (best practice)

- แบบที่ 2 เป็นแบบชุมชนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หรือ COP (Community of practice)

- แบบที่ 3 เอามาจากหนังสือ Learning to fly เป็นวงจรเรียนรู้ยกกำลัง 3 บวกคว่ำชุมชนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หลักคือมีคนกลุ่มหนึ่งซึ่งต้องการแก้ปัญหาเดียวกันมีความทุกข์เดียวกัน หรือว่าต้องการใช้เครื่องมืออะไรบางอย่างอันเดียวกัน และมีการใช้ความรู้/ต้องการความรู้ลักษณะเดียวกัน เรียกว่า Knowledge domain มาทำการแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีคิดและวิธีปฏิบัติ ตัวอย่างที่ง่ายที่สุด คุณหมอทานทิพย์ คุณหมอมอภิลิทธิ์ ที่อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่นทำกับประชาชนชาวบ้าน 12 คน และเครือข่ายภาคอีสาน ประชุมทุกเดือนเกี่ยวกับเรื่องเศรษฐกิจพอเพียง เกษตรกรรมยั่งยืน นัดกันว่าเดือนไหนไปที่ไหน ใครเป็นเจ้าของภาพ แต่ว่าคุณหมอทานทิพย์และคุณหมอมอภิลิทธิ์เป็นเลขานุการจดและไปอ่านให้ฟังทุกเดือนอย่างดี ซึ่งการจัดการความรู้นั้นไม่จำเป็นต้องไปตามตำราใด ในบางองค์กรใหญ่ ๆ อาจใช้ computer, website เป็นฐานของการแลกเปลี่ยน และมีการพบกันบ้าง แต่ส่วนใหญ่ไม่ต้องมาเจอหน้ากันก็สามารถแลกเปลี่ยนโดยใช้เว็บไซต์ใช้อินเทอร์เน็ต **สิ่งที่สำคัญคือคนสำคัญเหล่านี้ต้องเห็นคุณค่าการแลกเปลี่ยนเรียนรู้** การเกิดประโยชน์ร่วมกัน มีความไว้วางใจกันเล่าเรื่องบางเรื่องซึ่งอยู่ในใจได้ ถ้าจะให้ดีมี Facilitator ผมใช้คำว่า “คุณอำนวย” เป็นคนที่มา facilitate คอยมาจับประเด็น เพื่อให้เห็น COP นั้น

วงจรเรียนรู้ ยกกำลัง 3 บวกคว่ำ จุดสำคัญของการจัดการความรู้คือต้องตั้งเป้า แล้วทำวงจรแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่มีผลสัมฤทธิ์สูง มีประสิทธิภาพสูง มีการเรียนรู้สูงจนเกิดการสั่งสมความรู้สูงทำให้เกิด Learning organization ซึ่งจะเห็นว่าตัวเป้าหมายไม่ได้มีอย่างเดียว แต่เป็นเป้าหมายอนาคตคนต้องเก่งขึ้น องค์กรต้องเก่งขึ้น

วงจรเรียนรู้ยกกำลัง 3 ก็คือ

- รก. คือ เรียนก่อนทำงาน

- รร. คือ เรียนระหว่างทำงาน

- รล. เรียนหลังจากงานสำเร็จ

วงจรเรียนรู้ทั้ง 3 จะทำให้คนทำงานได้ดีขึ้นแค่นั้นไม่พอ ต้องเอาความรู้จากข้างนอกมาปรับปรุงและประยุกต์ใช้เพื่อเกิดความรู้ใหม่ขึ้น หรือยกระดับความรู้เพิ่มขึ้น และมีการทำต่อเนื่องไปเรื่อยๆ

การเรียนรู้ก่อนทำงาน เรียกว่า Peer assist คือเทคโนโลยีทางการจัดการที่ง่ายที่สุดคือหา Best practice และไปเรียนรู้ รายละเอียดจะมีอยู่ในเอกสารในเว็บไซต์สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม (สคส.) คือ www.kmi.or.th

เรียนระหว่างทำงาน เทคนิคที่ใช้คือ AAR (After Action Review) เป็น Social technology นำมาจากกองทัพทหารอเมริกัน เป็นการทบทวนว่าจริง ๆ เราต้องการอะไร อันไหนที่ยังไม่ค่อยดี และแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างผู้ทำงานเอง เป็นหลักการง่ายๆ ที่สุดของการจัดการเรียนรู้ คือการทบทวนการเรียนรู้หลังจากงานเสร็จแล้ว เรียกว่าวิธี Retrospect

เคล็ดลับการจัดการการเรียนรู้

1. Knowledge sharing
2. Knowledge spiral
3. ต้องทำให้ความรู้เฉพาะบุคคลเปลี่ยนเป็นความรู้ขององค์กร (Individual knowledge Organizational knowledge)
4. ต้องทำให้ความรู้ข้ามแดน ไม่จำกัดอยู่เฉพาะกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งหรือหน่วยงานแบบใดแบบหนึ่ง (Cross-leveling knowledge) อันดับแรกคือ ข้ามแดนคน ทำให้คนมี Knowledge sharing และมีการแลกเปลี่ยนเป้าหมายความรู้

การจัดการความรู้นั้นต้องทำให้ความรู้ไหลข้ามแดนระหว่างคน ความรู้ระดับล่าง กลาง บน ตัวพลังหลักอยู่ที่คนที่มีความรู้ระดับล่าง คนระดับกลางมีความหมายมาก คนระดับสูงก็มีความหมายมากเหมือนกัน นอกจากนั้นต้องให้ความรู้ไหลระหว่าง department ต่างๆ อย่าให้อยู่กับที่ เมื่อความรู้ไหลข้ามผ่านแดนแต่ละแดน ความรู้จะยกระดับและเพิ่มพลังขึ้นอย่างมหาศาล ถ้าจัดการเป็น จะเกิดการข้ามแดนความรู้ในองค์กร เรียกว่า พหุบาท คือมีหลายชั้น และมี Project team ระบบของชั้นนี้เรียก CAS (Complex adaptive system) ซึ่งระบบองค์กรตามปกติ เป็นระบบที่เป็นสามเหลี่ยมปิรามิด ทุกอย่างในสามเหลี่ยมแน่นอนตายตัวเรียกว่า mechanical system มีความสัมพันธ์แบบ IPO (Inputs, Process, Output) ส่วน CAS เป็นสามเหลี่ยมหัวกลับ จะมีความสัมพันธ์ระหว่างส่วนต่าง ๆ ไม่แน่นอนตายตัว CAS จะปรับตัวไปเรื่อยๆ เมื่อให้สองส่วนนี้อยู่ด้วยกัน ความรู้จะไหลเวียนข้ามแดนได้อย่างมาก เกิดความรู้ใน IPO ความรู้ก็จะไหลมาในฐานความรู้ (Knowledge base) ทำให้ความรู้เป็นระบบ ใช้ได้ง่าย และเร็วทันใจเรียกว่า JIT knowledge management (JIT คือ Just in time) ณ วินาทีนั้นสามารถดึงความรู้ไปใช้ได้ ส่งผลต่อการจัดการความรู้ คืองานสำเร็จตามเป้าหมาย คนเกิดการเรียนรู้ ความรู้รุ่งเรืองขึ้น และองค์กรเรียนรู้เป็นองค์กรที่มีคุณภาพ

การจัดการความรู้เพื่อสุขภาพถ้วนหน้า ได้ใช้ best practice เอาของดีมาศึกษา ทำยังไง คิดยังไง ฟันฝ่ามายังไง ล้มเหลวยังไง ก็จะมีการจัดการความรู้ที่สามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยเอากลุ่มสุขภาพดีมาแลกเปลี่ยนความรู้ร่วมกัน สุขภาพดีหมายถึง ตนคนเดียว ตนและครอบครัว ชุมชน ต้องตั้งคำถามว่าสุขภาพดีแปลว่าอะไร ทำอย่างไรให้ตัวเองมีสุขภาพดี และระบบการบริการควรเป็นอย่างไร ต้องจัดการกับสุขภาพไม่ดีให้เป็นการใช้ explicit knowledge และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของชุมชน ที่จริงมีอยู่แล้ว เช่น สมาคมออกกำลังกาย เล่นกีฬา ชมรมดูแลผู้ป่วยอัมพาต เหล่านี้เป็นวงของประชาชน ซึ่งต้องผสมผสานการเรียนรู้ร่วมกับวงอื่น ๆ คือวงที่เป็นนักการเมือง เป็นนักวิชาการ จึงเกิดเป็นวงจรการเรียนรู้หลายวง

พลัง ปัญญา

สู่การพัฒนา
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



แนวคิดประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ฉบับคนไทย) : ถูกทิศ หรือ หลงทาง

ศ.ดร.ยอชบ	ยอชบแก้ว	สถาบันพัฒนาองค์กรการเงินและสวัสดิการชุมชนแห่งชาติ
นพ.สมบัติศักดิ์	สมบัติศักดิ์	มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ
ศ.ดร.ทวิทอง	ทวิทอง	บริษัทสำนักพิมพ์แสงแดด
ศ.ดร.สมบัติ	สมบัติ	คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
นพ.อำพล	จินดาวัฒน์	สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ
		คำเป็นการอภิปราย

แนวคิดประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ฉบับคนไทย) : ถูกทิศ หรือ หลงทาง

ระบบสุขภาพเป็นระบบใหญ่ที่ครอบคลุมระบบสาธารณสุขและบริการทางการแพทย์ที่มีความเชื่อมโยงกับปัจเจกบุคคล สภาพแวดล้อมและระบบบริการสาธารณสุขอย่างเป็นพลวัตร โดยมีการปฏิรูประบบราชการและ 4 พระราชบัญญัติเป็นคานงัดในการปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยพระราชบัญญัติกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ พระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติและพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage, UC) ในส่วนของการดำเนินงานจะเกี่ยวข้องกับระบบบริการสาธารณสุขและระบบการเงินการคลังเพื่อจัดบริการสาธารณสุข โดยการจัดบริการสาธารณสุขอยู่บนปรัชญาสองชั่ว ที่มองว่าเป็นเรื่องบริการหรือสินค้าทั่วไปกับอีกชั่วที่มองว่าเป็นเรื่องสิทธิมนุษยชน ซึ่งจะใช้กลไกตลาดเสรีไม่ได้ ต้องมีการจัดระบบการจัดการ อย่างไรก็ตาม การสร้างหลักประกันสุขภาพทั่วโลกมีฐานแนวคิด 4 รูปแบบคือ สังคมนิยมแบบมาร์กซ์ แบบสังคมนิยมเสรี ประกันสังคมแบบบังคับ และแบบเศรษฐศาสตร์กระแสหลัก ซึ่งรัฐจัดการให้มีระบบและมีหลายรูปแบบสำหรับในประเทศไทยซึ่งมีการสร้างหลักประกันสุขภาพมาอย่างต่อเนื่องตลอดระยะยี่สิบกว่าปีที่ผ่านมา นับจากโครงการบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย โครงการหลักประกันสังคม โครงการสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ โครงการบัตรสุขภาพ จนมาเต็มเต็มด้วยการขยายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วยโครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” ที่มีการดำเนินงานท่ามกลางความเร่งรีบจนก่อให้เกิดกระแสวิพากษ์วิจารณ์อย่างกว้างขวางจากนักวิชาการทั้งฝ่ายการเมือง เศรษฐกิจและสังคม บุคลากรสาธารณสุข รวมไปถึงเสียงสะท้อนจากประชาชนซึ่งเป็นผู้ได้รับผลกระทบโดยตรง ซึ่งผลกระทบดังกล่าวก่อผลทั้งในด้านบวกและลบต่อการปรับเปลี่ยนวิธีการจัดระบบบริหารงานของกระทรวงสาธารณสุข การจัดการด้านการเงินการคลัง และวิธีการจัดระบบบริการสุขภาพให้แก่ประชาชนทั่วประเทศ ดังนั้นในภาคส่วนนี้จะป็นเนื้อหาจากการอภิปรายแลกเปลี่ยนถึง “แนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(ฉบับคนไทย) : ถูกทิศ หรือ หลงทาง ?” โดยมีประเด็นหมุมมองที่สำคัญคือ

- มุมมองหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในมิติของประชาชน
- มุมมองหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในมิติของระบบสาธารณสุข
- มุมมองหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในมิติทางสังคม
- มุมมองหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในมิติทางเศรษฐศาสตร์และการเมือง

ครูชบ ยอดแก้ว

ในฐานะที่เป็นครูประถมศึกษาที่มีแนวความคิดว่า การศึกษาต้องเป็นการศึกษาที่พัฒนาคน ซึ่งอันดับแรกจะต้องพัฒนาคนให้มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ เน้นอนามัยส่วนบุคคลอนามัยสิ่งแวดล้อม สรุปลือ

1. พัฒนาคนทางด้านสุขภาพ
2. พัฒนาคนทางด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และเน้นการสร้างงานพื้นฐานอาชีพ
3. พัฒนาคนให้เป็นประชาธิปไตยโดยมีพระมหากษัตริย์เป็นประมุข

สิ่งที่จะทำให้เรื่องนี้สู่จุดหมาย ผมได้จัดให้มีกลุ่มสัจจะออมทรัพย์แบบพัฒนาครอบครัวชีวิต ซึ่งทดลองทำในโรงเรียน ส่งผลให้เกิดสวัสดิการกับนักเรียนคือ นักเรียนสามารถเบิกค่ารักษาได้ มีเบี้ยเลี้ยงสำหรับเด็กที่ไปทำกิจกรรมนอกโรงเรียนและต่อมาแนวคิดนี้ชาวบ้านให้ความสนใจและต้องการให้มีการดำเนินงานในหมู่บ้าน จึงใช้เวลาพัฒนาการดำเนินงานนาน 4 ปี ตั้งแต่พ.ศ. 2526-2529 จนประสบความสำเร็จในการให้บริการประชาชนในเรื่องการเบิกค่ารักษาพยาบาล โดยแนวคิดนี้ ได้เน้นหลักการคือ

- การออมทรัพย์
- การฝึกคนให้มีสัจจะ มีความซื่อสัตย์ โดยใช้กระบวนการสวัสดิการเป็นตัวบังคับ และจัดการบริหารให้คนมีคุณธรรม จริยธรรม
- นำดอกผลที่ได้มาจัดสวัสดิการให้กับประชาชน มีการช่วยเหลือคนจน ช่วยการศึกษา ให้บ้านญาติประชาชน

ขณะนี้แนวคิดได้กระจายไปทั่วประเทศ โดยในปี.ศ.2544 คุณสามารถ พุทธา ดำเนินโครงการคล้ายคลึงกันที่ จ.ลำปาง ใช้การออมวันละ 1 บาท เริ่มดำเนินการด้วยสมาชิก 80 คน สามปีกว่า ๆ สมาชิกเพิ่มเป็น 3,000 คน ชาวบ้านจัดสวัสดิการได้โดยไม่ต้องรอใคร ที่น่าทึ่งว่าขณะนี้มีสวัสดิการถึง 85 เรื่อง เช่น ให้ผู้สูงอายุปลูกต้นไม้ พริก ตะไคร้ ฯลฯ ครบ 100 ต้น จะได้สวัสดิการ 100 บาท เป็นต้น สิ่งที่จะทดลองต่อไปคือ การซื้อแพง ชายถูก

การดำเนินการเช่นนี้ส่งผลต่อการมีสวัสดิการทางด้านประกันสังคมหรือประกันสุขภาพ ซึ่งสวัสดิการเหล่านี้ไม่ใช่เพื่อการรักษาพยาบาลอย่างเดียว เพราะสิ่งสำคัญของการประกันสุขภาพต้องครอบคลุมไปถึงส่วนที่เกี่ยวข้องกับคนทุกเรื่อง ตั้งแต่เกิดจนตายเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี สิ่งเหล่านี้น่าจะสะท้อนให้รัฐบาลรู้ว่าชาวบ้านทำได้ แล้วก็น่าจะสนับสนุนให้ชาวบ้านพึ่งพาตนเอง โดยรัฐบาลอาจให้งบประมาณลงมาสู่ชุมชนให้ชุมชนจัดการเองและสร้างสวัสดิการของตนเอง จนในที่สุดเกิดการจัดสวัสดิการภาคประชาชน ขึ้นมาให้ได้

นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์

ประสบการณ์ส่วนตัวต่อเรื่องประกันสุขภาพถ้วนหน้ามองว่าโดยหลักการของระบบดี แต่ถ้าทำไม่ดีก็จะแย่ ซึ่งข้อบกพร่องที่อาจจะเกิดขึ้นคือ

1. เกิดความไม่เป็นธรรม และความไม่เท่าเทียม
2. เกิดการใช้จ่ายฟุ่มเฟือย จากการใช้สิทธิในการรับบริการสุขภาพ
3. มีปัญหาเรื่องการเงินการคลัง (งบประมาณหมด)
4. เกิดมีฉันทิฐิ เพราะในการมองระบบบริการสุขภาพจะดีต้องมีบริการที่ดี

ประเทศไทยพยายามหลีกเลี่ยงหลุมพรางทั้ง 4 ข้อดังกล่าวนี้ เริ่มตั้งแต่จะสร้างสุขภาพดีถ้วนหน้า และประกันสุขภาพให้กับคนทุกคนทั่วประเทศไทย เพราะฉะนั้นปัญหาข้อที่หนึ่งก็จะหายไป ข้อที่สองได้พยายามใช้เงินที่มีอยู่มาจัดสรรเพราะเชื่อว่าพอและจะไม่ให้ฟุ่มเฟือย สิ่งนี้ไม่ใช่เป็นยุทธศาสตร์สร้างระบบเพื่อ make money available แต่เป็นยุทธศาสตร์เพื่อสร้างระบบให้ใช้เงินที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดซึ่งต้องสร้างกติกาว่าด้วยการเงินเพราะฉะนั้นก็ไม่แปลกที่มีนโยบายเรื่องเหมาจ่ายเงินรายหัวจัดสรรตามประชากร เพราะความพยายามที่จะทำให้ยุทธศาสตร์เรื่องการเงินเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะไม่ให้เกิดความฟุ่มเฟือย ไม่ให้เกิดปัญหาการเงินการคลัง และเป็นการสร้างระบบประกันสุขภาพที่ไม่ได้ให้ชาวบ้านมาพึ่งระบบรักษาอย่างเดียว ชาวบ้านต้องเกิดการช่วยตัวเอง ต้องมีการสร้างสุขภาพ ซึ่งขณะนี้งบประมาณในเรื่องการสร้างสุขภาพจำนวนร้อยสี่สิบบ้าบาท ตอนนี่ปรับเป็นสองร้อยกว่าบาท จะเห็นว่ามี ความพยายามในการจะปิดหลุมพรางพอสมควรทีเดียวของทั้งสี่ข้อ

ความเห็นของผมต่อทิศทาง และมุมมองในเรื่องของนโยบายเรื่องนี้ คือ ถ้ายังจัดการได้ไม่ดีก็แปลว่าต้องมีทางออกดีกว่าเจตนาที่ไม่ดี สิ่งสำคัญอยู่ตรงที่ว่าเราจะเห็นของที่ไม่ดีแล้วมาแก้ไขได้อย่างไร ต้องถามสิ่งที่ผิดพลาดนั้นกระทบหลักใหญ่ของระบบและเห็นตรงกันหรือเปล่า ตัวอย่างเรื่องของการจัดสรรเงิน เป็นประเด็นที่ถกเถียงกันมาก คือเป้าหมายที่อยากเห็นกับความเป็นจริงในปัจจุบัน ต้องสรุปให้ได้ก่อนว่าอยากเห็นภาพแบบไหนในอนาคต ถ้าอยากเห็นภาพการกระจาย และการบริการ ต้องถามว่าวันนี้ที่ความจริงไม่ค่อยดีจะแก้ไขและก้าวไปสู่อนาคตได้อย่างไร ผมเข้าใจว่ามีวิธีการจัดการและเชื่อว่า “ความตั้งใจดีอย่างเดียวไม่พอ ต้องมีการจัดการที่ดีด้วย”

เรื่องที่น่าสนใจคือเรื่องชาวบ้าน ระบบประกันสุขภาพของไทยถ้ามีนโยบายจัดสรรงบประมาณให้ชาวบ้านดำเนินการเอง ต้องพิจารณาว่าให้ภายใต้เงื่อนไขของใคร (ควรเป็นเงื่อนไขของชาวบ้านมีสิทธิของรัฐบาล) ถ้าชาวบ้านรับเงินรัฐบาลหนึ่งพันสองร้อยกว่าบาทหรือหนึ่งพันสามร้อยกว่าบาท แม้ร้อยเจ็ดสิบบ้าบาทหรือสองร้อยบาท หรือว่าร้อยบาท ภายใต้เงื่อนไขรัฐบาลชาวบ้านจะไปทะเลาะกัน เพราะว่าทำตามเงื่อนไขรัฐบาลไม่ได้ แต่ถ้าเงินนั้นรัฐบาลจ่ายมาให้ชาวบ้านจัดการภายใต้เงื่อนไขและชีวิตของคนไทย สำหรับผมการเปิดโอกาสให้ทำตามเงื่อนไขชีวิตชาวบ้านเป็นสิ่งที่ทำหายนามาก

สรุปว่าระบบปัจจุบันมีโอกาสที่จะดีกว่านี้หลักการจัดการที่สำคัญมากคือ ต้องเชื่อก่อนแล้วไม่มีใครรู้หรือกว่าภาคสุดท้ายน่าจะเป็นอย่างไร ไม่มีอะไรผิดหรือว่าอะไรถูก ต้องช่วยกันทำให้ดีภายใต้หลักการและการตกลงร่วมกัน

ศ.ดร.ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์

ข้อสังเกตต่อการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่ายังมีปัญหาในการดำเนินงานอยู่มากแต่เสียงวิจารณ์หรือข้อเสนอแนะที่ออกมาดูกระจัดกระจายไม่มี impact ต่อการเปลี่ยนแปลงมากนัก ซึ่งอาจเป็นเพราะช่องทางที่ใช้การเสนอยังไม่ดีพอหรือไม่เหมาะสม และอีกเหตุผลหนึ่งคือ ยุคสมัยนี้ความกลัวถูกสร้างขึ้นมามาก ทำให้เกิดกระบวนการที่เรียกว่า Self censor ขึ้นมาในแทบทุกกระบวนการ ไม่ว่าจะ เป็นพวกสื่อทั้งหลายอะไรก็จะมี Self censor ฉะนั้นคงไม่ต้องสงสัยว่าในภาคราชการของสาธารณสุข คงมีความกลัวนี้แผ่ชานอยู่ ถ้าเป็นสมัยที่นักการเมือง หรือพรรคการเมือง หรือรัฐบาลไม่แข็งแบบนี้ เสียงวิพากษ์วิจารณ์คงจะดังและหนักแน่นกว่านี้มาก

ในฐานะประชาชนคนหนึ่งอยากจะเห็นคนไทยเข้าถึงบริการได้ จึงเห็นว่า 30 บาท รักษาฟรี เป็นนโยบายที่ดี แต่นโยบายที่ดีไม่ได้หมายความว่าเมื่อดำเนินการไปแล้วจะดี ผมคิดว่าประชาชนโดยทั่วๆ ไปคงไม่ค่อยได้รับรู้เท่าไร ประชาชนจะติดอยู่กับเรื่องการเมืองมีสิทธิ เมื่อป่วยขึ้นมาเข้ารับบริการได้ก็พอใจแล้วถ้าบริการดีก็ประทับใจ แต่จะเห็นว่าคนที่มั่งคั่ง คนที่มีสิทธิแต่ไม่ใช้สิทธิมีเปอร์เซ็นต์ที่ค่อนข้างสูง ตรงนี้บอกอะไรบางอย่างว่า ในโลกของความเป็นจริงในสังคมไทย คนที่สามารถช่วยเหลือตัวเอง ได้มีจำนวนมากทีเดียว บุคคลกลุ่มเหล่านี้เมื่อเจ็บป่วยจะไม่ค่อยใช้สิทธิ์ ตรงนี้หมายความว่าระบบที่เป็น Universal coverage (UC) อาจจะเป็นระบบที่ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงก็ได้ เนื่องจากผู้คนมีความหลากหลาย และแตกต่างกันในฐานะเศรษฐกิจ

ระบบสาธารณสุขภาคราชการของสังคมไทยได้เติบโตและพัฒนาภายใต้อุดมการณ์ที่จะขยายบริการสาธารณสุขให้ครอบคลุม ในลักษณะที่ให้บริการนั้นรับใช้ผู้ที่มีความต้องการ ซึ่งส่วนมากอยู่ที่ภาคชนบท นี่เป็นอุดมการณ์ที่สำคัญของการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศไทยตลอด โดยใช้แนวคิดแบบ Social Welfare ซึ่งไม่ได้เห็นว่าทุกคนจะต้องเท่ากันหมด แต่ว่า welfare จะพุ่งเป้า ไปสู่คนที่มีความจำเป็น คนที่มีความต้องการได้รับความช่วยเหลือ โดยแนวคิดเป็นเรื่องของสวัสดิการบริการ ไม่ว่าจะเป็นการให้สวัสดิการแก่ผู้มีรายได้น้อย หรือเปลี่ยนมาเป็นบัตรสุขภาพ หรือเปลี่ยนมาเป็นโครงการประกันสุขภาพภายใต้กระทรวงสาธารณสุข เหล่านี้เป็นวิวัฒนาการของ Social Welfare ทั้งสิ้น จนในวงการสาธารณสุขระหว่างประเทศต่างยอมรับว่าประเทศไทยมีระบบโครงสร้างหรือบริการที่ well developed มากที่สุดประเทศหนึ่ง

ในเรื่องของการเคลื่อนไหวการปฏิรูประบบสาธารณสุข ต้องพูดกันว่าเรื่องของ UC มีการพยายามที่จะเคลื่อนไหวในลักษณะสองแนว คือ แนวที่อยู่ภายใต้ร่มของ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) กับแนวที่ได้รับการสนับสนุนจาก E.U. สองแนวนี้มีการเคลื่อนไหวที่แตกต่างกัน แนวหนึ่งเป็นการเคลื่อนไหวหลักประกันสุขภาพในลักษณะที่เป็น Integral part ของการปฏิรูประบบสาธารณสุข อีกแนวหนึ่งเป็นแนวที่พุ่งประเด็นที่ต้องทำให้เกิด UC โดยอาศัยเรื่องของ financing เป็นหัวทอกสำคัญ อีกทั้งมีลักษณะการเคลื่อนไหวทางการเมืองค่อนข้างสูง เช่น เรื่องการเสนอกฎหมายหลักประกันสุขภาพ โดยมีปรัชญาคือ health เป็นเรื่องสิทธิ เป็นเรื่องที่คุณคนจะต้องรับเสมอกันทั่วหน้า เท่ากันทั้งหมด benefit package จะต้องเท่ากันทั้งหมด

การดำเนินงาน UC จะต้องมีการคิดให้รอบคอบ มีการทดลองก่อนที่จะมีการดำเนินการ แต่ในขณะที่การพัฒนาและการวิจัยในเรื่องแบบนี้ยังดำเนินไปไม่ได้เต็มที่ ก็เกิดความเคลื่อนไหว ลักษณะทางการเมืองขึ้นมาและถูกใช้เป็นโอกาสของพรรคการเมืองพรรคหนึ่งในขณะนั้น ซึ่งต้องยอมรับว่าเป็นนักฉวยโอกาสที่มีความฉลาด ที่เห็นประเด็นและสามารถจะใช้เป็นนโยบายในการหาเสียงและกลายเป็น political agency ได้ เพราะฉะนั้นผู้ดำเนินงานแทบจะไม่มีเวลาที่จะมาทำระบบให้ดี เพราะต้องเข้าไปสู่กระบวนการดำเนินงานในบรรยากาศทางการเมือง ไม่ได้ถูกคิดให้ชัด ไม่ได้ถูกทดลอง แม้แต่ความคิดว่า UC จะเป็นทางเลือกที่ดีสำหรับประเทศไทยหรือไม่ ก็ไม่ได้มีการ debate กันอย่างจริงจังว่าอะไรเหมาะสมอะไรไม่เหมาะสม จึงเกิดปัญหาหมกพอสุมครว

ในประเด็นเรื่องของความคิด มุมมอง ขอบเน้นในประเด็น 2 ข้อ คือว่า

- สังคมไทยเมื่อคำนึงถึงวิวัฒนาการ จะเห็นว่าเป็นสังคมที่ฐานคิดในเรื่องของ Social welfare ที่ไม่เน้นเรื่องสิทธิที่ต้องเป็นเรื่องของความเท่าเทียม และเสมอภาคกันเท่านั้น
- เรื่องของการวิจัย และการพัฒนาค่อนข้างที่จะเป็นตาบสองคมได้เหมือนกัน ถ้า Research & development ไม่ทำในครรลองที่ถูกต้อง เน้นความสัมพันธ์และการเคลื่อนไหวในทางการเมือง ในขณะที่ผลการวิจัยยังไม่ชัดเจน ถือว่าเป็นเรื่องอันตรายมาก

ศ.ดร.สมบัติ อารังธัญญาวงศ์

ในมุมมองของนักวิเคราะห์นโยบายสาธารณะ ขณะนี้เรื่องสุขภาพเป็นเรื่องต่อสู้ของสองแนวคิดอย่างชัดเจน แนวคิดดั้งเดิมคือ Health for all กับแนวคิดใหม่ที่ถือว่าก้าวหน้ามากในโลกทุกวันนี้ คือ All for health แนวคิดเดิม เน้นสุขภาพที่ตัวบุคคล ความเจ็บไข้ได้ป่วยจะรักษาอย่างไร จะทำให้แข็งแรงได้อย่างไร ในหลายประเทศแนวคิดนี้เป็นแนวคิดของรัฐบาลที่ทำไปแล้ว และก็พยายามที่จะเน้นให้ทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับบริการที่เสมอภาคเท่าเทียมกัน

ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 รัฐบาลถือเป็นนโยบายที่ทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกัน ความเห็นที่แตกต่างต่อแนวคิดนี้อยู่ตรงที่ว่า สังคมไทยเป็นสังคมที่มีความแตกต่าง อาจกล่าวได้ว่า เป็นหนึ่งประเทศสองสังคม คือสังคมคนรวย ดูแลตนเองได้ และอีกสังคมหนึ่งคือกลุ่มที่ยากจน ดูแลตนเองไม่ได้ เข้าไม่ถึงบริการสาธารณสุข แต่รัฐบาลไม่ชอบจัดจำแนก รัฐบาลมีฐานคติอยู่ในใจว่าคนรวยส่วนใหญ่ไม่ไปใช้ “30 บาทรักษาทุกโรค” เพราะไม่ต้องการเข้าคิวเมื่อไปโรงพยาบาลของรัฐ เพราะฉะนั้นรัฐบาลใช้เป็นโอกาสในการพูดให้ดูดีดีกว่า คือให้หมดทุกคนไปเลย เมื่อรัฐบาลตัดสินใจตรงนั้นแล้ว รัฐบาลจึงถือเป็นแนวทางปฏิบัติ ประกาศเป็นกฎหมาย และกลายเป็นนโยบายสาธารณะ

สิ่งที่เกิดขึ้นขณะนี้ เป็นขั้นตอนการนำนโยบายไปปฏิบัติ ถ้าหากตรวจสอบจะพบว่าโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคมีการมุ่งที่สุขภาพการเจ็บไข้ได้ป่วย การดูแลรักษา ทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกันทั้งหมด เป็น Universal coverage ดังนั้นโครงสร้างบริการสาธารณสุขเดิมจึงไม่สอดคล้อง เพราะโครงสร้างเดิมยึดหลักการให้บริการสาธารณสุขเท่าที่ทำได้ แต่โครงสร้างใหม่ ต้องการให้บริการอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน ดังนั้นจึงต้องปรับโครงสร้างเดิมให้สอดคล้องกับนโยบายใหม่ ส่วนการปฏิบัติที่มีปัญหา

เกี่ยวกับการบริหาร ก็คงไม่ยากที่จะแก้ไขให้ลุล่วง

ความคิดใหม่ไม่ได้มองว่าสุขภาพคือความเจ็บไข้ได้ป่วยและการมีแพทย์มีบริการสาธารณสุขเท่านั้น แต่มองถึงการมีสุขภาวะดีซึ่งเกี่ยวข้องกับสังคม จิตวิญญาณและจิตใจ ส่วนร่างกายเป็นเพียงส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ เพราะฉะนั้นการมีสุขภาวะดี จึงไปเชื่อมโยงกับปัจจัยสิ่งแวดล้อมทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรมสังคม และสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติ แนวคิดใหม่นี้ถือว่าปัจจัยเหล่านี้คือภัยคุกคามสุขภาพ ต้องมีระบบในการจัดการภัยคุกคามเหล่านี้ให้เรียบร้อย ถ้าสามารถจัดการได้เรื่องของการดูแลสุขภาพกาย จะลดปัญหาไปมาก

การดูแลสุขภาพกาย เป็นเพียงส่วนย่อยส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพที่พูดถึงการมีสุขภาวะที่ดี ถือเป็นแนวคิดที่ก้าวหน้ามาก และขณะนี้ไม่ได้คิดอย่างเดียว มีผู้เข้าไปขับเคลื่อนทั้งประเทศ มีพลังที่เชื่อมโยงความสัมพันธ์ของพลังทุกภาคส่วนของประเทศให้มีส่วนร่วมในการดูแลเรื่องสุขภาพ และมีส่วนร่วมในการร่าง พรบ.สุขภาพ ถ้าถามรัฐบาลว่ามีความเห็นอย่างไร เชื่อว่ารัฐบาลไหนก็คงตอบว่าดี รัฐบาลคงเห็นว่าเรื่องนโยบายสุขภาพที่มองภาพรวมของความสัมพันธ์ทั้งหมดเป็นเรื่องที่ดีและเห็นด้วย แต่รัฐบาลจะทำหรือไม่ คือสิ่งที่ปัญหา สิ่งที่ดีรัฐบาลอาจไม่ทำ ถ้าเห็นว่าการกระทำนั้นจะทำให้รัฐบาลมีความยุ่งยาก

ถ้ามองในมุมของการเมืองในแง่ของ public policy หรือนโยบายสาธารณะ การจะทำนโยบายใด จะไม่เลือกในสิ่งที่เป็นนามธรรม เพราะทำยาก มีโอกาสบั่นทอนตนเองได้มาก รัฐบาลจะเลือกทำสิ่งที่เป็นรูปธรรมทำได้และได้คะแนนนิยมอันนี้เป็นแนวความคิดพื้นฐานการเมืองที่มองกันว่าไม่ค่อยจะได้เท่าไรแต่มีอยู่จริง แน่หนอนที่สุดระบบสังคมประชาธิปไตยรัฐบาลต้องทำในสิ่งที่ตอบสนองต่อประชาชน รัฐบาลจะทำอะไรต้องถามประชาชนก่อนแต่สำหรับนักการเมืองกลับคิดว่าหากมัดแต่ถามประชาชนแล้วไม่ได้ทำ ก็จะไม่ได้คะแนนนิยม ความคิดของนักการเมืองมักจะสวนทางกับสิ่งที่ควรจะเป็นมากพอสมควร อย่างเช่น ร่าง พรบ. สุขภาพ ที่ขับเคลื่อนกันนั้นมีประชาชนจำนวนมากมีส่วนร่วม เป็นพลังที่สุดยอดจริงๆ แต่รัฐบาลกลับเก็บเงียบและทำท่าจะแห้งไป

เพราะฉะนั้นประเด็นนี้ถ้ามีความคิดที่ดี มีสิ่งดีๆ น่าจะทำให้เป็นจริงได้ และคงต้องหา ยุทธวิธีหลายอย่าง เช่นทำอย่างไรถึงจะทำให้พลังประชาชนมีพลังมากกว่านี้ มีความเข้าใจและต้องการ จนกระทั่งมีการเรียกร้องให้ใครที่จะเข้ามาเป็นรัฐบาลต้องมี commitment ที่จะนำแนวคิดนี้ไปปฏิบัติ ถ้าหากว่าสร้างความรู้สึกให้ประชาชนมีสำนึกของความรับผิดชอบร่วมกันในเรื่องสุขภาพ ก็จะเป็นผลพลอยได้อีกมาก

คำถามและประเด็นข้อคิดเห็นจากผู้ร่วมเวทีวิชาการ

การจัดการระบบประกันสุขภาพที่ดำเนินงานด้วยสองฝ่ายคือรัฐ และภาคเอกชน สองแบบนี้มีข้อดีข้อเสียอย่างไร และแนวทางที่จะให้ประชาชนจัดการเองจะเป็นไปได้หรือไม่

นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์

ขณะนี้ยังไม่ต้องเป็นทั้งสองอย่างผสมกันแต่รูปธรรมคือน่าจะมีการริเริ่มให้ชาวบ้านมีส่วนร่วมในการจัดการระบบประกันสุขภาพมากขึ้น โดยเริ่มจากกลุ่มที่มีศักยภาพก่อน ไม่ควรเริ่มพร้อมกันทั้งระบบ ควรจะมีการทดลองในพื้นที่ซึ่งประชาชนต้องการจัดการเองเพื่อศึกษารูปแบบ เริ่มจากชุมชนที่จัดการบริหารกันเองได้และสมาชิกในชุมชนพร้อม

ขณะนี้ก็มีความพยายามสร้างรูปแบบหรือตัวอย่างชาวบ้านที่จะมาช่วยดูแล ซึ่งน่ากังวลมากที่สุดเหมือนว่าจะพยายามให้มีการประกาศนโยบายว่าเงินส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งตอนนี้มี 200 กว่าบาทเอาไปให้ชาวบ้านจัดการให้หมดเลย ผมคิดว่าต้องมีการไปช่วยหาวิธีการทำงาน สมมติว่ากองทุนมีเงินและสมาชิกยินดีที่จะได้สิทธิประกันสุขภาพตามที่กองทุนกำหนดแล้วขอให้รัฐบาลเอาเงินทั้งหมดที่เคยให้พันกว่าบาทต่อหัว มาให้กองทุนทั้งหมดเลย แล้วผู้บริหารกองทุนยินดีจะบริหารจัดการตามเงื่อนไขของกองทุน แปลว่าอะไร แปลว่าต่อไปนี้ชาวบ้านคนไหนไปใช้บริการที่ไหน กองทุนจะตามไปจัดการหรือกลับมาเบิกก็ได้ แต่ต้องมีเงื่อนไขดังต่อไปนี้เช่น ห้ามขายเสียง ห้ามกินเหล้า หรืออาจต้องทำเกษตรผสมผสานถ้าอย่างนั้นไม่มีสิทธิเบิกผมก็ไม่แน่ใจว่าผู้บริหารกองทุนสามารถจะไปตกลงกับสมาชิกให้ทุกคนเห็นตรงกันได้เลยหรือเปล่าที่จะสละสิทธิที่รัฐบาลประกาศให้ทุกคนมีสิทธิ์ต้องได้ แต่มาใช้สิทธิที่ชุมชนตั้งขึ้นมาเอง

ศ.ดร.ทวิทอง หงษ์วิวัฒน์

ประชาชนในที่นี้ไม่จำเป็นเสมอไปว่าจะต้องเป็นชุมชน เวลาขยายความหมายของประชาชนให้กว้างไกล มักหนีไม่พ้นที่จะต้องพูดถึงเรื่องการกระจายอำนาจ ซึ่งบัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ เรื่องการกระจายอำนาจในวงการสาธารณสุขก็มีการริเริ่มอยู่ แต่เจ็บไปเสียก่อน ไม่ได้มีการดำเนินการอย่างจริงจัง ทั้งที่มีบัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ และมีตัวบทกฎหมาย เพราะเกิด 30 บาทรักษาฟรีขึ้นมา รัฐบาลก็คงต้องมีคำตอบที่อย่างน้อยทำให้ประชาชนเกิดความรับรู้มากขึ้น สิ่งสำคัญคือ การกระจายอำนาจจะต้องกระจายไปยังประชาชนในระดับต่าง ๆ ทุกระดับ

คำตอบจะอยู่ที่วิธีคิดของรัฐบาล ที่บริหารประเทศไทยเหมือนกับการบริหาร Corporation คือใช้สไตล์แบบธุรกิจเลยว่าผู้บริหารต้องสั่ง ผู้รับคำสั่งต้องปฏิบัติให้ได้ส่วนคนปฏิบัติไม่ได้จะมาพูดจากันก็ขึ้นอยู่กับความกล้า สิ่งนี้ทำให้คิดว่าเรื่องการกระจายอำนาจคงยากที่จะเกิดขึ้นในวงราชการ ดังนั้นพลังในเรื่องนี้คงจะไม่ได้มาจากภาคราชการแต่จะไปอยู่ภาคนอกราชการ ซึ่งขณะนี้ฝ่ายประชาชนถูกฝากความหวังไว้มาก ดังนั้นคำถามสำคัญคือจะทำอย่างไรถ้าภาคราชการอ่อนแอ ภาคประชาชนควรจะแข็งแกร่งขึ้น

ศ.ดร.สมบัติ อารังธัญญาวงศ์

ในประเทศที่พัฒนาแล้ว การดำเนินนโยบายสำคัญต่าง ๆ จะต้องผ่านกระบวนการศึกษาความเป็นไปได้ หรือกระบวนการวิเคราะห์นโยบาย ซึ่งจะเริ่มต้นตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหาของนโยบายที่เรียกว่าปัญหาสาธารณะ หรือปัญหาสาธารณสุข ต้องชี้ให้ชัดว่าขณะนี้ปัญหาสาธารณสุขคืออะไร กรณีนี้ปัญหาคือการให้บริการ ซึ่งรัฐบาลเลือกแล้วว่าจะยึดหลักการประกันสุขภาพ โดยให้ทุกคนมีโอกาสได้รับการบริการอย่างทั่วถึงถ้วนหน้า เป็น Universal coverage ซึ่งมีวัตถุประสงค์สำคัญ **ประการแรก** คือ ต้องการที่จะให้มีสถานบริการที่พอเพียง **ประการที่สอง**คือการเข้าถึงบริการได้อย่างเป็นธรรม **ประการที่สาม**เรื่องของประสิทธิภาพของการให้บริการ **ประการที่สี่**คือเรื่องของคุณภาพการให้บริการ ภายใต้โครงสร้างการให้บริการเดิมที่มีอยู่

ประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นก็คือทำเร็ว สถานการณ์ของการเมืองในประเทศกำลังพัฒนามีปัญหาอยู่อย่างหนึ่งก็คือมีสิ่งที่เป็นปัญหาเฉพาะหน้ามาก แล้วฝ่ายการเมืองขาดระบบข้อมูลที่จะนำมาใช้ในการวิเคราะห์ การตัดสินใจจึงเป็นการตัดสินใจเฉพาะหน้า แล้วก็ไปเผชิญปัญหาเฉพาะหน้า ลักษณะอย่างนี้เรียกว่าคิดไปทำไป สิ่งที่เกิดขึ้นคือต้นทุนจะสูงกว่าที่คิดก่อนแล้วเอาไปทำ แต่สิ่งเหล่านี้คิดย้อนกลับไปที่ไม่มีประโยชน์ เพราะว่าทำแล้ว มาถึงวันนี้บนเส้นทางต่อไป ควรจะได้มีการประมวลทั้งหมดว่าปัญหาอุปสรรค จุดแข็งจุดอ่อนอยู่ตรงไหน แล้วจะปรับให้เป็นไปตามเป้าหมายจะต้องดำเนินการอย่างไรบ้าง ใช้เวลาเท่าไร อันนี้ก็จะทำให้ลดต้นทุนของการดำเนินการอย่างนี้ไปได้มาก

สิ่งที่รัฐบาลทำตรงนี้ถึงแม้ว่าจะมีปัญหาอุปสรรคมากมายในเรื่องของการประกันสุขภาพ แต่ก็เป็นความมุ่งหวังที่จะให้ประชาชนส่วนใหญ่มีโอกาสเข้าถึงบริการเรื่องการดูแล ส่วนปัญหาอื่นๆ ที่เกิดขึ้นนั้น ถ้าทุกคนเห็นว่าคนจนที่ขาดโอกาสและควรที่จะได้รับการดูแล ก็หมายความว่าแนวทางนี้จะต้องปรับปรุงวิธีการและผลักดันให้ขับเคลื่อนต่อไป

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในขณะนี้หลังการเมืองมีอิทธิพลในการนำค่อนข้างมาก ตามว่าผิดทิศทางอย่างมากจริงไหม แล้วถ้าผิดทิศ ทางที่ถูกควรจะเป็นอย่างไร

ศ.ดร.ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์

คำตอบเรื่องนี้คงไม่ใช่ง่าย ๆ แค่ว่าใช่หรือไม่ใช่ เพราะว่าไม่ใช่เป็นคำตอบสำหรับจะทำอะไรให้ดีขึ้น คิดว่าคำตอบเรื่องนี้ขึ้นอยู่กับทิศของรัฐบาล ที่จะให้เกิดมีการปรับระบบในส่วนอื่น ๆ เพื่อที่จะให้โครงการนี้ดีขึ้นหรือเปล่า ซึ่งมีทางออกได้หลายทาง ในผลการวิจัยก็ชี้ว่ามีจุดบางจุดที่อาจจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ เช่น การสัมภาษณ์ชาวบ้าน เรื่องบัตรประกันสุขภาพที่ทำก่อนมาทำ 30 บาท รักษาทุกโรค ว่าดีและยินดีที่จะจ่ายเงินเพิ่ม ตรงนี้พอที่จะเห็นว่าเป็นเรื่องที่ปรับได้ อาจจะไม่ใช่ 30 บาท อาจจะเป็น 100 บาท 200 บาท ส่วนวิธีการมีส่วนร่วมจะเป็นอย่างไรคงเป็นรายละเอียดที่คิดได้ไม่ยาก ถ้ามีฉันทะในการที่จะคิดหรือทำ แม้แต่ในเรื่องของการบริการ core-package จำเป็นหรือที่จะต้องให้เหมือนกัน ไม่ว่าจะ scheme ไหน คงต้องดูเหตุผลประกอบทั้งในเรื่องของการเงินการคลังและความพร้อมอื่น ๆ

นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์

ถ้ารัฐบาลยังคิดจะใช้หลักประกันสุขภาพเป็นเครื่องมือทางการเมือง ก็จะไปสู่ความยากลำบากได้มากขึ้น เพราะว่าเรื่องประกันสุขภาพนั้นซับซ้อนและมีอีกมากที่แก้ไม่หมด จังหวะที่ดีในการส่งมอบให้สังคมคือตอนร่างกฎหมาย และจัดกลไกระบบสุขภาพที่ดี ๆ โดยที่มีกรรมการหลักประกันสุขภาพเป็นกลไกสำคัญที่เข้ามาดูแลระบบแทนรัฐบาล แล้วกำหนดกติกา ปรับรายละเอียด

มีอยู่ 3-4 จุดที่คิดว่าเป็นจุดสำคัญที่จะทำให้ระบบเดินไปข้างหน้าได้ คือ

- เรื่องการกระจายอำนาจ โดยเฉพาะเรื่องประกันสุขภาพ ควรใช้กลไกที่เป็นกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่มาดูแลเงินของพื้นที่ กรรมการจะประกอบด้วยหลายฝ่าย ภาครัฐเป็นส่วนหนึ่ง แต่ต้องระวังไม่ให้เครื่องมือของนักการเมืองท้องถิ่นไปหาเสียง และเข้ามายุ่งกับกระบวนการจัดการเพราะต้องการให้ชาวบ้านเห็นว่าตนเองได้เข้าไปทำประโยชน์ให้กับชาวบ้าน ระบบก็จะอุ่นใจไปด้วย
- เรื่องสถานภาพของโรงพยาบาลของรัฐ ควรจัดการให้ท้องถิ่นเข้ามามีส่วนในการบริหารโรงพยาบาล โดยมีการสร้างกลไกในการจัดการระบบให้ครบส่วนและสร้างกติกาให้ชัดเจน ซึ่งขณะนี้ชัดเจนว่าระบบผู้ให้บริการทั้งประเทศไทยมีคน 3 กลุ่มหลัก คือ กลุ่มที่เป็นกติกากลาง คนซื้อบริการ กับคนขายบริการ กลุ่มกติกากลางสำคัญมากในแง่ของกลไก และผู้ขายบริการมีอยู่ 2 เจ้าใหญ่ คือเอกชนกับรัฐ โดยรัฐเป็นเจ้าของสถานบริการ 70% หรือ 75% และผูกขาดโดยผู้มีอำนาจคนเดียวตามกฎหมาย ในขณะที่ผู้ซื้อบริการไม่มีอำนาจ
- เพื่อให้ระบบอยู่และมีการพัฒนาอย่างยั่งยืนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องเป็นสมอที่กำหนดกติกา กลไกระบบ ไม่ใช่เป็นองค์กรซื้อบริการกับจ่ายเงิน
- กำหนดกลไกการซื้อบริการ โดยดึงเงินท้องถิ่นเข้ามาร่วมด้วย มีสมอตรงกลางที่กำหนดกติกากลาง ที่ยืดหยุ่นได้

ศ.ดร.สมบัติ อารังธัญญวงศ์

แนวคิดในเรื่องการให้บริการสาธารณสุข ที่บอกเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ ถ้าจะให้เป็นธรรม คงต้องเอาข้อมูลมาดูว่าจริง ๆ ปัญหาอยู่ตรงไหนหลังจากการนำนโยบายไปปฏิบัติ และมีปัญหาอะไรบ้าง แล้วถึงจะตอบได้ว่าผิดหรือถูก โดยภาพรวมพบว่าผู้รับบริการพอใจ แต่ว่าผู้ให้บริการรู้สึกมีปัญหามากที่สุดคือเรื่องงบประมาณ กระบวนการในการปรับต้องใช้เวลาในการปรับเปลี่ยน ซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัยสนับสนุนต่าง ๆ เช่น บุคลากรไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล สถานที่ ไปดูว่าขาดตรงไหน เพราะฉะนั้นต้องวิเคราะห์ให้ชัดว่าจริง ๆ แล้วแนวทางนี้ถูกหรือผิดที่จะให้กับทุกคน

ถ้าให้ผมเดาใจรัฐบาล รัฐบาลนี้ชอบทำอะไรแบบ mass production กองทุนหมู่บ้านก็ทั้งหมดทุกหมู่บ้าน ไม่ต้องมาคัดเลือกเสียเวลาคัดเลือก เพราะฉะนั้นการให้บริการก็ทุกคนไม่ต้องเลือก รวยหรือจน ด้วยมี assumption ในใจแล้ว คนรวยคงไม่มาเท่าไร ถ้ามาก็มาน้อย เพราะฉะนั้นคนที่จะมาจริง ๆ คือคนจน แล้วก็ขึ้นทะเบียนหมด มีโอกาสได้คะแนนหมด เพราะฉะนั้นถ้าต้องบอกว่าถูกหรือผิด คงต้องไปตรวจสอบอีกที่ว่าปัญหานั้นมาจากตรงไหน

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เกิดขึ้น มี 3 ระบบคือ 30 บาทรักษาทุกโรค ระบบประกันสังคม และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ คำถามคือ ควรรวมกันเป็นหนึ่งกองทุนหรือไม่ เพื่อที่จะใช้ทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพ

ครูชบ ยอดแก้ว

ผมว่าไม่น่าจะรวม น่าจะเป็นทางเลือกของประชาชนว่าจะเลือกเส้นทางใด ขอย้อนกลับเรื่อง ถูกกัศถูกทาง ผมว่าเรื่องทีศคงจะถูกกัศ คือประชาชนควรมีประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่หากรวมเป็นระบบเดียว คงเป็นแค่ถูกกัศแต่มีทางเดียวให้คนเดินทั้งประเทศคงยาก ทำให้มีปัญหามากขึ้น เช่น เรื่อง 30 บาท ไม่ให้ทางเลือกเลย ตัวอย่างเรื่องบัตรสุขภาพ ที่ตำบลน้ำขาว ทดลองจ่ายที่ 100 บาท โรงพยาบาลอยู่ไม่ได้ ขึ้นไป 200 - 300 บาท โรงพยาบาลก็อยู่ไม่ได้ ก็ขึ้นไปจนถึง 500 และจัดบริการให้ตีประชาชนก็พอใจ เดียวนี้ประชาชนสะท้อนเสียตายเป็นบัตร 500 ก็ไม่ได้ ต้องใช้ 30 บาท และก็ไม่แน่ใจในการรักษา ไม่มั่นใจในคุณภาพ นี่คือส่วนเสียของการให้เดินทางเดียว

ผมแบ่งคนออกเป็นสามกลุ่ม กลุ่มที่หนึ่งข้าราชการของรัฐ รัฐดูแลอย่างดี กลุ่มที่สองเป็นประกันสังคมทำงานบริษัท กลุ่มนี้ก็ใช้ได้ สวัสดิการดี หมอก็รักษาดีเพราะว่าจ่ายเงินไปตรงไหนก็ได้ กลุ่มที่สามพวกชาวไร่ ชาวนา ชาวสวน แม่ค้า ผมขอเสนอแนวความคิดให้มีประกันสังคม กลุ่มเกษตรกร ชาวไร่ ชาวนา ชาวสวน โดยการทำออมทรัพย์ตนเอง และให้รัฐสมทบ และไม่ต้องเก็บภาษีด้วย เพื่อให้มีการประกันสุขภาพเช่นกลุ่มอื่น ๆ ต่อไป

ศ.ดร.ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์

อย่าทำอะไรในลักษณะที่เป็นสูตรสำเร็จตายตัวมาก ๆ ในสังคมไทย เพราะจะเกิดความไม่สอดคล้อง ถ้าเปิดให้มีหลาย scheme และสอดคล้องกับความเป็นจริงก็จะส่งผลในเชิงพัฒนา และยังประโยชน์ให้เกิดขึ้น ซึ่งกฎหมายก็เปิดกว้างให้หลักประกันสุขภาพกับทุกคน และคงไม่ได้เขียนไว้ว่าจะต้องมี scheme เดียว หากมีคงต้องแก้กฎหมายกันเสียก่อน

ศ.ดร.สมบัติ อ่างธัญญวงศ์

ในสังคมไทยถ้าพูดถึงองค์กร ทุกหน่วยงานจะถูกปลุกฝังแบบแยกส่วน ไม่ยุ่งกัน ถ้าคนที่ได้ดีกว่า อย่าไปเรียกให้มาเสียประโยชน์ไม่มีใครยอม แต่ถ้าคำว่ารวมกันหมายความว่าคนที่ทำงานไม่ต้องจ่ายสมทบ แล้วรัฐบาลจ่ายให้อย่างนี้อาจเป็นไปได้ แต่ถ้าต้องจ่ายเอง แล้วเรียกให้มารวมกองทุนคงยาก ยกเว้นว่าจะยกคนข้างล่างขึ้นมาให้เท่ากันหมดในคุณภาพการบริการ

นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์

ถ้าการรวมกองทุนทำให้เกิดความเป็นธรรม ประสิทธิภาพ ถามว่าไม่ต้องมีกองทุนเดียวได้หรือไม่ เพราะอาจเกิดความเป็นธรรม เกิดประสิทธิภาพ แต่ไม่เกิดประโยชน์ และทุกคนก็ไม่ใช้ คำว่า

กองทุนเดี่ยวถ้าดูประเทศต่าง ๆ เป็นตัวอย่าง คืออเมริกามีกองทุนเป็นพันกองทุน มีกติกาที่พันแบบ แบบอังกฤษมีองค์กรบริหารชื่อว่า MSH จัดเงินไปตามที่ต่าง ๆ เรียกว่ากองทุน ประเทศแคนาดา เป็นตัวอย่างที่มีกองทุนเดี่ยว ที่เหมือนไม่ใช่กองทุนเดี่ยว คือมีกติกากลาง แต่มีหลายกองทุน แต่กองทุนเหล่านี้ไม่มีอำนาจไปทำอะไรตามใจชอบ ประเทศในยุโรปส่วนใหญ่มีกติกากลาง แต่กองทุนแยก แล้วใช้พื้นที่ จังหวัด หรือรัฐเป็นตัวทำ Medicare สำหรับคนจน คนแก่ สรุปแล้วคือมีวิธีออกแบบระบบเพื่อให้มีความเป็นธรรมและประสิทธิภาพ ซึ่งไม่ได้กำหนดโดยคนกลุ่มเดียว แต่มีหลากหลายกลุ่มเข้ามาช่วย กำหนด ภายใต้เป้าหมายร่วมกัน

การออกแบบระบบ จะต้องมิกลไกลกลางกำหนดกติกากลางที่เหมาะสม มีประโยชน์ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการใช้เงิน ซึ่งอาจมีทิศทางในการจัดกองทุนคือ แบ่งกองทุนตามกลุ่มวิชาชีพ หรือตามกลุ่มพื้นฐาน เป็น Population group และแบ่งกองทุนตามพื้นที่ แต่ละพื้นที่รวมทุกกลุ่มประชากรเพื่อจัดการร่วมกัน และวิธีที่จะปรับผลประโยชน์ภายใต้กติกากลาง

ปัญหาอยู่ที่ว่าจะระดมความสามารถและศักยภาพชุมชนมาร่วมได้อย่างไร และการจัดกลไกของระบบจะต้องผสมผสานมุมมองทางด้านการเงิน ทางด้านสังคมร่วมกันให้ได้ และเชื่อว่าจุดขีดขาดของการจัดการอยู่ที่ความสามารถในการระดมศักยภาพของท้องถิ่น ของชุมชน เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการจัดการระบบนี้

เรื่องรวมกองทุนหรือไม่รวมกองทุน ที่สำคัญกว่าก็คือต้องมีกติกากลาง ต้องมีกลไกที่มีประสิทธิภาพเพื่อทำให้เกิดความหลากหลาย ถ้ากองทุนเดี่ยวหมายถึงคนทุกคนมาลงทุนที่เดียวกัน มีคนกลุ่มหนึ่งตัดสินใจว่าต้องได้เงินเหมือนกันหมด อยากรได้ก็เอา ไม่อยากรได้ก็ไม่เอา ผมเข้าใจว่าตรงนั้นคงไม่มีใครอยากได้แน่

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะมีพลังพอที่จะยุติปัญหาารุนแรงเร่งด่วนอย่างเช่น อุบัติเหตุได้หรือไม่ เพราะว่าป่วยแล้วตายกันมาก ถือเป็นปัญหาสุขภาพ 1 ใน 10 ข้อของสุขบัญญัติแห่งชาติ

ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรจะนึกถึงนโยบายเรื่องอื่นด้วย เช่นเรื่องบุคลากร เพราะพูดถึงเรื่องเงินอย่างเดียว แต่ก็ควรจะมีระบบที่รองรับผู้ด้อยโอกาสยากจนเป็นพิเศษ

ช่วยชี้แนะยุทธวิธีทำให้ พรบ. สุขภาพแห่งชาติประสบความสำเร็จได้หรือไม่ และจะผลักดันเพื่อจะให้ประชาชนหลาย ๆ ฝ่ายเข้ามาช่วยรับผิดชอบเรื่องสุขภาพได้อย่างไร

นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์

บทเรียนการจัดการระบบสุขภาพในประเทศตะวันตกที่พยายามใช้กลไกที่เป็นประโยชน์คือแยกค่าใช้จ่าย แยกเรื่องคนออกจากเรื่องสถานบริการเพื่อเป็นแรงจูงใจบุคลากร เช่น อเมริกา ใช้ระบบ medicare มีเงินสำหรับจ่ายในระบบ โดยแบ่งจ่ายให้แพทย์โดยตรง เพราะเชื่อว่าถ้าแพทย์ไม่ได้รับค่าแรงโดยตรงแต่รับค่าแรงผ่านโรงพยาบาล จะถูกกดดันจากโรงพยาบาล และขาดอิสรภาพในการทำงาน ซึ่ง

อาจจะไม่เป็นประโยชน์สำหรับคนไข้ ออสเตรเลีย หรือแคนาดา มีกติกาชัดเจนว่ารายได้ของแพทย์ใช้วิธีคิดอัตราก้าวหน้า เพื่อไม่ให้แพทย์ทำรายได้มากเกินไป นี่เป็นตัวอย่างที่พยายามจะออกแบบระบบกลไกทางการเงินให้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาบุคลากร อีกตัวอย่างคือเรื่องแพทย์ประจำครอบครัว ก็ไม่ได้เอาเงินให้โรงพยาบาล แต่เอาเงินไปให้กับตัวผู้ให้บริการโดยตรง เพื่อให้รวมตัวกันขึ้นมาจัดระบบเอง ผมเสนอเรื่องค่าตอบแทนบุคลากร ให้แยกไว้ต่างหาก เช่น เงินประกันสุขภาพมีประมาณแสนล้านบาท และประเทศไทย หมอคนหนึ่งมีรายได้ล้านบาทต่อปี มีหมอประมาณ 2 หมื่นก็ให้เงิน 2 หมื่นล้าน เงินอีก 2 หมื่นล้านให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เลือกทุกประเภท จะมีเงินหมุนเวียนในระบบเพื่อเป็นค่าตอบแทนบุคลากรประมาณ 4 หมื่นล้าน อาจคิดเพิ่มอีกหมื่นล้านเพื่อให้สาขาอื่นเป็นห้าหมื่นล้าน พอ ๆ กับค่าจ้างที่ราชการใช้อยู่ในปัจจุบันนี้ คิดอีกแบบหนึ่งถ้าสามารถวิเคราะห์ทำให้ระบบบริการเชิงรุกที่ PCU มีหลักการที่ชัดเจนขึ้น หลีกเลี่ยงจากการผูกกับโรงพยาบาล ให้ประชาชนเลือกโรงพยาบาล เลือกสถานบริการได้ เพื่อให้ได้สถานบริการที่ใกล้บ้านใกล้ใจ และให้เงินบริหารจัดการโดยชาวบ้าน อาจจะมีประสิทธิภาพสูงกว่านี้ แต่จุดหนึ่งที่พลาดมาตลอด คือ มีการให้เลือกโรงพยาบาลเป็นหลัก ไม่ได้เลือก PCU ทุกอย่างก็ไปอยู่เป็นค่าหัวของโรงพยาบาล Model ก็เลยออกมาเป็น Model OPD ซึ่งถ้าเงินไปที่ชุมชนโดยตรง อาจจะได้ PCU แบบใหม่ ซึ่งไม่ต้องแพง แต่ได้ประโยชน์มากกว่า แล้วก็มีความตั้งใจให้คนทำงานได้ใกล้ชิดกับประชาชน สรุปคือน่าจะจะมีวิธีเอาเงินมาใช้เพื่อสร้างแรงจูงใจให้กับบุคลากรที่ทำงานโดยตรงให้มากกว่านี้

ศ.ดร.สมบัติ ธำรงธัญญวงศ์

เรื่องหมวกกันน็อค ไม่ทำให้เรื่องอุบัติเหตุลดลง แต่ทำให้ความรุนแรงจากอุบัติเหตุลดลง เรื่องของคนเจ็บป่วยจากอุบัติเหตุเกี่ยวข้องกับปัจจัยแวดล้อมทางสุขภาพที่กำหนดไว้ใน พรบ. สุขภาพแห่งชาติ เช่น นโยบายเกี่ยวกับเรื่องจราจร ระบบจราจร เรื่องพฤติกรรมกรรมการขับขี่รถ การใช้รถ เรื่องการผลิต-ตี๋มแอลกอฮอล์ เรื่องพวกนี้อยู่นอกเหนือจาก พรบ. หลักประกันสุขภาพ แต่ว่าอยู่ในร่าง พรบ. สุขภาพ เพราะฉะนั้นถ้าจะแก้ไขตรงนี้พรบ. หลักประกันสุขภาพไม่ได้ช่วย แต่ต้องเชื่อมโยงกับกลไกอื่นที่มีผลคุกคามต่อสุขภาพ

จะทำให้ร่าง พรบ. สุขภาพแห่งชาติเป็นจริงได้อย่างไร นึกถึงรัฐธรรมนูญ 2540 ตอนที่เสนอ นั้นนักการเมืองไม่ชอบเลย แต่ว่าผ่านตอนที่รัฐบาลมีวิกฤตศรัทธาที่สุด แต่พอถึงร่าง พรบ. สุขภาพตอนนี้รัฐบาลมีเสถียรภาพมาก ซึ่งตรงข้ามกันเลย กลยุทธ์ที่จะเอามาใช้คิดว่าไม่ง่าย อาจต้องพิจารณาสองส่วน หนึ่งคือ จะขับเคลื่อนอย่างไรให้พลังของประชาชนทุกภาคส่วนเห็นว่าเรื่องนี้สำคัญสุดยอด แล้วก็ทำอย่างต่อเนื่องกดดันจนกระทั่งรัฐบาลต้องยอมรับจนได้อันนี้เป็นเรื่องที่ต้องใช้พลังกำลัง ใช้ความอดทนใช้ความพยายามมาก สองอาจเริ่มแบบประนีประนอม ปรับแก้บางประเด็นให้เกิดการยอมรับของรัฐบาลก่อน หลังจากนั้นพอเป็นพระราชบัญญัติแล้ว ให้ประชาชนมีส่วนร่วม ให้มีความเข้มแข็งขึ้น แล้วค่อยปรับแก้เพิ่มเติมตามจังหวะโอกาส ก็อาจจะขับเคลื่อนไปได้

ศ.ดร.ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์

ประเด็นแรกปัญหาของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค นอกจากปัญหาเรื่องเงินน่าจะมีความสัมพันธ์กับระบบบริหารงานของโรงพยาบาล และการบริหารด้านการเงิน ซึ่งเดิมระบบเงินของโรงพยาบาลมีเงินจากหลายแหล่ง มีความคล่องตัว ในขณะที่เดียวกันโรงพยาบาลชุมชนกับโรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์จะมีความสัมพันธ์แบบพี่น้องเป็น traditional ของวงการแพทย์ พอเปลี่ยนเป็น 30 บาทรักษาทุกโรค แหล่งเงินถูกลดลง มีการบริหารแบบธุรกิจที่วัดกำไรขาดทุนชัดเจน มีวัฒนธรรมของการบริหารที่เข้มงวด ไม่มีความยืดหยุ่นต่อการปรับการทำงาน เพราะฉะนั้นกระทรวงสาธารณสุขหรือรัฐบาลอย่าเอาแต่กดดันและเร่งรัดกันมากเกินไป จนลืมที่จะทำความเข้าใจในประเด็นต่าง ๆ ด้วย

ประเด็นสุดท้ายขณะนี้ข้าราชการของกระทรวงสาธารณสุขถูกเน้นเรื่องการจัดการในเชิงนัยของการให้รางวัลหรือการตอบแทนหรือการลงโทษ เป็นประเด็นแบบ individualistic approach ถ้าตรงนี้ต่อไปไม่มีการคิดกันอย่างถี่ถ้วนจนมีพลังในการที่จะสร้างการเปลี่ยนแปลง ในระยะยาวภาคราชการในส่วนสาธารณสุขไทยที่เคยแข็งแรงแม้ตลอด ก็จะไม่ค่อยค่อยอ่อนแอลงมาเรื่อยๆ ถ้าช่วยกันคิด ช่วยกันทำ น่าจะเป็นแนวทางที่ดี





หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : เงินทองเป็นของนอกกาย... จริงหรือ ?

นพ.เกรียงศักดิ์	วัชรบุกุลเกียรติ	โรงพยาบาลสุระรังสิต จังหวัดเลย
นพ.สุก	ปิติภากร	โรงพยาบาลศูนย์เชียงรายประชานุเคราะห์
นพ.เพ็ชย์	ดิฐสุภาพรเจริญ	โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ จังหวัดสระบุรี
นพ.พีเชษฐ	สีละเพ็ชรเมธา	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร
ศ.นพ.ศุภสิทธิ์	พรรณบารุโกทัย	มหาวิทยาลัยเนเธอร์แลนด์
รศ.นพ.สุวัฒน์	จริยาเลิศศักดิ์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
		ผู้ดำเนินการอภิปราย

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : เงินทองเป็นของนอกกาย... จริงหรือ ?

การดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ได้เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2544 มาจนถึงปัจจุบัน ได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมากในการจัดระบบบริการสุขภาพของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดสรรทรัพยากรด้านสาธารณสุขในส่วนของงบประมาณเพื่อใช้ในการจัดบริการสาธารณสุขทั้งในด้านการรักษาพยาบาล และการส่งเสริมสุขภาพ/ป้องกันโรค ซึ่งต้องอาศัยการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพทั้งในส่วนกลางและในส่วนภูมิภาค รวมไปถึงการบริหารงบประมาณของสถานบริการแต่ละระดับที่เข้าร่วมในโครงการ ฯ การทำความเข้าใจในปัญหาด้านการเงินการคลังต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นและการกำหนดแนวทางที่ชัดเจนในการบริหารงบประมาณภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้งในระยะสั้นและระยะยาวของประเทศเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างมากต่อความอยู่รอดของสถานบริการสาธารณสุข และการสร้างหลักประกันสุขภาพที่มีความมั่นคง และทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานได้อย่างเท่าเทียมกัน

ในภาคส่วนนี้ เป็นการนำเสนอเนื้อหาจากการเสวนาในหัวข้อ “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : เงินทองเป็นของนอกกาย...จริงหรือ?” โดยเป็นการนำเสนองานวิจัยและถอดบทเรียนจากประสบการณ์ทำงานผ่านกรณีศึกษาจาก 4 ภาคของประเทศในเรื่องการบริหารการเงินการคลัง และนำสู่การแลกเปลี่ยนข้อเสนอแนะและทางออกของการบริหารงบประมาณเพื่อการสร้างหลักประกันสุขภาพที่มั่นคงในอนาคต

นพ.เกรียงศักดิ์ วัชรนุกูลเกียรติ

การให้บริการด้านสุขภาพก่อนมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) นั้น การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนในโรงพยาบาลชุมชน ถ้าประชาชนต้องการรับบริการโดยแพทย์ ต้องมารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชน บางครั้งต้องเดินทางถึง 60 กิโลเมตร บางต้องข้ามภูเขา ต้องอ้อมโรงพยาบาลอื่นที่อยู่ใกล้กว่าแต่ไม่ได้อยู่ในสิทธิที่จะใช้ได้ เนื่องจากระบบเดิมไม่ได้ยึดตามความจำเป็นของประชาชน ยึดตามหน่วยงานภาครัฐ และยึดตามโครงสร้างเขตการปกครองตาม

กระทรวงมหาดไทย นอกจากนี้ในด้านการบริหารยังอยู่ในความรับผิดชอบของสองหน่วยงานคือ โรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สถานีอนามัย) ถึงแม้จะมีความพยายามในการตั้งเป็นคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ แต่ก็ยังเชื่อมกันยากมาก การจัดบุคลากรในสถานีอนามัยให้เป็นไปตามมาตรฐานเจ้าหน้าที่ต่อประชากรคือเท่ากับ 1 : 1,250 แทบไม่เกิดขึ้นจริง นอกจากนี้ระบบการส่งต่อ ยังต้องอ้อมโรงพยาบาลที่อยู่ไกลไปยังโรงพยาบาลจังหวัดที่อยู่ไกล รวมทั้งไปคนละทางกับระบบการส่งต่อที่สูงขึ้นไป เนื่องจากต้องใช้สิทธิ์บัตรฟรี และต้องเสียค่าเดินทางมาก ทำให้ประชาชนที่ยังต้องโอกาสยังมี Indirect cost สูงขึ้น คนที่อาศัยอยู่ใกล้สถานบริการซึ่งล้วนแล้วแต่อยู่ในที่เจริญกว่าจะมีโอกาสดีกว่าในด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพในเกือบทุกระดับ

สถานการณ์การเงินในอดีต นอกจากงบประมาณจากรัฐบาลแล้วยังมีงบประมาณบางส่วนใหญ่ได้มาจากการเก็บเงินจากผู้ป่วยและจากสวัสดิการข้าราชการฯ ซึ่งมีรายรับต่อหัวมากกว่างบประมาณสปร. หน่วยงานของรัฐก็มักจะเอาเงินบำรุงดังกล่าวมาใช้ในการจัดบริการ เสมือนหนึ่งเป็นการนำเงินของคนรวยมาช่วยคนจน รูปแบบการจัดบริการในอดีตเหมือนชาวบ้านต้องมาร้องขอทานบริการสุขภาพ โรงพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารก็มีขนาดเล็ก บุคลากรก็น้อยไม่เหมาะสมกับสัดส่วนประชากร ประชาชนจึงหลีกเลี่ยงไปใช้บริการที่โรงพยาบาลอื่นในพื้นที่เจริญที่มีทรัพยากรมากกว่า เนื่องจากโรงพยาบาลขาดงบประมาณในการจัดบริการ นอกจากนี้เดิมถ้าคนไข้มากหน่วยบริการก็จะได้เงินมาก (เงินค่าบริการ) ทำให้หน่วยบริการไม่มีจิตสำนึกในการสร้างสุขภาพ เพราะสร้างสุขภาพแล้วไม่ได้งบประมาณ อัตราการใช้บริการในอดีตก่อนมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าฯ ของประชาชนในเขตความรับผิดชอบจึงต่ำ เพราะประชาชนไม่สามารถเข้าถึงบริการ ประชาชนที่ยากจนบางคนยอมตายอยู่ที่บ้านหรือบางคนที่มีฐานะพอช่วยเหลือตนเองได้หรือมีทางไปก็ไปใช้บริการสุขภาพที่อื่น นอกจากนี้ทั้งจังหวัดมีจักษุแพทย์ คนเดียวที่จะรักษาต้อกระจก ทำให้ประชาชนที่ต้องการรักษา ต้องต่อคิวยาวและใช้เวลานานมาก การจัดสรรเงินส่วนใหญ่จัดสรรตามระดับสถานบริการ รพ.ขนาดใหญ่จึงได้งบประมาณมาก รพ.ขนาดเล็กได้งบประมาณน้อย ถึงแม้จะรับผิดชอบประชากรมากกว่าก็ตาม

ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าฯ ปีที่หนึ่ง (2544) มีการตัดเงินเดือนระดับจังหวัด (บางจังหวัดตัดระดับอำเภอ) และการจัดสรรเงินแบบ Inclusive ถือเป็นปฏิรูประบบสุขภาพโดยใช้ยุทธศาสตร์ทางการเงินเป็นตัวนำในการปฏิรูประบบสุขภาพ เพื่อให้เกิดระบบสุขภาพที่มีความเสมอภาค คุณภาพ และประสิทธิภาพ เน้นการสร้างสุขภาพกับการให้บริการผู้ป่วยนอก ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบริการปฐมภูมิ ทำให้ช่วยลดความรุนแรงของการป่วยลง ภาระงานผู้ป่วยในจะลดลง ทำให้งานซ่อมสุขภาพลดลง จึงนำเงินงบประมาณในส่วนที่ลดลงนี้มาสร้างแรงจูงใจให้เจ้าหน้าที่ไปให้บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคได้มากขึ้น นอกจากนี้ ยุทธศาสตร์ทางการเงินนี้ทำให้โรงพยาบาลต้องให้ประชาชนขึ้นทะเบียนโดยเร็วเพราะเป็นระบบประกันโรงพยาบาลต้องดูแลประชาชนในเขตรับผิดชอบอยู่แล้ว การขึ้นทะเบียนเร็วจะทำให้ได้เงินเร็วและครบถ้วน นอกจากนี้ยังใช้ Primary Care Unit (PCU) เป็นด่านแรกในการให้บริการแบบองค์รวมเป็นกลไกในการขับเคลื่อนหลักเพื่อนำไปสู่เป้าหมายดังกล่าว การบริหารจัดการที่ดีจะเอาคนเป็นตัวตั้ง (Customer Focus) ในการจัดบริการ เช่นมีการ

เปลี่ยนแปลงระบบในการส่งต่อ ทำให้สามารถส่งต่อไปโรงพยาบาลที่เหมาะสมที่อยู่นอกจังหวัดได้ ส่งผลทำให้เกิดการประหยัดทั้งประชาชนและโรงพยาบาล มีการทำเครือข่ายบริการโดยใช้ระบบ GIS ประชาชนสามารถได้รับบริการจากแพทย์ ทันตแพทย์ และทีมที่หมุนเวียนกันมาให้บริการที่สถานีนอนามัยหลักทำให้ลดการเดินทางของประชาชนได้มาก มีการให้บริการทุกวันไม่มีวันหยุดราชการหรือวันหยุดนักขัตฤกษ์ เนื่องจากเห็นว่า การเจ็บป่วยของประชาชนไม่สามารถกำหนดให้เจ็บป่วยเฉพาะวันราชการได้ มีการจ้างบุคลากรเพิ่ม มีการจัดอุปกรณ์ที่มีความจำเป็นและเหมาะสมมากขึ้น เช่น จัดให้มี LAB EKG Defibrillator หรือ Portable X-ray ใน PCU หลักในสถานีนอนามัย มีการให้บริการที่บ้านแก่ผู้ป่วยเรื้อรังจากนักกายภาพบำบัด ทีมงานที่ให้บริการเชิงซอมใน PCU หลักไม่มีการขอเงินเพิ่ม แต่เจ้าหน้าที่ที่ออกหมู่บ้านจริง ๆ จึงจะได้รับโบนัสที่ถือเป็นค่าตอบแทนและแรงจูงใจ มีการปรับพื้นที่รับผิดชอบใหม่ให้เหมาะสมกับทรัพยากรที่มีอยู่ (เจ้าหน้าที่) มีการให้บริการที่บ้านตามความเหมาะสม มีการปรับระบบการทำงานในโรงพยาบาลใหม่ มีการจัดสรรงบประมาณค่าวัสดุสำนักงานแก่สถานีนอนามัย เป็นระบบเหมาจ่ายปีละ 6,000 บาทต่อสถานีนอนามัย ซึ่งพบว่าพอและบางแห่งใช้เพียง 2,000 บาท มีเงินที่จ่ายให้เจ้าหน้าที่เพื่อสร้างขวัญและกำลังใจ นอกจากนี้ยังมีการประเมินผลงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพตามผลสัมฤทธิ์ของงาน (Performance based) ทุก 6 เดือนถึง 1 ปี กระตุ้นให้เจ้าหน้าที่มีความตื่นตัวและประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

ต่อมาในปี 2546 (UC ปีที่สอง) มีการปรับระบบเป็นการตัดเงินเดือนระดับประเทศและเป็นแบบ Exclusive เนื่องจากมีผู้ให้เหตุผลว่ากลัวโรงพยาบาลบางแห่งไม่ส่งต่อคนไข้เนื่องจากการกลัวการเสียเงินตามจ่าย ซึ่งถือว่าเป็นวิธีคิดที่ผิดมาก เพราะชาวบ้านจะประท้วงขับไล่ได้ง่าย โดยเฉพาะโรงพยาบาลเล็ก ๆ นอกจากนี้การที่ระบบไม่หนึ่ง ระบบการจ่ายเงินที่ไม่เท่าเทียมกันในแต่ละภาค/จังหวัด การที่ค่า Relative Weight (RW) ไม่เท่ากัน ระบบการตามจ่ายในแต่ละจังหวัด โรคเดียวกันจ่ายไม่เท่ากัน การจ่ายเงินไม่ตรงเวลา การตัดเงินเดือนที่ระดับประเทศ ทำให้พื้นที่ที่มีบุคลากรมากได้รับงบประมาณมากขึ้น ซึ่งไม่ได้สัมพันธ์กับภาระงานที่ลดลงไปมาก ในขณะที่โรงพยาบาลเล็ก ๆ ที่มีบุคลากรน้อย ภาระงานมากกลับได้รับงบประมาณลดลงเท่าตัว ทำให้ขาดงบประมาณสำหรับจัดซื้อยาและวัสดุการแพทย์และค่าตอบแทนบุคลากร และการปรับงบประมาณของรัฐบาลเป็นการเน้นการซ่อมสุขภาพ เพราะมีการเพิ่มงบประมาณผู้ป่วยใน (IPD) และค่าใช้จ่ายสูง (High cost) แต่งบประมาณผู้ป่วยนอกลดลง (ส่งเสริมสุขภาพลดลงด้วย) ทำให้มีปัญหาในการจัดบริการกับโรงพยาบาลขนาดเล็ก

จากบทเรียนพบว่าในระบบการบริหารจัดการของโรงพยาบาลชุมชน ระบบค่าตอบแทนมีผลอย่างมากในการทำงาน การสร้างประสิทธิภาพโดยการโยกย้ายเจ้าหน้าที่ให้มาดูแลประชาชนในบ้านเกิดของตนเองเป็นสิ่งที่ดี เป็นการดูแลปฐมภูมิอย่างแท้จริง ทำให้ประชาชนได้รับบริการที่ดีทั่วถึงและต่อเนื่องยิ่งขึ้น โดยใช้ต้นทุนเท่าเดิม เนื่องจากมีทุนทางสังคมมาชดเชย นอกจากนี้มีการประเมิน Outcome จากประชาชนช่วยกระตุ้นการทำงานให้บรรลุเป้าหมายยิ่งขึ้น

นพ.สุภัค พิติภากร

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าฯ ในปี 2545 มีการจัดสรรงบประมาณให้สถานพยาบาลในลักษณะแบบ inclusive ซึ่งโรงพยาบาลศูนย์มีรายรับเพิ่มขึ้นจากการรับส่งต่อ แต่ก็มีข้อถกเถียงกันมากในการจัดสรรงบประมาณภายในจังหวัดในเรื่องค่า RW ต่อมา มีการเปลี่ยนการจัดสรรงบประมาณเป็นแบบ Exclusive ในปี 2546 ทำให้รายรับตรงจุดนี้ลดลง และค่า RW อยู่ที่ประมาณ 1,500 บาท ในขณะที่ต้นทุนเฉลี่ยผู้ป่วยในอยู่ที่ประมาณ 5,000 บาท ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสถานภาพทางการเงินของโรงพยาบาลในระยะยาว (สำหรับกรณีผู้ป่วยนอก และปริมาณเงินที่จัดสรรตามข้อตกลงในจังหวัดใกล้เคียงกับต้นทุน)

เรื่องภาระงานในปี 2546 พบว่า ผู้ป่วยนอกมีปริมาณไม่เพิ่ม เนื่องจากมีการไปรับบริการเพิ่มที่ศูนย์สุขภาพชุมชนถึงร้อยละ 20 โดยเฉพาะศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตเมือง ซึ่งใช้ทรัพยากรชุดเดียวกับพ.ศ.ศูนย์ แต่สำหรับผู้ป่วยในพบมีปริมาณเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 6 ซึ่งคาดว่าในปีถัด ๆ ไป ปริมาณผู้ป่วยในที่มีสิทธิตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรคจะยิ่งเพิ่มมากขึ้นอีก เนื่องจากโรงพยาบาลเอกชนมีการขอลอนตัวจากโครงการ ฯ

จากการสัมภาษณ์แพทย์หลายท่านภายในจังหวัดพบว่า สาเหตุที่มีการส่งต่อ เนื่องจากมีความกดดันทางสังคมสูง เสี่ยงต่อการผิดพลาด และประชาชนบางส่วนไม่ให้ความสำคัญกับข้อตกลงเรื่องการส่งต่อ อีกทั้งยังพบว่าภาระงานของโรงพยาบาลชุมชนก็เพิ่มมากขึ้นกว่าเดิมด้วย

อย่างไรก็ตาม พบว่าแพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์ไม่มีอคติต่อการให้การรักษากลับผู้ป่วยในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค เนื่องจากมีการใช้ต้นทุนต่อหน่วยในการให้การรักษาส่งกว่า Scheme ประกันสังคมและกลุ่มที่จ่ายเงินสด

นพ.พิชัย ดิฐสถาพรเจริญ

สำหรับโรงพยาบาลเอกชน การเข้าร่วมโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคถือเป็นนโยบายของประธานโรงพยาบาล ซึ่งในภาคเอกชนมองการเข้าร่วมว่าเป็นโอกาสในช่วงที่ประเทศประสบปัญหาเศรษฐกิจ และมีความคาดหวังว่าจะได้เงินส่วนหนึ่งมาช่วยเหลือ ซึ่งหวังว่าจะได้ประชากรประมาณ 30,000 คนมาอยู่ในการดูแล แต่ความเป็นจริงได้รับน้อยกว่าครึ่งคือ ประมาณ 12,000 คน ทำให้ไม่เป็นไปตามที่ไดวางแผนไว้ แนวคิดของหน่วยงานเอกชนมีคือ “ไม่ว่าลงทุนอะไรต้องได้กำไร ถ้าไม่ได้กำไรต้องไม่ขาดทุน ขอให้เอาเงินมาทำบางอย่างให้เกิด Outcome มากขึ้น” แต่เมื่อดำเนินการจริงกลับไม่เกิดผลตามที่คาด ปีแรก (2544) ยังมีความคุ้มค่าเพราะช่วงแรกมีประชาชนมารับบริการน้อยและยังไม่มียุติกรรมและผู้สูงอายุมารับบริการมากนักทำให้การบริการสุขภาพส่งผลให้โรงพยาบาลมีผลกำไร แต่การให้บริการสุขภาพในปีที่สองพบมีผู้สูงอายุและผู้มารับบริการทั่วไปมากขึ้นซึ่งจากการให้บริการในปีแรกมีผู้รับบริการที่ใช้สิทธิ์ประมาณ 20-30 คน เปลี่ยนมาเป็นมารับบริการสุขภาพเป็นวันละ 100 คน ถือเป็นหนึ่งในสามของผู้มารับบริการทั้งหมด ทำให้การคาดว่าจะใช้ทรัพยากรส่วนเกินที่มีอยู่ให้เป็นประโยชน์ ซึ่งจะเป็นกำไรกลับต้องเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อจ้างบุคลากรเพิ่มขึ้นอีกทีหนึ่ง

ปัญหาใหญ่ที่เกิดขึ้นคือ

- ความคาดหวังของผู้รับบริการจากการประชาสัมพันธ์ ทำให้ประชาชนมาใช้สิทธิมากขึ้นและพร้อมที่จะร้องเรียนตลอดเวลาโดยปกติพ.เอกชนจะมีการระมัดระวังเรื่องการร้องเรียนหรือการฟ้องร้องมากกว่าพ.รัฐบาล แต่พบว่าผู้รับบริการพร้อมจะฟ้องทุกเรื่อง ทั้งที่เป็นเรื่องกฎ และความครอบคลุมสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ซึ่งบางเรื่องไม่ได้ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ แต่ประชาชนไม่รู้
- เกิดสิ่งที่ไม่เคยพบมาก่อนคือมีคนไข้เข้ามาแล้วขอฉีดยา หรือขอรับยาล่วงหน้า 2-3 เดือน
- ผลต่อ Image ของโรงพยาบาล คือผู้รับบริการที่จ่ายเงินเองรู้สึกว่าการบริการของโรงพยาบาลลดเกรดตัวเอง ทำให้จำนวนผู้รับบริการที่จ่ายเงินเองลดลง ประมาณ 5-10 เปอร์เซ็นต์
- ขณะนี้ผู้ป่วยในเป็นผู้รับบริการของหลักประกันสุขภาพ 30 บาทรักษาทุกโรคเกือบทั้งหมด ซึ่งต้นทุนจะสูงที่สุดแต่รายได้ที่ได้เข้ามาน้อยเมื่อเทียบกับ Scheme อื่น อีกทั้งระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลคนไข้จะยาวที่สุดคือ 5 วัน รองลงมาคือประกันสังคม ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล 2 วันเศษ ส่วนคนไข้ทั่วไปอยู่ที่ 1-2 วัน

ดังนั้นโรงพยาบาลต้องปรับตัว โดยให้ประชาชนไปรับบริการที่โรงพยาบาลน้อยที่สุด โดยโรงพยาบาลได้ส่งเจ้าหน้าที่ไปให้บริการในชุมชนมากขึ้น และมีการกระตุ้นให้เกิดความตระหนักในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ ออกกำลังกาย ดูแลตนเองที่บ้านเช่น การทำแผล เจาะเลือดผู้ป่วยเบาหวาน และมีการตั้งเป้าในการลดการมารับบริการที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้ลดลง 30 เปอร์เซ็นต์

การลดคนไข้นอกจากเป็นการลด Cost แล้วยังรักษา Image ในความรู้สึกของผู้รับบริการที่จ่ายเงินเองด้วย นอกจากนี้ถ้าคนไข้จ่ายเงินเองกับใช้บริการ “30 บาทรักษาทุกโรค” แต่ได้รับการเท่ากัน คนไข้จะต้องเสียเงินทำไม จึงเป็นเหตุให้โรงพยาบาลต้องพิจารณาในเรื่องมาตรฐานการดูแลของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า “30 บาทรักษาทุกโรค” ให้เหมาะสม เพื่อป้องกันการฟ้องร้อง และเพิ่มการบริการพิเศษแก่ผู้จ่ายเงินเอง เพื่อให้เกิดความแตกต่างในการให้บริการสุขภาพ

ผลกระทบอีกอย่างต่อโรงพยาบาลเอกชนคือ ขณะนี้ถ้าเปิดรับแพทย์เข้ามาทำงานในโรงพยาบาล แพทย์บางส่วนจะเลือกโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่เข้าโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า “สามสิบบาท รักษาทุกโรค” เนื่องจากปัจจัยเกี่ยวกับภาระงาน รวมทั้งปัญหาการร้องเรียนที่อาจเกิดขึ้น อีกทั้งเมื่อเปรียบเทียบจำนวนคนไข้ที่จ่ายเงินเองกับโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่ได้เข้าโครงการ ๆ กลับพบว่าโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่ได้เข้าโครงการ ๆ มีคนไข้ที่จ่ายเงินเองมากขึ้น ดังนั้นจึงดูเหมือนว่าโครงการ ๆ นี้เอื้อประโยชน์ให้โรงพยาบาลที่ไม่เข้าโครงการมากกว่า อย่างไรก็ตามโดยรวมแล้วขณะนี้ยังไม่ขาดทุน โรงพยาบาลยังสามารถบริหารจัดการให้ได้กำไรเล็กน้อย แต่สำหรับเรื่อง Image แล้วถือว่าไม่คุ้มค่าเป็นการ “สูญเสียมากกว่า”

นพ.พิเชษฐ ลีลาพันธ์เมธา

สำหรับมุมมองของผู้บริหารสาธารณสุขระดับจังหวัด (สสจ.) ซึ่งเริ่มเข้าโครงการ ๆ ในปี 2545 ถือว่าเป็นการดำเนินงานที่เร่งด่วน การดำเนินงานเป็นไปด้วยความรู้สึกกลัวจะดำเนินการไม่ทัน

กลับจะมีการขึ้นทะเบียนไม่ตรงกับความเป็นจริง และต้องมีการจัดเตรียมระบบอย่างมาก ต่อมาในปี 2546 กลับพบปัญหาว่า “เขาจะเอาอย่างไรกันแน่” เนื่องจากความไม่ชัดเจน หนึ่ง ทำให้ตอบผู้ร่วมงานในระดับอำเภอและตำบลไม่ถูก อย่างไรก็ตามก็เห็นว่ามีความจำเป็นที่ต้องมีกฎกติกาเรื่องการเงิน

ส่วนปี 2547 “ทำใจได้ว่าเอาอย่างไรก็เอา เราต้องอยู่ได้ อยู่รอด แล้วอยู่อย่างสามัคคีธรรม” ซึ่งในปีแรกมีการจัดสรรงบประมาณใช้ระบบ Inclusive เพราะเชื่อว่าเงินเป็นของ Contracting Unit for Primary care (CUP) จึงให้จัดการเองทั้งหมดและจะสามารถประเมินประสิทธิภาพได้ เป็นการบริหารจัดการที่ง่ายกว่า แต่สำหรับ CUP ที่มีประชากรน้อยเช่น หนึ่งหมื่นสามพันคน หรือสี่หมื่นคน รวมทั้งโรงพยาบาลจังหวัดที่คาดว่าจะขาดทุน ก็จะมีการตัดงบประมาณจาก CUP ของโรงพยาบาลชุมชนที่มีกำไรมารวมที่ สสจ. เพื่อนำมาช่วยเหลือโรงพยาบาลหรือหน่วยที่มีปัญหารวมทั้งเมื่อพบว่าโรงพยาบาลจังหวัดไม่ขาดทุน ในปีที่สองก็มีการขอเงินบางส่วนคืนจากโรงพยาบาลจังหวัดด้วย

การจัดการงบประมาณภายในจังหวัดอยู่ภายใต้กติกาของการประชุมตกลงกันของ สสจ. และทีมบริหารคือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนและสาธารณสุขอำเภอ โดยมีกฎว่าต้องเกื้อกูลกัน ซึ่งผลการดำเนินการเป็นไปได้ดีด้วยดี จึงคิดว่าการจัดสรรงบประมาณลักษณะของ Inclusive เดิมยังไปได้ดี น่าจะทำต่อไป

จากผลกำไรที่ได้จากการดำเนินงานของโรงพยาบาลในช่วงแรก ทำให้เกิดการวางแผนที่จะสรรหาแพทย์เฉพาะทางเพิ่มขึ้น เพื่อให้บริการที่สนองต่อประชาชนมากขึ้น แต่กลับไม่เป็นไปตามคาด เพราะในปี 2546 มีการเปลี่ยนการจัดสรรงบประมาณให้เป็นแบบ Exclusive รวมทั้งมีการตัดเงินเดือนที่ระดับประเทศ และงบประมาณที่ได้ลดลงกว่าครึ่งหนึ่งทำให้ทุก CUP ขาดทุน จึงมีการปรับตัวให้ทุก CUP ในเรื่องของการทำงานการใช้เงิน โดยให้กลุ่ม CUP ทั้งโรงพยาบาล สถานีอนามัย ร่วมพิจารณาเพื่อความโปร่งใส ชัดเจน ซึ่งการปรับเปลี่ยนดังกล่าวส่งผลต่อแผนการลงทุนของ CUP ที่มีฐานะการเงินดี ทำให้ไม่สามารถลงทุนได้ตามใจ เพราะต้องรอให้การช่วยเหลือ CUP ที่มีปัญหา

คำตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่เป็นปัญหาที่สำคัญ ทั้งการจ่ายในปีแรกและต้องจ่ายเพิ่มในปีที่สอง เมื่อสถานะทางการเงินลดลงจึงมีการควบคุม โดยมีการบริหารจัดการคือ ให้มีการจ่ายค่าตอบแทนในอัตราที่เท่ากันทั้งจังหวัดในบุคลากรประเภทเดียวกัน ปัญหาต่อมาคือ ปัญหาการจัดสรรบุคลากรลงพื้นที่ห่างไกล รวมทั้งสถานีอนามัย ที่ต้องมีมาตรการบังคับให้พยาบาลจบใหม่ลงไปในพื้นที่เหล่านี้ แต่เมื่อหมดข้อตกลงสัญญา ก็จะขอย้ายออก ทำให้ต้องมีมาตรการจูงใจคือ การให้ค่าพยาบาลวิชาชีพ และค่าตอบแทนในการทำงานในพื้นที่กันดาร (ห่างไกล) ที่แบ่งเป็น กันดารมาก ปานกลาง น้อย และยังใช้ระบบนี้กับวิชาชีพอื่นด้วย เพื่อไม่ให้มีปัญหาระหว่างวิชาชีพ แต่อย่างไรก็ดี ก็ยังเป็นปัญหาเชิงระบบ เนื่องจากการไม่มีกรอบอัตราตำแหน่งจากคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (กพ.) ของพยาบาลวิชาชีพในสถานีอนามัย ทำให้เป็นปัญหาในการจ่ายค่าตอบแทน เมื่อต้องยึดตามระเบียบของสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน (สดง.) ดังนั้นในเชิงกฎระเบียบต่าง ๆ จึงควรที่จะมีการแก้ไขให้สอดคล้องกับการดำเนินงานต่อไปด้วย

ศ.นพ.ศุภสิทธิ์ พรธนาโรไทย์

เงินทองเป็นของนอกกายจริง แต่การมีเงินเกินหรือการมีเงินขาดมากๆ เป็นสิ่งที่สะท้อนความไม่เป็นธรรมในระบบ กลไกบริหารระบบหลักประกันสุขภาพส่วนใหญ่ยึดการบริหารให้ต้นทุนต่ำอย่างเดียว ไม่ได้ดูว่าคุณภาพเป็นอย่างไร ดังนั้น เป้าหมายที่ดีคือ ต้องทำให้เงินที่เป็นของนอกกายส่งเสริมให้เกิดสุขภาพดีได้อย่างไร

ร่างกายมนุษย์พึงปัจจัย 4 ในการที่จะทำให้วงจรชีวิตครบ ปัจจัย 4 เป็นสวัสดิการ ความมั่นคงของมนุษย์และเป็นสวัสดิภาพของสังคม การได้มาซึ่งปัจจัย 4 อาจใช้เงินหรือไม่ใช้เงินก็ได้โดยเฉพาอย่างยิ่ง ยารักษาโรค ถ้าอยู่ในเศรษฐกิจและสุขภาพพอเพียงก็จะใช้สมุนไพร เป็นการสืบทอดทางภูมิปัญญาท้องถิ่นอาจจะไม่ต้องใช้เงินมากเท่าไร แต่ปัจจุบันมนุษย์มีวิถีชีวิตที่หลากหลาย ส่วนใหญ่ต้องใช้เงินเพื่อซื้อยารักษาโรค เพราะฉะนั้นข้อสรุปคือ เงินเป็นของนอกกาย แต่เมื่อวิถีชีวิตเราพัฒนามากขึ้น การได้ปัจจัย 4 ให้ชีวิตมีสวัสดิภาพจำเป็นต้องใช้เงิน

แต่เงินอาจทำให้ครอบครัวแต่ละครอบครัวมีมากกว่าปัจจัย 4 เงินที่มีมากในครอบครัวร่ำรวยสามารถส่งต่อถึงลูกหลานเป็นมรดก เป็นการให้ปัจจัย 4 และปัจจัยอื่นๆ อย่างเหลือเฟือ คนจึงชอบมีเงินมากกว่าเพียงแค่ปัจจัย 4 แต่ในการทำงานตามทฤษฎีของเซอร์เชเบิร์ก เงินถือเป็นปัจจัย 4 อย่างหนึ่ง ไม่ใช่แรงจูงใจหรือแรงผลักดันให้ทำงานดีที่มาจากข้างใน ดังนั้นการที่บุคลากรทำงานอย่างทุ่มเทไม่ย้ายที่ทำงาน ไม่ลาออก อาจเป็นเพราะได้ทำในสิ่งที่อยากทำ ได้ทำงานมากขึ้น สังคมยอมรับมากขึ้น จึงไม่ใช่เรื่องเงินเท่านั้นที่ทำให้อยู่ได้อย่างมีศักดิ์ศรี

ระบบการคลังของโรงพยาบาลภาครัฐของประเทศไทยมีลักษณะที่แตกต่างกับประเทศอื่น ๆ คือสามารถบริหารจัดการเงินบำรุงได้ ทำให้โรงพยาบาลมีเงินสำรองไว้ช่วยรัฐบาลทำงานต่อได้ เดิมถ้าใช้งบประมาณของรัฐจะทำงานได้เพียงแค่เดือนเดียว แต่ด้วยระบบเงินบำรุงทำให้โรงพยาบาลมีเงินซื้อยาและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ มีเงินสะสมสร้างตึก ทำให้คล่องตัวสามารถทำงานได้ตลอดทั้งปี เป็นทฤษฎีของการมีเงินสำรอง

ในทางตรงกันข้ามถ้าหากว่าขาดแคลนเงิน ทำให้ขาดอาหาร สุขภาพทรุดโทรม คุณค่าแห่งตน (self esteem) ลดลง การขาดแคลนเงินนอกจากตนเองแยลงแล้ว ยังทำให้ช่วยคนอื่นได้ลดลง แต่การมีเงินส่วนเกินก็ไม่ควรมีไว้เพื่อไปซื้อกิจการคนอื่น คงไม่ถึงขั้นเป็นธนาธิปไตย

การเปลี่ยนการบริหารจัดการงบประมาณโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคจากงบเหมาจ่ายรายหัวที่รวมงบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (Inclusive capitation) เป็นงบเหมาจ่ายรายหัวเฉพาะผู้ป่วยนอก (Exclusive) ทำให้บางแห่งอาจจะรู้สึกขาดเงิน สิ่งนี้เป็นเรื่องการกระจายทรัพยากร ปันส่วนงบประมาณตามความจำเป็นทางสุขภาพ ซึ่งไม่รู้ว่าได้งบประมาณเท่ากันดีหรือน่าจะได้ไม่เท่ากันจะดีกว่า จะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนวิถีชีวิตของสถานพยาบาลระดับต้น จากไม่มีเงินเป็นมีเงินอย่างมากในปีแรก ก็ยังทำได้ไม่ตึก สมัยก่อนมีการตั้งงบประมาณไม่ว่าจะเป็นกองสาธารณสุขภูมิภาคหรือกองโรงพยาบาลภูมิภาค ถ้าให้งบประมาณไปมากๆ ในเขตภาคอีสาน ก็กลัวกันว่าไม่มีศักยภาพ (capability) ที่จะใช้เงิน แต่ตัวอย่างของโรงพยาบาลภูกระดึง ผู้ให้บริการมีศักยภาพที่จะสร้างสรรค์บริการเช่น การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home health care) เป็นการยกบริการ จาก รพ. ออกไปเป็นการดูแลที่บ้าน ซึ่งนอกจากต้นทุนถูก

กว่าแล้วยังมีคุณภาพตามที่คนไข้ต้องการ เพราะฉะนั้นในฐานะที่เป็นผู้วางแผนระบบสุขภาพ หรือเป็นผู้ให้บริการสุขภาพ ควรคิดด้านดีที่จะเป็นตัวแทน (agent) ที่ดีของประชาชน การได้เงินส่วนเกินมา จะกลายเป็นส่วนเก็บที่ใช้เพื่อสร้างความคล่องตัวของหน่วยงานเอาส่วนนี้มาทำให้บริการเคลื่อนย้ายออกไปในที่ที่มีความจำเป็น (health need) การอยู่ในวงจรความทุกข์ยากที่ฝังแน่นก็คงจะแก้ไขได้ในที่สุด

เมื่อได้เงินมาจ่ายเฉพาะผู้ป่วยนอกลดลงเกิดการขัดแย้งในความคิดระหว่างผู้บริหารกับผู้ให้บริการ ความคิดของผู้ให้บริการคือ พยายามที่จะปันส่วนทรัพยากรที่มีจำกัดไปสู่ที่ที่มีความจำเป็นอย่างดีที่สุด ซึ่งถือเป็นการทำหน้าที่ของผู้บริการที่ดี สำหรับเรื่องการบริหารจัดการเงินเป็นเรื่องของผู้บริหาร ซึ่งไม่สามารถมาบังคับผู้ให้บริการได้ เช่น แพทย์ผู้ให้บริการจะทราบดีว่าการให้ยาบางตัว ซึ่งมีราคาแพงแต่ช่วยลดการกลับมาเป็นซ้ำ จะลดการมาโรงพยาบาล ซึ่งเป็นการลดต้นทุนโดยรวมเป็นต้น อย่างไรก็ตาม ถ้าโรงพยาบาลพบปัญหาส่วนขาดระยะยาวก็คงจะทำให้ช่วยประชาชนหรือผู้ป่วยได้ลดลง

การที่รายงานทางการเงินยังเป็นกระแสเงินสด ไม่ใช่เกณฑ์พึงรับพึงจ่าย (Accrual Basis) ทำให้สะท้อนสถานะทางการเงินได้ไม่ชัดเจน และทำให้เกิดตัดสินใจได้ยาก นอกจากนี้การคิดแต่ระบบการเงินรายย่อย (เช่นคิดเฉพาะการรักษาแต่ละรายการ) ไม่ได้ดูภาพรวมทำให้ดำเนินการได้ไม่ดี การให้บริการต้องคำนึงถึงกลุ่มใหญ่ และผลลัพธ์ต่อสังคม (Social benefit) ซึ่งไม่จำเป็นต้องใช้เงินมากเสมอไป เช่น แพทย์เฉพาะทางที่แท้จริง (true specialist) จะทราบดีว่า รักษาแบบใดได้ผลดีที่สุดและช่วยลดต้นทุนเมื่อคิดในภาพรวม **คุณธรรมมีต้นทุน คุณภาพก็มีต้นทุน การบริหารการเงินต้องมีคุณธรรมเป็นหางเสือ** เงินเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ทำงานได้ การจัดสรรเงินก็ต้องคิดถึงเงินสำรอง (Reserve) หรือเงินส่วนเกิน (Surplus) เพื่อสภาพคล่องในการทำงาน

วิชาการเป็นเครื่องมือของคุณธรรม ทั้งหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence) และองค์ความรู้ (Knowledge) เป็นสิ่งสำคัญของวิชาการ และจะสร้างวิชาการขึ้นมาได้อย่างไร จะเห็นได้ว่าระบบบัญชีต้นทุนและประสิทธิภาพของการดำเนินงานเป็นจุดที่ท้าทายมาก ข้อมูลทางบัญชีที่มีอยู่ปัจจุบันไม่เป็น Accrual Basis มีข้อบกพร่องมากมาย ไม่ทราบว่าเงินที่ได้ พอหรือไม่พอจริง ๆ ข้อมูลที่ได้ไม่มีการตรวจสอบ หรือมีการนำไปใช้หรือไม่ ทั้งที่ 70 เปอร์เซ็นต์ของข้อมูลน่าจะถูกใช้โดยโรงพยาบาลเพื่อนำสู่การแก้ไขปัญหาต่อไป

สรุปประเด็นข้อคิดเห็นจากผู้ร่วมเวทีวิชาการ

- การปันส่วนงบประมาณสุขภาพตามพื้นที่ไม่ควรจะเท่ากัน เนื่องจากแต่ละพื้นที่มีปัญหาต่างกัน มีโรคไม่เหมือนกัน มีต้นทุนไม่เท่ากัน
- ควรจะมีการปฏิรูประบบการคลังโดยเน้นการกระจายอำนาจ คือ ควรจัดสรรเงินให้ตั้งแต่ต้นปีเป็นก้อน ไม่ใช่ให้เป็นงวด และให้บริหารจัดการเอง แล้วจึงใช้การประเมินผลเป็นตัววัดว่าเป็นไปตามที่คาดไว้หรือไม่
- การที่กระทรวงสาธารณสุขมีลูกค้ามากถึง 60 ล้านคน ทำให้มีระบบการคลังที่ต่างจากระบบอื่น ดังนั้น การให้โรงพยาบาลของรัฐบริหารงานอย่างอิสระจะเป็นสิ่งที่ดี
- โรงพยาบาลรัฐบางแห่งมีศักยภาพในการผลิตผลิตภัณฑ์ จึงต้องส่งเสริมในเรื่องการตลาด และควรปรับกฎเกณฑ์ ระเบียบที่ทำให้ผู้รับบริการเบิกไม่ได้ทำให้เสียโอกาสในการพัฒนา และไม่เป็นผลดีต่อประชาชน อีกทั้งการมีผู้บริหารมืออาชีพจะช่วยให้การบริหารงานในระดับต่าง ๆ ดีขึ้น
- หน่วยงานมีความอ่อนแอในด้านการเงินการบัญชี การจัดทำบัญชีใช้เกณฑ์เงินสดมาตลอด เมื่อเริ่มพัฒนามาเป็นเกณฑ์คงค้าง ตัวเลขต่าง ๆ อาจจะไม่ชัดเจน ยังไม่นิ่ง แต่ก็ถือเป็นโอกาสของนักบัญชีในการพัฒนา
- การมีระบบบัญชีที่ดีของโรงพยาบาลเอกชน ทำให้การดำเนินงาน UC มีผลกำไร แสดงว่าถ้ามีการบริหารจัดการที่ดีก็จะส่งผลต่อการมีผลกำไร
- อนาคตควรปรับปรุงระบบบัญชีให้เป็นข่าวสารที่สามารถนำไปใช้ได้เพื่อการบริหาร ไม่ใช่เพียงข้อมูล โดยมีระบบบัญชีสำหรับการบริหาร ระบบบัญชีต้นทุน การบริหารทั้งระบบ ทั้งองค์กร เรื่องคน เรื่องเงิน เรื่องการสื่อสาร เรื่องการประเมินผล และการประเมินผลที่มุ่งผลสัมฤทธิ์ จะทำให้ทราบว่าผลจากการดำเนินการเป็นอย่างไร
- การใช้ค่าตอบแทนเป็นแรงจูงใจในการบริหารคนเป็นสิ่งที่ดี เพราะเงินก็เป็นความจำเป็นพื้นฐาน และเป็นการส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ไปปฏิบัติงานในชุมชนเป็นสิ่งที่ดี ทำให้ลดจำนวนผู้ป่วยที่จะมารับบริการที่โรงพยาบาล





การจัดระบบบริการส่งเสริม ป้องกัน
 ภัยไข้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: บทเรียนที่เพิ่งจะเริ่มต้น



การจัดระบบบริการส่งเสริม (สุขภาพ) และป้องกัน (โรค)
 ภัยไข้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : บทเรียนที่เพิ่งจะเริ่มต้น

- | | | |
|---------------|------------------|---|
| นพ.สุนทร | สุรียพงษ์ | โรงพยาบาลแม่วง จังหวัดเชียงใหม่ |
| นพ.สุเมียว | อึ้งวิจารณ์ปัญญา | โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี |
| ทพญ.ปิยะฉัตร | เพ็ชรานุกิตติ | คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| นางศรีวรรณ | ต้นศิริ | กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพฯ |
| นพ.ทวีเกียรติ | บุญยไพศาลเจริญ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา |
| คุณนิรมล | แมธิ์สุกุล | บริษัทป่าใหญ่กรุ๊ป จำกัด
ผู้ดำเนินการอภิปราย |

การจัดระบบบริการส่งเสริม (สุขภาพ) และป้องกัน (โรค) ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : บทเรียนที่เพิ่งจะเริ่มต้น

ก การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคถือเป็นงานสำคัญที่จะนำไปสู่การสร้างสุขภาพที่ดีของประชาชน และยังช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของทั้งภาครัฐและประชาชนโดยไม่จำเป็น แต่เมื่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) เริ่มดำเนินการไปแล้ว พบว่าผู้บริหารสาธารณสุขในพื้นที่โดยส่วนใหญ่มักให้ความสำคัญกับการบริหารจัดการที่จะทำให้สถานบริการสาธารณสุขอยู่รอดและมุ่งที่จะตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย โดยมุ่งเน้นไปที่การจัดระบบบริการด้านรักษาพยาบาล ทำให้การจัดระบบบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอาจถูกมองข้ามไป และไม่ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเท่าที่ควร

อย่างไรก็ตาม ก็มีสถานบริการสาธารณสุขจำนวนมากที่ตระหนักว่างานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าการรักษาพยาบาล และได้ทุ่มเทความพยายามในการพัฒนาระบบบริการเหล่านี้ให้ผสมผสานไปกับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ในภาคส่วนนี้ จึงขอเสนอเนื้อหาสาระที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์จริงผ่านงานวิจัยเชิงปฏิบัติการและการปฏิบัติงานจากหน่วยบริการสาธารณสุขระดับต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน

นพ.สุนทร สุริยพงศกร

โรงพยาบาลแม่วางเป็นโรงพยาบาล 30 เตียง อยู่ห่างจากอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ประมาณ 42 กิโลเมตร มีประชากรประมาณ 3 หมื่นกว่าคน มี 5 ตำบล 57 หมู่บ้าน เป็นชาวเขาประมาณเกือบครึ่งหนึ่ง โดยส่วนใหญ่จะมีปัญหา Infectious disease คือเป็นโรคนี้ไม่หาย

การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของโรงพยาบาลแม่วาง วางแนวทางการดำเนินงานตามแนวคิดของ Ottawa Charter ไว้ 5 ประการ คือ

1. การกำหนดนโยบายเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ และเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการบริการ ซึ่งถือเป็นวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล

2. การสร้างสิ่งแวดล้อมในสถานที่ทำงาน การสร้างลานกีฬา ห้องพักผ่อนและนันทนาการ ตลอดจนการเข้าร่วมโครงการสถานที่ทำงานน่ายุ่ นำทำงาน
3. การสร้างค่านิยมของเจ้าหน้าที่ให้เป็นตัวอย่างในการสร้างสุขภาพ
4. การส่งเสริมให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของพื้นที่อย่างเข้มแข็ง
5. การพัฒนาระบบบริการแบบองค์รวม

ชุมชนเข้มแข็ง เป็นเป้าหมายสุดท้ายเป็น ultimate outcome ที่ต้องการ ถ้าผู้ป่วยหรือว่าคนในชุมชนรู้ ฟังพาดตนเองได้ก็ไม่ต้องมาที่โรงพยาบาล ดังนั้นโรงพยาบาลแม้ว่าจะเริ่มการส่งเสริมสุขภาพด้วยการทำ Health Policy สร้างโรงพยาบาลให้เป็นตัวอย่างที่ดีแก่ชุมชน ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นตัวอย่างที่ดีในด้านสุขภาพ เช่น การใช้ข้าวกล้องเป็นอาหารของโรงพยาบาล การใส่หมวกนิรภัย การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ มีการดำเนินกิจกรรมเชิงรุกเข้าไปในพื้นที่ มีการดูแลสิ่งแวดล้อม สร้างค่านิยมในการรับประทานอาหารที่สูง อีกส่วนหนึ่งคือส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วม มีการเยี่ยมชาวบ้านเวลากลางคืน มีการเยี่ยมชุมชนต่างๆ เพื่อรับรู้ปัญหา จนเกิดการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยเฉพาะในเรื่องไข้เลือดออก ชาวบ้านจะสามารถตรวจกันเอง ถ้าบ้านไหนมีลูกน้ำจะจัดการปรับตัวละหนึ่งบาท อีกหนึ่งตัวอย่างคือ การรวมตัวของกลุ่มอำพันสร้างชุมชนเพื่อดูแลผู้ที่ได้ผลกระทบจากเอดส์ จนสามารถดำเนินการต่อรองกับรัฐบาล หรือว่าหน่วยราชการในเรื่องทุนหรืองบประมาณต่างๆ โดยมีโรงพยาบาลเป็นพี่เลี้ยง

การดำเนินงานมีปัจจัยที่สำคัญคือ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้อำนวยการกับสาธารณสุขอำเภอ ซึ่งการบริหารงบประมาณในปี 2546 เป็นการบริหารในรูปแบบคณะกรรมการประสานงานระดับอำเภอ (คปสอ.) ประกอบด้วยโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานีอนามัย โดยโรงพยาบาลชุมชนเป็นฝ่ายดูแลงบประมาณ และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นผู้ดูแลการปฏิบัติงานของสถานีอนามัยครอบคลุมทั้งอำเภอ และด้วยสัมพันธ์ที่ดีต่อกันระหว่างหน่วยงานของ คปสอ.แม้ว่าจะมีการประสานงานและร่วมมือกันทำงานเป็นอย่างดี ส่งผลให้มีการพัฒนางานด้านส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคมีความก้าวหน้า ช่วยลดอุปสรรคการทำงานในชุมชน

ปีที่ผ่านมาการจัดสรรงบประมาณมีข้อดีคือ มีความคล่องตัว เพราะงบประมาณโอนมายังสถานบริการโดยตรง และมีการอนุมัติโครงการโดยประธานคปสอ. ทำให้สะดวก รวดเร็ว ส่วนข้อเสียที่พบคือ โครงการส่วนใหญ่เป็นงานนโยบาย เจ้าของพื้นที่ไม่ได้คิดเอง ไม่ตรงกับปัญหาในพื้นที่ ทำให้ชาวบ้านไม่รับทราบตนเอง อีกทั้งการประเมินผลโครงการทำได้ยาก เพราะไม่มีตัวชี้วัดที่ชัดเจน แต่ในขณะเดียวกันการบริหารงานด้วยงบประมาณจำกัดก็เป็นการเสริมให้ใช้ศักยภาพการบริหารงานอย่างเต็มที่

นพ.สุเพ็ญ อังวิจารณ์ปัญญา

โรงพยาบาลโพธาราม เป็นโรงพยาบาลขนาดประมาณ 340 เตียง มีเจ้าหน้าที่ 550 คน ก่อนมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ไม่มีปัญหาเรื่องเงินบำรุงโรงพยาบาล เพราะได้งบประมาณจากกระทรวงประมาณ 15-16 ล้านบาทต่อปีเป็นค่ายาผู้มีรายได้น้อย ค่าบริหารจัดการ ต่อมาเมื่อมีการดำเนิน

โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ได้มีการขึ้นทะเบียนผู้รับบริการในส่วนของโรงพยาบาล 76,000 ราย ได้รับเงินที่จัดสรรให้รวม 76 ล้านบาทต่อปี ซึ่งแบ่งใช้จ่ายเป็นเงินเดือนเจ้าหน้าที่ทั้งปี 72 ล้านบาท เงินเดือนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอีก 14 ล้านบาทต่อปี รวมทั้งหมด 86 ล้านบาทต่อปี จะเห็นว่าเมื่อเปลี่ยนรูปแบบมาเป็นต่อหัวประชากร รายรับงบประมาณจะไม่มีเลย หายไป 15-16 ล้านบาทต่อปี รวมทั้งเงินบริจาคก็ลดลง เนื่องจากประชาชนคิดว่าโรงพยาบาลมีงบประมาณมากพอแล้ว ในขณะที่เดียวกันโรงพยาบาลต้องมีภาระในการช่วยเหลือด้านงบประมาณแก่สถานีนอนามัยที่มีปัญหา อย่างไรก็ดี จากข้อจำกัดของงบประมาณส่งผลให้มีความร่วมมือกันในการดำเนินงานอย่างใกล้ชิดระหว่างสถานีนอนามัยและโรงพยาบาลเป็นไปด้วยความสัมพันธที่ดี ตลอดจนเป็นการเปิดโอกาสให้สถานีนอนามัยได้คิดแผนงานและร่วมในการจัดสรรเงิน ซึ่งในระยะแรกโรงพยาบาลโพธารามต้องปรับตัวมาก ต้องหานโยบายประหยัดต้องปรับวิกฤติให้เป็นโอกาส

เดิมนั้น โรงพยาบาลไม่เคยให้ความสนใจกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมากนัก เนื่องจากมีฐานคิดว่าโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป ควรดูแลเรื่องเหล่านี้เพียง 25% ส่วนใหญ่จะเป็นหน้าที่ของสถานีนอนามัย และโรงพยาบาลชุมชน เมื่อมีข้อจำกัดดังกล่าว จึงมองว่ากิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพหากสามารถทำได้ และเป็นกิจกรรมที่ไม่ใช้เงินมาก หรืออาจสามารถใช้วิธีระดมทุนจากแหล่งอื่น จึงเริ่มด้วยกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ โดยมีการประชาสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมโครงการ ซึ่งผลการดำเนินงานดีในปี 2545 และในปี 2546 มีการปรับเปลี่ยนระบบการจัดสรรเงิน มีการปรับการจัดสรรเงินเดือนระดับจังหวัด ซึ่งแต่ก่อนปรับระดับ CUP การดำเนินกิจกรรมด้านผู้สูงอายุที่ดีขึ้นเรื่อย ๆ ตอนหลังมีการจัดสวัสดิการชมรมผู้สูงอายุและปรับปรุงการบริการให้ทันสมัยมากขึ้น

การดำเนินงานเน้นที่ต้องมี result based เน้นเรื่องผลรับ ผลกระทบเรื่องสุขภาพ ส่งผลให้ต้องมีการปรับกลยุทธ์ที่ทำแล้วส่งผลการดำเนินงานที่คุ้มค่าที่สุด และทำให้การใช้เงินเกิดประโยชน์สูงสุด ดังนั้น ต่อมาการดำเนินงานในพื้นที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องจะต้องมีโครงการชัดเจน และต้องมีการวัดผล ลัพท์ มีการประเมินผล แต่ทั้งนี้การวัดผลลัพท์ไม่ใช่วัดจากปริมาณของผู้เข้าร่วมกิจกรรม แต่ต้องวัดผลในเชิงคุณภาพด้วย

นางศรีวรรณ ตันศิริ

กรุงเทพมหานคร (กทม.) มีพื้นที่ 1,500 ตารางกิโลเมตร ประกอบด้วยเขตทั้งหมด 50 เขต มีประชากรที่รวมทั้งผู้ที่ไม่มีทะเบียนบ้านอยู่กทม. ประมาณ 8-10 ล้านคน ในส่วนของการให้บริการสุขภาพจะมีโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ 8 แห่ง มีศูนย์บริการสาธารณสุขทั้งหมด 61 แห่ง มีศูนย์ ฯ สาขา 82 แห่ง และยังมีศูนย์สุขภาพชุมชนอีกประมาณ 1,089 แห่ง มีอาสาสมัครสาธารณสุข ประมาณ 19,000 คน ในขณะที่ความหนาแน่นของประชากร 3,684 คนต่อเนื้อที่ตารางกิโลเมตร ซึ่งหนาแน่นมาก ดังนั้นการให้บริการสาธารณสุขจึงมีความซับซ้อน ยุ่งยาก

การจัดบริการของกทม. เป็นงานที่ต้องทำตามกฎหมายมาตรา 89 แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการกรุงเทพมหานคร พ.ศ 2528ให้อำนาจหน้าที่ในการดูแลทุกข์สุขความเป็นอยู่ของประชาชนในกทม.ตั้งแต่เกิดจนตาย ซึ่งหมายความว่า จะมีการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

(Universal coverage, UC) หรือไม่ กทม.ก็ต้องดูแลประชาชนอยู่แล้ว สำหรับระบบบริหารราชการ มีผู้ว่าราชการกรมเป็นผู้ดูแลเรื่องนโยบายและมีปลัดกรม เป็นข้าราชการประจำดูแลการปฏิบัติงานของ ข้าราชการผ่านทางสำนักต่าง ๆ 13 สำนัก และ 50 สำนักงานเขต สำนักอนามัยเป็นสำนักที่ดูแลด้าน สุขภาพและสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร ผ่านศูนย์บริการสาธารณสุข ซึ่งการทำงานจะประสาน กันระหว่างสำนักงานเขตต่าง ๆ โดยการดำเนินงานจะประกอบด้วย (1) ส่งเสริมสนับสนุนการจัด บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และพัฒนาพฤติกรรมอนามัย (2) ให้การรักษาพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (3) วิจัยและพัฒนาความรู้และรูปแบบระบบบริการสาธารณสุข (4) ร่วมมือ ประสานงานกับภาครัฐ และภาคเอกชนในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

เมื่อมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค การดำเนินงานถูกแบ่งให้ทำหน้าที่เป็น sub-contractor ให้การบริการด้านรักษา ส่งเสริม ป้องกัน ควบคุมโรค การปฏิบัติงานแต่เดิมจะมีกิจกรรมเยี่ยมบ้าน (Home Health Care) โดยเน้นกระบวนการให้ประชาชนมีส่วนร่วม และเป็นเจ้าของร่วมกัน อีกทั้งมีการคุ้มครองสิทธิในการได้รับบริการที่มีคุณภาพ สถานพยาบาลมีมาตรฐาน และมีการรับรองคุณภาพ การดำเนินงานจะเน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าซ่อม นั่นคือมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่ง จะดำเนินงานในช่วงป่วย โดยช่วงเข้ามีคลินิกพิเศษเฉพาะทาง เช่น กามโรค วัณโรค โรคหัวใจ โรคผิวหนัง โรคตา และคลินิกยาเสพติด เป็นต้น อีกทั้งยังมีสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันอยู่ในสถานบริการสาธารณสุข ด้วย สำหรับการดำเนินงานในชุมชน จะมีอาสาสมัครสาธารณสุข มีศูนย์สุขภาพชุมชน มีผู้ยาชุมชน ถือเป็นบริการระดับปฐมภูมิ (primary care) และมีระบบการส่งต่อเข้าสู่ศูนย์บริการสาธารณสุข และโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ที่เป็น secondary care

การให้บริการมีการประสานงานในลักษณะของเครือข่าย โดยแบ่งเป็น 14 โซน มีแม่ข่าย ลูก ข่าย ยกตัวอย่างเช่น เขตคลองเตยมีโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลตำรวจเป็นแม่ข่าย มีศูนย์ บริการสาธารณสุขเป็น sub-contractor ให้บริการร่วมกันระหว่างภาครัฐและเอกชน มีการกำหนด ชุดสิทธิประโยชน์หลักที่เหมือนกันและมีการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบบริการให้เป็นรูปธรรมและครบวงจร พัฒนารูปแบบบริการในชุมชนโดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีการดำเนินงานเชิงรุกถึงประตู บ้าน และมีการดูแลแบบบูรณาการโดยใช้บุคลากรในลักษณะสหวิชาชีพ

ประชาชนส่วนใหญ่ที่ศูนย์บริการสาธารณสุขให้บริการได้แก่ ชนชั้นกลาง และผู้ด้อยโอกาสที่ อยู่ในชุมชนของกรุงเทพมหานคร สำหรับประชาชนที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ มักเลือกรับ บริการโรงพยาบาลเอกชน แต่กทม.ก็จะจัดให้มีการให้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ในช่องทางเช่น hot line สายด่วน หรือส่งข้อมูลข่าวสารทางไปรษณีย์ ปัญหาที่พบจากการดำเนินงานคือ ไม่สามารถให้บริการได้ อย่างครอบคลุม เนื่องจากมีประชากรมาก บุคลากรน้อย ภาระงานมาก อีกทั้งความไม่ครบถ้วนของข้อมูล สาธารณสุข ซึ่งได้มีการแก้ไขโดยจะมีการจ้างพนักงานสุขภาพชุมชนให้ช่วยในการเยี่ยมบ้าน ในขณะที่ เดียวกันก็จัดทำแบบบันทึกประเมินครอบครัว และจัดทำมาตรฐานปฏิบัติงานอย่างเป็นทางการ

ปัญหาที่เกิดจากการดำเนินโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค คือประชาชนไม่พอใจในสถานบริการ ที่รัฐได้กำหนดให้ด้วยเหตุผลหลายประการ ต่อมา เมื่อกทม.ได้เป็นจังหวัดหนึ่งในห้าที่ให้ประชาชน เลือกสถานบริการเองได้ กลับพบปัญหาในเรื่องของพื้นที่ในการให้บริการต้องเป็นไปตามบัตรทองที่

กำหนดเป็น catchment area และจุดบริการในพื้นที่ต่าง ๆ มีความทับซ้อน ซึ่งบาง PCU อยู่ตรงข้ามศูนย์สาธารณสุข อีกทั้งยังมีปัญหาที่ตามมาจากการเร่งทำบัตรทองคือ ความไม่ครบถ้วนของข้อมูล ซึ่งส่งผลต่อการบริการ โดยเฉพาะกิจกรรมเยี่ยมบ้าน เป็นต้น ดังนั้นการดำเนินงานจึงได้มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคควบคู่ไปด้วย

ดังนั้น เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ประชาชนได้มีโอกาสเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะจุดรอยต่อ จึงควรมีการดำเนินงาน (1) แบ่งพื้นที่ให้กับภาครัฐและเอกชนอย่างชัดเจน (2) สร้างระบบการประสานงาน และส่งต่อให้เชื่อมการบริหารจัดการและบริการให้ครบวงจร (3) พัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนให้เข้มแข็ง ถ้าสามารถทำอย่างนี้ได้ ประชาชนในกรุงเทพมหานครจะได้รับบริการที่ใกล้บ้าน ใกล้ใจ มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ทพญ.ปิยะฉัตร พัทธานฉัตร

การนำเสนอเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเรื่องสถานการณ์ เงื่อนไขของงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคในช่องปาก ในหน่วยบริการปฐมภูมิภายใต้ต้นนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) ซึ่งจะนำเสนอในประเด็นหลักบางประเด็นในบริบทของจังหวัดขอนแก่น ในช่วงปีงบประมาณ 2545

จังหวัดขอนแก่น เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค ในช่วงตุลาคม 2544 ซึ่งมีความเปลี่ยนแปลงสูง แต่ก็เริ่มลงตัวในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2546 มีหน่วยงานที่เป็นหน่วยบริการคู่สัญญาหลัก หรือว่า CUP ทั้งหมด 23 CUP มีหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือ PCU 142 แห่ง มีผู้ที่มีสิทธิในการใช้บัตร 1.18 ล้านคน จากประชากรทั้งหมด 1.74 ล้านคน หน่วยงานทันตกรรมที่เข้ามาทำหน้าที่เป็น sub-contract เป็นทั้งหน่วยงานในโครงสร้างเดิมของกระทรวงสาธารณสุข สถาบันการศึกษาทั้งมหาวิทยาลัยและวิทยาลัย แต่ไม่มีหน่วยงานเอกชนร่วมดำเนินงาน

ในส่วนของผลกระทบและลักษณะการดำเนินงานเมื่อมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค สรุปคือ

1. เกิดการปรับเปลี่ยนภาระงานในลักษณะที่เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากจะต้องให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมที่กำหนดเอาไว้ซึ่งส่วนใหญ่ตรงกับความต้องการของประชาชน เช่น การใส่ฟันปลอม การให้บริการยังคงเน้นงานรักษามากกว่าส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ในขณะที่มีภาระเดิมที่เคยเน้นการให้บริการลักษณะป้องกันโรคในช่องปาก โดยทันตบุคลากร ก็ยังดำเนินการอยู่ ลักษณะงาน Oral P&P ยังคงยึดกลุ่มเป้าหมายและรูปแบบงานเดิม
2. ยังไม่มีแผนหรือแนวทางหรือการดำเนินงานที่ชัดเจนเกี่ยวกับงานสร้างเสริมสุขภาพที่จะเป็นการสร้างกระแสหรือว่าสนับสนุนให้เกิดการดูแลตนเองหรือพึ่งตนเองในภาคประชาชน
3. ด้านงบประมาณ มีการจัดสรรลงไปที่ CUP ทำให้ทันตแพทย์ต้องวางแผนบริหารจัดการงบประมาณเองและจังหวัดมีหน้าที่กำกับและติดตามงาน เนื่องจากแนวทางการดำเนินงานยังไม่ชัดเจน การให้อิสระในการคิดรูปแบบทำให้ผู้ที่มิประสบความสำเร็จมีความคล่องตัว ในขณะที่ทันตแพทย์จบใหม่ยังไม่มั่นใจในการทำงาน
4. ระบบรายงานและระบบข้อมูลต่าง ๆ เพื่อใช้ในการติดตามกำกับยังไม่มีความชัดเจน

5. เริ่มมีการปรับบทบาทของบุคลากรในการทำงานแบบองค์รวมมากขึ้น และทำงานเป็นทีมสุขภาพที่มีการวางแผนร่วมกันเชื่อมโยงปัจจัยเสี่ยงเรื่องสุขภาพช่องปากกับสุขภาพทั่วไป และผสมผสานรูปแบบการทำงานของโรงพยาบาลขนาดเล็กกับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง (Specialist)
6. มีการปรับตัวและจัดระบบการเชื่อมต่อนหน่วยงานอื่นๆ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในเรื่องงบประมาณสนับสนุน และหน่วยงานการศึกษา ช่วยเชื่อมโยงการดำเนินงานในเรื่อง primary care มีการจัดการเรียนรู้ด้วยตนเองตามแนวคิดใหม่ที่เน้นสุขภาพเป็นตัวตั้ง (Health oriented) ไม่ใช่โรคเป็นตัวตั้ง (Disease oriented) และดำเนินการบริหารจัดการกิจกรรมโครงการในพื้นที่เอง โดยมีทันตบุคลากรมีบทบาทเป็นผู้กระตุ้นเท่านั้น

ข้อเสนอแนะเพื่อให้การดำเนินงานทันตกรรมมีประสิทธิภาพคือ

- ควรมีทิศทาง ลักษณะงาน และการกำกับติดตามงานให้ชัดเจนทั้งในระดับพื้นที่และระดับประเทศ
- พัฒนาศักยภาพทันตบุคลากรเพื่อให้เกิดความเข้าใจต่อแนวคิดงานส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่
- ควรมีแนวทางบริหารจัดการที่เอื้อต่อศักยภาพหน่วยงาน ใช้ระเบียบปฏิบัติเดียวกัน และจัดพื้นที่บริการให้เหมาะสมตรงตามพฤติกรรมการใช้บริการของประชาชน
- งานส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ต้องใช้เวลาและกระบวนการที่ต่อเนื่อง ดังนั้นควรมีการจัดสรรเงินให้ตามผลงานที่ได้ และควรให้โอกาสกับงานที่ต้องใช้เวลากว่าที่จะเห็นผลลัพธ์ที่ชัดเจน

นพ.ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ

ภายหลังจากการมีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเมื่อเดือนพฤศจิกายน 2545 รูปแบบการจัดสรรเงินให้สถานบริการสาธารณสุขมีการปรับเปลี่ยนมาก ส่งผลต่อการจัดบริการสาธารณสุข ซึ่งหมายรวมถึง การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยมีความมุ่งหวังให้การจัดระบบบริการแบบใหม่นี้ นำมาซึ่งระบบที่มีความเป็นธรรม มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ และสังคมต้องตรวจสอบได้ ซึ่งหากมีการส่งเสริมสุขภาพที่ดีน่าจะเป็นเครื่องมือหนึ่งในการที่จะนำสู่ความมุ่งหวังนี้ได้ในที่สุด

จากวิวัฒนาการของบทบาทภาครัฐในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่อาจแบ่งได้เป็น 3 ยุค กล่าวคือ **ยุคที่หนึ่ง** ของการดำเนินงานเป็นยุคที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพเพื่อไม่ให้เกิดโรค มีการทำงานในลักษณะแบบชำนาญการพิเศษ (Vertical programme) ที่เน้นในเรื่องต่าง ๆ เช่น อนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว โภชนาการ การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค ประปา ส้วม การกำจัดโรคติดต่อ เป็นต้น **ยุคที่สอง** เป็นยุคที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพเพื่อการสร้างสุขภาพที่แข็งแรง ซึ่งมีแรงผลักดันร่วมจากโครงการปฏิรูประบบสุขภาพ ทำให้ยุคนี้เป็นยุคที่ตื่นตัวเรื่อง สร้างนำซ่อมเป็นอย่างมาก **ยุคที่สาม** เป็นยุคที่เน้นการสร้างสุขภาพ เพื่อการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมภายใต้วิถีชีวิตและวัฒนธรรมของประชาชน ทั้งนี้ วิถีชีวิตหรือวัฒนธรรมของประชาชนนั้น แต่เดิมใช้ความเชื่อเป็นหลัก

ต่อมาเมื่อมีความเจริญทางด้านวิทยาศาสตร์มากขึ้นในเรื่องต่าง ๆ ก็มีส่วนทำให้วิถีชีวิตของคนปรับเปลี่ยนไป ซึ่งอาจสรุปปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและวัฒนธรรมในอนาคต 3 ประการคือ (1) ความรู้ (2) การมีเทคโนโลยีที่เหมาะสม (3) การบังคับใช้ทางกฎหมายและระเบียบต่าง ๆ

เมื่อมีโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า มีผลต่อระบบการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กล่าวคือ

- ผลต่อการจัดสรรงบประมาณ ด้านส่งเสริมสุขภาพที่จัดสรรค่าใช้จ่ายประมาณ 175 บาทต่อหัว และเพิ่มเป็น 206 บาทต่อหัวในปี 2547
- มีการประกาศนโยบายสร้างนำซ่อม และให้ปี 2546-2547 เป็นปีแห่งการสร้างสุขภาพ และสร้างการบริการระดับปฐมภูมิให้เข้มแข็ง และให้เป็นบริการ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ”
- มีการกระจายอำนาจสู่ภูมิภาคมากขึ้น ส่งผลให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลต้องพิจารณาใช้งบประมาณด้านส่งเสริมสุขภาพเอง

สิ่งเหล่านี้ เป็นผลต่อระบบในเชิงภาพรวม อย่างไรก็ดี เมื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงในรูปของ Policy, Product, Price, Place, Promotion, Personnel จะพบว่าการเปลี่ยนแปลงควรกล่าวคือ

Policy	แนวคิด “สร้างนำซ่อม” มีความชัดเจนมากขึ้น และมีการสนับสนุนการบริการแบบปฐมภูมิ
Product	มีการสร้างความรู้โดยสร้างกระแสมากขึ้น (Air war) เช่น การมุ่งเน้นกิจกรรมออกกำลังกาย
Place	มีการเพิ่มกลุ่มเป้าหมายการบริการสร้างสุขภาพ โดยไม่เสียค่าบริการมากขึ้น เช่น การตรวจมะเร็งปากมดลูก
Place	พยายามให้ PCU หรือสถานื่อนามัยเป็นฐานการทำงาน และส่งเสริมให้มีโรงเรียน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
Promotion	มีการขึ้นทะเบียนให้มีการดูแลสุขภาพโดยแพทย์ประจำครอบครัวซึ่งเป็นเหตุให้มีการจัดสรรงบประมาณเพิ่มขึ้น
Personnel	ภาระงานเพิ่มมากขึ้น กำลังคนลดลง เนื่องจากการลาออก

กระบวนการส่งเสริมสุขภาพจะทำให้เกิดความยั่งยืนได้นั้น ต้องทำให้ประชาชนเห็นคุณค่า (Value) มีกระบวนการดำเนินงานที่อยู่บนพื้นฐานของความประหยัด ความเอื้ออาทรกันในสังคม อีกทั้งรัฐควรส่งเสริมกิจกรรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตคนไทย มีการศึกษาวิจัย พัฒนาและสร้างนวัตกรรมการส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงการสร้างความสัมพันธ์ระหว่าง Air war (การประชาสัมพันธ์) และ Ground war (การปฏิบัติงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ) และส่งเสริมการนำกฎหมายมาใช้ให้มากขึ้น

นอกจากนี้สิ่งที่ต้องคำนึงถึงคือการพัฒนากำลังคนและความก้าวหน้าของบุคลากรในระดับปฐมภูมิ การพิจารณางบประมาณเหมาะสมจ่ายรายหัวให้ชัดเจน และต้องกำหนดสัดส่วนของงบส่งเสริมสุขภาพ ดำเนินงานบริหารด้วยการกระจายอำนาจ และการสร้างความมีส่วนร่วมจากหน่วยงานอื่น ๆ มากขึ้น เพราะอย่างไรก็ยิ่งเชื่อว่า “งานจะดีได้ถ้าพื้นฐานแข็งแรง คือ บุคลากรระดับสถานอนามัยมีความเข้มแข็ง มีกำลังคนที่พอเพียงใน primary care”

ประเด็นข้อคิดเห็นจากผู้ร่วมเวทีวิชาการ

การจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีการจัดสรรงบประมาณไปยังพื้นที่ และให้บริหารจัดการเอง แต่เนื่องจากพื้นที่มีศักยภาพในการบริหารจัดการต่างกัน ดังนั้นจึงควรมีการจัดกระบวนการพัฒนากระบวนการคิด เพื่อไม่ให้เกิดความโกลาหล

- งาน P&P ต้องเป็น community based ต้องมีการจัดกลุ่มประชากรเพื่อจัดประเภท
- งาน P&P ไม่ควรจะใช้เงินประกันสุขภาพ ควรหาเงินจากแหล่งอื่นๆ ด้วย เช่น องค์กรปกครองท้องถิ่น
- ควรสร้างระบบการเรียนรู้ที่ทำให้คนมีจิตสำนึกด้านสุขภาพ และจิตสำนึกต่อส่วนรวม ไม่ใช่รู้อย่างเดียว

การที่จะทำงานส่งเสริมสุขภาพนั้น ไม่ใช่เป็นเรื่องที่สามารถบูรณาการเหมือนกันหมดได้ เนื่องจากแต่ละคนมีเงื่อนไขต่างกัน **หัวใจสำคัญ**ของการทำงานเรื่องส่งเสริมสุขภาพคือ ต้องเข้าใจในเงื่อนไขบริบทของบุคคล และส่งเสริมให้เกิดความตระหนักเนื่องจากการส่งเสริมสุขภาพเป็นเรื่องที่บุคคลต้องทำเอง

การดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามมาตรฐานของส่วนกลาง ต้องเข้าใจกลยุทธ์ของการเยี่ยมบ้าน ซึ่งเป็นการดำเนินงานเพื่อช่วยให้เกิดกระบวนการเรียนรู้กับประชาชนในการจัดการสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทตนเอง ไม่ใช่ปฏิบัติตามคำสั่งของที่เจ้าหน้าที่

ในอนาคตเชื่อว่า โรงพยาบาลชุมชนส่วนหนึ่งต้องเติบโตเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ในขณะที่แพทย์ทั่วไป (General Practice, GP) ต้องอยู่ที่สถานีอนามัยด้วย ขณะนี้แพทย์ไม่เพียงพอ ต้องให้พยาบาลทำหน้าที่ที่สถานีอนามัย คิดว่าถ้าสามารถสนับสนุนให้มีการดูแลเช่นนี้ได้ คนไข้ในโรงพยาบาลก็จะน้อยลง จึงถือว่าการทำ primary care มีความจำเป็น และจะก่อให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชนในลักษณะ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ”

คำถามการวิจัยที่สำคัญ

- รูปแบบที่เหมาะสมของการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคคืออะไร
- การประเมินผลงานควรทำลักษณะใด ในกรณีที่ผลกระทบที่เกิดขึ้นต้องใช้เวลานานจึงจะวัดได้
- รูปแบบการจัดแบ่งภาระหน้าที่งานส่งเสริมป้องกันระหว่างหน่วยงานที่ต่างสังกัดกัน โดยเฉพาะในทบท. ควรเป็นอย่างไร
- การจัดสรรงบประมาณในการสร้างสุขภาพควรเป็นอย่างไร ให้มีความเหมาะสมระหว่างงบประมาณสำหรับการสร้างและการซ่อมสุขภาพ





ศูนย์สุขภาพชุมชน : ยิ่งทำ ยิ่ง จุด จุด จุด



ศูนย์สุขภาพชุมชน : ยิ่งทำ ยิ่ง จุด จุด จุด

นพ.วรวิศวิ	โบวีชรกุล	โรงพยาบาลสินทราย จังหวัดเชียงใหม่
คุณจันทิมา	มงคลอุปถัมภ์	โรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ
นพ.สันติภาพ	ไชยวงศ์เกียรติ	โรงพยาบาลกล้วยน้ำไท กรุงเทพมหานคร
พญ.ลลิตยา	กองคำ	โรงพยาบาลมหाराชา จังหวัดนครราชสีมา
อ.นวลตา	อากาศ์พทะกุล	หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
พญ.อภิสมัย	ศรีรังสรรค์	โรงพยาบาลศรีรัตนบุรี จังหวัดนนทบุรี ดำเนินการอภิปราย

การวิจัยระบบบริการสุขภาพ เชิงรุก

ศูนย์สุขภาพชุมชน : ยิ่งทำ ยิ่ง จุด จุด จุด

จากจินตนาการใหม่ด้านสุขภาพที่ต้องการวิธีคิดเชิงระบบ เน้นสภาวะสุขภาพเชิงรุกให้ความสำคัญกับ “สุขภาพดี” ก่อให้เกิดการปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่มีหัวใจสำคัญอยู่ 3 ประการ คือ เป็นธรรม มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ

นอกจากการปรับเปลี่ยนทางภาคการคลังสาธารณสุขแล้ว การกำเนิดของ “ศูนย์สุขภาพชุมชน” ถือว่ามีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนกว่ากัน อาจกล่าวได้ว่าเป็นกลไกและฟันเฟืองหลักที่จะทำให้บรรลุถึงจินตนาการใหม่ด้านสุขภาพ มีสุขภาวะที่สมบูรณ์ ทั้งทาง กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ

ศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นจุดบริการที่ใกล้บ้าน ให้บริการปฐมภูมิ ที่มีความผสมผสานทั้งมิติทางการแพทย์และมิติทางสังคมตลอดจนเป็นบริการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในมิติของเวลา และมิติของสถานที่แก่ประชาชนที่มีความจำเป็นหรือต้องการรับบริการด้านสุขภาพ ก่อให้เกิดความสัมพันธ์หรือพันธะ นำมาซึ่งความรู้สึกที่ว่า “ใกล้ใจ” ของทั้งสองฝ่าย ศูนย์สุขภาพชุมชนเพิ่งถือกำเนิดมาอายุได้เพียง 2 ขวบปี ยังต้องมีการเจริญเติบโต และพัฒนาอีกมาก ดังนั้นมีคำถามที่ต้องการคำตอบอีกมากมายหลายประเด็น เช่น ประชาชนได้รับบริการตามที่ต้องการ หรือไม่ ศูนย์สุขภาพชุมชนต้อง และควรให้บริการอะไรบ้าง ความต่อเนื่องและเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลควรเป็นอย่างไร เป็นต้น ดังนั้นในภาคส่วนนี้ จึงมุ่งเน้นการเสนอเนื้อหาสาระที่เกิดจากการแลกเปลี่ยนผลที่ได้จากรายงานวิจัยหรือการถอดบทเรียนจากประสบการณ์ทำงานผ่านกรณีศึกษาทั้ง 4 ภาค รวมทั้งข้อคิดเห็นเพื่อนำสู่การพัฒนาการจัดบริการผ่านศูนย์สุขภาพชุมชน ทั้งระดับอำเภอและจังหวัด

นพ.วรวุฒิ โฉมวัชรกุล

อำเภอสันทรายห่างจากตัวเมืองเชียงใหม่ 15 กม. มีประชากร 98,000 คน มี 12 ตำบล หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit, PCU) ที่นำเสนออยู่ที่ตำบลหนองแสม ซึ่งเป็นตำบลที่โรงพยาบาลตั้งอยู่ มีประชากร 15,000 คน ตำบลนี้มีความเจริญมากเป็นศูนย์รวมทุกอย่าง มีทั้งความเป็นชนบท และเป็นชุมชนเมือง เพราะเป็นที่ตั้งของมหาวิทยาลัยแม่โจ้ ซึ่งประชากรมีอาชีพที่หลากหลาย

ทั้งภาคเกษตรกรรม และอุตสาหกรรม

ความเป็นมาของ PCU หนองแสม เริ่มต้นตั้งแต่ปี 2538 โดยสืบเนื่องจากปัญหาของ รพ.สันทรายที่ต้องรับภาระจากการมีจำนวนผู้ป่วยมาก ซึ่งรากฐานของความเจ็บป่วยเกิดจากสังคมที่เปลี่ยนแปลง ดึงจะเห็นได้จากจำนวนผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มารับบริการด้วยเรื่องของหาเหตุเจ็บป่วย เพราะเป็นวิธีเดียวที่จะทำให้ลูกหลานให้ความสนใจ ดังนั้น รพ.สันทรายจึงมีแนวคิดและความเชื่อว่าต้นเหตุของโรครออยู่ที่ครอบครัว ถ้าครอบครัวมีการดูแลที่ดี สมาชิกในครอบครัวก็จะมีสุขภาพที่ดีด้วย จึงได้มีการณรงค์ให้ประชาชนตระหนักถึงการดูแลครอบครัว และสมัครเข้าเป็นครอบครัวสุขภาพ ซึ่งแต่ละครอบครัวจะมีพยาบาลดูแล (พยาบาล 1 คนดูแล 200 ครอบครัว) และมีการเยี่ยมบ้าน อีกทั้งเมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาลก็สามารถรับยาได้ โดยไม่ต้องพบแพทย์ นอกจากกรณีเจ็บป่วยมากเท่านั้น

ในปี 2542 รพ.สันทรายมีความตั้งใจที่จะพัฒนาเป็นรพ.เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งแรกของประเทศไทย ซึ่งสอดคล้องกับมีนโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค จึงตั้ง PCU ขึ้นในรพ. โดยดัดแปลงอาคารเดิมเป็นที่ดำเนินการ ซึ่งส่งผลต่อการลาออก/ย้ายของแพทย์จาก 5 คนเหลือ 2 คน ภายใน 2 เดือน จึงได้เปลี่ยนกระบวนการทำงานใหม่ และดำเนินการเข้าสถานที่นอกรพ. เพราะว่าการดำเนินงานเวชศาสตร์ครอบครัวไม่จำเป็นต้องมีแพทย์ประจำหรือต้องมีอุปกรณ์ครบความสำคัญของการดำเนินงานอยู่ที่จะเชื่อมโยงกับคนไข้ได้ทั้งครอบครัวได้อย่างไร

การดำเนินงานขณะนั้นมีการเชื่อมกันระหว่างรพ.กับ PCU และเจ้าหน้าที่ โดยมีขั้นตอนของการเตรียมเจ้าหน้าที่ เตรียมชุมชนทุกหมู่บ้าน ทุกตำบล เพื่อสร้างความเข้าใจต่อการดำเนินโครงการ ฯ และแนวทางในการดูแลทั้งครอบครัว เพื่อสนองต่อการแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน การทำงานไม่มีการกำหนดเวลา และยึดหลักการคือ PCU anywhere anytime และยังมีกิจกรรมคลินิกสัญจร เนื่องจากชาวบ้านเดินทางมารับบริการลำบาก เสียค่าใช้จ่ายมาก อีกทั้งเป็นผลทำให้ติดตามไปถึงบ้านเพื่อดูสิ่งแวดล้อม และให้ข้อความรู้ในการดูแลตนเองแนะนำด้านส่งเสริมสุขภาพ อีกทั้งมีการออกกำลังกายด้วยการรำไม้พลอง โดยใช้สถานที่ของชาวบ้าน หรือวัด สำหรับระบบข้อมูลจะใช้ระบบคอมพิวเตอร์ ซึ่งมี LAN เชื่อมต่อด้วยอินเทอร์เน็ต

สิ่งที่ประสบความสำเร็จมากที่สุดในการดำเนินงานกับชุมชน คือ การสามารถให้เทศบาลเข้ามามีส่วนร่วม และเห็นความสำคัญ จนมีการรณรงค์เรื่องความสะอาดของตลาดแม่โจ้ และประกาศให้เป็นตลาดที่สะอาดที่สุดในจังหวัดเชียงใหม่ อีกทั้งชุมชนให้ความร่วมมือโดยการจัดให้มีการฟื้นฟูสุขภาพโดยหมอมั่นบ้านหนองแสมไทย และบริหารจัดการควบคุม กำกับดูแล หาทุน โดยชุมชนเอง

คุณจันทิมา มงคลอุปถัมภ์

จากการศึกษาวิจัยเรื่องรูปแบบการบริหารงานในศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary Care Unit, PCU) ของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งตั้งอยู่ในเขตปริมณฑล ติดกับกรุงเทพมหานคร โดยทำการศึกษาศูนย์สุขภาพชุมชน 2 แห่งใน 8 แห่งที่อยู่ใน CUP เดียวกัน นอกจากนี้ยังมีโรงพยาบาลเอกชนที่อยู่ในเขตอำเภอเดียวกันเข้าร่วมโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค จำนวน

6 โรงพยาบาล ซึ่งอาจจะมีการแข่งขันทางการค้าในอนาคต ถ้าหากสถานบริการในภาครัฐไม่มีการพัฒนาในด้านบริหารที่นำไปสู่คุณภาพการบริการ อีกทั้งนโยบายที่รัฐบาลให้ประชาชนมีการเลือกสถานบริการเอง สถานบริการในภาครัฐก็จะสู้สถานบริการในภาคเอกชนไม่ได้

ศูนย์สุขภาพชุมชน ที่ทำการศึกษาให้เป็นศูนย์สุขภาพชุมชน ที่ 1 และ 2 โดยศูนย์สุขภาพชุมชนที่ 1 เป็นศูนย์สุขภาพชุมชนระดับ A หมายถึง ศูนย์สุขภาพชุมชน ที่มีแพทย์ให้บริการสัปดาห์ละ 56 ชั่วโมง และมีเภสัชกรหมุนเวียนจากโรงพยาบาลชุมชนให้บริการ สัปดาห์ละ 8 ชั่วโมง มีเจ้าหน้าที่ให้บริการจำนวน 6 คน ประกอบด้วย หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 1 คน เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน 2 คน เจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุขชุมชน 1 คน มีประชากรในเขตรับผิดชอบ 11,963 คน มีผู้ถือสิทธิบัตรทอง 8,194 คน ส่วนศูนย์สุขภาพชุมชนที่ 2 เป็นศูนย์สุขภาพระดับ B ซึ่งหมายถึง ศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีแพทย์และเภสัชกร หมุนเวียนจากโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายมาให้บริการสัปดาห์ละ 8 ชั่วโมง มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานจำนวน 4 คน ประกอบด้วย หัวหน้าศูนย์ 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 1 คน เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน 1 คน ทั้งนี้ ในพื้นที่ที่ศึกษาเป็นเขตโรงงานอุตสาหกรรม จึงมีประชากรแฝงประมาณ 25-30%

จากการศึกษา พบว่าโครงสร้างการบริหารงานของศูนย์สุขภาพชุมชน มีการแบ่งงานตามตำแหน่งงาน เช่น พยาบาลวิชาชีพ ดูแลเรื่องงานรักษาพยาบาล เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน ดูแลงานส่งเสริมสุขภาพ นักวิชาการสาธารณสุข ดูแลงานป้องกันและควบคุมโรค และดูแลในเรื่องของแผนงานโครงการ เป็นต้น แต่เนื่องจากความจำกัดของจำนวนบุคลากร ทำให้เจ้าหน้าที่ทุกคนต้องสามารถปฏิบัติงานได้หลายหน้าที่เพื่อทดแทนกันได้ ในเรื่องของแผนงาน โครงการมีการทำแผนปฏิบัติที่ชัดเจน แต่ไม่สามารถดำเนินการตามแผนให้ทันเวลาได้ เนื่องจากปริมาณงานที่มีมาก และยังมีโครงการที่ต้องปฏิบัติงานด่วนหรือพิเศษเข้ามาอยู่เสมอ ในส่วนของงบประมาณปี 2546 ศูนย์สุขภาพชุมชนได้รับเงินจัดสรรจาก CUP จำนวน 8 บาทต่อคน ซึ่งเป็นงบประมาณที่เพียงพอ อย่างไรก็ตาม แหล่งของงบประมาณ จะได้รับจาก 3 แหล่งคือ (1) โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค (2) เงินบำรุง และ (3) จากการสนับสนุนของ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ซึ่งได้รับเป็นกรณี ๆ เท่านั้น

สรุปปัญหา อุปสรรค ในการบริหารงานของศูนย์สุขภาพชุมชน คือ

- ปริมาณงานกับจำนวนบุคลากร เนื่องจากบุคลากรมีจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับปริมาณงานบริการที่มีผู้รับบริการจำนวนมาก ทำให้ไม่สามารถทำงานเชิงรุกได้เท่าที่ควร โดยเฉพาะการจัดสรรบุคลากรที่กระทรวงสาธารณสุขมีการจัดสรรตามขนาดของสถานอนามัย โดยไม่ได้คำนึงถึงพื้นที่บริการที่เป็นเขตปริมณฑล และเป็นเขตโรงงานอุตสาหกรรมร่วมด้วย
- ขั้นตอนการเบิกจ่ายงบประมาณที่ไม่คล่องตัวของศูนย์สุขภาพชุมชน และไม่เดินทางไปทางเดียวกันระหว่างศูนย์สุขภาพชุมชนที่เป็นของโรงพยาบาลชุมชน จะใช้ระเบียบการเบิกจ่ายของโรงพยาบาล ส่วนศูนย์สุขภาพชุมชนที่เป็นสถานอนามัยเดิม จะยังคงใช้ระเบียบเดิม ซึ่งมีขั้นตอนที่ต้องผ่านการอนุมัติจากนายอำเภอก่อน
- ความเป็นเจ้าของงาน และความไม่เข้าใจบทบาทของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ ที่ไม่ได้เป็นเจ้าหน้าที่ประจำ ทำให้ขาดความรับผิดชอบต่อการปฏิบัติงานอย่างจริงจัง

นพ.สันติภาพ ไชยวงศ์เกียรติ

โรงพยาบาลกล้วยน้ำไท ได้เปิดคลินิกชุมชนอบอุ่นขึ้น 12 เครือข่าย โดยเริ่มตั้งแต่ปลายตุลาคม ปี 2546 ที่มาของชุมชนอบอุ่น ประการแรกเกิดจากการหารือร่วมกับสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เกี่ยวกับบุคคลที่ไม่มีสิทธิ คือ กลุ่มที่มาจากต่างจังหวัด ไม่มีบัตรทองในกรุงเทพ ซึ่งมีประมาณ 6 ล้านคน ในฐานะที่เป็นภาคเอกชนทำให้คิดถึงผลกำไรที่จะเกิดขึ้น ประการที่สองคือ รพ.ตั้งมา 30 ปี มีแนวคิดที่จะขยาย OPD แต่ราคาที่ดินบริเวณนั้นราคาสูงมากจึงเกิดแนวคิดของการจัดบริการใกล้บ้านใกล้ใจขึ้น โดยทำการขยายบริการสุขภาพทั่วกรุงเทพ ๙ เกิดคลินิกชุมชนอบอุ่นขึ้น 12 แห่ง

การขึ้นทะเบียนประชากรเป้าหมาย เริ่มแรกมีการตั้งความคาดหวังว่าคลินิก 1 แห่ง ต้องมีคนมาขึ้นทะเบียนประมาณ 12,000 คน จึงได้มีความพยายามประชาสัมพันธ์ในชุมชนโดยตลอด มีการเข้าหาผู้นำชุมชน เพื่อให้ประชาชนเลือกคลินิกที่ได้ให้บริการ ตามเวลา และเงื่อนไขที่แตกต่างกันตามกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งในการบริหารจัดการได้เปิดโอกาสให้คลินิกแต่ละแห่งกำหนดเวลาบริการเอง โดยรพ.กล้วยน้ำไท จะมีการเชื่อมข้อมูลในแต่ละเครือข่าย โดยใช้ระบบ LAN มีการส่งผลทั้ง Lab, x-ray เพื่อความสะดวกและความรวดเร็วของการดำเนินงาน

การบริหารงานก็ใช้ระบบเดียวกันคือระบบ LAN ในการเชื่อมต่อกันด้วยข้อมูลข่าวสารโดยผู้บริหารไม่ต้องไปตรวจเยี่ยมทุกแห่ง มีการใช้ทั้งระบบคอมพิวเตอร์ และโทรศัพท์ อีกทั้งใช้โลตัสเน็ต ส่งถึงทุกคนเมื่อมีการประชุม มีการทำ Mini teleconference

ทุกคลินิกจะมีการให้บริการ Health education และส่งเสริมสุขภาพ โดยเจ้าหน้าที่จบการศึกษาทางด้านสุขศึกษาให้บริการแก่ผู้รับบริการทุกรายทั้งภายในและภายนอกสถานที่ ผลดีของการให้สุขศึกษาพบว่า ในกรณีที่ผู้รับบริการป่วยไม่มากก็จะกลับบ้านเพื่อดูแลตนเองทำให้ประหยัดยา แต่ถ้าป่วยก็พบแพทย์เพื่อตรวจรักษา สื่อที่ใช้เพื่อการสุขศึกษาเป็นทั้งสื่อที่ผลิตเองและได้รับสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้ ยังมีกิจกรรมการเยี่ยมบ้านที่ดูแลแบบ holistic care โดยพยาบาลวิชาชีพพร้อมกับนักศึกษานอกเยี่ยมบ้านทุกวัน และในกรณีผู้ป่วยจิตเวชจะมีนักจิตวิทยาไปช่วยในการติดตามเยี่ยมบ้านด้วย สำหรับบุคลากรที่ดำเนินงานในคลินิกทั้ง 12 แห่ง แต่ละแห่งจะมีแพทย์ 1 ตำแหน่ง ทันตแพทย์ 1 ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 2 ตำแหน่ง นักสุขศึกษา 1 ตำแหน่ง ผู้ช่วยทันตแพทย์ 1 ตำแหน่ง

ที่น่าสนใจมากคือเรื่องของรายรับรายจ่าย ตัวเลขที่มาของรายรับถ้าเป็นจัดสรรงบประมาณแบบ exclusive จะมีการจัดสรรที่ 600 บาทต่อคนต่อปี ดังนั้นโรงพยาบาลกล้วยน้ำไท (1) มีผู้ประกันตนประมาณ 60,000 คน ก็จะได้รับประมาณ 36 ล้านบาท แต่ถ้าเป็นแบบ exclusive คุณสองเท่าก็จะประมาณ 72 ล้านบาท เมื่อพิจารณาตามคลินิกที่เป็นสาขาจะเห็นว่าไม่เป็นไปตามที่คาดไว้ตามที่ สปสช. จะให้โควตา 11,000-12,000 คน แต่ปรากฏว่าบางแห่งได้มาแค่ 1,700 คน (อย่างมาก 5,000 คน) เพราะฉะนั้นรายรับตรงส่วนนี้เฉลี่ยก็ประมาณ 50,000-100,000 บาท ซึ่งถ้าดูรายจ่ายที่ค่อนข้างสูงใน 3 ส่วน คือ หนึ่งเป็นค่ายาและเวชภัณฑ์ สองคืองบลงทุน สามคือเงินเดือน ซึ่งถือเป็นส่วนรายจ่ายที่สูงสุด

รพ.กล้วยน้ำไทดูแลในเขตพระโขนงและคลองเตย โดยมีจำนวนคนไข้โดยเฉลี่ยจะเป็นเด็กอายุ 0-12 ปีมากที่สุด ส่วนวัยทำงานก็จะรับบริการสิทธิประกันสังคมทั้งหมด ในเขตคลองเตยจะมีจำนวนคนไข้ IPD ค่อนข้างสูง โดยส่วนมากจะเป็นผู้สูงอายุอายุมากป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ สำหรับเรื่อง P&P จะมีการให้บริการ ANC สูงสุด และบริเวณเขตคลองเตยจะมีแม่ที่ไม่ ANC มาคลอดมากและมีผลเลือด HIV Positive ด้วย

พญ.ลิตยา กองคำ

โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมามีบทเรียนด้านศูนย์สุขภาพชุมชนมาก่อนช้านานเพราะเป็นแห่งที่ 2 ที่เริ่มโครงการวิจัยศูนย์แพทย์ ซึ่งเป็นแนวคิดของการปฏิรูประบบบริการ โดยเริ่มปี 2536 จากการมีศูนย์แพทย์ 1 และต่อมามีศูนย์แพทย์ชุมชน ซึ่งทั้ง 2 แห่งเป็นศูนย์บริการในเขตเมือง จนปี 2541 มีการขยายพื้นที่บริการเพื่อให้เป็นสถานบริการด่านแรกที่เป็นที่ต้องการของประชาชน จึงมีศูนย์แพทย์ชุมชนเพิ่มอีกเป็น 3 แห่ง มีการดำเนินงานภายใต้แนวคิดของงานเวชปฏิบัติครอบครัวเป็นรากฐาน และมีพันธกิจในการดูแลอย่างต่อเนื่องถึงบ้าน บริการประทับใจทุกวันวาน บริการผสมผสานทั้งครอบครัว โดยมีตัวชี้วัดและเป้าหมายอยู่ที่การบริการที่มีความเสมอภาค คุณภาพ มาตรฐาน ประสิทธิภาพและสังคมมีส่วนร่วม ซึ่งได้ให้ความสำคัญในเรื่องของการพัฒนาทีมงานที่ต้องเป็นทีมเดียวกัน และผู้ป่วยจะต้องมีแพทย์ประจำครอบครัว มีพยาบาลประจำครอบครัว มีการขึ้นทะเบียนประชากร และให้บริการทั้งเชิงรุก และบริการเชิงรับ

จนกระทั่งเดือนพฤษภาคม 2544 เป็นช่วงที่รัฐบาลเริ่มใช้นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค และเนื่องจากการดำเนินงานเป็นการให้บริการในเขตชุมชนเมืองเทศบาลนครราชสีมา ซึ่งมีประชากร 400,000 คนแต่มีสถานบริการอยู่เพียงไม่กี่แห่ง คือ ศูนย์แพทย์ 3 แห่ง ศูนย์บริการของเทศบาล 3 แห่ง และศูนย์บริการของกาชาด อีก 1 แห่ง จึงมีการหารือถึงรูปแบบของการจัดบริการและมีการจัดตั้งขึ้นมาเป็น CUP มหาราชขึ้นมาทั้งหมดประมาณ 9 คัพ และมหาราชเป็นอีก 1 คัพ ประกอบด้วย 19 PCU ซึ่งจะถือว่าเป็นเขตบริการที่มีขนาดใหญ่ มีคณะกรรมการดำเนินการ ประกอบด้วยผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการ ผู้ช่วยผู้อำนวยการ ของ รพ. มหาราช โดยมีฝ่ายเวชกรรมสังคม ทำหน้าที่เป็นเลขานุการของกรรมการชุดนี้ และมีรองผู้อำนวยการฝ่ายประกันสุขภาพเป็นประธาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) เมืองเป็นรองประธาน ภายใต้การดำเนินงานที่มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในคัพ แบ่งประเด็นการดำเนินงานออกเป็น 4 ส่วน คือ

- มุ่งเน้นการพัฒนาาระบบบริการ UC ทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการรักษา และการให้บริการเรื่องฟัน
- มีระบบสนับสนุนต่างๆ เช่น การนิเทศและประเมินผล ที่ช่วยในการกำกับการทำงานให้ถึงเป้าหมายในแต่ละ PCU
- จัดการบริหารเรื่องการเงิน การคลัง
- พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร ที่เอื้อต่อระบบบริการ

ในแต่ละ PCU การดำเนินการได้ยึดรูปแบบงานเวชปฏิบัติครอบครัวและพันธกิจเดิม โดยคำนึงถึงสิทธิประโยชน์เป็นหลัก ทั้งนี้ได้มีการออกแบบระบบการดำเนินงานของ PCU ประกอบด้วย 8 กระบวนการ คือ (1) กระบวนการดูแลชุมชนเขต มีการขึ้นทะเบียนคนไข้ สํารวจชุมชน ครอบครัว สํารวจข้อมูลพื้นฐานทางด้านสุขภาพของประชาชน (2) มีจุดทะเบียนและคัดกรอง เพื่อเข้ารับบริการหลัก ซึ่งบริการหลักนี้รวมในเรื่องของการตรวจรักษาโดยแพทย์ การบริการที่ห้องยาฉุกเฉิน การส่งเสริมสุขภาพ การทำฟัน (3) การให้คำปรึกษาเพิ่มเติม เช่น การให้ความรู้ การดูแลโรค โดย counsellor (4) มีบริการก่อนกลับบ้าน ซึ่งเป็นการสรุปบทวนการดูแลตนเองของคนไข้และขั้นตอนการติดตามการนัดหมาย (5) การส่งต่อในกรณีที่เป็น (6) การเยี่ยมบ้าน โดยมีการกำหนดหลักเกณฑ์ของ case ที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่อง (7) การรวบรวมข้อมูลบริการทั้งหมด (8) การทำกิจกรรมในชุมชน

ในการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชนแบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับ 1 จะต้องมียุทธศาสตร์ประจำของครอบครัว และทำ family folder ได้ 50% เจ้าหน้าที่ต้องถูกอบรมเทคนิค อย่างน้อย 2 วัน ใน 10 โปรแกรม และมีพยาบาลวิชาชีพลงไปปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 วัน/1 สัปดาห์ ระดับ 2 จะต้องมียุทธศาสตร์ประจำของครอบครัว และทำ family folder ได้ 100% จะมีหลักสูตรเบสิกโปรแกรม และมีหลักสูตรทางด้านมนุษยวิทยา เพื่อการดำเนินงานในชุมชน มีแพทย์ พยาบาล เกสซ์ ลงไปปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 วัน/1 สัปดาห์ ระดับ 3 คือ ทำ family folder ได้ 100% เจ้าหน้าที่ทุกคนได้รับการอบรม มีพยาบาลแพทย์ ที่จะลงไปปฏิบัติงาน อย่างน้อย 2-5 วัน และมีการให้บริการด้านชั้นสูง โดยทีมแพทย์ผู้ป่วยในเขตที่ลงทะเบียนต้องมารับบริการมากกว่า 70%

บทบาทของเวชกรรมสังคม ซึ่งดูแล CUP ที่สำคัญคือการพัฒนา รูปแบบของงานเวชปฏิบัติครอบครัวในแต่ละ PCU ที่เป็นเครือข่าย การพัฒนาการจัดการเรียนการสอนเรื่องของ primary care การพัฒนาเครือข่ายบริการ และทำหน้าที่สนับสนุน ประสาน นิเทศ ประเมินผล โดยมีหลักคิดที่สำคัญคือ ต้องมีเจ้าหน้าที่เป็นเจ้าของคนไข้ ทุกคนจะมี PCU ที่ดูแล และการร่วมจัดบริการของสหวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เกสซ์กร) โดยปัจจุบันมีบุคลากรแพทย์ประมาณ 15-16 คน ประกอบด้วยทันตแพทย์ 3 คนที่หมุนเวียนไปแต่ละ PCU และให้บริการทันตกรรมในโรงเรียน มี เกสซ์ 2 คน มีพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลมหาราช ฯ และเจ้าพนักงานที่เรียนจบจากการที่ อบต. และมีเทศบาลเป็นผู้สนับสนุนทุนการศึกษา

จากการทำงานที่ผ่านมา 2-3 ปีภายใต้ระบบการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท รักษาทุกโรค ผลดำเนินงานสำคัญ ๆ ที่สามารถแก้ไขปัญหาได้ของรพ.มหาราช ฯ คือ การให้บริการผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งมีจำนวนมาก โดยมีการสร้างเกณฑ์มาตรฐานในการพัฒนาระบบบริการ มีการฝึกอบรมตั้งแต่แพทย์ พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง มีระบบนิเทศ ติดตาม จนสามารถให้ผู้ป่วยเรื้อรังไปรับบริการที่ PCU โดยไม่ต้องมารับบริการที่โรงพยาบาล อีกทั้งสามารถแก้ไขข้อจำกัดของจำนวนบุคลากรได้เป็นอย่างดี คงเหลือต้องพัฒนาในเรื่องคุณภาพ ส่วนแนวทางการพัฒนาในอนาคต คือ (1) การพยายามให้องค์กรส่วนท้องถิ่นได้เข้ามามีส่วนร่วมในการเป็นเจ้าของ PCU ที่จะให้บริการ (2) ปรับเปลี่ยนโครงสร้างและระบบงาน ให้สอดคล้องกับตำแหน่งหน้าที่ของบุคลากร ซึ่งถือเป็นอุปสรรคในการบริหารงานอย่างมาก และ (3) การพัฒนา Guideline ต่างๆ (4) พัฒนาเครือข่ายระบบบริการให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

อ.นวลตา อาภาศัพท์กุล

จากแนวคิดการพัฒนาาระบบบริการให้เหมาะสมกับผู้มารับบริการ และกระแสของการออกนอกระบบราชการขององค์กรต่าง ๆ กอปรกับมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค โรงพยาบาลขนาดใหญ่ได้มีการระดมข้อคิดเห็นและวางแผนในการปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริการ และมีการศึกษาวิจัย สำรวจข้อมูลประชากรในประเด็นต่าง ๆ โดยภาพรวมของงานวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ส่วนและในส่วนที่ได้ดำเนินการและจะนำเสนอเป็นการศึกษาภาคประชาชนผู้มารับบริการประกอบด้วย ผู้ที่มีบัตรทอง สวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการ และประชาชนทั่วไป โดยมีการเก็บข้อมูลประชาชนในเรื่องความคิดเห็นต่อการเป็นสถานพยาบาลใกล้บ้านใกล้ใจ มีวัตถุประสงค์หลักคือ เพื่อหารูปแบบในการจัดบริการปฐมภูมิที่ผู้รับบริการต้องการ โดยผลที่ได้จากการศึกษาจะนำไปใช้ในการจัดบริการให้ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ รวมทั้งใช้ในการวางแผนการบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ การจัดการการเงินการคลังและระบบส่งต่อ เพื่อขยายบริการสู่ชุมชนให้ประชาชนมีโอกาสได้เข้าถึงการบริการมากขึ้น

การเก็บข้อมูลประชากรดำเนินการทั้งนอกและในเขตเทศบาล ผลการศึกษาพบว่าคนใช้ส่วนใหญ่ที่มาใช้บริการเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในเทศบาล เป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ และประมาณ 69% ใช้สิทธิบัตรทองในการมารับบริการ ความคิดเห็นหรือความคาดหวังต่อหน่วยปฐมภูมิที่ให้การดูแลเรื่องการตรวจรักษา คือ ต้องการให้มีบริการตรวจสุขภาพ การบริการทันตกรรม และตรวจสุขภาพเด็กในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพพบว่า ต้องการให้มีการให้ภูมิคุ้มกันโรค มีการส่งเสริมสุขภาพปากและฟัน และมีศูนย์ในการออกกำลังกาย สำหรับเรื่องเวลาทำการพบว่า 72.1% ต้องการให้เปิดบริการในเวลาราชการ ซึ่งก็เป็นไปตามลักษณะของประชากรภาคใต้ซึ่งมี 2 ลักษณะคือกลุ่มที่ทำงานประจำกับพวกที่กรีดยางที่ต้องการให้เปิดในเวลาราชการ ส่วนกลุ่มที่ทำงานในโรงงานต้องการให้เปิดในเวลา 17.00-21.00 น. ส่วนในเรื่องความคาดหวังต่อบุคลากร พบว่าต้องการให้มีแพทย์ในการตรวจรักษา รองลงมาเป็นทันตภิบาลและพยาบาลที่มีความสามารถในการตรวจรักษา จ่ายยา ให้แนะนำและพูดจาไพเราะ ในประเด็นความต้องการของชุมชน พบว่า ชุมชนมีความต้องการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการหน่วยบริการ เช่น ช่วยเหลือในเรื่องทุนทรัพย์โดยการบริจาค การเป็นอาสาสมัคร และ การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น

จากผลของการวิจัยได้มีการนำไปปรับใช้ในชุมชน 2 พื้นที่คือ บ้านท่าเคียน ตำบลควนลัง กับ บ้านคลองหวะ ตำบลคอหงส์ ทั้งสองพื้นที่มีประชากรประมาณพื้นที่ละ 30,000 คน การเดินทางไปใช้บริการที่สถานีอนามัยหรือที่โรงพยาบาลค่อนข้างจะไม่สะดวกนัก สำหรับการดำเนินงานที่ทำเคียนได้ใช้สถานที่วัดเป็นที่ให้บริการทุกวันจันทร์กับวันพุธ มีพยาบาลออกเยี่ยมบ้าน สำหรับอีกแห่งใช้ศาลาเอนกประสงค์ ให้บริการวันอังคาร กับวันพฤหัสบดี และจะมีการเยี่ยมบ้านเช่นกัน ผู้ที่มาใช้บริการส่วนมากจะเป็นผู้ใช้บัตรทองฟรี นอกจากนี้ยังมีการทำแฟ้มประวัติ มีการสำรวจพื้นที่ แล้วให้บริการที่บ้าน ผลการดำเนินงานพบว่า มีจำนวนประชากรผู้ใช้บริการที่ PCU เพิ่มขึ้น ในขณะที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ปริมาณผู้ป่วยมาใช้บริการที่ OPD ลดลง ซึ่งคาดว่าจะมีการขยายพื้นที่ดำเนินงานหากมีกำลังบุคลากรเพียงพอ อย่างไรก็ตามสิ่งที่ยังไม่ได้ดำเนินการคือ (1) การประเมินผลการดำเนินงานและประเมิน

บุคลากร ซึ่งอาจจะต้องมีการประเมินผลโดยองค์กรภายนอก (2) การวิเคราะห์ต้นทุน ในเชิงเศรษฐศาสตร์ (3) การขยายเครือข่ายสู่คลินิก หรือมีสถานพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้น (4) การสรุปบทเรียนเพื่อขยายแนวคิดการดำเนินงานต่อไป

ประเด็นข้อคิดเห็นจากผู้ร่วมเวทีวิชาการ

- PCU ต้องอาศัยการทำงานของคนในพื้นที่ เช่น อสม. ซึ่งหลายแห่งยังทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ
- PCU ต้องเน้นหลักการของการพึ่งพาตนเองของชุมชน และการส่งเสริมให้ PCU เป็นของชุมชน โดยชุมชนและเพื่อชุมชน โดยไม่หวังพึ่งพารัฐเพียงอย่างเดียว

หลักการของ Primary care คือ เรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานต่าง ๆ เรื่องของการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม ซึ่งการใช้บทบาทของเวชปฏิบัติครอบครัวเชื่อว่าเป็นเทคโนโลยีที่เหมาะสมในการทำศูนย์สุขภาพชุมชน และหลักสำคัญคือต้องมีอุดมการณ์ มีความเสมอภาคและความยุติธรรม

- จุดสำคัญที่สุดคือ concept ของศูนย์สุขภาพชุมชนในปัจจุบันยังไม่หนึ่งมีความแปรผันไปตามสภาพพื้นที่ และสภาพชุมชนค่อนข้างมาก ดังนั้นต้องยอมรับในความหลากหลายและจุดมุ่งหมายที่แตกต่างกัน รูปแบบการดำเนินงานจึงขึ้นกับเงื่อนไขของแต่ละแห่ง
- เรื่องของศูนย์สุขภาพชุมชนมีแนวคิดที่มีการเปลี่ยนแปลงชัดเจนในเรื่องการเปลี่ยนจาก disease approach ไปเป็นเรื่อง Risk approach แนวคิดในปัจจุบันมุ่งเน้นถึง risk ที่ทำให้เกิด Communicable disease, Non-Communicable disease และ injury และมุ่งให้บริการกับ risk มากกว่าที่จะรอรับ disease เพราะฉะนั้นเมื่อศูนย์สุขภาพชุมชนเริ่มขยายไปเป็นศูนย์หน้ามากขึ้น ใกล้เคียงหมู่บ้าน ใกล้ครอบครัวมากยิ่งขึ้น เมื่อนั้นระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยก็จะไปถึงเป้าหมายในเรื่องของ Healthy approach ในที่สุด

- การที่คนมารับบริการมากขึ้นแสดงว่ามีความเชื่อถือใน PCU ที่สามารถแก้ปัญหาของสุขภาพในชุมชนได้ การประเมินศักยภาพชุมชนในการพึ่งพาตนเอง อาจวัดได้จากศักยภาพของชุมชนที่แบ่งเป็น 4 ระดับคือ ระดับ 1 รู้แต่ไม่ได้ปฏิบัติ ระดับ 2 รู้แต่ทำบ้างไม่ได้ทำบ้าง ระดับ 3 รู้แล้วปฏิบัติ ระดับ 4 รู้แล้วสอนผู้อื่น

- ทำไมไม่โอนงบประมาณให้ท้องถิ่นหรือภาคประชาชนจัดบริการสุขภาพเอง โดยใช้หลักการการโอนเงินตามแนวทางการเข้าร่วมบริการของโรงพยาบาลเอกชน และให้อิสระในการจัดการภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์ โดยไม่ยึดติดกับกรอบข้อกำหนด และบริหารจัดการในรูปแบบของคณะกรรมการ



- ในการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการจัดสรรงบประมาณไปยังพื้นที่ให้บริหารจัดการเอง ควรมีการจัดกระบวนการพัฒนากระบวนการคิด เพื่อไม่ให้เกิดความโกลาหล เนื่องจากพื้นที่ มีศักยภาพในการบริหารจัดการต่างกัน
- เนื่องจากความพร้อมขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่นทั่วประเทศไม่เท่ากัน ดังนั้นประเด็นในการ โอนเงินมาให้ ต้องมีการพัฒนาทั้งระบบ อีกทั้งในอนาคตการบริหารจัดการงาน ด้านสาธารณสุข จะไม่ใช่หน้าที่ของโรงพยาบาลอีกแล้ว โรงพยาบาลจะทำหน้าที่รักษาพยาบาล โดยมีองค์การ บริหารท้องถิ่นทำหน้าที่ในการวางนโยบายการดูแลประชาชน และในปี 2549 จะมีการโอนเงิน ให้ อบต.35% แน่นนอน สิ่งสำคัญคือการปรับตัวขององค์กรจะทันหรือไม่ และประชาชนเมื่อได้ รับอำนาจแล้ว เกิดการเรียนรู้ในการใช้หรือไม่ ต้องใช้เวลาประชาชนในการเรียนรู้เรื่อง การทำงานด้วยกัน



การปฏิรูปประเทศไทยต้องเริ่มจาก... (The text in this block is extremely faint and largely illegible, appearing to be a continuation of the article's main body.)

การปฏิรูปประเทศไทยต้องเริ่มจาก... (The text in this block is also extremely faint and largely illegible, continuing the main body of the article.)

ฉบับหน้า
ประเทศไทย
ข่าวและ
ข้อมูล
2547

พลัง ปัญญา

สู่การพัฒนา
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



จากขนมเค็ก...สู่ขนมครก...
การประยุกต์แนวคิดตะวันตกมาใช้กับประเทศไทย

นพ.อำพล	จินดาวัฒนะ	สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ
ศ.นพ.วิฑูรย์	อึ้งประพันธ์	ศาสตราจารย์เกียรติคุณ
นพ.วิฑูร	พูลเจริญ	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
		ผู้ดำเนินการอภิปราย

จากขนมเค้ก...สู่ขนมครก... การประยุกต์แนวคิดตะวันตกมาใช้กับประเทศไทย

ปรัชญาการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขของประชาชน โดยการเฉลี่ยทรัพยากรจากผู้มีความสามารถในการจ่ายเพื่อช่วยเหลือกลุ่มผู้ควรได้รับการสนับสนุน เป็นหลักการที่ถูกนำมาปรับใช้ในการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ แต่ทว่าเมื่อพิจารณาถึงความแตกต่างของบริบทสังคมในประเทศต่าง ๆ ที่ใช้ระบบประกันสุขภาพกับประเทศไทยแล้วระบบหลักประกันสุขภาพที่ใช้ได้ผลดีในประเทศตะวันตกจะเหมาะสมกับสภาพสังคมไทยหรือไม่อย่างไร และสามารถทำให้เกิดหลักประกันสุขภาพกับกลุ่มเป้าหมายได้จริงหรือไม่ มีทางเลือกอื่นในการสร้างความคุ้มครองแก่คนกลุ่มนี้หรือไม่

ในขณะที่มีติด้านกฎหมายนั้น เป็นที่ตระหนักดีว่าระบบประกันสุขภาพของประเทศจะดำเนินการได้ต้องมีการปรับแก้กฎหมายที่เกี่ยวข้องหลายฉบับ กระบวนการแก้ไขกฎหมายและนิติบัญญัติของประเทศกำลังอยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่าน มีการปฏิรูประบบราชการหลายภาคส่วน ซึ่งในปัจจุบันการแก้ไขกฎหมายต้องมีความโปร่งใสและมีส่วนร่วมจากภาคประชาชนและผู้มีส่วนได้เสีย สามารถตรวจสอบได้และอยู่ในความสนใจของสังคม

ในทางปฏิบัติแตกต่างจากอุดมคติอย่างไร มีปัญหาอุปสรรคและประเด็นที่มุมมองต่างกันอย่างไร การนำเสนอเนื้อหาสาระในภาคส่วนนี้ เป็นสาระจากกระบวนการแลกเปลี่ยนแนวคิด จากผู้ที่เกี่ยวข้องและมีส่วนร่วมในกระบวนการและมีความเชี่ยวชาญด้านกฎหมายสาธารณสุขเพื่อเชื่อมโยงความคิดด้านสังคมศาสตร์ เพื่อร่วมสรรค์สร้างแนวทางการประยุกต์ปรัชญาให้เหมาะสมยิ่งขึ้นต่อไป

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ

ระบบสุขภาพเป็นระบบที่ครอบคลุมมิติที่กว้าง ทั้งด้านกาย ใจ สังคมและจิตวิญญาณหรือปัญญา ส่วนระบบประกันสุขภาพ (Health insurance) หรือหลักประกันสุขภาพเป็นการประกันการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ซึ่งในความหมายนี้ หลักประกันสุขภาพจึงเป็นส่วนหนึ่งของความมั่นคงด้านสุขภาพ (health security) หรือหลักประกันการมีสุขภาพดี

ส่วนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage, UC) หมายถึงการประกันที่ทุกคนมีสิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับความจำเป็นตามชุดสิทธิประโยชน์หลัก มีมาตรฐานที่เสมอกัน ทุกคนมีเกียรติและศักดิ์ศรีเท่าเทียมกัน ไม่มีอุปสรรคเรื่องค่าใช้จ่าย ฯลฯ เป็นบริการที่ไม่ต้องสมัคร โดยบริการต้องไม่ใช่บริการเพื่อการสงเคราะห์ หรือไม่ใช่กึ่งสงเคราะห์ และต้องไม่ใช่บริการราคาถูกรหรือบริการคนจน

UC เกี่ยวข้องกับ 2 ระบบใหญ่คือ ระบบการจัดบริการสาธารณสุข (health care system) กับระบบการเงินการคลังเพื่อจัดบริการสาธารณสุข (health care financial system) โดยระบบการเงินการคลังจะเป็นตัวนำการจัดระบบบริการสาธารณสุข เพื่อสู่เป้าหมายคือ บริการที่ดีทางด้านสาธารณสุข

ปรัชญาในการบริการสาธารณสุขมี 2 แนวคิดคือ

1. เป็นแนวคิดที่มองการเข้าถึงบริการสาธารณสุขเป็นเหมือนการเข้าถึงสินค้าหรือบริการทั่วไป ดังนั้นโอกาสการเข้าถึงบริการ จึงขึ้นกับศักยภาพของกลุ่มคน กล่าวคือผู้มีโอกาสมากก็เข้าถึงบริการได้มาก
2. เป็นแนวคิดที่เน้นเรื่องสิทธิมนุษยชน ตลาดการบริการสาธารณสุข เป็นตลาดที่ใช้กลไกตลาดเสรีไม่ได้ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าแนวคิดนี้เป็นพื้นฐานหลักของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จากการศึกษาพบว่าปรัชญาการสร้างหลักประกันสุขภาพมีอยู่ 4 แนวทาง

1. แนวทางสังคมนิยมแบบมาร์กซ์ รัฐเป็นผู้จัดบริการเองทุกเรื่อง รวมทั้งการจัดบริการสาธารณสุข
2. แนวทางสังคมนิยมเสรี เป็นแนวคิดแบบรัฐสวัสดิการ
3. แนวทางประกันสังคมนิยมแบบบังคับ รัฐจัดให้มีระบบการประกันสังคมโดยใช้หลักการประกันฯ (เฉลี่ยความเสี่ยง)
4. แนวทางแบบเศรษฐศาสตร์กระแสหลัก รัฐจัดให้มีระบบประกันสุขภาพหลากหลายรูปแบบและแหล่งเงิน

จากปรัชญาเบื้องต้น รูปแบบของการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) จึงจำแนกได้ 4 รูปแบบดังนี้

1. ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติที่ใช้ภาษีเป็นแหล่งงบประมาณ
2. ระบบประกันสุขภาพแบบกองทุนเบี่ยประกันกองทุนเดียว
3. ระบบประกันสุขภาพแบบกองทุนเบี่ยประกันหลายกองทุน
4. ระบบผสมมี 3 กองทุนคือ กองทุนออมทรัพย์ กองทุนประกัน และกองทุนช่วยเหลือผู้มีรายได้น้อย

จากการวิเคราะห์บทเรียนจากต่างประเทศพบว่า การสร้างหลักประกันสุขภาพมักจะสำเร็จในช่วงเศรษฐกิจดี การเมืองเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญมาก ระบบการเงินการคลังมักมาจากหลายแหล่งเป็นต้น

ในประเทศไทย ความพยายามสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีมาตั้งแต่พ.ศ.2518 เช่น โครงการสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย ฯ และมีอีกหลายโครงการที่ทยอยออกมาตามลำดับ นอกจากนี้ ยังมีกระแสปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (พ.ศ.2539) กระแสความเคลื่อนไหวภาคประชาชนตามรัฐธรรมนูญ ฯ พ.ศ. 2540 ผนวกกับร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ และข้อเสนอจากคณะทำงานวิชาการของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเป็นจังหวะพอดีกับช่วงการเลือกตั้งที่พรรคไทยรักไทยได้ชูประเด็นการสร้างหลักประกันสุขภาพเป็นประเด็นสำคัญในการหาเสียง เมื่อพรรคได้เป็นรัฐบาลก็ได้กลายเป็นนโยบายเร่งด่วนลงมือทำทันที โดยใช้เทคนิคคิดไป-ทำไป-แก้ไขไป และได้มีการตราพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพฯ ขึ้นมารองรับ

ผลจากการสังเคราะห์ สามารถสรุปประเด็นสู่อำนาจได้ 8 ประเด็นดังนี้

1. นโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาลเกิดขึ้นจากหน้าต่างโอกาสที่เปิดในช่วงเวลาที่เหมาะสม สอดคล้องกับภาควิชาการที่ได้สะสมองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องไว้เป็นจำนวนมาก และภาคประชาชนสนับสนุน เป็นบทเรียนการทำสิ่งที่ยากต้องได้รับการสนับสนุนจากหลายฝ่าย และตรงกับแนวคิดสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาของศ.นพ.ประเวศ วะสี
2. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีการดำเนินงานที่สลับซับซ้อน และหลากหลายวัตถุประสงค์ อีกทั้งต้องปรับเปลี่ยนระบบวิธีคิดและพฤติกรรมผู้คนมาก จึงจำเป็นต้องใช้ปัญญาและวิชาการในกระบวนการตัดสินใจ มากกว่าการใช้อำนาจในการลดความขัดแย้งที่เกิดขึ้น
3. การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่ใช้เทคนิค คิดไป-ทำไป-แก้ไขไป ทำให้บริหารจัดการได้เร็ว แต่ระยะยาวอาจมีปัญหา จึงต้องมีระบบติดตามภายใต้กระบวนการทางวิชาการที่ดี ให้ทุกฝ่ายมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ โดยภาคการเมืองควรปรับบทบาทเป็นตัวหนุนเสริม
4. จัดการบริหารการเงินการคลังเป็นประเด็นสำคัญระดับสูงต่ออนาคตของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
 - 4.1 การเงินการคลังรวมหมู่ ต้องเกลี้ยทรัพยากรให้สมดุล โครงการจึงจะอยู่รอดในระยะยาว
 - 4.2 ไทยเป็นตลาดผสม (เสรีและควบคุม) ถ้ารัฐบาลดำเนินโครงการนี้ให้เป็นหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างแท้จริง จะต้องยอมใช้เงินให้มากพอเพื่อแข่งขันกับตลาดได้
 - 4.3 การใช้ภาษีทั่วไปเป็นแหล่งเงินหลักแหล่งเดียว ทำให้ประชาชนไม่มีความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของระบบต้องคิดระบบร่วมจ่ายให้ชัดเจน
 - 4.4 ขณะนี้รัฐบาลต้องอุดหนุนระบบประกันสุขภาพ 3 ระบบคือ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกคน) ระบบประกันสังคมและระบบสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการ ที่มีความแตกต่างและเหลื่อมล้ำ จะต้องมีการศึกษาการจัดการให้เกิดความเป็นธรรม เช่น ปฏิรูประบบภาษีใหม่ให้เป็นธรรม สร้างระบบจ่ายร่วมเบี่ยประกันล่วงหน้า ทำระบบภาษีเฉพาะ สร้างระบบร่วมจ่ายเมื่อใช้บริการ และการกระจายอำนาจให้พื้นที่บริหารจัดการในระบบ “พื้นที่ประกันสุขภาพ”

5. การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาลมุ่งการรักษาและการส่งเสริมสุขภาพโดยกำหนดให้มีการจัดระบบบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (PCU) เป็นจุดเด่น แต่ยังไม่มีการเตรียมการรองรับระบบที่ดีพอ จึงควรเร่งศึกษาวิจัยพัฒนารูปแบบการจัดระบบ PCU และรูปแบบการจัดบริการผสมผสาน การจัดการเป็นเครือข่าย โดยให้ประชาชน/ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมจัดบริการด้วย
6. ประเด็นการรวมกองทุน/ไม่รวมกองทุน มีความเห็นที่แตกต่างกันมาก ควรมีการศึกษาวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสีย ส่วนกลไก คปสช./สปสช. เป็นกลไกที่มีบทบาทภารกิจในการกำหนดทิศทางการบริการสาธารณสุข โดยใช้การเงินการคลังเป็นเครื่องมือหรือมีบทบาทเฉพาะบริหารกองทุน ควรมีการศึกษาวิจัยติดตามอย่างใกล้ชิด
7. ระบบสารสนเทศและระบบสื่อสาร สร้างความเข้าใจและเรียนรู้ร่วมกันทุกฝ่ายยังไม่ดีพอ ควรมีการพัฒนาและศึกษาวิจัยระบบสารสนเทศ เพื่อใช้ในการบริหารโครงการ และระบบสารสนเทศเพื่อการเรียนรู้กับทุกฝ่ายในสังคม
8. ควรมีการศึกษาและทบทวนบทบาทกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเตรียมไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีกว่า เช่น บทบาทผู้จัดการจะต้องลดลงหรือคงไว้ สถานบริการของกระทรวงสาธารณสุขในอนาคต จะอยู่ภายใต้สังกัดใด บทบาทหลักของกระทรวงสาธารณสุขควรเน้นอะไร เป็นต้น ในการบริหารจัดการครั้งนี้ ต้องการภาวะผู้นำที่มีวิสัยทัศน์ก้าวหน้า และมีความสามารถในการบริหารการเปลี่ยนแปลง ภายใต้พลังปัญญา พลังการมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของจากทุกฝ่ายร่วมกัน ไม่ใช่เป็นโครงการที่มีเจ้าแต่เพียงฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง

ศ.นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์

ในการดำเนินงานประกันสุขภาพของไทย กฎหมายมีบทบาทเป็นเพียงแนวทางในการดำเนินงานเท่านั้น ทั้งนี้มีแนวคิดที่เชื่อมโยงกับกฎหมายที่เกี่ยวข้อง 2 แนวคิดคือ

แนวคิดของรัฐเสรีนิยม แนวคิดนี้รัฐไม่มีบทบาทหน้าที่สำคัญ แต่จะให้เสรีภาพในการดูแลและรับผิดชอบตนเอง ดังนั้นจึงเกิดธุรกิจประกันสุขภาพขึ้นมาหลากหลายประเภท โดยการประกันภัยเริ่มจากมีธุรกิจประกันชีวิต ประกันวินาศภัย และประกันสุขภาพ ทั้งนี้กฎหมายจะมีบทบาทในการคุ้มครองผู้บริโภคให้ได้รับความยุติธรรม โดยมีกฎหมายแพ่งว่าในเรื่องประกันภัยต่างๆ และมีพร.ประกันชีวิต พร.ประกันวินาศภัย เป็นต้น

แนวคิดรัฐสวัสดิการ แนวคิดนี้รัฐจะมีบทบาทอย่างมากในการดูแลสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่เป็นแนวคิดทางสังคมนิยมหรือ socialism โดยรัฐจะเป็นผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพ และมีโรงพยาบาลเป็นกลไก ในการให้บริการโดยไม่คิดค่ารักษาพยาบาล แนวคิดนี้ ทำให้เกิดโครงการสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการและเจ้าหน้าที่ของรัฐประเภทต่างมากมาย

แนวคิดเกี่ยวกับการประกันสุขภาพ เป็นแนวคิดที่อยู่กึ่งกลางระหว่าง 2 แนวคิดดังกล่าว

กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประกันสุขภาพในประเทศไทย ประกอบด้วย

กฎหมายประกันสังคม โดยกฎหมายฉบับแรกเริ่มในปี 2496 ซึ่งไม่มีบทบาทในการใช้มากนัก จึงมีการยกเลิกฉบับเดิมและร่างกฎหมายใหม่ ในปี 2533 โดยได้ใช้แนวคิดจากต่างประเทศ ผู้ที่ผลักดันให้เกิดกฎหมายประกันสังคมนี้ ได้เน้นการให้สวัสดิการแก่กลุ่มผู้ใช้แรงงานหรือลูกจ้างเป็นหลัก ในระยะแรกมีการใช้ในกลุ่มอุตสาหกรรมที่มีกิจการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป และ 3 ปีต่อมา เริ่มใช้บังคับในกลุ่มอุตสาหกรรมที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คน และมีตั้งแต่ 1 คนขึ้นไปในเวลาต่อมา โดยยกเว้นลูกจ้างที่รับจ้างทำงานบ้าน

กฎหมายประกันสังคมนี้ เป็นกฎหมายที่มีการบังคับให้มีการจ่ายร่วมระหว่างนายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐในอัตราส่วนเท่า ๆ กัน กล่าวคือ รัฐกำหนดมาตรการให้ประชาชนต้องประกันสุขภาพของตนเอง โดยรัฐจัดการและจ่ายเบี้ยประกันให้ และประชาชนต้องรับผิดชอบร่วมจ่ายเงินประกันส่วนหนึ่งด้วย ซึ่งถือว่าเป็นการบังคับผู้ใช้แรงงานหรือลูกจ้างจ่ายสมทบเป็นเงินประกันเข้ากองทุนกลาง เพื่อเป็นหลักประกันเวลาเจ็บป่วย และยังคุ้มครองสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมไปถึงเรื่องของการคลอดบุตร การว่างงาน การประสูติเหตุจนถึงขั้นทุพพลภาพ

พร.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ เป็นกฎหมายอีกฉบับหนึ่งที่มีแนวคิดเชิงประกันสังคม แต่ใช้กับผู้ไ้รถอย่างเดียว เป็นกฎหมายที่กระทรวงคมนาคมร่างขึ้นและกระทรวงพาณิชย์เป็นผู้ประกาศใช้บังคับผู้ที่มีรถต้องประกันกับบริษัทเอกชนที่รับประกันวินาศภัย ถือเป็นกรคุ้มครองบุคคลที่สามที่ได้รับอุบัติเหตุ ในขณะที่เดียวกัน ได้มีการคุ้มครองไปถึงรถที่ไม่ได้ประกันภัยและเกิดอุบัติเหตุ โดยกรมประกันภัยได้มีการบังคับเอาเบี้ยประกันจากทุกบริษัทเอกชนจัดเป็นกองกลางเรียกว่าเป็นกองทุนผู้ประสบภัยจากรถ

กฎหมายประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค ถือว่ากฎหมายฉบับนี้อยู่ในกลุ่มประกันสังคมอย่างหนึ่งเช่นกัน เพราะผู้ที่เจ็บป่วยต้องร่วมจ่าย 30 บาท แต่ในกฎหมายไม่ได้เขียนไว้ เพราะฉะนั้นจำนวนการจ่ายร่วมสามารถจะปรับเปลี่ยนได้ตามนโยบายทางการเมือง อย่างไรก็ตาม ก่อนที่จะมีกฎหมายฉบับนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้มีการดำเนินงานเพื่อการประกันสุขภาพและทำหน้าที่คล้ายบริษัทประกันเอกชน เช่น มีระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการประกันสุขภาพ โดยให้ประชาชนซื้อบัตรประกันสุขภาพ 500 บาท เพื่อรับบริการสุขภาพกับหน่วยบริการในระยะเวลาหนึ่งปี

จะเห็นว่าในปัจจุบันมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับระบบหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนในหลากหลายรูปแบบและหลากหลายสิทธิประโยชน์ อีกทั้งคุ้มครองทุกคนที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน จึงทำให้นุคคลหนึ่งอาจมีสิทธิการรักษาพยาบาลมากกว่าหนึ่งอย่าง จึงก่อให้เกิดปัญหาการใช้สิทธิทับซ้อน เพราะฉะนั้นการบริหารจัดการและการปฏิบัติงานจึงค่อนข้างจะมีความยุ่งยาก ดังนั้น ในเชิงนโยบายและการปฏิบัติการต่าง ๆ จึงน่าจะมีการทบทวน และศึกษาเพื่อแก้ไขปัญหาและความทับซ้อนในการใช้สิทธิของประชาชนต่อไป

ประเด็นข้อคิดเห็นจากผู้ร่วมเวทีวิชาการ

การพัฒนาหลักประกันสุขภาพยังไม่เข้าที่ ไม่ต่อเนื่องขึ้นกับนโยบายของรัฐบาลแต่ละยุค เนื่องจาก

- ขาดหลักปรัชญาแนวคิดที่แท้จริง และขาดการให้อำนาจความรู้แก่ประชาชน
- การพัฒนาองค์ความรู้ของนักวิชาการ และข้อเสนอไม่มีอิทธิพลกับการดำเนินงานของภาครัฐบาล
- ขาดพลังและจิตวิญญาณ มีช่องว่างในเรื่องขององค์ความรู้ระหว่าง ภาคการเมือง ภาครัฐ และภาคประชาชน ที่ยังไม่สามารถเชื่อมโยงกันได้

คุณลักษณะที่จำเป็น 4 ประการ ของปรัชญาเรื่องหลักประกันสุขภาพ คือ

1. ปรัชญาของหลักประกันสุขภาพต้องมาจากการขับเคลื่อนอย่างมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ในการกำหนดกฎเกณฑ์และเป้าหมายร่วมกัน
2. ต้องมีการกำหนดกรอบ องค์ประกอบและบทบาทของผู้เกี่ยวข้อง ทั้งรัฐ ชุมชน
3. ต้องมีบทบัญญัติทางกฎหมาย มีกฎเกณฑ์กติกาที่ผ่านกระบวนการภายใต้ระบอบประชาธิปไตย กระบวนการของสภาผู้แทนและต้องผ่านการเข้าชื่อของประชาชน
4. กฎหมายต้องครอบคลุมในประเด็นของ ปรัชญา นโยบายสาธารณะ เป้าหมาย กลไก และมีกระบวนการทางกฎหมายที่ผ่านการรับฟังความคิดเห็น ในวงกว้าง

- กฎหมายในสังคมไทยไม่ได้ถูกกำหนดภายใต้วิถีชีวิตคนไทย จึงไม่ใช่เครื่องมือที่จะนำสู่การจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพียงแต่จะช่วยสะท้อนถึงการพัฒนาที่ไม่อยู่กับร่องกับรอยให้เห็นชัดมากยิ่งขึ้นเท่านั้น
- หากจะมีกฎหมายเป็นเครื่องมือ กฎหมายต้องมีลักษณะเป็นหลักประกันสิทธิและเกี่ยวข้องกับนโยบายสาธารณสุข ต้องมีกลไกบังคับใช้ที่เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน ต้องให้ออกาสองครั้งส่วนท้องถิ่นและชุมชนเป็นผู้ให้บริการในทุกรูปแบบ ความเป็นพลวัต ต้องเปลี่ยนแปลงได้มีปฏิภาศสัมพันธ์กับกลไกองค์ความรู้และเชื่อมโยงกับสภาพเศรษฐกิจสังคม และการเมือง รวมทั้งต้องชัดเจนในเรื่องหลักการปรัชญาและทิศทาง

องค์ประกอบของกฎหมายและผลการบังคับต้องประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. การทำงานร่วมกันระหว่างองค์กรสถาบัน ซึ่งในบริบทของสังคมไทยใช้คำว่าสถาบันอิสระ ซึ่งต้องมีกระบวนการตรวจสอบทั้งส่วนของวุฒิสภา และสภาผู้แทนราษฎร สื่อมวลชน กลุ่มวิชาชีพ
2. มีระบบค่านิยมรองรับทางสังคม จากทุกภาคส่วน

หลักการของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

- ต้องเปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมและต่อรองกับระบบ โดยเน้นทฤษฎีความยุติธรรมที่เรียกว่า community justice คือชุมชนมีส่วนร่วม มีความโปร่งใส ความเป็นเจ้าของและคุ้มครองผู้ด้อยโอกาสในสังคม
- ต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานการรับใช้และตอบสนองต่อความต้องการของสังคม ต้องปฏิรูประบบบริการสุขภาพ และมองภาพใหญ่ในระดับโลกไม่ใช่ประเทศไทยแต่เพียง
- กระบวนการผลิตสินค้าทางสุขภาพคือบริการสุขภาพ ถือเป็นกระบวนการบริหารทางการแพทย์ ดังนั้นวิธีการที่จะทำงานภายใต้ระบบที่มี stakeholder ให้ทุกคนมีส่วนร่วมได้ส่วนเสีย คือการทำงานแบบเป็นหุ้นส่วน ร่วมหามุมมอง มุ่งวิเคราะห์ทางออก มากกว่าวิเคราะห์ปัญหา
- ต้องมีกลไกระงับการพิพาท มีช่องทางในการร้องทุกข์ ต้องมีมาตรฐานทางวิชาชีพ ให้ประชาชนมีเวทีแสดงความคิดเห็น
- ต้องมีความยั่งยืนของระบบการเงิน การคลัง และมีทางออกในเรื่องระบบภาษี
- ต้องมีการเรียนรู้หรือมากในภาควิชาการ ที่จะสะท้อนภาพสังคม สะท้อนภาพคนด้อยโอกาส และคนจนที่ไร้หลักประกันสุขภาพ
- ต้องศึกษาวิเคราะห์ปัญหาการดำเนินงานและการวิเคราะห์หาคำตอบในแก้ไขปัญหา



ระบบการเงินการคลังแบบใหม่...
ให้ความคุ้มครองที่คุ้มค่า ครอบคลุมจนถ้วนหน้า...ดังประสงค์...

- | | | |
|--------------|-----------------|---|
| นพ.สุรเดช | วสิทธิฤกุล | สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน |
| รศ.ดร.สุวามิ | สุรเสียงสังข์ | คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| คุณชูวัตร | ประมุขผล | กรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์ |
| นพ.สุชาติ | สรณสภาพร | สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ |
| นพ.วิโรจน์ | ตั้งเจริญเสถียร | สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ |
| นพ.สุรเชษฐ์ | สกิตนิรามัย | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี
ผู้ดำเนินการอภิปราย |

ระบบการเงินการคลังแบบไทย...

ให้ความคุ้มครองที่คุ้มค่า ครอบคลุมจนถ้วนหน้า...ดังประสงค์

การจัดระบบหลักประกันสุขภาพ โดยอาศัยการจัดการด้านการเงินการคลังในสถานการณ์อดีต ปัจจุบัน และอนาคต ก่อให้เกิดระบบประกันสุขภาพหลากหลายรูปแบบ ทั้งในแง่ความครอบคลุม ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ชุดสิทธิประโยชน์ การจัดสรรงบประมาณ และทรัพยากรด้านสาธารณสุขที่เหลื่อมล้ำต่างกันทั้งในภาครัฐและเอกชน ซึ่งในทางปฏิบัติมีความทับซ้อนกันและมีอุปสรรคในการดำเนินการอยู่บ้าง อีกทั้งประสิทธิผลและประสิทธิภาพเชิงระบบของระบบการเงินการคลังต่าง ๆ ที่มีก็แตกต่างกัน ในการนำเสนอเนื้อหาสาระภาคส่วนนี้ นับว่ามีความสำคัญยิ่งที่จะทำให้มองเห็นภาพความเคลื่อนไหวของแต่ละระบบประกันสุขภาพไทย และผลจากการติดตามวิเคราะห์ระบบการเงินการคลังเปรียบเทียบ ระหว่างระบบ ที่เสนอพร้อมมุมมองข้อเสนอแนะทางออกในอนาคต

นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร

การคลังของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือ Universal coverage (UC) ในประเทศไทยมีวิวัฒนาการอย่างไรนั้น ในที่นี้ขอเสนอประเด็นสำคัญ ที่ได้จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาคณะนักวิจัย และจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยจะเสนอถึงการวิเคราะห์ของผลการดำเนินงานที่ผ่านมาของ UC (30 บาทรักษาทุกโรค) ทั้งในประเด็นผลลัพธ์ ความครอบคลุม การใช้สิทธิ ค่าใช้จ่าย และความเป็นไปได้ของการดำเนินงานทั้งทางสังคม และการเมือง กล่าวคือ

จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการครัวเรือนไทยประมาณ 27,000 ครัวเรือนทั่วประเทศ เมื่อเดือนเมษายน พ.ศ. 2546 พบว่า คนไทยไม่มีหลักประกันสุขภาพอยู่ประมาณ 3.2 ล้านคนหรือ 5% ของประชากรทั้งหมด สำหรับผู้ที่มีหลักประกันสุขภาพนั้นพบว่า เป็นประชากรที่กระทรวงสาธารณสุขออกบัตรหลักประกันสุขภาพให้ 47.7 ล้านคน หรือครอบคลุม 75% ของประชากรทั้งหมด สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (Civil Servant Medical Benefits Service, CSMBS) ครอบคลุมประมาณ 5.7 ล้านคนหรือ 9% และสวัสดิการประกันสังคมครอบคลุมประมาณ 6.1 ล้านคน นอกจากนั้นเป็นการประกันสุขภาพกับภาคเอกชน (Private Health Insurance) ประมาณ 1.1 ล้านคนหรือ 2%

ทั้งนี้ ในประชากร 47.7 ล้านคนที่มีบัตร 30 บาทรักษาทุกโรคนั้น 24% มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาล และ 76%อยู่นอกเขตเทศบาล ในขณะที่สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และประกันสังคมส่วนใหญ่เป็นคนในเขตเมืองหรือเขตเทศบาล (53% และ 63% ตามลำดับ) จะเห็นได้ว่า UC 30 บาทรักษาทุกโรคนั้นครอบคลุมคนส่วนใหญ่ในชนบทและเป็นคนจน โดยการกระจายของประชากร 60% เป็นคนพื้นฐานล่างของประเทศในขณะที่สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการครอบคลุมผู้ที่อยู่ในควินไทล์ (20% ของประชากร) ที่ 5 (Q5) และที่ 4 (Q4) ถึง 43% และ 30% ขณะเดียวกันในส่วนประกันสังคม ส่วนใหญ่อยู่ใน Q5 และ Q4 ซึ่งเป็นคนที่มีฐานะดีที่สุดและรองลงมา

เนื่องจากสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเป็นสวัสดิการที่ไม่ได้จ่ายเงินสมทบ จึงถูกมองว่าเป็นสวัสดิการที่ทดแทนรายได้เพราะรับเงินค่าจ้างในภาครัฐต่ำแต่มีปัญหาเรื่องประสิทธิภาพอยู่มาก ในขณะที่ประกันสังคมเป็นการประกันแบบมีส่วนร่วมคือลูกจ้าง นายจ้างและรัฐบาลจ่าย 1.5% ของค่าจ้าง และในส่วนของ UC 30 บาทรักษาทุกโรค จะได้รับการสนับสนุนงบประมาณทั้งหมด จากการวิเคราะห์ผู้ที่ได้รับประโยชน์จากโครงการหรือสวัสดิการที่จัดให้ (BIA หรือ Benefit Incidence Analysis) โดยในการวิเคราะห์ใช้ข้อมูลจากการสำรวจสถานะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ.2545 หรือ (SES2002) ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยจำแนกครัวเรือนออกเป็น 10 กลุ่มเดซิล (decile) เดซิลที่ 1 คือกลุ่มที่จนที่สุด เดซิลที่ 10 คือ กลุ่มที่มีฐานะดีที่สุด คำนวณโดยใช้ Utilization rate คูณด้วย Unit cost ของสถานพยาบาลแต่ละระดับ ลบด้วย ค่าใช้จ่ายที่ครัวเรือนจ่ายเอง (Out of pocket payment) จากการศึกษาในทุกกลุ่มเดซิลของครัวเรือนที่มีบัตร 30 บาทรักษาทุกโรค พบว่า การบริการผู้ป่วยนอก (OP) ที่สถานอนามัยและรพ.ชุมชนค่อนข้างเป็นประโยชน์ต่อคนจน (Pro-poor) เพราะว่าคนระดับล่างได้รับประโยชน์จาก public subsidy มากกว่าสัดส่วนที่ควรได้รับกลุ่มละ 10 % อย่างถ้วนหน้า ในขณะที่กลุ่มที่มีฐานะดีที่สุดได้รับผลประโยชน์เพียงประมาณ 0.7% นั่นคือการบริการผู้ป่วยนอกที่สถานอนามัยและที่รพ.ชุมชนค่อนข้างเป็นประโยชน์ต่อคนจน ในขณะที่บริการผู้ป่วยนอกที่รพ.จังหวัดค่อนข้างเป็นประโยชน์ต่อคนมีฐานะดี (Pro-rich) ในส่วนของผู้ป่วยใน (IP) ซึ่งเป็นบริการของระดับรพ.ชุมชนและรพ.จังหวัด/ศูนย์ หากพิจารณาจาก concentration index (CI) แล้ว จะเห็นว่าบริการผู้ป่วยนอกที่ DHS (District Health System) เป็นประโยชน์ต่อคนจน เพราะคนจนในชนบทเข้าถึงและใช้บริการได้มากกว่า ในขณะที่บริการผู้ป่วยในจะเป็นประโยชน์ต่อคนจนน้อยกว่า ทั้งนี้ยังพบว่ามี ความไม่เสมอภาคเชิงโครงสร้าง เช่น การกระจายทรัพยากรคน และการพัฒนาระบบสาธารณสุขที่ผ่านมาของประเทศไทยเป็นการสนับสนุนพื้นที่ที่มีเศรษฐกิจทางสังคมคือเขตเทศบาลในระดับที่ดีกว่านอกเขตเทศบาล ดังนั้น เพื่อให้บรรลุตามหลักการของ UC การดำเนินงานเชิงนโยบายควรสนับสนุน และลงทุนเพิ่มขึ้นในระดับอำเภอ (DHS) เพราะเป็นบริการที่จัดให้กับคนจน (Pro-poor) เข้าถึงและใช้บริการได้มากกว่า หรือไม่เช่นนั้นก็อาจเสนอให้มีการร่วมจ่ายในระดับที่แตกต่างกัน (Introduce differential co-payment) คือแทนที่จะจ่าย 30 บาทเท่าเทียมกันในสถานพยาบาลทุกระดับ ก็อาจให้มีการร่วมจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยในให้มากขึ้น

จากการศึกษาข้างต้น แสดงถึงผลของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อรายจ่ายสุขภาพของแต่ละครัวเรือนคนไทยทั่วประเทศ ซึ่งในปี พ.ศ. 2535 พบครัวเรือนที่จนที่สุด 10% แรก

มีรายจ่ายสุขภาพเป็น 8.1% ของรายได้ครัวเรือน ในขณะที่ครัวเรือนที่มีฐานะดีที่สุด 10% สุดท้ายมีรายจ่ายสุขภาพเป็น 1.27% ของรายได้ครัวเรือนต่อเดือน จะเห็นได้ว่าโครงการประกันสุขภาพต่างๆ ในช่วงที่ผ่านมาได้ลดช่องว่างของความไม่เสมอภาคระหว่างครัวเรือนมาโดยตลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงที่มีการขยายโครงการบัตรสุขภาพ คือในปี 2545 ความแตกต่างของสัดส่วนค่าใช้จ่ายระหว่างครัวเรือนมีน้อยที่สุด ซึ่งแสดงถึงความพยายามที่จะขยายความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพให้กับประชากร

สำหรับการเข้าถึงบริการของคนไทยเมื่อเจ็บป่วยในช่วงก่อนและหลังมี UC 30 บาทรักษาทุกโรคนั้น จากการเปรียบเทียบผลการศึกษาค้นคว้าข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2544 และ 2546 (Health and Welfare Survey 2001 & 2003) พบว่า ในปี 2544 กรณีผู้ป่วยใน พบผู้ป่วยที่ไม่มีสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและไม่มีประกันสังคม มีอัตราการเจ็บป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาล 0.076 ครั้งต่อคน ต่อปี หรือคิดเป็น 7.6% ของประชากร ซึ่งเป็นอัตราการเจ็บป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นเป็น 0.083 (เพิ่มขึ้น 9%) ส่วนกรณีบริการผู้ป่วยนอก (OP) พบผู้ป่วยกลุ่ม UC (30 บาทรักษาทุกโรค) ป่วยมากขึ้น 20% ทั้งนี้ ยังพบว่าแบบแผนเดิมที่เคยใช้บริการนอกสถานพยาบาล 31% คือซื้อยากินเอง และใช้ยาแผนโบราณนั้นมียัตราลดลง นั่นคือมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนของการใช้บริการจาก non-institution care ไปสู่ institution care มากขึ้น และเมื่อวิเคราะห์ปริมาณงานจะพบว่า DHS (District health system) ซึ่งคือ PCU หรือสถานอนามัย ให้บริการเพิ่มขึ้น 18% และรพ.ชุมชนเพิ่มขึ้น 55% โดยมีสัดส่วนที่ไปรพ.จังหวัดลดลง 52% ข้อมูลนี้ควรสะท้อนให้ผู้บริหารนโยบาย ใช้ในการพิจารณาจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสมต่อไป ทั้งนี้ ในส่วนของการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยใน (IP) ของระบบประกันอื่น ๆ นั้น พบว่า CSMBS มีอัตราการนอนโรงพยาบาลมากกว่าประมาณ 20% สำหรับระบบประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน จะมีอัตราการนอนที่ต่ำกว่า เพราะครอบคลุมประชากรในบางช่วงอายุ ในขณะที่ UC (30 บาทรักษาทุกโรค) กับ CSMBS ครอบคลุมประชากรอายุ 1 ขวบไปถึง 99 ปี

สำหรับเรื่องการเข้าถึงสิทธิของประชาชนพบว่า ผู้มีบัตร 30 บาท รักษาทุกโรค มีอัตราการเข้าถึง (ด้าน OP) ทั่วประเทศ 56.6% โดยพบเป็นผู้ที่อยู่นอกเขตเทศบาลมากกว่า ในขณะที่ IP จะพบเป็นผู้ที่อาศัยในเขตเทศบาลมากกว่า คือพบมีการใช้สิทธิถึง 81%

ในส่วนของการลดค่าใช้จ่ายสุขภาพของครัวเรือนภายหลังมี UC (30 บาทรักษาทุกโรค) ซึ่งศึกษาจากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติที่ศึกษาประชากรที่ในอดีตไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ ประมาณ 18 ล้านคน โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่ม 1 เป็นกลุ่มที่ไม่มีหลักประกันประมาณ 3.2 ล้านคน กลุ่ม 2 คืออดีตไม่มีหลักประกันแต่ขณะนี้บัตร UC (30 บาทรักษาทุกโรค) กลุ่ม 3 คือ คนกลุ่ม 2 ที่เมื่อเจ็บป่วยใช้สิทธิ 100% โดยศึกษาเปรียบเทียบว่า กลุ่ม 1 และกลุ่ม 2 มี Out of pocket ต่อคนต่อปีเท่าไร ส่วนต่างที่พบจากการลดค่าใช้จ่าย (saving) ของคนในกลุ่ม 2 และ Out of pocket ของกลุ่ม 3 จะต่ำกว่า กลุ่ม 2 เมื่อเทียบกลุ่ม 1 กับ กลุ่ม 3 พบว่ากลุ่ม 1 มีรายจ่ายสุขภาพ 916.72 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งเป็นรายจ่ายของภาครัฐทั้งหมด กลุ่ม 2 มีรายจ่ายสุขภาพ 206 บาทต่อคนต่อปี ส่วนต่างคือ 710 บาทและเมื่อคูณด้วย 15 ล้านคน จะพบ saving ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งผู้มีส่วน

ได้คือ กลุ่ม 2 และผู้มีส่วนเสียคือ กลุ่ม 1 ซึ่ง saving จะคิดเป็นเงิน 12,726 ล้านบาท และหากเทียบกับกลุ่ม 3 จะมีรายจ่ายสุขภาพ 66 บาทต่อคนต่อปี เหล่านี้เป็นกรณีวิเคราะห์แบบ gainer-loser analysis ซึ่งหากการวิเคราะห์ไม่รวมกลุ่มที่ผู้ที่ไม่มีส่วนได้และส่วนเสีย saving จะอยู่ที่ 10-13 พันล้านบาท

ในส่วนของการวิเคราะห์ Medium Term Economic Financing (MTEF) โดยวิเคราะห์เฉพาะแผน 9 คือช่วงปี 2002-2006 และเนื่องจากคณะวิจัยมีฐานข้อมูล National Health Accounts (NHA) มาตั้งแต่ปี 1994 จึงทำให้สามารถวิเคราะห์ทั้งงานต่างๆ หรือ คาดการณ์ในอนาคต (projection) ได้ ซึ่งในที่นี้ขอเสนอ 3 ฉากทัศน์ (scenarios) คือ

- 1) Status quo หรือ conservative scenario คือเป็นฉากทัศน์ที่ไม่มีการปฏิรูปตามมาตรา 9, 10, 11 แห่ง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 หรือถ้าทำก็ทำน้อยมากทั้งแผน 9 ซึ่งเป็นการดำเนินงานแบบค่อยเป็นค่อยไป
- 2) Progressive scenario คือแบบก้าวหน้า ซึ่งมีการปรับเปลี่ยน Fee for service ในระบบ CSMBS ให้เป็น capitation เท่านั้น ซึ่งหากปฏิบัติให้เป็นไปตามมติกรมเมื่อ กุมภาพันธ์ 2541 ที่ให้เปลี่ยนวิธีการจ่ายเงินเป็น capitation สำหรับ OP และเป็น global budget + DRG สำหรับ IP นั่นก็คือจะมี capitation rate ใช้ใน 3 ระบบคือ ระบบ UC (30 บาท รักษาทุกโรค) ระบบประกันสังคมและ CSMBS
- 3) Advanced scenario คือมีการปฏิรูปอย่างก้าวหน้ามาก ๆ นั่นคือมีอัตราเหมาจ่ายเดี่ยว (Single scheme) สำหรับ 63 ล้านคน ไม่ว่าจะ เป็น CSMBS เป็นประกันสังคมหรือเป็นกองทุนเงินทดแทนหรือเป็น UC (30 บาทรักษาทุกโรค)

อย่างไรก็ดี เมื่อเอาอัตราเหมาจ่ายคูณด้วยจำนวนประชากรของแต่ละ Scheme จะมีรายจ่ายสุขภาพรวมบวกกับรายจ่ายสุขภาพในส่วนของการประกันเอกชนประมาณ 246,000 ล้านบาท ในสิ้นปีสุดท้ายของแผน 9 หรือ 227,000 กว่าล้านบาทในปี 2549 ซึ่งเป็นปีสุดท้ายของแผน 9 หรือ 3.63% GDP หรือ 3.91% GDP แล้วแต่ว่าจะเป็น Status quo เป็น Three capitations หรือ progressive scenario หรือหากเป็น single scheme จะคิดเป็น 3-4% ของ GDP ซึ่งเป็นรายจ่ายทั้งหมด รวมทั้งภาครัฐ ภาคประชาชนที่ต้องจ่าย นั่นน่าจะอนุมานได้ว่าอยู่ในความสามารถที่ประเทศไทยจะดำเนินงานต่อเนื่องในเรื่องของ 30 บาทรักษาทุกโรคได้ เป็นต้น

จากวิเคราะห์ความเป็นได้ทางการเมือง ภาวะที่สังคมยอมรับ ความสามารถบรรลุลความเสมอภาคในสังคม และความสามารถในการบริหารจัดการการเงินการคลังให้มีความมั่นคงในระยะยาวได้ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 8 แห่งตามมาตรา 39 (1-8) แห่ง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 นั้น โดยใช้กระบวนการระดมสมองจากผู้สังเกตการณ์ 20 ท่านจากสำนักงานประมาณ สภาพัฒน์ฯ และจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีเพียง 4 แห่งที่มีความสำคัญ โดยแหล่งที่ 1 คือ งบประมาณรายจ่ายประจำปี แหล่งที่ 2 เป็นเงินสมทบจาก อบต. เทศบาล อบจ. จากท้องถิ่น แหล่งที่ 3 เป็นการจ่ายเงินจากผู้ใช้บริการ ซึ่งขณะนี้คือ 30 บาท สุดท้ายเป็นเงินสมทบตามมาตรา 39(8) ทั้งนี้สำหรับ annual government budget สามารถจำแนกเป็น 4 แหล่งย่อยประกอบด้วยภาษีทั่วไป (general tax) คือ เงินรายได้จากกรมสรรพสามิต กรมสรรพากร และ

กรมศุลกากร เป็น general tax revenue และรายได้อื่นของรัฐ นอกจากนั้นก็มี ear-marked personal health tax ใน งบด. 91 ซึ่งส่วนหนึ่งจัดสรรให้สสช. ส่วนสุดท้ายเป็น ear-marked sin tax ในที่นี้คือสุรา และยาสูบ ซึ่งมีการจัดสรร 2% กับการดำเนินงานของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เพราะฉะนั้นมี 7 แหล่งที่เป็น potential source แต่ขณะนี้ใช้แหล่งเดียวคือภาษีทั่วไป โดยทั้ง 7 แหล่งนั้น ภาษีทั่วไปมีความเป็นไปได้ทางการเมืองและการยอมรับทางสังคมสูงสุด ในขณะที่ ear-marked vat มีความเป็นไปได้ทางการเมืองและความเป็นธรรมทางสังคมต่ำที่สุด เพราะเป็นภาษีบริโภค และภาษีมูลค่าเพิ่ม

สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อระบบบริการพบว่า โดยบริบทการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศไทยซึ่งค่อนข้างดีในปลายแผน 9 และภาวะงานที่หนักมากขึ้นในระดับอำเภอ (DHS) จะเป็นสาเหตุให้เกิดการเคลื่อนย้ายของบุคลากร (Internal brain drain) จากชนบทไปเมือง และจากเมือง (ภาครัฐ) ไปภาคเอกชน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ไม่เป็นผลดีต่อระบบบริการสุขภาพและอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการดำเนินงาน UC (30 บาทรักษาทุกโรค) ส่วนในเรื่องการจ่ายเงินนั้น ในส่วนของ CSMBS เนื่องจากมีมติกรมให้จ่ายเงินค่ายาเต็มจำนวน สำหรับ non essential drug และจ่ายค่าห้อง ค่าอาหารพิเศษไม่เกิน 13 วัน ดังนั้นเท่ากับว่าค่าใช้จ่ายสำหรับ CSMBS คือประมาณ 3,300 บาทต่อคน ในขณะที่ UC (30 บาทรักษาทุกโรค) จะอยู่ประมาณ 1,200 กว่าบาทต่อคน ค่าตามคือ หากเป็นเช่นนี้รพ.ภาครัฐจะมีความต้องการเงินเพื่อมาใช้จ่ายให้ระบบ UC (30 บาทรักษาทุกโรค) เพิ่มหรือไม่ ข้อเสนอที่สำคัญคือ ควรมีการปรับเปลี่ยนหรือปฏิรูปให้เกิดการใช้ทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ และให้ปฏิบัติตามมติกรม. ในระบบของ CSMBS ต่อไป

นพ.สุรเดช วลีอิทธิกุล

จากสถิติที่แสดงถึงความครอบคลุมของผู้ใช้สิทธิประกันสังคมล่าสุดเมื่อเดือนกันยายน 2546 พบว่ามีจำนวนผู้ที่มีบัตรและใช้สิทธิ 7.9 ล้านคน คิดเป็น 22.8% ของกำลังแรงงาน 34 ล้านคน ในระหว่างที่มีการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) นั้น สำนักงานประกันสังคมได้มีการประกาศให้บริษัทที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไปต้องได้รับสวัสดิการประกันสังคม โดยคาดการณ์ว่าจากมาตรการดังกล่าวจะสามารถให้สวัสดิการครอบคลุมคนเพิ่มอีกประมาณ 2.6 ล้านคน แต่ก็ทำได้ไม่ถึง 30% ของเป้าหมาย เนื่องจากปัญหาจากการประกาศรับขึ้นทะเบียนก่อนที่กฎหมายจะมีออกจริง และในปีหน้าคาดว่าจะมีการตั้งปรับเป้าหมาย 1.2 ล้านคน อย่างไรก็ตามการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้สวัสดิการพบว่า เกิดจากความยุ่งยากในขั้นตอนของการจ่ายเงิน ในกลุ่มบริษัทขนาดเล็กไม่มีเจ้าหน้าที่ดูแลอำนวยความสะดวกให้

เมื่อเปรียบเทียบเรื่องชุดสิทธิประโยชน์ทดแทนเฉพาะเรื่องการรักษาพยาบาลกับโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคจะพบว่า ประกันสังคมจะให้ทดแทนผลประโยชน์มากกว่าเช่น ให้เบิกค่ารักษาพยาบาลล้างไตได้ ในขณะที่โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคจะให้บริการแพทย์ทางเลือกและการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าดังนั้นจะเห็นว่าผู้มีประกันตนที่ออกจากระบบประกันสังคมแล้วแต่ยังเห็นประโยชน์

จากสวัสดิการประกันสังคมและยังสมัครใช้สวัสดิการอยู่ถึง 166,000 คน โดยส่วนใหญ่ (83%) ต้องการประโยชน์ทดแทนในเรื่องของการเจ็บป่วย

ในปี 2545 ประกันสังคมคิดอัตราเหมาจ่ายที่ให้ผู้มีสิทธิหรือสมาชิกมีสิทธิประโยชน์ครอบคลุมรวมทุกเรื่องทั้งการปลูกถ่ายไขกระดูก ล้างไต ทำฟัน คลอด โดยอัตราเหมาจ่ายจะอยู่ที่ 1,458 บาท อัตรานี้ให้เหมือนกันทั้งโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชน โดยยังไม่คิด risk adjusted capitation อีก 150 บาทต่อคนต่อปี และเมื่อพิจารณาตามโรคที่ใช้เป็น index ในการเข้ารับการรักษาตามประเภทโรงพยาบาลคือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคตับอักเสบเรื้อรัง ตับแข็ง หัวใจล้มเหลว CVA มะเร็ง HIV และ COPD ก็พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็ง ตับอักเสบเรื้อรัง ตับแข็ง COPD และ HIV จะเลือกรับบริการที่โรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์เพราะมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและอาจารย์แพทย์ที่จ่ายยา Anti-virus นอกนั้นจะเลือกใช้บริการโรงพยาบาลใกล้บ้าน เพราะฉะนั้นขณะนี้มีปัญหาในเรื่องของการคิดอัตราเหมาจ่าย ความครอบคลุมของชุดสิทธิประโยชน์ และความเบี่ยงเบนในการเข้ารับบริการรักษา ซึ่งต้องมีการศึกษาและปรับเปลี่ยนระบบ คาดว่าภายในเดือนสิงหาคมนี้จะมีมาตรการที่ชัดเจน

เรื่องการจัดการให้บริการพบว่า อัตราการให้บริการนั้นอยู่ในเกณฑ์ใกล้เคียงกัน แต่พบการใช้บริการ จะมีการร้องเรียนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยในปี 2545 พบจำนวนร้องเรียน 800 กว่าราย และครึ่งปี 2546 จำนวน 600 กว่าราย ซึ่งสำนักงานประกันสังคมได้มีกระบวนการพิจารณา โดยส่งให้อนุกรรมการและคณะกรรมการ ซึ่งประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญไปดำเนินการตรวจสอบพบว่า โรงพยาบาลที่ถูกร้องเรียนมีความผิดจริง 23% แต่เป็นเรื่องที่ผู้ประกันตนเข้าใจผิดถึง 77% แต่ว่าในขณะเดียวกันโรงพยาบาลที่เป็นฝ่ายผิดก็ได้มีการร้องเรียนให้สำนักงานประกันสังคมต้องปรับปรุงกระบวนการพิจารณา โดยควรเปิดโอกาสให้โรงพยาบาลได้มีการชี้แจงมากกว่าแค่ส่งเอกสารตรวจสอบ ซึ่งเรื่องนี้สำนักงานประกันสังคมจะต้องไปพิจารณาในการปรับปรุงนี้ รวมถึงพิจารณาบทลงโทษต่อไป

ปัญหาการดำเนินงานในขณะนี้ ที่ต้องพึงพิงกระบวนการศึกษาวิจัยและความร่วมมือกับหลายฝ่ายคือ (1) ความไม่ครอบคลุมและไม่สมบูรณ์ของข้อมูลที่ต้องแจ้งให้กับผู้ประกันตน เช่น รายชื่อโรงพยาบาลเครือข่าย สถานที่ตั้ง ผลของการรักษา คุณภาพการรักษา ความสับสนของการมีสิทธิทับซ้อน ซึ่งเหล่านี้เป็นเรื่องข้อมูลข่าวสารที่ใช้สำหรับตัดสินใจ และต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วน (2) การประสานความร่วมมือกับสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติในการจัดทำข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งต่อไปจะสามารถใช้ข้อมูลร่วมกันได้อย่างเป็นปัจจุบัน

ในระยะของการปรับเปลี่ยนระบบประกันสุขภาพ และมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค เป็นตัวขับเคลื่อนในขณะนี้นั้น คำถามที่สำนักงานประกันสังคม ต้องฝากให้สังคมวิชาการควรระดมค้นหาคำตอบร่วมคือ การดำเนินงานจัดสวัสดิการประกันสังคมควรจะหยุดหรือจะขยายต่อ และจะมีวิธีการกำหนดสิทธิผลประโยชน์ทดแทนอย่างไร อีกทั้งการปรับเปลี่ยนวิธีเหมาจ่ายจะปรับเป็น inclusive หรือ exclusive หรือว่าจะมีวิธีจ่ายอื่นๆ เพื่อให้บริการนั้นสมประโยชน์อย่างที่ต้องการมากขึ้นควรเป็นอย่างไร

นพ.สุชาติ สรรณสถาพร

งานของสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.) เน้นที่ระบบสารสนเทศของบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญที่สุด งานแรกที่ สทส. ได้เริ่มดำเนินการคือระบบการเบิกจ่ายค่ารักษาผู้ป่วยในสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการภายใต้เพดานงบประมาณ โดยใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมการที่ สทส. ได้มีโอกาสเริ่มต้นกับค่ารักษาส่วนผู้ป่วยในของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (CSMBS) นับเป็นจังหวะที่สอดคล้องกับสถานการณ์ในช่วงที่มีการเริ่มระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปี พ.ศ.2544 ซึ่งงานชิ้นนี้เป็นผลที่สืบเนื่องมาจากความริเริ่มและจากการศึกษาอย่างต่อเนื่องของน.พ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร ตั้งแต่ พ.ศ.2537 จนในที่สุด หลังจากที่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้เสนอรายงาน “การปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กรกฎาคม 2543” และคณะรัฐมนตรีได้มีมติ เมื่อวันที่ 3 ตุลาคม 2543 ให้มีการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลตามข้อเสนอในรายงานดังกล่าว

ในระบบการเบิกจ่ายค่ารักษาผู้ป่วยในสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการภายใต้เพดานงบประมาณโดยใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมนี้ สทส. มีหน้าที่ในการดำเนินงานดังต่อไปนี้

- เป็นสำนักงานผ่านบัญชี (Clearing House) ให้กรมบัญชีกลางในเรื่องระบบข้อมูลผู้ป่วยในทั้งหมด
- วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อคำนวณค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของการรักษาผู้ป่วยในแต่ละราย โดยใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group: DRG)
- จัดระบบฎีกาที่เป็นเอกสารอิเล็กทรอนิกส์แทนระบบเดิม
- ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล (Medical audit)

ภายหลังจากดำเนินการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (CSMBS) ผ่านไปได้ด้วยดีประมาณ 1 ปี สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก็ได้เริ่มใช้ระบบข้อมูลผู้ป่วยใน และการคำนวณค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ในการจัดสรรค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในด้วย DRG โดยให้ สทส. เป็นหน่วยงานดำเนินการ จึงนับได้ว่าเป็นก้าวสำคัญอีกก้าวหนึ่งในการดำเนินการสารสนเทศเกี่ยวกับบริการสุขภาพให้มีเอกภาพยิ่งขึ้น

การที่ สทส. เป็นหน่วยงานกลางในการบริหารจัดการระบบสารสนเทศผู้ป่วยใน ให้แก่สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แม้ว่าจะขาดส่วนของระบบข้อมูลผู้ป่วยในของกองทุนประกันสังคม ก็สามารถสร้างความมั่นใจให้แก่โรงพยาบาลภาครัฐและเอกชนที่ให้บริการผู้ป่วยในระบบทั้งสอง ว่าการทำงานเกี่ยวกับข้อมูลการบริการผู้ป่วยในที่เกี่ยวกับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล จะเป็นไปอย่างเป็นระบบยิ่งขึ้น สามารถใช้ช่องทางการติดต่อกระบวนการจัดการและมาตรฐานข้อมูลเดียวกันได้ เป็นโอกาสที่จะลดความแตกต่างระหว่างระบบบริการในโรงพยาบาลได้อีกระดับหนึ่ง

DRG และเพดานงบประมาณเป็นกลไกสำคัญที่ใช้ในการกำกับและจัดสรรค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน ในระบบ CSMBS ปรับเปลี่ยนจากระบบเดิมที่เป็น fee for service ส่วนการจ่ายค่ารักษาในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก็เลือกที่จะใช้น้ำหนักสัมพัทธ์ของ DRG เป็นเกณฑ์ โดยใช้ค่า

น้ำหนักสัมพัทธ์คุณกับค่าระดับการจ่ายของสถานพยาบาลแต่ละระดับที่ 10,000 14,000 และ 16,000 บาท ในช่วงแรกที่ยังไม่มีแนวทางเลือกอื่นที่ดีกว่า

สภ.ได้ข้อมูลผู้ป่วยในระบบ CSMBS ตั้งแต่เมษายน 2544 เป็นต้นมา การส่งข้อมูลเพื่อเบิกจ่ายเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลมีความสม่ำเสมอและไม่แปรปรวน ซึ่งคงอธิบายได้ไม่ยากเพราะเป็นระบบข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลจะต้องทำเพื่อที่จะใช้เบิกค่ารักษาพยาบาล ตามแผนงานที่กำหนดไว้ ค่ารักษาพยาบาลส่วนที่หักค่าห้อง ค่าอาหาร และอวัยวะเทียมและอุปกรณ์แล้วเป็นค่ารักษาส่วนที่จะถูกจัดสรรด้วย DRG และเพดานงบประมาณ โดยในช่วงปีแรก โรงพยาบาลจะเบิกค่ารักษาส่วนค่าห้อง ค่าอาหาร และอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ได้ 100% ของมูลค่าที่เบิก สำหรับค่ารักษาพยาบาลที่เหลือจะเบิกไปก่อน 80% ของมูลค่า 20% ของค่ารักษาที่ถูกกันไว้และจะรวบรวมไว้จัดสรรพร้อมกันทุก 3 เดือน โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของแต่ละรายเป็นเกณฑ์ สำหรับยอดเงินค่ารักษาที่มีไว้จัดสรรในแต่ละรอบ 3 เดือนนี้ จะต้องตรวจสอบเทียบกับเพดานงบประมาณที่กำหนดไว้ก่อน หากค่าใช้จ่ายรวมในรอบนั้นง่ายเกินกว่าประมาณการที่กำหนด ก็จะมีผลให้คงเหลือเงินค่ารักษาพยาบาลที่ใช้จัดสรรด้วย DRG นี้ ลดลงต่ำกว่ายอด 20% ที่กันไว้ในรอบ 3 เดือนได้

ผลการดำเนินการเบิกจ่ายผู้ป่วยในระบบ CSMBS ช่วงเมษายน-กันยายน 2544 เป็นไปได้ อย่างราบรื่นทั้งระเบียบวิธีการเบิกจ่ายที่เป็นระบบและได้ข้อมูลและระบบสารสนเทศที่ใช้งานได้ตามแผน แต่เป็นที่น่าเสียดายว่าสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ได้มีความเห็นว่าการจัดสรรฯ นี้ไม่สามารถดำเนินการได้เพราะวิธีปฏิบัติขัดกับพระราชกฤษฎีกาที่เกี่ยวกับการใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ดังนั้นการที่โรงพยาบาลรัฐกว่า 900 แห่งได้ร่วมกันทำงานกับ สภ. จึงกลายเป็นเพียงการช้อมใหญ่เท่านั้น

อย่างไรก็ดี ข้อมูลที่ใช้จัดสรรค่ารักษาพยาบาล โดยใช้ DRG ภายใต้เพดานงบประมาณที่เตรียมพร้อมไว้ แต่ไม่ได้จัดสรรจริงนั้น เป็นข้อมูลที่สำคัญที่แสดงให้เห็นถึงผลกระทบของการจ่ายค่ารักษาตามวิธีใหม่นี้

โรงพยาบาลกลุ่มที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดคือ กลุ่มโรงเรียนแพทย์ ซึ่งไม่น่าแปลกใจนัก เพราะค่ารักษาผู้ป่วยในเฉลี่ยต่อรายอยู่ที่ 24,500 บาท เทียบกับโรงพยาบาลชุมชนที่มีค่ารักษาผู้ป่วยในเฉลี่ยต่อรายที่ประมาณ 8,500 บาท

ผลกระทบจากการจัดสรรด้วย DRG ที่รุนแรงขนาดนี้ สภ.เชื่อว่าจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนวิธีการจัดสรรที่ลดความรุนแรงลงในระยะที่เริ่มใช้ DRG ประมาณ 3 ปี โดยมีหลักการโดยสรุปคือ

- จัดกลุ่มโรงพยาบาลเป็นกลุ่มๆ โดยใช้ casemix index
- จัดสรรค่ารักษาพยาบาลภายในแต่ละกลุ่ม
- ปรับปรุง DRG ให้แยกค่ารักษาพยาบาลที่เกี่ยวกับเวชภัณฑ์และอุปกรณ์ราคาสูง
- พัฒนาระบบการจ่ายค่ารักษา โดยใช้มาตรการอื่นเสริมในผู้ป่วยโรคมะเร็ง และโรคเรื้อรังอื่นๆ

สำหรับแนวทางการดำเนินงานในปี 2547 และในอนาคต สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลังจะมีการจัดทำบัญชีรายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์

โดยมีการจัดทำรหัส description และมี indication พร้อมกับอัตราที่เบิกได้ ซึ่งจะใช้ร่วมกับการบันทึกค่าใช้จ่ายส่วนสำคัญนี้ไว้ โดยมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญเพื่อเป็นข้อมูลที่จะใช้ในการวิเคราะห์ต้นทุนการรักษาพยาบาล และปรับปรุงน้ำหนักสัมพัทธ์ของ DRG ให้มีความเหมาะสมในการรักษาผู้ป่วยในที่มีค่าใช้จ่ายสูงได้ดียิ่งขึ้น คาดว่าจะมีการเริ่มดำเนินงานได้ประมาณเดือนเมษายน 2547 และจะมีการใช้อย่างเต็มระบบ ในปีงบประมาณหน้าคือเดือนตุลาคม 2547

รศ.ดร.สุวณี สุรเสียงสังข์

ความหมายการประกันสุขภาพเอกชนคือ การประกันภัยที่ให้ความคุ้มครองในเรื่องของการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บที่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาลหรือค่าเสียเวลางาน โดยผู้เกี่ยวข้อง คือ ผู้รับประกันภัยก็คือบริษัท กับผู้เอาประกันภัย ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยต้องการซื้อประกันสุขภาพจะต้องเสียเงินที่เรียกว่าเบี้ยประกันภัย และเมื่อไหร่ก็ตามที่เกิดการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บ ไม่ว่าจะ Inpatient หรือ outpatient บริษัทจะชดใช้ค่ารักษาพยาบาลหรือค่าเสียเวลางานให้ในวงเงินจำกัดตามเงื่อนไขในสัญญาประกันภัย ในปัจจุบันการประกันสุขภาพเอกชน ดำเนินการอยู่ 2 ช่องทางคือ

ช่องทางแรกคือผ่านทางบริษัทประกันชีวิต โดยจะขายประกันสุขภาพในลักษณะเป็นสัญญาเพิ่มเติม ซึ่งอาจจะขายเป็นรายบุคคลหรือเป็นกลุ่มหรือขายเป็นประกันหมู่ของสำนักงานโดยตรง ทั้งนี้ในลักษณะที่เป็นสัญญาเพิ่มเติม ผู้ซื้อประกันสุขภาพต้องมีสัญญาหลักคือตัวกรมธรรม์ประกันชีวิตอยู่ก่อนแล้ว ช่องทางที่สองเป็นส่วนของบริษัทประกันวินาศภัย ส่วนมากจะขายเป็นกรมธรรม์ตัวหลักโดยตรง ซึ่งอยู่ในรูปแบบรายบุคคลหรือเป็นกลุ่ม และมีสิทธิประโยชน์ตามกรมธรรม์ที่หลากหลาย โดยทั่วไปแบ่งเป็น 8 หมวดใหญ่ ๆ อาทิ ค่าห้อง ค่าอาหาร ค่ารักษาพยาบาลและอื่นๆ เช่น ค่าปรึกษาแพทย์ในโรงพยาบาล ซึ่งการเบิกจ่ายจะเบิกได้ไม่เกินวงเงินของเพดานสิทธิประโยชน์ที่กำหนด อีกทั้งบางสัญญาจะมีข้อตกลงที่ไม่คุ้มครองเป็นข้อยกเว้นต่าง ๆ เช่น การฆ่าตัวตาย ภัยศึกสงคราม เป็นต้น

ในปี 2545 มีบริษัทประกันชีวิตที่จำหน่ายประกันสุขภาพเป็นสัญญาแนบท้าย 22 บริษัท บริษัทประกันวินาศภัยที่จำหน่ายเฉพาะประกันสุขภาพ 6 บริษัท และบริษัทวินาศภัยที่ประกันสุขภาพในหมวดประกันภัยเบ็ดเตล็ด 10 บริษัท การเติบโตของธุรกิจในส่วนของบริษัทประกันชีวิต พิจารณาได้จากการเติบโตของเบี้ยประกันภัยที่สูงขึ้นเรื่อยๆ จะเห็นว่าปี 2541 ค่า Loss ratio จะอยู่ประมาณ 51-52% และในปี 2545 ลดลงมาเป็น 37% แสดงว่า บริษัทประกันชีวิตมีผลประกอบการหรือมีลักษณะของการทำ cost containment ที่ดี นั่นก็คือสามารถที่จะควบคุมค่าใช้จ่ายได้มากขึ้น ถ้าพิจารณาด้านบริษัทประกันวินาศภัย จะพบว่าเบี้ยประกันภัยก็เพิ่มสูงขึ้น แต่ค่าของ Loss Ratio นั้นมีค่าสูงกว่าเมื่อเทียบกับบริษัทประกันชีวิตคือค่า Loss Ratio มีค่าประมาณ 68-70% แสดงว่าการจัดการ cost containment ของบริษัทประกันวินาศภัยยังมีปัญหา

ปัญหาต่อการดำเนินธุรกิจมีค่อนข้างมาก โดยจำแนกตามกลุ่มคนที่เกี่ยวข้องดังนี้

ตัวของผู้เอาประกันภัย มักมีการปกปิดการแถลงสุขภาพขณะที่ทำสัญญา มีการฉ้อโกงร่วมกับตัวแทน และพบมีการขอรับการรักษาพยาบาลเกินความจำเป็นของโรค

ตัวแทนบริษัท คือ มักเห็นประโยชน์ของตัวเองเป็นที่ตั้ง และพยายามที่จะขายกรมธรรม์ โดยขาดการชี้แจงข้อยกเว้น หรือมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการประกันสุขภาพที่ไม่เพียงพอ ซึ่งประเด็นนี้บริษัทประกันภัยได้พยายามแก้ไขในเรื่องของการพัฒนาบุคลากร และจัดตั้งฝ่ายลูกค้าสัมพันธ์ โดยให้มีการติดต่อระหว่างผู้เอาประกันภัยและผู้รับประกันภัยเพื่อให้ความรู้ต่างๆ มากขึ้น อีกทั้งมีการสร้างความร่วมมือกันระหว่างโรงพยาบาลและบริษัทประกันภัยจัดตั้งโรงพยาบาลเครือข่ายเพื่อทำการตรวจสอบค่าสินไหมทดแทนให้รัดกุมและควบคุมกำกับพัฒนาตัวแทน อีกทั้งมีการส่งแพทย์ของบริษัทไปให้ความรู้เรื่องการป้องกันโรค และมีการจัดเก็บข้อมูลของผู้เอาประกันภัย

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในช่วงที่มันโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค พบว่า ไม่มีการเปลี่ยนแปลงมากนัก ส่วนมากจะมีการปรับแบบประกันภัยให้มีความครอบคลุมในแง่ของค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น มีการกำหนดเพดานเงินสูงสุดเพื่อครอบคลุมเรื่องการประกันอุบัติเหตุ หรือความคุ้มครองต่อสัญญาเพิ่มเติมทางด้านสูติกรรม การออกแบบประกันที่คุ้มครองโรคมะเร็ง มีความคุ้มครองรักษาพยาบาลขณะที่อยู่ต่างประเทศ และมีความพยายามในการทำตลาดแบบประกันรายได้คือ มีการจ่ายเป็นเงินทดแทนแนวโน้มของธุรกิจในช่วงปี 2546 รัฐบาลให้ความสำคัญและส่งเสริมธุรกิจนี้ในเรื่องของกรมธรรม์เอื้ออาหาร และการกระตุ้นให้ประชาชนตระหนักในเรื่องของการประกันภัย รวมทั้งผลจากอัตราดอกเบี้ยที่ต่ำลงเรื่อย ๆ และนโยบายการเปิดการค้าเสรีทำให้ประชาชนสนใจ alternative choice นอกจากนี้ ผลจากมาตรการข้อจำกัดต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเช่น ข้อจำกัดของการใช้สวัสดิการรักษายาของราชการก็ส่งผลให้ข้าราชการที่มีรายได้สูงหันมาซื้อการประกันสุขภาพมากขึ้นปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อยอดเบี้ยประกันภัยของธุรกิจทั้งหมดให้เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ดังจะเห็นการเติบโตของธุรกิจนี้มีมาต่อเนื่อง ซึ่งในปี 2545 มีเบี้ยประกันสุขภาพประมาณหมื่นกว่าล้านบาท โดยให้ความคุ้มครองคนประมาณ 5 ล้านคน

อย่างไรก็ดี เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและเชื่อมโยงกับระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ ของประเทศ จึงควรมีการศึกษาวิจัยในเรื่องต่าง ๆ ต่อไปนี้คือ

- การศึกษาความซ้ำซ้อนในสิทธิการประกันสุขภาพของผู้เอาประกันสุขภาพเอกชนและการประกันสุขภาพอื่น ๆ เช่น 30 บาทรักษาทุกโรค การประกันสังคมหรือสวัสดิการการรักษายาพยาบาลสำหรับข้าราชการ
- การเชื่อมโยง หรือการเติมเต็มสิทธิประโยชน์ของระบบการประกันสุขภาพเอกชนและการประกันสุขภาพอื่น ๆ ควรเป็นอย่างไร และควรคิดเบี้ยประกันภัยอย่างไรจึงจะเหมาะสมในทุกด้าน

คุณชูฉัตร ประมูลผล

การประกันภัยรถยนต์แบ่งออกเป็น 2 ประเภท

1. การประกันภัยรถภาคบังคับ
2. การประกันภัยรถภาคสมัครใจ

ในที่นี้ ขอเสนอการประกันภัยรถภาคบังคับหรือที่เรียกว่าการประกันภัยตาม พ.ร.บ. คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ซึ่งสาระสำคัญของความคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถคือ (1) ให้ความคุ้มครองและ

ช่วยเหลือผู้ประสบภัยจากรถที่ได้รับการช่วยเหลือเรื่องค่าเสียหายอย่างทันที ซึ่งมีการกำหนดด้วยว่า ค่าเสียหายเบื้องต้นเมื่อต้องมีการพิสูจน์การถูกผิดต้องจ่ายภายใน 7 วัน แต่ขอให้ผู้ประสบภัยยื่นเรื่องภายใน 7 วันเช่นกัน (2) เป็นหลักประกันให้กับสถานพยาบาล (3) เป็นการส่งเสริมให้ธุรกิจประกันภัยมีส่วนในการแบ่งเบาภาระของรัฐในเรื่องสวัสดิการสงเคราะห์ ซึ่งพบ.นี้ มีผลใช้บังคับตั้งแต่ 5 เมษายน 2536 กำหนดให้เจ้าของรถผู้ใช้รถต้องมีประกันคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ

เนื่องจากกรมการประกันภัยใช้ตัวเลขรถจากกรมการขนส่งทางบกมาเป็นฐานในการคำนวณหาสัดส่วนของการทำประกัน จึงพบว่ายิ่งรถรุ่นดี อัตราการทำประกันยิ่งต่ำลงเรื่อย ๆ ทั้งนี้ เนื่องจาก (1) รถที่ไปจดทะเบียนที่กรมขนส่ง ฯ ตั้งแต่ปี 2527 จะมีการนับสะสมถึงแม้จะมีการยกเลิกการใช้ไปแล้วก็ตาม ทำให้พบว่า ตัวเลขปัจจุบันของกรมการขนส่ง ฯ มี 24 ล้านคัน แต่กรมการประกันภัยมีการจัดทำกรมธรรม์ได้เพียง 12 ล้านฉบับ แต่ขณะเดียวกันการขอเบิกเงินกองทุนเพื่อจ่ายเบี้ยประกันในหนึ่งปีประมาณ 4,000 ราย ซึ่งค่อนข้างน้อย (2) มีรถที่ได้รับความนิยม เช่น รถของทางราชการ รถทหาร ซึ่งความคุ้มครองสูงสุดตามพ.ร.บ. กรณีได้รับความบาดเจ็บจะได้ 50,000 บาทต่อคน กรณีเสียชีวิตและทุพพลภาพได้รับ 1 แสนบาทต่อคน โดยต้องมีกระบวนการพิสูจน์ความถูก-ผิด และการจ่ายเบื้องต้นคำรักษาพยาบาลตามที่จ่ายจริงไม่เกิน 15,000 บาท ค่าปลงศพ 35,000 บาท ได้รับภายใน 7 วัน เรียกร้องภายใน 180 วัน

ในการดำเนินงานกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถจะมีการคืนกำไรในอัตรา 1.25% เข้ากองทุน เพื่อจ่ายในกรณี คือ

- 1) เจ้าของรถไม่ยอมทำประกันภัย จ่ายค่าเสียหายเบื้องต้นหรือจ่ายไม่ครบจำนวน
- 2) รถที่เกิดเหตุเป็นรถที่ถูกขโมยมา
- 3) ไม่มีผู้แสดงตน
- 4) ไม่อาจทราบการเกิดเหตุ
- 5) รถที่ได้รับการยกเว้นไม่ต้องทำประกันภัย เช่น รถราชการ

อีกช่องทางสำหรับการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถคือ การมีบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ซึ่งเป็นของเอกชนที่ตั้งขึ้นตามกฎหมาย เพื่อรับคำร้องจ่ายค่าสินไหมทดแทน ซึ่งระบบค่อนข้างดีเร็ว บริษัทนี้มีอัตราการจ่ายเฉลี่ยอยู่ที่ประมาณ 3 วัน ปัจจุบันรับประกันภัยรถจักรยานยนต์ประมาณ 6,000,000 คัน ซึ่งบริษัทกลาง ฯ มีกระบวนการดำเนินงานโดยเข้าไปทำคู่สัญญากับโรงพยาบาลเอกชนเกือบ 300 แห่ง ส่วนโรงพยาบาลภาครัฐ กำลังอยู่ในระหว่างการประสานงานกับกระทรวงสาธารณสุข

ทั้งนี้ บทกำหนดโทษที่ใช้เป็นตัวบังคับขณะนี้คือ การปรับทุกกรณี รวมทั้งการหลีกเลี่ยงการทำประกันภัย การที่ผู้ประสบภัยรายใดยื่นขอรับค่าเสียหายเบื้องต้นเป็นที่จก็ถูกปรับและมีโทษจำบริษัทประกันภัยปฏิเสธการรับประกันภัยก็มีโทษปรับตั้งแต่ 50,000-250,000 บาท และหากบริษัทไม่จ่ายค่าเสียหายเบื้องต้นหรือจ่ายให้ไม่ครบจำนวนหรือจ่ายช้า โรงพยาบาลสามารถร้องเรียนกับทางประกันภัยจังหวัด ซึ่งกรมการประกันภัยมีนโยบายที่เข้มงวดในเรื่องนี้มาก โดยจะมีโทษปรับสูงสุด 500,000 บาท

คำถามและประเด็นข้อคิดเห็นจากผู้ร่วมเวทีวิชาการ

การรวมกองทุนเป็นกองทุนเดียว มีข้อดี ข้อเสียอย่างไร และจะมีกระบวนการในการบริหารจัดการการเงิน การคลัง และควบคุมหรือพัฒนาคุณภาพให้ดีขึ้นได้อย่างไร

นพ.สุรเดช วลีอิทธิกุล

ประเด็นการพิจารณาการรวม/ไม่รวมกองทุน ต้องพิจารณา (1) เรื่องของประสิทธิภาพในการทำงานหรือให้บริการกับประชาชน (2) การเบี่ยงเบนข้ามระบบประกันสุขภาพ (3) เรื่องงบประมาณ ในเรื่องของประกันสังคมสิ่งที่สำคัญมากๆ ที่ต้องดำเนินการ คือเรื่องประกันการว่างงานและเรื่องของบำนาญชราภาพ ซึ่งหากจะยุบกองทุนคงเป็นไปได้ แต่หากจะบริหารร่วมกันคงเป็นไปได้ ประเด็นหลักคือตัวแทนลูกจ้าง นายจ้าง เมื่อต้องจ่ายเงินสมทบก็ต้องมีสิทธิ์ในการกำหนดทิศทาง กำหนดประโยชน์ทดแทน และกำกับดูแลเรื่องประสิทธิภาพ ดังนั้นหากจะทำอะไร คงต้องพิจารณาในเรื่องความชัดเจนที่จะทำให้เกิดความมั่นใจในการใช้บริการ

เมื่อไหร่กรมการประกันภัยจะจัดสรรให้โรงพยาบาลเป็นแบบรายหัว (capitation) และจะมีกระบวนการในการจัดสรรการเอาประกันภัยในกลุ่มแรงงานต่างด้าวเมื่อไหร่ อย่างไร อีกทั้งควรให้มี claim center ที่จังหวัด

คุณชูฉัตร ประมูลผล

กรมการประกันภัยพยายามจะเพิ่มความคุ้มครองและลดเบี้ยไปพร้อมๆ กันไม่ว่าจะเป็นค่ารักษาพยาบาลกรณีเสียชีวิต หรือทุพพลภาพ และมีแผนการที่จะนำเงินกองทุนไปใช้ในการลดอุบัติเหตุจากรถ โดยประสานกับพนักงานจัดการจราจรทางบกแต่ยังติดขัดในเรื่องของกฎหมายที่กำหนดให้ใช้เงินกองทุนได้ในกรณีเพื่อการบรรเทาไม่ใช้เพื่อการป้องกัน สำหรับเรื่องการจัดสรรแบบ capitation นั้น เนื่องจากการดำเนินงานประกันภัยจากรถนี้ กระบวนการต้องเป็นบริการของภาคเอกชน จึงคิดว่าค่อนข้างยากที่จะบริหารจัดการ

ขณะนี้บริษัทกลาง ฯ จังหวัดละ 1 สาขา ทำหน้าที่จ่ายค่าทดแทน (เป็น claim center) และมีการตรวจสอบจากรกรมการประกันภัยเสมอ ซึ่งพบว่า อัตราการจ่ายเฉลี่ยประมาณ 3 วัน เฉพาะค่าเสียหายเบื้องต้น ซึ่งถือว่าจ่ายได้เร็ว

ทำไมไม่จัดสรรเงินของผู้ประสบภัยจากรถให้ศูนย์นเรนทร หรือกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้จัดสรรให้ โดยตรงต่อสถานพยาบาล เพราะบริษัทกลาง ฯ ถือหุ้นโดยบริษัทประกันเอกชน ก็จะรักษามูลประโยชน์ของบริษัท ฯ แต่เพียงฝ่ายเดียว

การจัดสรรเงิน 1.25% ของคนที่ประกันภัย เพื่อทำเป็นกองทุนทดแทนแก่ผู้ไม่ประกันภัย ถือว่าไม่ยุติธรรมต่อผู้ที่เสียเบี้ยประกันหรือไม่

คุณชูฉัตร ประมูลผล

ศูนย์นเรนทรมีหน้าที่ในการนำผู้ป่วยไปส่งสถานพยาบาลโดยเร็ว และเคยคิดจะเบิกค่าใช้จ่ายในการนำส่งผู้ป่วยมายังกองทุนบริษัทประกันธุรกิจประกันภัย ปัญหาคือว่า การดำเนินงานของศูนย์นเรนทรไม่มีใบเสร็จค่าใช้จ่ายในการนำส่งผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาล ซึ่งเป็นกฎกระทรวงที่จะทำการเบิกจ่ายได้ ทางเสี่ยงในปัจจุบันจึงมีการรวมใบเสร็จกับสถานพยาบาล เพื่อเบิกกับบริษัทกลาง ๆ โดยมีเงื่อนไขต้องส่งไปยังสถานพยาบาลที่ใกล้ที่สุด

สำหรับการจัดสรรเงินให้ทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือกระทรวง ฯ นั้น ขณะนี้สมาคมประกันวินาศภัย กรมการประกันภัย กับทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำลังหาวิธีที่ดีที่สุด ซึ่งอาจจะต้องมี claim center ขึ้นมาก็ได้

และการที่ผู้ไม่ทำประกันภัยสามารถเบิกเงินจากกองทุนได้กรณีเกิดเหตุ นั้น เนื่องจากเป็นข้อกำหนดในกฎหมายที่ต้องให้ความคุ้มครองและจ่ายเป็นกรณีค่าเสียหายเบื้องต้นเท่านั้น

รัฐบาลมีศักยภาพเพียงพอในเรื่องงบประมาณหรือไม่ ในการสนับสนุนโครงการหลักประกันสุขภาพทั้งหมด และคุณภาพการให้บริการภายใต้โครงการ ฯ เป็นอย่างไร ถ้าบริการได้ดี ไม่มีปัญหาเรื่องคุณภาพทำไมประชาชนจึงซื้อประกันชีวิตเอกชนและใช้บริการของรพ.เอกชน

นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร

ขณะนี้เศรษฐกิจดีขึ้นค่อนข้างดี และทวีความรุนแรงขึ้นในปีหน้าอย่างแน่นอน สำหรับประเทศไทยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าถือว่ามีความจำเป็นและจะต้องทำอย่างยั่งยืนและมีวิวัฒนาการในทางที่ดีขึ้นเพราะประชาชนมีพื้นฐานทางเศรษฐกิจที่หลากหลายและสำนักงานงบประมาณต้องใช้การพิจารณาให้มากขึ้นในการสนับสนุนอย่างเต็มที่ต่อการดำเนินโครงการ ฯ

การดำเนินงานของ สกส. สามารถทำให้เกิด cost effective ต่อการจัดสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการ หรือไม่ อย่างไร

นพ.สุชาติ สรณสถาพร

การดำเนินงานในส่วนเฉพาะสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ มีการลงทุนไม่เกิน 17 ล้านบาทต่อปี cost saving ที่จะได้ในปีที่ 3 ถ้ามีการยกเลิกระบบฎีกาและเปลี่ยนเป็นระบบ electronic จะสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในการเบิกจ่ายจากหน่วยงานราชการ ทั้งสิ้นประมาณ 84 ล้านบาท แต่เพื่อที่จะให้เกิดประโยชน์สูงสุดจากระบบข้อมูลที่พัฒนาขึ้นมา การกำกับและตรวจ

สอบมาตรฐานการรักษายาบาล (Audit) จะก่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรในการรักษาที่ดีขึ้นกว่าระบบที่ปราศจากการตรวจสอบแบบปัจจุบันได้แน่นอน

การเริ่มของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ถึงแม้จะเริ่มเพราะนโยบายทางด้านการเมือง แต่ก็มีการบวนการวิวัฒนาการอันยาวนาน มี evidence based ที่จะชี้บอกถึงความดีและความไม่ดี แต่เชื่อมั่นว่าเริ่มต้นด้วยเจตนาดีทุกระบบ ปัญหาอยู่ที่การจัดการและพัฒนาการและการมีปัญญาที่จะพัฒนาสิ่งที่ยังเป็นจุดอ่อนและหาวิธีเสริมจุดแข็ง มองหาหนทางที่จะทำให้มีประสิทธิภาพเป็นประโยชน์ต่อประเทศชาติในระยะยาว จะเป็นอย่างไร

จะมี Leadership ในระดับ Health service ในทุก scheme ได้อย่างไรในอนาคต และจะมีคำถามและ solution อย่างไร ที่จะเอื้อประโยชน์ต่อสิ่งที่ดี สำหรับทุกระบบในอนาคต



สมมติว่าเราเริ่มที่เรื่องสุขภาพแล้ว...???

แล้วถ้าเราเริ่มที่เรื่องสุขภาพแล้ว...???



ระบบบริการดีขึ้นหรือเลวลง? ภายใต้ธงหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



ระบบบริการดีขึ้นหรือเลวลง ??? ภายใต้ธงหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

พญ.สุพัตรา
มพ.สุรจิต
ทพญ.ปิยะนารถ
มพ.ยงยุทธ
มพ.กัมภ์
รศ.ดร.เสาวคนธ์

ศรীরวิชชากร
สุนทรธรรม
จาติเกตุ
วงศ์ภิรมย์ศานต์
เชษฐรุ่งโรจน์
รัตนวิจิตราศิลปี

สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
สำนักวิชาการ กรมสุขภาพจิต
ศูนย์ควบคุมโรคเฝ้าติดตาม กรมควบคุมโรค
คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

มพ.สุวิทย์

วิบูลผลประเสริฐ

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ผู้ดำเนินการอภิปราย

ระบบบริการดีขึ้นหรือเลวลง ??? ภายใต้ธงหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ใ
นสถานการณ์การจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่มีการปรับเปลี่ยนในทุก ๆ ด้าน ไม่ว่าจะ
เป็นแนวคิดการดำเนินงาน การบริหารจัดการทรัพยากร ซึ่งหมายรวมถึงทรัพยากรงบประมาณ
และทรัพยากรบุคคล สิ่งเหล่านี้ ล้วนแล้วแต่มีผลต่อการจัดระบบบริการสาธารณสุข ที่กระทบต่อทั้งผู้
ให้บริการและผู้รับบริการ อย่างไรก็ตาม ท่ามกลางความแตกต่างและมุมมองที่หลากหลายนี้ บ้างก็บอก
ว่าดีขึ้น บ้างก็บอกว่าเลวลง สิ่งสำคัญคือ ต้องก้าวต่อไป และช่วยกันกันค้นหาคำตอบว่าระบบบริการ
สาธารณสุขนี้ ทิศทางที่เหมาะสมควรเป็นอย่างไร ในภาคส่วนนี้ จึงเป็นการสรุปข้อแลกเปลี่ยนของผู้
เชี่ยวชาญระบบบริการในด้านต่าง ๆ ที่มาร่วมเสวนาถึงผลกระทบที่โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีต่อ
ระบบบริการต่าง ๆ พร้อมเสนอทางเลือกเพื่อพัฒนาระบบบริการแต่ละประเภทให้ตอบสนองความ
ต้องการของประชาชนให้ดียิ่งขึ้น

ประเด็นและการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในเวทีวิชาการ

แนวคิดเรื่องการจัดสรรงบประมาณ โดยแยกงบประมาณจัดสรรสำหรับงานบางอย่าง จะมีผลต่อคุณภาพ
และการบริการดีขึ้นหรือไม่

นพ.กัณฑ์ เขียวรุ่งโรจน์

การแยกงบประมาณหลักประกันสุขภาพในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรครวมทั้งเรื่อง
ยาออกจากงบประมาณส่วนอื่น ถือว่าเป็นเรื่องที่ดี เพราะปัจจุบันเมื่อรวมไว้ด้วยกันแล้ว ผู้บริหารงบ
ประมาณส่วนใหญ่แพทย์เป็นแกนนำ จึงมักให้ความสำคัญกับการรักษามากกว่างานส่งเสริมสุขภาพ
ป้องกันโรค ดังนั้น เมื่อจะพิจารณาแยกงบประมาณ ต้องจัดระบบการบริหารจัดการ และมีกระบวนการ
พัฒนาองค์ความรู้เรื่อง Preventive Service ให้ดีกว่าที่เป็นอยู่ พร้อมทั้งจัดระบบประเมินผลที่ชัดเจน
สิ่งเหล่านี้จะเป็น incentive ให้สถานพยาบาลมีการทำงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรครวมมากขึ้น

สำหรับการให้บริการด้านโรคเรื้อรัง ขณะนี้มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขให้มีหน่วยงานรับผิดชอบโรคไม่ติดต่อ ที่ดูแลด้านการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ และการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในการจัดการด้านการเงินการคลังสาธารณสุข ระบบการจ่ายเงินร่วมเพื่อรับบริการ ต้องเป็นระบบที่สร้างความจูงใจต่อการตรวจโรคในระยะเริ่มต้น และการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ต้องรวมจ่ายทุกครั้งของการรับบริการ แต่ควรเหมาจ่ายรายปีซึ่งจะเป็นแรงจูงใจในการรักษาอย่างต่อเนื่อง

รศ.ดร.เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์

การออกแบบระบบต้องมีการกำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่ต้องการ และกำหนดยุทธศาสตร์และกลวิธีที่จะทำให้บรรลุตามวัตถุประสงค์นั้นให้ชัดเจน ขณะนี้มีกลไกการเบิกจ่ายงบประมาณหลากหลายวิธี (payment mechanism) เช่น (1) fee for service วิธีนี้ incentive จะอยู่ที่ผู้จ่าย (2) จ่ายต่อครั้ง วิธีนี้ผู้ให้บริการจะมีความเสี่ยง (3) เหมาจ่ายต่อหัว ซึ่งขณะนี้ใช้ในระบบประกันสังคม และโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ทั้งนี้ การจัดสรรด้วยวิธีแบบ 2 และ แบบ 3 มีผลดีต่อค่าใช้จ่าย เรื่องยาจะถูกลง อย่างไรก็ตาม การออกแบบระบบการจัดสรรงบประมาณควรเป็นลักษณะผสมผสาน ไม่ควรเป็นรูปแบบเดียวเพื่อให้มีเงื่อนไขที่แตกต่างกัน

- ปัจจุบัน สปสช. จัดสรรงบประมาณรายหัวให้ 10 บาทต่อหัว และมีการดำเนินงานนำร่องใน 7 จังหวัดแล้ว โดยแยกจัดสรรกรณี Emergency Medical Service (EMS) และการบริการทันตกรรม ขณะนี้มีผลกระทบต่อการทำงานหรือไม่ อย่างไร
- หากจะแยกจัดสรรเหมือนระบบประกันสังคม จะมีข้อดี ข้อเสีย อย่างไร

นพ.สุรจิต สุนทรธรรม

ความเห็นต่อเรื่องยามีความเห็นที่เห็นว่า ควรแยกที่โรค ไม่ใช่แยกที่ยา กล่าวคือ ควรมีการจัดกลุ่มของโรคและจ่ายตามกลุ่มการวินิจฉัย โดยเฉพาะโรคที่รักษาก็หายไม่รักษาก็ตาย และโรคที่รักษาก็ตายไม่รักษาก็ตาย (รักษาไม่หาย) คือไม่มีวิธีการบำบัดรักษาเฉพาะเจาะจง จะมีการรักษาด้วยยาและการใช้งบประมาณแตกต่างกันมาก มักจะมีการใช้ยาเกินความจำเป็นตามการส่งเสริมของบริษัทยา แต่ผลที่ได้มักไม่แตกต่างกันมากนัก คือมักมีการทำในสิ่งที่ไม่จำเป็นต้องทำ โดยเฉพาะเมื่อมีการจ่ายค่ายาแบบปลายเปิด อย่างไรก็ตาม ในทางตรงกันข้ามเมื่อมีการจ่ายตามกลุ่มการวินิจฉัย ก็ต้องควบคุมคุณภาพให้ดี มีแนวทางปฏิบัติการบริการสาธารณสุขที่ชัดเจนและตรวจสอบได้ แต่ยึดหยุ่นในขอบเขตจำกัด เพื่อป้องกันการละเลยไม่ทำในสิ่งที่จำเป็นต้องทำ

สำหรับงานบริการเวชกรรมฉุกเฉินนั้นเมื่อศึกษาถึงการเสียชีวิตของคนไทยจากรายงานการตายของคนไทย ซึ่งมีหนังสือรับรองการตายจากบุคลากรทางการแพทย์ และการแจ้งตายโดยบุคคลอื่นที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ (เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน) พบว่า คนไทยส่วนใหญ่ตายโดยไม่ได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ ถึงกว่าร้อยละ 80 ที่เสียชีวิตนอกสถานพยาบาล ยิ่งในพื้นที่ชนบทใน

จังหวัดภาคอีสานมีถึงร้อยละ 90 ซึ่งในกลุ่มผู้ตายดังกล่าวนี้ส่วนใหญ่มักมีภาวะฉุกเฉินนำมาก่อน แต่ไม่สามารถเข้าถึงการบริการได้ ดังนั้นจึงต้องจัดระบบหรือหาวิธีการที่จะให้การดูแลคนไข้ฉุกเฉินได้ทันในเวลาอันควร ซึ่งในปัจจุบันมีการจัดงบประมาณตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้ ๑๐ บาทต่อหัว ซึ่งน่าจะนำไปพัฒนาระบบเวชบริการฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลได้ โดยเฉพาะการพัฒนาหน่วยปฏิบัติการเบื้องต้น (first responder) และหน่วยช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน (basic life support) เป็นหลัก ซึ่งน่าจะคุ้มค่าและกระจายการเข้าถึงของประชาชนได้ดีกว่า เนื่องจากผลการศึกษาในต่างประเทศพบว่า หน่วยช่วยชีวิตขั้นสูง (advance life support) ที่กระทรวงสาธารณสุขกำลังเร่งพัฒนาอยู่นั้น ทำให้ต้องใช้งบประมาณดังกล่าวแต่ละหน่วยเป็นจำนวนมาก มีความคุ้มค่าน้อย และทำให้ปัจจุบันทำได้ครอบคลุมพื้นที่ได้เพียง ๗ จังหวัดทั่วประเทศเท่านั้น ทั้งที่น่าจะสามารถบริหารจัดการการเงินจำนวน ๑๐ บาทต่อหัว (รวมประมาณ ๔๖๐ ล้านบาท) ดังกล่าว ให้เกิดการพัฒนาระบบเวชบริการฉุกเฉินที่ประชาชนไทยทั่วประเทศสามารถเข้าถึงได้อย่างเท่าเทียมกัน โดยมีการศึกษาวิจัยสนับสนุนจากต่างประเทศ คือ ฤกษ์แห่งความสำเร็จของเวชบริการฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ ได้แก่ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างถูกวิธีและให้ได้รับการรักษาพยาบาลขั้นสุดท้าย (definitive treatment) โดยเร็วที่สุด ซึ่งจากการศึกษาแบบสุ่มตัวอย่างควบคุมแสดงให้เห็นชัดเจนว่า การให้การประคองชีพขั้นสูงไม่ได้ช่วยให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยดีไปกว่าการได้รับเพียงการประคองชีพขั้นพื้นฐาน ดังนั้นแนวทางปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บ อันเป็นที่ยอมรับการโดยทั่วไปในปัจจุบัน คือ พยายามขนส่งผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่มีขีดความสามารถเพียงพอในการรักษาพยาบาลขั้นสุดท้ายให้เร็วที่สุด และให้การรักษาประคับประคองในระหว่างทาง โดยไม่ต้องเสียเวลาในการให้การรักษาพยาบาล ณ ที่เกิดเหตุ ดังนั้น การพัฒนาจึงควรอยู่ที่การมีหน่วยช่วยเหลือขั้นต้น (first responder) มากกว่าการมีรถพยาบาล โดยเฉพาะรถพยาบาลช่วยชีวิตขั้นสูง

สำหรับผู้ป่วยที่หัวใจหยุดเต้น จากการศึกษาพบว่า ฤกษ์แห่งความสำเร็จที่สำคัญ คือการกู้ชีพโดยผู้พบเห็นเหตุการณ์เป็นส่วนใหญ่ มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ฉุกเฉิน เนื่องจากมักไปไม่ทันเวลา ดังนั้นหัวใจของการพัฒนาในด้านนี้จึงอยู่ที่การทำให้ประชาชนทั่วไปมีความรู้และทักษะในการกู้ชีพขั้นพื้นฐานเป็นสำคัญ

ส่วนในกรณีผู้ป่วยจากการได้รับพิษ ก็พบว่า การได้รับการรักษา ณ ที่เกิดเหตุ โดยได้รับคำแนะนำจากศูนย์ควบคุมพิษทางโทรศัพท์ สามารถลดอัตราการเสียชีวิตและการต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญ จากการแนะนำดังกล่าว บางครั้งผู้พบเห็นสามารถให้การรักษาผู้ป่วยได้โดยไม่ต้องอาศัยบุคลากรทางการแพทย์เลย ดังนั้นการพัฒนาจึงอยู่ที่การทำให้ประชาชนสามารถได้รับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญผ่านทางโทรศัพท์ คือการมีระบบควบคุมพิษเป็นสำคัญ

ทพญ.ปิยะนารถ จาติเกตุ

ในเรื่องการบริการทันตกรรม จากประสบการณ์และการศึกษาวิจัย ไม่เคยมีตัวอย่างของประเทศไหนเลยที่รวมการบริการทันตกรรมไว้ในชุดสิทธิประโยชน์ ดังนั้นการแยกการจัดสรรงบประมาณการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งรวมงานทันตกรรมที่ไม่ใช่เพื่อการรักษาเข้าไปด้วยนั้น น่าจะส่งผลต่อการดำเนินงานในด้านดี

ส่วนการแยกชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมในระบบประกันสังคม มีข้อเสียเรื่องความไม่เท่าเทียมในเรื่องความพร้อมบริการในเขตเมืองและชนบท ซึ่งควรต้องหาวิธีการในการแก้ไขและจัดระบบให้บริการที่เท่าเทียมกันต่อไป

ข้อคิดเห็นต่อการแยกงบประมาณที่จัดสรรกรณีส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

พญ.สุพิศรา ศรีวณิชชากร

ต้องมีการทบทวน และศึกษาให้ดีในเรื่องการแยกงบประมาณดำเนินการ เพราะจะต้องพิจารณาในเรื่องกระบวนการบริหารจัดการที่สอดคล้องกับงบประมาณทั้งหมดด้วย และเนื่องจากงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมีหลายแบบ งานส่งเสริมฯ บางส่วน จำเป็นต้องให้งบประมาณรวมกับงานรักษาพยาบาล ในขณะที่บางส่วน สามารถแยกงบประมาณได้ สิ่งจำเป็นคือต้องให้ความรู้พื้นฐานแก่ประชาชนและทำเป็น package ที่ชัดเจน จะก่อให้เกิดประโยชน์มากที่สุด อีกทั้งการแยกงบประมาณดำเนินการต้องคำนึงถึงผลกระทบที่อาจจะทำให้แยกคน แยกงาน หรือต่างคนต่างทำด้วยหรือไม่ งานส่งเสริมป้องกันมีหลายแบบ ต้องคิดให้ชัดเจนแต่ละแบบด้วย

รศ.ดร.เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์

การบริหารจัดการ จะทำเป็น package เดียวกันทั้งหมดไม่ได้ ต้องมีการศึกษาและพิจารณาในรายละเอียด และสร้างความชัดเจนระหว่างระบบที่จะให้บริการ personal health care กับ public health care

ข้อคิดเห็นต่อการจัดสรรงบประมาณในงานด้านจิตเวช ควรจะแยกหรือไม่ อย่างไร

นพ.ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์

เรื่องการจัดการการเงินเป็นเรื่องสำคัญ แต่สิ่งสำคัญสำหรับงานจิตเวชในขณะนี้คงไม่ใช่การแยกเรื่องงบประมาณ แต่เป็นการแยกว่าควรจะทำงานหรือให้บริการด้านจิตเวชที่วันในโรงพยาบาล ซึ่งในการพิจารณาต้องให้ความสำคัญกับเวลาที่เหมาะสมและสอดคล้องกับภาระงานของแต่ละโรงพยาบาลด้วย อีกทั้งต้องมีการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ให้สามารถวินิจฉัยโรคด้านจิตเวชเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการได้ เช่น กรณีโรคซึมเศร้า

หลังจากมีนโยบายจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การดำเนินงานด้านจิตเวชดีขึ้น เพราะทำให้โรงพยาบาลชุมชนตื่นตัวในการทำงานด้านนี้และเข้าถึงประชาชนได้มากขึ้น แต่มีจุดอ่อนเรื่องเงื่อนไขการดูแลรักษาตามเวลาที่กำหนดให้ 15 วัน เมื่อครบแล้วต้องส่งต่อการรักษา จึงได้มีข้อเสนอเรื่องเวลาที่เหมาะสมควรเป็น 30 วัน ซึ่งมี evidence based รองรับว่า การเลื่อนเวลาการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชที่ต้องได้รับการดูแลที่โรงพยาบาลจาก 15 วันเป็น 30 วันทำให้ประสิทธิภาพงานด้านจิตเวชดีขึ้น เพราะต้องมีการติดตามอาการผู้ป่วยหลังการให้ยา

ดังนั้น หากมีความจำเป็นเรื่องความเหมาะสมในการขยายเวลาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชนเป็น 30 วันแล้ว สิ่งจำเป็นที่ต้องดำเนินการหรือมาตรการเร่งด่วนที่ต้องพิจารณาคือ ควรให้โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งจัดหน่วยบริการด้านจิตเวชรองรับ

สิ่งสำคัญอีกประการที่ต้องพัฒนาสำหรับงานจิตเวชคือ การพัฒนาด้านการบริการทางการแพทย์ที่เป็นการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเวช และมีกลไกในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากครอบครัวและรักษาที่บ้านได้ในระยะยาวและรับยาที่ต่อเนื่องกับโรงพยาบาลใกล้บ้าน

สำหรับการแยกงบประมาณเพื่อดำเนินงานด้านจิตเวชนี้ ต้องพิจารณาให้ชัดเจน และสอดคล้องกับความเป็นจริง ซึ่งต้องอาศัยกระบวนการศึกษาวิจัยในการจัดระบบ เพราะจะมีผลกระทบต่อกระบวนการรักษา และการจ่ายยาของโรงพยาบาลระดับพื้นที่

จะมีวิธีการในการควบคุมการใช้ยาที่ไม่จำเป็นต้องใช้ได้อย่างไร เช่น กรณีให้ยา anti-biotic

รศ.ดร.เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์

ในบางประเทศมีการบริหารชุดสิทธิประโยชน์ทางด้านยา เช่น ในอังกฤษ สำหรับประเทศไทย มีหลักฐานชัดในเรื่องการจ่ายยาที่แตกต่างกันในรูปแบบประกันที่หลากหลายเนื่องจากมีบริบทที่ต่างกัน อีกทั้งมีระบบการควบคุมที่ยังไม่ดีพอกรณีเช่นนี้จึงมีความจำเป็นต้องออกแบบระบบบัญชียาเพื่อประกัน minimum list ไม่ให้ต่ำกว่านี้ โดยมีการกำหนดเงื่อนไขในการจ่ายยา และสร้างแรงจูงใจ ในการใช้ยาที่ถูกและใช้ยาจำนวนที่จำเป็น หรือไม่ให้มีการจ่ายยาโดยไม่คำนึงถึงคุณภาพยาและจัดระบบการควบคุมให้ดี

นโยบายการให้ประชาชนเลือกสถานพยาบาลได้โดยสมัครใจ จะมีผลต่อการทำงานแบบ holistic care และโรคเรื้อรัง หรือไม่ อย่างไร

รศ.ดร.เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์

การมีนโยบายดังกล่าว จำเป็นต้องสำรวจและศึกษาความต้องการในการเลือกสถานพยาบาล โดยปกติแล้วประชาชนควร会选择สถานพยาบาลใกล้บ้าน ซึ่งน่าจะสะดวกกว่า แต่ก็คงขึ้นอยู่กับว่าสถานพยาบาลใกล้บ้านนั้น น่าเชื่อถือและไว้วางใจเพียงไร

ในแง่การควบคุมค่าใช้จ่าย ควรมีการจัดระบบและแบ่งบทบาทสถานพยาบาลให้มีความชัดเจนในการดูแลที่เป็นลักษณะ personal health หรือ holistic health และสร้างระบบรองรับในเงื่อนไขทุกอย่างที่อาจจะเกิดขึ้น

พญ.สุพัทธา ศรีวณิชชากร

หลังจากมีนโยบายให้เลือกสถานพยาบาล และพบว่าประชาชนเลือกสถานพยาบาลที่ใกล้บ้านเท่าที่สำรวจจะเกิดในกรณีที่เป็นโรคเฉพาะหรือโรคเรื้อรัง ที่ต้องการการรักษาจากโรงพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ ซึ่งจะเลือกโรงพยาบาลมากกว่าศูนย์พยาบาลย่อย ทั้งนี้เพื่อเป็นหลักประกันในกรณีเมื่อเจ็บป่วยอย่างหนัก ดังนั้นจึงจำเป็นต้องเข้าใจความคิด ความต้องการของประชาชนให้ชัดเจน อย่างไรก็ตาม ประชาชนทั่วไปก็มักจะเลือกสถานพยาบาลที่ใกล้บ้าน

ทั้งหมดนี้ต้องแก้ปัญหาเรื่องโครงสร้างพื้นฐานสถานพยาบาลทั้งในเมืองและชนบทให้มีความแตกต่างกันมากนัก ต้องมีการปรับเปลี่ยนระบบการบริหารจัดการ ตั้งแต่ส่วนกลาง ซึ่งต้องให้อิสระสถานพยาบาลในพื้นที่บริหารจัดการเอง และในพื้นที่กัณฑ์ควรมี incentive เพื่อให้เกิดการกระจายตัวของบุคลากร และการบริหารจัดการควรพิจารณาให้ประชาชนเป็นที่ตั้งไม่ใช่ใช้งบประมาณเป็นตัวตั้ง

นพ.ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์

นโยบายการให้เลือกสถานพยาบาลเป็นการเน้นที่ demand side นับว่าเป็นสิ่งที่ดี แต่ควรมีตัวชี้วัด ที่สำคัญคือ ความสะดวกของคนใช้ในการเข้ารับบริการ แต่ในขณะเดียวกันด้าน supply side ต้องให้บริการที่ดี สถานพยาบาลต้องมีความชัดเจนในระดับและบทบาท และส่งต่อระบบเทคโนโลยีกับฐานข้อมูลระหว่างกันอีกทั้งควรมี Hospital Accreditation เป็นกลไกในการส่งเสริมการเลือกสถานพยาบาล และไม่ควรยกเลิกระบบ Catchment Area

นพ.สุรจิต สุนทรธรรม

การเลือกสถานพยาบาลของประชาชน ไม่น่าจะมีผลต่อการดูแลแบบ holistic care หากมีการวางยุทธศาสตร์การพัฒนา holistic care โดยให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างระบบ และจัดระบบเอง ซึ่งปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลจะเป็นศูนย์กลางจัดระบบ

หลังจากมีระบบการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้การรักษากับผู้รับการรักษาหรือไม่ ประชาชนพอใจมากน้อยเพียงไร และมีการฟ้องร้องกันมากขึ้นหรือไม่

รศ.ดร.เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์

ขณะนี้ประชาชนเข้าใจเรื่องสิทธิมากขึ้น และมีมุมมองเปลี่ยนไปในเรื่องการรับการรักษา เพราะประชาชน เรียกร้องและปกป้องตนเองมากขึ้น แต่เมื่อเปรียบเทียบการฟ้องร้องของประชาชนถือว่ายัง



ระบบย่อยในระบบใหญ่ ฝันให้ไกล...ไปให้ถึง ... ?



ระบบย่อยในระบบใหญ่...ฝันให้ไกล...ไปให้ถึง

- | | | |
|-----------------|-------------------|---|
| บพ.ชูชัย | ศรช่าบี | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| บพ.เกรียงศักดิ์ | วัชรบุญกุลเกียรติ | โรงพยาบาลภูกระดึง จังหวัดเลย |
| บพ.เกรียงศักดิ์ | เอกพงษ์ | โรงพยาบาลศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู |
| ดร.วีโรจน์ | ณ ระนอง | สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย |
| บพ.อนุวัฒน์ | ศุกสุติกุล | สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล |
| บพ.พงษ์มีสุทธิ์ | จงอุดมสุข | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ผู้ดำเนินการอภิปราย |

ระบบย่อยในระบบใหญ่...ฟันให้ไกล...ไปให้ถึง

กองสนับสนุนหรือกองหลังของระบบหลักประกันสุขภาพ ได้แก่ ระบบการลงทุน ระบบกำลังคน การจัดสรรงบประมาณในพื้นที่ ระบบการประกันคุณภาพ และการติดตามกำกับประเมินผล เป็นสิ่งจำเป็นที่ขาดไม่ได้ในการสร้างหลักประกันสุขภาพของประเทศให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล อย่างยั่งยืน ในปัจจุบันระบบเหล่านี้กำลังถูกพัฒนาตามแนวคิดของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เน้น ในเกิดการกระจายทรัพยากรตามความจำเป็นของประชาชนในแต่ละพื้นที่ โดยมีมาตรการที่เน้นคุณภาพ และท่ามกลางความท้าทายด้วยข้อจำกัดต่างๆ อาทิ งบประมาณ ความพร้อมของบุคลากร และองค์ความรู้ การนำเสนอในที่นี้ได้รวบรวมข้อคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านระบบต่าง ๆ ในการประมวล ปัญหาที่เกิดขึ้นกับกลไกเชิงระบบในระยะเปลี่ยนผ่านและสรรหาแนวทางการแก้ไขในอนาคต

นพ.ชูชัย ศรชำนิ

ทัศนะมุมมอง : การบริหารการลงทุน

ปี 2545 มีการออกพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ และมีการออกแบบโครงสร้างการบริการ ที่เป็นหน่วยสนับสนุนเรียกว่าปฐมภูมิ ให้เป็นด่านสกัดกั้นและบริการทั้งด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ และบริการวิชาการในพื้นที่ของชุมชน และในขณะเดียวกันก็มีการพัฒนาระบบของโรงพยาบาลในระดับทุติยภูมิมาโดยตลอด ในส่วนของการขยายตัวเรื่องของการบริการปฐมภูมิ และการพัฒนาของโรงพยาบาลชุมชนในปัจจุบัน ถือเป็นโอกาสอันดีของการบริการปฐมภูมิจะได้เข้มแข็งขึ้น ถึงแม้ว่าจะมีปัญหาในเรื่องการกระจายของทรัพยากรแต่หากการดำเนินงานมีผลสำเร็จจะช่วยลดจำนวนผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลได้และจะทำให้โรงพยาบาลขนาดใหญ่มีเวลาที่จะให้ความสนใจกับเรื่องวิชาการ และพัฒนาเทคโนโลยีอื่น ๆ รวมทั้งการพัฒนาแพทย์เฉพาะทางด้วย

ในด้านการลงทุนเพื่อการบริหารจัดการระบบ ได้มีการพัฒนาระบบเทคโนโลยีของประเทศ โดยเอาประชากรเป็นตัวตั้งและจัดสรรงบประมาณดำเนินการเป็นงบรายหัวประชากร ซึ่งผลการบริหารน่าจะดี แต่เนื่องจากมีความสลับซับซ้อนของตัวระบบ ดังนั้นการดำเนินงานระหว่างปี 2545-

2546 พบผลจากการบริหารการลงทุนมีผลอยู่ 2 ลักษณะคือ ลักษณะที่หนึ่ง พบว่าการบริหารค่าดำเนินการ ค่าบุคลากรต่างๆ จะมีลักษณะคล้ายรูปประฆัง คือจะมีสภาพคล่องเกินส่วนหนึ่ง แล้วมีส่วนหนึ่งมีสภาพคล่องขาด เมื่อดำเนินการไปอย่างนี้ทำให้การทรัพยากรครั้งใหญ่ในช่วงปีที่ผ่านมามีไปในพื้นที่มากขึ้น ลักษณะที่สอง พบว่าในกลุ่มคนยิ่งจน ยิ่งไม่ถึงการบริการ ถึงแม้ว่าจะมีเป้าหมายการดำเนินงานคือ การขยายความครอบคลุมไปยังผู้ที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ ซึ่งรูปแบบนี้เป็นรูปแบบที่ง่ายที่สุดที่จะทำได้ ดีที่สุดของประกันสุขภาพ แต่ในความเป็นจริงที่มีข้อจำกัดของเวลา จึงอาจจะไปไม่ถึงเป้าหมาย สิ่งที่ทำได้คือ ให้มีการเชื่อมโยงหรือเป็นพันธมิตรกันระหว่างระบบประกันต่าง ๆ ก็คือระบบประกันสังคม สวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการ และระบบประกันสุขภาพอื่น ๆ ก็ น่าจะสามารถให้เกิดความครอบคลุมของการประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้

การบริหารงบลงทุน ในปี 2545 โดยประมาณ 10 % ของรายหัว ประกอบด้วยค่ารักษาพยาบาลประมาณ 90 บาทต่อหัวประชากร ซึ่งได้ถูกตีความว่าการบริการสาธารณสุขด้วยงบลงทุน จากฐานตัวเลขของการวางแผนของภาครัฐเกือบสองหมื่นล้านบาท เหลือเพียงแค่เก้าพันล้านบาท อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติในการคิดงบประมาณ ได้คิดจากความต้องการคือ ความเปลี่ยนแปลงทางด้านโรคของประชากร และให้ความสำคัญในการลงทุน 3 เรื่องหลัก ๆ คือ เรื่องที่หนึ่งเป็นเรื่องของการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ เรื่องที่สองคือเรื่องการศึกษาวิจัย เรื่องที่สามเป็นเรื่องเทคโนโลยีและการพัฒนาคน ซึ่งทั้ง 3 เรื่องนี้ต้องมีการลงทุนประมาณสี่พันถึงหนึ่งหมื่นล้านบาท นั้นแสดงว่าหากงบประมาณเป็นเช่นขณะนี้แสดงว่าประเทศไทยมีการลงทุนที่ไม่เหมาะสม

สิ่งที่อยากจะเห็นในอนาคตคือ การลงทุนเรื่องคนและเรื่องเทคโนโลยี โดยในเรื่องของคนที่เหมาะสมในอนาคตนั้นควรมี 1 ตำบล 1 พยาบาล หรือถ้าจะเป็นไปได้ 1 อบต. 1 หมอ และต้องเป็นหมอเพื่อชุมชน ส่วนเรื่องการลงทุนด้านเทคโนโลยี ต้องจำแนกการลงทุนระหว่าง Primary care และ Secondary care ในขณะเดียวกันต้องพิจารณาควบคู่ไปกับการพัฒนาองค์ความรู้ที่สอดคล้องกับเทคโนโลยีและความก้าวหน้าทางด้านวิชาแพทยด้วยดังนั้นสิ่งที่พึงกระทำคือควรมีการพัฒนาแผนแม่บทกำหนดปรัชญาประกันสุขภาพถ้วนหน้าของคนไทยทุกคนและช่วยกันคิดพิจารณาทั้งในเรื่องของนโยบายการบริหารที่เหมาะสม และจะมีกลไกอย่างไรในการรวมคน รวมเทคโนโลยีมากกว่าความรู้สึกของการแข่งขัน ดังนั้นโดยสรุป ฝันยังไปถึงได้ แต่ว่าต้องร่วมกันทุกด้าน

นพ.เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ

ทัศนะมุมมอง : การบริหารทรัพยากรมนุษย์

ภายใต้นโยบายการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ผ่านมา ส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานคือ

1. จากเดิมที่มีระบบประกันสุขภาพที่หลากหลายระบบ จึงส่งผลต่อการมีมาตรฐานการบริการที่แตกต่างกันเกิดการแบ่งระดับผู้รับบริการ ทั้งนี้ อาจกล่าวได้ว่าระบบเดิมส่งผลให้เกิดปรากฏการณ์ที่ทำให้ผู้ให้บริการเลือกปฏิบัติต่อผู้รับบริการโดยไม่รู้ตัว ก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรม และความไม่ไว้วางใจในความรู้สึกของผู้รับบริการ

2. นับตั้งแต่มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงเริ่มมีปรับเปลี่ยนการกระจายทรัพยากรจากเดิม ที่มุ่งกระจายตามขนาดของสถานพยาบาล ทั้งในเรื่องบุคลากร อุปกรณ์ และงบประมาณ ซึ่งไม่สอดคล้อง กับความเป็นจริงของภาระงานและจำนวนประชากรในพื้นที่ สถานการณ์ที่ปรับเปลี่ยนคือ เริ่มมีการจัดสรรทรัพยากรและจัดสรรงบประมาณตามรายหัวประชากร จึงก่อให้เกิดการกระจายบุคลากรและงบประมาณลงในพื้นที่ระดับสถานีอนามัยมากขึ้น อย่างไรก็ตาม เนื่องจากความไม่นิ่งในการจัดสรรงบประมาณและความไม่นิ่งในการบริหารจัดการของกระทรวงสาธารณสุข จึงก่อให้เกิดความสับสนกับผู้บริหารงาน จนหน่วยบริการไม่สามารถวางแผนการจัดการระยะยาวได้ และผู้บริหารในกระทรวงสาธารณสุขต่อต้านการปฏิรูป ขณะนี้จึงเริ่มมีการดึงบุคลากรที่กระจายออกไปกลับเข้าสู่สถานพยาบาลขนาดใหญ่อีกครั้ง เนื่องจากขาดงบประมาณในการดำเนินงาน
3. คุณภาพบริการในอดีตไม่สอดคล้องและไม่ทันกับกระแสความต้องการของประชาชนทำให้มีอัตราการร้องเรียนจากผู้รับบริการเพิ่มขึ้น 2 เท่าระหว่างปีพ.ศ. 2539-2541 เทียบกับปี 2542 (ก่อนมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) จากปัญหาความไม่เสมอภาค ความไม่มีประสิทธิภาพ และการเข้าถึงบริการของประชาชน

อาจกล่าวได้ว่า การดำเนินงานจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่พึงประสงค์ในเชิงระบบมีความจำเป็นที่จะต้องก่อให้เกิดความเป็นธรรมต่อกลุ่มบุคคล 3 กลุ่มคือ (1) ประชาชน ซึ่งไม่ว่าจะอยู่ในภูมิภาคใด ฐานะใดต้องได้รับความเป็นธรรมในด้านต่าง ๆ เช่น คุณภาพและการเข้าถึงบริการอย่างเสมอภาคและความต่อเนื่อง และสามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจประเด็นต่าง ๆ (2) ผู้ให้บริการ จะต้องได้รับความเป็นธรรมในการได้รับสนับสนุนทรัพยากรทั้งในเรื่องงบประมาณ บุคลากร อย่างเสมอภาคในแต่ละพื้นที่เพื่อที่จะดำเนินการให้บริการได้อย่างมีคุณภาพจนเป็นที่ยอมรับของผู้รับบริการ อีกทั้งควรมีความเป็นอิสระในการบริหารจัดการที่เหมาะสม (3) รัฐบาลในฐานะผู้กำหนดนโยบาย ควรจะต้องได้รับความเป็นธรรมในเรื่องของประสิทธิภาพในการใช้จ่ายเงิน

ซึ่งการดำเนินงานไปสู่สิ่งที่พึงประสงค์นี้ จำเป็นต้องอาศัยกลไกและยุทธศาสตร์ในการปรับเปลี่ยนทั้งในเรื่องของการปฏิรูปการบริหารจัดการ การใช้องค์ความรู้ทางการศึกษาวิจัยเพื่อการปรับเปลี่ยน และการสร้างการมีส่วนร่วมเพื่อความยั่งยืนของการดำเนินงานต่อไป

นพ.เกรียงศักดิ์ เอกพงษ์

ทัศนะมุมมอง : การบริหารระบบบริการภาครัฐระดับพื้นที่

จากการดำเนินงานตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะเห็นว่านโยบาย ปี 2545 มีความแตกต่างจากนโยบายปี 2546 อย่างชัดเจน เพราะนโยบายปี 2545 ทำให้มองเห็นภาพฝัน ฝันให้ไกลแล้วไปให้ถึง ในเรื่องต้องเกิดความเสมอภาค ประชาชนต้องเข้าถึงบริการ และการให้บริการต้องมีคุณภาพ ซึ่งจากนโยบายดังกล่าว ทำให้การดำเนินงานในพื้นที่ขณะนั้น มุ่งเป้าไปที่การดำเนินงานระดับปฐมภูมิ (Primary Care Unit, PCU) โดยได้รับการหนุนรับการจัดการจากส่วนกลาง ทั้งในเรื่องของการจัดสรรงบประมาณและแนวคิดการดำเนินงานที่สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก (World

Health Organization, WHO) ที่ให้ยึดพื้นที่เป็นหลัก แต่เมื่อถึงปี 2546 ปรากฏว่านโยบายเปลี่ยนไป ไม่ใช่เน้นนโยบายสุขภาพ เป็นการดำเนินงานตามที่ส่วนกลางกำหนด แต่ขาดการหนุนรับในเรื่องต่าง ๆ เช่น เรื่องการออกกำลังกาย และเรื่อง Healthy City ที่กำหนดให้เฉพาะแนวคิดที่อยากจะให้พื้นที่ดำเนินการ โดยไม่สนใจกระบวนการ ปัญหาอุปสรรค หรือความเพียงพอของ input ที่จะตอบสนองให้เกิดผลผลิตที่มีคุณภาพ

การเปลี่ยนแปลงระบบที่ฟังประสงค์นั้น ควรปรับเปลี่ยนระบบที่เดิมมองแค่สุขภาพดำเนินการตามคำสั่ง ให้เป็นองค์กรรุ่นใหม่ที่สามารถคิดได้ด้วยตัวเอง โดยมีเป้าหมายหลักร่วมกันกับองค์กรสนับสนุนคือสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) หรือกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจะเป็นผู้จัดการกระบวนการต่าง ๆ อาทิ การจัดสรรงบประมาณ และกฎเกณฑ์ที่จะเอื้อต่อการดำเนินงาน ในขณะนี้ ดูเหมือนว่าจะมีการออกแบบระบบให้เป็นลักษณะมีผู้ให้บริการ (Provider) กับผู้ซื้อบริการ (Purchaser) ทำให้โรงพยาบาลหลายแห่งเริ่มตระหนักถึงการปรับปรุงบริการให้ดีขึ้น แต่เมื่อเวลาผ่านไป กลับพบว่าระบบที่ต้องการปรับเปลี่ยนไปไม่ถึงเป้าหมาย เนื่องจากไม่ได้มีการวางแผนการปรับองค์กรให้สอดคล้องกับการเป็น provider และการมี Purchaser จึงเกิดลักษณะของการบังคับซื้อ และบังคับขายเกิดขึ้น เพราะฉะนั้น ณ วันนี้เป็นฝันที่ต้องการไปไกลแต่ยังไม่ถึงไหน

หากจะดำเนินการให้ความฝันเป็นจริง จำเป็นต้องเปลี่ยนความคิด และเตรียมการปรับองค์กรที่จะเป็น provider และ Purchaser โดยองค์กรที่จะเป็น provider ต้องมีการจัดองค์กรให้เป็นเอกภาพ (Unity) เช่น ถ้าจะจัดองค์กรระดับอำเภอให้เป็นผู้บริการ command of unity ต้องเป็นหนึ่งเดียว แต่ถ้าจัดองค์กรระดับจังหวัด จังหวัดก็ต้องเป็นหนึ่งเดียว และควรจัดสายการบังคับบัญชาให้เป็นหนึ่งเดียวเช่นกัน เพื่อประสิทธิภาพของการบริหารจัดการทุกด้าน

ในประเด็นกระบวนการจัดสรรเงินปีที่ผ่านมานี้ มีบางท่านรู้สึกที่กับการจัดการของผู้ดำเนินการโรงพยาบาลภาครัฐเหลือเกิน ว่าทำได้อย่างไรโดยไม่รู้ว่าจะมาเมื่อไหร่ ไม่รู้จะมาเท่าไร ซึ่ง ณ ปัจจุบันนี้ก็เป็นอย่างนั้นอยู่ ซึ่งสิ่งที่ท่านทำนั้น เป็นเพราะท่านคิดแบบนักวิชาการ คิดแบบ Result-based คือ ต้องการผลงานเป็นหลัก ซึ่งถ้าเป็นอย่างนั้น ไม่มีใครจัดการได้แน่นอน ในความเป็นจริงสิ่งที่เกิดขึ้นนี้ ส่งผลต่อการปรับตัวของโรงพยาบาลภาครัฐที่ทำให้เกิดการบริหารเม็ดเงินไม่ได้บริหารเม็ดเงินมีเท่าไรก็ใช้เท่านั้น ทำให้ล้มเรื่องสิทธิ และเกิดการตัดบริการที่ไม่จำเป็น ทั้งนี้ อาจกล่าวได้ว่าการบริหารเรื่องเงินปัจจุบัน ส่งผลกระทบต่อเรื่องสมองไหลอย่างมาก โดยเฉพาะในกลุ่มแพทย์ เนื่องจากการจำกัดของงบประมาณทั้งในส่วนของงบลงทุน และงบการให้บริการ จึงทำให้มีการจำกัดสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ไปด้วย เพราะฉะนั้น สิ่งจำเป็นเร่งด่วนที่ควรบริหารจัดการคือ จัดการเรื่องงบประมาณให้มีความนิ่งให้มากที่สุด จะมีผลต่อการดำเนินงานที่จะสร้างฝันให้เป็นจริงได้ นั่นคือความเสมอภาคของการบริการที่มีคุณภาพ และมีบริการที่ใกล้บ้านใกล้ใจ

สุดท้ายที่น่าสนใจ คือเรื่องการกระจายบุคลากร ซึ่งควรจะมีการพิจารณาการโยกย้ายตามพื้นที่ หรือ GIS ซึ่งจะช่วยให้การจัดการเรื่องการกระจายบุคลากรเป็นไปด้วยดี หากมีการกำหนดกติกาที่ชัดเจน และให้องค์กรในพื้นที่มีส่วนร่วมในการสนับสนุนสร้างแรงจูงใจให้กับบุคลากร จะช่วยลดปัญหาการขาดแคลนบุคลากรในระยะยาวต่อไปได้ อย่างไรก็ตามก็ดี โดยเฉพาะเรื่องแพทย์ ควรมีการศึกษาวิจัยถึง

ปัจจัยที่ทำให้แพทย์อยู่ในพื้นที่ได้นาน ซึ่งอาจจะมีตัวแปรบางอย่างมากกว่านี้ และนำสู่ข้อเสนอกลไกการเพิ่มจำนวนแพทย์ในอนาคตที่น่าสนใจ

ดร.วิโรจน์ ญ ระนอง

ทัศนคติมุมมอง : กลไกการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จากการติดตามการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ผ่านมา เราพบว่าปัญหาการขาดแคลนทรัพยากรกลายเป็นปัญหาใหญ่ปัญหาหนึ่ง ซึ่งปัญหาการขาดแคลนไม่ได้มีเฉพาะเรื่องเงินและบุคลากรที่ให้บริการเท่านั้น แต่เป็นปัญหาที่มีอยู่ในแทบทุกระดับ ตั้งแต่เริ่มคิดระบบ ก็จะมีขาดแคลนในเรื่องของคนคิดระบบ ซึ่งคนคิดระบบ คนผลักดันและดำเนินการ รวมไปถึงการติดตามประเมินผลด้วยส่วนใหญ่เป็นนักวิชาการซึ่งเคยอยู่หรือยังอยู่ในกระทรวงสาธารณสุขและเป็นที่รู้จักกันดี เพราะมีจำนวนไม่มากนัก และนอกจากจะมีจำนวนจำกัดแล้ว บางครั้งก็มีมุมมองที่ไม่หลากหลายนักด้วย ซึ่งส่วนหนึ่งอาจเป็นผลมาจากวิธีการส่งคนไปเรียนต่อของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งค่อนข้างกระจุกตัว เพราะอาศัย connection ที่มีอยู่กับอาจารย์ไม่กี่คนในไม่กี่มหาวิทยาลัยในยุโรป

ถ้าถามว่าในการดำเนินโครงการ 30 บาทที่ผ่านมา นั้น กลไกการติดตามประเมินผลทั้งภายในและภายนอก และข้อมูลที่มาที่ไประบบรายงานต่างๆ และข้อเสนอแนะต่างๆ ที่ถูก feed back เข้ามา ถูกนำมาใช้ในการตัดสินใจมากน้อยแค่ไหน ก็จะได้เห็นว่าตั้งแต่ปี 2545 มาจนถึงปัจจุบัน กระบวนการของระบบข้อมูลและระบบรายงานไม่มีเปลี่ยนไปจากเดิมมากนัก เนื่องจากบางครั้งข้อมูลทั้งของหน่วยงานเองกับของคณะผู้วิจัยคณะต่างๆ ไม่ได้ถูกนำออกเผยแพร่ในวงกว้าง และไม่มีระบบการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่ดีพอระหว่างผู้กำหนดนโยบาย (รัฐบาล) กับองค์กรด้านกรวิจัย ซึ่งจากประสบการณ์การเป็นนักวิจัย และได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนกับผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขหลายท่าน พบว่าผู้บริหารได้รับข้อมูลมาตลอดและมีกลไกที่ทำหน้าที่ process ข้อมูลเหล่านี้ และให้ความร่วมมือกับนักวิจัยในด้านข้อมูลค่อนข้างดี แต่ในที่สุดแล้ว ดูเหมือนว่าการตัดสินใจต่างๆ นั้น เป็นการตัดสินใจของตัวบุคคลหรือของผู้บริหารที่อิงความเชื่อส่วนตัวเป็นส่วนใหญ่

อย่างไรก็ดี ปัจจัยที่เสริมที่ทำให้การตัดสินใจต่างๆ มักจะไม่ขึ้นกับข้อมูลหรือผลการศึกษาที่ feed back เข้ามา ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะ

1. ความไม่เชื่อถือหรือไม่เห็นด้วยกับผลของการติดตามประเมินผล ซึ่งคงต้องยอมรับว่าวิธีการศึกษาและการแปลผลของบางรายงานยังมีประเด็นที่ถกเถียงกันได้อีกมาก (ซึ่งในบางกรณีก็เกิดขึ้นตั้งแต่การออกแบบและกำหนดกติกาของระบบเสียด้วยซ้ำไป เช่น วิธีการคำนวณงบประมาณจ่ายรายหัว ซึ่งมี systematic inconsistency ที่ทำให้งบที่คำนวณได้ต่ำเกินไป)
2. การที่ผู้บริหารไม่ได้ฟังข้อมูลในการตัดสินใจมากนัก ทำให้งานวิจัยหรือหน่วยงานที่ทำหน้าที่วิจัยในหลายองค์กรไม่ได้รับความสนใจหรือการสนับสนุนเท่าที่ควร
3. ขณะนี้จำนวนนักวิจัยมีน้อย และในบางกรณีไม่ค่อยได้รับการส่งเสริมหรือขาดแรงจูงใจด้วย (โดยเฉพาะนักวิจัยที่เป็นแพทย์) จึงทำให้คำตอบของงานวิจัยในบางเรื่องขาดความคมชัดและขาดความน่าสนใจ

ในส่วนของปัญหาเรื่องความขาดแคลนและการกระจายกำลังคนนั้น เราจะเห็นได้ว่าปัญหานี้เชื่อมโยงกับปัจจัยหลายประการ ตั้งแต่เรื่องการจัดสรรงบประมาณ เรื่องรายได้ของแพทย์ เรื่องปริมาณการผลิตและการควบคุมภาพของแพทย์สภาและราชวิทยาลัย ไปจนถึงนโยบายขยายบริการทางการแพทย์กับชาวต่างชาติในขณะที่ยังคงกีดกันการเข้ามาของแพทย์ต่างชาติถ้ารัฐบาลยังคงตั้งงบประมาณจำกัดจำเขี่ยให้โครงการ 30 บาท และไม่สนใจแก้ปัญหารายได้แพทย์โดยถือว่าแพทย์สามารถไปหาหารายได้นอกเวลาราชการเอาเอง การกระจายตัวของแพทย์ก็จะขึ้นกับกำลังซื้อของภาคเอกชนเป็นหลัก เมื่อรวมเข้ากับกำลังซื้อจากต่างประเทศด้วยแล้ว ก็คงจะทำนายได้ไม่ยากว่า ถึงแม้จะมีการผลิตแพทย์เพิ่มในอีก 10 ปีข้างหน้า ภาพของการกระจายแพทย์ก็จะไม่แตกต่างจากที่เป็นอยู่ทุกวันนี้มากนัก

หัวข้อหนึ่งที่ถูกตั้งในการสัมมนาครั้งนี้คือเรื่องเงิน ที่ผู้จัดจั่วหัวคำถามเอาไว้ว่า “เงินทองเป็นของนอกกายจริงหรือ” ผมเดาเอาว่าผู้ที่เกี่ยวข้องอาจจะพยายามตั้งธงนำอะไรบางอย่าง ด้วยความเชื่อว่าสุขภาพที่ดีไม่จำเป็นต้องใช้เงินมาก ซึ่งตรงนี้ก็เห็นด้วย แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าสุขภาพที่ดีไม่จำเป็นต้องใช้เงิน จริงอยู่วิธีการใช้เงินมีอยู่หลายแบบ และบางท่านบอกว่าเราสามารถทำงานเท่าเดิมโดยใช้เงินน้อยลง ซึ่งก็คงทำได้บ้างในบางกรณี แต่ในภาพรวมแล้วอาจจะทำได้ไม่มากนัก เพราะฉะนั้นประเด็นเรื่องเงินและรายได้ของบุคลากรจึงเป็นเรื่องที่ไม่ควรละเลยหรือซุกปัญหาเหล่านี้เอาไว้ได้พรมจนในที่สุดแล้วกลายมาเป็นอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถทำสิ่งๆ ที่วาดฝันเอาไว้ได้

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชติกุล

ทัศนะมุมมอง : การประกันสุขภาพ

จากการได้มีโอกาสดำเนินงานพัฒนาเรื่องคุณภาพกับโรงพยาบาลต่าง ๆ มักจะมีคนถามมากมายว่า เมื่อมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้นมาแล้ว จะทำให้คุณภาพดีขึ้นหรือแย่ลง ซึ่งผมก็ตอบไม่ได้ เพราะมีทั้งปัจจัยที่ขับเคลื่อนไปในทิศทางที่ดีขึ้น และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนา นั่นคือการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและการมุ่งเน้น Result-based ที่พยายามวัดผลงานออกมาเป็นตัวเลขนานมากเกินไป สิ่งเหล่านี้ทำให้มิติด้านจิตวิญญาณของระบบราชการที่มี Public service mind ซึ่งเป็นความรู้สึกถึงการเสียสละหรืออยากทำเพื่อสาธารณะถูกลดทอนและละเลยไปเรื่อย ๆ ขณะนี้บุคคลทั้งภายในและภายนอกภาครัฐต่างไม่เห็นคุณค่า และเริ่มขาดความเข้าใจว่าทำไมต้องมีบริการของรัฐ ถึงขั้นดูหมิ่นว่าภาครัฐไม่ต้องมีก็ได้ ทุกอย่างให้เอกชนซึ่งบริการได้ถูกกว่าเป็นผู้ดำเนินการแทน ซึ่งตรงนั้นถือว่าเป็นการละเลยเรื่องจิตวิญญาณ ซึ่งน่าเป็นห่วงอย่างยิ่ง เพราะเมื่อสูญเสียไปแล้วจะไม่สามารถเรียกกลับคืนมาได้

เรื่องคุณภาพบริการ มีความเกี่ยวข้องกับเรื่องทรัพยากร ภาระงาน และขวัญกำลังใจของคนทำงานอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ในเรื่องทรัพยากรนั้น ควรทบทวนปรัชญาของการประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อให้สอดคล้องกับความเป็นจริงในสถานการณ์ที่ทรัพยากรจำกัดความพยายามที่จะให้บริการครอบคลุมสิทธิประโยชน์ทุกอย่างแก่คนทุกคน โดยไม่มีข้อยกเว้นเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ และอาจจะบั่นทอนศักยภาพของระบบบริการสุขภาพโดยรวม จึงควรกลับมาทบทวนว่าด้วยเงินที่จำกัดนั้นจะมีทางเลือกอะไรได้บ้าง ระบบ

saving จะใช้ได้หรือไม่ อย่างไร วิธีการจ่ายเงินควรเป็นอย่างไร หลักความเท่าเทียมกันควรนำมาใช้อย่างไร จะใช้ประโยชน์จากความยินดีที่จะจ่ายเงินของประชาชนอย่างไร

ความพอใจที่จะจ่ายเงินของประชาชน ทำให้ภาคเอกชนเติบโตขึ้น มีการตั้งทรัพยากรบุคคลออกไปจากภาครัฐอย่างต่อเนื่อง ทำอย่างไรให้ระบบบริการของภาครัฐยังคงอยู่ได้ จะด้วยการสร้างระบบแรงจูงใจให้บุคลากรอยู่ในระบบให้นานที่สุด หรือเป็นการใช้บุคลากรร่วมกัน นอกจากนี้ในเรื่องความเพียงพอของบุคลากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับ PCU ควรพิจารณาความรู้และทักษะที่จำเป็นในการให้บริการ Primary care ซึ่งอาจจะไม่ใช่แพทย์ ถ้ามุ่งแต่จะให้ได้อัตราแพทย์ต่อประชากรที่กำหนดไว้จะแก้ปัญหาไม่ได้ในเร็ววัน

ในเรื่องการจัดสรรงบประมาณนั้น ต้องกล้าที่จะบอกกับรัฐบาลว่าเงินไม่พอ หากไม่แล้วจะทะเลาะกันเองไม่เลิก ระบบการจัดสรรงบประมาณสำหรับ Primary care, Secondary care และ Tertiary care ควรพิจารณาแยกออกจากกัน โดยดูจากหน้าที่ที่จัดตั้งหน่วยบริการระดับนั้นขึ้นมา พิจารณา fixed cost ที่จำเป็นต่อมืออย่างเหมาะสม เพื่อคนทำงานจะได้หมดกังวล มีกำลังใจที่จะพัฒนาคุณภาพของระบบบริการให้ดีขึ้น

ประเด็นแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นจากผู้ร่วมเวทีวิชาการ

การดำเนินงานในช่วงปี 2546 ยังมีปัญหาในเรื่องการบริหารงบประมาณที่ดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุขและการเกิด สปสช. ยังไม่ชัดเจนในเรื่องระบบบริหารการจัดการ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ไม่ใช่เรื่องผิดหรือถูก แต่เป็นเรื่องที่ต้องทำให้เกิดความสมดุล ซึ่งต้องการการสนับสนุนในเรื่องของข้อมูลและการรวมองค์ความรู้ที่ไว้วางใจกับสถานการณ์ เพราะฉะนั้นเรื่องของการปรับองค์กรให้มีความเท่าเทียมและเป็นธรรมนั้นอาจไม่ใช่เรื่องเดียวกัน

สิ่งสำคัญคือถ้าระบบใหญ่คิดและวางแผนระดับชาติแล้ว ต้องให้ความชัดเจนและให้อำนาจกับระบบย่อยระดับปฏิบัติการ เพื่อวางระบบของตนเองตามศักยภาพที่มีอยู่ด้วย

เนื่องจากระบบย่อยในระบบใหญ่ด้านการเงินและการบริหารประเทศ ยังมีโครงสร้างระบบเดิมที่เป็นปัญหาและจะมีเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ดังนั้นก่อนจะก้าวไปข้างหน้าต้องหยุดปัญหาเดิมก่อน หยุดการทะเลาะและสร้างความสามัคคีให้ได้ อย่างไรก็ตาม การที่ระบบใหญ่ (สปสช.) จะให้ระบบย่อยทำงานได้นั้น ต้องพิจารณาในสิ่งต่อไปนี้คือ (1) ระดับศักยภาพและความรับผิดชอบของระบบย่อย (2) พิจารณากลไก กลวิธีในการสนับสนุนทรัพยากรอย่างเหมาะสม (3) สรรหาผู้จัดการระบบย่อยที่มีศักยภาพในการระดมทรัพยากร ซึ่งอาจมาจากกองทุนหรือชุมชน

ปัญหาในการบริหารจัดการไม่หนึ่ง ไม่ได้เกิดเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข สปสช. หรือส่วนราชการอื่น ๆ แต่รวมไปถึงโรงเรียนแพทย์ด้วย ซึ่งก็บริหารเม็ดเงินโดยไม่รู้ตัวเงินที่แท้จริง ขณะนี้โรงเรียนแพทย์เริ่มเข้ามาเกี่ยวข้องกับระบบสาธารณสุขมากขึ้นแต่ยังขาดระบบที่ดีในการดูแลคนไข้คือระบบส่งต่อซึ่งรวมถึงระบบส่งกลับเพื่อให้คนไข้กลับไปดูแลด้วยเอง รวมถึงระบบการแบ่งค่าใช้จ่ายอย่างอื่นโดยความเป็นธรรม จึงเสนอว่าควรจะมีการพัฒนาระบบส่งต่อและระบบค่าใช้จ่ายที่ดีขึ้น โดยเป็นการระดมร่วมกันทั้งภาครัฐและเอกชน

สิ่งที่พบในการดำเนินงานระดับพื้นที่ที่มีปัญหาทั้งเชิงระบบและงบประมาณที่ไม่หนึ่ง รวมทั้งขาดเอกภาพการทำงานในระดับพื้นที่ สิ่งที่ต้องการคือการจัดการแบบรวมทีมเพื่อให้มีความเข้มแข็งในพื้นที่และความชัดเจนในบทบาทของตนเอง ซึ่งขณะนี้คนในพื้นที่ยังไม่รู้ว่าบทบาทเป็นใครระหว่างผู้ซื้อหรือผู้ขายบริการสุขภาพ

ในส่วนของกำลังคน หากจะใช้เวลาอันสั้น ควรจะมีแผนการยกระดับของวิชาชีพ เช่น ให้อาชีพอื่น ๆ สามารถศึกษาต่อในระยะเวลาอันสั้น และยกระดับเป็นแพทย์ได้เช่นแพทย์ในฟิลิปปินส์ แต่สิ่งสำคัญที่พึงระวังคือ (1) ต้องจัดการให้ดี ไม่ให้เกิดตลาดมืดหรือการผูกขาดและส่งเสริมความเป็นทีมเดียวกัน (2) ต้องมีการคัดกรองที่ดี (3) ต้องมีความชัดเจนของข้อตกลง และสร้างเงื่อนไขการรับ/ไม่รับทุน

ความสำคัญของบุคลากร ไม่ได้อยู่ที่ความเป็นแพทย์หรือไม่เป็นแพทย์ หรือการเพิ่มของปริมาณ แต่เป็นเรื่องของคุณภาพมากกว่า วิธีที่ดีที่สุดคือ การทำให้ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพ เพราะฉะนั้นจึงต้องมีจุดเน้นที่ Primary care และอาจต้องพิจารณาว่า สำหรับสังคมไทยมีเหตุผลเพียงพอหรือไม่ที่จะต้องเพิ่มปริมาณและลดคุณภาพ อย่างไรก็ตาม อาจจะเป็นวิธีที่ดีสำหรับสังคมไทยก็ได้ เช่น ถ้าผลิตแพทย์เพิ่ม 50% และคุณภาพลดลง 10-15 % อาจจะเป็นประโยชน์เพราะระบบบริการไม่ได้มีแพทย์ระดับเดียว มีทั้ง specialist, sub-specialist สิ่งที่จะต้องคำนึงคือ ต้องควบคุมคุณภาพ และคำว่าคุณภาพนั้นต้องมีความหมาย เพราะหากแพทย์หนึ่งคนดูแลคนหมื่นคนและกลายเป็นแพทย์ 2 นาที เมื่อนั้นคุณภาพก็หายไปเหมือนกัน

ระบบสุขภาพของไทยในปัจจุบัน การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคน่าจะเป็นเรื่องที่สำคัญมากที่สุด เนื่องจากเป็นเรื่องที่ทำให้รากฐานสุขภาพประชาชนเข้มแข็ง และจะนำสู่การพัฒนาประเทศได้ ซึ่งหน่วยบริการที่เป็นปฐมภูมิคือหัวใจสำคัญของระบบสร้างนำซ่อม การทำให้ปฐมภูมิเข้มแข็งอย่าง low cost ไม่ใช่ low quality ขณะนี้มีจุดอ่อน 2 เรื่องใหญ่คือ 1) มีเงินไม่พอและไม่พร้อม 2) มีคนไม่พอและไม่พร้อม ซึ่งน่าจะมีทางออกดังนี้

- **เงิน** การจัดสรรเงินจะต้องคำนวณจากค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นต่อรายหัวที่แท้จริง และต้องแยกระบบการจัดสรรแก่สถานพยาบาลตามระดับ Primary, Secondary, Tertiary care ให้ชัดเจนตามบริบทของแต่ละสถานพยาบาล โดยเฉพาะงบลงทุนเป็นสิ่งสำคัญในการที่จะสร้างศักยภาพหรือความเป็นเลิศทางการแพทย์ต้องมีการจัดรูปแบบที่ชัดเจน

- **คน** ต้องยอมรับความจริงว่าวิธีการสร้างในขณะนี้ฉาบฉวย ทั้ง ๆ ที่เป็นสิ่งที่สำคัญมาก น่าจะมีคณะกรรมการที่ทำการพัฒนาและวางแผนกำลังคนทางด้านสาธารณสุขแห่งชาติขึ้น เพื่อสามารถมองในภาพรวมของประเทศเรื่องของการผลิต การสร้างใหม่ และวางแผนการดูแลเพื่อความอยู่รอดในเรื่องของสวัสดิการ เงินเดือน และการพัฒนา ซึ่งในส่วนของการบริหารจัดการ อาจมีการจัดทำเป็น Zoning ใหม่ที่ไม่ต้องยึดติดกับองค์กรใด แต่ทำหน้าที่ในการจัดเจ้าหน้าที่ตามจำนวนประชาชนและจำนวนผู้ให้บริการที่เหมาะสมให้เป็นกลุ่มเกิดขึ้น ซึ่งการทำอย่างนั้นจะทำให้สามารถรวมกำลังคน และบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปโดยรวม

ประเด็นแรกคือ ความคิดปัจจุบันในเรื่องของการจัดการระบบมีอยู่หลากหลายและมีกระบวนการคิดที่ต่างกัน จึงทำให้สิ่งที่เรียกว่าสถานการณ์ที่หนึ่งเกิดขึ้นได้ยาก เมื่อความคิดไม่หนึ่ง จึงทำให้กระบวนการตัดสินใจที่นำมาสู่ข้อเสนอต่าง ๆ จำต้องมีวิวัฒนาการต่อไป **ประเด็นที่สอง**คือ กระบวนการคิดที่ไม่หนึ่ง เริ่มมีการใช้ความรู้เข้ามาช่วยในกระบวนการพัฒนาความคิดอยู่มากเมื่อเทียบกับอดีต แต่การจะไปถึงระดับนโยบายหรือไม่ โดยเฉพาะในส่วนของสายวิชาการ ภาพตรงนี้ไม่ชัดเจนเท่าไรนัก **ประเด็นที่สาม**ความคิดจำนวนหนึ่งยังมีแนวโน้มที่เชื่อว่าผู้บริหารต้องมีความเข้าใจในประเด็นปัญหาและต้องใช้ข้อมูลความรู้ที่อยู่บนฐานข้อมูลจริงประกอบการพิจารณาเชิงนโยบาย และต้องเปิดกว้างให้มีการกระจายอำนาจสู่ภาคประชาชน

ประเด็นสี่ที่อยากให้ไปถึง ยังคงเป็นประเด็นเรื่องการสร้างหลักประกันสุขภาพให้ถ้วนหน้าและการเข้าถึงบริการของประชาชน ภายใต้พื้นฐานที่มีข้อจำกัดของทรัพยากรบุคคลและสถานพยาบาลอย่างไรก็ดี จากข้อเสนอที่ต้องการให้ทุกคนได้เข้าถึงบริการ ได้นำไปสู่การปรับเปลี่ยนวิธีคิดจากเดิมที่ว่า “การสงเคราะห์ไปสู่เรื่องของการมีสิทธิ” ซึ่งผลจากการเปลี่ยนแนวคิดนี้ ได้เปลี่ยนแปลงโครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการไปทันที โดยในส่วนของผู้ให้บริการได้ถูกลดทอนในสิ่งที่เรียกว่า “จิตสาธารณะ” เหลือเพียงแค่ผู้ขายบริการสุขภาพตามระบบเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นแนวโน้มที่น่าเป็นห่วง เพราะกลไกเดิมที่เปลี่ยนระบบแบบสวัสดิการ แบบอุปถัมภ์ ได้ถูกเปลี่ยนมาเป็นสินค้า และทำให้เกิดผลกระทบตามมาในสิ่งที่แนวโน้มความสัมพันธ์แบบใหม่ทั้งในลักษณะของผู้ให้และผู้รับบริการ กับความสัมพันธ์ระหว่างองค์กร กลายเป็น “งานแลกกับเงิน” ซึ่งไม่แน่ใจว่าในที่สุดแล้วใช้คำตอบที่ควรจะไปถึงในที่สุดหรือไม่....



พลังปัญญา

สู่การพัฒนา

คุณภาพชีวิต



มุมมอง บทสังเคราะห์ทางออก และจุดขาดที่ต้องเติมเต็ม

บพ.วิบูล

ศ.ดร.อัมมาร

บพ.ณรงค์ศักดิ์

ศ.บพ.จิตร

บุลลเจริญ

สยามวาลา

อังคะสุวพลา

สิทธธอมร

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

มุมมอง บทสังเคราะห์ทางออก และจุดขาดที่ต้องเติมเต็ม

ก ารจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้ดำเนินการสำหรับประชาชนคนไทยตั้งแต่ปี 2544 ถึงปัจจุบัน เป็นระยะเวลา 3 ปี จะเห็นได้ว่าภายใต้สถานการณ์ที่เปลี่ยนผ่าน มีกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องมากมายได้ให้ความสนใจ และต้องการเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาให้มีกลไก และระบบหลักประกันสุขภาพสำหรับคนไทยที่เหมาะสม ทุกรูปแบบ ภายใต้ผลกระทบ และทัศนคติมุมมองที่แตกต่าง ได้มีการเคลื่อนไหวทางความคิดทางวิชาการและการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ในการที่จะป้อนข่าวสารและความรู้ย้อนกลับให้กับผู้กมนโยบาย ผู้บริหาร ผู้ให้บริการสุขภาพ ตลอดจนประชาคมต่างๆ ให้สามารถปรับแก้กลไกการจัดการตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และเกิดความเป็นธรรมต่อประชาชนไทยอย่างทั่วถึง

ในภาคส่วนสุดท้ายนี้ เป็นการนำเสนอข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ที่จะมาร่วมสรุปบทเรียนจากสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งจากการดำเนินงานและการศึกษาวิจัย สู่การสังเคราะห์ข้อเสนอที่เหมาะสมต่อผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ และนำไปสู่การขยายแนวร่วมในการศึกษา ติดตาม ประเมินผลอย่างสร้างสรรค์ให้มีส่วนร่วมในการสังเคราะห์ทางออกของการจัดหลักประกันสุขภาพที่เหมาะสมกับประเทศไทยต่อไป

นพ.วิพุธ พูลเจริญ : *ปรัชญา แนวคิดการจัดประกันสุขภาพถ้วนหน้า*

ขอเสนอข้อคิดเห็นของท่าน ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย ซึ่งท่านได้ประมวลภาพเกี่ยวกับหลักคิดปรัชญา นโยบายของการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาก่อนหน้านี้ โดยจะสรุปมุมมองในปัจจุบันที่ท่านให้ความเห็นว่าปัญหาส่วนใหญ่ **ประเด็นแรก** เกิดจากการเน้นแนวปฏิบัติมากกว่าหลักการ ขาดการพิจารณาบริบททางสังคมไทย และความเป็นคนไทยที่มีพื้นฐานวัฒนธรรมที่หลากหลาย อีกทั้งยังไม่ได้นำมาประกอบการพิจารณาอย่างเพียงพอในเรื่องของเอกภาคทางความคิดรวบยอด ซึ่งอาจต้องเปิดเวทีให้มีการแลกเปลี่ยนให้มีสภาพเป็นเอกภาพให้มากขึ้น

ประเด็นที่สอง เป็นเรื่องของการเอื้ออาทรต่าง ๆ ซึ่งในอดีตโรงพยาบาลหลายแห่งได้งบประมาณจากการบริจาค และได้รับความช่วยเหลือเกื้อกูลกันระหว่างหน่วยงานไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลศูนย์

โรงพยาบาลชุมชน มีการช่วยเหลือเป็นเครือข่ายแบบพี่แบบน้องโดยไม่ได้มีกฎกติกาหรือเงื่อนไขใด สิ่งเหล่านี้จะทำให้ย้อนกลับคืน หรือดำรงอยู่ได้อย่างไร

ประเด็นที่สาม เป็นเรื่องทฤษฎีเศรษฐกิจพอเพียง โดยมีหลักการที่สำคัญ 3 หลักการคือ **หลักการที่ 1** เป็นการกำหนดเป้าหมายในการวางแผนทางการดำรงอยู่ และปฏิบัติตนเพื่อให้เกิดความสมดุล และพร้อมต่อการรองรับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและกว้างขวาง ทั้งทางด้านวัตถุ สังคม สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรมจากโลกภายนอก **หลักการที่ 2** คือ ปรัชญา ซึ่งต้องมีหลักการที่เป็นทางสายกลาง และจะต้องประสานความเข้าใจ ความคิดรวบยอดของผู้คนต่าง ๆ ในสังคมเข้ามาด้วยกัน และนอกจากปรัชญาแล้ว จะต้องอาศัยหลักวิชาซึ่งมีความรอบรู้ ความรอบคอบและความระมัดระวังอย่างยิ่งในการนำวิชาการต่าง ๆ มาใช้ในการวางแผนและดำเนินการทุกขั้นตอน **หลักการที่ 3** เป็นเรื่องของหลักปฏิบัติ ที่ควรพิจารณาถึงเรื่องของความพอเพียง ซึ่งหมายถึงความพอประมาณ ความมีเหตุมีผล มีระบบคุ้มกันในตัวที่ดีพอต่อผลกระทบอันอาจเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงสิ่งใด ๆ ทั้งภายนอกและภายใน และมีความยืดหยุ่นพอที่จะทำให้หลักการและหลักวิชาสามารถที่จะบูรณาการลงไปสู่การปฏิบัติได้อย่างแท้จริง โดยสิ่งสำคัญคือจะต้องเสริมสร้างพื้นฐานจิตใจของคนในชาติ โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ของรัฐ นักทฤษฎีและนักธุรกิจในทุกระดับให้มีสำนึกในคุณธรรม ความซื่อสัตย์สุจริตและให้มีความรอบรู้ที่เหมาะสม มีการดำเนินชีวิตด้วยความอดทน ความเพียร มีสติปัญญาและความรอบคอบ

มุมมองอีกด้านหนึ่งก็คือเรื่องของการกระจายอำนาจความรับผิดชอบซึ่งในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังไม่ชัดเจน โดยเฉพาะประเด็นปัญหาเรื่องการกระจายทรัพยากร ซึ่งการกระจายอำนาจเหล่านี้ จะต้องมองทั้งในเชิงของภาครัฐ ภาคเอกชน และปัญหาที่สำคัญคือบทบาทที่ยังทับซ้อนกันอยู่ระหว่างหน่วยงาน และการส่งเสริมให้ภาคประชาชนให้มีบทบาทมากขึ้น

ประเด็นที่สี่ เกิดจากการมีความหลากหลายของมุมมองที่มีหลายด้าน และการมีภาระรับผิดชอบที่แตกต่างกัน ทำให้ยึดอยู่เฉพาะประเด็นของตนเองเป็นหลัก ซึ่งในระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ ปัจจุบันไม่ได้มีระบบประกันสุขภาพหรือระบบเรื่องสุขภาพพระระบบเดียว ทำให้ไม่สามารถที่จะหาจุดร่วมหรือมองภาพร่วมกันในอนาคตได้ จึงถือว่าเป็นปัญหาและอุปสรรคใหญ่ในการเปลี่ยนผ่าน ที่สำคัญที่สุดคือมีการมองแยกแยะระหว่างภาครัฐกับภาคเอกชน และยังไม่ได้มีการเอื้อเวทีหรือเอื้อโอกาสในการที่จะมาประมวลมุมมองที่ไปด้วยกันได้

ประเด็นสำคัญที่สุด ในปัจจุบันคือการขาดข้อมูล ทั้งในเรื่องสถานการณ์ปัจจุบัน รวมทั้งข้อมูลที่จำเป็นต่อการคาดการณ์อนาคต ซึ่งวิธีที่ดีและจำเป็นคือใช้การพิจารณากรอบคิดจากการดำเนินโครงการอื่น ๆ ที่ผ่านมา หรือเชื่อมโยงทุนทางสังคมเดิมมาเป็นฐานคิดในการปรับใช้น่าจะก่อเกิดประโยชน์อย่างสูง

ประเด็นมุมมองสำหรับอนาคต ในลักษณะของระบบที่พึงประสงค์ ซึ่งจะมีคุณค่าอย่างมากทั้งในกลุ่มของผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติการทางนโยบาย นักวิชาการ คือ 1) หลายภาคส่วนต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดบทบาทการดำเนินงานที่ชัดเจน 2) จะต้องมีการมีระบบ ที่มีความสอดคล้องกับสถานการณ์ที่เป็นอยู่และกำลังปรับเปลี่ยนไปอย่างรวดเร็ว 3) จะต้องมีส่วนร่วมของการมีส่วนร่วมในกระบวนการเชิงนโยบายของภาคส่วนต่าง ๆ และ 4) เป็นประเด็นสำคัญคือระบบที่พึงประสงค์ ควรจะตั้งอยู่บนพื้นฐานที่ได้

รับการยอมรับ และอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง อีกทั้งต้องมีระบบการย้อนกลับข้อมูลที่ดีพอ เพื่อช่วยให้ผู้กำหนดนโยบายและผู้บริหารสามารถปรับตัวได้ทันกาล ทันเวลา ข้อสุดท้ายระบบนี้จะต้องสามารถปรับตัวไปกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้เป็นอย่างดี

ศ.ดร.อัมมาร สยามวาลา : กลไกการจัดการการเงินการคลัง

เรื่องเงินทองเป็นของนอกกายจริงหรือไม่นั้น ต้องยอมรับว่าเงินทองเป็นของนอกกายจริง และถูกใช้เป็นเครื่องมือเชิงอำนาจ ซึ่งนักเศรษฐศาสตร์ จะใช้คำว่า purchasing power คือ อำนาจซื้ออำนาจ ที่มากับเงินใครเป็นคนคุมเงินก็จะมีอำนาจในการทำอะไรก็ได้ แต่ถ้าถามว่าเงินทองเป็นของนอกสังคมหรือเปล่า คำตอบโดยกว้าง ๆ แล้ว “ไม่ใช่” เงินทองก็เป็นของสังคม สังคมเป็นผู้ที่สร้างเงินผลิตเงิน ถ้าถามต่อไปว่าเงินภายในสังคมนั้น จะให้ดำเนินการอย่างไรในประเด็นเกี่ยวกับสุขภาพ สิ่งนี้เป็นเรื่องที่สังคมจะตัดสินใจว่าอำนาจซื้อบริการรักษาพยาบาลนั้น ควรจะอยู่ที่ไหน ถ้าถามนักเศรษฐศาสตร์โดยทั่วไป ก็จะบอกว่าควรอยู่กับคนเจ็บป่วยที่ต้องการบริการจะเหมาะสมที่สุด น่าจะมีประสิทธิภาพที่สุด แต่คิดว่าสังคมเกือบทุกสังคมตัดสินใจว่าในด้านการประกันสุขภาพนั้นปล่อยให้เกิดขึ้นไม่ได้

เหตุผล 2 ประการที่จำเป็นจะต้องมีการประกันสุขภาพในลักษณะที่เป็นประกันสุขภาพถ้วนหน้าสาเหตุแรกมาจากความเสี่ยงในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ซึ่งทั้งคนรวยและคนจนมีโอกาสที่จะพบกับปัญหานี้ แต่อีกเหตุผลหนึ่งก็คือว่ามีน้ำหนักมากกว่าคือ การที่ประชาชนในประเทศไทยนั้นมียารักษาได้ที่เหลื่อมล้ำกันค่อนข้างมาก คนจนไม่สามารถเข้าถึงบริการที่ต้องมีค่าใช้จ่ายมากได้ วิธีแก้ไขวิธีหนึ่งก็คือว่าทำให้การกระจายรายได้นั้นดีขึ้น ซึ่งคิดว่านั้นเป็นปัญหาโลกแตก แต่ว่าบางส่วนของพอจะทำได้ คือการเรียกร้องความเอื้ออาทรจากประชาชนคนไทยให้ร่วมกันเอื้ออาทรคนในสังคมที่โชคร้ายจากการเจ็บป่วย หรือโชคร้ายที่เกิดมาจน สิ่งเหล่านี้คือเหตุผลที่ควรจะให้มีการรักษาพยาบาลที่ถ้วนหน้ากับทุกคน

เมื่อเป็นอย่างนั้นสิ่งที่ควรจะเกิดขึ้นคือ ให้เงินหรืออำนาจซื้อนั้นตกอยู่กับส่วนกลางเป็นของรัฐทั้งหมด โดยให้สังคมมีส่วนร่วมด้วย หมายความว่าอำนาจซื้อนั้นควรจะอยู่ในมือของส่วนกลางมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อจะเรียกผู้ให้บริการรักษาพยาบาลเข้ามาอยู่ภายใต้อำนาจซื้อของส่วนกลางดังกล่าว เหล่านี้เป็นระบบหลักการกว้าง ๆ ที่ฝันอยากให้เห็นให้เมืองไทยกระจายอำนาจซื้อให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

ในปัจจุบันมีการดำเนินงานจัดระบบประกันสุขภาพแก่ประชาชนไทย 4-5 ระบบ และระบบที่มีการเปลี่ยนแปลงมากเกินไปก็คงจะเป็นระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกคน) เพราะมีการหันเหอำนาจซื้ออย่างมหาศาลคือ มีการจัดการที่จะให้สิทธิกับคนไทย 46 ล้านคน ที่ไม่มีสิทธิการรักษาพยาบาลใด ๆ โดยสิ่งที่เกิดขึ้นแล้วและมีปัญหาอย่างมากคือวิธีการบริหารจัดการ ส่วนระบบที่ 2 คือระบบสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการ ซึ่งค่อนข้างจะเปลี่ยนแปลงอย่างเชื่องช้า เพราะว่าการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ที่จะเกิดขึ้นกับระบบสวัสดิการข้าราชการนั้น กระทบกระเทือนสวัสดิการของข้าราชการอย่างจริงจัง ซึ่งกลุ่มข้าราชการก็ต้องปกป้องสิทธิของตนเอง ระบบที่ 3 เป็นเรื่อง

ของการประกันสังคม ซึ่งเป็นส่วนที่หยุดนิ่งมากที่สุด เพราะว่าได้ดำเนินการมาหลายปีแล้ว มีความอยู่ตัวพอสมควรเมื่อพิจารณาแล้วระบบประกันสังคมอาจจะเป็นตัวอย่างหนึ่งของการบริหารจัดการที่เรารู้กันมาจนกระทั่งได้ความรู้หลาย ๆ อย่าง ทั้งนี้ จากการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น ที่สะท้อนถึงอำนาจที่มาเกี่ยวกับเงิน และปัญหาที่สร้างความปั่นป่วนให้กับผู้ให้บริการเป็นจำนวนมาก คือการเปลี่ยนแปลงระบบงบประมาณ ซึ่งเดิมสถานพยาบาลจะได้รับโดยตรงจากสำนักงานงบประมาณ เปลี่ยนมาเป็นได้รับตามจำนวนประชากรที่จะต้องให้การดูแลรักษา ในปีแรกนั้นอำนาจซื้อพุ่งไปสู่สถานพยาบาลที่เป็นโรงพยาบาลชุมชน และทำให้โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปค่อนข้างไม่คล่องตัวจนมีปัญหาเกิดขึ้น แต่แม้กระนั้นโรงพยาบาลต่าง ๆ ก็เริ่มปรับตัวมากขึ้น ทั้งหมดนี้ส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลในภาครัฐ แล้วทันทีที่เปลี่ยนการจัดการ อำนาจซื้อที่เดิมเคยอยู่กับโรงพยาบาลชุมชนก็น้อยลงไป และปัญหาอำนาจซื้อที่เป็นของส่วนตัว ที่เป็น outlook pocket ได้ดึงดูดทรัพยากรให้ไปอยู่ตามท้องที่ที่มีฐานะเศรษฐกิจที่มั่งคั่ง จนเกิดความเหลื่อมล้ำในท้องที่บางแห่ง ซึ่งเมื่อให้อำนาจซื้อไปกระจายไปอยู่ข้างนอกมากขึ้น ความต้องการบริการก็เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าหลังจากนำเอาระบบการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาใช้ทั่วประเทศตั้งแต่ประมาณปี 2545 เป็นต้นมา เกิดการเปลี่ยนแปลงไปค่อนข้างมาก โดยเฉพาะความต้องการบริการที่มากขึ้น ในขณะที่งบประมาณเพิ่มขึ้นไม่มากและเกลี้ยไม่เพียงพอ ปัญหาข้อสังเกตสุดท้ายเกี่ยวกับระบบนี้คือจนบัดนี้ยังไม่มียุทธศาสตร์ที่มีความชัดเจน มีความถูกต้อง มีวินัย มีความชัดเจนในการกำหนดนิยาม และตัวเลขเพื่อจะได้เปรียบเทียบกันได้ และยังขาดระบบที่จะส่งข้อมูลเข้ามาส่วนกลาง จึงทำให้ไม่มีฐานข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริง (Evidence based) ในการเสนอเรื่องงบประมาณกับสำนักงานงบประมาณ

ประเด็นสำคัญอยู่ที่ว่าทันทีที่เป็นสิทธิของประชาชนในการใช้บริการแล้ว ผู้ให้บริการจะต้องมีงบประมาณเพียงพอต่อการให้บริการแต่ละครั้ง นั่นคือ ระบบ financing ต้องเพียงพอกับ demand และต้องไม่ใช่ระบบ Free For Service เหมือนสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการ ระบบงบประมาณสำหรับประชากร 46 ล้านคน จำเป็นต้องมีระบบบางอย่าง ที่เป็นการผลัดความเสียดระหว่างกลุ่มต่าง ๆ ในสังคม วิธีที่ทำเวลานี้คือการตั้งงบประมาณรายหัว (capitation) ซึ่งคิดว่าถูกต้อง ความเสี่ยงส่วนหนึ่งอยู่กับโรงพยาบาล แล้วถ้ามองในภาพรวม ๆ กว้าง ๆ ระบบบริหารอาจทำงานได้ แต่จะต้องมีระบบที่ชัดเจน และโรงพยาบาลเอกชนก็สามารถเข้าร่วมด้วย เพราะโรงพยาบาลเอกชนเป็นทรัพยากรหนึ่งของประเทศ และถือว่าเป็นวินัยอันหนึ่ง สำหรับช่วยในการปรับการบริการของโรงพยาบาลรัฐให้มีมาตรฐาน ในขณะที่เดียวกันโรงพยาบาลของรัฐบางแห่งก็จะช่วยปรับมาตรฐานบางอย่างของ โรงพยาบาลของเอกชนได้เช่นกัน

นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา : การพัฒนาระบบบริการ

การจัดระบบบริการ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีความเชื่อมโยงกับการบริหารจัดการ การเงิน การคลังเช่นกัน เพราะหากงบประมาณไม่สอดคล้องกับภาวะการณที่มีอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้รับบริการ โดยเฉพาะการเพิ่มขึ้นของกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรังแล้ว การดำเนินงานของระบบบริการก็จะมีประสิทธิภาพ ไม่มีการตื่นตัว และหากจัดระบบไม่ดีพอ ที่จะไปให้เกิดความ

รับผิดชอบในท้องถิ่นหรือในชุมชน ต่อไปข้างหน้า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มปริมาณใช้บริการในโรงพยาบาลมากขึ้น เพราะฉะนั้นสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่จะต้องคาดการณ์ไปข้างหน้า

จุดตั้งต้นของการจัดบริการที่มีประสิทธิภาพ และคุ้มค่าที่สุดนั้น ถ้าดูในภาพรวมต้องพิจารณาประเด็นที่ภายใต้กรอบรัฐธรรมนูญ ได้ให้ความสำคัญต่อกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย กลุ่มแรกคือกลุ่มผู้บริหารจัดการที่ให้ความสำคัญในเรื่องของประสิทธิภาพของการบริหารการเงินรวมทั้งความรับผิดชอบในการบริหารการเงินให้มีประสิทธิภาพ (Efficiency) และมี Accountability ฉะนั้นขณะนี้จึงเข้าสู่ระบบ new public management ซึ่งมีการกำหนดตัวชี้วัดต่าง ๆ ที่จะประเมินผล ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มที่สองคือ กลุ่มผู้รับบริการ ที่ให้ความสนใจในเรื่องการเข้าถึงบริการที่ใกล้ที่สุด ดีที่สุด ได้รับความเป็นธรรมที่สุด กลุ่มที่สามคือ กลุ่มผู้ให้บริการ ซึ่งให้ความสนใจในเรื่องการจัดบริการ ซึ่งขณะนี้ ประสบกับปัญหาที่เดิมการให้บริการในตัวเมืองใหญ่เติบโตอย่างรวดเร็วขอบเขต แต่เมื่อทิศทางเปลี่ยนไป จึงต้องมาทบทวนการจัดการที่ให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการในเรื่องของคุณภาพและเรื่องมาตรฐานบริการ

ขณะนี้มีการเรียกร้องให้มีมาตรฐานคุณภาพการบริการโดยประชาชน ซึ่งกลุ่มผู้ให้บริการต้องพิจารณาว่าจะจัดระบบบริการอย่างไรจึงจะเหมาะสม หนทางที่จะช่วยในการแก้ไขปัญหาที่ดีในขณะนี้คือ การใช้กลยุทธ์ “การมีส่วนร่วม” (Participation) เพื่อตอบสนองต่อโจทย์ของผู้บริหารนโยบายกับผู้รับบริการให้ได้ ทั้งนี้ ผู้ให้บริการ (provider) จะต้องแสวงหาข้อมูล ข้อเท็จจริงและรับประสานความร่วมมือกับผู้รับบริการ (customer) เพื่อก่อให้เกิดเป็นพลังในการที่จะต่อรองกับผู้บริหารนโยบาย ซึ่งเป็นผู้กำหนดกรอบสิทธิประโยชน์ต่อไป

ในส่วนของการพัฒนาระบบบริการ (service development) จุดที่คิดว่าน่าจะมีประสิทธิภาพที่สุดคือ การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (Primary care unit, PCU) เพราะเป็นจุดที่ใกล้ตัวประชาชนมากที่สุด แต่ว่าจะทำอย่างไรให้ PCU นั้นเป็นของประชาชน เป็นของชุมชน ซึ่งในบางประเทศจะมีการกระจายอำนาจ (Decentralized) และจัดสรรงบประมาณไปให้ท้องถิ่น และให้ท้องถิ่นเป็นผู้กำหนดความต้องการ และสรรหาผู้คนที่เหมาะสมมาจัดการระบบให้ ซึ่งการดำเนินการเช่นนี้สถานพยาบาลสามารถบริหารจัดการได้ โดยไม่ต้องให้รัฐบาลมาเป็นผู้กำหนดให้ สถานพยาบาลสามารถดำเนินการเชื่อมโยงท้องถิ่นเข้ามาร่วมในการกำหนดกรอบความต้องการและบริหารจัดการงบประมาณร่วมกัน หากดำเนินการได้ก็จะก่อเกิดการจำลองแบบในสิ่งที่เป็นการกระจายอำนาจแบบเต็มตัวได้เช่นเดียวกัน อย่างไรก็ตาม อย่างไรก็ดี จุดนี้คงเป็นจุดที่สถานพยาบาลต้องทำใจพอสมควรกับการเปลี่ยนแปลงในสิ่งที่จะเรียกว่าอำนาจหลุดมือ

สิ่งสำคัญที่สุดและเป็นจุดตายของการดำเนินงาน PCU อยู่ที่ความใกล้ชิดของตัวผู้ให้บริการกับชุมชน และการมีฐานข้อมูลที่ดีของชุมชน โดยเฉพาะเรื่องข้อมูลสถานะสุขภาพ ซึ่งขณะนี้มีการทำ family folder ข้อมูลเหล่านั้นสามารถนำมาพิจารณาประยุกต์ใช้เพื่อการดูแลรักษา และส่งเสริมสุขภาพของชุมชนได้ โดยการจัดกิจกรรมการดูแลอาจจะจำแนกเป็น 3 ส่วน **ส่วนหนึ่ง**เป็นเรื่องของ self care **ส่วนที่สอง**เป็นเรื่องของการดูแลเชิงรุก ซึ่งต้องมีการเยี่ยมบ้าน (Home visit) **ส่วนที่สาม**เป็นส่วนการรักษา ซึ่งประชาชนต้องไปรับบริการที่สถานเฝ้าหมายหรือ PCU ถ้าดำเนินการแบบนั้นได้ จะสามารถนำไปสู่

สิ่งที่เรียกว่าการทำ care map ของทุกคนในครอบครัว และเจ้าหน้าที่จะสามารถจำแนก self care ในแต่ละกลุ่มอายุของสมาชิกในครอบครัวนั้นได้ รวมทั้งสามารถให้ความรู้ที่สอดคล้องกับความต้องการของแต่ละครอบครัวได้เมื่อมีการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง เพราะฉะนั้น การทำ care map จะช่วยให้เจ้าหน้าที่วางแผนการทำงานได้อย่างครอบคลุม และนำสู่เป้าหมายที่ต้องการ 3 เรื่อง คือ **ทำให้รู้ว่าประชาชนสุขภาพเป็นอย่างไร และจะคงสุขภาพที่ดีได้อย่างไร เรื่องที่สองคือรู้ว่าใครต้องดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น เรื่องที่สามคือรู้ว่าใครเป็นโรคและเป็นโรคเรื้อรังประเภทไหน จะรักษา ระดับของโรคหรือดูแลให้ดีขึ้นได้อย่างไร** ดังนั้น การดำเนินงานของ PCU ถือได้ว่าเป็นการลงทุนของการจัดบริการหลังจากมีการ improve quality of care ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า quality เป็นเครื่องมือในการลดต้นทุน หรือเพิ่มประสิทธิภาพนั่นเอง

จากประสบการณ์การทำวิจัยเมื่อ 20 ปีที่แล้วเมื่อปฏิบัติงานที่ PCU เรื่องการประเมินความเจ็บป่วย พบว่า ถ้าสามารถหาข้อมูลรอบด้านได้ ไม่ใช่เฉพาะเรื่องของสุขภาพอย่างเดียว ตามปกติที่เราผู้ให้บริการ มักจะเป็นนักฆ่าอาการ (Symptom killer) ซึ่งความเป็นนักฆ่าอาการนี้เองส่งผลกระทบต่อตามมาคือความไม่ประหยัด และเกิด institution dependent ข้อมูลเหล่านี้ไม่ใช่ข้อมูลของปัญหาสุขภาพที่แท้จริง เราควรจะต้องประเมินว่าคนไข้ที่เข้ามาหาเรา สาเหตุที่แท้จริงของอาการเจ็บป่วยคืออะไร อาจมาจากปัญหาด้านจิตใจ ปัญหาครอบครัว ที่ส่งผลกระทบต่ออาการเจ็บป่วยนั้น อาการเหล่านี้ไม่จำเป็นต้องใช้ยาเพื่อการรักษา

ดังนั้นสรุปได้ว่าระบบบริการจะพัฒนาได้ ผู้ให้บริการจะต้องมองรอบด้านและจุดบริการที่ดีที่สุดไม่มีจุดไหนดีเท่ากับ PCU เพราะว่าเป็นจุดที่ใกล้ประชาชนที่สุด และจะเป็นฐานข้อมูลที่ดีในการที่จะโยงสู่เรื่องการจัดบริการ รวมทั้งการพัฒนาสังคมในท้องถิ่นด้วย

ศ.นพ.จิตร สิทธิอมร : การจัดการระบบ

การบริหารจัดการเพื่อให้สามารถมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสู่ประชาชนไทยนั้น เป็นการเพิ่มขีดความสามารถในการให้บริการที่ดีที่สุดกับประชาชน ตามแนวคิดและวิชาชีพด้านการแพทย์

ในการจัดการระบบ ปัญหาที่สำคัญมากคือ (1) ปัญหาการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นปัญหาที่ทำนายได้และป้องกันได้ ถ้าจัดการได้ดี (2) ปัญหาประชาชนมีหลักประกันสุขภาพที่ไม่เท่าเทียมกัน (3) การมีเทคโนโลยีที่หลากหลาย แต่ไม่ได้คุณภาพ และไม่ได้มีการประเมินในทุกระดับของการบริการ (4) การมีทรัพยากรจำกัด

ประเด็นคำถามเชิงท้าทายต่อการจัดระบบ **ประการแรกคือ** จะเปิดโอกาสให้ผู้ให้บริการได้ประโยชน์และมีสิทธิอย่างสมบูรณ์ได้หรือไม่ **ประการที่สองคือ** จะต้องเตรียมความพร้อมของแต่ละพื้นที่ซึ่งมีขีดความสามารถในการจัดการไม่เท่ากันได้อย่างไร โดยเฉพาะในประเด็นการจัดการเพื่อซื้อบริการสุขภาพ **ประการที่สาม** จะจัดการให้มีมาตรฐานบริการ มาตรฐานด้านทรัพยากร ให้สอดคล้องกับความต้องการ และการเข้าถึงของประชาชนได้อย่างไร **ประการสำคัญสุดท้ายคือ** ภายใต้แนวคิดถ้วนหน้ากับไม่ถ้วนหน้า ใครจะเป็นศูนย์กลางของการบริหารจัดการ ถ้าระบบถ้วนหน้าใช้งบประมาณเป็นตัวจัดสรรทรัพยากร ระบบจะต้องเปิดให้มีความสมดุลระหว่าง Demand กับ Supply ให้ได้

การถูกจำกัดด้วยทรัพยากรทำให้โอกาสในการจัดการระบบที่ดีที่สุดเสียและไม่สามารถแข่งขันได้ ดังนั้นต้องทำให้เกิดความสมดุลระหว่าง central planing กับการใช้จ่าย ซึ่งมาตรฐานในกรณีที่มีทรัพยากรจำกัดนั้น จำเป็นต้องมีทั้งมาตรฐานคุณภาพ มาตรฐานบุคลากร มาตรฐานเครื่องมือ และมาตรฐานยา เพราะฉะนั้น PCU จะต้องมี standard service ที่มีความยืดหยุ่น และมีการประกันคุณภาพขั้นต่ำ (minimum quality) ด้วย อย่างไรก็ตาม ในขณะนี้ยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนในเรื่องของคุณภาพบริการ เพราะฉะนั้นการจะจุดประเด็นเรื่อง political process และกระบวนการทางสังคม ยังไม่สามารถจุดประเด็นได้ชัดเจนนัก ดังนั้น ข้อมูลความรู้เรื่องคุณภาพและเรื่องการเข้าถึงเทคโนโลยีโดยคนไทย จำเป็นต้องศึกษา

คำถามจะจัดการระบบได้อย่างไร ผู้จัดการระบบไม่จำเป็นจะต้องเป็นรัฐ แต่รัฐต้องกำกับ และอาจจะเป็นรัฐ เป็นประชาชน เป็นเอกชน เป็นนักวิชาการมาช่วยกันจัดการ ซึ่งการจัดการแบ่งได้คือ (1) การจัดการในระดับนโยบาย (2) การจัดการเพื่อให้เกิดความตระหนักในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ (3) ต้องจัดการให้ระบบบริการมีการคัดกรองการรักษาโรคในระหว่างที่ยังเป็นน้อย เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและฟื้นฟูสุขภาพ (4) ต้องสร้างความสามารถในการจัดการระบบ เผยแพร่ความคิด ระดมทรัพยากร สร้างความเข้าใจเรื่องอุดมการณ์ และจริยธรรม (5) ต้องสร้างรูปแบบ ซึ่งต้องมีการวิจัยเพื่อให้ฝ่ายบริการสามารถที่จะให้บริการได้ดีมากขึ้น ทั้งด้านการบริการและการบริหารจัดการ (6) สร้างทรัพยากรมนุษย์ และพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ให้สามารถคงไว้ ซึ่งต้องค้นหาคำตอบว่าจะทำอย่างไรให้ระบบเอื้อต่อบุคลากรที่ดีที่สุด มีอุดมคติอยากจะช่วยสังคม ให้อยู่ในระบบได้

การจัดการระบบในอนาคตเพื่อนำสู่ความสำเร็จต้องคำนึงถึงประเด็นสำคัญ ๆ คือ

1. ต้องให้การจัดการระบบ เป็นเรื่องของนโยบายที่มีความสำคัญทั้งระดับชาติ และระดับท้องถิ่น
2. ต้องมีระบบการสร้างความรู้เพื่อเชื่อมโยงเรื่อง inter-related market
3. ต้องมีระบบจัดการทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ
4. ต้องมีระบบการจัดการองค์กรที่ส่งเสริมให้ primary care มีความเข้มแข็ง
5. ส่งเสริมให้คนดี มีความสามารถเข้ามาบริหารจัดการในการเข้าสู่ระบบบริการใหม่ และสร้างระบบจงใจ ต่อทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ
6. ต้องเปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่าย เพื่อนำสู่การพัฒนาความรู้
7. สร้างระบบข้อมูลเพื่อการติดตามความก้าวหน้า มีการประเมินผลทั้งจากภายในและภายนอกองค์กรและที่สำคัญความสำเร็จของกระบวนการจะต้องมีปฏิสัมพันธ์กับทุกภาคส่วน โดยเฉพาะภาคประชาชน เพื่อสร้างกระบวนการให้เป็นที่น่าสนใจทั้งภาคการเมืองและรับข้อเสนอสู่กระบวนการตัดสินใจต่อไป

ประเด็นข้อคิดเห็นจากผู้ร่วมเวทีวิชาการ

ขณะนี้ การพัฒนาแพทย์ประจำครอบครัวยังขาดทิศทาง และยังไม่สามารถที่จะทำให้แพทย์ประจำครอบครัวเป็นนักบริหารจัดการสุขภาพที่แท้จริง ในอนาคตจะหาอย่างไรให้การผลิตแพทย์ประจำครอบครัวให้สามารถเป็นนักบริหารจัดการสุขภาพให้ได้ เพื่อสนองต่อการดำเนินงานของระบบบริการปฐมภูมิต่อไป

ศ.นพ. จิตร สิทธิอมร

การจัดหลักสูตร family medicine นั้นรูปแบบคล้าย ๆ กับการจัดรูปแบบ General practice (GP) เมื่อ 20 ปีที่แล้วคือ ยังไม่มีความชัดเจนในเรื่องของหลักสูตร เพราะฉะนั้นสิ่งที่เกิดขึ้นหลังจากที่มี GP คือ GP เหล่านั้น รับคนไข้ที่คนอื่นไม่เอาแล้ว เช่น คนไข้ stroke ช่วงแรกมักจะเข้ารับรักษาที่ specialist ทาง neurology จนกระทั่งเริ่มเกิด complication และไม่มีคำปรึกษาที่จะเข้ารับการรักษาต่อกับ GP เพราะฉะนั้น family medicine ถ้าไม่จัดการเรื่องหลักสูตรให้ชัดเจน ก็จะมีโอกาสที่เกิดเหตุการณ์เช่นนี้วิธีการแก้ไขต้องศึกษาประวัติศาสตร์ของอเมริกาที่มีการจัดระบบ HMO ขึ้นมา และให้คนที่ประกันสุขภาพเมื่อจะรับบริการรักษาจะต้องผ่าน primary care ซึ่งมี family medicine ก่อน จึงจะสามารถส่งต่อเข้ารับการรักษาได้และได้รับการดูแลด้านคำปรึกษา เพราะฉะนั้นคิดว่าระบบนี้ต้องขึ้นอยู่กับระบบการจ่าย หรือระบบการเงินการคลัง จึงจะส่งเสริมให้ family medicine เข้มแข็งและมีคุณภาพได้

ในระยะ 3 ปี ที่มีการเปลี่ยนแปลงระบบบริการเป็นระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไม่ทราบว่าการทรวงสาธารณสุขมีข้อมูลที่แสดงถึง outcome สุขภาพประชาชนว่าดีขึ้นหรือไม่ Mortality, Mobility rate เป็นอย่างไร และโรคที่ควรจะรักษาได้รับการรักษาหรือไม่ อย่างไร ซึ่งระบบข้อมูลเหล่านี้จะมีประโยชน์ในการดูสถานะสุขภาพของคนไทย

นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา

ข้อเท็จจริงที่ต้องยอมรับว่าตอนที่เริ่มต้นนั้นความพร้อมของระบบเครือข่ายข้อมูลยังไม่สมบูรณ์ และการบริหารจัดการโดยเฉพาะในเรื่องของการเงินการทองยังไม่นิ่ง การรายงานตามแบบฟอร์ม 11 รง 5 ก็ยังไม่มีการทำ standardized ขณะนี้ได้มีความพยายามในการพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อรองรับสถานการณ์แล้ว

ขณะนี้รัฐบาลให้งบประมาณในการที่จะพัฒนาให้เกิดระบบของ IT ด้าน back office ซึ่งถือเป็นการพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในเวลาประมาณ 2 ปีนี้ และมีเรื่องที่จะพัฒนาตามมาเป็นเรื่อง front office ซึ่งเป็นเรื่องของภาคบริการ ประกอบด้วย 5 ระบบใหญ่ และ 55 ระบบย่อย จึงค่อนข้างจะละเอียด ซับซ้อนและต้องอาศัยนักวิชาการในการช่วยจัดการและเชื่อมโยงข้อมูลไปสู่ในเรื่องการบริหารจัดการ การพัฒนาคุณภาพการบริการ การเชื่อมโยงทั้ง front และ back office เข้าด้วยกัน

และช่วยกันวางแผนอนาคตข้างหน้าจะมีการพัฒนาระบบการจัดการข้อมูลอย่างไร ที่คนไข้จะสามารถเข้าถึงข้อมูลเอง และที่สำคัญที่สุดคือ ต้องร่วมคิดการพัฒนาในเรื่องของ quality improvement จะดำเนินการได้อย่างไร ทั้งนี้ขอเน้นว่าทิศทางนี้ทางรัฐบาลเห็นความสำคัญในการที่จะต้องสร้างระบบข้อมูลที่จะนำไปใช้ประโยชน์ได้เช่นกัน

นพ.วิพุธ พูลเจริญ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) มีคณะทำงานที่ดำเนินการเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ซึ่งเดิมดำเนินงานให้กับกระทรวงการคลังในเรื่องสวัสดิการการรักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการและอีกกลุ่มดำเนินการศึกษาเรื่อง chronic diseases ซึ่งต้องให้การดูแลรักษาระยะยาว จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงเรื่อง cost of management care เป็นปี ๆ เช่นเรื่อง เอดส์ หากโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค จะรับดูแลต่อไป การคำนวณ average cost of management ต่อปีควรจะประมาณเท่าไร นอกเหนือจากนั้นยังมีอีกหลายกลุ่มที่ดำเนินงานเกี่ยวกับระบบข้อมูลสุขภาพในด้านต่าง ๆ เช่น เรื่องระบบยา ระบบบริการผู้ป่วย เป็นต้น

การได้มาซึ่งข้อมูลนั้น สวรส.มีกลไก และวิธีการข้อตกลง หรือกติกาที่เป็นตัวเร่งให้ได้ข้อมูลที่เรียกว่า real time transition ส่วนจะเอามาประมวลเป็น evidence อย่างไรก็อยากได้เป็นอีกเรื่องหนึ่ง ซึ่งต้องอาศัยการทำให้ information แปลผลเป็น evidence การดำเนินงานทั้งหมดนั้นเป็นการมองทั้งระบบ และเห็นว่าอยู่ใน real time ที่ รพ.จะต้องนำมาใช้ในการคิดค่าบริการ ซึ่งคาดว่าในปีหน้ากระทรวงการคลัง อาจใช้ระบบ e-financing นั้นหมายความว่า รพ.จังหวัดไม่ต้องตั้งภูมิกับคลังจังหวัด แต่จะมี electronic file ซึ่งกรมบัญชีกลางจะโอนเงินเข้าบัญชีของรพ.เลย และมีระบบการตรวจสอบที่ดีด้วย

สิ่งที่สวรส.ศึกษาและสนใจมากคือระบบบัญชีที่เป็น real time accounting system ที่จะ reflect cost ซึ่งเป็นประเด็นใหญ่ของกลไกทางการเงินและระบบบริการที่จำเป็นต้องเตรียมการศึกษาวิจัย แต่การดำเนินงานศึกษาวิจัยที่ผ่านมา ปัญหาใหญ่ที่พบคือการไม่มีนักวิจัยเพียงพอที่จะดำเนินการ จึงจำเป็นต้องสร้างนักวิจัยอีกมาก ขณะนี้จึงเหมือนกับว่ามีแร่ แต่ไม่มีคนแต่งแร่ ไม่มีคนที่จะทำให้เป็นแร่บริสุทธิ์ หรือเอาไปทำเป็น production อื่น ๆ ที่เป็นประโยชน์ในการ feedback ได้อย่างเพียงพอ

จากการดำเนินงาน 30 บาทรักษาได้ทุกโรค จะพบว่าบุคลากรสาธารณสุขได้ใช้วิกฤติเป็นโอกาส เพราะยังมีอะไรคาดกันก็ยังปรับตัว จะเห็นได้ว่าบุคลากรสาธารณสุขสามารถดำเนินงานที่ไม่เคยทำมาก่อนได้ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการจัดการการเงิน หรืองานบริหารต่าง ๆ จากภาวะความกดดัน และปัญหามากมายที่เกิดขึ้นจากนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค ในฐานะผู้ปฏิบัติจึงมีข้อสงสัยว่าทำไมยังยืนยันนโยบายนี้อยู่ ทำไมไม่มี option อื่น ๆ ที่จะเสนอขึ้นมาเพื่อแก้ไขปัญหา จึงอยากจะให้ข้อเสนอแนะในที่นี้สามารถต่อยอดขึ้นไปให้ผู้บริหารหรือนักการเมืองได้รับทราบว่าคุณปฏิบัติงานมีความรู้สึกอัดอั้นและมีปัญหาในการปฏิบัติงานอย่างมาก

ความจำเป็นคือการปรับฐานความคิด ความเข้าใจเข้าหากันของ 3 ฝ่าย คือ ผู้ให้บริการ ประชาชน ผู้รับบริการ และผู้จัดบริการคือสำนักงานหลักประกันสุขภาพและสำนักงานสาขา ซึ่งในช่วงที่ผ่านมา ยังมีความต่างในมุมมองอยู่พอสมควร อย่างไรก็ตาม อย่างไรก็ดี ขณะนี้ประชาชนเริ่มให้ความตระหนักในการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้นและเกิดเครือข่ายของผู้ป่วยกลุ่มโรคต่าง ๆ ที่ต้องใช้ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง และเป็นโรคเรื้อรัง อย่างไรก็ดี ในกลุ่มผู้รับบริการบางกลุ่มเช่น กลุ่มที่มีรายได้สูงได้สะท้อนถึงคุณภาพการบริการที่ยังต้องพัฒนาอีกมาก จึงขอเสนอให้มีกลไกหรือกระบวนการที่จะทำให้ทุกกลุ่มให้ความสนใจ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพ และผลักดันให้มีการศึกษาวิจัยเรื่องนี้ ในลักษณะ action research ต่อไป


ศ.ดร.อัมมาร สยามวาลา

จากความรู้สึกที่สะท้อนคล้ายกับว่าโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยประสบความสำเร็จ ความล้มเหลวหรือมีปัญหามากมายเหลือเกินและดูเหมือนว่าภาระเกือบทั้งหมดของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นอยู่กับผู้ให้บริการเป็นหลัก ผู้เสียภาษีไม่ได้มีภาระเพิ่มขึ้นเท่าไร แต่หากพิจารณาให้ยุติธรรมจริง ๆ แล้ว จะพบว่าในความรูสึกประชาชนที่มีต่อโครงการนี้ ได้รับการสนับสนุนจากเสียงของประชาชนมากพอสมควร ซึ่งต้องยอมรับว่าโครงการนี้ประสบความสำเร็จในระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตาม ในการพยายามที่จะแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ในด้านการให้บริการนั้น ต้องมีการระดมข้อเสนอที่เป็นประโยชน์ต่อวิธีการที่จะช่วยลดภาระของผู้ให้บริการให้น้อยลงด้วย

นพ.วิพุธ พูลเจริญ

สิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ประสบความสำเร็จ เป็นเรื่องของปัญญา เป็นเรื่องของความเข้าใจ ที่จำเป็นต้องมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันอย่างแท้จริงโดยเสนอประสบการณ์ที่ได้รับไม่ว่าคิดค้นหรืออยู่บนฟ้ามาร่วมกันและประสานกันให้เกิดประโยชน์สูงสุด จึงจะทำให้โครงการนี้ขับเคลื่อนไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ





แม้ว่าแนวนโยบายของรัฐบาลในการสนับสนุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทยจะมีความชัดเจนและมุ่งมั่นที่จะขับเคลื่อนให้เกิดบริการทางสุขภาพต่อประชาชนอย่างทั่วถึง จนเกิดภาพการปรับเปลี่ยนความครอบคลุมการเข้าถึงบริการอย่างก้าวกระโดด แต่ปัญหาอันสืบเนื่องจากระบบบริการที่ยังไม่ครอบคลุมเพียงพอ และความขาดแคลนกำลังคนสำหรับบริการด้านสุขภาพ ตลอดจนเงื่อนไขทางเทคโนโลยีบริการทางการแพทย์ และความต้องการทางด้านสุขภาพของคนไทยยังปรับตัวไปข้างหน้าตลอดเวลา ก่อให้เกิดความจำเป็นที่จะต้องสร้างกระบวนการศึกษาวิจัยเพื่อทำความเข้าใจกับสภาพปัญหาและอุปสรรคของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ยึดหยุ่นพอที่จะเคลื่อนตามสถานการณ์ทางสังคมและการเมืองอย่างรวดเร็ว ในขณะที่เดียวกันก็ต้องมีพลังทางปัญญาเพียงพอที่จะช่วยผู้กำหนดนโยบายและประชาคมที่มีส่วนได้ส่วนเสียกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้ร่วมมือกันสร้างฐานคิด ระบบ กลไก และวิธีการที่นำมาใช้ในการจัดการกับสถานการณ์การให้บริการสุขภาพที่แปรเปลี่ยนไปในอนาคต

ขอบคุณ

องค์กรร่วมในการจัดประชุมวิชาการ

“พลังปัญญา : สู่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า”

19-20 กุมภาพันธ์ 2547 ณ โรงแรมรอยัลริเวอร์ กรุงเทพมหานคร

- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
- สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรช.)