แนวคิดการสร้างสังคมไทยให้มีการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขเมื่อจำต้องใช้บริการทางสุขภาพได้เติบโตกล้าแข็งขึ้น อันเป็นผลมาจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปรัชญา แนวคิด และวิธีการ ที่ใช้จนปรากฏเป็นประสบการณ์ยาวนานนับศตวรรษ จากหลายประเทศ หลายสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ทั่วโลก

โดยเฉพาะ เมื่อบริการทางการแพทย์มีวิวัฒนาการทางเทคโนโลยีที่รวดเร็วยิ่งขึ้นด้วยผลจากพื้นฐานความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ที่ล้ำลึกลงไปถึงระดับอณูของพันธุกรรม ช่วยการรักษาและดูแลยืดอายุผู้ป่วยให้ยืนยาว แต่ก็ก่อให้เกิดมูลค่าราคาบริการที่สูงขึ้น จนก่อให้เกิดช่องว่างระหว่างคนมีกับคนจนกว้างขวางขึ้น

เมื่อรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 กำหนดปรัชญาสำหรับระบบสุขภาพใหม่ที่มุ่งเน้นให้คนไทยทุกหมู่เหล่ามีสิทธิที่จะเข้าถึงบริการทางสุขภาพอย่างเท่าเทียมกัน โดยเฉพาะจะต้องได้รับบริการที่มีมาตรฐานเดียวกัน รัฐจึงต้องเร่งจัดกลไกและกระบวนการทางการคลังของระบบสุขภาพขึ้นใหม่ ให้สามารถระดมใช้ทรัพยากรจากทั้งภาครัฐและเอกชน จนตอบสนองต่ออุดมการณ์ทางสุขภาพของสังคมไทยทั้งที่กำลังเผชิญวิกฤติทางเศรษฐกิจในปัจจุบันให้ได้

บทเรียนจากการจัดการกับระบบการคลังเพื่อสุขภาพหรือระบบประกันสุขภาพในรูปแบบต่างๆ ในสังคมไทย เป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับใช้เรียนรู้ วิเคราะห์ และวิจัยให้มองเห็นจุดอ่อน จุดแข็ง และจุดเปลี่ยนผ่านที่ดำเนินอยู่ในสังคมไทยในระยะเวลาหลายทศวรรษที่ผ่านมา

หากวิญญูชนชาวไทยสามารถสร้างภูมิปัญญาจากความรู้ที่ได้จากการทบทวนประสบการณ์ภายในประเทศไทย และนำมาใช้สังเคราะห์เป็นแนวคิดและกลยุทธ์ สำหรับจัดระบบประกันสุขภาพให้ขยายตัวครอบคลุมประชาชนชาวไทยได้อย่างทั่วถ้วน บทความที่รวบรวมจากผลการศึกษาของนักวิชาการวงกว้างเล่มนี้ก็จัดได้ว่าก่อประโยชน์ทางปัญญาให้กับประเทศไทยได้แล้ว

ISBN 974-299-072-7

ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย

ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย

เอกสารวิชาการประกอบการสัมมนาระบบหลักประกันสุขภาพของเอเชีย

ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย

มูลนิธิเยอรมันเพื่อการพัฒนานานาชาติ
สำนักงานประกันสุขภาพ
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

เอกสารวิชาการประกอบการสัมมนาระบบหลักประกันสุขภาพของเอเชีย

ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย

สำนักงานประกันสุขภาพ
มูลนิธิเยอรมันเพื่อการพัฒนานานาชาติ
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย

บรรณาธิการ: นพ.จเด็จ ธรรมธัชอารี

จัดพิมพ์โดย:
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
อาคาร 3 ชั้น 5 ตึกกรมสุขภาพจิต ในบริเวณกระทรวงสาธารณสุข
ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 0-2951-1286-93 โทรสาร 0-2951-1295
http://www.hsri.or.th

พิมพ์ครั้งแรก: พ.ศ. 2544

ราคา 580 บาท
สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย.--นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544.
288 หน้า.
1. ประกันสุขภาพ. I. จเด็จ ธรรมธัชอารี, บรรณาธิการ. II. ชื่อเรื่อง.
368.42
ISBN 974-299-072-7

ออกแบบ: Desire CRM
พิมพ์ที่: บริษัท ดีไซร์ จำกัด

คำนำ

การสัมมนานานาชาติ เรื่อง “การพัฒนาและการปฏิรูปการประกันสุขภาพประเทศอาเซียน” เมื่อวันที่ 16-26 ตุลาคม 2543 เป็นการเปิดโอกาสให้ประเทศไทยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านการประกันสุขภาพกับประเทศเพื่อนบ้าน กัมพูชา อินเดีย อินโดนีเซีย ฟิลิปปินส์ และเยอรมนี แต่ละประเทศได้ศึกษาระบบประกันสุขภาพ การจัดการองค์กรและการจัดสรรงบประมาณ และได้เรียนรู้ข้อดีข้อเสียของกันและกัน เพื่อนำไปประยุกต์ใช้กับระบบของตน

ข้าพเจ้าในฐานะตัวแทนของประเทศไทยรู้สึกเป็นเกียรติที่ได้เป็นเจ้าภาพในการจัดสัมมนานานาชาติและการพิมพ์เอกสารวิชาการในครั้งนี้ หวังว่าผลการสัมมนาจะส่งผลดีต่อการพัฒนาระบบประกันสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ในกลุ่มประเทศอาเซียน และหวังว่าจะได้ร่วมมือกับมูลนิธิเยอรมันเพื่อการพัฒนานานาชาติ (DSE) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และประเทศอาเซียนในการพัฒนาร่วมกันในโอกาสต่อไป

นายแพทย์พิพัฒน์ ยิ่งเสรี
ผู้อำนวยการสำนักงานประกันสุขภาพ
กระทรวงสาธารณสุข

คำนำ

หนังสือฉบับนี้เป็นรายงานเอกสารวิชาการที่เสนอในการสัมมนานานาชาติครั้งที่ 8 จัดโดยศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ (Public Health Promotion Center) มูลนิธิเยอรมันเพื่อการพัฒนานานาชาติ (DSE) ซึ่งกิจกรรมการสัมมนาเริ่มขึ้นตั้งแต่ปี 2538

เป็นที่ทราบกันว่า หนทางการบริการและการจัดสรรทางการเงินด้านสุขภาพ มีนัยลึกซึ้งด้านการจัดบริการ การเข้าถึงและคุณภาพ การจัดตั้งแผนประกันสุขภาพสังคมมีความสำคัญ ในหลายประเทศที่กำลังพัฒนา การวิเคราะห์ทางเลือกการปฏิรูปอย่างรอบด้านเป็นสิ่งที่ต้องกระทำอย่างยิ่งก่อนจะเริ่มการปฏิรูปภาคสาธารณสุขในบริเวณนี้ เนื่องจากการเปรียบเทียบการปฏิรูปทั้งกับประเทศอื่นและกับปรากฏการณ์ของประเทศตน จะช่วยให้เข้าใจเงื่อนไขต่างๆ ได้ดีขึ้น และจะเป็นสิ่งสำคัญที่จะส่งผลต่อความสำเร็จหรือความล้มเหลวของแผนการปฏิรูปใดๆ

มูลนิธิเยอรมันเพื่อการพัฒนานานาชาติ-ศูนย์เพื่อสุขภาพ (DSE-ZG) ได้พัฒนาวิธีการโดยมุ่งหมายในการรวบรวมเหตุผลทางวิทยาศาสตร์กับความเห็นจากการปฏิบัติงานจริงของนักปฏิรูปทางด้านสุขภาพและข้อแนะนำของผู้เข้าร่วมสัมมนาครั้งที่ผ่านๆ มา โดยเราเรียกว่า “การเรียนรู้จากเพื่อนนานาชาติ” ซึ่งเป็นกระบวนการที่ให้กลุ่มผู้วางแผนระดับอาวุโสวิเคราะห์ระบบสาธารณสุขของประเทศเจ้าภาพและโครงการปฏิรูปที่ปฏิบัติอยู่จริงซึ่งในที่นี้คือระบบสาธารณสุขของประเทศไทย จากนั้นจะให้นำกระบวนการเดียวกันนี้ไปประยุกต์ใช้กับประเทศของตน เอกสารชุดนี้จะแสดงให้เห็นอีกครั้งหนึ่งว่า นี่คือกระบวนการซึ่งเป็นประโยชน์สองด้าน ทั้งกับประเทศเจ้าภาพและประเทศรับเชิญ

ผู้เข้าร่วมการสัมมนาและ DSE ขอขอบคุณการปฏิบัติงานและความเปิดเผยของประเทศไทยที่มีส่วนทำให้เกิดการประชุมอันนำมาสู่ความสำเร็จแห่งประสบการณ์การเรียนรู้ในครั้งนี้ และขอขอบคุณทุกท่านที่ได้อุทิศตนแก่การสัมมนาในครั้งนี้ จากความเสียสละของท่าน เรามั่นใจว่าการเรียนรู้จากเพื่อนนานาชาติ ในทำนองเดียวกันนี้ จะทำให้เกิดความชัดเจนในประเด็นต่างๆ อันจะเอื้อประโยชน์ต่อการจัดสัมมนาต่อไปในอนาคต

นายแพทย์ ดับบลิว ซีเดล
ผู้อำนวยการศูนย์ส่งเสริมสาธารณสุข
มูลนิธิเยอรมันเพื่อการพัฒนานานาชาติ

สารบัญ

ภาค 1 บริบทของประกันสุขภาพ **1**

บทที่ 1 **ระบบสุขภาพของประเทศไทย** **3**

โดย สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, พ.บ.

1.1 ข้อมูลพื้นฐาน 3

1.2 สถานการณ์และแนวโน้มสุขภาพ 4

1.3 ระบบบริการสุขภาพ 12

1.4 ปัญหาระบบสุขภาพของไทย 24

1.5 เอกสารอ้างอิง 30

บทที่ 2 **ระบบประกันสุขภาพในภาพรวมของประเทศไทย** **32**

โดย วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, พ.บ., Ph.D.

2.1 บทนำ 32

2.2 การประกันสุขภาพในรูปแบบต่างๆ 33

2.3 แนวโน้มของการครอบคลุมโดยระบบประกันสุขภาพ 35

2.4 ลักษณะของผู้ไม่ได้รับการคุ้มครองจากระบบประกัน 36

2.5 ปัญหาของระบบประกันสุขภาพ 40

2.6 การปฏิรูประบบประกันสุขภาพ 42

2.7 ทิศทางการปฏิรูปในอนาคต 43

2.8 เอกสารอ้างอิง 44

ภาค 2 ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย **47**

บทที่ 3 **ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ: บทเรียนของการจ่ายตามบริการที่ไร้การควบคุม** 49

โดย จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, พ.บ., Ph.D.

3.1 ภาพรวมของกลไกการจ่ายและระบบตรวจสอบ 49

3.2 แนวโน้มค่าใช้จ่ายของระบบและปัจจัยที่มีผลต่อค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น: ความกังวลที่สำคัญของรัฐบาล 50

3.3 มาตรการการควบคุมค่าใช้จ่ายระยะสั้นเมื่อไม่นานที่ผ่านมา: การหย่อนประสิทธิผลของมาตรการทางอุปสงค์ 52

3.4 ทิศทางของการปฏิรูป: ความริเริ่มใหม่ๆ ที่จะนำไปสู่การปฏิบัติ 54

3.5 กิตติกรรมประกาศ 58

3.6 เอกสารอ้างอิง 59

บทที่ 4 โครงการประกันสังคม:ประสบการณ์ต่างๆ ในการพิจารณาบริการทางการแพทย์ในระบบเหมาจ่าย 61

โดย สุรเดช อิทธิวลีกุล, พ.บ.

4.1 ภาพรวมของการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ 61

4.2 ทิศทางและแนวโน้มการให้การบริการของสถานพยาบาล 63

4.3 การตอบสนองของสถานพยาบาลคู่สัญญาหลักและสถานพยาบาลเครือข่าย 64

4.4 อัตราการใช้บริการทางการแพทย์ 65

4.5 การปรับเปลี่ยนภายในของสถานพยาบาลและการพัฒนาคุณภาพการบริการ 66

4.6 ภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจและความรับผิดชอบของสถานพยาบาล 67

4.7 ข้อเสนอแนะ 67

4.8 เอกสารอ้างอิง 68

บทที่ 5 สวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล การคลัง และการครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย 68

โดย ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย

5.1 วิวัฒนาการของโครงการสวัสดิการ 69

5.2 ปัญหาที่พบในโครงการ สปร. 70

5.3 ความเป็นธรรมของการบริการและสถานะสุขภาพ 76

5.4 วิกฤตเศรษฐกิจกับนโยบายคุ้มครองผู้มีรายได้น้อย 83

5.5 การปฏิรูปที่เกี่ยวกับโครงการ สปร. และการแก้ปัญหาในอนาคต 84

5.6 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย 86

5.7 สรุป 88

5.8 เอกสารอ้างอิง 88

บทที่ 6 โครงการบัตรประกันสุขภาพ ระบบประกันสุขภาพภาคสมัครใจที่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐ 90

โดย สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, พ.บ., ส.ม., วท.ม.

6.1 วิวัฒนาการของโครงการ 90

6.2 แนวโน้มการขยายตัวและความครอบคลุมบัตรประกันสุขภาพ 94

6.3 ประชากรเป้าหมายและลักษณะสมาชิกบัตรประกันสุขภาพ 95

6.4 การใช้บริการของสมาชิกบัตรประกันสุขภาพ 97

6.5 ต้นทุนการจัดบริการและอัตราการคืนทุน 99

6.6 สัมฤทธิผลของการดำเนินโครงการ 100

6.7 สรุปและอภิปราย 106

6.8 ประเด็นท้าทายในอนาคต 108

6.9 เอกสารอ้างอิง 108

บทที่ 7 การประกันสุขภาพภาคเอกชน 110

โดย ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, ท.บ., ส.ม.

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, พ.บ., Ph.D.

ประพันธ์ สหพัฒนา, บท.ม., ศ.ม.

7.1 สถานการณ์และแนวโน้มของธุรกิจประกันสุขภาพในภาคเอกชน 110
7.2 โครงสร้างตลาดและแนวโน้ม 118
7.3 ผลการดำเนินการและการจัดการความเสี่ยง 120
7.4 ผลกระทบของการผ่อนคลายเงื่อนไขทางการค้าและวิกฤตการณ์เศรษฐกิจ 126
7.5 บทวิจารณ์และข้อเสนอแนะ 127
7.6 เอกสารอ้างอิง 129

ภาค 3 นวัตกรรมของระบบประกันสุขภาพ 131

บทที่ 8 ระบบประกันสุขภาพชนิดใหม่ 133
โดย สุพล ลิมวัฒนานนท์, ภ.บ., Ph.D.
8.1 การประกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร 133
8.2 วิวัฒนาการของระบบประกันสำหรับผู้ประสบภัยจากอุบัติเหตุจราจร 134
8.3 วัตถุประสงค์ของการประกันความเสียหายของผู้ประสบภัยจากอุบัติเหตุจราจร 135
8.4 การบริหารจัดการในระบบประกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร 137
8.5 สถานการณ์ปัจจุบันของระบบประกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร 140
8.6 ปัญหาของระบบประกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร 141
8.7 บทบาทของธุรกิจประกันภัยภาคเอกชนและสิ่งท้าทายต่อระบบการเงินการคลังสำหรับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร 145
8.8 เอกสารอ้างอิง 148

บทที่ 9 กลุ่มออมทรัพย์กับสวัสดิการสุขภาพชุมชน 150
โดย เสรี พงศ์พิศ, Ph.D.
9.1 บทนำ 150
9.2 กองทุนชุมชนและสวัสดิการชุมชน 153
9.3 กรณีกลุ่มออมทรัพย์ที่สงขลาและสวัสดิการชุมชน 155
9.4 การพึ่งตนเองด้านสุขภาพของชุมชน 162
9.5 ข้อเสนอที่ได้จากกลุ่มออมทรัพย์สงขลา 163

ภาค 4 กลไกที่จำเป็นสำหรับระบบประกันสุขภาพ 167

บทที่ 10 การพัฒนากลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมในประเทศไทย 169
โดย ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, พ.บ., Ph.D.
10.1 ความจำเป็นที่ต้องมีตัวชี้วัดกลุ่มโรค 169
10.2 วิวัฒนาการและการใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมในประเทศไทย 171
10.3 การคำนวณค่ามาตรฐาน 175
10.4 การใช้ประโยชน์ของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมในประเทศไทย 175
10.5 ปัญหาในการนำกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมมาปฏิบัติ 177
10.6 ความรู้ที่ได้จากการใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม 179

10.7 บทเรียนสำหรับการพัฒนาต่อไป 182
10.8 การพัฒนาในอนาคต 183
10.9 สรุป 184
10.10 เอกสารอ้างอิง 185

บทที่ 11 ระบบประกันคุณภาพของการดูแลสุขภาพในประเทศไทย 187
โดย จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, พ.บ., Ph.D.
11.1 กรอบของกฎระเบียบในการประกันคุณภาพในระบบการดูแลสุขภาพ 187
11.2 วิวัฒนาการและความก้าวหน้าของกระบวนการประกันคุณภาพ 189
11.3 ความสำเร็จและข้อจำกัดของกระบวนการประกันคุณภาพ 194
11.4 สิ่งที่ท้าทายในอนาคต 195
11.5 เอกสารอ้างอิง 196

บทที่ 12 การปฏิรูประบบบริหารจัดการด้านยา 198
โดย เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์, ภ.บ., ร.ม., Ph.D.
วิทยา กุลสมบูรณ์, ภ.บ., Ph.D.
12.1 ค่าใช้จ่ายด้านยา: เป้าหมายในการควบคุมต้นทุนการให้บริการสุขภาพ 198
12.2 ระบบจัดการด้านยาที่สำคัญในปัจจุบัน 199
12.3 การพัฒนาเครื่องมือบริหารด้านยา 203
12.4 ประเด็นที่ต้องคำนึงถึงในการพัฒนาเครื่องมือบริหารเภสัชกรรม 208
12.5 สรุป 209
12.6 เอกสารอ้างอิง 209

ภาค 5 การปฏิรูประบบสุขภาพกับการประกันสุขภาพ 211

บทที่ 13 วาระปฏิรูปในประเทศไทย 213
โดย วิพุธ พูลเจริญ, พ.บ., MPH.
13.1 การปฏิรูปการเมือง 214
13.2 การกระจายอำนาจสู่องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น 220
13.3 การปฏิรูประบบราชการ 221
13.4 วิกฤติทางเศรษฐกิจ 225
13.5 สามพลังขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพ 227
13.6 การเคลื่อนไหวสู่การปฏิรูประบบสุขภาพ 229
13.7 กรอบร่างระบบสุขภาพแห่งชาติ 231
13.8 เอกสารอ้างอิง 237

บทที่ 14 การปฏิรูประบบบริหารภาครัฐ และการปฏิรูปภาคราชการ กับอนาคตของการพัฒนาการประกันสุขภาพของประเทศไทย: การปกครองตนเองและการกระจายอำนาจในการบริหารของโรงพยาบาล 238

โดย สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, พ.บ., MPH.

14.1 บทนำ 238

14.2 การปฏิรูปโรงพยาบาลของรัฐในประเทศไทย 239

14.3 การกระจายอำนาจและการถ่ายโอนอำนาจในภาคสาธารณสุข 246

14.4 การดำเนินการในการกระจายอำนาจ 254

14.5 สรุป 259

14.6 เอกสารอ้างอิง 260

บทที่ 15 การปฏิรูปบริการสุขภาพระดับต้น 263

โดย ปรีดา แต้อารักษ์, พ.บ.

15.1. สถานการณ์ปัจจุบันของสุขภาพระดับต้นในประเทศไทย 263

15.2 ความพยายามในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้น 272

15.3 แผนการในอนาคต 276

15.4 บทสรุป 281

15.5 เอกสารอ้างอิง 281

บทที่ 16 การดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 283

โดย อัมมาร สยามวาลา, Ph.D.

16.1 ความนำ 283

16.2 ความเป็นไปได้ในการจัดงบประมาณสำหรับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 284

16.3 ข้อเสนอขั้นตอนการดำเนินงาน 286

16.4 สถานการณ์ปัจจุบัน นโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรคของรัฐบาล 287

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1.1	สถานบริการสุขภาพประเทศไทย	14
ตารางที่ 1.2	การกระจายทรัพยากรสาธารณสุขรายภาค พ.ศ. 2542	17
ตารางที่ 1.3	ความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพประเทศไทย พ.ศ. 2541	23
ตารางที่ 1.4	อัตราตายทารกในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล พ.ศ. 2507-2539	24
ตารางที่ 1.5	อัตราส่วนเครื่องเอกซ์เรย์คอมพิวเตอร์ต่อประชากรหนึ่งล้านคนและดัชนีความแตกต่าง จำแนกตามรายภาค พ.ศ. 2537 และ พ.ศ. 2541	25
ตารางที่ 1.6	การใช้เตียงของสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ พ.ศ. 2538-2542	27
ตารางที่ 1.7	ความไม่พึงพอใจของผู้ใช้บริการโรงพยาบาล	26
ตารางที่ 1.8	ร้อยละของความครอบคลุมการประกันสุขภาพแต่ละระบบ พ.ศ. 2534-2543	29
ตารางที่ 2.1	ลำดับเหตุการณ์ของการเกิดระบบประกันสุขภาพรูปแบบต่างๆ ในประเทศไทย	34
ตารางที่ 2.2	ร้อยละการครอบคลุมประชากรและแนวโน้ม 2534, 2539 และ 2542	35
ตารางที่ 2.3	รายได้ต่อเดือนของครัวเรือนที่ไม่มีและที่มีประกัน 2539	36
ตารางที่ 2.4	ระดับการศึกษาของหัวหน้าครัวเรือนที่ไม่มีและที่มีประกัน 2539	37
ตารางที่ 2.5	อาชีพของหัวหน้าครัวเรือนที่ไม่มีและที่มีประกัน 2539	37
ตารางที่ 2.6	การมีประกันและสถานะของอนามัยแม่และเด็ก	38
ตารางที่ 2.7	ลักษณะระบบประกันสุขภาพต่างๆ ในประเทศไทย 2542	38
ตารางที่ 3.1	สถิติค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และการใช้บริการของข้าราชการที่ยังไม่เกษียณอายุและครอบครัวในระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการในปี พ.ศ. 2535 และ ปี พ.ศ. 2539-2540	51
ตารางที่ 3.2	การเปลี่ยนแปลงของค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ภายหลังการใช้มาตรการระยะสั้น	53
ตารางที่ 3.3	ประสิทธิผลของมาตรการระยะสั้นที่สำคัญ ซึ่งได้รับการอนุมัติจากคณะรัฐมนตรี	53
ตารางที่ 3.4	ข้อเสนอการปรับปรุงเรื่องสิทธิประโยชน์	56
ตารางที่ 3.5	ข้อเสนอวิธีการจ่ายเงินให้แก่ผู้ให้บริการและการมีส่วนร่วมโดยผู้ใช้บริการ	57
ตารางที่ 4.1	จำนวนสถานพยาบาลภายใต้โครงการประกันสังคม ปี 2535-2541	63
ตารางที่ 4.2	แสดงจำนวนโรงพยาบาลคู่สัญญารอง พ.ศ. 2534-2543	65
ตารางที่ 4.3	การใช้บริการสุขภาพ (Utilization of Health)	65
ตารางที่ 4.4	การบริหารภายในของโรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก	66
ตารางที่ 5.1	จำนวนประชากรของโครงการ สปร. (ล้านคน) ตามเขตและปี	72

ตารางที่ 5.2	เส้นแบ่งความยากจนและจุดตัดเพื่อค้นหาผู้มีรายได้น้อย	74
ตารางที่ 5.3	เป้าหมายและผลการออกบัตร สปร. ประเภททต่างๆ ปี 2541 (ล้านบัตร)	74
ตารางที่ 5.4	งบประมาณและรายจ่ายของโครงการ สปร.	77
ตารางที่ 5.5	อัตราการใช้บริการ ราคาค่าบริการต่อรายและรายจ่ายต่อคนปี 2541	78
ตารางที่ 5.6	งบประมาณต่อคน (บาท) ที่จัดสรรสู่ภาคต่างๆ	79
ตารางที่ 5.7	น้ำหนักที่ให้กับการจัดสรรงบประมาณ สปร. สู่จังหวัด	79
ตารางที่ 5.8	งบประมาณต่อคน (บาท) ที่จัดสรรไปสู่จังหวัด เฉลี่ยตามภาค	82
ตารางที่ 6.1	เปรียบเทียบลักษณะสำคัญของบัตรสุขภาพในแต่ละระยะ	93
ตารางที่ 6.2	ความครอบคลุมรายได้ และเงินอุดหนุนที่ได้รับของบัตรประกันสุขภาพ 2530-2542	94
ตารางที่ 6.3	อัตราการใช้บริการของสมาชิกบัตรประกันสุขภาพเทียบกับระบบอื่นๆ 2531-2542	97
ตารางที่ 6.4	สัดส่วนการใช้บริการตามระดับสถานพยาบาล 2540-2542	99
ตารางที่ 6.5	ต้นทุนการจัดบริการต่อบัตร และอัตราการคืนทุนของโครงการ ระหว่างปี 2540-2542	100
ตารางที่ 6.6	จำนวนครั้งของการป่วยและการใช้บริการในสถานพยาบาลตามประเภทหลักประกัน	101
ตารางที่ 6.7	อัตราการป่วยและการใช้บริการ (ครั้งต่อคนต่อปี) และพฤติกรรมแสวงหาบริการสมาชิกบัตรประกันสุขภาพ ปี 2539	104
ตารางที่ 7.1	จำนวนบริษัทประกันเอกชน 2535-2542	112
ตารางที่ 7.2	จำนวนกรมธรรม์ประกันสุขภาพภายใต้การประกันชีวิตและการประกันวินาศภัย ปี 2535-2541	114
ตารางที่ 7.3	เบี้ยประกันสุขภาพในประกันชีวิตและในประกันวินาศภัย 2535-2541	115
ตารางที่ 7.4	จำนวนประชากรที่รายงานว่ามีประกันในแต่ละระบบ	116
ตารางที่ 7.5	เบี้ยประกันสุขภาพภาคเอกชนและค่าใช้จ่ายทางสุขภาพโดยรวม	116
ตารางที่ 7.6	เบี้ยประกันสุขภาพของธุรกิจประกันชีวิตแบบธรรมดา	117
ตารางที่ 7.7	เบี้ยประกันสุขภาพของบริษัทประกันวินาศภัย	117
ตารางที่ 7.8	ส่วนแบ่งตลาดของเบี้ยประกันสุขภาพ ในประเทศไทย ปี 2540	118
ตารางที่ 7.9	อัตราสินไหมทดแทน (Loss ratio) ค่าใช้จ่าย (Expense ratio) และค่าตอบแทน (Commission ratio) ของธุรกิจประกันสุขภาพ	124
ตารางที่ 8.1	สรุปการชดเชยค่าเสียหายและวิธีการเบิกจ่ายของระบบประกันอุบัติเหตุตามลักษณะของผู้บาดเจ็บและคู่กรณี	136
ตารางที่ 8.2	กรมธรรม์และเบี้ยประกันตามกฎหมายคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ	139
ตารางที่ 8.3	เบี้ยประกันและค่าสินไหมของธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ	140
ตารางที่ 8.4	ระยะเวลาที่โรงพยาบาลขอนแก่นใช้ในการเบิกจ่ายเงินชดเชยจากบริษัทประกัน	141
ตารางที่ 8.5	การเบิกจ่ายและการได้รับชำระค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข	142

ตารางที่ 8.6 การเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ 143

ตารางที่ 10.1 การพัฒนา DRG ในประเทศไทย 171
ตารางที่ 10.2 โปรแกรมจัดกลุ่ม DRG และความสามารถของโปรแกรม 174
ตารางที่ 10.3 การใช้ประโยชน์จาก DRG ทั้งการวิจัยและการคลังสุขภาพ 176

ตารางที่ 12.1 องค์ประกอบของระบบในการปฏิรูประบบบริหารจัดการด้านยาและเครื่องมือการจัดการ 198
ตารางที่ 12.2 ยาชนิดต่างๆ ในแต่ละกลุ่มการรักษาจำแนกตามระดับความแตกต่างทางด้านราคา 201
ตารางที่ 12.3 ราคาต่ำสุดและสูงสุดของยาที่ได้จากรายงานการจัดซื้อรวมกันของจังหวัดต่างๆ ในระหว่างปี 2541-2543 202

ตารางที่ 14.1 สถานบริการต่างๆ ทั่วประเทศ ปี พ.ศ. 2541 239
ตารางที่ 14.2 เปรียบเทียบรูปแบบต่างๆ 3 รูปแบบโดยเกณฑ์ต่างๆ 252

ตารางที่ 15.1 เหตุผลของผู้ป่วยที่ข้ามสถานีอนามัยไปยังโรงพยาบาลชุมชน อำเภอนครไทย ตั้งแต่ 10 กรกฎาคม-11 สิงหาคม พ.ศ. 2538 269
ตารางที่ 15.2 อัตราส่วนของบุคลากรสาธารณสุขต่อประชากร พ.ศ. 2540 และเป้าหมายใน พ.ศ. 2560 272

ตารางที่ 16.1 การประมาณการงบประมาณและแหล่งเงินที่มีอยู่ และวงเงินที่ต้องการเพิ่มเติม เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี 2544 ภายใต้ข้อสมมติระบบกองทุนเดียว 285

สารบัญภาพ

ภาพที่ 1.1	ผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติเฉลี่ยต่อหัว พ.ศ. 2494-2543	4
ภาพที่ 1.2	อัตรามารดาตายต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2505-2542	5
ภาพที่ 1.3	อัตราตายด้วยสาเหตุที่สำคัญต่อประชากร 100,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2510-2542	6
ภาพที่ 1.4	อุบัติการณ์การป่วยด้วยโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนที่สำคัญของประเทศไทย พ.ศ. 2520-2543	7
ภาพที่ 1.5	อุบัติการณ์และอัตราตายจากไข้มาลาเรียในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2520-2543	8
ภาพที่ 1.6	อัตราความชุกของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และอัตราการใช้ถุงยางอนามัยในหญิงขายบริการทางเพศ ประเทศไทย พ.ศ. 2520-2543	9
ภาพที่ 1.7	อุบัติการณ์และอัตราการตายจากโรคอุจจาระร่วง ประเทศไทย พ.ศ. 2520-2543	9
ภาพที่ 1.8	อัตราความชุกการติดเชื้อโรคเอดส์ในกลุ่มเสี่ยงปี พ.ศ. 2532-2543	11
ภาพที่ 1.9	ความชุกของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงและการรักษาที่เหมาะสมของประชากรไทย พ.ศ. 2534-2539	12
ภาพที่ 1.10	พฤติกรรมการใช้บริการด้านสุขภาพ ปี พ.ศ. 2542	13
ภาพที่ 1.11	การเคลื่อนย้ายการจัดสรรงบประมาณเนื่องจากโปรแกรมการพัฒนาชนบท	15
ภาพที่ 1.12	จำนวนและสัดส่วนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในสถานบริการแต่ละระดับ พ.ศ. 2520-2543	15
ภาพที่ 1.13	จำนวนและสัดส่วนของแพทย์และเตียงโรงพยาบาลเอกชน พ.ศ. 2514-2542	16
ภาพที่ 1.14	อัตราส่วนของประชากรต่อแพทย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือต่อกรุงเทพมหานคร	18
ภาพที่ 1.15	ค่าใช้จ่ายด้านยา ด้านสุขภาพ และผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ ปี พ.ศ. 2523-2542	19
ภาพที่ 1.16	การไหลเวียนของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในปี พ.ศ. 2541	20
ภาพที่ 1.17	ร้อยละของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือน พ.ศ. 2535, 2537, 2539 และ 2541	21
ภาพที่ 1.18	งบประมาณด้านสาธารณสุขและงบประมาณกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2527-2543	21
ภาพที่ 1.19	ร้อยละของงบประมาณกระทรวงสาธารณสุข แยกตามหมวดรายจ่าย พ.ศ. 2502-2544	22
ภาพที่ 1.20	รูปแบบการใช้บริการสุขภาพของกลุ่มต่างๆ	23
ภาพที่ 3.1	ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการในปีงบประมาณ 2531 ถึง 2543	50
ภาพที่ 4.1	แสดงค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ พ.ศ. 2534-2542	62
ภาพที่ 4.2	แสดงจำนวนโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการประกันสังคม พ.ศ. 2534-2543	63
ภาพที่ 4.3	แสดงสัดส่วนการเลือกสถานพยาบาลของผู้ประกันตนเปรียบเทียบรัฐกับเอกชน พ.ศ. 2534-2543	64

ภาพที่ 5.1	งบประมาณต่อคนต่อปี สำหรับกลุ่มเป้าหมาย สปร. จากปี 2524-2542	77
ภาพที่ 5.2	การจัดสรรงบประมาณ สปร. ในปี 2542	80
ภาพที่ 5.3	สถานะสุขภาพตามที่รายงาน ระหว่างประชาชนในกลุ่ม สปร. (Medical welfare scheme, MWS) และกลุ่มที่เหลือ (คำนวณจากการสำรวจการตรวจร่างกายแห่งชาติ ปี 2539)	83
ภาพที่ 5.4	งบประมาณ สปร. ในราคาปี 2541 และที่คิดเป็นสัดส่วนของงบประมาณกระทรวงสาธารณสุข	84
ภาพที่ 6.1	จำนวนบัตรที่จำหน่ายระหว่าง ตุลาคม 2539-กันยายน 2542	95
ภาพที่ 6.2	ลักษณะของหัวหน้าครัวเรือนสมาชิกโครงการบัตรประกันสุขภาพ 2538	96
ภาพที่ 6.3	อัตราการใช้บริการของสมาชิกบัตรประกันสุขภาพตามความครอบคลุมรายจังหวัด 2542	98
ภาพที่ 7.1	ร้อยละเบี้ยประกันสุขภาพและเบี้ยประกันอุบัติเหตุเมื่อเทียบกับ GDP	115
ภาพที่ 7.2	ส่วนแบ่งตลาดตามจำนวนเบี้ยประกันของบริษัทประกัน 5 อันดับแรก	119
ภาพที่ 7.3	ส่วนแบ่งตลาดตามจำนวนเบี้ยประกัน ของบริษัทประกันที่มีส่วนแบ่งมากที่สุดในธุรกิจประกันชีวิต ประกันวินาศภัย และประกันสุขภาพ	120
ภาพที่ 7.4	ผลการดำเนินการของธุรกิจประกันชีวิตทั้งหมด	121
ภาพที่ 7.5	ผลการดำเนินการของธุรกิจประกันชีวิตแห่งเดียวที่เป็นสาขาของต่างชาติ	121
ภาพที่ 7.6	ผลการดำเนินการของธุรกิจประกันวินาศภัยทั้งหมด	121
ภาพที่ 7.7	ผลการดำเนินการของธุรกิจประกันวินาศภัยโดยรวมที่เป็นสาขาของต่างชาติ	121
ภาพที่ 7.8	ผลการดำเนินการของบริษัทประกันสุขภาพซึ่งมีส่วนแบ่งตลาดอันดับ 1 ในธุรกิจประกันวินาศภัย	122
ภาพที่ 7.9	ผลการดำเนินการของบริษัทประกันสุขภาพซึ่งมีส่วนแบ่งตลาดอันดับ 2 ในธุรกิจประกันวินาศภัย	122
ภาพที่ 7.10	ผลการดำเนินการของบริษัทประกันสุขภาพซึ่งมีส่วนแบ่งตลาดอันดับ 3 ในธุรกิจประกันวินาศภัย	122
ภาพที่ 7.11	ผลการดำเนินการของธุรกิจประกันวินาศภัยที่เป็นสาขาของต่างชาติแห่งเดียวที่ขายประกันสุขภาพร่วมด้วย	122
ภาพที่ 7.12	อัตราสินไหมทดแทนของธุรกิจประกันวินาศภัย	123
ภาพที่ 7.13	สัดส่วนของเบี้ยประกันที่เป็น Ceded premium	123
ภาพที่ 7.14	อัตราการเติบโตต่อปีของเบี้ยประกันชีวิต เบี้ยประกันวินาศภัย และเบี้ยประกันสุขภาพ	126
ภาพที่ 9.1	การเรียนรู้ของชุมชน	152
ภาพที่ 9.2	การพัฒนาชุมชนอย่างเป็นองค์รวม	154
ภาพที่ 9.3	การบริหารจัดการกองทุนสวัสดิการสังคมของกลุ่มออมทรัพย์ จังหวัดสงขลา	161
ภาพที่ 9.4	แนวทางการดำเนินงานในรูปแบบของกองทุนเพื่อสนับสนุนชุมชน	165
ภาพที่ 10.1	อัตราการนอนในโรงพยาบาลต่อ 100,000 ตามอายุ/เพศ ปี 2542	180
ภาพที่ 10.2	ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยตามอายุ/เพศ ของการนอนในโรงพยาบาล	180
ภาพที่ 10.3	ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยต่อคนต่อปี (คำนวณจากภาพที่ 10.1 และ 10.2)	181

ภาพที่ 10.4	อัตราการผ่าท้องคลอด อัตราการตายคลอด และจำนวนวันนอนเฉลี่ย (LOS) ตามหลักประกันของแม่	181
ภาพที่ 11.1	กรอบแนวคิดของมาตรฐานทั่วไปของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล	192
ภาพที่ 13.1	วาระการปฏิรูปในประเทศไทย	214
ภาพที่ 14.1	เครือข่ายการให้บริการของกระทรวงสาธารณสุข ในแต่ละจังหวัด	241
ภาพที่ 14.2	ระบบการกระจายการสาธารณสุขแบบใหม่	250
ภาพที่ 15.1	สัดส่วนร้อยละของประชากรกลุ่มอายุสำคัญ พ.ศ. 2503-2563	264
ภาพที่ 15.2	แสดงจำนวนและสัดส่วนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในสถานบริการแต่ละระดับ พ.ศ. 2530-2541	269
ภาพที่ 15.3	แสดงสัดส่วนแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปต่อแพทย์เฉพาะทางระหว่าง พ.ศ. 2514-2542	271
ภาพที่ 15.4	สัดส่วนแพทย์เฉพาะทางและแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2514-2542	271
ภาพที่ 15.5	แผนภูมิแสดงความเชื่อมโยงระหว่างระบบบริการสุขภาพระดับต้นกับระบบสุขภาพอื่นๆ	280

ภาค 1

บริบทของประกันสุขภาพ

บทที่ 1 **ระบบสุขภาพของประเทศไทย**
โดย สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, พ.บ.

บทที่ 2 **ระบบประกันสุขภาพในภาพรวมของประเทศไทย**
โดย วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, พ.บ., Ph.D.

บทที่ 1

ระบบสุขภาพของประเทศไทย

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, พ.บ.
กระทรวงสาธารณสุข

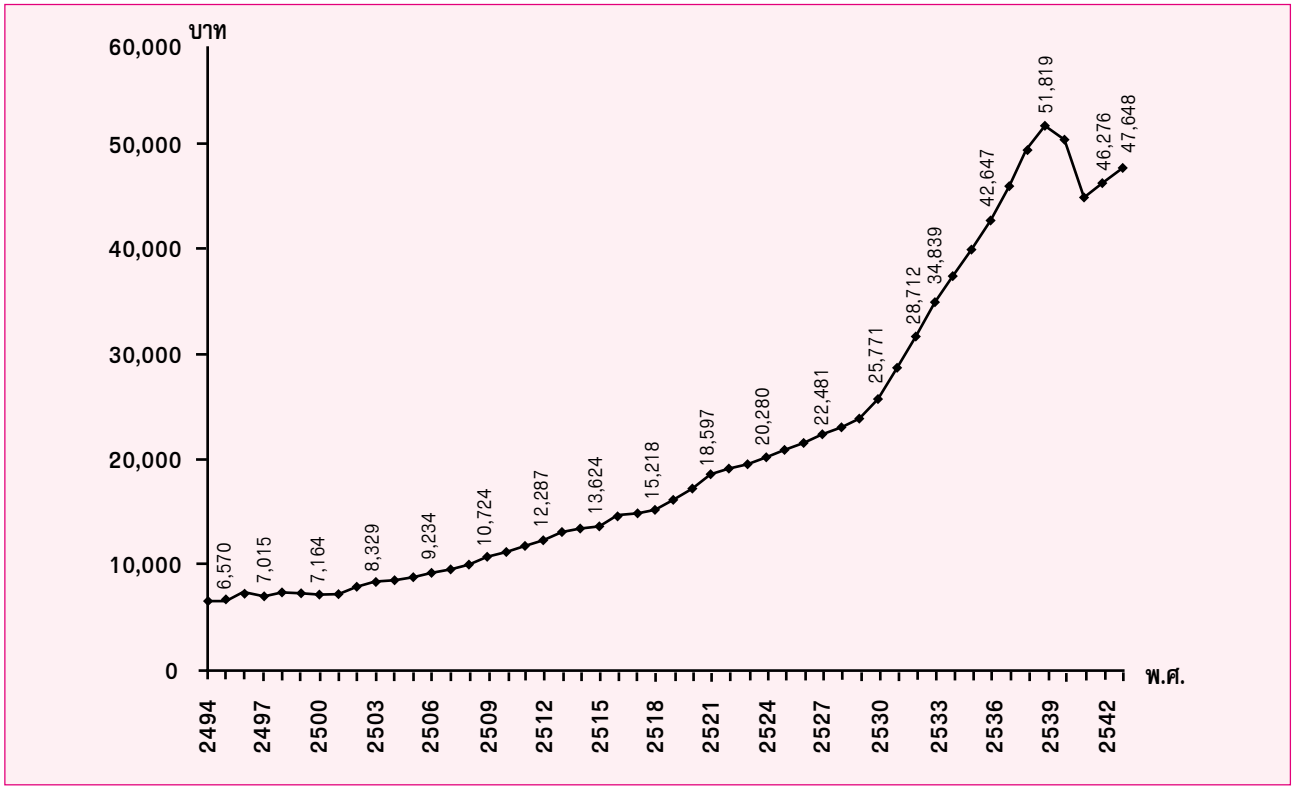
1.1 ข้อมูลพื้นฐาน

ประเทศไทยตั้งอยู่ในภาคพื้นทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เหนือบริเวณเส้นศูนย์สูตร โดยเป็นส่วนหนึ่งของคาบสมุทรอินโดจีน มีประชากรในปี พ.ศ. 2543 จำนวน 62.3 ล้านคน และมีอัตราเพิ่มร้อยละ 1.1 ต่อปี มีจำนวนผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 8.6 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าจะมีจำนวนร้อยละ 15 ในปี พ.ศ. 2563[1] ประเทศไทยปกครองโดยระบอบประชาธิปไตย มีระบบการบริหารราชการแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ การบริหารราชการส่วนกลาง การบริหารราชการส่วนภูมิภาค และการบริหารราชการส่วนท้องถิ่น โดยในปี พ.ศ. 2542 มีการแบ่งการปกครองเป็น 76 จังหวัด 876 อำเภอ 1,129 เทศบาล และมีองค์การบริหารส่วนตำบล 6,397 แห่ง

ตั้งแต่ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 1 ปี พ.ศ. 2504 ระบบเศรษฐกิจของไทยเริ่มพัฒนาจากระบบเกษตรพอเพียงไปสู่การเกษตรพืชไร่และสู่อุตสาหกรรมเพื่อการส่งออก

ในปี พ.ศ. 2542 การส่งออกมีสัดส่วนถึงร้อยละ 53 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (Gross Domestic Products: GDP)[2] เศรษฐกิจไทยเติบโตเฉลี่ยร้อยละ 7.8 ต่อปี ในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา โดยเฉพาะในช่วง พ.ศ. 2530-2533 เศรษฐกิจเติบโตเฉลี่ยร้อยละ 10.5 ต่อปี และเติบโตร้อยละ 8.3 ต่อปี ในช่วง พ.ศ. 2534-2539 ในช่วงกลางปี พ.ศ. 2540 ได้เกิดภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ทำให้อัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจกลับลดลง เป็นร้อยละ -0.4, -9.4 และ 3.5 ในปี พ.ศ. 2540, พ.ศ. 2541 และ พ.ศ. 2542 ตามลำดับ ผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติต่อหัว ในปี พ.ศ. 2542 ในมูลค่าจริงมีค่าเกือบเท่ากับในปี พ.ศ. 2537 (ภาพที่ 1.1)[3] และค่าเงินบาทลดลงเกือบร้อยละ 50 ประเทศไทยต้องขอความช่วยเหลือจากกองทุนการเงินระหว่างประเทศ (IMF) เป็นเงินกู้จำนวน 17.2 ล้านเหรียญสหรัฐ[4]

ภาพที่ 1.1 ผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติเฉลี่ยต่อหัว พ.ศ. 2494–2543 (มูลค่า พ.ศ. 2541)



ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ) 2543[1]

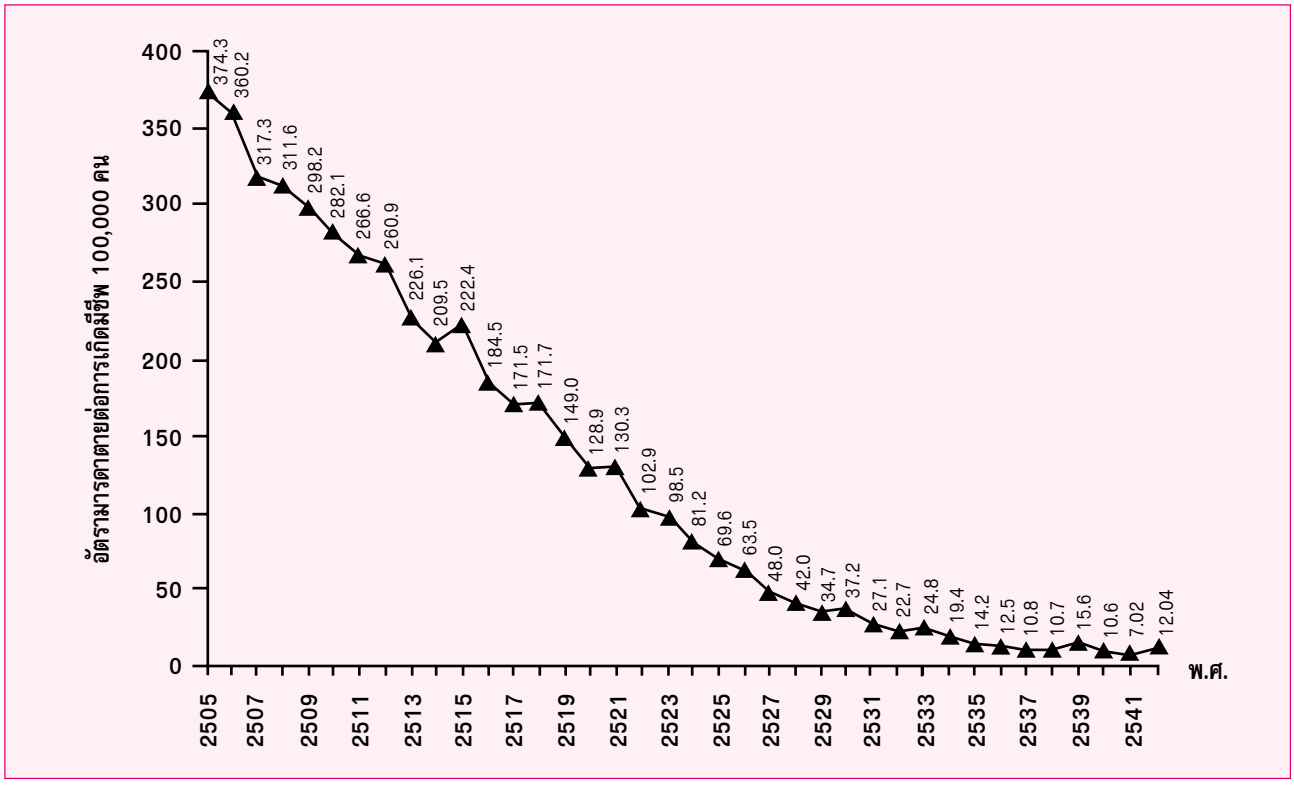
1.2 สถานการณ์และแนวโน้มสุขภาพ

1.2.1 สุขภาพในมิติทางกายดีขึ้น

ระหว่างปี พ.ศ. 2507-2539 อายุคาดเฉลี่ยของคนไทยเมื่อแรกเกิดเพิ่มขึ้น โดยผู้ชายเพิ่มจาก 55.9 ปี เป็น 69.97 ปี และผู้หญิงเพิ่มจาก 62.0 ปี เป็น 74.99 ปี และคาดว่าเมื่อถึงปี พ.ศ. 2563 ผู้ชายจะมีอายุคาดเฉลี่ยเท่ากับ 72.2 ปี ในขณะที่ผู้หญิงจะเท่ากับ 76.5 ปี รายงานสุขภาพโลก (World Health Report 2000) ได้รายงานไว้ว่าค่า DALE ของคนไทย หรืออายุคาดเฉลี่ยที่ปรับความพิการแล้ว คนไทยอยู่ที่ 62 ปี และอยู่ในอันดับที่ 99 จากทั้งหมด 191 ประเทศ[5]

ในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมา อัตราตายของทารกอายุต่ำกว่า 1 ปี ลดลงอย่างเห็นได้ชัด จาก 84.3 ต่อเด็กเกิดมีชีพ 1,000 คน ในปี พ.ศ. 2507 เป็น 26.1 ต่อเด็กเกิดมีชีพ 1,000 คน ในปี พ.ศ. 2539 เช่นเดียวกันกับอัตราตายของมารดาต่อการเกิดมีชีพที่ลดลงจาก 374.3 ต่อเด็กเกิดมีชีพ 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2505 เหลือเพียง 7.0 ในปี พ.ศ. 2541 (ภาพที่ 1.2)[6]

ภาพที่ 1.2 อัตรามารดาตายต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2505–2542



ที่มา: สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ) 2543[1]

1.2.2 สภาวะทางสุขภาพจิตเสื่อมถอยลง

อัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นจาก 5.4 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2529 เป็น 7.0 ในปี พ.ศ. 2540 ขณะที่อัตราการป่วยจากภาวะแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรมเพิ่มขึ้นจาก 21.0 เป็น 30.7 ต่อประชากรพันคนในช่วงเดียวกัน ในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ ได้มีการสำรวจทางโทรศัพท์โดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผู้ว่างงานมีความเครียดมากขึ้นและคิดฆ่าตัวตายมากขึ้นกว่าคนทั่วไปเกือบเท่าตัว[7]

1.2.3 ความผันแปรในมิติด้านสังคมของสุขภาพ

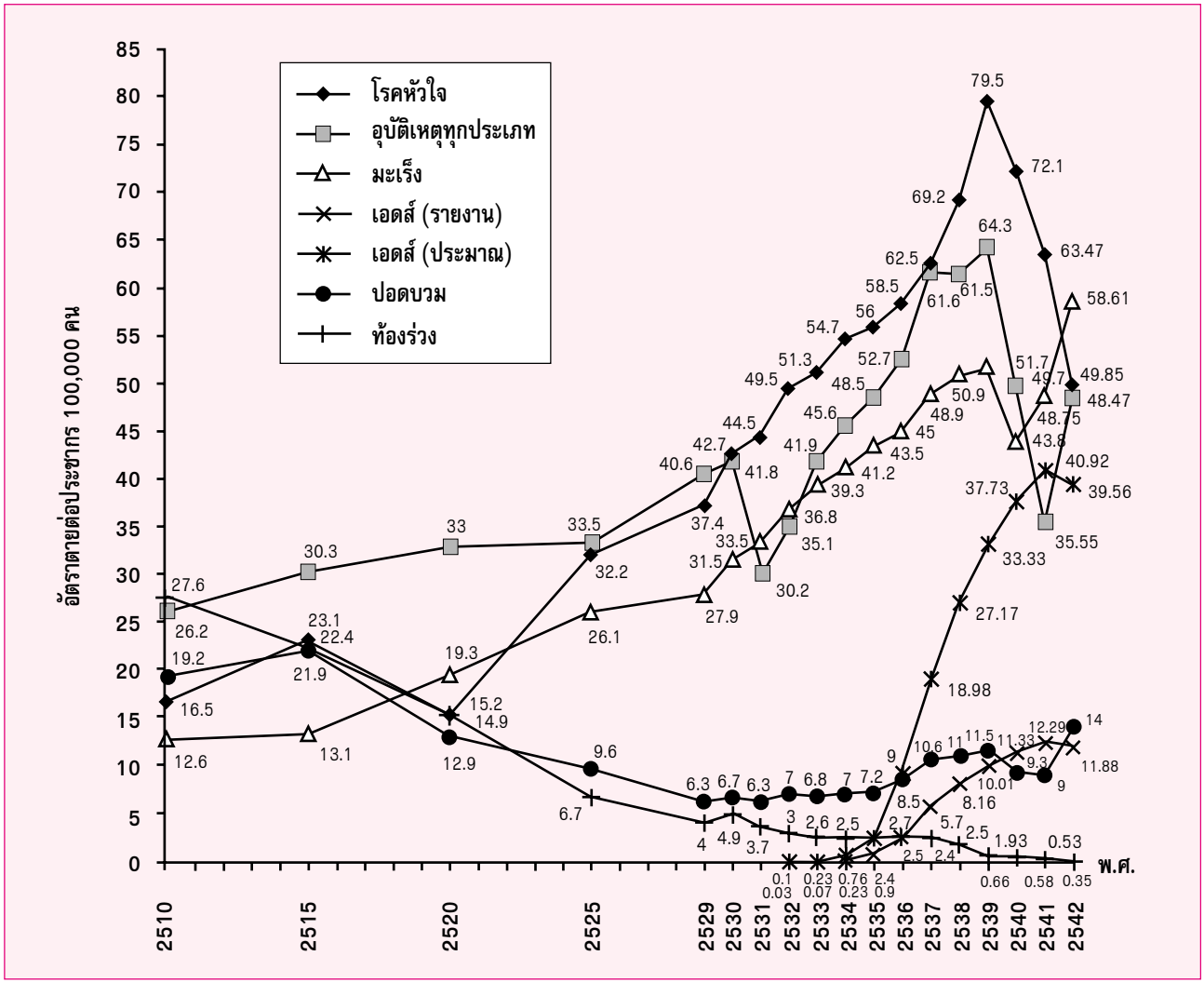
แม้ว่าเศรษฐกิจจะดีขึ้นมากในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมา แต่ช่องว่างระหว่างคนจนและคนรวยกลับกว้างขึ้น ในปี พ.ศ. 2505 ประชากรกลุ่มที่มีรายได้ต่ำสุดมีส่วนแบ่งรายได้เท่ากับร้อยละ 7.9 ในขณะที่ประชากรกลุ่มที่มีรายได้สูงสุดมีส่วนแบ่งรายได้ร้อยละ 49.8 ในปี พ.ศ. 2541 ช่องว่างดังกล่าวกว้างขึ้น เป็นร้อยละ 4.8 และ 53.9 ตามลำดับ[8] นอกจากนี้ พบว่าสภาวะแวดล้อมทางกายภาพเสื่อมถอยลง พบว่า พื้นที่ป่าไม้ลดลงจากร้อยละ 53.3 ในปี พ.ศ. 2504 เป็นร้อยละ 25.3 ในปี พ.ศ. 2541[9] มลพิษทางอากาศ โดยเฉพาะฝุ่นละอองและคุณภาพของน้ำเสื่อมโทรมลง ในขณะที่โอกาสเข้าถึงบริการน้ำสะอาดมากขึ้นครอบคลุมร้อยละ 95 ในปี พ.ศ. 2541 ปัญหาหลักยังคงเป็นขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลโดยเฉพาะในเมืองใหญ่ ในทางตรงกันข้าม พบว่า อัตราการรู้หนังสือของประชากรไทยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 78.6 ในปี พ.ศ. 2513 เป็นร้อยละ 93.8 ในปี พ.ศ. 2538 รัฐธรรมนูญไทย พ.ศ. 2540 และ

พระราชบัญญัติการศึกษาปี พ.ศ. 2542 ได้กำหนดการศึกษาพื้นฐาน 12 ปี เป็นการศึกษาแบบให้เปล่า[10]

1.2.4 การเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยา

การเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยาของประเทศไทย เริ่มตั้งแต่ช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมา มีการลดลงของโรคจากความยากจน เช่น โรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน โรคขาดสารอาหาร โรคจากความขาดแคลนบริการสุขภาพ ในทางกลับกัน พบว่าโรคไม่ติดต่อเริ่มเป็นโรคที่เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ภาพที่ 1.3)[11] จากการใช้ตัวชี้วัดที่หลากหลาย จะได้ปัญหาทางด้านสุขภาพที่สำคัญดังนี้[12] โรคเอดส์และอุบัติเหตุทางรถยนต์ มาเป็นอันดับหนึ่ง ตามมาด้วยโรคเบาหวาน โรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ท้องร่วง ความดันโลหิตสูง ปอดบวม และโรคหัวใจและหลอดเลือด

ภาพที่ 1.3 อัตราตายด้วยสาเหตุที่สำคัญต่อประชากร 100,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2510-2542



ที่มา: สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข และกองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข ใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ) 2543[1]

1.2.5 ปัญหาสุขภาพที่มีแนวโน้มลดลง

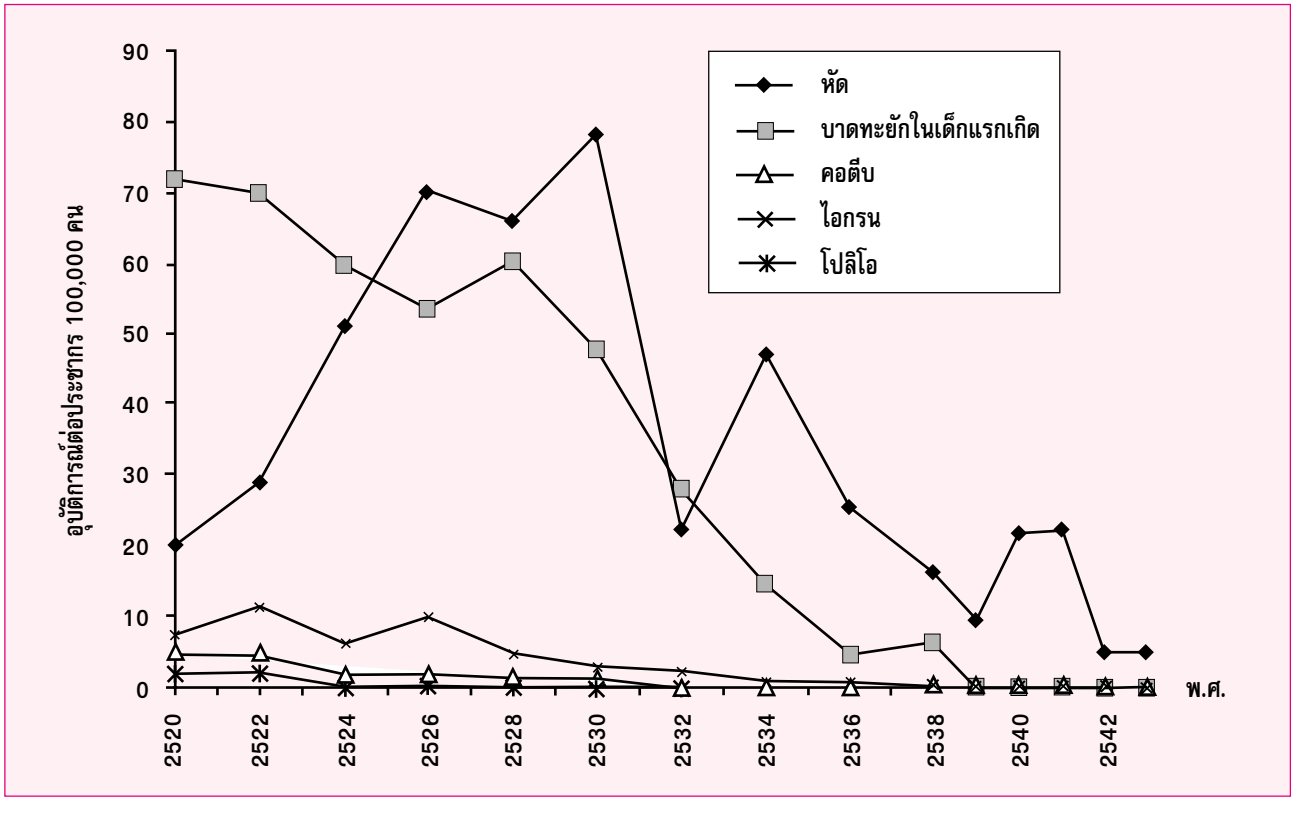
(1) โรคขาดสารอาหาร

ปัญหาภาวะโภชนาการของเด็กต่ำกว่า 5 ปีขาดสารอาหารระดับ 1 มีแนวโน้มดีขึ้น จากร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2531 เป็นร้อยละ 7.9 ในปี พ.ศ. 2541 ในขณะที่เด็กขาดสารอาหารระดับ 2 และระดับ 3 ก็ลดลงเช่นกัน จากร้อยละ 2.01 เป็นร้อยละ 0.53 ในช่วงเวลาเดียวกัน ซึ่งสถานการณ์ไม่แย่ลงในช่วงหลังวิกฤตเศรษฐกิจ อย่างไรก็ตาม ภาวะน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ในเด็กนักเรียนที่ลดลงมาโดยตลอดจนเหลือเพียงร้อยละ 7.9 ในปี พ.ศ. 2539 กลับเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 11.84 ในปี พ.ศ. 2540 และร้อยละ 12.29 ในปี พ.ศ. 2541 ร้อยละ 10.6 ในปี พ.ศ. 2542 ซึ่งอาจเกิดจากความขาดแคลนอาหารกลางวันในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ นอกจากนี้ความชุกของโรคเลือดจางในหญิงตั้งครรภ์ก็มีแนวโน้มเช่นกัน[13]

(2) โรคติดเชื้อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน

จากการที่กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มโครงการขยายการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโดยการให้วัคซีนป้องกันโรคติดต่อที่สำคัญในกลุ่มประชากรเป้าหมาย ทำให้อัตราความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ความครอบคลุมของวัคซีนพื้นฐาน ได้แก่ ไอกรน คอตีบ บาดทะยัก โปลิโอ บีซีจี หัด และตับอักเสบบี ครอบคลุมถึงกว่าร้อยละ 90 ของกลุ่มประชากรเป้าหมาย ทำให้อุบัติการณ์การป่วยด้วยโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนดังกล่าวมีแนวโน้มลดลง (ภาพที่ 1.4)[14]

ภาพที่ 1.4 อุบัติการณ์การป่วยด้วยโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนที่สำคัญของประเทศไทย พ.ศ. 2520-2543

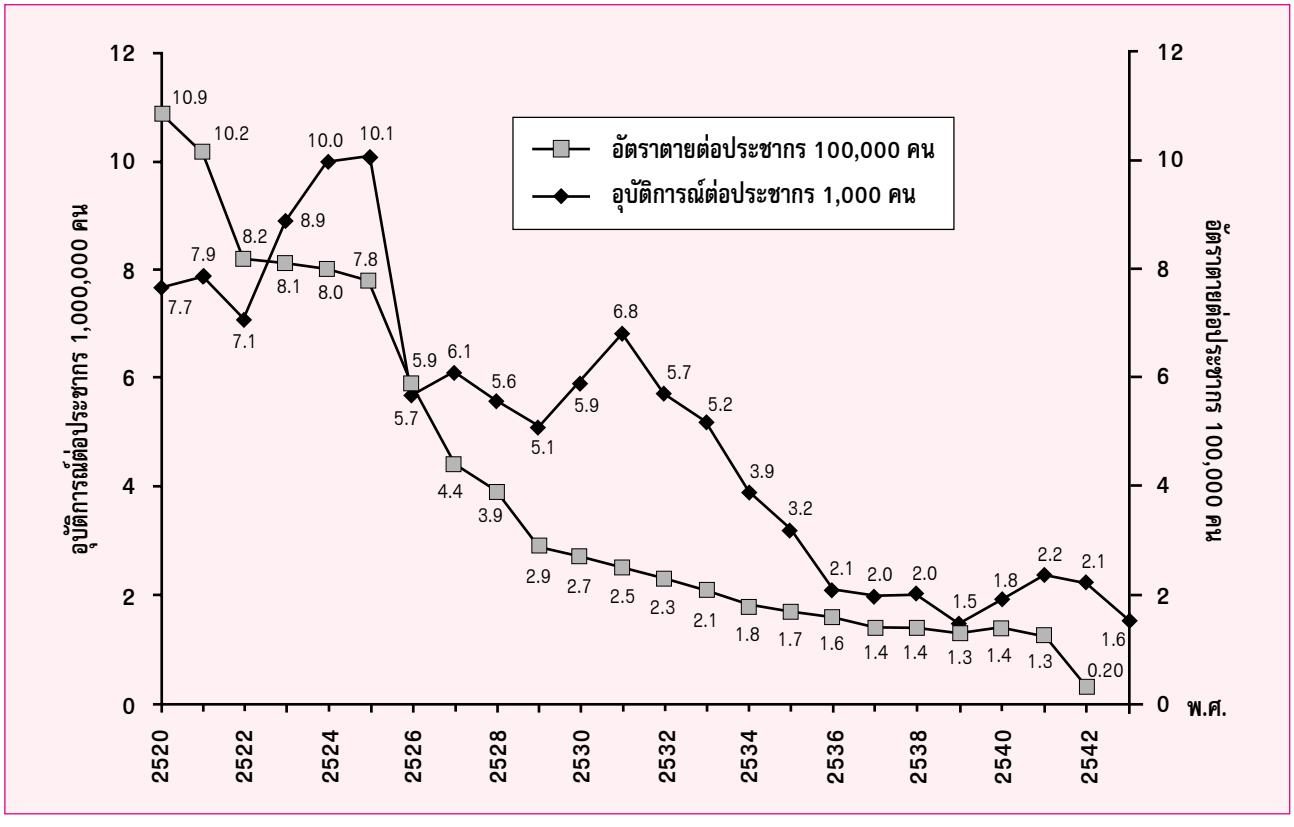


ที่มา: กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข ใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ) 2543[1]

(3) โรคติดเชื้ออื่นๆ[15]

พบว่า อุบัติการณ์ของไข้มาลาเรียมีแนวโน้มสูงขึ้นหลังวิกฤตเศรษฐกิจ แต่อัตราตายลดลงอย่างชัดเจน (ภาพที่ 1.5)

ภาพที่ 1.5 อุบัติการณ์และอัตราตายจากไข้มาลาเรียในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2520-2543



ที่มา: กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข ใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ) 2543[1]

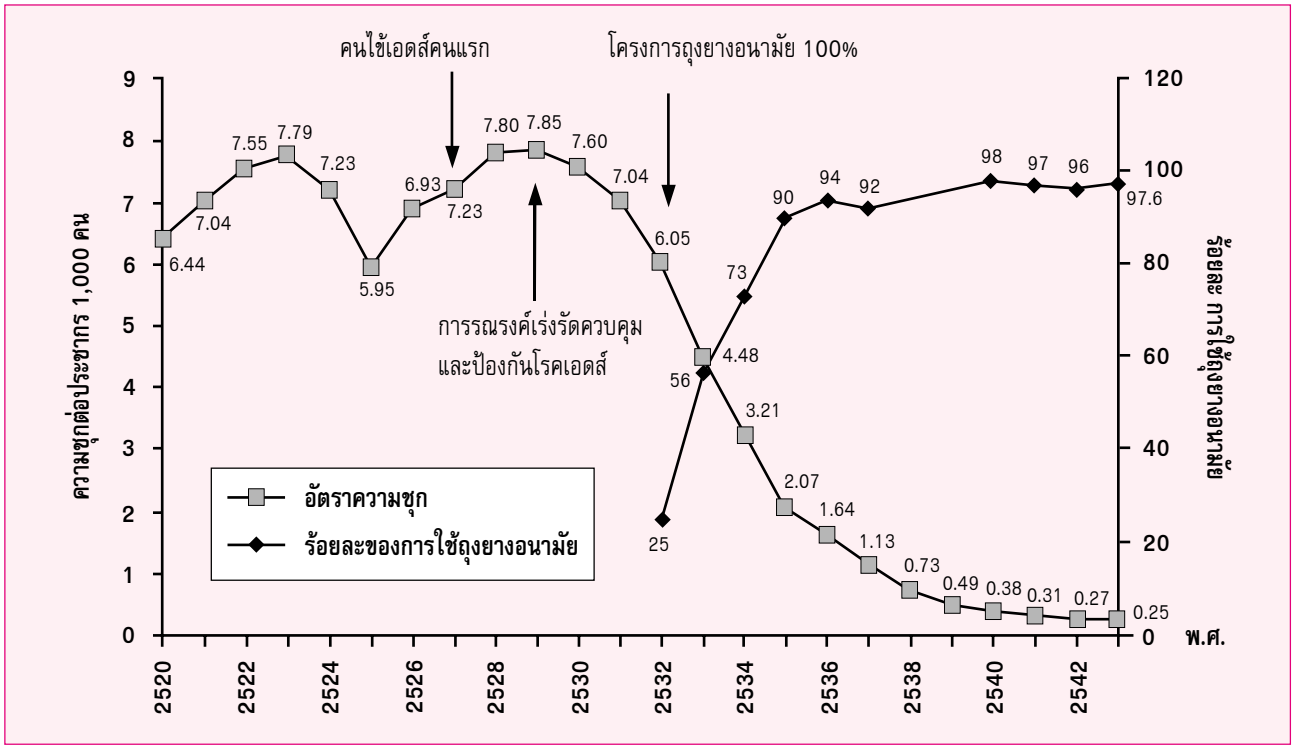
นอกจากนี้ ยังพบโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีแนวโน้มลดลงในช่วงปี พ.ศ. 2530-2543 (ภาพที่ 1.6) และการเกิดโรคเรื้อน ไข้สมองอักเสบ โรคพยาธิ และพิษสุนัขบ้า มีแนวโน้มลดลงเช่นกัน

1.2.6 โรคที่ยังเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของคนไทย

(1) โรคอุจจาระร่วง

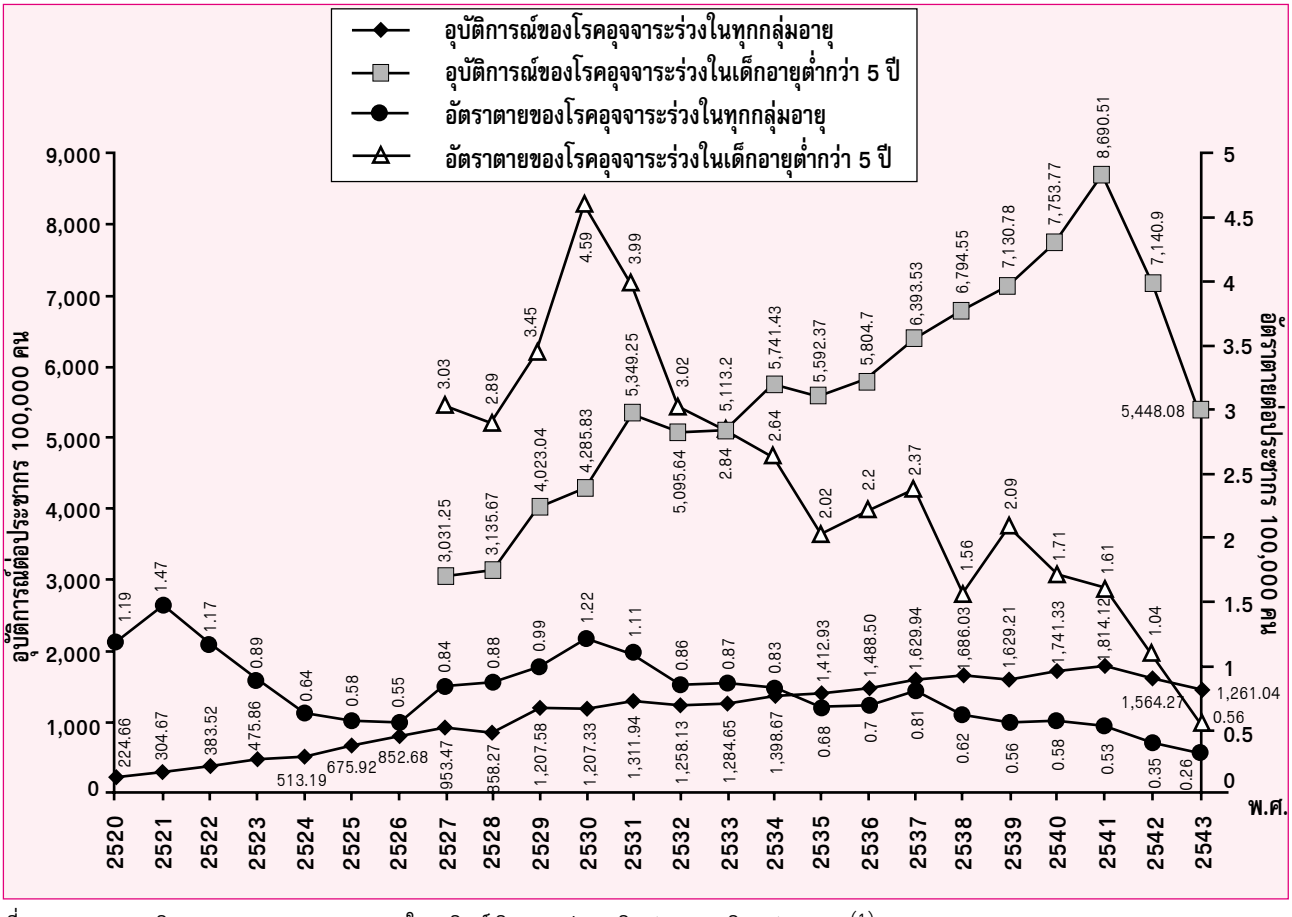
โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันยังคงเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญ ที่ยังพบมีอุบัติการณ์สูงทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ อย่างไรก็ตามอัตราตายด้วยโรคนี้ลดลงเนื่องจากบริการสุขภาพที่ครอบคลุมและคุณภาพดีขึ้น รวมทั้งความสำเร็จของการรณรงค์การใช้ผงน้ำตาลเกลือแร่ (ORT) ภาพที่ 1.7

ภาพที่ 1.6 อัตราความชุกของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และอัตราการใช้ถุงยางอนามัยในหญิงขายบริการทางเพศ ประเทศไทย พ.ศ. 2520-2543



ที่มา: กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข ใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ) 2543[1]

ภาพที่ 1.7 อุบัติการณ์และอัตราการตายจากโรคอุจจาระร่วง ประเทศไทย พ.ศ. 2520-2543



ที่มา: กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข ใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ) 2543[1]

(2) โรคไข้เลือดออก

โรคไข้เลือดออกยังคงเป็นปัญหาสำคัญอยู่ตลอดระยะเวลา 30 ปีที่ผ่านมา และยังไม่มีแนวโน้มที่จะลดลง ในปี พ.ศ. 2540-2541 กลับมีแนวโน้มที่สูงขึ้น โดยมีอุบัติการณ์การป่วย 151.6 และ 202.2 และอัตราตาย 0.34 และ 0.64 ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ และลดลงอีกครั้ง ในปี พ.ศ. 2542 และ ปี พ.ศ. 2543 เป็นอุบัติการณ์การป่วย 40.4 และ 28.5 และอัตราตาย 0.09 และ 0.05 ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ

สาเหตุที่อัตราป่วยและตายลดลงนั้น อาจเกิดจากภูมิต้านทานโรคที่มีอยู่มาก ในช่วงที่มีการระบาดใน พ.ศ. 2540-2541

ในปี พ.ศ. 2544 มีแนวโน้มจะระบาดมากขึ้น ซึ่งพบว่าอัตราป่วยในช่วงเดือนมกราคม-มีนาคม 2544 เพิ่มกว่าช่วงเวลาเดียวกันของปี พ.ศ. 2543 ถึง 3 เท่า

(3) โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก

โรคปอดบวมเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของกลุ่มโรคติดเชื้อในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งสถานการณ์ในปี พ.ศ. 2540 พบมีอุบัติการณ์ของโรคปอดบวมในเด็กต่ำกว่า 5 ปี เท่ากับร้อยละ 2.73 ซึ่งลดลงจาก ปี พ.ศ. 2538 ที่พบร้อยละ 5.2 แต่เมื่อพิจารณาจากอัตราการตาย พบมีแนวโน้มลดลงจาก 15.1 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2533 เป็น 9.05 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2540 และเป็น 3.74 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2542

1.2.7 ปัญหาสุขภาพที่มีแนวโน้มสูงขึ้น[16]

(1) โรคเอดส์

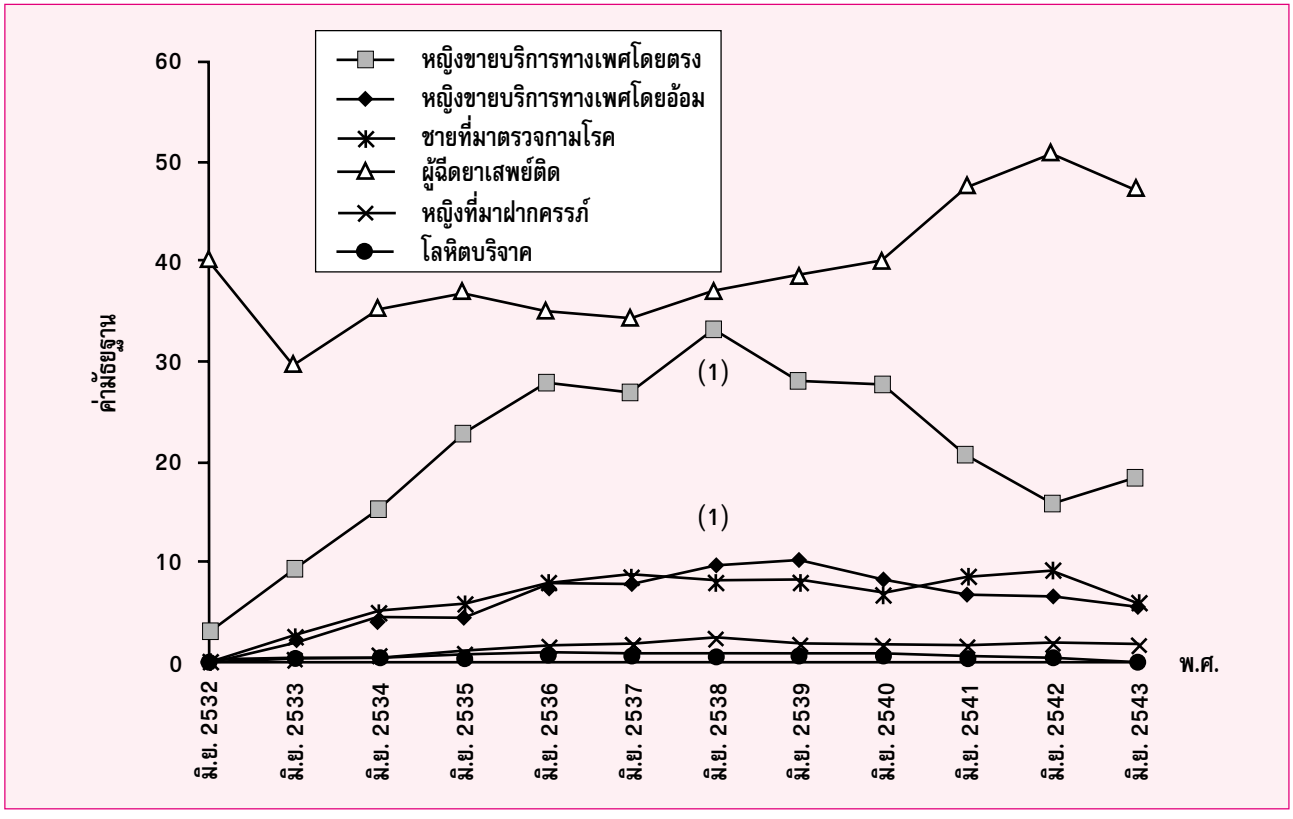
ปัจจุบันพบมีผู้ป่วยติดเชื้อโรคเอดส์ประมาณร้อยละ 2 ของประชากรกลุ่มผู้ใหญ่ หรือประมาณ 7 แสนคน จากโครงการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอดส์เฉพาะพื้นที่ของประเทศไทย พบว่าการติดเชื้อลดลงในทุกกลุ่มยกเว้นกลุ่มผู้ฉีดยาเสพย์ติด (ภาพที่ 1.8) ความชุกของโรคเอดส์ในกลุ่มทหารเกณฑ์เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 1.5 ในปี พ.ศ. 2532 เป็นร้อยละ 3.5-4.0 ในปี พ.ศ. 2536 และลดลงเป็นร้อยละ 1.4 ในปี พ.ศ. 2543

แม้ว่าจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่จะลดลง แต่จำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์ก็ยังไม่ลดลง จากปี พ.ศ. 2527 ที่พบผู้ป่วยเอดส์รายแรกของประเทศไทย จนถึง ปี พ.ศ. 2541 มีรายงานผู้ป่วยสะสม 106,340 ราย เป็นผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการ 42,466 คน และมีรายงานจำแนกตามปัจจัยเสี่ยง พบว่า เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 82.6 ผู้ใช้ยาเสพย์ติด ร้อยละ 5.3 และทารกที่คลอดจากมารดาติดเชื้อเอดส์ร้อยละ 5.03 (ภาพที่ 1.8) แต่ละปีคาดว่ามีผู้ป่วยเอดส์เสียชีวิตประมาณ 50,000 ราย ขณะที่มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ประมาณ 30,000 ราย

(2) วัณโรค

พบว่า ความชุกของวัณโรคลดลงจาก 150 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2528 เหลือเป็น 76 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2534 อย่างไรก็ตาม เนื่องจากอัตราการติดเชื้อโรคเอดส์เพิ่มขึ้น ทำให้จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรคเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะใน 6 จังหวัดภาคเหนือที่มี

ภาพที่ 1.8 อัตราความชุกการติดเชื้อโรคเอดส์ในกลุ่มเสี่ยง ปี พ.ศ. 2532-2543



หมายเหตุ: (1) ข้อมูลเดือนธันวาคม 2537

ที่มา: กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข ใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ) 2543[1]

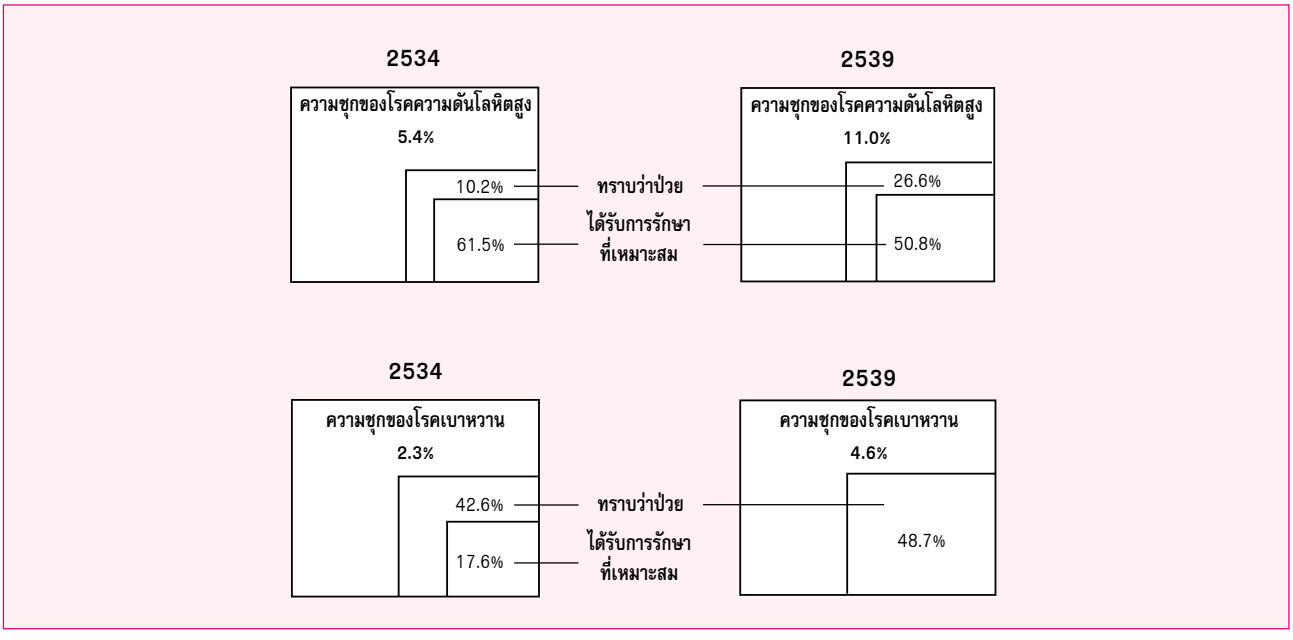
ความชุกของผู้ป่วยโรคเอดส์สูง พบมีอัตราความชุกของผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มขึ้นมาก นอกจากนี้เชื้อวัณโรคดื้อยาก็เป็นปัญหาเพิ่มขึ้น

(3) โรคเรื้อรัง

ปัจจุบัน พบผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งได้แก่ โรคหัวใจ มะเร็ง เป็นสาเหตุนำของการป่วยและการตายของคนไทย (ภาพที่ 1.3) พบมีอัตราความชุกของผู้ป่วยโรคหัวใจ เพิ่มขึ้นจาก 56.5 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2528 เป็น 168 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2540 ความชุกของโรคมะเร็ง เพิ่มจาก 53.8 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2530 เป็น 60.4 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2540 และอัตราความชุกโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 33.3 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2528 เป็น 147.2 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2540

จากการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกาย ใน พ.ศ. 2539 พบว่า จากผู้ป่วยโรคเบาหวาน 2 ล้านคน มีเพียงครึ่งหนึ่งที่ทราบว่าตัวเองเป็นโรคเบาหวาน และน้อยกว่าครึ่งที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม และจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 4 ล้านคน มีเพียงแค่หนึ่งในสี่ที่ทราบว่าตัวเองเป็นโรคความดันโลหิตสูง และมีเพียงครึ่งหนึ่งของที่ทราบ ได้รับการรักษาที่เหมาะสม (ภาพที่ 1.9)[17]

ภาพที่ 1.9 ความชุกของโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงและการรักษาที่เหมาะสมของประชากรไทย, พ.ศ. 2534-2539



ที่มา: มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2541[17]

(4) โรคจากการประกอบอาชีพ

กรมอนามัยได้ทำการตรวจหาระดับ Cholinesterase ในเกษตรกร ระหว่างปี พ.ศ. 2535-2540 พบว่า มีผู้ที่ได้รับพิษจากสารกำจัดศัตรูพืช ถึงขั้นมีระดับเอนไซม์ผิดปกติ ระหว่างร้อยละ 16-21 ในภาคอุตสาหกรรม พบการเพิ่มจำนวนของผู้ใช้แรงงานที่ป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพ โดยพบมีข้อมูลผู้ที่เข้ารับการรักษาและขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลจากสำนักงานประกันสังคม เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.2 ในปี พ.ศ. 2517 เป็นร้อยละ 3.4 ในปี พ.ศ. 2541

(5) อุบัติเหตุจราจร

อัตราการเกิดอุบัติเหตุเพิ่มขึ้นจาก 17.45 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2529 เป็น 85.56 ในปี พ.ศ. 2538 และลดลงเป็น 75.69 ในปี พ.ศ. 2541 และในช่วงเวลาเดียวกันนั้น มีอัตราการตายจากอุบัติเหตุจราจรเพิ่มขึ้นจาก 3.94 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2529 เป็น 28.22 ในปี พ.ศ. 2538 และลดลงเป็น 18.5 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2541 การลดลงนี้ค่อนข้างสอดคล้องกับอัตราการจำหน่ายรถยนต์ในประเทศ

1.3 ระบบบริการสุขภาพ

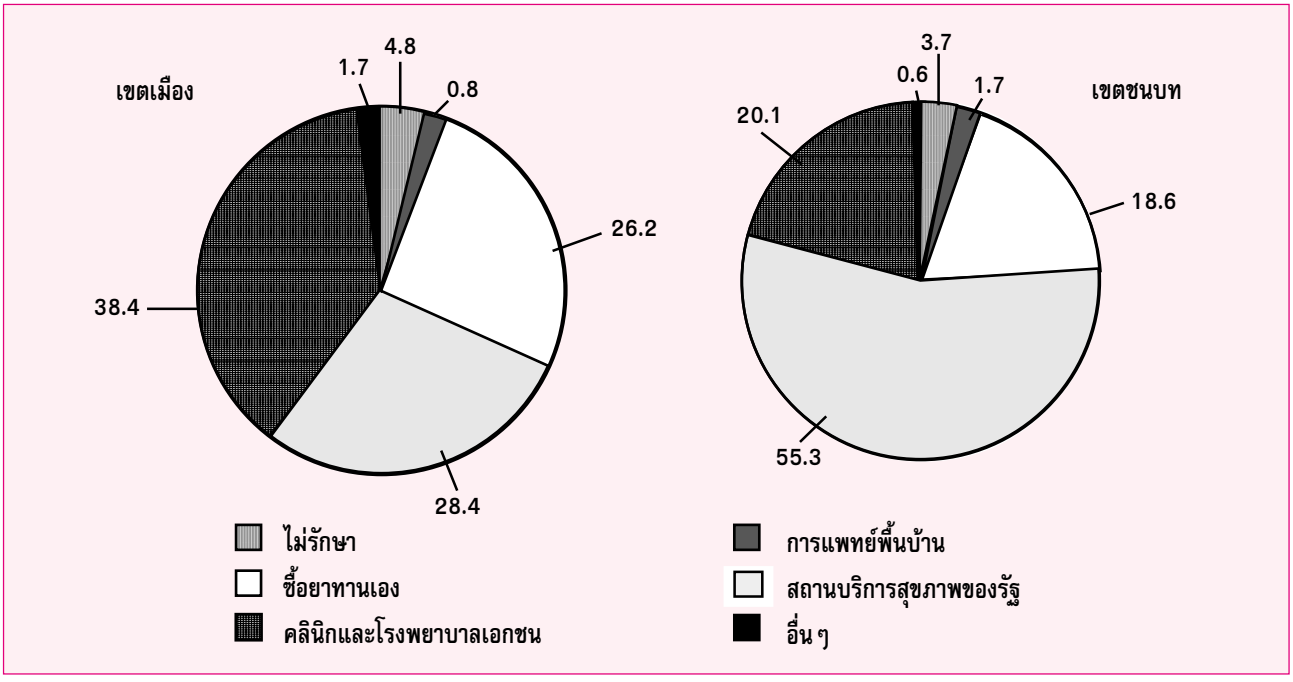
1.3.1 พฤติกรรมการใช้บริการของประชาชน

ระบบสุขภาพไทยวิวัฒนาการมาจากระบบการดูแลรักษาตัวเองโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในอดีต มาสู่การใช้ระบบปัจจุบัน ซึ่งประชาชนหันมาพึ่งพิงการแพทย์และเทคโนโลยีแผน

ปัจจุบันมากขึ้น แม้ภาครัฐจะเป็นผู้ให้บริการสุขภาพหลัก แต่ก็มีหน่วยงานภาคเอกชนทั้งประเภทมุ่งกำไรและที่ไม่มุ่งกำไร ให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนอีกส่วนหนึ่งด้วย ขณะที่ประชาชนจำนวนไม่น้อยยังพึ่งพิงการแพทย์พื้นบ้าน การขยายตัวของบริการการแพทย์แผนปัจจุบันทั้งภาครัฐและเอกชน มีส่วนทำให้ประชาชนหันไปรับบริการตามสถานบริการด้านสุขภาพต่างๆ เพิ่มมากขึ้น จากการสำรวจครัวเรือน พบว่า การรักษาตัวเอง หรือซื้อยากินเองลดลงจากร้อยละ 54.1 ในปี พ.ศ. 2513 เป็นร้อยละ 48.0 ในปี พ.ศ. 2534 และร้อยละ 17.62 ในปี พ.ศ. 2539 และในช่วงเดียวกันนั้น พบว่ามีการใช้บริการจากสถานบริการสุขภาพภาครัฐเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15.5 เป็นร้อยละ 28.9 และร้อยละ 44.0 ตามลำดับ ในขณะที่มีการไปใช้บริการในสถานบริการสุขภาพภาคเอกชนจากร้อยละ 22.7 เป็นร้อยละ 16.1 และร้อยละ 24.3 ตามลำดับในช่วงเวลาเดียวกัน[18]

จากการสำรวจสุขภาพและสวัสดิการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติใน ปี พ.ศ. 2542[19] พบว่าสัดส่วนการดูแลตัวเองและการซื้อยากินเองเท่ากับร้อยละ 21.2 ขณะที่มีการใช้บริการในสถานีอนามัยร้อยละ 19.2 พอๆ กับการไปรับบริการในคลินิกเอกชน (ร้อยละ 19.0) และมีการไปใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด และโรงพยาบาลเอกชน จำนวนร้อยละ 14.9, 15.6 และ 4.8 ตามลำดับ ประชาชนที่อยู่ในเมืองส่วนใหญ่จะไปใช้บริการในคลินิกเอกชนและโรงพยาบาลเอกชนมากกว่าโรงพยาบาลภาครัฐ ขณะที่ในภาคชนบท สถานบริการภาครัฐเป็นที่ให้บริการหลักแก่ประชาชน ข้อมูลในภาพที่ 1.10 แสดงให้เห็นว่า ร้อยละ 38.1 ของประชาชนในเมืองใช้บริการคลินิกเอกชนและโรงพยาบาลเอกชน และร้อยละ 28.4 ใช้บริการจากสถานบริการสุขภาพภาครัฐ เทียบกับในเขตชนบทที่รับบริการจากสถานบริการสุขภาพดังกล่าวเท่ากับร้อยละ 20.1 และร้อยละ 55.3 ตามลำดับ

ภาพที่ 1.10 พฤติกรรมการใช้บริการด้านสุขภาพ (ร้อยละ) ปี พ.ศ. 2542



ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ ในรายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2542[19]

ในปี พ.ศ. 2542 มีร้านขายยาทุกประเภทจำนวน 12,548 แห่งทั่วประเทศ แม้ว่ายาอันตรายจะสามารถจำหน่ายได้เฉพาะเภสัชกรในร้านขายยาแผนปัจจุบันที่มีเภสัชกร จำนวน 5,351 แห่ง แต่มักพบว่า สามารถซื้อยาดังกล่าวได้ในร้านขายยาทั่วไปแม้จะไม่มีเภสัชกรอยู่ นอกจากนี้ มีกองทุนยาในหมู่บ้านจำนวน 400,000 แห่งที่ขายยา[20] ประเทศไทยก็เช่นเดียวกับประเทศเอเชียอื่นๆ ที่มีประเพณีซึ่งคลินิกหรือโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนสามารถขายยาให้กับผู้ป่วยได้ รายได้จากการขายยาถือเป็นรายได้หลักของคลินิกและโรงพยาบาลจึงส่งผลจูงใจให้มีการสั่งยาในคลินิกและโรงพยาบาลมากขึ้น ในปี พ.ศ. 2528 มีการศึกษาในภาควิชาอายุรศาสตร์ของโรงพยาบาลในโรงเรียนแพทย์แห่งหนึ่ง พบว่าร้อยละ 90 มีการจ่ายยาปฏิชีวนะที่ไม่จำเป็นและไม่เหมาะสม[21]

1.3.2 สถานบริการสุขภาพ

สถานบริการภาครัฐมีจำนวนมากกว่าในภาคเอกชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตชนบท (ตารางที่ 1.1) สถานบริการสุขภาพในชนบทส่วนใหญ่เป็นสถานบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข

ตาราง 1.1 สถานบริการสุขภาพ ประเทศไทย[22]

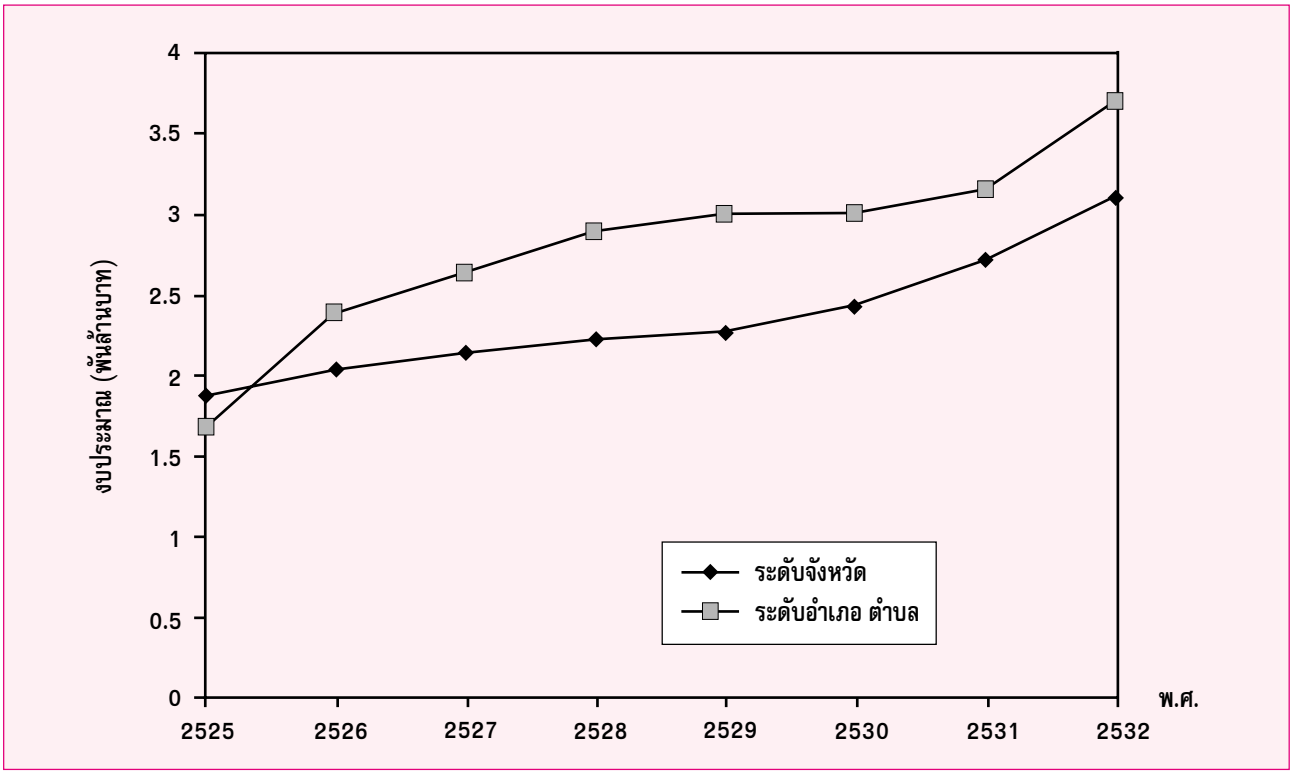
	กทม.	จังหวัด	อำเภอ	ตำบล	หมู่บ้าน
โรงเรียนแพทย์	6	5	-	-	-
โรงพยาบาลเฉพาะทาง	24	22	-	-	-
โรงพยาบาลทั่วไป					
ภาครัฐ	29	92	724	-	-
ภาคเอกชน	131	342	-	-	-
คลินิกเอกชน	3,143	9,063	-	-	-
สถานีอนามัย	85	-	132	9,704	-
ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน	-	-	-	-	63,443
1st class drug stores	2,553	2,797	-	-	-
2nd class drug stores	724	4,409	-	-	-
กองทุนยาประจำหมู่บ้าน	-	-	-	-	400,000

ที่มา: ดัดแปลงจาก มงคล ณ สงขลา และคณะ 2542[22]

สำหรับสถานบริการสุขภาพเพื่อให้บริการระดับต้นนั้น มีสถานีอนามัยจำนวน 9,704 แห่ง ที่ตั้งอยู่ในระดับตำบลทั่วประเทศ และมีโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 724 แห่ง (10-120 เตียง) อยู่ในทุกอำเภอทั่วประเทศ ในเขตเทศบาลเมืองและกทม. พบมีคลินิกเอกชนจำนวน 12,000 แห่ง สถานบริการสุขภาพของเทศบาล จำนวน 132 แห่ง นอกจากนี้ ยังมีตึกผู้ป่วยนอกของทั้งโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชนที่ให้บริการระดับต้นดังกล่าว โรงพยาบาลทุกแห่งในประเทศไทยยังคงให้บริการระดับต้น มีการขยายโรงพยาบาลโดยเฉพาะในชนบทอย่างมากในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมา โดยเฉพาะในระหว่างปี พ.ศ. 2525-2529 รัฐบาลได้ตัดสินใจที่จะไม่ขยายโรงพยาบาลในเขตเมืองและได้เกลี่ยงบประมาณเพื่อไปขยายสถานบริการสุขภาพใน

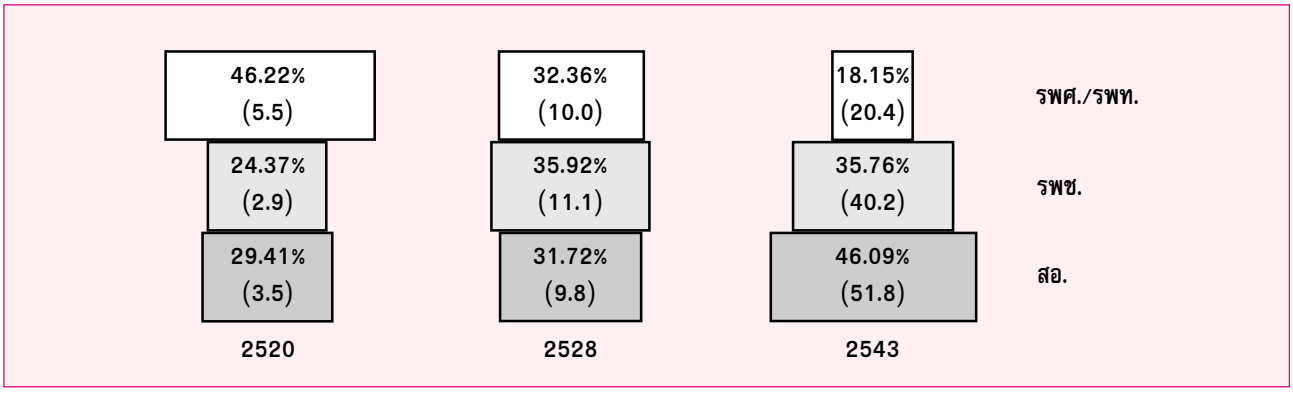
เขตชนบท มีการจัดสรรงบประมาณเพื่อการให้บริการในระดับอำเภอมากกว่าการให้บริการในระดับจังหวัด ซึ่งสถานการณ์ยังคงเป็นเช่นนั้นจนถึงปัจจุบัน (ภาพที่ 1.11)[23] ส่งผลให้สัดส่วนจำนวนผู้ป่วยนอกที่สถานีอนามัย/โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปเปลี่ยนไป (ภาพที่ 1.12)

ภาพที่ 1.11 การเคลื่อนย้ายการจัดสรรงบประมาณเนื่องจากโปรแกรมการพัฒนาชนบท



ที่มา: สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ) 2543[1]

ภาพที่ 1.12 จำนวนและสัดส่วนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในสถานบริการแต่ละระดับ พ.ศ. 2520-2543



หมายเหตุ: ตัวเลขในวงเล็บ คือ จำนวนผู้ป่วยนอก

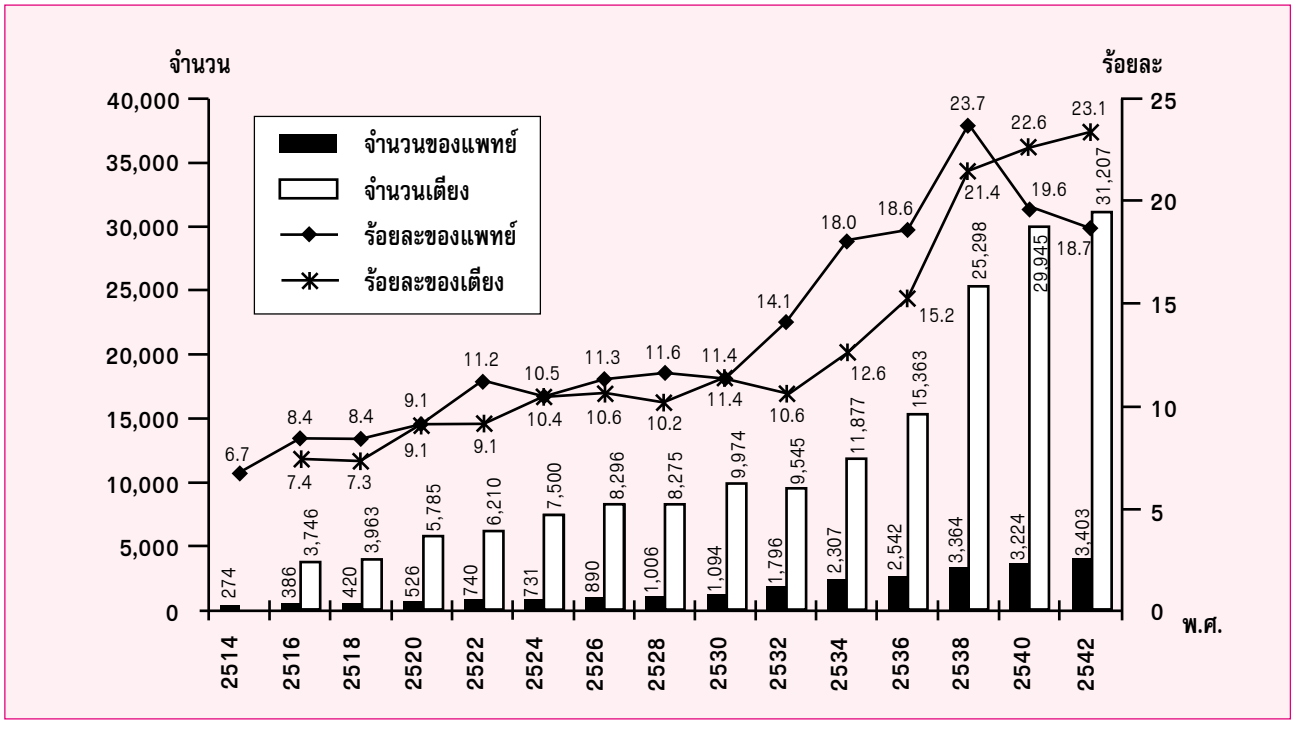
ที่มา: สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ) 2543[1]

ในปี พ.ศ. 2540 มีโรงพยาบาลภาครัฐ 943 แห่ง จำนวนเตียง 102,460 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชนจำนวน 358 แห่ง ที่มีจำนวนเตียงเท่ากับ 29,945 เตียง แม้ว่าสัดส่วนของจำนวนโรงพยาบาลเอกชนจะลดลงจากร้อยละ 39.2 ในปี พ.ศ. 2516 เป็นร้อยละ 27.8 ในปี

พ.ศ. 2542 สัดส่วนจำนวนเตียงของโรงพยาบาลเอกชนกลับเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7.4 เป็นร้อยละ 23.1 ในช่วงปีดังกล่าว (ภาพที่ 1.13) เป็นที่เห็นได้ชัดว่าในช่วงที่เศรษฐกิจดี (ปี พ.ศ. 2533-2539) ทำให้มีการเพิ่มการลงทุนในภาคเอกชนมากขึ้นมีการเพิ่มจำนวนของโรงพยาบาลเอกชนโดยเฉพาะในเขตเมืองใหญ่ๆ และกรุงเทพมหานครเนื่องจากมีความต้องการบริการในภาคเอกชนมากขึ้น หลังจากวิกฤตเศรษฐกิจในปี พ.ศ. 2540 ประชาชนหันกลับมาใช้บริการสุขภาพจากสถานบริการสุขภาพภาครัฐมากขึ้น จำนวนผู้ไปรับบริการคลินิกเอกชนและโรงพยาบาลเอกชนลดลงกว่าร้อยละ 20-70[24] โรงพยาบาลเอกชนบางแห่งต้องปิดตัวไป บางแห่งได้ทำการปิดบริการบางส่วนของโรงพยาบาลลง และมีนักลงทุนต่างชาติเข้ามาซื้อหุ้นส่วนใหญ่ของโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่บางแห่ง

ในปี พ.ศ. 2542 ได้มีการออกพระราชบัญญัติสำคัญ 2 พระราชบัญญัติ ได้แก่ พ.ร.บ. องค์การมหาชน และพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ มหาวิทยาลัยทุกแห่ง (รวมทั้งโรงเรียนแพทย์และโรงพยาบาลของโรงเรียนแพทย์) จะปรับเป็นองค์การมหาชนภายในปี พ.ศ. 2545 และมีโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (120 เตียง) ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้ออกเป็นองค์การมหาชนในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2543 ถ้าความเคลื่อนไหวดังกล่าวประสบความสำเร็จในการดำเนินการ จะทำให้มีโรงพยาบาลของรัฐหลายแห่งจะเป็นองค์การมหาชนที่มีความเป็นอิสระในการบริหารจัดการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพได้มากขึ้น ในส่วนของพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ หน่วยงานภาครัฐในชนบทส่วนใหญ่อาจต้องถูกมอบให้อยู่ภายใต้กำกับขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือองค์กรที่ท้องถิ่นมีส่วนร่วมภายในปี พ.ศ. 2553

ภาพที่ 1.13 จำนวนและสัดส่วนของแพทย์และเตียงโรงพยาบาลเอกชน พ.ศ. 2514-2542



ที่มา: สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ) 2543[1]

1.3.3 กำลังคนด้านสุขภาพ

ในปี พ.ศ. 2542 ประเทศไทยมีแพทย์ 19,956 คน พยาบาลวิชาชีพ 59,131 คน ทันตแพทย์ 6,003 คน เภสัชกร 10,054 คน และเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนที่ปฏิบัติงานในสถานีอนามัยอีกประมาณ 30,633 คน มีโรงเรียนแพทย์ 11 แห่ง เป็นของภาคเอกชน 1 แห่ง คณะเภสัชศาสตร์ 11 แห่งของภาคเอกชน 2 แห่ง และคณะทันตแพทยศาสตร์ ซึ่งเป็นของภาครัฐทั้งหมด 6 แห่ง เกือบทั้งหมดของค่าใช้จ่ายในการศึกษาในสถานศึกษาภาครัฐมาจากภาษีอากร นักศึกษารับภาระไม่เกินร้อยละ 10

ประเทศไทยประสบปัญหาความไม่เสมอภาคในการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพ ทั้งในเชิงของการกระจายตามภูมิศาสตร์และตามสาขาวิชาชีพ (ตารางที่ 1.2) ในปี พ.ศ. 2540 พบว่ามีสัดส่วนแพทย์เฉพาะทางร้อยละ 75 และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปร้อยละ 25 แนวโน้มสัดส่วนแพทย์เฉพาะทางจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ปัญหาการกระจายกำลังคนเริ่มดีขึ้นในช่วงเศรษฐกิจขาลง (พ.ศ. 2523-2531) และแย่ลงในช่วงเศรษฐกิจขาขึ้น (พ.ศ. 2532-2540) ภายหลังวิกฤตเศรษฐกิจใน พ.ศ. 2540 สถานการณ์กลับดีขึ้นอีก (ภาพที่ 1.14)

ตารางที่ 1.2 การกระจายทรัพยากรสาธารณสุขรายภาค พ.ศ. 2542

ประเภท/ภาค	กรุงเทพมหานคร	กลาง	เหนือ	ใต้	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ทั่วประเทศ
เตียง	1:199	1:376	1:478	1:509	1:780	1:455
สถานีอนามัย(1)	1:39,346(2)	1:3,660	1:4,047	1:4,090	1:5,038	1:4,304
แพทย์	1:760	1:3,653	1:4,869	1:4,888	1:8,116	1:3,395
ทันตแพทย์	1:2,991	1:17,494	1:27,225	1:25,663	1:38,487	1:15,295
เภสัชกร	1:2,132	1:11,458	1:16,610	1:13,382	1:25,954	1:10,158
พยาบาลทุกประเภท	1:252	1:558	1:676	1:605	1:1,064	1:619
พยาบาลวิชาชีพ	1:305	1:855	1:1,022	1:973	1:1,707	1:905
พยาบาลเทคนิค	1:1,444	1:1,609	1:1,994	1:1,597	1:2,822	1:1,952
เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย(3)	-	1:1,055	1:1,293	1:1,205	1:1,691	1:1,342
ร้านขายยาแผนปัจจุบัน(1)	1:2,039	1:9,311	1:19,062	1:16:721	1:39,704	1:10,315
ร้านขายยาแผนโบราณ(1)	1:14,209	1:25,239	1:38,063	1:42,018	1:40,999	1:30,820
ร้านขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จ(1)	1:8,864	1:9,579	1:11,150	1:13,629	1:19,279	1:12,506

ที่มา: 1. รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข

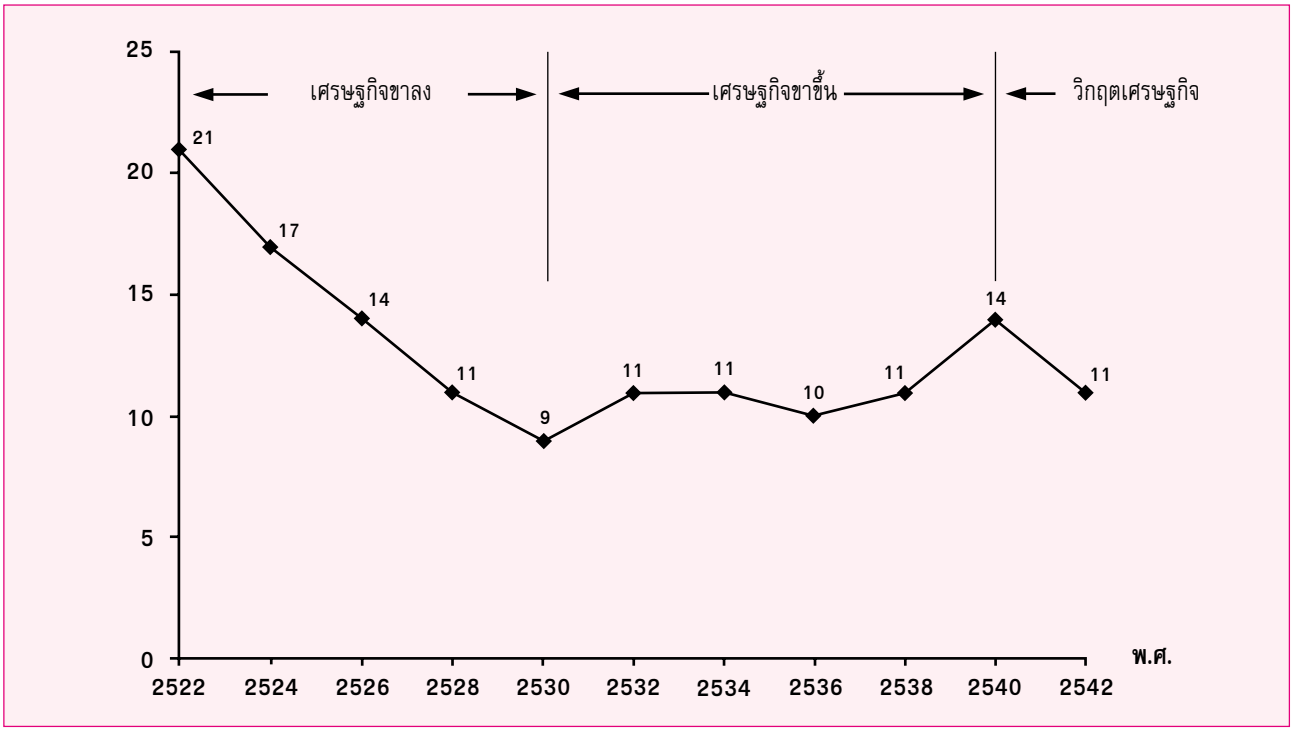
2. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

3. กองสาธารณสุขภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: (1) เป็นข้อมูลปี พ.ศ. 2543

(2) ศูนย์บริการสาธารณสุข กทม. (รวมสาขาด้วย)

ภาพที่ 1.14 อัตราส่วนของประชากรต่อแพทย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือต่อกรุงเทพมหานคร



ที่มา: สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ) 2543[1]

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2513 ประเทศไทยประสบปัญหาสมองไหลของแพทย์ไปทำงานที่ประเทศสหรัฐอเมริกา ทำให้รัฐบาลต้องออกมาตรการให้มีการบังคับใช้ทุนของแพทย์จบใหม่ และได้ใช้มาตรการนี้กับเภสัชกรและทันตแพทย์ในปี พ.ศ. 2533 และ พ.ศ. 2535 ตามลำดับ ซึ่งกลุ่มคนเหล่านี้จะได้รับการบรรจุทันทีเมื่อจบการศึกษา และกว่าสองในสามของกลุ่มนี้ได้รับการจัดสรรให้ไปทำงานในเขตชนบท

มาตรการเหล่านี้ ทำให้มีการกระจายตัวของบุคลากรสุขภาพทั่วประเทศดีขึ้น บุคลากรบางกลุ่ม ได้แก่ พยาบาล พนักงานสาธารณสุขชุมชน แพทย์ ใช้วิธีการคัดเลือกนักศึกษาที่มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่และเมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วจะกลับไปทำงานภูมิลำเนาเดิม อย่างไรก็ตามหลังภาวะวิกฤตเศรษฐกิจรัฐบาลมีนโยบายการปฏิรูประบบราชการที่ชัดเจนทำให้มีการจ้างงานบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขในรูปแบบใหม่ เรียกว่า พนักงานของรัฐ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่ใช่ข้าราชการแบบเดิมอีกต่อไป

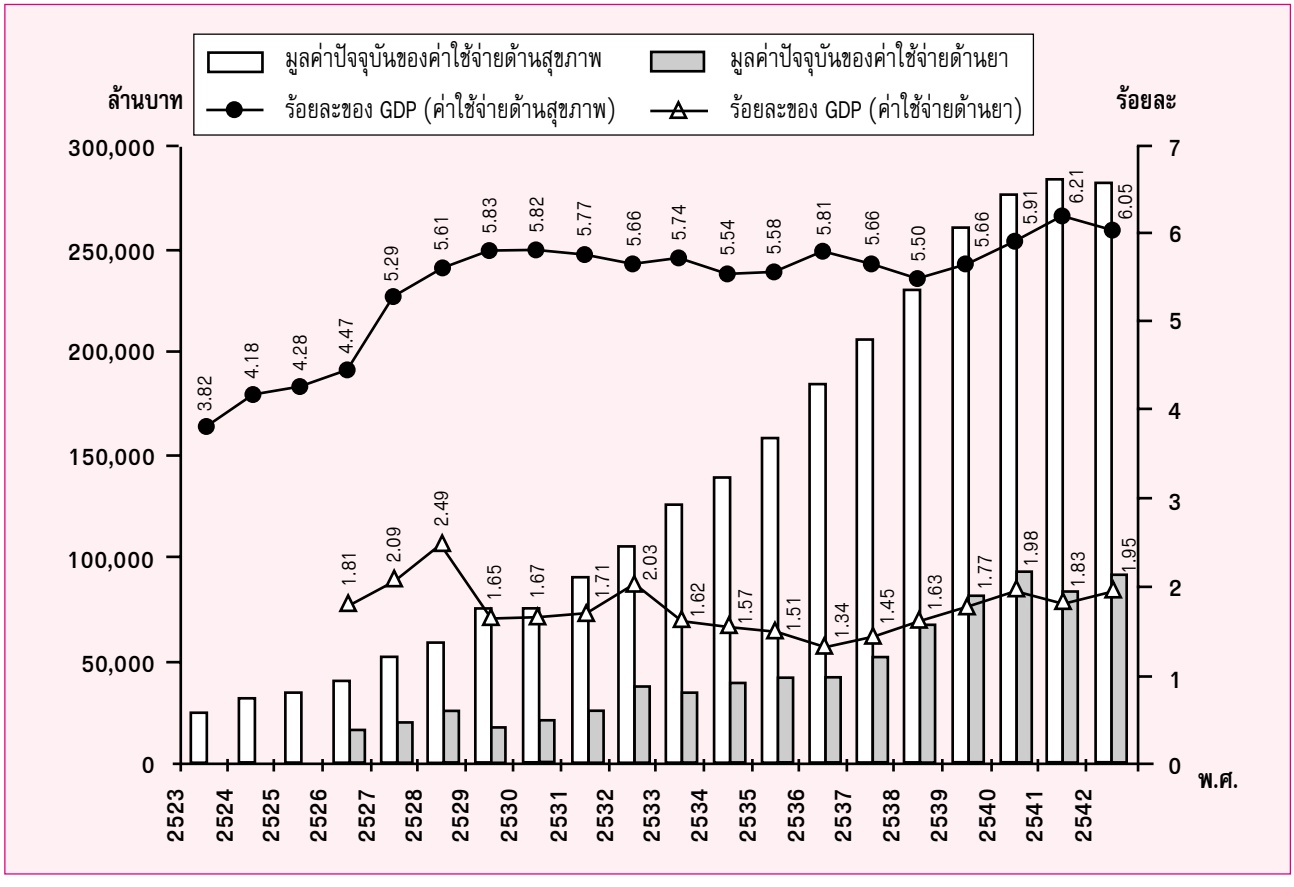
1.3.4 การคลังเพื่อสุขภาพ [25]

(1) รายจ่ายเพื่อสุขภาพในภาพรวม

รายจ่ายด้านสุขภาพของคนไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วโดยเฉพาะในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ในปี พ.ศ. 2523 ค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพของประเทศไทยมีมูลค่า 25,315 ล้านบาท เพิ่มเป็น 283,576 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2541 ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นถึง 11 เท่าในมูลค่าปัจจุบัน และพบว่าค่าใช้จ่ายต่อหัวของประชากรจะเพิ่มจาก 545 บาท ในปี พ.ศ. 2523 เป็น 4,663 บาท ในปี พ.ศ. 2541 หรือเพิ่มขึ้นเป็น 9 เท่า ในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมา อัตราเพิ่มในมูลค่าจริงของค่า

ใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวประชากรเท่ากับร้อยละ 9.1 สูงกว่าค่าอัตราการเพิ่มผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (GDP) ต่อหัว ทำให้สัดส่วนของรายจ่ายด้านสุขภาพเทียบกับ GDP สูงขึ้นจากร้อยละ 3.82 ในปี พ.ศ. 2523 เป็นร้อยละ 6.21 ในปี พ.ศ. 2541 (ภาพที่ 1.15) ในปี พ.ศ. 2541 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเท่ากับ 7,089 พันล้านเหรียญสหรัฐ และรายจ่ายต่อหัวเท่ากับ 116 เหรียญสหรัฐ (nominal) หรือ 380 เหรียญสหรัฐ (ppp-ปรับค่าครองชีพแล้ว)

ภาพที่ 1.15 ค่าใช้จ่ายด้านยา ด้านสุขภาพ และผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ ปี พ.ศ. 2523-2542



ที่มา: สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ) 2543[1]

(2) แหล่งที่มาของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

2.1) แหล่งเงินจากภาครัฐ

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่จ่ายจากภาครัฐจำนวน 2,463 ล้านเหรียญสหรัฐ ในปี พ.ศ. 2541 หรือร้อยละ 34.74 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด กระทรวงสาธารณสุขรับภาระสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 66 ขณะที่ร้อยละ 9.5 เป็นค่าใช้จ่ายจากสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจและประกันสุขภาพภาครัฐ ร้อยละ 9.4

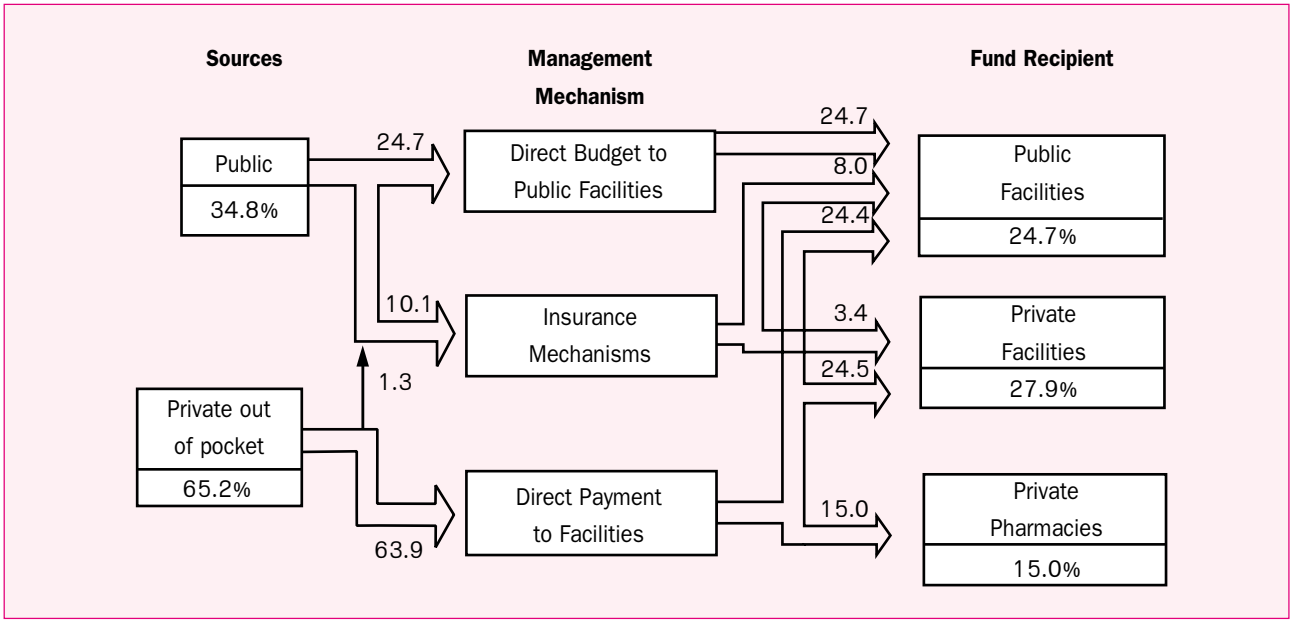
2.2) แหล่งเงินจากภาคเอกชน

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาคเอกชนในปี พ.ศ. 2541 เท่ากับ 4,622 ล้านเหรียญสหรัฐ หรือร้อยละ 65.19 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด และส่วนใหญ่จะเป็นจากประชาชนหรือครัวเรือนจ่ายเพื่อซื้อยากินเองหรือไปรับบริการใน

สถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน

2.3) การไหลเวียนของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

ภาพที่ 1.16 การไหลเวียนของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในปี พ.ศ. 2541



N.B. Many of those who are insured still go to the private pharmacies, private clinics, hospitals, and pay out of pocket or by employers.

ที่มา: ดัดแปลงจาก มงคล ณ สงขลา และคณะ 2540[26]

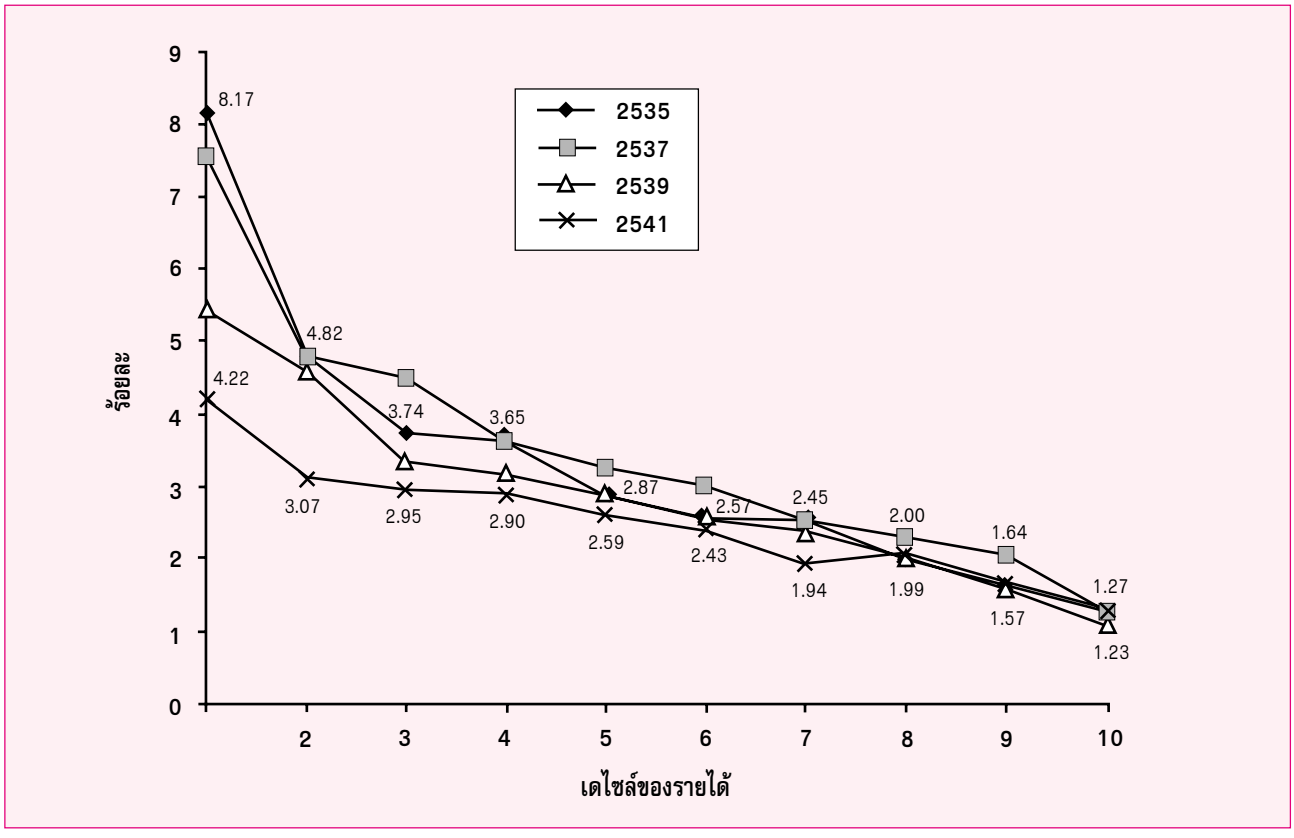
(3) ความเสมอภาคในการรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

ข้อมูลจากการสำรวจของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติในปี พ.ศ. 2535, 2537, 2539 และ 2541 พบว่า คนจนมีภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพคิดเป็นสัดส่วนของรายได้สูงกว่าคนรวย อย่างไรก็ตามมีแนวโน้มที่ดีขึ้น ในปี พ.ศ. 2535 กลุ่มคนจนมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 8.17 ของรายได้ ในขณะที่กลุ่มคนรวยจ่ายเพียงร้อยละ 1.27 ของรายได้ ซึ่งมีความแตกต่างกัน คิดเป็น 6.4 เท่า ในปี พ.ศ. 2541 ในกลุ่มคนจนจ่ายร้อยละ 4.22 ในขณะที่คนรวยจ่ายร้อยละ 1.23 ซึ่งต่างกัน 3.4 เท่า (ภาพที่ 1.17) และจากรายงาน World Health Report 2000 ได้คำนวณดัชนีของความเสมอภาคของการใช้จ่ายเงินด้านสุขภาพของไทย ใน พ.ศ. 2539 เท่ากับ 0.913 โดยจัดเป็นลำดับที่ 128-130 จาก 191 ประเทศ ดัชนีในปี พ.ศ. 2541 ดีขึ้น เท่ากับ 0.958[27]

(4) งบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข

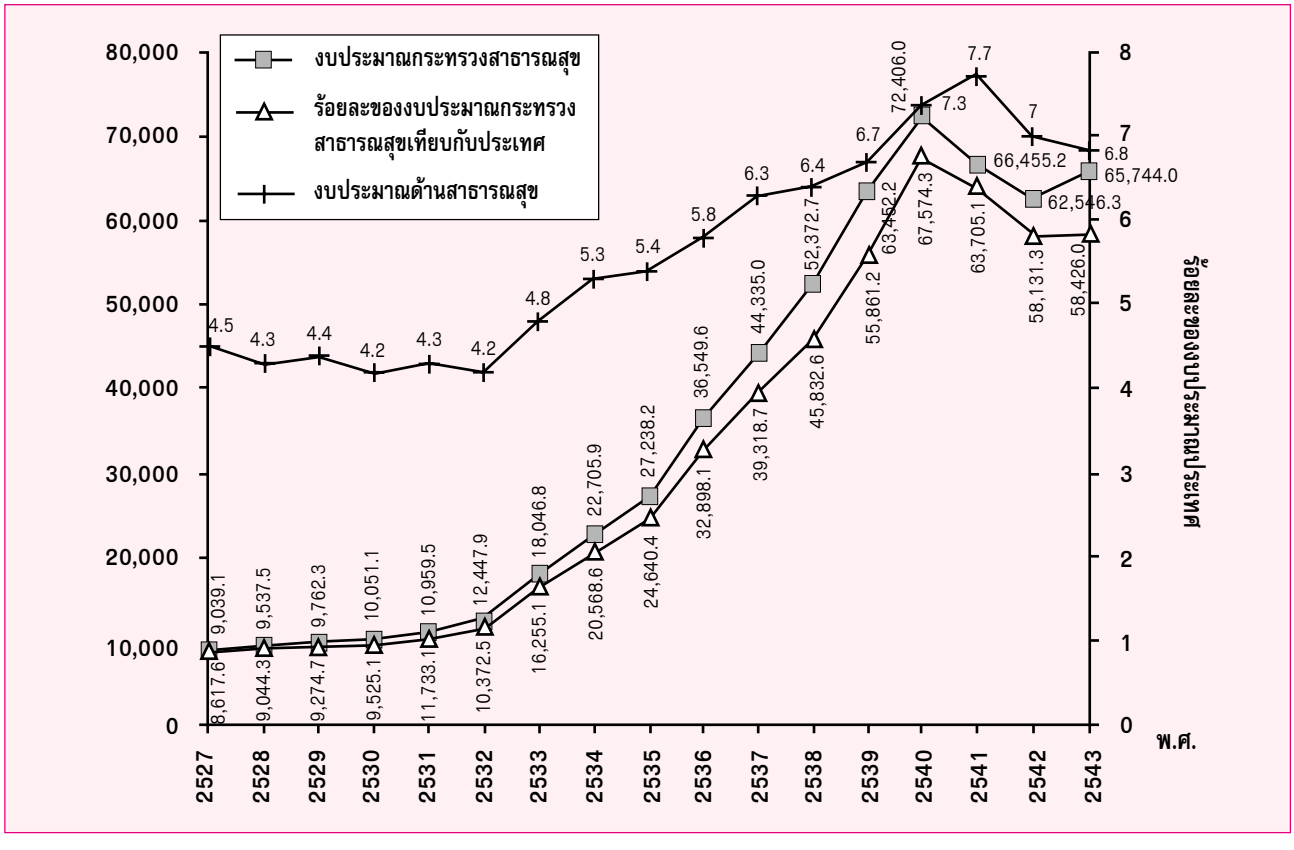
กระทรวงสาธารณสุขมีงบประมาณคิดเป็นสองในสามของค่าใช้จ่ายภาครัฐด้านสุขภาพ[1] ภาพที่ 1.18 แสดงร้อยละของงบประมาณกระทรวงสาธารณสุขเทียบกับงบประมาณทั้งประเทศที่เพิ่มจากร้อยละ 3 เป็นร้อยละ 7 ในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมา ช่วงที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเป็นช่วงทศวรรษที่ผ่านมาเนื่องจากการลดงบประมาณป้องกันประเทศและหนี้สินต่างประเทศ สัดส่วนของงบลงทุนขึ้นกับสภาวะเศรษฐกิจของประเทศ ซึ่งจะเพิ่มขึ้นในช่วงเศรษฐกิจดีและลดลงในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ (ภาพที่ 1.19)

ภาพที่ 1.17 ร้อยละของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือน พ.ศ. 2535, 2537, 2539 และ 2541



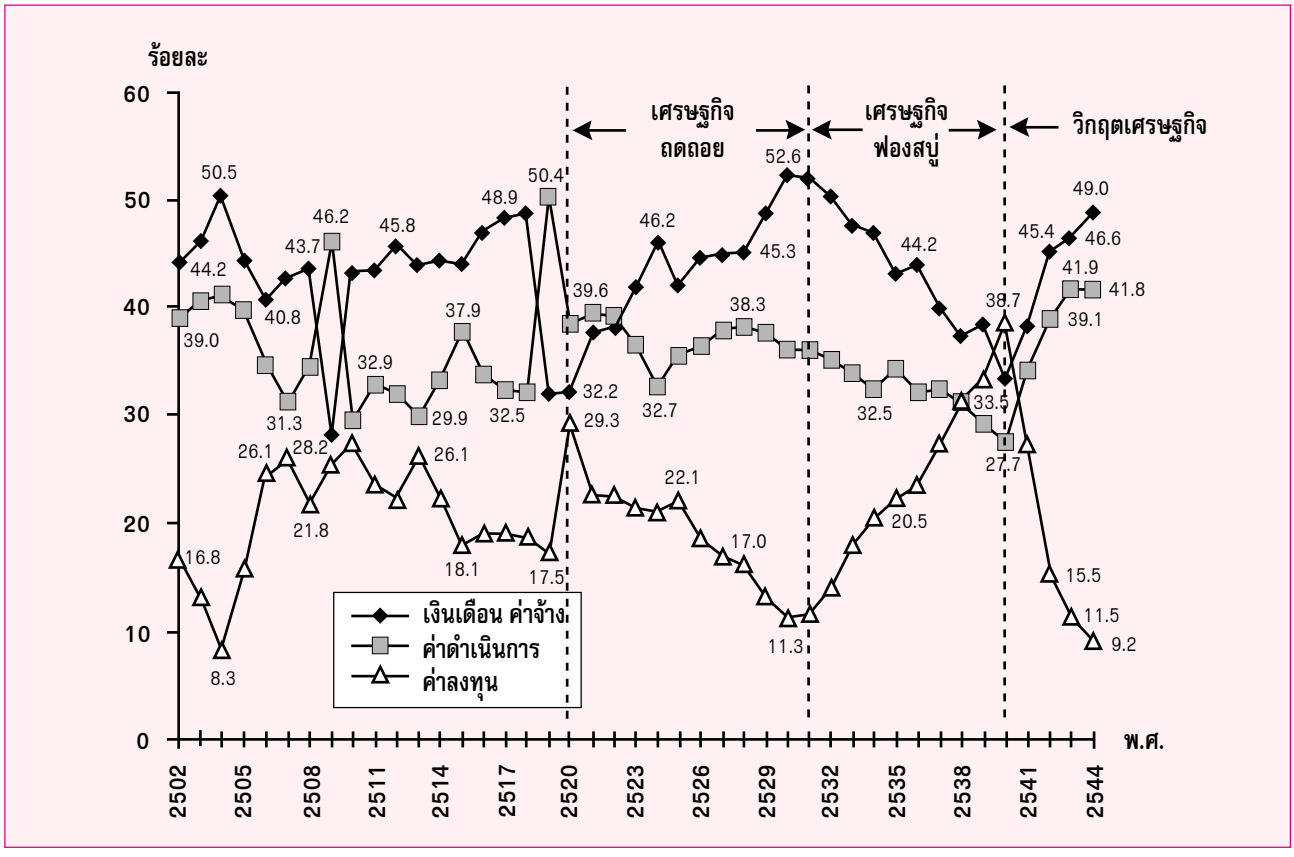
ที่มา: สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ) 2543 [1]

ภาพที่ 1.18 งบประมาณด้านสาธารณสุขและงบประมาณกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2527-2543



ที่มา: สำนักงบประมาณ

ภาพที่ 1.19 ร้อยละของงบประมาณกระทรวงสาธารณสุข แยกตามหมวดรายจ่าย พ.ศ. 2502-2544



ที่มา: สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ) 2543 [1]

(5) การประกันสุขภาพ

ตารางที่ 1.3 แสดงความครอบคลุม ค่าใช้จ่าย กลไกการจ่ายเงิน และการใช้บริการสุขภาพของการประกันสุขภาพแต่ละประเภท ปัจจุบันพบว่า ประมาณร้อยละ 80.3 ของประชากรไทยที่มีประกันสุขภาพ (ตัวเลขจากการสำรวจบางรายงานจะอยู่ระหว่าง ร้อยละ 60-70) ในขณะที่แต่ละประเภทการประกันสุขภาพมีความแตกต่างกันในเรื่องค่าใช้จ่ายต่อหัวการประกันสุขภาพเอกชนจะมีการใช้ค่าใช้จ่ายต่อหัวสูงสุด ตามมาด้วยสวัสดิการรักษาพยาบาล ขณะที่กองทุนทดแทนแรงงานมีค่าใช้จ่ายต่อหัวต่ำที่สุด ต่ำกว่าประกันสุขภาพเอกชนถึง 10 เท่า

(6) รูปแบบการใช้บริการสุขภาพ

ภาพต่อไปนี้แสดงการประกันสุขภาพแต่ละประเภทที่ใช้บริการสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน (ภาพที่ 1.20)

ผู้มีรายได้น้อยทั้งในเมืองและชนบทส่วนใหญ่จะใช้บริการสุขภาพกับสถานบริการสุขภาพภาครัฐ ในขณะที่ผู้ที่มีรายได้สูงทั้งในเมืองและชนบทส่วนใหญ่ใช้บริการภาคเอกชน

ตารางที่ 1.3 ความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ ประเทศไทย พ.ศ. 2541

Scheme	Coverage		Expenditure(Baht)			Premium (source of funds)	Payment mechanism	Health service Utilization	Drug user
	Pop. (million)	Percent	Billion	% NHE	Per cap. ($US)				
Social welfare	27.5	45.1	18.3	6.5	667[2] (17)	Tax	Global budget	Assigned public+referral	ED[5]
CSMBS (civil servants)	6.6	10.8	16.4	5.8	2,491 (62)	Tax	Fee-for-service	Public	ED
Social security	5.2	8.5	7.6	2.7	1,468 (37)	4.5% payroll[3]	Prepaid capitation	Public & private	ED
Voluntary public health insurance (Health card)	8.5	13.9	6.4	2.3	750[2] (19)	500฿/family +Tax (1,000)	Global budget based on OP&IP	Assigned public+referral	ED
Voluntary private health insurance	1.2	2.0	3.6	1.3	3,000 (75)	Varied	Fee-for-service	Public & private	**No limit**
Workmen's comp. fund	5.2	8.5	1.6	0.6	308 (7.7)	0.2-3.0% payroll[4]	Fee-for-service	Public & private	
Car Accident	61.0	100.0	1.5	0.5	-	Private	Fee-for-service	Public & private	
Total	**49.0**[1]	**80.3**[1]	**55.4**	**19.7**	**1,067**[1]	-	-	-	-

NB. (1) Excluding Workmen's Compensation Fund and motor vehicle accident insurance.

(2) Cross-subsidization added.

(3) 1.5% of payroll each from employers, employees, and government.

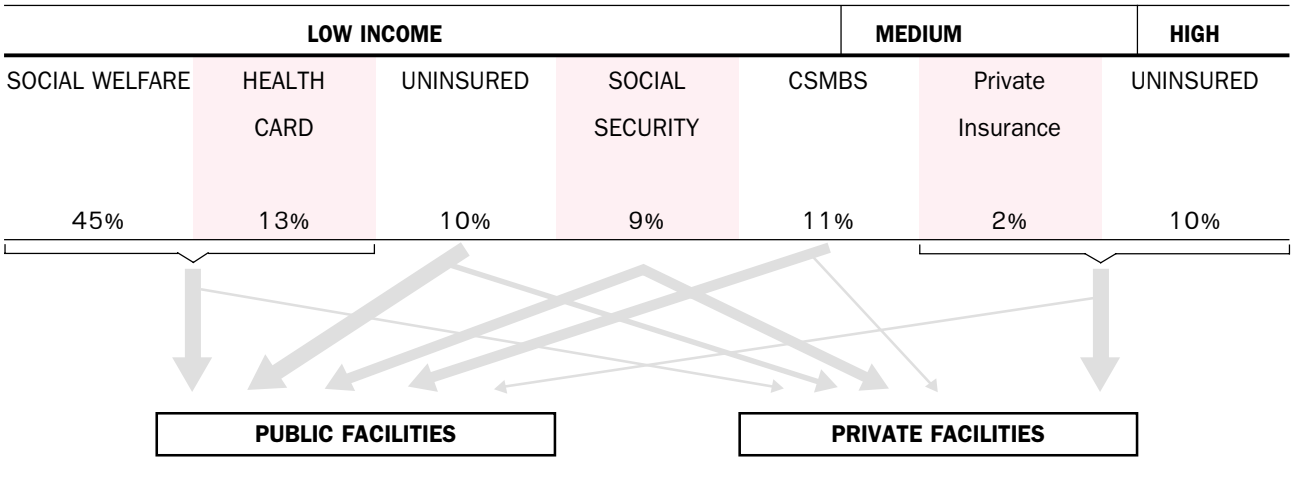
(4) Rate according to past history of claims.

(5) ED = Essential Drugs

1 US$ = 40 Baht

ที่มา: ดัดแปลงจาก มงคล ณ สงขลาและคณะ 2540[26]

ภาพที่ 1.20 รูปแบบการใช้บริการสุขภาพของกลุ่มต่าง ๆ



ที่มา: ดัดแปลงจาก มงคล ณ สงขลา และคณะ, 2540[26]

1.4 ปัญหาระบบสุขภาพของไทย [28]

ปัญหาหลักของระบบสุขภาพของไทยแบ่งได้เป็น 4 ประเด็น ดังต่อไปนี้

1.4.1 ความไม่เสมอภาค

(1) ความไม่เสมอภาคของสถานะสุขภาพ

อัตราตายของทารกเป็นเครื่องชี้วัดความแตกต่างของภาวะสุขภาพในประชาชนกลุ่มต่างๆ ได้ชัดเจน กล่าวคือ อัตราตายทารกนอกเขตเทศบาลมากกว่าในเขตเทศบาลถึง 1.85 เท่า ถึงแม้ว่าอัตราตายทารกจะลดน้อยลงถึงเท่าตัวในช่วงเวลา 20 ปีที่ผ่านมา แต่ความแตกต่างระหว่างในเขตเทศบาลกับนอกเขตเทศบาลกลับเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ (ตารางที่ 1.4) นอกจากนี้ World Health Report 2000 ได้จัดอันดับประเทศไทยเป็นอันดับที่ 74 ในเรื่องของความเสมอภาคด้านสถานะสุขภาพซึ่งวัดจากการกระจายของอัตราการตายของเด็กต่ำกว่า 5 ปี[5]

ตารางที่ 1.4 อัตราตายทารกในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล พ.ศ. 2507-2539

ระยะเวลาที่สำรวจ	รวม	ในเขตเทศบาล	นอกเขตเทศบาล	นอกเขต: ในเขต
SPC 1 (2507-2508)	84.3	67.6	85.5	1.26
SPC 2 (2517-2519)	51.8	39.6	58.7	1.48
SPC 3 (2528-2529)	40.7	27.6	42.6	1.54
SPC 4 (2532)	38.8	23.6	41.4	1.75
SPC 5 (2534)	34.5	21.0	37.0	1.76
SPC 6 (2538-2539)	26.05	15.24	28.23	1.85

ที่มา: Survey of Population Changes (SPC), สำนักงานสถิติแห่งชาติ [1]

(2) ความไม่เสมอภาคในการจัดสรร/กระจายทรัพยากรสาธารณสุข

แม้ว่าในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาอัตราส่วนเตียงโรงพยาบาลต่อประชากรและอัตราส่วนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขต่อประชากร มีแนวโน้มดีขึ้นในทุกภาคและทั่วประเทศ แต่ความเหลื่อมล้ำระหว่างกรุงเทพมหานครและส่วนภูมิภาค โดยเฉพาะระหว่างกรุงเทพมหานครและภาคตะวันออกเฉียงเหนือยังมีอยู่ ซึ่งเป็นเครื่องชี้ให้เห็นถึงความไม่เท่าเทียมกันในการกระจายทรัพยากรอย่างชัดเจน เช่น กรุงเทพมหานคร อัตราส่วนเตียงต่อประชากรเท่ากับ 1:199 และมีแพทย์ 1 คนต่อประชากร 760 คน ในขณะที่ค่าเฉลี่ยของประเทศมีเพียง 1 เตียงต่อประชากร 455 คน และแพทย์ 1 คน ต่อประชากร 3,395 คน และในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีเตียงต่อประชากร 780 คน และแพทย์ 1 คน ต่อประชากรถึง 8,116 คน (ตารางที่ 1.2)

นอกจากนี้ ยังมีการกระจายเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ไม่เท่าเทียมกัน เช่น ใน พ.ศ. 2541 มีเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในกรุงเทพฯ จำนวน 14.8 เครื่องต่อประชากรหนึ่งล้านคน ในขณะที่ส่วนภูมิภาคมีจำนวน 2.8 เครื่องต่อประชากรหนึ่งล้านคน

โดยที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนเครื่องน้อยที่สุด นั่นคือ 1.8 เครื่องต่อประชากรล้านคน และค่าเฉลี่ยทั่วประเทศเท่ากับ 3.9 เครื่องต่อประชากรล้านคน

ถ้าให้อัตราส่วนเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ต่อประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีค่าต่ำที่สุด มีค่าดัชนีเป็น 1 จะพบว่า ในปี พ.ศ. 2541 กรุงเทพมหานครจะมีค่าดัชนีความแตกต่าง (Discrepancy index) เป็น 8.6 หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง กรุงเทพมหานครมีความหนาแน่นของเครื่องคิดเป็น 8.6 เท่าของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยระดับประเทศมีดัชนีเป็น 2.3 ดัชนีเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงความไม่เสมอภาคของการกระจายเทคโนโลยีทางการแพทย์ (ตารางที่ 1.5)

ตารางที่ 1.5 อัตราส่วนเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ต่อประชากรหนึ่งล้านคน และดัชนีความแตกต่าง (Discrepancy index) จำแนกตามรายภาค พ.ศ. 2537 และ พ.ศ. 2541

ภาคภูมิศาสตร์	จำนวนเอกซเรย์คอมพิวเตอร์		ประชากร (ล้านคน)		เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ต่อล้านประชากร		Discrepancy index	
	2537	2541	2537	2541	2537	2541	2537	2541
กรุงเทพฯ	88	83	5.6	5.6	15.7	14.8	12.1	8.6
ภูมิภาค	117	156	53.1	55.5	2.2	2.8	1.7	1.6
กลาง	45	66	13.4	14.2	3.3	4.6	2.7	2.7
เหนือ	31	37	11.9	12.1	2.6	3.1	2.0	1.8
ตะวันออกเฉียงเหนือ	26	36	20.3	21.2	1.3	1.8	1.0	1.0
ใต้	15	17	7.5	8.0	2.0	2.1	1.5	1.2
ทั่วประเทศ	205	239	58.7	61.1	3.5	3.9	2.7	2.3

ที่มา: วิโรจน์ และคณะ, 2538 การกระจายเครื่องมือแพทย์ในประเทศไทย 2538

พ.ศ. 2541 ได้จากกองป้องกันอันตรายจากรังสี กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

(3) ความไม่เป็นธรรมในการรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

คนจนจะมีภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพคิดเป็นสัดส่วนของรายได้มากกว่าคนรวย (ภาพที่ 1.17)

1.4.2 ปัญหาประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ

(1) ปัญหาประสิทธิภาพของบริการสุขภาพ

บริการสุขภาพที่ประชาชนได้รับ มักจะเป็นบริการด้านการรักษาพยาบาลซึ่งมีประสิทธิภาพในการทำให้มีสุขภาพดีน้อยกว่าการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคอย่างมาก นอกจากนี้ แม้การให้บริการรักษาพยาบาลเองก็พบว่า มีความด้อยประสิทธิภาพในหลายประเด็น เช่น การใช้ยาเกินจำเป็นตั้งแต่ระดับชุมชนจนถึงแพทย์เฉพาะทาง การใช้เทคโนโลยีโดยไม่เหมาะสม สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย เป็นต้น พบว่าประมาณร้อยละ 55 ของงบประมาณด้านสุขภาพถูกจ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาล ในขณะที่เพียงร้อยละ 19 เป็นการส่งเสริมสุขภาพ และร้อยละ 12 เป็นการป้องกันโรค[29]

(2) ปัญหาประสิทธิภาพในการลงทุนด้านเตียงโรงพยาบาล

จากรายงานการสำรวจทรัพยากรสาธารณสุขโดยสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข พ.ศ. 2538-2542 พบว่า สถานบริการสุขภาพในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีอัตราการครองเตียงร้อยละ 83 รองลงมา ได้แก่ สถานบริการสังกัดเอกชนไม่มุ่งกำไรและกระทรวงมหาดไทย ในขณะที่สถานบริการสุขภาพภาคเอกชนมุ่งกำไร มีอัตราการครองเตียงต่ำกว่า ร้อยละ 40 ซึ่งแสดงถึง oversupply ของเตียงภาคเอกชน (ตารางที่ 1.6)

1.4.3 ปัญหาสุขภาพของระบบบริการและคุณภาพมาตรฐานของการใช้บริการ

รัฐและเอกชนมีปัญหาในด้านมาตรฐานการรักษาพยาบาลและคุณภาพของการบริการที่แตกต่างกัน ไม่สามารถตอบสนองต่อความคาดหวังของผู้ใช้บริการ ขาดระบบการกำกับและตรวจสอบคุณภาพ ไม่มีการกำหนดมาตรฐานการรับรองคุณภาพของการให้บริการ และแม้แต่พระราชบัญญัติสถานพยาบาลที่ใช้อยู่ในปัจจุบันก็ไม่ทันสมัย รวมทั้งลักษณะของการให้บริการแบบองค์รวมและการดูแลผู้ป่วยในยามฉุกเฉิน ยังอยู่ในสภาพที่ยังไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทัน โดยพบว่าสิ่งที่ผู้ใช้บริการไม่พอใจมากที่สุด คือ เรื่องของกิริยาท่าทางและความรวดเร็ว โดยที่ภาครัฐจะมีปัญหามากกว่าภาคเอกชนเล็กน้อย ในขณะที่ปัญหาเฉพาะของภาครัฐ คือ เรื่องของความสะดวกสบาย ปัญหาเฉพาะของภาคเอกชน คือ เรื่องของราคา ทักษะและจริยธรรม (ตารางที่ 1.7)

ตารางที่ 1.7 ความไม่พึงพอใจของผู้ใช้บริการโรงพยาบาล

สิ่งที่ไม่พอใจ	โรงพยาบาลรัฐ		โรงพยาบาลเอกชน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กริยาท่าทาง	230	68.7	62	40.5
ราคา	7	2.1	29	18.9
ความรวดเร็ว	150	44.8	52	34.0
ทักษะ	23	6.9	40	26.1
ความสะดวกสบาย	35	10.4	9	5.9
การอธิบาย	23	6.9	7	4.6
เครื่องมือ	3	0.9	1	0.7
จริยธรรม	4	1.2	12	7.8
แบ่งแยก	23	6.9	1	0.6
การบริหาร	56	16.7	25	16.3
อื่นๆ	24	7.2	17	11.1
รวม	**335**		**153**	

ที่มา: Sara Bennett and Viroj Tangcharoensathien, 1994, ใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ) 2543[1]

ตารางที่ 1.6 การใช้เตียงของสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ พ.ศ. 2538-2542

สถาบัน	เตียง					จำนวนวันนอนของผู้ป่วย (วัน)					ผู้ป่วย/เตียง					อัตราการครองเตียง (%)				
	2538	2539	2540	2541	2542	2538	2539	2540	2541	2542	2538	2539	2540	2541	2542	2538	2539	2540	2541	2542
กระทรวงสาธารณสุข	73,191	76,379	79,818	81,035	82,085	4.8	4.6	4.6	4.3	4.3	62.6	67.5	66.6	72.4	70.1	83.6	85.9	83.5	84.3	82.8
กระทรวงอื่นๆ	14,236	17,143	16,880	15,948	15,879	5.5	8.2	6.4	7.6	6.7	18.3	19.9	24.9	31.0	30.5	27.6	44.7	43.6	64.7	55.6
กระทรวงมหาดไทย	3,359	3,417	3,402	3,457	3,591	9.7	8.5	8.1	4.3	4.6	23.0	31.5	32.6	60.5	58.0	61.2	73.5	72.5	71.7	73.7
รัฐวิสาหกิจ	365	365	365	385	385	10.9	9.1	9.3	12.9	6.4	14.3	19.0	18.6	23.8	15.6	43.2	47.3	47.3	84.7	27.3
เอกชนมุ่งกำไร	25,298	29,611	29,945	31,123	31,107	4.0	4.8	3.1	3.0	3.1	38.3	54.9	52.8	52.1	47.4	42.3	46.2	44.3	42.9	39.9
เอกชนไม่มุ่งกำไร	1,968	2,004	1,995	2,156	2,156	7.3	6.9	6.6	6.8	6.0	34.6	34.7	36.5	34.9	35.2	69.4	66.1	66.1	65.3	57.7
รวม	**118,417**	**128,919**	**132,405**	**134,104**	**135,303**	**4.8**	**4.9**	**4.4**	4.2	4.3	**50.4**	**50.7**	**56.7**	61.7	59.2	**67.1**	**70.6**	**68.9**	71.7	68.9

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข

หมายเหตุ: 1. ข้อมูลอัตราการครองเตียงของรัฐวิสาหกิจในปี พ.ศ. 2541 สูงกว่าปี พ.ศ. 2540 มาก เนื่องจากจำนวนวันนอนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลการไฟฟ้านครหลวงสูง ส่วนในปี พ.ศ. 2542 ต่ำลงมาก เนื่องจากโรงพยาบาลการไฟฟ้านครหลวงมีมาตรการจำกัดจำนวนวันนอนลง

2. ข้อมูลอัตราการครองเตียงของกระทรวงอื่นๆ ในปี พ.ศ. 2541-2542 สูงกว่าเดิม เนื่องจากใน พ.ศ. 2541-2542 โรงพยาบาลในสังกัดคณะแพทยศาสตร์ เชียงใหม่

ขณะนี้มีความเคลื่อนไหว ในการพัฒนาระบบการพัฒนาคุณภาพ มาตรฐานสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน โดยมีสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เป็นแกนกลางในการประสานงาน ซึ่งคาดว่าในอนาคตไม่ไกล ประเทศไทยจะมีระบบการรับรองคุณภาพมาตรฐานสถานพยาบาลที่เป็นปึกแผ่นมั่นคง

1.4.4 ปัญหาการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยยามฉุกเฉิน

แม้จะมีการขยายตัวของบริการทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน แต่ประชาชนยังคงประสบปัญหาในยามเจ็บป่วยฉุกเฉิน ตั้งแต่การดูแลจากจุดที่เจ็บป่วยหรือได้รับอุบัติเหตุไปยังโรงพยาบาลซึ่งยังไม่มีการจัดระบบอย่างเป็นกิจลักษณะหรือมีหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรง การที่สถานพยาบาลของรัฐในเขตกรุงเทพฯ ไม่ยอมรับผู้ป่วยโดยอ้างเหตุผลว่าไม่มีเตียง การที่แพทย์มาให้การดูแลผู้ป่วยล่าช้ากว่าที่ควร ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ การที่สถานพยาบาลเอกชนไม่ยอมให้การดูแลเบื้องต้นที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย หากผู้ป่วยไม่มีเงินล้วนเป็นปัญหาคุณภาพที่สมควรได้รับการปรับปรุง ขณะนี้มีความเคลื่อนไหวในการจัดระบบบริการผู้ป่วยฉุกเฉินนอกสถานที่ โดยกรมการแพทย์ในกรุงเทพฯ และโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นที่จังหวัดขอนแก่นรวมทั้งสถานพยาบาลเอกชนหลายแห่ง

หลังจากที่มี พ.ร.บ. ประกันภัยบุคคลที่สามขึ้น ในปี พ.ศ. 2538 ปัญหาการรับผู้ป่วยอุบัติเหตุลดลงไปมาก เพราะมีผู้รับภาระทางการเงินที่แน่นอน (วงเงิน 50,000 บาท) แต่ก็ปรากฏว่ามีโรงพยาบาลเอกชนมักจะส่งตัวผู้ป่วยที่หมดเงินประกันอุบัติเหตุแล้ว (เกิน 50,000 บาท) และไม่สามารถรับภาระทางการเงินได้มาให้โรงพยาบาลรัฐรับภาระแทน

1.4.5 ความครอบคลุมในหลักประกันด้านสุขภาพ

ประเทศไทยมีแนวโน้มขยายหลักประกันด้านสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนทุกคนในลักษณะกองทุนประกันสุขภาพแบบต่างๆ เช่น กองทุนหมุนเวียนสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล กองทุนประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ กองทุนประกันสังคม กองทุนประกันสุขภาพนักเรียน กองทุนเงินทดแทน และกองทุนคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ เป็นต้น ซึ่งปรากฏว่าใน ปี พ.ศ. 2541 สามารถครอบคลุมประชากรได้ร้อยละ 80.3 (ตารางที่ 1.8)

รัฐบาลชุดปัจจุบันได้ประกาศนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้น ซึ่งมุ่งหวังที่จะสัมฤทธิผลให้ได้ภายในปี พ.ศ. 2545

ตารางที่ 1.8 ร้อยละของความครอบคลุมการประกันสุขภาพแต่ละระบบ พ.ศ. 2534-2543

ระบบประกันสุขภาพ	ความครอบคลุม (ร้อยละ)						
	2534	2535	2538	2540	2541	2542	2543
1. โครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและบุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล	16.6	35.9	43.9	44.7	45.1	42.1	40.8
● ผู้มีรายได้น้อย	16.3	20.7	15.5	13.4	13.5	10.5	10.6
● ผู้สูงอายุ	-	6.2	4.6	4.9	5.5	6.4	6.4
● เด็ก 0-5 ปี	-	-	7.1	7.3	7.3	} 20.1	} 17.2
● นักเรียนประถมและมัธยมต้น	-	9.0	8.9	11.1	11.1		
● ทหารผ่านศึก	0.3	-	0.4	0.3	0.3	0.2	0.3
● ผู้นำชุมชนและอาสาสมัคร	-	-	5.0	5.4	5.4	4.4	5.8
● ผู้พิการ	-	-	1.8	1.8	1.5	0.3	0.3
● ภิกษุ สามเณร	-	-	0.6	0.5	0.5	0.2	0.2
2. สวัสดิการรักษาพยาบาลแก่ข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ	10.2	11.3	11.0	10.8	10.8	10.8	12.0
● ข้าราชการและครอบครัว	8.7	9.9	9.6	9.4	9.4	9.4	-
● พนักงานรัฐวิสาหกิจและครอบครัว	1.5	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	-
3. การประกันสุขภาพภาคบังคับ	3.2	4.4	7.3	7.6	8.5	9.2	9.4
● ประกันสังคม/กองทุนทดแทนแรงงาน	3.2	4.4	7.3	7.6	8.5	9.2	9.4
4. การประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ	2.9	3.9	9.8	15.3	15.9	15.8	17.5
● การประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข	1.7	2.3	7.8	13.3	13.9	13.8	14.2
● การประกันสุขภาพเอกชน	1.2	1.6	2.0	2.0	2.0	2.0	3.3
รวมผู้ได้รับการประกันสุขภาพ ร้อยละ	32.9	55.5	72.0	78.4	80.3	77.9	79.7
ผู้ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ ร้อยละ	67.1	44.5	28.0	21.6	19.7	22.1	20.3

ที่มา: พ.ศ. 2534 จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2534

พ.ศ. 2535 จากวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และอนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2536

พ.ศ. 2538, 2540 และ 2541 จากสำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ. 2543 เป็นข้อมูลจากการรายงาน ณ เดือนกันยายน 2543 ความครอบคลุมจากการรายงานร้อยละ 81.58

1.5 เอกสารอ้างอิง

1. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, บรรณาธิการ. การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2540-2541. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์, 2543.
2. Wibulpolprasert S. Globalization and access to essential drugs: case study from Thailand. Paper presented at the Amsterdam meeting on Globalization and Access to Essential drug; 25-26 November 1999. Nonthaburi: Ministry of Public health, 1999. (mimeograph).
3. Pitayaransarit S, Wibulpolprasert S, Tangchareonsathien V. Policy framework towards private health sector in Thailand. Nonthaburi: Health Systems Research Institute, 2000. (mimeograph).
4. Wibulpolprasert S, Tangcharoensathien V, Lertiendumrong J. The economic crisis and responses by health sector in Thailand, 1997-1998. Paper presented at the Regional Consultation on Health Implications of the Economic Crisis in the South-East Asia region; 23-25 March 1998; Bangkok, Thailand. (unpublished document).
5. World Health Organization. The World Health Report 2000. Geneva: World Health Organization, 2000.
6. อ้างแล้วใน 1. หน้า 104-107.
7. อ้างแล้วใน 1. หน้า 89-90, 108.
8. อ้างแล้วใน 1. หน้า 27.
9. อ้างแล้วใน 1. หน้า 48.
10. อ้างแล้วใน 1. หน้า 31.
11. Cited in 1: 109.
12. จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. สถานะสุขภาพของคนไทย. กรุงเทพฯ: อุษาการพิมพ์, 2543. หน้า 308.
13. Wibulpolprasert S. Economic dynamics and health implications: lessons learned from Thailand. Paper presented at the International Conference: Towarded Evidence-based Policy-making in Health Sector Development; 5 September 2000; Kuala Lumpur, Malaysia. Nonthaburi: Ministry of Public Health, 2000. (mimeograph).
14. อ้างแล้วใน 1. หน้า 112-113.
15. อ้างแล้วใน 1. หน้า 115-118.
16. อ้างแล้วใน 1. หน้า 121-142.
17. มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ. การสำรวจสภาวะของประชาชนโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2539-2540. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2541.

18. อ้างแล้วใน 1. หน้า 79.
19. สำนักงานสถิติแห่งชาติ, สำนักนายกรัฐมนตรี. รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2542. กรุงเทพฯ: บริษัท เท็กซ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด, 2543.
20. Thamrongwarangkul A, Wibulpolprasert S, Ruamtham N, et al. Improvement of the availability and rational use of essential drugs through village grocery stores in rural Thailand. Nonthaburi: Ministry of Public Health, 2000. (mimeograph).
21. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, บรรณาธิการ. ระบบยาของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์, 2537.
22. Na Songkhla M, Wibulpolprasert S, Prakongsai P. Good drug at low cost: Thailand's provincial collective bargaining system for drug procurement. Essential Drug Monitor Double Issue 1999; 25-26: 6-7.
23. Wibulpolprasert S. Inequitable distribution of doctors: can it be solved? Human Resources for Health Development Journal (HRDJ) 1999; 1: 2-22.
24. หน่วยติดตามสถานะสุขภาพจากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ. ผลกระทบของวิกฤตเศรษฐกิจต่อการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ. นนทบุรี: สถาบันพระบรมราชชนก, 2542.
25. อ้างแล้วใน 1. หน้า 199-210.
26. Na Songkhla M, Suksirisereekul S, Chunharas S, Wibulpolprasert S. Equity in health and health care in Thailand. Nonthaburi: Ministry of Public Health, 1997. (mimeograph).
27. Wibulpolprasert S, Pitayaransarit S. Economic crisis and fairness of health financing contribution in Thailand. Nonthaburi: Health Systems Research Institute, 2000. (mimeograph).
28. อ้างแล้วใน 1. หน้า 211-219.
29. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, นวลอนันต์ ตันติเกตุ, พินทุสร เหมพิสุทธิ์ และคณะ. แบบแผนรายจ่ายสุขภาพภาครัฐ ในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 5-6-7 (พ.ศ. 2525-2539). นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541.

บทที่ 2

ระบบประกันสุขภาพในภาพรวมของประเทศไทย

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, พ.บ., Ph.D.
โครงการนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

2.1 บทนำ

นโยบายการคุ้มครองความเสี่ยงซึ่งเกิดจากภาระค่ารักษาพยาบาลในสถานบริการสาธารณสุขของประเทศไทย เริ่มมีเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2488 โดยมีการยกเว้นการเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลให้แก่คนยากจนอย่างไม่เป็นทางการ (ภายใต้การพิจารณาของนักสังคมสงเคราะห์) ควบคู่ไปกับการเก็บค่ารักษาพยาบาลโดยตรงจากผู้ใช้บริการสุขภาพ ระบบที่ไม่เป็นทางการดังกล่าวได้มีวิวัฒนาการไปสู่ระบบการพิจารณาสิทธิทางการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามระดับรายได้ของครัวเรือน (mean-testing scheme) โดยมีการออกบัตรผู้มีรายได้น้อยซึ่งสมควรได้รับการสงเคราะห์สวัสดิการรักษาพยาบาลทุก 3 ปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2524 สำหรับครัวเรือนที่มีรายได้ต่ำกว่าระดับความยากจนที่กำหนดไว้

สำหรับผู้ที่มีฐานะดี ระบบประกันแบบสมัครใจโดยภาคเอกชนได้เข้ามามีบทบาทเป็นเวลาช้านานแล้ว ข้าราชการและลูกจ้างของส่วนราชการที่ปฏิบัติงานอยู่หรือเกษียณอายุ และบุคคลในครอบครัว (พ่อแม่ สามีภรรยา และบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะไม่เกิน 3 คน) ได้รับสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาลจากรัฐความรับผิดชอบของนายจ้างต่อลูกจ้างเมื่อเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากการทำงานในลักษณะของกองทุนชดเชยแรงงานเป็นที่มาของระบบประกันสังคมซึ่งมีลักษณะไตรภาคีเพื่อคุ้มครองความเจ็บป่วยของลูกจ้างที่ไม่เกี่ยวข้อง กับการทำงาน รวมทั้งการคลอดบุตรหรือความพิการหรือเสียชีวิต ท้ายที่สุด ได้แก่ ระบบประกันสุขภาพแบบสมัครใจสำหรับคนในชุมชนตามโครงการบัตรสุขภาพซึ่งได้รับการอุดหนุนทางการเงินจากรัฐ

ระบบประกันสุขภาพในรูปแบบต่างๆ ดังที่กล่าวมาแล้ว มีพัฒนาการในจังหวะก้าวที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดความหลากหลายทางสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล การเบิกจ่ายเงินชดเชยค่ารักษาพยาบาล แหล่งที่มาของการคลังสุขภาพ การอุดหนุนทางการเงินจากรัฐ คุณภาพและประสิทธิภาพในการให้บริการสุขภาพในแต่ละระบบ อย่างไรก็ตาม ในปี พ.ศ. 2539 ระบบที่หลากหลายดังกล่าวก็ยังไม่ครอบคลุมประชากรถึงกว่าร้อยละ 30[1] ข้อถกเถียงเชิงนโยบายในปัจจุบัน จึงเน้นที่การปรับปรุงประสิทธิภาพ การลดความไม่เสมอภาคใน

กลุ่มผู้มีสิทธิได้รับความคุ้มครองทางการรักษาพยาบาล และการขยายระบบประกันสุขภาพไปสู่ประชากรโดยถ้วนหน้า

ในบทนี้จะอธิบายระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ในประเทศไทยในภาพรวม โดยกล่าวถึงหลักการ วัตถุประสงค์ แนวโน้มการครอบคลุม ลักษณะสำคัญ จุดอ่อนของระบบประกันสุขภาพในแต่ละรูปแบบ กลุ่มคนที่ไม่ได้รับการคุ้มครองจากระบบประกัน รวมทั้งการให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เพื่อให้บรรลุประสิทธิภาพ ความเสมอภาค และความครอบคลุมโดยถ้วนหน้า

2.2 การประกันสุขภาพในรูปแบบต่างๆ

ระบบประกันสุขภาพเป็นกลไกที่ทำหน้าที่หลัก 2 ประการ คือ ทำให้เกิดการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิผลเมื่อจำเป็น และป้องกันความเสียหายที่เกิดจากความเสี่ยงทางการเงินในการรับภาระค่ารักษาพยาบาลที่แพง[2] ในที่นี้ ระบบประกันสุขภาพมิได้จำกัดเพียงระบบที่แต่ละคนได้จ่ายเงินเพื่อเอาประกัน (contributory scheme) แต่หมายรวมถึงระบบสวัสดิการที่พึ่งพาแหล่งเงินทุนในระบบภาษีอากรอีกด้วย อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล[3] ได้จัดประเภทของระบบประกันสุขภาพในประเทศไทยเป็น 4 รูปแบบ ดังนี้

2.2.1 ระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยหรือผู้ที่สังคมควรให้ความช่วยเหลือเกื้อกูล

ระบบนี้ เป็นการให้สิทธิทางการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าแก่ผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือผู้ที่สังคมควรให้ความช่วยเหลือเกื้อกูล ได้แก่ คนยากจน ผู้สูงอายุ คนพิการ เด็กในวัยประถมศึกษา นอกจากนี้ยังได้ขยายความครอบคลุมไปยังนักบวช และผู้นำชุมชนหรืออาสาสมัครสาธารณสุขและคนในครอบครัว เพื่อเป็นการตอบแทนแก่ความช่วยเหลือที่มีต่อสังคม (บทที่ 5)

2.2.2 ระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการ ลูกจ้าง หรือพนักงานของรัฐ และรัฐวิสาหกิจ

เป็นระบบที่ให้เป็นสวัสดิการแก่บุคคลและคนในครอบครัวเพื่อชดเชยสำหรับเงินเดือนหรือค่าจ้างที่ค่อนข้างต่ำในระบบราชการ (บทที่ 3)

2.2.3 ระบบประกันสังคมภาคบังคับ

เป็นระบบที่มีการระดมเงินทุนจากปัจเจกชนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในภาคเอกชน ตามข้อบังคับในกฎหมายลักษณะต่างๆ ซึ่งประกอบด้วยระบบย่อย 3 รูปแบบ ได้แก่

(1) ระบบสวัสดิการลูกจ้างตามกฎหมายประกันสังคม ซึ่งมีแหล่งที่มาของเงินทุนจากไตรภาคี ได้แก่ นายจ้าง ลูกจ้าง และเงินสมทบจากรัฐ

(2) กองทุนชดเชยแรงงาน เป็นการจ่ายเงินชดเชยของนายจ้างสำหรับค่ารักษาพยาบาลความเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บจากการทำงาน รวมทั้งค่าปลงศพสำหรับการเสียชีวิต

จากการทำงาน

(3) การคุ้มครองผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรตามกฎหมายคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ เป็นระบบที่มีแหล่งเงินทุนจากเบี้ยประกันภัยรถภาคบังคับซึ่งเจ้าของรถจ่ายให้แก่บริษัทประกันภัยเอกชน[4] (บทที่ 4)

2.2.4 ระบบประกันสุขภาพภาคสมัครใจ

(1) การประกันสุขภาพเอกชน ได้จากเบี้ยประกันซึ่งให้ความคุ้มครองแก่ผู้มีฐานะค่อนข้างดีเป็นส่วนใหญ่[5]

(2) ระบบกองทุนบัตรสุขภาพ ซึ่งออกโดยรัฐเพื่อให้ความคุ้มครองแก่บุคคลที่ไม่เคยได้รับความคุ้มครองจากระบบประกันใดๆ เช่น คนทำงานในชนบท หรือคนรับจ้างหรือประกอบอาชีพอิสระซึ่งไม่อยู่ในข่ายของข้อบังคับตามกฎหมายประกันสังคม[6] (บทที่ 6)

นอกจากนี้ ยังมีกองทุนชุมชนที่มีขนาดเล็กๆ ที่ให้ความคุ้มครองแก่สมาชิกของตน ซึ่งมักจะมีการจ่ายเงินในลักษณะเงินปันผลย้อนหลังเมื่อสิ้นปี ส่วนใหญ่มักจะเป็นลักษณะของกองทุนฌาปนกิจสงเคราะห์มากกว่ากองทุนสุขภาพโดยตรง

ตารางที่ 2.1 แสดงลำดับเหตุการณ์ของการเกิดขึ้นสำหรับระบบประกันสุขภาพในรูปแบบต่างๆ ซึ่งทำให้เกิดความแตกต่างกันของลักษณะในระบบประกันแต่ละรูปแบบ

ตารางที่ 2.1 ลำดับเหตุการณ์ของการเกิดระบบประกันสุขภาพรูปแบบต่าง ๆ ในประเทศไทย

พ.ศ.	เหตุการณ์	SW	FB	CI	VI
2472	ธุรกิจประกันภัยเอกชน				✓
2497	กฎหมายประกันสังคมฉบับแรก (ไม่มีการบังคับใช้)			✓	
2517	กองทุนชดเชยแรงงาน			✓	
2518	บริการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า แก่ผู้มีฐานะยากจน	✓			
2521	บริษัทประกันสุขภาพเอกชนแห่งแรก				✓
2523	ราชกิจจานุเบกษาสำหรับสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ		✓		
2524	การออกบัตรผู้มีรายได้น้อย ครั้งแรก	✓			
2526	โครงการบัตรสุขภาพ ระยะที่ 1: กองทุนอนามัยแม่และเด็ก				✓
2527	โครงการบัตรสุขภาพ ระยะที่ 2: สำหรับทั้งครอบครัว				✓
2533	กฎหมายประกันสังคม บังคับใช้แก่การจ้างงานที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป			✓	
2534	โครงการบัตรสุขภาพ ระยะที่ 3: อาศัยหลักของการประกัน				✓
2535	บริการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า แก่ผู้สูงอายุ	✓			
2536	กฎหมายคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ			✓	
2537	กฎหมายประกันสังคม ขยายการบังคับใช้แก่การจ้างงานที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป			✓	
2537	โครงการบัตรสุขภาพ ระยะที่ 4: เงินสมทบจากรัฐ reinsurance policy และการใช้บัตรข้ามเขต				✓
2537	โครงการบัตรสุขภาพขยายตัวสู่ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข และเงินสมทบจากรัฐเต็มรูปแบบ		✓		

พ.ศ.	เหตุการณ์	SW	FB	CI	VI
2537	โครงการสวัสดิการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและการขยายตัวไปสู่ผู้ที่สังคมควรให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลอื่นๆ	✓			
2541	หลักเกณฑ์ใหม่ในการจัดสรรงบประมาณสำหรับสวัสดิการผู้มีรายได้น้อย: จัดการโดยกรรมการระดับชาติและจังหวัด, จัดสรรตามรายหัวประชากรแต่ละจังหวัด, นำระบบ reinsurance มาใช้สำหรับการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูงด้วยการเบิกจ่ายตาม Diagnostic Related Groups และระบบงบประมาณแบบ global budget	✓			
2541	ปรับปรุงการเบิกจ่ายสำหรับสวัสดิการข้าราชการ: นำ copayment มาใช้, ให้สิทธิเฉพาะ essential drugs, จำกัดการนอนรักษาตัวในห้องพิเศษ		✓		
2543	ขยายระบบประกันสังคมไปสู่ผู้เกษียณอายุและเด็ก			✓	

ที่มา: ดัดแปลงจาก อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล[3]

SW = Social Welfare FB = Fringe Benefit

CI = Compulsary Insurance VI = Voluntary Insurance

2.3 แนวโน้มของการครอบคลุมโดยระบบประกันสุขภาพ

จากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยและสวัสดิการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติในปีต่างๆ พบว่า อัตราการครอบคลุมของระบบประกันสุขภาพ เพิ่มจาก 33.5% ในปี 2534 เป็น 46.0% ในปี 2539 และ 59.8% ในปี 2542[1,7,8] เมื่อมีการปรับสำหรับความครอบคลุมประชากรในกลุ่มอายุต่ำกว่า 12 ปี และผู้สูงอายุ ปรากฏว่า อัตราการครอบคลุมของระบบประกันสุขภาพเพิ่มขึ้นเป็น 63.2% ในปี 2539 และ 69.9% ในปี 2542 (ตารางที่ 2.2)

ตารางที่ 2.2 ร้อยละการครอบคลุมประชากรและแนวโน้ม 2534, 2539 และ 2542

ระบบประกัน	2534	2539	2542	2539*	2542*
1. สวัสดิการผู้มีรายได้น้อย	12.7	12.3	12.4	29.5	22.5 (32.1)
2. ราชการ					
● ข้าราชการ	13.2	11.3	7.8	11.3	7.8
● พนักงานรัฐวิสาหกิจ	2.1	1.4	1.1	1.4	1.1
3. ประกันสังคมและกองทุนชดเชยแรงงาน	0	5.5	7.1	5.5	7.1
4. ประกันภาคสมัครใจ					
● บัตรสุขภาพ	1.4	13.2	28.2	13.2	28.2 (18.6)
● ประกันเอกชน	3.1	1.2	1.4	1.2	1.4
5. อื่นๆ	0.9	1.1	1.7	1.1	1.7
มีประกัน	***33.5***	***46.0***	***59.8***	***63.2***	***69.9***
ไม่มีประกัน	***66.5***	***54.0***	***40.2***	***36.8***	***30.1***
รวม	100	100	100	100	100

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ 2534, 2539, และ 2542

* ปรับตัวเลขของสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยรวมจำนวนเด็กและผู้สูงอายุซึ่งไม่มีประกันและถูกจัดอยู่ในระบบสวัสดิการผู้มีรายได้น้อย ตัวเลขในวงเล็บแสดงการครอบคลุมเมื่อนำจำนวนเด็กและผู้สูงอายุเข้าไปอยู่ในกลุ่มสวัสดิการผู้มีรายได้น้อย

การขยายตัวอย่างรวดเร็วของโครงการสวัสดิการรักษาพยาบาลแก่ผู้มีรายได้น้อย เกิดจากการเพิ่มความครอบคลุมของระบบไปสู่ประชากรในกลุ่มผู้สูงอายุและเด็กอายุต่ำกว่า12 ปี ทำให้การขยายตัวของระบบประกันสุขภาพโดยรวมอยู่ในอัตราประมาณ 71% ในระหว่าง ปี 2534-2538 การขยายตัวของโครงการบัตรสุขภาพอยู่ในระยะที่ 4 (พ.ศ. 2536-2541) เมื่อมีการโฆษณาผ่านสื่อวิทยุและโทรทัศน์รวมทั้งการรณรงค์ต่างๆ อันอาจนำไปสู่การมีประกัน โดยถ้วนหน้า เป็นที่น่าสังเกตว่า หลังจากวิกฤติการณ์เศรษฐกิจในปี 2540 ความต้องการ บัตรสุขภาพเพิ่มขึ้นเป็นอย่างมากเนื่องจากผู้ไม่มีประกันไม่สามารถรับภาระค่ารักษาพยาบาล ด้วยตนเองได้ รวมทั้งมีการปลดคนงานซึ่งเดิมได้รับการคุ้มครองตามกฎหมายประกันสังคม ออกเป็นจำนวนมาก

2.4 ลักษณะของผู้ไม่ได้รับการคุ้มครองจากระบบประกัน

ตอนต่อไปนี้เป็นการอธิบายลักษณะของกลุ่มคนผู้ไม่มีหลักประกันโดยอาศัยข้อมูล จากการสำรวจสถานะสุขภาพรายจังหวัดของกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2539[9] ประมาณ 26-31% ของครัวเรือนไม่ได้รับความครอบคลุมจากระบบประกันสุขภาพใดๆ ทั้งสิ้น (ตาราง ที่ 2.3) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่ยากจนที่สุด (รายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 2,000 บาท) ซึ่งควร ได้รับการครอบคลุมจากโครงการสวัสดิการการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย 28% ไม่ ได้รับการคุ้มครอง

ตารางที่ 2.3 รายได้ต่อเดือนของครัวเรือนที่ไม่มีและที่มีประกัน 2539

รายได้ต่อเดือน (บาท)	ไม่มีประกัน		มีประกัน		รวม		%ไม่มีประกัน
	ครัวเรือน	%	ครัวเรือน	%	ครัวเรือน	%	ต่อครัวเรือน
1. ≤ 2,000	4,451	27	11,672	32	16,123	30	28
2. 2,001-8,000	9,847	59	18,446	51	28,293	53	35
3. 8,001-15,000	1,333	8	3,693	10	5,026	9	27
4. 15,001-20,000	197	1	565	2	762	1	26
5. 20,001+	340	2	859	2	1,199	2	28
6. ไม่ทราบ	491	3	1,093	3	1,584	3	31
รวม	16,659	100	36,328	100	52,987	100	31

ที่มา: การสำรวจสภาวะสุขภาพจังหวัด (พ.ศ. 2539)

จากกลุ่มตัวอย่างของผู้ไม่มีประกัน จำนวน 16,659 คน 27% เป็นผู้ที่อยู่ในครัวเรือน ที่มีรายได้ต่ำที่สุด (ตารางที่ 2.3) ในขณะเดียวกัน 80% ของหัวหน้าครัวเรือน ได้รับการ ศึกษาในระดับประถมศึกษา (ตารางที่ 2.4) มีเพียง 13% ของหัวหน้าครัวเรือนที่สำเร็จการ ศึกษาในระดับมหาวิทยาลัยที่ไม่มีประกัน เมื่อเปรียบเทียบกับระดับประถมศึกษา (33%)

ตารางที่ 2.4 ระดับการศึกษาของหัวหน้าครัวเรือนที่ไม่มีและที่มีประกัน 2539

ระดับการศึกษา	ไม่มีประกัน		มีประกัน		รวม		%
	ราย	%	ราย	%	ราย	%	ไม่มีประกัน
1. ประถมศึกษา	13,332	80	27,336	75	40,668	77	33
2. มัธยมศึกษา	1,644	10	3,666	10	5,310	10	31
3. อาชีวศึกษา	403	2	1,324	4	1,727	3	23
4. มหาวิทยาลัย	203	1	1,301	4	1,504	3	13
5. ไม่ได้รับการศึกษา	958	6	2,415	7	3,373	6	28
6. ไม่ทราบ	119	1	196	1	315	1	38
รวม	16,659	100	36,238	100	52,897	100	31

ที่มา: การสำรวจสภาวะสุขภาพจังหวัด (พ.ศ. 2539)

ตารางที่ 2.5 จำแนกลักษณะการมีและไม่มีหลักประกันตามอาชีพของหัวหน้าครัวเรือน ในบรรดาผู้ไม่มีหลักประกัน ส่วนใหญ่ (49%) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ข้าราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจเป็นผู้ที่มีสัดส่วนของการไม่มีประกันต่ำสุด (5%) ในขณะที่พนักงานขับรถและพ่อค้าแม่ค้ามีสัดส่วนการไม่มีประกันสูงสุด (44%)

ตารางที่ 2.5 อาชีพของหัวหน้าครัวเรือนที่ไม่มีและที่มีประกัน 2539

อาชีพ	ไม่มีประกัน		มีประกัน		%
	ราย	%	ราย	%	ไม่มีประกัน
1. เกษตรกร	7,896	49	18,654	51	30
2. ข้าราชการ	198	1	3,658	10	5
3. พนักงานขับรถ	564	3	716	2	44
4. คนงาน	904	6	2,000	6	31
5. พ่อค้า	2,849	18	3,632	10	44
6. อื่นๆ	3,063	19	4,789	13	39
7. ไม่มีงานทำ	613	4	2,804	8	18
8. ไม่ทราบ	33	0	75	0	31
รวม	16,120	100	36,328	100	31

ที่มา: การสำรวจสภาวะสุขภาพจังหวัด (พ.ศ. 2539)

การไม่ได้รับความคุ้มครองจากระบบประกันสุขภาพทำให้ผู้รับบริการต้องรับภาระค่ารักษาพยาบาลทั้งจากสถานบริการของรัฐและเอกชน ในโรงพยาบาลรัฐ ผู้ป่วยอาจได้รับความช่วยเหลือจากนักสังคมสงเคราะห์ จากการศึกษาพบว่า หากผู้ไม่มีประกันต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นเงิน 7,622 บาทต่อการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 1 ครั้ง ก็สามารถทำให้เกิดความเสียหายต่อความมั่นคงทางการเงินในครัวเรือนได้ โดยคิดเป็น 18.6% ของรายได้ต่อปีของครัวเรือน[10] ทั้งนี้บุคคลดังกล่าวอาจต้องไปกู้ยืมเงินจากคนอื่นจนต้องตกเป็นผู้มีหนี้สินล้นพ้นตัว ยังมีการศึกษาอีกชิ้นหนึ่งระบุว่า ความยากจน (ในระดับรายได้ตามคำจำกัดความ

ของบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย) และการไม่มีประกันเป็นสาเหตุหลักทำให้หญิงมีครรภ์ไม่สามารถเข้าถึงการให้บริการก่อนคลอด (ตารางที่ 2.6)[11]

ตารางที่ 2.6 การมีประกันและสถานะของอนามัยแม่และเด็ก

	ในเมือง						ชนบท						รวมทุกกลุ่ม
	ไม่มีประกัน			มีประกัน			ไม่มีประกัน			มีประกัน			
	ยากจน	ไม่ยากจน	รวม	ยากจน	ไม่ยากจน	รวม	ยากจน	ไม่ยากจน	รวม	ยากจน	ไม่ยากจน	รวม	
1. % ไม่มี ANC	9	4	5	1	1	1	3	0	1	1	1	1	1
2. % ANC < 4 ครั้ง	43	28	32	12	13	13	41	34	36	18	17	17	21
3. % เสี่ยงก่อนคลอด	34	23	26	29	27	27	26	19	21	22	20	21	23
4. % น้ำหนักแรกคลอดต่ำ	18	10	12	14	8	9	12	9	10	9	6	7	9
รวม	68	208	276	149	499	648	125	253	378	377	564	941	2,240

ที่มา: ดัดแปลงจาก สุณี วงศ์คงคาเทพ 2542 การสำรวจการคลอดในช่วงระยะเวลา 3 วัน (เมษายน 2542)

ตารางที่ 2.7 ได้สรุปลักษณะของระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ในรูปแบบต่างๆ รวมทั้งประชากรที่ได้รับการครอบคลุม และแหล่งที่มาทางการเงินการคลัง

ตารางที่ 2.7 ลักษณะระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ ในประเทศไทย 2542

	สวัสดิการผู้มีรายได้น้อย	สวัสดิการข้าราชการ	ประกันสังคม	กองทุนชดเชยแรงงาน	บัตรสุขภาพ	ประกันเอกชน	ไม่มีประกัน
ลักษณะทั่วไป	สวัสดิการสังคม	สิทธิประโยชน์นอกเหนือเงินเดือน	ภาคบังคับ	ภาคบังคับ	ภาคสมัครใจ	ภาคสมัครใจ	
รูปแบบ	Public/ integrated model	Public reimburse-ment model	Public contracted model	Public reimburse-ment model	Voluntary integrated model	Voluntary reimburse-ment model	Voluntary out of pocket model
ประชากรเป้าหมาย	คนยากจน ผู้สูงอายุ เด็ก คนพิการ นักบวช ทหารผ่านศึก	ข้าราชการ ลูกจ้างของรัฐ และคนในครอบครัว	การจ้างงานเอกชนที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป	การจ้างงานเอกชนที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป	ครัวเรือนที่มีรายได้ไม่ต่ำจนมีสิทธิได้รับสวัสดิการผู้มีรายได้น้อย ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข	ผู้มีฐานะดี	"คนชายขอบ" พ่อค้า ผู้ทำงานอิสระ
ประชากรที่ครอบคลุม (ล้านคน)	19.8	5.5	4.36		11.50	0.83	18.58
% การครอบคลุม (สำรวจปี 2542)	32.1%	8.9%	7.1%	กลุ่มเดียวกับประกันสังคม	18.6%	1.1%	30.1%

	สวัสดิการผู้มีรายได้น้อย	สวัสดิการข้าราชการ	ประกันสังคม	กองทุนชดเชยแรงงาน	บัตรสุขภาพ	ประกันเอกชน	ไม่มีประกัน
สิทธิประโยชน์							
● ผู้ป่วยนอก	บริการของรัฐ	บริการของรัฐ	บริการของรัฐและของเอกชน	บริการของรัฐและของเอกชน	บริการของรัฐ (สังกัด กสธ.)	โดยทั่วไปไม่ครอบคลุม	-
● ผู้ป่วยใน	บริการของรัฐ	บริการของรัฐและเอกชน (กรณีฉุกเฉิน)	บริการของรัฐและของเอกชน	บริการของรัฐและของเอกชน	บริการของรัฐ (สังกัด กสธ.)	ส่วนใหญ่บริการของเอกชน	-
● การเลือกผู้ให้บริการ	ตามสายการส่งต่อ	เลือกได้เสรี	เครือข่ายที่สมัครเข้าเป็นสมาชิก	เลือกได้เสรี	ตามสายการส่งต่อ	เลือกได้เสรี	เลือกได้เสรี
● สิทธิประโยชน์ในรูปเงินสด	ไม่มี	ไม่มี	มี	มี	ไม่มี	ขึ้นกับกรมธรรม์	ไม่มี
● ความเจ็บป่วยที่ครอบคลุม	กว้างขวาง	กว้างขวาง	การเจ็บป่วยที่ไม่ได้เกิดจากงาน	การเจ็บป่วยที่เกิดจากงาน	กว้างขวาง	ขึ้นกับเบี้ยประกัน	-
● ความเจ็บป่วยที่ไม่ครอบคลุม	15 ชนิด	ไม่มี	15 ชนิด	ไม่มี	15 ชนิด	pre-existing conditions ขึ้นกับกรมธรรม์	-
● สิทธิประโยชน์ต่อการตั้งครรภ์	มี	มี	มี	ไม่มี	มี	อาจมี	-
● สิทธิในการตรวจร่างกายประจำปี	ไม่มี	มี	ไม่มี	ไม่มี	มี	อาจมี	-
● การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพที่ครอบคลุม	มีน้อยมาก	ไม่มี	สุขศึกษา การให้ภูมิคุ้มกันโรค	ไม่มี	มี	ไม่มี	-
● บริการที่ไม่ครอบคลุม	เตียงพิเศษ พยาบาลดูแลพิเศษประกอบแว่นตา	พยาบาลดูแลพิเศษ	เตียงพิเศษ พยาบาลดูแลพิเศษ	ไม่จำกัด	เตียงพิเศษ พยาบาลดูแลพิเศษประกอบแว่นตา	ขึ้นกับเบี้ยประกันและกรมธรรม์	-
ระบบการเงินการคลัง							
● ที่มาของเงินทุน	ภาษีอากร	ภาษีอากร	ไตรภาคี 1.5% ของเงินเดือน (ลดลงเหลือ 1% ตั้งแต่ปี 2542)	นายจ้าง (0.2-2% ของเงินเดือน ขึ้นกับ experience rating)	500 บาทจ่ายจากครัวเรือน บวก เงินอุดหนุนจากรัฐ 1,000 บาท	ครัวเรือน หรือ นายจ้าง	ครัวเรือน
● ผู้ดูแลเงินกองทุน	กระทรวงสาธารณสุข	กระทรวงการคลัง	สนง. ประกันสังคม	สนง. ประกันสังคม	กระทรวงสาธารณสุข	บริษัทประกัน	-

	สวัสดิการผู้มีรายได้น้อย	สวัสดิการข้าราชการ	ประกันสังคม	กองทุนชดเชยแรงงาน	บัตรสุขภาพ	ประกันเอกชน	ไม่มีประกัน
● วิธีการจ่ายเงิน	เหมารวม (Global Budget)	ตามการให้บริการ (Fee for service)	เหมาจ่ายรายหัว (Capitation)	ตามการให้บริการ (Fee for service)	แบ่งส่วนการจ่ายตามระดับการให้บริการ (Proportional reimburse-ment among 1ry, 2ry, 3ry care levels)	ตามการให้บริการและมีเพดาน (Fee for service with ceiling)	ตามการให้บริการ (Fee for service)
● Copayment	ไม่มี	สำหรับผู้ป่วยในจากรพ.เอกชนและจำกัดเฉพาะโรคที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิต	การดูแลครรภ์บริการฉุกเฉินถ้าเกินเพดานที่กำหนด	ถ้าเกินเพดาน 30,000 บาท	ไม่มี	ถ้าเกินเพดานที่กำหนด (ขึ้นกับเบี้ยประกันและกรมธรรม์)	-
● ค่าใช้จ่ายต่อหัว (บาทในปี 2542)	>363+เงินอุดหนุนข้ามสิทธิในรพ.รัฐ	2,106	1,558	182	534+เงินอุดหนุนข้ามสิทธิในรพ.รัฐ	ไม่ทราบ	ไม่ทราบ
● เงินอุดหนุนจากภาษีต่อหัว (บาทในปี 2542)	363 + เงินอุดหนุนข้ามสิทธิในรพ.รัฐ	2,106	519	ค่าใช้จ่ายในการบริหารกองทุนฯ	250	ภาษีรายได้จากการเก็บเบี้ยประกันของบริษัทที่ได้รับการยกเว้น (ไม่ทราบปริมาณ)	ค่ารักษาที่ได้รับการอุดหนุนจากรัฐ (ไม่ทราบปริมาณ)

2.5 ปัญหาของระบบประกันสุขภาพ

อาจกล่าวได้ว่า ระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ในประเทศไทยมีลักษณะที่แยกเป็นส่วนๆ ซ้ำซ้อน และไม่สามารถให้ความครอบคลุมที่เพียงพอในบางระบบ ทำให้ไม่บรรลุเป้าหมายของระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและเสมอภาค ปัญหาความไม่มีประสิทธิภาพ เกิดจากระบบที่ไม่เอื้ออำนวยให้มีการรวมทุนเพื่อเพิ่มอำนาจการต่อรองกับผู้ให้บริการสุขภาพ และไม่มีการสะท้อนผลงานให้ผู้ให้บริการเห็นอันจะนำไปสู่การให้บริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพอย่างแท้จริง ระบบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลแบบ fee for service ที่เป็นอยู่ในปัจจุบันทำให้เกิดปัญหาค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในอัตราที่สูงกว่าการเติบโตของ GDP แม้ในช่วงของเศรษฐกิจถดถอย[12] ดังจะเห็นได้จากปัญหาการขาดระบบบริการสุขภาพขั้นมูลฐานที่มีประสิทธิผล ทำให้บริการสุขภาพส่วนใหญ่ต้องอาศัยโรงพยาบาลซึ่งมักมีราคาแพงล่าช้า และบริการที่ไม่เป็นที่น่าพอใจ

ปัญหาความไม่เสมอภาคในระบบประกันสุขภาพจะเห็นได้จากความไม่เท่าเทียมกันในจำนวนเงินภาษีที่ใช้สนับสนุนระบบประกันในรูปแบบต่างๆ ต่อหัว (per capita tax subsidy) ซึ่งเป็นที่ทราบกันว่า สวัสดิการข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจได้รับมากกว่าสวัสดิการผู้มีรายได้น้อย รวมทั้งความแตกต่างกันในสิทธิประโยชน์ทางการรักษาพยาบาล แต่เนื่องจากโรงพยาบาลรัฐมักทำการเบิกจ่ายข้ามสิทธิเพื่อชดเชย (cross subsidy) ทำให้มองไม่เห็นปัญหาที่เกิดขึ้นจากความไม่เสมอภาคดังกล่าว

2.5.1 ปัญหาของระบบสวัสดิการผู้มีรายได้น้อย

ปัญหาหลักของการใช้ระบบประกันสุขภาพภายใต้ระบบสวัสดิการผู้มีรายได้น้อยที่มีอยู่ในปัจจุบัน คือ การกำหนดตัวผู้ที่เข้าข่ายฐานะยากจน เนื่องจากมีความผันแปรของรายได้จากอาชีพตามฤดูกาล และความยากในการประเมินระดับรายได้ที่แท้จริง[13,14] การใช้กลไกสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาลในการคัดกรองผู้สมควรได้รับความคุ้มครองจากสวัสดิการอาจไม่ประสบความสำเร็จ และอาจมีปัญหาเรื่องการถูกสังคมตราหน้าสำหรับผู้ขอรับสวัสดิการดังกล่าว ความพยายามให้ชุมชนเป็นคนกำหนดและค้นหาผู้ยากจนจะช่วยเพิ่มความสามารถในการพบคนยากจนที่แท้จริง (sensitivity) และคัดกรองคนที่ไม่ยากจนจริงออก (specificity)[15] ไม่เพียงแต่ระบบสวัสดิการผู้มีรายได้น้อยที่มีอยู่ในปัจจุบันจะได้รับการสนับสนุนงบประมาณที่จำกัด แต่ยังพบปัญหาความรับผิดชอบของโรงพยาบาลและความตั้งใจของผู้ให้บริการในการให้บริการที่รวดเร็วและเหมาะสม[16]

2.5.2 ปัญหาของระบบสวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ

ระบบนี้มีปัญหาในเชิงประสิทธิภาพ 3 ประการ ได้แก่ การนอนรักษาตัวอย่างไม่จำเป็น การนอนรักษาตัวที่นานเกินไป และค่าใช้จ่ายที่สูง (อัตราการเพิ่ม 14% ต่อปีระหว่าง 2531-2540) และความไม่เสมอภาคเนื่องจากได้รับงบสนับสนุนที่สูงกว่าระบบอื่น[17] ผู้เกี่ยวข้องในระบบดังกล่าวมักไม่ตระหนักถึงปัญหาค่าใช้จ่าย โรงพยาบาลรัฐมักมีแรงจูงใจที่จะเบิกค่ารักษาพยาบาลที่สูงเกินจริงเพื่อชดเชยสำหรับผู้มีรายได้น้อย เช่นเดียวกับโรงพยาบาลเอกชน เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่รับสิทธิประโยชน์ซึ่งไม่รู้สึกเดือดร้อนเพราะไม่ได้เป็นผู้รับภาระโดยตรง ปัญหาดังกล่าวมีความซับซ้อนยิ่งขึ้น เมื่อกรมบัญชีกลางไม่มีความสามารถในการตรวจสอบความฉ้อฉลในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่เกินจริงได้ และไม่เคยมีการนำนโยบายที่สมเหตุสมผลเข้ามาใช้[18]

2.5.3 ระบบประกันสังคม

จุดเด่นของระบบประกันสังคมซึ่งมีวิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาลแก่สถานบริการและผู้ให้บริการสุขภาพแบบเหมาจ่ายรายหัว (capitation) คือ ความสามารถในการจำกัดค่าใช้จ่าย[19,20] อย่างไรก็ตาม การต้องเลือกระหว่างการประหยัดค่าใช้จ่ายและคุณภาพของบริการสุขภาพมักเป็นปัญหาสำคัญที่ตามมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อลูกจ้างไม่ได้ใช้สิทธิในการเลือกผู้ให้บริการที่ตนลงทะเบียนเป็นสมาชิก[21] เพราะเป็นการยากที่ลูกจ้างเหล่านี้จะได้รับข้อมูลที่ครบ

ถ้วนเกี่ยวกับคุณภาพของสถานบริการที่ตนจะเลือกเป็นสมาชิก นอกจากนี้ สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลยังผูกติดกับการมีงานทำ ดังนั้นหากมีการเลิกจ้างเกิดขึ้น สิทธิประโยชน์ดังกล่าวก็จะหมดไปภายใน 6 เดือน (ขยายเป็นหนึ่งปีภายหลังวิกฤติทางเศรษฐกิจในปี 2540) สำนักงานประกันสังคมยังไม่มีการขยายระบบประกันสังคมไปสู่ประชากรที่อยู่นอกระบบการจ้างงานแบบสมัครใจ เนื่องจากเกรงปัญหาเรื่อง adverse selection และความยั่งยืนทางการเงินการคลัง

2.5.4 ระบบบัตรสุขภาพ

เนื่องจากระบบนี้เป็นการประกันสุขภาพภาคสมัครใจ ปัญหาเรื่อง adverse selection ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อผู้เอาประกันส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีแนวโน้มเจ็บป่วยบ่อยหรือมากจึงเป็นสิ่งที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้[22] ผลที่ตามมาคือค่าใช้จ่ายต่อรายเพิ่มขึ้นจนอาจมีผลต่อการอยู่รอดของกองทุน จะเห็นได้ว่าค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อบัตร 2,700 บาทต่อปีนั้นมากกว่าค่าบัตร 500 บาทและเงินอุดหนุน 1,000 บาทจากรัฐ ซึ่งมากกว่าครึ่งของค่าใช้จ่ายดังกล่าวเกิดขึ้นนอกเขตรับผิดชอบของสถานบริการที่ตนเป็นสมาชิก

โดยสรุป ประชากรที่มีฐานะยากจนควรได้รับความครอบคลุมจากระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าจากรัฐ คนที่เกือบยากจนหรือคนชายขอบที่ไม่มีบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยโดยทั่วไปมักจะได้รับการยกเว้นค่ารักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูงจากโรงพยาบาลรัฐทั้งหมดหรือเพียงบางส่วนบางครั้งคนเหล่านี้อาจตกอยู่ในภาวะหนี้สินจากการยืมเงินเพื่อจ่ายค่ารักษาพยาบาลก่อนที่จะขอรับบริการสังคมสงเคราะห์จากโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีของความเจ็บป่วยที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง (catastrophic illness)

สวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจมีค่าใช้จ่ายที่มากที่สุดกว่าระบบประกันสุขภาพในรูปแบบอื่นๆ เนื่องจากการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลแบบ fee for service ทั้งตัวผู้ได้รับสิทธิประโยชน์และผู้ให้บริการทั้งภาครัฐและเอกชนจึงไม่สนใจเรื่องค่าใช้จ่ายหรือประสิทธิภาพของระบบ การเบิกจ่ายแบบรายหัว (capitation) ในระบบประกันสังคมแม้จะมีข้อดีในด้านการควบคุมค่าใช้จ่าย แต่ปัญหาเรื่อง “ของดีราคาถูก” สมควรได้รับการสอดส่องต่อไป ระบบประกันสังคมเป็นรูปแบบที่มีศักยภาพในการขยายความครอบคลุมไปสู่ประชากรที่ทำงานแบบไม่ประจำหรือทำงานอิสระ ซึ่งต่างจากระบบบัตรสุขภาพซึ่งมีข้อจำกัดในการขยายตัวเนื่องจากเป็นการประกันภาคสมัครใจและเสี่ยงต่อความมั่นคงทางการเงินการคลัง

2.6 การปฏิรูประบบประกันสุขภาพ

ในปี พ.ศ. 2541 กระทรวงการคลังและกระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มปฏิรูประบบสวัสดิการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย โดยจัดตั้งกรอบการควบคุมกำกับ ปรับปรุงระบบความรับผิดชอบ กระจายอำนาจการจัดการงบสวัสดิการผู้มีรายได้น้อย ทำให้การตั้งงบประมาณโปร่งใสและเสมอภาค และเพิ่มความเข้มแข็งแก่เครือข่ายการให้บริการสุขภาพขั้นมูลฐาน การ

จัดสรรงบประมาณให้แก่จังหวัดเป็นไปตามจำนวนผู้ที่มีสิทธิได้รับสวัสดิการที่ขึ้นทะเบียนไว้ โดยปรับด้วยปัจจัยด้านความจำเป็นทางสุขภาพ งบประมาณ 2.5% ถูกกระทรวงสาธารณสุขกันไว้ในลักษณะของ reinsurance สำหรับค่ารักษาพยาบาลที่สูงเป็นพิเศษและบริการพิเศษบางชนิด[16,23]

ในปีเดียวกันนี้ ระบบสวัสดิการข้าราชการได้นำ copayment มาใช้[24] ซึ่งผลจากการประเมินพบว่า สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายได้ 8% ในช่วงระยะเวลา 7 เดือนหลังการใช้นโยบายดังกล่าว ในปี 2542 สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายในระบบได้ถึง 21.7% โดยมีสาเหตุหลักมาจากค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยในที่ลดลง เมื่อมีการยกเลิกให้สิทธิสำหรับผู้ป่วยที่นอนรักษาในโรงพยาบาลเอกชน พบว่า ค่าใช้จ่ายลดลงถึง 50%[25]

ระบบประกันสังคมมีศักยภาพในการขยายตัวมากที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับคู่ครองและบุตรโดยเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเพียงเล็กน้อย นอกจากนี้ ยังมีความเป็นไปได้ในการขยายไปสู่ผู้ที่ทำงานอิสระโดยอาศัยกลไกภาคบังคับเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหา adverse selection ทำให้ผู้ที่เดิมไม่มีประกันสามารถเข้าถึงระบบประกันที่มีประสิทธิภาพได้โดยเพิ่มความสามารถในการควบคุมค่าใช้จ่ายในระยะยาว การปฏิรูปในด้านอื่นซึ่งมีการปฏิบัติเร็วๆ นี้ ได้แก่ การปรับปรุงความสามารถในการตรวจสอบคุณภาพของการให้บริการ การปรับปรุงข้อมูลข่าวสารแก่ลูกจ้างในการเลือกโรงพยาบาลที่จะสมัครเป็นสมาชิก และการจัดตั้งเครือข่ายบริการสุขภาพมูลฐาน

สำหรับระบบบัตรสุขภาพ มีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยภายหลังการปฏิรูประบบในปี 2537[26] กระทรวงสาธารณสุขได้ทำการปรับปรุงกลุ่มประชากรเป้าหมายโดยบอกเลิกสิทธิประโยชน์แก่ผู้ที่ใช้บริการห้องพักและอาหารที่เป็นส่วนตัว เพื่อลดปัญหา adverse selection ได้มีการขยายระยะเวลาตรวจสอบคุณสมบัติก่อนได้รับสิทธิประโยชน์จากเดิม 15 วันเป็น 30 วัน นอกจากนี้ การใช้สิทธิข้ามเขตถูกกำหนดให้เบิกจ่ายจากกองทุนของจังหวัดเพื่อป้องกันปัญหาการใช้บัตรข้ามเขตโดยไม่จำเป็น

2.7 ทิศทางการปฏิรูปในอนาคต

หลักฐานเชิงประจักษ์และการเจรจาอย่างจริงจังระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ ได้มีส่วนชี้นำการตัดสินใจปฏิรูประบบประกันสุขภาพเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายโดยทั่วไปมีฉันทามติต่อเป้าหมายของระบบสุขภาพที่ประสิทธิภาพ คุณภาพ และความเสมอภาค รวมทั้งทิศทางที่มุ่งสู่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นที่เห็นได้ชัดว่า ระบบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลแก่ผู้ให้บริการที่แตกต่างกันย่อมส่งแรงจูงใจที่แตกต่างกันให้แก่โรงพยาบาลและแพทย์ในการใช้ทรัพยากรสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพและคุณภาพบทเรียนจากการปฏิรูปที่กำลังดำเนินอยู่ในระบบประกันสุขภาพในรูปแบบต่างๆ สามารถเป็นฐานรองรับทิศทางของการเปลี่ยนแปลงในอนาคต[27] ไม่เพียงแต่สาระที่มีอยู่ของการปฏิรูปเท่านั้น กระบวนการในการมีส่วนร่วมของประชาสังคมและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องก็มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนกว่ากันในความสำเร็จ การยอมรับ และความยั่งยืนของการปฏิรูประบบประกันสุขภาพดังกล่าว

2.8 เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจสภาวะอนามัยและสวัสดิการในประเทศไทย พ.ศ. 2542. กรุงเทพฯ: สำนักนายกรัฐมนตรี; 2542.
2. Kutzin J. Enhancing insurance functions of health system: a proposed conceptual framework. in: Nittayaramphong S, Mills A; editors. Achieving universal coverage of health care. Nonthaburi: The Office of Health Care Reform, Ministry of Public Health; 1998.
3. Supachutikul A. Situation analysis on health insurance and future development. Nonthaburi: Health System Research Institute; 1995.
4. สงวน นิตยารัมย์พงศ์, สุมาภรณ์ แซ่ลิ้ม, รสสุคนธ์ กังวานเลิศ และคณะ. ผลกระทบของพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 และรายงานวิจัย 2538. นนทบุรี: สำนักงานประกันสุขภาพ และสำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข; 2538.
5. สุวาณี สุรเสียงสังข์. การประกันสุขภาพภาคเอกชนในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2541.
6. ทรงพรรณ สิงห์แก้ว. โครงการบัตรประกันสุขภาพ ประวัติ, วิวัฒนาการ, วัตถุประสงค์, ผลลัพธ์ และกิจกรรม. เอกสารประกอบการประชุมการสรุปบทเรียนจากโครงการบัตรประกันสุขภาพไทย-เยอรมัน วันที่ 30 สิงหาคม 2536.
7. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจสภาวะอนามัยและสวัสดิการในประเทศไทย พ.ศ. 2534. กรุงเทพฯ: สำนักนายกรัฐมนตรี; 2534.
8. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจสภาวะอนามัยและสวัสดิการในประเทศไทย พ.ศ. 2539. กรุงเทพฯ: สำนักนายกรัฐมนตรี; 2540
9. กระทรวงสาธารณสุข. ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยประชาชนระดับจังหวัด ครั้งที่ 2 ปี พ.ศ. 2539. นนทบุรี: สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข; 2540.
10. อนุพงศ์ สุจริยากุล, วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์. ความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลและสภาวะเจ็บป่วยจนล้มละลายของผู้ป่วยในที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
11. Tangcharoensathien V, Harnvoravongchai P, Pitayarangsarit S, Kasemsup V. Health impacts of rapid economic changes in Thailand. Social Science and Medicine 2000; 51: 789-807.
12. สถิรกร พงศ์พานิช, วัฒนา สุวรรณแสง จั่นเจริญ, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ. ระบบบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2539 และ 2541. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2543.

13. กองสาธารณสุขภูมิภาค. การศึกษาความครอบคลุมของบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยในด้านการรักษาพยาบาล. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2537.
14. โครงการบัณฑิตศึกษาการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์. โครงการวิจัยประเมินผลการจัดทำบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2533. กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (นิด้า); 2539.
15. สุกัลยา คงสวัสดิ์, พิชญ์ รอดแสวง, สินิทธิ์ โขนงนุช, วรรณา จารุสมบูรณ์. ประสิทธิผลและกระบวนการออกบัตรด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย รอบที่ 6 (พ.ศ. 2541-2543). นนทบุรี: สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข; 2543.
16. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. ข้อเสนอเชิงนโยบายด้านการเงินการคลังสำหรับโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล. วารสารสำนักนโยบายและแผน 2543; 1: 27-42
17. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, นวลอนันต์ ตันติเกตุ, สุกัลยา คงสวัสดิ์, ถาวร กมลทิพย์. การปฏิรูประบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ: กรณีศึกษา พ.ศ. 2538. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2540.
18. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, Bennett S, และคณะ. ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกภายใต้สวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ. หนังสือชุดประกันสุขภาพเล่มที่ 5. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2536.
19. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, สุรเดช วลีอิทธิกุล. พรบ.ประกันสังคม: ใครได้ ใครเสีย. แพทยสภาสาร 2534; 20 (3): 215-235.
20. Tangcharoensathien V, Supachutikul A, Lertiendumrong J. The social security scheme in Thailand: what lessons can be drawn? Social Science & Medicine 1999; 48: 913-923.
21. Mills A, Bennett S, Siriwanarangsant P, Tangcharoensathien V. The response of providers to capitation payment: a case-study from Thailand. Health Policy 2000. (forthcoming).
22. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. การประเมินโครงการบัตรประกันสุขภาพ พ.ศ. 2538. นนทบุรี: สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2539.
23. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. หลักเกณฑ์การจัดสรรเงินโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลภายใต้โครงการเงินกู้จากธนาคารเพื่อการลงทุนทางสังคม. นนทบุรี: สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2542.
24. สำนักงานเลขานุการคณะรัฐมนตรี. การปรับปรุงระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ. หนังสือด่วนที่สุดที่ 0204/1464 ลงวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2541, หนังสือด่วนที่สุดที่ 0205/11998 ลงวันที่ 17 กันยายน 2541, และ หนังสือด่วนที่สุดที่ 0205/5808 ลงวันที่ 4 พฤษภาคม 2542.
25. ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, สุริยาพร อนิวรรณ์. รายงานผลการวิจัยการประเมินผลการปฏิรูปสวัสดิการของข้าราชการในด้านผลกระทบของการจ่ายยา,

ค่าห้องพิเศษ และการปรับสิทธิการใช้บริการโรงพยาบาลเอกชน. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2542

26. สำนักงานประกันสุขภาพ. คู่มือการเงินและบัญชีเงินทุนหมุนเวียนบัตรประกันสุขภาพ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2538.
27. อัมมาร สยามวาลา, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. การปฏิรูประบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และกระทรวงการคลัง; 2543.

ภาค 2

ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย

บทที่ 3 **ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ: บทเรียนของการจ่ายตามบริการที่ไร้การควบคุม**

โดย จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, พ.บ., Ph.D.

บทที่ 4 **โครงการประกันสังคม: ประสบการณ์ต่างๆ ในการพิจารณาค่าบริการทางการแพทย์ในระบบเหมาจ่าย**

โดย สุรเดช วลีอิทธิกุล, พ.บ.

บทที่ 5 **สวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล: การคลังและการครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย**

โดย ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, พ.บ., Ph.D.

บทที่ 6 **โครงการบัตรประกันสุขภาพ: ระบบประกันสุขภาพภาคสมัครใจที่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐ**

โดย สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, พ.บ., ส.ม., วท.ม.

บทที่ 7 **การประกันสุขภาพภาคเอกชน**

โดย ศิริวรรณ พิทยะรังสฤษฎ์, ท.บ., ส.ม.
วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, พ.บ., Ph.D.
ประพันธ์ สหพัฒนา, บท.บ., ศ.ม.

บทที่ 3

ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ: บทเรียนของการจ่ายตามบริการที่ไร้การควบคุม

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, พ.บ., Ph.D.
คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3.1 ภาพรวมของกลไกการจ่ายและระบบตรวจสอบ

ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ (Civil Servant Medical Benefit Scheme, CSMBS) เป็นสวัสดิการความคุ้มครองทางสุขภาพที่รัฐบาลให้แก่ข้าราชการ และข้าราชการบำนาญตลอดจนสมาชิกในครอบครัวอันได้แก่ คู่สมรส บิดามารดาและบุตรธิดาที่อายุไม่เกิน 20 ปี อย่างไรก็ดีตัวเลขที่แน่ชัดของผู้มีสิทธิตามระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการนั้นยังไม่ชัดเจนเนื่องจากยังไม่มีการทำทะเบียนผู้มีสิทธิไว้ จำนวนของผู้มีสิทธิที่มีการประมาณการไว้ คือประมาณ 7 ล้านคน[1] ในปัจจุบัน ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการอยู่ภายใต้การจัดการของกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง

มีผู้กล่าวว่าระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการเป็นระบบสวัสดิการด้านสุขภาพและประกันสุขภาพที่ให้สวัสดิการกว้างขวางที่สุดในประเทศ[2] ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคนต่อปีอยู่ในระดับที่สูงที่สุดกว่า 2,000 บาท เปรียบเทียบกับระบบประกันสังคมที่มีค่าใช้จ่ายประมาณ 1,000 บาท และสวัสดิการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและสังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.) ที่มีค่าใช้จ่ายต่อหัวต่อปีอยู่ราว 273 บาทเท่านั้น[3] สิทธิประโยชน์ภายใต้ความคุ้มครองได้แก่บริการรักษาพยาบาลและศัลยกรรมผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน บริการฉุกเฉิน รวมทั้งยาและเวชภัณฑ์ ทั้งนี้ไม่รวมบริการบางอย่าง เช่น ศัลยกรรมตกแต่งเพื่อความงามและบริการป้องกันโรค ยกเว้นการตรวจสุขภาพประจำปี ผู้มีสิทธิสามารถไปรับบริการได้ที่โรงพยาบาลของรัฐแห่งใดก็ได้ เมื่อไม่นานที่ผ่านมา ผู้มีสิทธิสามารถไปใช้บริการที่โรงพยาบาลเอกชน แต่สิทธิดังกล่าวมักได้รับการเปลี่ยนแปลงไปในแต่ละช่วงเวลา อย่างไรก็ตามผู้มีสิทธิไม่สามารถขอเบิกค่าใช้จ่ายสำหรับบริการที่คลินิกแพทย์ได้

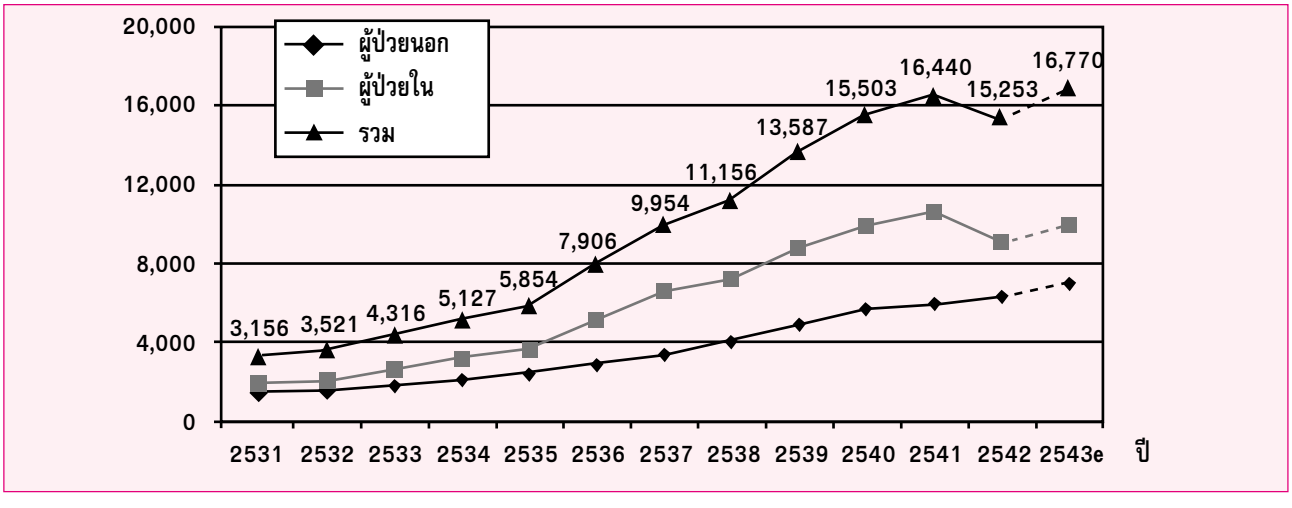
ก่อนมาตรการเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายที่ได้เริ่มใช้เมื่อปี พ.ศ. 2541 ผู้มีสิทธิตามระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการสามารถขอเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายที่จ่ายให้โรงพยาบาลของรัฐได้ทุกรายการ โดยผู้มีสิทธิต้องชำระค่าใช้จ่ายสำหรับค่ายาผู้ป่วยนอกไปก่อนแล้วส่งใบเสร็จไปเบิกย้อนหลังจากกรมบัญชีกลางผ่านทางหน่วยงานต้นสังกัด สำหรับกรณีผู้ป่วยในระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการจะจ่ายเงินให้แก่โรงพยาบาลโดยตรงตามจำนวนที่

โรงพยาบาลเรียกเก็บ ซึ่งโดยทั่วไปจะไม่มีอัตรากำหนดไว้ล่วงหน้าหรือมีเพดานค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลรักษาพยาบาล จนกระทั่งเมื่อมีมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายในปี พ.ศ. 2541 ดังกล่าว อย่างไรก็ตามวิธีการจ่ายเงินของระบบยังคงเป็นแบบจ่ายตามบริการ (Fee-for-service) ไม่มีการลงทะเบียนของผู้มีสิทธิเพื่อเลือกโรงพยาบาลคู่สัญญา อีกทั้งโรงพยาบาลเองไม่จำเป็นต้องมีการทำสัญญากับกรมบัญชีกลาง และไม่มีการตรวจสอบการเบิกจ่ายของโรงพยาบาลต่างๆ อย่างเป็นระบบ

3.2 แนวโน้มค่าใช้จ่ายของระบบและปัจจัยที่มีผลต่อค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น: ความกังวลที่สำคัญของรัฐบาล

ค่าใช้จ่ายในระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการได้เพิ่มสูงขึ้นอย่างน่าตกใจในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา (ภาพที่ 3.1) ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายได้สูงขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 12 ถึง 33 ต่อปี ระหว่างปีงบประมาณ 2531 ถึงปีงบประมาณ 2540 ค่าใช้จ่ายงบประมาณรักษาพยาบาลของระบบในปี พ.ศ. 2541 สูงถึงกว่า 16,000 ล้านบาท สูงกว่าตัวเลขในปี พ.ศ. 2531 ถึง 4.5 เท่า ซึ่งในขณะที่การใช้บริการทั้งในกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในต่างเพิ่มขึ้น สัดส่วนค่าใช้จ่ายของบริการผู้ป่วยเพิ่มจากร้อยละ 59 เป็นร้อยละ 64 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด นอกจากนี้ยังมีข้อสังเกตจากภาพที่ 3.1 ว่าค่าใช้จ่ายในปี 2542 นั้นลดลง นั่นเป็นผลจากมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายระยะสั้นซึ่งรัฐบาลได้นำมาใช้ (จะกล่าวถึงในรายละเอียดต่อไป) อย่างไรก็ตามค่าใช้จ่ายดังกล่าวได้รับการคาดหมายว่าจะกลับเพิ่มขึ้นอีกครั้งในปี 2543 และปีต่อมา เว้นเสียแต่ว่าจะมีการปฏิรูปอย่างจริงจังเกิดขึ้น

ภาพที่ 3.1 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการในปีงบประมาณ 2531 ถึง 2543



ที่มา: (1) กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง (พ.ศ. 2543)

(2) วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ (พ.ศ. 2543)[4]

หมายเหตุ ค่าใช้จ่ายในปีงบประมาณ 2543 เป็นตัวเลขประมาณการจากสถิติของ 6 เดือนแรกของปี

ไม่เพียงแต่ค่าใช้จ่ายโดยรวมจะทวีคูณขึ้นเท่านั้น การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลต่อครั้งของการใช้บริการผู้ป่วยนอก ค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลต่อวันนอนผู้ป่วยในและการเรียกเก็บต่อรายของผู้ป่วยในในระหว่างปี พ.ศ. 2539-2540 ยังสูงเกือบเท่าตัวจากระดับในปี พ.ศ. 2535 โดยเฉพาะในโรงพยาบาลของรัฐ ดังแสดงในตารางที่ 3.1 นอกเหนือจากนี้ยังมีข้อน่าสังเกตอีกว่ากว่า 3 ใน 4 ของค่าใช้จ่ายกรณีผู้ป่วยนอกและประมาณ 1 ใน 3 ของค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในเป็นค่าใช้จ่ายในเรื่องของยา

ตารางที่ 3.1 สถิติค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และการใช้บริการของข้าราชการที่ยังไม่เกษียณอายุและครอบครัวในระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการในปี พ.ศ. 2535 และ ปี พ.ศ. 2539-2540

	พ.ศ. 2535 (กรุงเทพมหานคร)	พ.ศ. 2539-2540 (กรุงเทพมหานคร)	พ.ศ. 2539-2540 (ค่าเฉลี่ยทั้งประเทศ)
ผู้ป่วยนอก (ครั้ง)	667	1,172	647
ร้อยละค่าใช้จ่ายที่เป็นยา	80.4	71	78
ผู้ป่วยใน, โรงพยาบาลรัฐ (วันนอน)	866	N.A.	1,524
(ราย)	9,981	N.A.	10,061
ร้อยละค่าใช้จ่ายที่เป็นยา	40.2	N.A.	32
ระยะเวลาวันนอนเฉลี่ย (วัน)	13.4	N.A.	6.6
ผู้ป่วยใน, โรงพยาบาลเอกชน (วันนอน)	3,194	5,588	3,242
(ราย)	12,393	22,350	11,996
ร้อยละค่าใช้จ่ายที่เป็นยา	28.9	25	33
ระยะเวลาวันนอนเฉลี่ย (วัน)	4.4	4.0	3.7

ที่มา: วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ (พ.ศ. 2536)[5,6]

จงกล เลิศเธียรดำรง และวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร (พ.ศ. 2540)[7]

มีปัจจัยหลายประการที่ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายของระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการพุ่งสูงขึ้น ปัจจัยที่มักมีผู้กล่าวถึงมากที่สุด คือการที่ระบบใช้วิธีการจ่ายเงินผู้ให้บริการแบบตามบริการ (Fee-for-service) และการเบิกจ่ายเงินตามที่สถานพยาบาลมีการเรียกเก็บมา (Charge-based reimbursement) ซึ่งวิธีการดังกล่าวทำให้เกิดการใช้บริการและทรัพยากรทางการแพทย์เกินความจำเป็น มีผลบั่นทอนประสิทธิภาพ[8] ในเวลาเดียวกันหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่ได้เตรียมกระบวนการที่เป็นระบบและมีประสิทธิผลไว้ในการทบทวนใบเรียกเก็บเงินของโรงพยาบาล หรือการตรวจสอบเวชระเบียนเพื่อพิจารณาการเบิกจ่ายที่เหมาะสม ที่ผ่านมากรมบัญชีกลางทำหน้าที่รับผิดชอบในการรับเรื่องและดำเนินเรื่องเบิกจ่ายเท่านั้น การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การคิดราคาค่าบริการที่แตกต่างกัน (Differential pricing) การปลอมแปลงหลักฐาน (Fraud) และเอาเปรียบระบบ (Abuse) เป็นสิ่งที่มีผู้กล่าวว่าเกิดขึ้นได้ทั้งกับผู้ให้บริการภาครัฐและเอกชน แม้ว่าหลายคนจะกล่าวว่าพฤติกรรมดังกล่าวเกิดในภาคเอกชนมากกว่า[9]

นอกเหนือจากการเพิ่มขึ้นอันรวดเร็วของค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่สูงกว่าการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศมากแล้ว ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลยังกำลังเผชิญกับปัญหาที่ท้าทายอีกหลายประการ รวมถึงเรื่องการขาดข้อมูลเกี่ยวกับผู้มีสิทธิและการให้บริการทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ และการไม่มีกระบวนการในการประกันคุณภาพและทบทวนการใช้ทรัพยากรเพื่อทำให้แน่ใจว่าผู้มีสิทธิในระบบจะได้รับบริการที่มีคุณภาพและเหมาะสม

3.3 มาตรการการควบคุมค่าใช้จ่ายระยะสั้นเมื่อไม่นานที่ผ่านมา: การหย่อนประสิทธิผลของมาตรการทางอุปสงค์

ค่าใช้จ่ายของระบบที่เพิ่มสูงขึ้นทำให้รัฐบาลหันมาให้ความสนใจที่จะควบคุมค่าใช้จ่ายของระบบ ในปี พ.ศ. 2541 กรมบัญชีกลางได้นำมาตรการหลายประการเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายที่ได้รับการอนุมัติโดยคณะรัฐมนตรีมาปฏิบัติ มาตรการเหล่านี้ถือเป็นมาตรการในระยะสั้นซึ่งประกอบด้วยมาตรการที่สำคัญดังต่อไปนี้

1. ให้มีสิทธิเบิกค่ายาได้เฉพาะยาที่มีอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติที่คณะกรรมการแห่งชาติด้านยากำหนด เว้นแต่กรณีที่ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติให้คณะกรรมการแพทย์ที่ผู้อำนวยการสถานพยาบาลแต่งตั้งเป็นผู้วินิจฉัยและออกหนังสือรับรองให้เพื่อประกอบการเบิกจ่าย

2. ยกเว้นการเบิกค่าบริการซึ่งเป็นค่าธรรมเนียมพิเศษที่สถานพยาบาลเรียกเก็บเพื่อจ่ายเป็นค่าตอบแทนพิเศษแก่แพทย์ผู้ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ให้ผู้มีสิทธิรับผิดชอบจ่ายค่าบริการดังกล่าวเอง

3. จำกัดสิทธิการเบิกค่าห้อง ค่าอาหาร ห้องพิเศษตามจำนวนวันนอน

- ผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปีบริบูรณ์ เบิกได้ไม่เกินวันละ 600 บาท สำหรับระยะภายใน 4 วัน นับแต่วันที่เข้ารับการรักษาพยาบาล ส่วนที่เกินกว่า 4 วันแต่ไม่เกิน 9 วันให้เบิกได้ไม่เกินวันละ 300 บาท และส่วนที่เกินกว่านั้น ผู้มีสิทธิจะต้องรับภาระเอง
- ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป เบิกได้ไม่เกินวันละ 600 บาท สำหรับระยะภายใน 6 วัน นับแต่วันที่เข้ารับการรักษาพยาบาล ส่วนที่เกินกว่า 6 วันแต่ไม่เกิน 13 วันให้เบิกได้ไม่เกินวันละ 300 บาท และส่วนที่เกินกว่านั้น ผู้มีสิทธิจะต้องรับภาระเอง

ต่อมาการจ่ายร่วมค่าห้องและอาหาร ให้เบิกได้ไม่เกิน 13 วัน ในอัตรา 600 บาทต่อวันทุกกลุ่มอายุ ทั้งโรงพยาบาลรัฐและเอกชน ยกเว้นในกรณีที่ได้รับการรับรองว่ามีความจำเป็นโดยคณะกรรมการแพทย์ของโรงพยาบาล 3 ท่าน

4. กรณีที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชนประเภทผู้ป่วยใน ให้มีสิทธิเบิกค่าห้องและค่าอาหารได้ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในข้อ 3 สำหรับค่ารักษาพยาบาลอื่นให้ถือปฏิบัติตามหลักเกณฑ์เดิม ซึ่งในอีก 5 เดือนต่อมา มีการจำกัดสิทธิเพิ่มเติมโดยงดการเบิกค่ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน ยกเว้นเบิกจ่ายได้ในกรณีฉุกเฉินที่เป็นอันตรายถึง

แก่ชีวิตเท่านั้น

การศึกษาโดย ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์และคณะ พบว่ามาตรการระยะสั้นข้างต้นมีประสิทธิผลในการลดค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในได้ในระดับหนึ่ง เมื่อเปรียบเทียบกับสถิติในช่วง 6 เดือนก่อนหน้า[10] ผลต่อค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในในโรงพยาบาลเอกชนเห็นได้เป็นสัดส่วนที่ชัดเจนกว่าค่าใช้จ่ายในส่วนของผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลของรัฐ ในขณะที่ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลของรัฐมีการเปลี่ยนแปลงที่น้อยมาก (ตารางที่ 3.2) รายงานของกระทรวงการคลังชี้ให้เห็นว่าจำนวนเงินที่ประหยัดได้โดยเฉลี่ยอยู่ที่ 271.22 ล้านบาทต่อเดือน

ตารางที่ 3.2 การเปลี่ยนแปลงของค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ภายหลังการใช้มาตรการระยะสั้น

ค่าใช้จ่าย	ข้าราชการ			ข้าราชการบำนาญ			รวม
	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน รพ. รัฐ	ผู้ป่วยใน รพ. เอกชน	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน รพ. รัฐ	ผู้ป่วยใน รพ. เอกชน	
6 เดือนก่อนใช้มาตรการ	469	685	176	81	75	19	1,504
ระยะที่ 1 3 เดือนแรก	311	579	83	57	69	10	1,109
ระยะที่ 2 3 เดือนต่อมา	390	644	105	68	80	11	1,299
6 เดือนต่อมา	363	623	98	65	76	11	1,236
การประหยัดที่ได้	-106	-62	-78	-16	1	-9	-269
คิดเป็นร้อยละ	-23%	-9%	-44%	-20%	2%	-44%	-18%

ที่มา: ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์ และคณะ (พ.ศ. 2543)[10]

ตารางที่ 3.3 ประสิทธิผลของมาตรการระยะสั้นที่สำคัญ ซึ่งได้รับการอนุมัติจากคณะรัฐมนตรี

มาตรการระยะสั้น	การปฏิบัติ	ผลที่ได้รับ
การมีส่วนร่วมจ่ายค่ายาที่อยู่นอกเหนือบัญชียาหลักแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2542	ผู้มีสิทธิในระบบไม่จำเป็นต้องจ่ายร่วมค่ายานอกบัญชียาหลัก เนื่องจากแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐช่วยเหลือโดยมักให้การรับรองว่ามีความจำเป็น	แม้ว่าบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2542 จะตั้งเป้าหมายเพื่อเป็นบัญชียาที่กว้างขวางที่สุด แต่ในทางปฏิบัติ ไม่ค่อยเกิดผลให้เกิดการประหยัดได้มากนัก
การจำกัดสิทธิการเบิกค่าห้องค่าอาหารห้องพิเศษตามจำนวนวันนอนส่วนที่เกินกว่า 13 วัน ยกเว้นได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการแพทย์ 3 ท่าน	มีประสิทธิผลดีโดยทั่วไป แพทย์ให้การรับรองให้ผู้ป่วยนอนนานเกินกว่าที่กำหนดไม่มากนัก ผู้บริหารโรงพยาบาลพยายามติดตามกำกับการรับรองให้เหมาะสม	ระยะเวลาวันนอนเฉลี่ยลดลงมาก ในจังหวัดหนึ่งที่ดำเนินการศึกษา พบว่า ระยะเวลาวันนอนเฉลี่ยลดลงจาก 7 วัน เป็น 5 วัน
การจำกัดสิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน ยกเว้นเบิกจ่ายได้ในกรณีฉุกเฉินที่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตเท่านั้น	พบว่ามีความลำเอียงอย่างมากในการพิจารณากรณีฉุกเฉินที่เป็นอันตรายต่อชีวิต การเบิกจ่ายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากไม่มีการกำกับติดตามที่ใกล้ชิด อย่างไรก็ตาม การเพิ่มขึ้นของการเบิกจ่ายถูกจำกัดด้วยการจ่ายร่วม ร้อยละ 50 และเพดานที่ 3,000 บาท	ข้อมูลทั่วประเทศแสดงให้เห็นว่าค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในของภาคเอกชนลดลงจาก 1,822 ล้านบาท ในปี 2541 เป็น 788 ล้านบาท ในปี 2542 หรือลดลงร้อยละ 57 อย่างไรก็ตามผลดังกล่าวเชื่อว่าน่าจะเป็นเพียงในระยะสั้น ผู้ให้บริการมีการปรับตัวเพื่อเพิ่มการเบิกจ่ายในระยะยาว

ที่มา: วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ (พ.ศ. 2543)[4]

หรือร้อยละ 18.78 เมื่อเปรียบเทียบกับตัวเลขในปีงบประมาณ 2540 อย่างไรก็ตามผลกระทบต่อคุณภาพของการดูแลรักษานั้นยังไม่สามารถระบุได้ชัดเจน นอกจากนี้มาตรการระยะสั้นดังกล่าวยังมีช่องโหว่ให้ผู้ให้บริการและผู้มีสิทธิบางรายใช้พฤติกรรมฉวยโอกาสและยังเอาเปรียบระบบต่อไปได้ ข้อมูลรายละเอียดบางส่วนที่น่าสนใจ นำเสนอไว้ในตารางที่ 3.3

ดังนั้นมาตรการควบคุมต้นทุนที่เป็นมาตรการระยะสั้นต่ออุปสงค์แสดงให้เห็นว่าประสบความสำเร็จในการประหยัดค่าใช้จ่ายได้ในระดับหนึ่งค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในในภาครัฐที่น้อยกว่าที่คาดหวังไว้อาจเป็นผลมาจากมาตรการการควบคุมการใช้ยาเกินจำเป็นที่ไม่สัมฤทธิผลเท่าที่ควร และถึงแม้ว่าค่าใช้จ่ายส่วนที่มาจากโรงพยาบาลเอกชนได้ลดลงในปี พ.ศ. 2542 เมื่อเทียบกับปี 2541 รูปแบบการเบิกจ่ายที่เสี่ยงต่อการคดโกงอาจส่งผลให้ไม่สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายในภาคเอกชนไม่มากเท่าที่ควรทำให้มีความเป็นไปได้มากที่ค่าใช้จ่ายของระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการในปี 2543 จะเพิ่มสูงขึ้นอีกครั้ง

3.4 ทิศทางของการปฏิรูป: ความริเริ่มใหม่ๆ ที่จะนำไปสู่การปฏิบัติ

3.4.1 หลักการของการปฏิรูป[1]

จากสถานการณ์ที่นำเสนอไว้แล้ว จะเห็นว่าการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการมีความจำเป็นเป็นอย่างยิ่ง ความไม่มีประสิทธิภาพในระบบตามที่ได้เห็นจากการศึกษาและข้อมูลที่ผ่านมา ทำให้มีโอกาสที่ใช้มาตรการในการควบคุมค่าใช้จ่ายใหม่ๆ มาสู่การปฏิบัติและดำเนินการได้โดยไม่บั่นทอนคุณภาพของการดูแลสุขภาพ

กรมบัญชีกลางได้ว่าจ้างคณะที่ปรึกษาโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ในการหาทางออกสำหรับการปฏิรูปโดยมุ่งสู่ระบบที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นในระยะยาวหลักการในการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษาพยาบาลที่เสนอโดยคณะที่ปรึกษาดังกล่าว ประกอบด้วย

1. การปฏิรูประบบประกันสุขภาพของข้าราชการจะไม่ริดรอนสิทธิที่จะได้รับการบริการรักษาพยาบาลที่เคยได้อยู่แต่เดิมในกรณีที่พิจารณาเห็นว่าสิทธิบางอย่างสร้างความยุ่งยากเป็นพิเศษในการบริหารจัดการ เห็นควรจะเพิกถอนหรือจำกัดลง จะมีการชดเชยให้อย่างเป็นธรรม อย่างไรก็ตาม การไม่ริดรอนสิทธิที่จะได้รับการบริการรักษาพยาบาล ไม่ได้หมายรวมถึงการเลือกบริโภคบริการ ยาหรือเวชภัณฑ์ที่มีความแตกต่างในเรื่องค่าใช้จ่ายที่ไม่มีหลักฐานว่าได้ประโยชน์เพิ่มเติม ทั้งนี้เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรและประโยชน์จากการใช้ทรัพยากรตกแก่ข้าราชการโดยส่วนรวมอย่างแท้จริง

2. การปฏิรูประบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ จะต้องทำให้ระบบสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ รวมถึงค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้โดยคำนึงถึงการกระจายความเสี่ยงภายในกองทุนประกันสุขภาพ และการทำให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพของบริการทางการแพทย์และการเข้าถึงบริการให้น้อยที่สุด

3. การปฏิรูประบบประกันสุขภาพของข้าราชการจะเน้นหลักของการประกันโดยจะเน้นค่าใช้จ่ายที่จะเป็นภาระสูงสำหรับตนเองและครอบครัว จากโรคที่เรื้อรังหรือรุนแรง มากกว่าค่าใช้จ่ายเล็กๆ น้อยๆ สำหรับค่าผู้ป่วยนอกที่ครอบครัวสามารถเจียดหาจากรายได้

4. การปฏิรูประบบประกันสุขภาพของข้าราชการจะเปิดโอกาสให้ผู้ได้รับสิทธิได้มีโอกาสเลือกผู้ให้บริการได้มากที่สุด และจะอาศัยการแข่งขันระหว่างผู้ให้บริการเป็นเครื่องมือปรับปรุงคุณภาพของบริการ

5. การแข่งขันระหว่างผู้ให้บริการจะไม่สามารถรักษาวินัยในหมู่ผู้ให้บริการเหล่านี้ได้เพียงพอ จำเป็นที่จะต้องสร้างระบบสารสนเทศเพื่อช่วยคุมพฤติกรรมของผู้ให้บริการและผู้รับบริการโดยส่วนกลาง และต้องมีกลไกร้องเรียนโดยผู้ใช้สิทธิที่ชัดเจน สามารถตรวจสอบได้และมีความโปร่งใส

3.4.2 การเปลี่ยนแปลงสิทธิประโยชน์สำหรับผู้มีสิทธิ

การปรับปรุงสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการได้กระทำบนพื้นฐานของหลักการของการปฏิรูปดังที่ได้นำเสนอไว้แล้ว สิทธิประโยชน์กลุ่มที่สำคัญๆ ที่ได้มีการทบทวนและปรับปรุงสามารถสรุปได้ดังตารางที่ 3.4 การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ 2 ประการ ประการที่หนึ่งได้แก่ แนวคิดของระบบ แต่ก่อนที่มุ่งที่การรักษาพยาบาลเป็นสำคัญ หรือบริการหลังการเจ็บป่วย จะขยายไปสู่กรอบสิทธิประโยชน์ที่กว้างขวางกว่าเดิมที่รวมไปถึงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วย ประการที่สองผู้มีสิทธิจะต้องเลือกผู้ให้บริการคู่สัญญาและไปใช้บริการเป็นผู้ให้บริการประจำตัว โดยผู้มีสิทธิจะมีสิทธิในการเลือกและเปลี่ยนแปลงผู้ให้บริการประจำตัวได้ในแต่ละปี จากรายชื่อของสถานพยาบาลในเครือข่ายของผู้ให้บริการ

3.4.3 การปรับปรุงวิธีการจ่ายเงินผู้ให้บริการและการมีส่วนร่วมจ่ายของผู้ใช้บริการ

นอกเหนือจากการเปลี่ยนแปลงในเรื่องสิทธิประโยชน์ การปฏิรูประบบสวัสดิการฯ ยังรวมถึงการเปลี่ยนวิธีการจ่ายค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนแก่ผู้ให้บริการวิธีการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการโดยทั่วไปจะเป็นแบบการจ่ายล่วงหน้า (Prospective payment) มากขึ้น มีการนำระบบงบประมาณรวม (Global budget) มาใช้ ซึ่งรายละเอียดของข้อเสนอในการเปลี่ยนแปลงวิธีการจ่ายเงินนี้สามารถสรุปได้ดังตารางที่ 3.5

3.4.4 ระบบสารสนเทศใหม่ และการนำกระบวนการประกันคุณภาพและทบทวนการใช้บริการมาใช้

ระบบสารสนเทศที่มีบูรณาการเป็นเรื่องที่มีความสำคัญมาก ฐานข้อมูลผู้มีสิทธิและฐานข้อมูลเกี่ยวกับการใช้บริการเป็นเรื่องที่จำเป็นที่สุด ในเวลาเดียวกันจะต้องมีการวางมาตรการในการประกันคุณภาพ (Quality assurance, QA) และทบทวนการใช้บริการ (Utilization review, UR) เพื่อติดตามมาตรฐาน ประสิทธิผล และประสิทธิภาพของระบบกระบวนการประกันคุณภาพจะประกอบด้วยการสร้างเครือข่ายของผู้ให้บริการทางสุขภาพ มาตรฐานด้านคุณภาพและระบบการตรวจสอบ การจัดการเรื่องร้องเรียน (Grievance management) การตรวจสอบเวชระเบียนและข้อมูลการเบิกจ่าย การติดตามกระบวนการการดูแลและผลลัพธ์ของการรักษาพยาบาล มีการนำเครื่องชี้วัดคุณภาพของผู้ให้บริการมาใช้ พร้อมด้วยการ

ประกันคุณภาพภายในของการบริหารระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการเอง ส่วนการทบทวนการใช้บริการจะประกอบด้วยการทบทวนการใช้บริการล่วงหน้า (Prospective UR) เช่น การขออนุญาตก่อนรับผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาล (Pre-admission authorization) การทบทวนการใช้บริการระหว่างการบริการ (Concurrent UR) และการทบทวนการใช้บริการภายหลังการใช้บริการ (Retrospective UR) เช่น การทบทวนใบเรียกเก็บเงินของโรงพยาบาล (Hospital bill review) เป็นต้น[11]

ตารางที่ 3.4 ข้อเสนอการปรับปรุงเรื่องสิทธิประโยชน์

ประเภทของสิทธิประโยชน์	สิ่งที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน	ข้อเสนอให้เปลี่ยนแปลง
บริการผู้ป่วยนอก	● ใช้บริการได้ที่โรงพยาบาลของรัฐเท่านั้น (ที่ไหนก็ได้)	● ทำสัญญากับผู้ให้บริการภาครัฐและภาคเอกชน (โรงพยาบาลและคลินิก)
ยาและเวชภัณฑ์สำหรับผู้ป่วยนอก	● ซื้อได้ที่ห้องยาของโรงพยาบาลที่ไปรับบริการ ● ขอเบิกจ่ายได้เฉพาะรายการยาที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ	● ซื้อได้ที่ห้องยาของโรงพยาบาลหรือร้านขายยาอิสระที่ได้รับการรับรองในเครือข่ายของระบบสวัสดิการ ● เบิกจ่ายได้ตามรายการราคายาอ้างอิงตามชื่อสามัญ
การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	● การตรวจสุขภาพประจำปี (สำหรับบุคคลที่อายุ <35 ปี และ >35ปี)	● การตรวจสุขภาพตามแนวทางปฏิบัติตามกลุ่มอายุและเพศที่ได้รับการแนะนำโดยแพทยสภา ● การให้วัคซีนตามที่ได้รับการแนะนำ ● สมุดสุขภาพประจำตัว
การดูแลทางทันตกรรม	● เฉพาะที่เป็นเรื่องการรักษา	● การป้องกันและการรักษาปัญหาโรคฟันยกเว้นเรื่องการดัดฟัน
บริการฉุกเฉินและการส่งต่อผู้ป่วย	● คุ้มครองเต็มที่ในโรงพยาบาลของรัฐ ● เฉพาะผู้ป่วยในในโรงพยาบาลเอกชน ให้เบิกจ่ายครั้งหนึ่ง ไม่เกิน 3,000 บาท	● โรงพยาบาลของรัฐและเอกชน ● สิทธิประโยชน์ไม่น้อยไปกว่าระบบประกันสังคมในปัจจุบัน
บริการดูแลรักษาผู้ป่วยใน	● รับบริการได้ที่โรงพยาบาลของรัฐ ● ใช้โรงพยาบาลเอกชนได้เฉพาะในกรณีฉุกเฉินที่เป็นอันตรายต่อชีวิต	● รับบริการได้ที่โรงพยาบาลของรัฐและโรงพยาบาลเอกชนที่อยู่ในเครือข่าย
บริการด้านการตั้งครรภ์และการคลอด	● รับบริการได้ที่โรงพยาบาลของรัฐ	● รับบริการได้ที่โรงพยาบาลของรัฐและโรงพยาบาลเอกชนที่อยู่ในเครือข่าย
โรคเรื้อรัง โรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง และโรคที่ต้องการใช้เทคโนโลยีซับซ้อน	● โรงพยาบาลของรัฐ ทั้งในกรณีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก	● ต้องมีการวางกฎเกณฑ์ในการใช้สิทธิประโยชน์ต่อไป
ข้อยกเว้น	● ไม่ได้มีการพิจารณากระบวนการวินิจฉัยและรักษาใดโดยเฉพาะ	● ศัลยกรรมตกแต่ง บริการผู้มีบุตรยาก การให้ฮอร์โมน การเปลี่ยนอวัยวะ การแปลงเพศ การดัดฟัน การรักษาพยาบาลที่ยังอยู่ในขั้นการทดลอง ฯลฯ

ตารางที่ 3.5 ข้อเสนอวิธีการจ่ายเงินให้แก่ผู้ให้บริการและการมีส่วนร่วมโดยผู้ใช้บริการ

บริการ/ ผู้ให้บริการ	วิธีการจ่ายเงิน	หมายเหตุ
บริการดูแลรักษาผู้ป่วยนอก	● การเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) ● ไม่มีการจ่ายร่วม (Co-payment)	-
ยาและเวชภัณฑ์สำหรับผู้ป่วยนอก	● การจ่ายตามที่เรียกเก็บ (Charge-based) ตามราคากลางที่กำหนดไว้ (Central price list) ● ผู้ป่วยจ่ายร่วมส่วนเกิน	เพื่อลดผลที่ไม่พึงปรารถนาของการใช้เงินเหมาจ่ายรายหัวรวมบริการและยาทั้งหมด
การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	● การจ่ายตามรายการอัตรากลาง (Fee schedule) ● ผู้ใช้บริการไม่ต้องจ่ายร่วม	ใช้คูปองที่จำกัดจำนวนครั้งของการใช้บริการและติดตามบันทึกการใช้บริการ (Service record)
การดูแลทางทันตกรรม	● การจ่ายตามรายการอัตรากลาง (Fee schedule) ● ผู้ใช้บริการไม่ต้องจ่ายร่วม	
บริการฉุกเฉินและการส่งต่อผู้ป่วย	● การจ่ายตามรายการอัตรากลาง (Fee schedule) ● ผู้ใช้บริการต้องจ่ายร่วมในกรณีที่ใช้บริการจากโรงพยาบาลนอกเครือข่าย	รวมอยู่ในค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในกรณีที่ให้บริการในโรงพยาบาลคู่สัญญาอยู่แล้ว
บริการดูแลรักษาผู้ป่วยใน	● เลือกระหว่าง (1) การเหมาจ่ายรายหัวปรับค่าความเสี่ยง (Risk-adjusted capitation) เป็นส่วนเพิ่มเติมจากกรณีบริการผู้ป่วยนอก (2) งบประมาณรวม (Global budget) ที่จัดสรรไปสู่โรงพยาบาลโดยน้ำหนักตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ● ผู้ใช้บริการต้องจ่ายร่วมในส่วนของค่าห้องและค่าอาหารที่เกินกว่าสิทธิ	ขึ้นอยู่กับผลการดำเนินงานของระบบในช่วง 3 ปีแรกของการเริ่มดำเนินการโครงการ
บริการด้านการตั้งครรภ์และการคลอด	● การจ่ายตามรายการอัตรากลาง (Fee schedule) ● ผู้ใช้บริการไม่ต้องจ่ายร่วม ยกเว้นในส่วนของค่าห้องและค่าอาหารที่เกินกว่าสิทธิ	เทียบเท่าหรือดีกว่าสิ่งที่ระบบประกันสังคมให้อยู่
โรคเรื้อรัง โรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง และโรคที่ต้องการใช้เทคโนโลยีซับซ้อน	● การเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) ● ในหลักการ ผู้ใช้บริการไม่ต้องจ่ายร่วม	เทียบเคียงได้เหมือนกับระบบประกันสังคม

3.4.5 การจัดองค์กรและการจัดการ

หน่วยงานเพื่อการบริหารจัดการใหม่ได้แก่ สำนักงานบริหารสวัสดิการสุขภาพข้าราชการ (Civil Servant Health Benefit Administration, CSHBA) จะได้รับการจัดตั้งขึ้นเพื่อบริหารระบบ โดยจะประกอบด้วย 5 ฝ่าย และมีคณะกรรมการบริหาร ซึ่งประกอบด้วยตัวแทนจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญ นอกจากนี้จะมีคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญเป็นหลักเพื่อการปรึกษาขอข้อคิดเห็นเพื่อแก้ปัญหาข้อขัดข้องและพัฒนาระบบ จำนวน 3 ชุด ซึ่งเป็นรูปแบบที่คล้ายกับที่มีใช้อยู่ในระบบประกันสังคม[12]

ข้อเสนอการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการทั้งหมดนี้ได้นำเสนอต่อกลุ่มข้าราชการของกระทรวงทบวงกรมต่างๆ ตัวแทนของผู้ให้บริการในภาครัฐและเอกชน ตลอดจนผู้บริหารของส่วนราชการที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความเห็นป้อนกลับ แม้ว่าข้อเสนอข้างต้น

จะได้รับการยอมรับ แต่อาจไม่สามารถทำให้ทุกฝ่ายพอใจในความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้ ข้อวิตกกังวลที่สำคัญมักเป็นเรื่องของการหาสมดุลระหว่างต้นทุนค่าใช้จ่ายหรืองบประมาณที่จำกัดและคุณภาพของการดูแล รวมทั้งเสรีภาพในการเลือกผู้ให้บริการ แต่กระนั้น แผนการปฏิรูปน่าจะสามารถรับรองได้ว่าระบบที่จะได้รับการปรับปรุงจะเป็นระบบที่มีผลการดำเนินงานดีกว่าระบบที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

โดยสรุป ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการอาจจะเป็นตัวอย่างของความล้มเหลวของระบบสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลและประกันสุขภาพที่ใช้รูปแบบของการเบิกจ่ายย้อนหลังเพื่อควบคุมต้นทุนค่าใช้จ่ายที่น่าสนใจ ซึ่งแม้การควบคุมค่าใช้จ่ายไม่เข้มงวดนักดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ยังคงมีผู้ตั้งข้อสังเกตอยู่ไม่น้อยว่าระบบสามารถให้การดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพที่ดีแก่ผู้มีสิทธิหรือไม่ ประสบการณ์ได้แสดงให้เห็นว่ามาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายที่มีต่ออุปสงค์ (Demand-side interventions) ประสบความสำเร็จในการควบคุมค่าใช้จ่ายได้จริง แต่มีผลเพียงระยะสั้นเท่านั้น ดังนั้นจึงเป็นที่หวังกันว่า การปฏิรูประบบอย่างกว้างขวางโดยเน้นมาตรการต่ออุปทานของระบบ (Supply-side interventions) น่าจะเป็นวิธีการที่มีประสิทธิผลมากกว่าในการยกระดับประสิทธิภาพในระบบ นั่นคือ สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้โดยเพิ่มหรืออย่างน้อยรักษาระดับของคุณภาพของการดูแลรักษาไว้ บทเรียนที่สำคัญอีกประการหนึ่งจากการศึกษาระบบข้างต้นคือ สารสนเทศและการจัดการที่ดี เป็นเครื่องมือที่มีความสำคัญอย่างยิ่งยวดในการปฏิรูประบบสวัสดิการ

3.5 กิตติกรรมประกาศ

ผู้เขียนขอขอบคุณ นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ ที่ได้เป็นผู้ทุ่มเททำการศึกษาในเรื่องค่าใช้จ่ายและการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการมาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผลการศึกษาได้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญสำหรับการนำเสนอโครงร่างในการปฏิรูปครั้งนี้ นอกจากนี้ผู้เขียนยังขอขอบคุณสมาชิกของคณะที่ปรึกษากระทรวงการคลังในเรื่องการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการทุกท่านที่มีส่วนร่วมอย่างสำคัญในการนำเสนอข้อเสนอต่างๆ ในครั้งนี้ โดยเฉพาะ ศ. ดร.อัมมาร สยามวาลา ผู้เป็นประธาน

3.6 เอกสารอ้างอิง

1. คณะที่ปรึกษาของกระทรวงการคลัง, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. การปฏิรูประบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ. รายงานฉบับสมบูรณ์เสนอต่อกระทรวงการคลัง. กรกฎาคม พ.ศ. 2543.
2. Supachutikul A. Situation analysis on health insurance and future development. Bangkok: Thailand Health Research Institute, National Health Foundation; 1996.
3. Tangcharoensathien V, et al. Documents presented at the Technical advisory group meeting for the Health Financing and Management Study Project, ADB No. 2997-THA at Ministry of Public Health, Thailand. October 19th-21st, 1998.
4. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ศิริวรรณ พิทยะรังสฤษฎ์, ยศ ตีระวัฒนานนท์. ภาคผนวก 4 ผลการวิเคราะห์มาตรการตามมติคณะรัฐมนตรี 2541. ใน: คณะที่ปรึกษาของกระทรวงการคลัง สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. การปฏิรูประบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ. รายงานฉบับสมบูรณ์เสนอต่อกระทรวงการคลัง. กรกฎาคม พ.ศ. 2543.
5. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ. ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกของระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ. กรุงเทพมหานคร: สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข; 2536.
6. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ. ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในของระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ. กรุงเทพมหานคร: สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข; 2536.
7. จงกล เลิศเธียรดำรง, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในภายใต้สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ พ.ศ. 2540. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2542.
8. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. ประสิทธิภาพในระบบสุขภาพ. หนังสือชุดปฏิรูประบบสุขภาพ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2543.
9. Sriratanaban J, Supapong S, Kamulratanakul P, et al. Situational analysis of the health insurance market and related educational needs in the era of health care reform in Thailand. Journal of the Medical Association of Thailand. (In press).
10. ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, สุริยาพร อนิวรรณ์. รายงานผลการวิจัยการประเมินผลการปฏิรูปสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ ในด้านผลกระทบของการร่วมจ่ายค่ายา, ค่าห้องพิเศษ และการปรับสิทธิการใช้บริการโรงพยาบาลเอกชน. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2543.
11. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. ภาคผนวก 5 ระบบการตรวจสอบ. ใน: คณะที่ปรึกษาของกระทรวงการคลัง, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. การปฏิรูประบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ. รายงานฉบับสมบูรณ์เสนอต่อกระทรวงการคลัง. กรกฎาคม พ.ศ. 2543.

12. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. ภาคผนวก 6 สำนักงานบริหารสวัสดิการสุขภาพข้าราชการ. ใน: คณะที่ปรึกษาของกระทรวงการคลัง สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. การปฏิรูประบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ. รายงานฉบับสมบูรณ์เสนอต่อกระทรวงการคลัง. กรกฎาคม พ.ศ. 2543.

บทที่ 4

โครงการประกันสังคม: ประสบการณ์ต่างๆ ในการพิจารณาค่าบริการทางการแพทย์ในระบบเหมาจ่าย

สุรเดช วลีอิทธิกุล, พ.บ.
สำนักงานประกันสังคม
กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม

4.1 ภาพรวมของการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์

ประเทศไทยเริ่มมีพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เมื่อเดือนกันยายน 2533 ซึ่งระบบประกันสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งที่อยู่ภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ได้กำหนดให้ผู้ประกันตนที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533[1] ตามมาตรา 62 ดังนี้

1. ค่าตรวจวินิจฉัยโรค
2. ค่าบำบัดทางการแพทย์
3. ค่าห้องพัก, ค่าอาหารและรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล
4. ค่ายาและเวชภัณฑ์
5. ค่ารถพยาบาลและค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วย
6. ค่าบริการอื่นที่จำเป็น

สำนักงานประกันสังคมตัดสินใจตามคำแนะนำของคณะกรรมการการแพทย์ เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ทดแทนและวิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาลและบริการทางการแพทย์ ดังนี้

1. ได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคและบำบัดทางการแพทย์
2. ได้รับบริการ รวมถึงการกินอยู่และการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลสำหรับคนไข้ใน
3. ได้รับยาและเวชภัณฑ์ที่มีมาตรฐานไม่ต่ำกว่ามาตรฐานบัญชียาหลักแห่งชาติ
4. การจัดส่งต่อเพื่อรับการรักษาระหว่างสถานพยาบาล
5. ได้รับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคโดยให้ภูมิคุ้มกันตามโครงการแห่งชาติ

ในการกำหนดสิทธิประโยชน์ต่างๆ ขึ้นมาก็เพื่อที่จะยกเว้นโรคที่ผู้ประกันตนเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บในลักษณะที่ผู้ประกันตนจงใจก่อให้เกิดขึ้นหรือให้ผู้อื่นก่อให้เกิดขึ้น ซึ่งสถานพยาบาลต้องให้การรักษาผู้ประกันตนจนสิ้นสุดการรักษาตามหลักวิชาทางการแพทย์

การจ่ายเงินด้วยวิธีเหมาจ่ายในระยะแรก มีวิธีการจ่ายเงินให้แก่ผู้ให้การบริการทางการแพทย์โดยมีวัตถุประสงค์หลักๆ 2 ประการ ดังนี้[2]

1. เพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายของการรักษาพยาบาลในแบบเดิมคือจ่ายตามรายการที่เรียกเก็บ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี

2. เพื่อหลีกเลี่ยงการบริหารจัดการโดยไม่จำเป็น เช่น การจ้างแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านและเจ้าหน้าที่เป็นจำนวนมากเพื่อมาทำหน้าที่ตรวจสอบ

ข้อด้อยภายใต้วิธีจ่ายแบบเหมาหัว[3] (Capitation) นั้น มีอยู่หลายประการ เช่น จำกัดให้ผู้มีสิทธิไปเฉพาะสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้เท่านั้น หากมีเหตุฉุกเฉินก็จะไม่สะดวก หรือสถานพยาบาลมีแนวโน้มที่จะประหยัดค่าใช้จ่ายจนอาจเลือกวิธีการรักษาที่ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วย สำนักงานประกันสังคมวางมาตรการรองรับไว้ ดังนี้

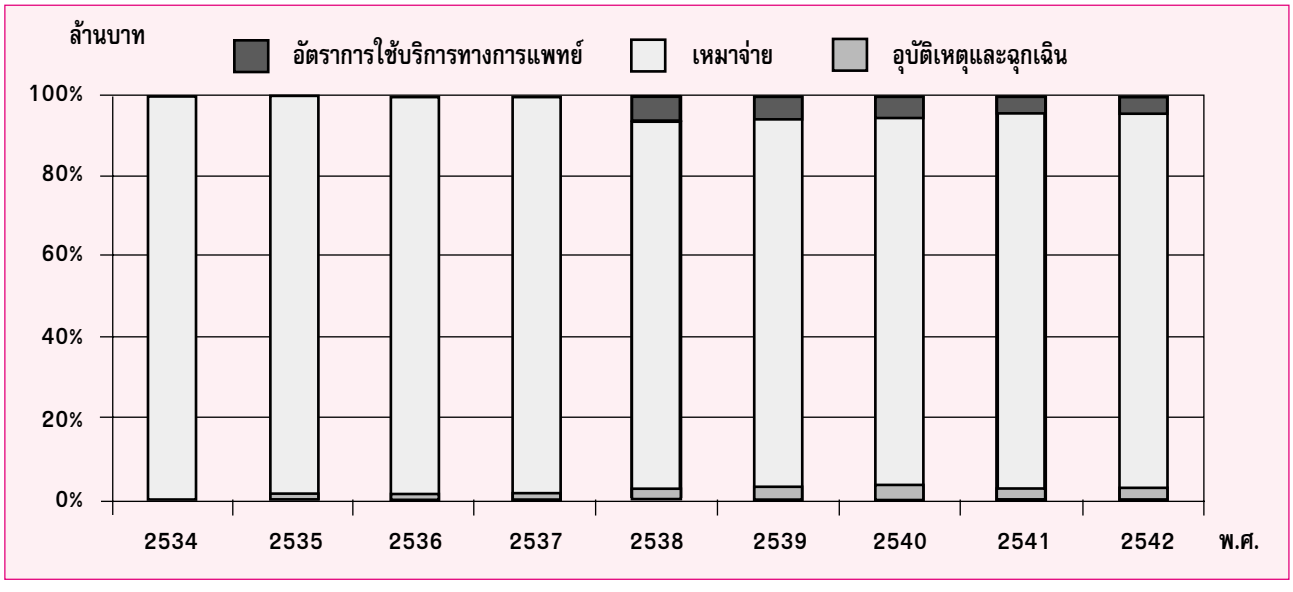
1. จ่ายตามรายการที่เรียกเก็บให้กับสถานพยาบาลหรือผู้ประกันตน กรณีเกิดอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินโดยอนุญาตให้เข้าใช้โรงพยาบาลใดก็ได้ที่อยู่ใกล้ที่สุด

2. การรักษาที่ต้องใช้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษ หรือต้องใช้อุปกรณ์ที่มีราคาแพง ก็จะจ่ายเพิ่มเติมให้กับสถานพยาบาลตามบัญชีรายการและอัตราที่กำหนดไว้ เพื่อลดอัตราการเบี่ยงเบน ในการตัดสินใจใช้วิธีการรักษาที่ถูกกว่าแต่อาจไม่เหมาะกับผู้ป่วย

3. จ่ายเพิ่มเติมสำหรับโรงพยาบาลที่มีผู้มารับบริการมาก ทั้งนี้เพื่อชดเชยอัตราเสี่ยงที่ไม่เท่ากันของแต่ละสถานพยาบาล ด้วยเหตุที่ว่าโรงพยาบาลในเขตอุตสาหกรรมมีผู้ประกันตนจำนวนมากพักอาศัยอยู่ใกล้โรงงานหรือโรงพยาบาล จึงมาใช้บริการมากกว่าโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่นอกเขต แต่ไม่มีข้อมูลสนับสนุนความคิดดังกล่าว สำนักงานประกันสังคมจึงให้โรงพยาบาลในความตกลงจัดส่งข้อมูลอัตราการใช้บริการทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในมาคำนวณหาอัตราการใช้บริการ และจ่ายชดเชยตามข้อมูลที่ได้นี้ ซึ่งเป็นการปรับวิธีการจ่ายให้เป็นธรรมมากขึ้นกว่าการจ่ายเหมาหัวในอัตราเดียว

สัดส่วนค่าใช้จ่ายบริการทางการแพทย์ค่าเหมาจ่ายค่ารักษาพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและการจ่ายตามอัตราการใช้บริการ

ภาพที่ 4.1 แสดงค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ พ.ศ. 2534-2542



ที่มา: กองวิชาการและแผนงาน, สำนักงานประกันสุขภาพ

พบว่ากว่าร้อยละ 95 ของค่าใช้จ่ายเป็นค่าเหมาจ่าย ค่ารักษากรณีฉุกเฉินอุบัติเหตุค่อย ๆ เพิ่มขึ้นจากปี 2534-2542 แต่เป็นสัดส่วนที่ไม่สูง และค่อนข้างคงที่ใน 3 ปีสุดท้าย ทั้งนี้ เนื่องจากอัตราที่สำนักงานประกันสังคมจ่ายคืนให้มีกำหนดวงเงินสูงสุด การจ่ายตามอัตราการใช้บริการมีลักษณะคงที่เช่นกัน เนื่องจากกำหนดอัตราไว้ชัดเจนเพียงแต่การจ่ายจะไปยังสถานบริการที่มีผู้มาใช้บริการมาก (ภาพที่ 4.1)

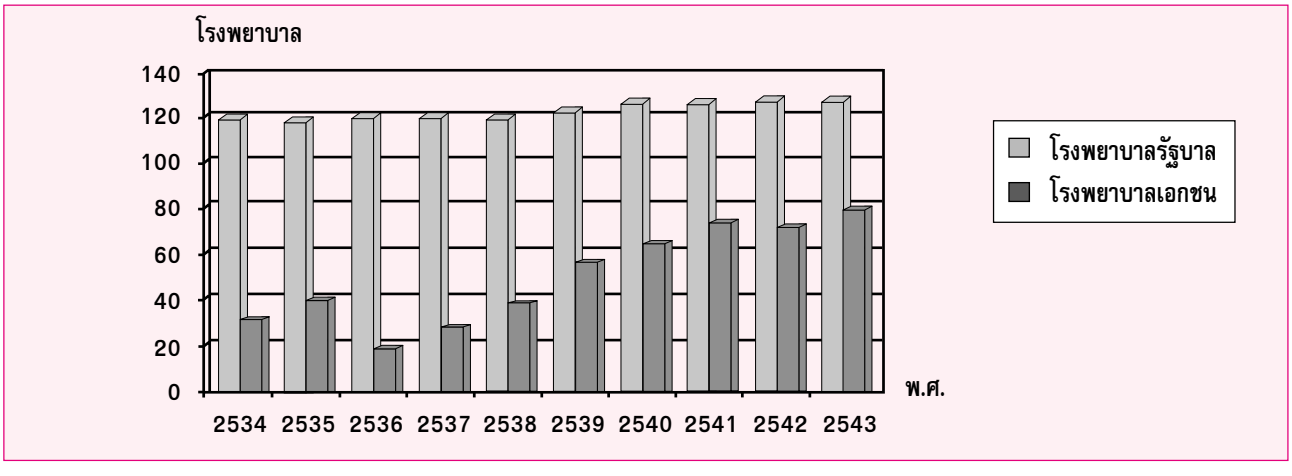
4.2 ทิศทางและแนวโน้มการให้การบริการของสถานพยาบาล

ในปี 2534 สำนักงานประกันสังคมได้ให้ความคุ้มครองแก่สถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป และได้ขยายการคุ้มครองแก่สถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป ในช่วงระหว่างปี 2534-2543 จำนวนของสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการประกันสังคมมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น (ตารางที่ 4.1) และจำนวนของผู้ประกันตนที่เลือกรับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลของภาคเอกชนมีปริมาณแนวโน้มที่เพิ่มมากขึ้นกว่าสถานพยาบาลของภาครัฐ (ภาพที่ 4.2, 4.3)

ตารางที่ 4.1 จำนวนสถานพยาบาลภายใต้โครงการประกันสังคม ปี 2535-2541

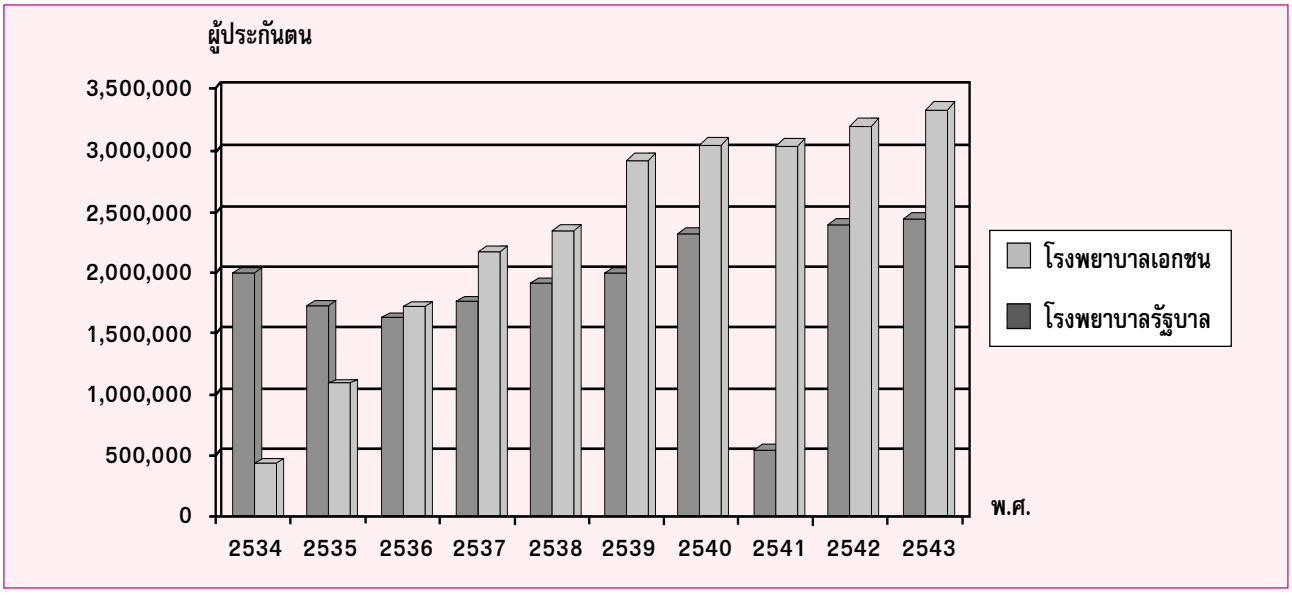
สถานพยาบาล	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541
สถานพยาบาลหลัก	145	156	178	189	198	196	205
รัฐบาล	118	119	122	126	126	127	127
เอกชน	27	37	56	63	72	69	78
สถานพยาบาลเครือข่าย	754	864	1,294	1,897	2,839	2,868	2,256

ภาพที่ 4.2 แสดงจำนวนโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการประกันสังคม พ.ศ. 2534-2543



ที่มา: กองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ, สำนักงานประกันสังคม

ภาพที่ 4.3 แสดงสัดส่วนการเลือกสถานพยาบาลของผู้ประกันตนเปรียบเทียบรัฐกับเอกชน พ.ศ. 2534-2543



ที่มา: กองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ, สำนักงานประกันสังคม

4.3 การตอบสนองของสถานพยาบาลคู่สัญญาหลักและสถานพยาบาลเครือข่าย

สถานพยาบาลคู่สัญญาหลักที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑลมีการแข่งขันกันสูงมากในเรื่องของการให้การบริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน สถานพยาบาลบางแห่งพยายามที่จะสร้างแรงจูงใจในการเลือกสถานพยาบาลของผู้ประกันตน โดยการจัดให้มีสถานพยาบาลเครือข่ายที่เป็นคลินิก โพลีคลินิก สถานพยาบาลเล็กๆ และสถานพยาบาลที่มีแพทย์เฉพาะทางจากสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชนรวมเข้าด้วยกัน ยังผลให้จำนวนผู้ประกันตนเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วจาก 50,000 ราย เป็น 300,000 ราย โดยประมาณ และถึงแม้ว่าสถานพยาบาลของรัฐจะจัดให้มีศูนย์สาธารณสุขชุมชนเพื่อให้การบริการทางการแพทย์ก็ตาม แต่ก็ยังไม่สามารถที่จะแข่งขันกับสถานพยาบาลเครือข่ายของภาคเอกชนได้ เนื่องจาก[4]

- สถานพยาบาลเครือข่ายของภาครัฐยังคงให้การบริการทางการแพทย์ในวันเวลาทำการ (8.30-16.30 น.)
- การให้การบริการทางการแพทย์ส่วนใหญ่เป็นไปอย่างล่าช้าและไม่มีมนุษยสัมพันธ์

ความสัมพันธ์ระหว่างโรงพยาบาลคู่สัญญาหลักและวิธีการจ่ายเงินให้กับเครือข่ายนั้นแตกต่างกันไป หลายแห่งจ่ายอัตราคงที่ต่อการรับบริการ 1 ครั้ง บางส่วนจ่ายตามจริงแต่จำกัดวงเงินไว้ และมีการจัดทำระบบการส่งต่อเกิดขึ้น คลินิกเครือข่ายหลายแห่งยังยินดีคงอยู่ในระบบแต่บางแห่งก็ยกเลิกออกไปเนื่องจากเหตุผลที่แตกต่างกัน ขณะนี้ไม่มีหลักฐานการศึกษาที่จะบ่งชี้ว่าวิธีการใดดีกว่ากัน[5]

แม้ว่าโรงพยาบาลคู่สัญญาในภาคเอกชนจะเพิ่มขึ้น และมีส่วนแบ่งทางการตลาดโดยรวมสูงกว่า จำนวนเครือข่ายที่เพิ่มขึ้นส่วนแบ่งทางการตลาดมิได้เจริญเติบโตตามปริมาณเครือข่าย กระนั้นก็ตาม โรงพยาบาลคู่สัญญาภาคเอกชนยังคงหาคลินิกเข้าร่วมเครือข่ายเพื่อเป็นทางเลือกให้กับผู้ใช้แรงงานมาเลือกใช้กลุ่มโรงพยาบาลของตน (ตารางที่ 4.2)

ตารางที่ 4.2 แสดงจำนวนโรงพยาบาลคู่สัญญารอง พ.ศ. 2534-2543

ปี	โรงพยาบาลรัฐบาล	โรงพยาบาลเอกชน	รวม
2534	-	-	-
2535	838 (92.39)	69 (7.61)	907
2536	748 (89.15)	91 (10.85)	839
2537	1,019 (78.15)	275 (21.25)	1,294
2538	1,206 (63.57)	691 (36.43)	1,897
2539	1,210 (42.62)	1,629 (57.38)	2,839
2540	1,340 (46.90)	1,517 (53.1)	2,857
2541	1,263 (55.96)	994 (44.04)	2,257
2542	1,522 (39.88)	2,294 (60.12)	3,816
2543	1,621 (40.38)	2,393 (59.62)	4,014

ที่มา: กองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ, สำนักงานประกันสังคม

หมายเหตุ: ในวงเล็บเป็นค่าร้อยละ

4.4 อัตราการใช้บริการทางการแพทย์

อัตราการใช้บริการทางการแพทย์ในช่วงระยะแรกนั้นมีอัตราค่อนข้างต่ำกว่าที่คาดหวังไว้ เนื่องจากนายจ้างเลือกสถานพยาบาลให้แก่ลูกจ้างเองและมีการจำกัดสถานพยาบาล ทำให้ลูกจ้างไม่สะดวกในการไปรับรักษา ดังนั้นสำนักงานประกันสังคมจึงเปิดโอกาสให้ผู้ประกันตนเลือกสถานพยาบาลได้อย่างเสรีสำหรับในบางจังหวัด และต่อมาได้ขยายไปทั่วประเทศ อย่างไรก็ตามไม่มีตัวเลขการศึกษาเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการซึ่งเป็นประเด็นสำคัญในการพิจารณาจากข้อมูลข้างเดียว เช่น การขอเปลี่ยนสถานพยาบาล พบว่ามีเพียงไม่ถึงร้อยละ 10 ที่ขอเปลี่ยนสถานพยาบาลจากที่เคยเลือกใช้อยู่เดิม เหตุผลหลักคือขอเลือกใช้โรงพยาบาลใกล้ที่อยู่มีการเดินทางสะดวก ทั้งนี้อัตราการใช้บริการกรณีฉุกเฉินมีไม่ถึงร้อยละ 5 ของการใช้บริการทั้งหมด สำหรับอัตราการใช้บริการรวมนั้นเพิ่มขึ้นตลอดทุกปี จนกระทั่งในปี 2540-2542 จะมีอัตราใกล้เคียงกัน ซึ่งอัตราการใช้บริการในช่วงปีท้ายๆ นี้ใกล้เคียงกับอัตราการใช้บริการของประชาชนทั่วๆ ไป แม้ว่าผู้ประกันตนในวัยหนุ่มสาวซึ่งเชื่อกันว่าน่าจะมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์กว่าประชาชนทั่วไป (ตารางที่ 4.3)

ตารางที่ 4.3 การใช้บริการสุขภาพ (Utilization of Health)

ประเภท	2538	2539	2540	2541	2542
ผู้ป่วยนอก	1.22	1.34	1.52	1.46	2.15
● รพ.รัฐบาล	1.00	1.16	1.44	1.40	2.07
● รพ.เอกชน	1.41	1.45	1.59	1.50	2.22
ผู้ป่วยใน	0.13	0.147	0.16	0.15	0.19
● รพ.รัฐบาล	0.10	0.17	0.19	0.17	0.22
● รพ.เอกชน	0.12	0.13	0.15	0.13	0.17

ผู้ป่วยนอก (ครั้ง/คน/ปี) ผู้ป่วยใน (วัน/คน/ปี)

ที่มา: กองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ, สำนักงานประกันสังคม

ในขณะเดียวกัน โรงพยาบาลขนาดใหญ่ในภาครัฐโดยเฉพาะโรงพยาบาลที่มีชีดความสามารถสูงให้ข้อมูลว่า มีกลุ่มผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรังหรือป่วยร้ายแรงหันมาเลือกใช้บริการที่โรงพยาบาลเหล่านี้มากกว่าโรงพยาบาลทั่วไปๆ จึงเป็นเหตุให้อัตราการใช้บริการ ตลอดจนค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลเหล่านี้สูงมากจนไม่สามารถรับภาระต่อไปได้

4.5 การปรับเปลี่ยนภายในของสถานพยาบาลและการพัฒนาคุณภาพการบริการ

โรงพยาบาลคู่สัญญาได้รับเงินจากผู้ซื้อบริการตามจำนวนคนที่เลือกขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลนั้น ดังนั้นโรงพยาบาลจะทราบรายรับหลักตั้งแต่ต้นปี แต่จะไม่ทราบในด้านของรายจ่าย ทำให้กำไรที่จะเกิดขึ้นแปรผันค่อนข้างมากกับรายจ่าย จากความไม่แน่นอนของรายจ่ายนี้ ทำให้โรงพยาบาลในภาครัฐและเอกชนต่างมีการปรับปรุงระบบการบริหารภายในเพื่อตอบสนองต่อระบบเหมาจ่าย

ตารางที่ 4.4 การบริหารภายในของโรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก

ลักษณะการบริหารภายใน	เครือข่ายรัฐ (n=9)	เครือข่ายเอกชน (n=3)
ตั้งฝ่ายใหม่เพื่อดูแลเรื่องประกันสังคม	5	1
ตั้งตำแหน่งใหม่เพื่อดูแลประกันสังคมเฉพาะ	7	1
ปรับสัดส่วนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญให้เหมาะสม	4	2
มอบหมายให้แพทย์ตรวจเฉพาะผู้ป่วยประกันสังคม	2	1
การจ่ายค่าตอบแทนแพทย์ที่ต่างกัน	5	3

ที่มา: Impact of Capitation Payment; The Social Security Scheme in Thailand (Draft Report), Partnerships for Health Reform, Major Applied Research August 27, 2000[5]

จากการศึกษาของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ศึกษาในโรงพยาบาลของรัฐ 9 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน 3 แห่ง[5] พบว่าในโรงพยาบาลของรัฐมีการจัดหน่วยงานเฉพาะขึ้นมารองรับและมีผู้บริหารเข้ามาดูแลรับผิดชอบโดยตรง ในขณะที่ภาคเอกชนมีการปรับเปลี่ยนในด้านของโครงสร้างน้อยกว่า ส่วนการจัดแพทย์ขึ้นมาทำหน้าที่ตรวจคนไข้เพื่อลดการพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญนั้น ไม่มีความชัดเจนทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน ที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ วิธีการจ่ายค่าตอบแทนแก่แพทย์ได้มีการปรับเปลี่ยนอย่างชัดเจน รวมไปถึงมีการจัดทำแนวทางการส่งปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน (ตารางที่ 4.4)

การสั่งจ่ายยาใช้ยาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ ได้เปลี่ยนมาใช้ชื่อสามัญของยาและมีการใช้ยาที่ผลิตในประเทศมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด โรงพยาบาลในบางพื้นที่ได้รวมตัวกันเพื่อต่อรองกับบริษัทในการจัดซื้อจัดหา เพื่อให้ได้ยาและเวชภัณฑ์ที่ราคาถูกลง โรงพยาบาลในภาครัฐหลายแห่งได้เปลี่ยนจากการตั้งรับเช่นในสมัยก่อนมาเป็นการใช้กลไกการตลาดในการประชาสัมพันธ์ รวมไปถึงการพยายามเสนอบริการใหม่ๆ ให้กับผู้ที่เลือกใช้บริการในโรงพยาบาลของตนนอกเหนือไปจากชุดสิทธิประโยชน์ทดแทนที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด นอกจากนั้นยังมีบริการเชิงรุกสู่โรงงานหรือสถานประกอบการเพิ่มเติม การตัดสินใจของแพทย์เป็นส่วน

สำคัญอย่างยิ่งของผลกำไรที่จะเกิดขึ้นในระบบ แต่เดิมนั้นการสั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการรังสี การส่งผ่าตัด หรือแม้แต่ข้อบ่งชี้การให้บริการในเวชระเบียน อาจไม่มีการตรวจสอบหรือกำกับมากนัก แต่เมื่อมีการนำระบบเหมาจ่ายมาใช้ในโรงพยาบาล ภายใต้การศึกษาเหล่านี้พบว่าโรงพยาบาลต่างๆ เหล่านี้ได้จัดให้มีระบบทบทวนการใช้บริการ การสั่งบริการของแพทย์ รวมไปถึงระบบรองรับการร้องเรียนของผู้รับบริการและการตรวจสอบเวชระเบียนให้มีความสมบูรณ์และตอบคำถามทุกฝ่ายได้ชัดเจนขึ้น การบริหารอื่นๆ เช่น จำนวนวันนอน การเข้าโรงพยาบาลซ้ำ ก็มีการจัดทำระบบข้อมูลรับรองและพยายามใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ เพื่อลดค่าใช้จ่ายในภาพรวมเช่นกัน

ผลกระทบอีกประเด็นหนึ่งคือ โรงพยาบาลได้มีการประเมินและปรับปรุงคุณภาพโดยรวมมากกว่าจะเน้นเฉพาะระบบที่เกี่ยวข้องกับประกันสังคม ซึ่งโรงพยาบาลในกลุ่มนี้ได้ให้ข้อสังเกตว่าระบบคุณภาพนี้เกิดขึ้นในโรงพยาบาลได้เพราะระบบเหมาจ่ายนี้เอง

ระบบข้อมูลสารสนเทศในทุกโรงพยาบาล ถูกยกขึ้นมาเป็นเรื่องสำคัญเพื่อเกี่ยวพันกับระบบคุณภาพ การควบคุมค่าใช้จ่าย และเงินรายรับที่จะได้เพิ่มจากระบบประกันสังคม

ในระยะ 2 ปี ที่ผ่านมา โรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งหันมาให้ความสนใจกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้กับสมาชิกที่ได้เลือกโรงพยาบาลของตนไว้ เช่น การจัดทำโครงการ “โรงงานสุขภาพดี” หรือจัดกิจกรรมอื่นที่คิดว่ามีผลต่อการเสริมสร้างสุขภาพของสมาชิก นอกจากนั้นยังได้ออกหน่วยให้ความรู้และให้บริการถึงในโรงงานหรือบริษัทที่เกี่ยวข้องอีกด้วย

4.6 ภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจและความรับผิดชอบของสถานพยาบาล

ภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจมีผลกระทบต่อสถานพยาบาลของภาคเอกชน ทั้งทางตรงและทางอ้อม ดังจะเห็นได้จากการที่มีรายได้ลดลงเป็นจำนวนมาก สถานพยาบาลบางแห่งจำเป็นต้องกู้เงินจากสถาบันการเงินต่างประเทศเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว ดังนั้นสถานพยาบาลส่วนใหญ่จึงจำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการประกันสังคม เพื่อที่จะรักษารายได้เอาไว้และสามารถดำเนินกิจการต่อไปได้โดยไม่ต้องปิดกิจการ

4.7 ข้อเสนอแนะ

การจ่ายเงินด้วยวิธีการเหมาจ่ายของโครงการประกันสังคมมีส่วนช่วยในการปฏิรูประบบการจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลและยุติปัญหาข้อโต้แย้งต่างๆ ภาพรวมของวิธีการดังกล่าวยังคงเป็นผลดีสำหรับโครงการประกันสังคมและสำหรับประเทศไทย

1) ผู้ป่วยบางรายมีข้อร้องเรียนเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์ทำให้สถานพยาบาลคู่สัญญาหลักส่วนใหญ่แก้ปัญหาโดยลดปริมาณการให้บริการกับผู้ป่วย รวมไปถึงการให้บริการที่มีราคาแพงเกินความจำเป็น สำนักงานประกันสังคมจึงได้เชิญแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุขและแพทยสภา เพื่อที่จะร่วมมือกันในการสร้างมาตรฐานเกี่ยวกับคุณภาพการรักษาของแต่ละสถานพยาบาล

2) สร้างแรงจูงใจให้ผู้ประกันตนเลือกสถานพยาบาลได้อย่างเสรี โดยไม่มีการบังคับจากฝ่ายบุคคล นายจ้าง หรือเพื่อผลประโยชน์ของผู้ใด มีการจัดหาข้อมูลข่าวสารต่างๆ สำหรับผู้ประกันตนเพื่อประกอบการตัดสินใจเลือกสถานพยาบาล

3) จากเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยได้เปลี่ยนการใช้บริการจากสถานพยาบาลของเอกชนเป็นสถานพยาบาลของรัฐ หรือสถานพยาบาลที่สังกัดทบวงมหาวิทยาลัย โดยที่ยังคงใช้อัตราเหมาจ่ายเดิมสำหรับสถานพยาบาลที่มีแพทย์เฉพาะทางในการรักษาโรคที่ซับซ้อนและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมากกว่า ดังนั้นสำนักงานประกันสังคมจึงควรมีการปรับอัตราเหมาจ่ายที่แตกต่างกันด้วย

4) สำนักงานประกันสังคมควรมีนโนบายที่มุ่งเน้นให้ผู้ประกันตน มีการส่งเสริมและป้องกันโรคมากกว่าที่จะเน้นการรักษาพยาบาลเพียงอย่างเดียว

4.8 เอกสารอ้างอิง

1. พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533.
2. สมเกียรติ ฉายะศรีวงศ์. เหมาจ่าย: ยุทธศาสตร์เพื่อเสถียรภาพของการประกันสังคม. นนทบุรี: สำนักงานประกันสังคม; 2540. หน้า 33-45.
3. Aviva Ron, Brain Able-Smith, Giovanui Tamburi. Health insurance in developing countries, The Social Security approach. Geneva: International Labor Office; 1990. p 63-69.
4. Mills A, Bennett S, Siriwannarangsun P. The response of providers to capitation payment: a case study from Thailand. Health Policy 2000; (5): 63-180.
5. Winnie Yip, Siripen Supakankunti, Jiruth Sriratanaban. Impact of capitation payment; The Social Security Scheme in Thailand, partnerships for Health Reform. Major Applied Research August 27, 2000.

บทที่ 5

สวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล: การคลังและการครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย

ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, พ.บ., Ph.D.
คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยนเรศวร

สวัสดิการรักษาพยาบาลประชาชนผู้มีรายได้น้อย เป็นแผนให้สวัสดิการอย่างหนึ่งที่รัฐบาลทุกประเทศจัดให้แก่ประชาชน สำหรับประเทศไทย สวัสดิการนี้เป็นพื้นฐานของการให้สวัสดิการซึ่งจะขยายความครอบคลุมแก่ประชาชนมากขึ้น เพื่อจะได้ไม่ต้องใช้รายได้เป็นเกณฑ์วัด เนื่องจากมีปัญหาในด้านการค้นหากลุ่มเป้าหมายกับการที่รัฐต้องการขยายนโยบายไปสู่ประชาชนที่สมควรช่วยเหลือเกื้อกูลมากขึ้น บทความนี้เสนอวิวัฒนาการของโครงการ ปัญหาที่เกิดขึ้น ตลอดจนการปฏิรูปแก้ปัญหาในช่วงต่างๆ กันซึ่งไม่สามารถแก้ปัญหาการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ สุดท้าย บทความเสนอแนวคิดของการปฏิรูประบบหลักสวัสดิการให้ครอบคลุมประชาชนโดยถ้วนหน้า ซึ่งเป็นเป้าหมายระยะยาว

5.1 วิวัฒนาการของโครงการสวัสดิการ

รัฐบาลหลายสมัยให้ความสำคัญต่อโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล เริ่มตั้งแต่ปี 2518 รัฐบาลต้องการให้ประชาชนที่ยากจนเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่จำเป็นโดยไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาล มีการค้นหาผู้มีรายได้น้อยเพื่อออกบัตรสงเคราะห์ซึ่งเป็นกิจกรรมสำคัญและเป็นปัญหาของสวัสดิการชนิดนี้ การประเมินว่าผู้ใดมีรายได้น้อย เข้าข่ายสมควรได้รับบัตรมักเป็นการประเมินรายได้ส่วนที่เป็นตัวเงิน เส้นแบ่งความยากจนครั้งแรกกำหนดว่าบุคคลใดมีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาทต่อเดือน ถือเป็นผู้มีรายได้น้อยและสมควรได้รับบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย (สปน.) การออกบัตรครั้งแรกคือปี 2524 มีผู้ได้รับการคุ้มครองจากบัตร สปน. ทั่วประเทศ 10.9 ล้านคน หรือประมาณ 23% ของประชากรทั้งหมด

ปี 2526 ซึ่งเป็นปีผู้สูงอายุสากล มีการจัดแยกประเภทผู้สูงอายุ ที่มารับบริการเป็นอย่างน้อย 4 ประเภท ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่จ่ายค่ารักษาพยาบาล ผู้สูงอายุที่เบิกได้จากสวัสดิการข้าราชการ ผู้สูงอายุที่ถือบัตรรายได้น้อย และผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยรายได้น้อย

[1] ในตอนแรก ข้อมูลการรับบริการของโครงการ สปน. แยกเป็นผู้ป่วยสงเคราะห์ที่มีบัตร คือประเภท ก. ผู้ป่วยสงเคราะห์ที่ไม่มีบัตร คือ ประเภท ข. (จ่ายเงินบางส่วน) และผู้ป่วยที่มีสิทธิตามระเบียบอื่นๆ ของทางราชการ คือ ประเภท ค.

ประเภท ข.[1] จนกระทั่งปี 2535 รัฐบาลจึงประกาศนโยบายรักษาพยาบาลผู้สูงอายุอย่างชัดเจน (แต่สามารถทำได้ภายใต้กระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น) ปี 2536 นโยบายครอบคลุมผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูลขยายไปสู่เด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี ผู้พิการและผู้นำทางศาสนา ปี 2537 โครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยจึงเปลี่ยนชื่อเป็นโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล ครอบคลุมกลุ่มผู้ที่สมควรช่วยเหลือเกื้อกูลทั้งหมด 6 กลุ่ม ได้แก่

- ผู้มีรายได้น้อย
- ผู้สูงอายุ
- เด็กอายุ 0-12 ปี
- ทหารผ่านศึก
- ผู้นำศาสนาและผู้นำชุมชน
- ผู้พิการ

ในที่นี้ จะใช้คำย่อว่า สปร. เพื่อหมายถึงโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล ที่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด ส่วนคำว่า ผู้มีรายได้น้อยจะหมายถึงกลุ่มหนึ่งซึ่งมีรายได้ต่ำกว่าเกณฑ์และได้รับบัตรสงเคราะห์เพื่อการรักษาพยาบาล

โครงการบัตรสุขภาพ ที่เริ่มทดลองตั้งแต่ปี 2526 (บทที่ 6) ก่อให้เกิดปรากฏการณ์ทั้งเป็นส่วนเสริมและส่วนทดแทนโครงการ สปร. แม้ว่าบัตรสุขภาพจะออกแบบมาเพื่อเจาะกลุ่มเป้าหมายประชาชนที่เกือบจน ความเหลื่อมล้ำของกลุ่มเป้าหมาย 2 โครงการนี้จะอภิปรายในตอนต่อไป

5.2 ปัญหาที่พบในโครงการ สปร.

ประสบการณ์หลายปีของโครงการ สปน. จนกลายเป็น สปร. มีมากมาย ทั้งปัญหาในเชิงแนวคิดและการนำไปสู่การปฏิบัติ ภาพสะท้อนของปัญหามีดังต่อไปนี้[(1)]

1. มีประชากรภายใต้โครงการ สปร. มากน้อยเพียงใด ความซ้ำซ้อนของประชากรภายใต้ สปร. กับหลักประกันอื่นๆ มีเท่าไร โดยเฉพาะบัตรสุขภาพ และสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ

2. จะทำให้การออกบัตรรายได้น้อย ตรงกลุ่มเป้าหมายมากขึ้นได้อย่างไร ควรกำหนดเส้นแบ่งความยากจนที่แตกต่างกันในแต่ละจังหวัดหรือไม่ ความเป็นไปได้ในการให้สังคมช่วยค้นหากลุ่มผู้มีรายได้น้อย

3. กลุ่มที่เข้าข่ายเป็นผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล เป็นผู้ที่สมควรรับการเกื้อกูลทั้งหมดจริงหรือ เช่น ผู้สูงอายุ เด็กอายุ 0-12 ปี ผู้พิการ ผู้นำศาสนา เพราะกลุ่มเหล่านี้ไม่ใช่จะยากจนทุกคน คนที่ร่ำรวย ไม่ควรได้รับสวัสดิการอย่างเดียวกับที่ผู้มีรายได้น้อยได้รับ

4. อีกทางหนึ่ง กลุ่มผู้เกือบเป็นผู้มีรายได้น้อยแต่ไม่มีหลักประกันใดๆ ควรได้รับการคุ้มครองอย่างไร เมื่อต้องประสบภาวะการเจ็บป่วยที่ทำให้สวัสดิการครัวเรือนล้มละลาย ควรให้ทุกคนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือไม่ หรือจะคุ้มครองเฉพาะการเจ็บป่วยถึงขั้นล้มละลายเท่านั้น

5. สิทธิประโยชน์ที่โครงการ สปร. ให้การคุ้มครองในปัจจุบันเหมาะสมเพียงใด ควรต้องเข้มงวดควบคุมต้นทุนของโครงการหรือไม่ งบประมาณต่อคนที่เหมาะสมสำหรับโครงการ สปร. ควรเป็นเท่าใด

6. เนื่องจากมีประชากรในกลุ่ม สปร. มาก ขณะที่รัฐจัดงบประมาณให้น้อย งบประมาณต่อคนของโครงการจึงต่ำมากและจะมีผลต่อคุณภาพของบริการ

7. จะจัดสรรงบประมาณ สปร. ให้มีความเป็นธรรมและมีประสิทธิภาพมากขึ้นได้อย่างไร การจัดงบประมาณควรแยกเฉพาะงบ สปร. หรือควรรวมกับงบประมาณปกติที่จัดสรรผ่านกองโรงพยาบาลภูมิภาคและกองสาธารณสุขภูมิภาคสำหรับประชาชนทั่วไป

8. การจัดสรรงบประมาณ สปร. สู่สถานพยาบาลต่างๆ ภายในจังหวัดมีความเป็นธรรมมากน้อยเพียงใด

9. จะประกันคุณภาพของบริการทางการแพทย์ที่ให้กับกลุ่มผู้ป่วย สปร. ตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ได้อย่างไร

การเน้นกลุ่มเป้าหมายผู้มีรายได้น้อย: คำตอบที่ปฏิบัติได้ยาก

5.2.1 การครอบคลุมของ สปร.

ปี 2524 เป็นปีแรกที่มีการออกบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย ประชาชน 10.9 ล้านคนได้รับการออกบัตรสงเคราะห์เพื่อรับการรักษาฟรีในสถานพยาบาลของรัฐ หลังจากนั้นจะมีการออกบัตรทุกๆ 3 ปี ปี 2527 ถึงปี 2533 เส้นแบ่งความยากจนเพื่อค้นหาผู้มีรายได้น้อยเพิ่มสูงขึ้นเป็น 1,500 บาทต่อเดือนสำหรับคนโสด และ 2,000 บาทต่อเดือนสำหรับครัวเรือน ในปี 2536 เส้นแบ่งความยากจนเพิ่มขึ้นอีก เป็น 2,000 บาทต่อเดือนสำหรับคนโสด และ 2,800 บาทต่อเดือนสำหรับครอบครัว เนื่องจากสภาวะเศรษฐกิจอยู่ในระยะขยายตัว จำนวนผู้ถือบัตรสงเคราะห์ลดน้อยลงในปี 2530 เหลือประมาณ 7.6 ล้านคน แต่กลับเพิ่มขึ้นอีกในปี 2533 พอปี 2541 จำนวนผู้ที่อยู่ในข่ายรายได้น้อยลดลงอีกเหลือเพียง 5.8 ล้านคน ทั้งนี้อธิบายว่า โครงการ สปร. กำหนดกลุ่มเป้าหมายเป็น 6 กลุ่ม ผู้สูงอายุและเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้น้อยถูกตัดออกไปอยู่ในกลุ่มอื่นตามอายุ แทนที่จะเป็นผู้มีรายได้น้อยดังแต่ก่อน อีกประการหนึ่งอาจเป็นเพราะการใช้เส้นแบ่งความยากจนใหม่ในปี 2541 (จะได้กล่าวในรายละเอียดต่อไป) แต่เมื่อรวมประชากรภายใต้กลุ่ม สปร. ทั้งหมดตามรายงานการออกบัตร สปร. ครอบคลุมเพิ่มขึ้นเป็น 17.7 ล้านคน หรือ 28.9% ของประชากรทั้งประเทศ (ตารางที่ 5.1)

หลังจากปี 2537 จำนวนประชากรภายใต้โครงการ สปร. มีความสับสนมาก เพราะความซ้ำซ้อนของกลุ่มเป้าหมายย่อยๆ ภายใน สปร. เอง และการซ้ำซ้อนกับแผนประกันอื่นโดยเฉพาะผู้สูงอายุและเด็ก 0-12 ปี การออกบัตรโดยยึดตามเกณฑ์อายุย่อมง่ายกว่าการใช้เกณฑ์รายได้ โดยเฉพาะรายได้ของครัวเรือน หลังจากประชุมเจรจากันระหว่างสำนักงบประมาณและกระทรวงสาธารณสุขหลายครั้ง สำนักงบประมาณยอมรับในเบื้องต้นว่า มีกลุ่มเป้าหมาย สปร. ปี 2540 เป็น 41% ของประชากรทั้งประเทศ และตั้งความคาดหวังว่ากระทรวงสาธารณสุขจะมีตัวเลขที่แท้จริงและไม่มีการนับซ้ำในการออกบัตรรอบต่อไป (ซึ่งตารางที่ 5.1

แสดงให้เห็นว่าจำนวนประชากรกลุ่ม สปร. จากการออกบัตรจริงมีเพียง 29% ของประชากรทั้งหมด)

ตารางที่ 5.1 จำนวนประชากรของโครงการ สปร. (ล้านคน) ตามเขตและปี

ภาค	2524	2527	2530	2533	2541[1]	2541[2]
กลาง	1.840	1.656	1.293	1.816	0.749	3.242
ตะวันออกเฉียงเหนือ	4.985	4.522	3.500	5.573	2.972	8.137
เหนือ	2.966	2.717	1.850	2.390	1.395	3.935
ใต้	1.101	1.232	978	1.639	0.648	2.326
กรุงเทพฯ	0	0.029	0.022	0.077	0.017	0.031
รวม	10.892	10.156	7.643	11.495	5.792	17.671

[1] ตัวเลขจากการรายงานเฉพาะผู้มีรายได้น้อย ปี 2541

[2] ตัวเลขจากการรายงาน รวมผู้ที่อยู่ในโครงการ สปร. ทุกประเภท ปี 2541

ที่มา: ปี 2524-2533 เป็นรายงานจากกองสาธารณสุขภูมิภาค นอกนั้นเป็นสำนักงานประกันสุขภาพ

5.2.2 ความคลาดเคลื่อนของการออกบัตรรายได้น้อย

ปัญหาการออกบัตรสงเคราะห์สำหรับผู้มีรายได้น้อยมีมาอย่างต่อเนื่อง[2] การประเมินผลครั้งแรกของกองสาธารณสุขภูมิภาค ปี 2523 โดยสัมภาษณ์ตัวอย่างผู้รับบริการ 513 คนใน 9 จังหวัด พบว่า 12% ของผู้ถือบัตรสงเคราะห์ที่ใช้บริการ ณ โรงพยาบาลจังหวัด และโรงพยาบาลชุมชน และ 9% ของผู้ถือบัตรสงเคราะห์ที่รับบริการ ณ สถานีอนามัย มีรายได้มากกว่า 2,000 บาทต่อเดือน นั่นคือ บุคคลเหล่านั้นไม่ควรมีสิทธิได้รับบัตรสงเคราะห์ การประเมินครั้งที่ 2 โดยกองสาธารณสุขภูมิภาคและมหาวิทยาลัยมหิดลในปี 2531[3] ทำการสุ่มตัวอย่าง 13,865 ครัวเรือนใน 36 จังหวัด พบว่า ความชุกของการมีบัตรสงเคราะห์เป็น 22% ของประชาชนทั้งหมด แต่ความชุกของผู้มีรายได้น้อยมีมากถึง 62% แต่เมื่อคำนวณรายได้ของผู้ที่ถือบัตรสงเคราะห์ พบว่า 21% ของผู้ถือบัตรไม่ใช่ผู้มีรายได้น้อย ขณะที่ในหมู่คนมีรายได้น้อย 72% ที่ไม่มีบัตรสงเคราะห์ (การสำรวจครั้งนี้มีอคติเพราะความชุกของความยากจนในเขตชนบทที่สำนักงานสถิติแห่งชาติสำรวจมีเพียง 44% ของครัวเรือนในเขตชนบท ดังนั้นอัตราผู้มีรายได้น้อยที่ไม่ได้รับบัตรที่เป็นจริงน่าจะน้อยกว่าที่ตัวเลขที่เสนอไว้)

เมื่อความคลาดเคลื่อนของการออกบัตรมีสูง การออกบัตรในปี 2533 จึงมีข้อเสนอแนะให้เพิ่มความแม่นยำในการค้นหาผู้มีรายได้น้อย มาตรการที่เสนอได้แก่:

- ใช้มาตรการเชิงรุกในการค้นหากลุ่มผู้มีรายได้น้อยที่เป็นเป้าหมาย
- ขยายกลุ่มเป้าหมายสู่ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ชาวนาไร้ที่ทำกิน และคนงานย้ายถิ่น
- เผยแพร่ประชาสัมพันธ์เชิงรุก
- อำนวยความสะดวกในการขอรับบัตรอย่างเต็มที่

การประเมินระดับชาติครั้งที่ 3 โดยสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์[4] ภายหลังใช้มาตรการดังกล่าว ไม่ได้ให้ผลที่ดีขึ้น พบว่า หนึ่งในสามของครัวเรือนที่สำรวจเป็นครอบครัวยากจน แต่ 32% ของครัวเรือนยากจนที่มีบัตรรายได้น้อย ในขณะที่ 55% ของครัวเรือนที่

ถือบัตรรายได้น้อย มีรายได้มากกว่าเกณฑ์ที่สมควรได้รับบัตร นั่นคืออัตราประสิทธิผลของการออกบัตร[2] เพิ่มจาก 28% เป็น 32% แต่อัตราการตรงกลุ่มเป้าหมาย ลดลงจาก 79% เหลือ 55% ของผู้ถือบัตรรายได้น้อย (การสำรวจครั้งนี้มีอคติเช่นกัน และวิธีสุ่มตัวอย่างแตกต่างจากการสำรวจครั้งก่อน จึงทำให้การนำตัวเลขมาเปรียบเทียบต้องระมัดระวัง) ข้อเสนอแนะจากการสำรวจครั้งนี้ได้แก่:

- ข้อแรกคือการพัฒนาเครื่องมือวัดความยากจน เส้นแบ่งความยากจนควรปรับลดเป็น 10,000 บาทต่อคนต่อปี แต่สินทรัพย์ที่มีไม่ควรเกิน 571,000 บาท การทดสอบความยากจนควรใช้มาตรการสังคมช่วยแนะ หลักเกณฑ์รายได้ที่ไม่เป็นตัวเงิน ควรคำนึงถึงการว่างงานมากกว่า 300 วันในปีที่ผ่านมา และอัตราการพึ่งพิงในครัวเรือนสูงกว่า 0.50
- วิธีที่สองขึ้นกับการตรวจสอบภายใน ควรใช้วิธีค้นหาผู้มีรายได้น้อยเชิงรุกมากกว่าการโฆษณาประชาสัมพันธ์ตามปกติเท่านั้น เมื่อใช้วิธีการสังคมช่วยแนะผสมผสานกับการสำรวจชุมชน คัดกรองเอาผู้ที่ไม่เข้าเกณฑ์ออกไปตามตัวแปรหลายตัวที่กล่าวแล้ว กระบวนการคัดกรองผู้มีรายได้น้อย ควรปรับปรุงทุกๆ ปี

จะเห็นว่าข้อเสนอแนะข้างต้นเพื่อค้นหาผู้มีรายได้น้อยให้ดีขึ้นเป็นสิ่งที่ปฏิบัติไม่ง่ายนัก การออกบัตรในรอบล่าสุดปี 2540 ได้รับข้อเสนอบางส่วนไปปฏิบัติ แต่ผลไม่ต่างจากเดิมนัก อัตราครอบคลุมของบัตรเพียง 17% และอัตราความตรงประเด็น 35%[(5)]

5.2.3 เส้นแบ่งความยากจนใหม่และผลลัพธ์ของการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย

การใช้เส้นแบ่งความยากจนเพียงระดับเดียว ไม่ว่าจะเป็นครัวเรือนในเมืองหรือชนบทเป็นเกณฑ์ที่ไม่เหมาะสมนัก เนื่องจากไม่ได้แยกกันระหว่างเขตเมืองและเขตชนบท คนโสดและคนมีครอบครัว และไม่ได้ปรับให้เป็นปัจจุบันอย่างสม่ำเสมอ แต่ก็ใช้กันมาตั้งแต่เริ่มต้นโครงการ มีการประเมินพบว่า จุดตัดรายได้ของคนโสดที่ยากจนมีรายได้เป็น 4 เท่าของเส้นแบ่งความยากจน และจุดตัดค้นหาครัวเรือนยากจนในชนบทมีรายได้เป็น 1.5 เท่าของเส้นแบ่งความยากจน แต่จุดตัดนี้เท่ากันพอดีกับเส้นแบ่งความยากจนสำหรับผู้มีรายได้น้อยในเมือง[(6)] (ตารางที่ 5.2)

ปี 2540 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) เสนอให้ใช้แนวคิดใหม่ของการกำหนดเส้นแบ่งความยากจน ตัวแปร 4 ตัวที่ใช้ทำนายความยากจนที่เสนอคือ จำนวนสมาชิกครัวเรือน อายุและเพศของสมาชิกแต่ละคน ที่อยู่ของครัวเรือน (ภาคและเขตเมืองหรือชนบท) และรายได้ครัวเรือน ซึ่งเปลี่ยนแนวคิดเส้นแบ่งความยากจนได้เปลี่ยนจากการใช้ค่าเดียวสำหรับทุกๆ ครัวเรือน เป็นการคำนวณหาจุดตัดความยากจนของแต่ละครัวเรือน โดยเฉลี่ย การคำนวณวิธีใหม่ให้ผลเส้นแบ่งความยากจนสำหรับปี 2531 เท่ากับ 473 บาท/คน/เดือน (หรือ 5,676 บาท/คน/ปี) หรือ 1,845 บาท/ครัวเรือน/เดือน ถ้าสมมติ

[2] อัตราประสิทธิผลของการครอบคลุม = (ผู้มีรายได้น้อยที่ได้รับบัตรรายได้น้อย)/(จำนวนผู้มีรายได้น้อยทั้งหมดที่สำรวจ)
อัตราความตรงกลุ่ม = (ผู้ถือบัตรที่ยากจนจริง)/(จำนวนผู้ถือบัตรรายได้น้อยทั้งหมด)

ตารางที่ 5.2 เส้นแบ่งความยากจนและจุดตัดเพื่อค้นหาผู้มีรายได้น้อย

เส้นแบ่งความยากจน	2518/19	2523/24	2528/29	2531/32	2536/37	2540/41
ชนบท	1,981	3,454	3,823	4,141		
เมือง	2,961	5,151	5,834	6,324		
จุดตัดเพื่อหาผู้มีรายได้น้อย						
คนโสด	1,000	1,000	1,500	1,500	2,000	2,000
ครอบครัว	-	-	2,000	2,000	2,800	2,800

* บาทต่อคนต่อปี ** บาทต่อเดือน

ที่มา: เส้นแบ่งความยากจน จาก Hutaserani 1992

ตารางที่ 5.3 เป้าหมายและผลการออกบัตร สปร.ประเภทต่าง ๆ ปี 2541 (ล้านบัตร)

ประเภท	เป้าหมาย	ผลการออกบัตร	%
ผู้มีรายได้น้อย	6.48	5.79	89.39
เด็ก 0-12 ปี	13.37	6.92	51.76
นักเรียน	2.54	1.42	55.90
ผู้พิการ	0.18	0.13	71.98
ทหารผ่านศึก	0.11	0.11	100.00
พระภิกษุและผู้นำศาสนา	0.33	0.12	36.19
ผู้สูงอายุ	4.68	3.13	66.75
บัตรชั่วคราว	-	0.06	-
รวมทั้งหมด	27.69	17.67	63.82

ที่มา: สำนักงานประกันสุขภาพ (พ.ศ. 2541)[10]

ว่าแต่ละครัวเรือนมีสมาชิก 3.9 คน และปี 2537 เพิ่มเป็น 636 บาท/คน/เดือน (7,632 บาท/คน/ปี หรือ 2,480 บาท/ครัวเรือน/เดือน)

กระทรวงสาธารณสุขรับแนวคิดใหม่นี้เพื่อกำหนดเส้นแบ่งความยากจน แต่การนำแนวคิดไปค้นหาครัวเรือนหรือบุคคลที่สมควรได้รับบัตรก็เป็นสิ่งที่ยากต่อการปฏิบัติ ในที่สุดกระทรวงสาธารณสุขตัดสินใจใช้แนวคิดนี้ในระดับมหภาคเท่านั้น ข้อมูลจากการสำรวจสภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือนของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี 2537 จึงนำมาใช้เป็นบรรทัดฐานในการบอกว่าเป็นผู้มีรายได้น้อยที่ต้องได้รับการสงเคราะห์หรือไม่ ตัวเลขที่คำนวณได้กลายเป็นเป้าหมายของการออกบัตรสำหรับผู้มีรายได้น้อยปี 2540-2541

กระบวนการสังคมช่วยค้นหาผู้มีสิทธิเสนอให้ทุกจังหวัดตั้งคณะกรรมการเพื่อตรวจสอบใบขอมีบัตรผู้มีรายได้น้อย ก่อนจะไปสู่ขั้นตอนของการออกบัตร ตารางที่ 5.3 เปรียบเทียบระหว่างเป้าหมายการออกบัตรและผลงานจริงของการออกบัตร สปร. ประเภทต่างๆ การออกบัตรทหารผ่านศึกสามารถทำได้ใกล้เคียงเป้าหมายที่กำหนดมากที่สุด เป็นเพราะใช้ฐานผู้มีบัตรจากองค์การทหารผ่านศึก (จะถือว่าเป็นการออกบัตรซ้ำซ้อนกันก็ได้) ประเภทที่ 2 ที่ออกบัตรได้ใกล้เคียงเป้าหมายคือ บัตรผู้มีรายได้น้อย สูงถึง 89% ของเป้าหมาย (ค่าเบี่ยง

เบนมาตรฐาน 166.1% แสดงว่าบางจังหวัดออกบัตรเกินกว่าเป้าหมายมาก) ส่วนที่ออกบัตรมากกว่าเป้าหมายที่สุดคือ บัตรพระภิกษุและผู้นำศาสนา (36% ของเป้าหมาย) เมื่อเปรียบเทียบผลงานการออกบัตรตามจังหวัด จะพบว่ากรุงเทพมหานคร เป็นจังหวัดที่ออกบัตรรายได้น้อยต่ำที่สุด ได้เพียง 38% ของเป้าหมาย

การออกบัตรแก่ผู้มีรายได้น้อยทำได้สูงกว่าการออกบัตร สปร. ชนิดอื่นๆ เป็นภาพสะท้อนว่าการให้การสงเคราะห์ควรเน้นที่รายได้ของบุคคลหรือครัวเรือน ซึ่งเป็นสิ่งที่ถือปฏิบัติมาเกือบ 20 ปี เป็นสิ่งที่ประชาชนให้คุณค่ามากกว่าการออกบัตร สปร. กลุ่มอื่นๆ กลุ่มผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มที่เพิ่มขึ้นภายหลัง มีข้อสงสัยในความเหมาะสมของการได้สิทธิ์ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีฐานะดี ผลงานการออกบัตรผู้สูงอายุจึงได้เพียง 67% ของเป้าหมายเท่านั้น ทั้งที่ถ้าถือตามเกณฑ์อายุน่าจะเป็นสิ่งที่ง่ายกว่าการถามรายได้ เป็นที่น่าสังเกตว่า กรุงเทพมหานครมีผลการออกบัตรได้ต่ำกว่าเป้าหมายในทุกๆ ประเภทของ สปร. (ค่าเฉลี่ยเพียง 2% ของเป้าหมายทั้งหมด) น่าจะเป็นเพราะกลไกสังคมช่วยค้นหาผู้มีสิทธิในกรุงเทพฯ อ่อนที่สุด และกลุ่มเป้าหมายของบัตร สปร. ประเภทต่างๆ ของกรุงเทพฯ ไม่ให้คุณค่ามากนักระหว่างการมีบัตรกับการไม่มีบัตร

5.2.4 มุมมองเชิงคุณภาพของกระบวนการออกบัตร

ประสบการณ์ของการออกบัตรผู้มีรายได้น้อยรอบก่อนๆ ชี้เห็นให้ถึงความลำบากในการออกบัตรให้ตรงกลุ่มเป้าหมาย ข้อเสนอแนะจากการวิจัยหลายชิ้น ให้ใช้กลไกของชุมชนเพื่อค้นหาผู้มีรายได้น้อย ซึ่งเป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ยาก เมื่อถามกลุ่มผู้นำชุมชนในการประชุมกลุ่มความคิดเห็นของกลุ่มผู้นำมีแตกต่างกัน

“เห็นด้วยว่า กลไกอื่นจะไม่ดีเท่า ชุมชนจะรู้ดีว่าใครจน ใครไม่จน แต่การตัดสินใจขั้นสุดท้ายว่าจะไม่ให้บัตรใครน่าจะเป็นทางราชการที่รับผิดชอบ ไม่ใช่พวกผม” (ผู้นำชุมชนเขตเมือง อยุธยา)

“ในหมู่บ้าน พวกเราเป็นญาติกันหมด ไม่มีอะไรจะบอกได้แน่ว่าใครรวยหรือใครจน ต้องให้รัฐช่วยเหลือ ทางที่ดีน่าจะให้ทุกคนได้รับเหมือนๆ กัน” (กองทุนออมทรัพย์หมู่บ้านเขตชนบท สงขลา)

“เทศบาลเราเคยให้ผู้นำชุมชนช่วยคัดเลือกผู้มีรายได้น้อยเพื่อแจกบัตรรายได้น้อย แต่ไม่ได้ผล ได้รับแต่ชื่อญาติพี่น้องเป็นส่วนใหญ่ เราต้องตรวจดูประวัติเองอีกรอบ” (นายกเทศมนตรี ภาคใต้)

ถ้าการค้นหาผู้มีรายได้น้อยเป็นกิจกรรมที่ลำบากในการปฏิบัติ ทางเลือกอีกอย่างหนึ่งคือให้การออกบัตรเชื่อมโยงกับกลไกทางการคลังท้องถิ่นของการปกครองส่วนท้องถิ่น แนวคิดนี้เป็นที่ยอมรับจากฝ่ายการเมืองของการปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งผู้นำชุมชนในระดับกองทุนออมทรัพย์หมู่บ้าน ฝ่ายการเมืองเห็นว่า รัฐบาลกลางได้จัดงบอุดหนุนทั่วไปให้แก่เทศบาลมาแล้วเป็นเงิน 150 บาทต่อหัว ถ้าเพิ่มงบอุดหนุนต่อหัวมากขึ้นและให้ส่วนท้องถิ่นรับผิดชอบบริการสาธารณสุขของผู้มีรายได้น้อยก็ย่อมจะทำได้ ข้อดีอย่างหนึ่งคือ ถ้างบประมาณที่รัฐจัดให้ไม่พอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังสามารถหาเงินเพิ่มเติมได้จากการเสนอขออนุมัติ

จากสภาเทศบาล ส่วนผู้นำชุมชนของกองทุนออมทรัพย์มีความเห็นว่า ขณะนี้ฝ่ายชาวบ้านเองรับผิดชอบด้านการคลังสุขภาพอยู่แล้ว กองทุนออมทรัพย์จ่ายเงินคืนให้กับสมาชิกที่นำใบเสร็จค่ารักษาพยาบาลมาเบิกสูงถึง 70% ของยอดในใบเสร็จ โดยจ่ายจากเงินส่วนเกินจากที่ปันผลไปแล้ว

การขยายกลุ่มเป้าหมายของ สปร. อย่างต่อเนื่องจนครอบคลุมกลุ่มผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล มักถูกวิจารณ์ว่ายิ่งทำให้นโยบายของรัฐขาดความชัดเจน ฝ่ายยึดเป้าหมายผู้มีรายได้น้อยต้องการให้นับหน่วยครัวเรือนของผู้มีรายได้น้อยเป็นสำคัญ ดังนั้น ทั้งเด็กอายุ 0-12 และผู้สูงอายุหรือผู้พิการที่อยู่ในครัวเรือนที่ยากจน ควรจัดอยู่ในกลุ่มผู้มีรายได้น้อย ถ้าทำตามหลักการเน้นกลุ่มผู้มีรายได้น้อย เป้าหมาย สปร. อาจลดไปได้ถึง 1 ใน 3 อย่างไรก็ตามแนวคิดนี้สวนทางกับกระแสการขยายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่กำลังเป็นเป้าหมายสำคัญในปัจจุบัน

ข้อเสนอแนะที่สมควรพิจารณาในการออกบัตรให้ตรงกลุ่มเป้าหมาย:

- เป้าหมายระยะสั้น เกณฑ์ตัดสินว่าครัวเรือนหรือบุคคลใดยากจนสมควรได้รับการเกื้อกูล ควรใช้รายได้และตัวแปรทางสังคมอื่น อีกจำนวนหนึ่ง
- เป้าหมายระยะกลาง ควรผูกการออกบัตร สปร. ให้เชื่อมโยงกับการมีส่วนรับผิดชอบในด้านการคลังของโครงการ โดยเฉพาะการมีส่วนรับผิดชอบจากการปกครองส่วนท้องถิ่น

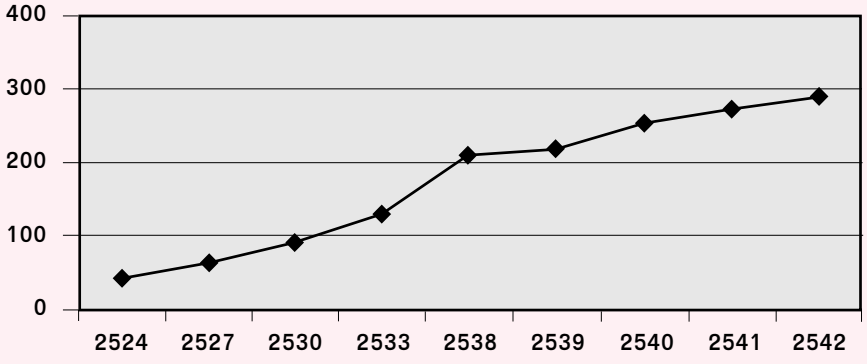
5.3 ความเป็นธรรมของการบริการและสถานะสุขภาพ

ในตอนนี้จะนำเสนอผลด้านความเป็นธรรมของบริการสุขภาพ (ซึ่งรวมถึงลักษณะการคลัง การจัดสรรงบประมาณ และการใช้บริการของกลุ่ม สปร.) และสุดท้ายคือความเป็นธรรมของสถานะสุขภาพ ซึ่งมีข้อมูลส่วนนี้ไม่มากนัก ประเด็นความเป็นธรรมของการรับบริการมีความสำคัญมาก เพราะการที่โครงการ สปร. ขยายกลุ่มเป้าหมายอย่างรวดเร็ว โครงการอาจขาดงบประมาณอย่างพอเพียงและทำให้คุณภาพของบริการต่อผู้มารับบริการด้อยลง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพที่โครงการ สปร. ให้ความคุ้มครองต่ำกว่าหลักประกันอื่นๆ ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนมากกว่า

5.3.1 งบประมาณรัฐเพื่อโครงการ สปร.

งบประมาณรัฐที่จัดให้กับ สปน. ปี 2519 รวม 520 ล้านบาท เพิ่มขึ้นเป็น 9 พันล้านบาทในปี 2543 ซึ่งเรียกว่า สปร. ถ้าย้อนดูการเติบโตของงบประมาณ ระหว่างปี 2519 ถึง 2532 งบประมาณ 500 ล้านบาทต่อปีแทบไม่เพิ่มขึ้นเลย หลังจากนั้น งบประมาณของรัฐเพิ่มอย่างมีนัยสำคัญโดยตลอด ถ้าคำนวณเป็นงบสนับสนุนต่อคน ปี 2524 งบประมาณสนับสนุนจากรัฐเพียง 42 บาทต่อคน ปี 2533 เมื่อเงินสนับสนุนเพิ่มเป็น 2 เท่า งบต่อคนคือ 131 บาท และปี 2538 เมื่อกลุ่มเป้าหมายเพิ่มขึ้นอีก งบประมาณต่อคนก็ยังเพิ่มขึ้น เป็น 212 บาทต่อคน ในปี 2542 ถ้าคิดงบประมาณต่อคน โดยใช้จำนวนเป้าหมายของการออกบัตร สปร. เป็นตัวหาร

ภาพที่ 5.1 งบประมาณต่อคนต่อปี สำหรับกลุ่มเป้าหมาย สปร. จากปี 2524-2542



ตารางที่ 5.4 งบประมาณและรายจ่ายของโครงการ สปร.

ปี	งบที่ได้รับ	รายจ่าย	ผู้ป่วยประเภท ก	ผู้ป่วยประเภท ข	% ข ต่อ ก
2530	705,839,500	2,051,856,237	544,333,212	799,142,659	146.81
2534	2,000,000,000	2,345,067,875	792,284,130	1,242,007,631	156.76
2540	6,370,524,000	9,018,341,515	7,201,858,337	1,400,416,130	19.45

หมายเหตุ: รวมรายจ่ายประเภท ก และ ข ไม่เท่ากับรวมทั้งหมด เพราะยังมีประเภทอื่นๆ ที่ไม่แสดงไว้ด้วย

งบประมาณต่อคนจะเท่ากับ 287 บาท (ภาพที่ 5.1) แต่ถ้าใช้จำนวนบัตรที่ออกได้จริง เป็นตัวหาร งบประมาณต่อคนจะเพิ่มเป็น 450 บาทต่อคน

5.3.2 รายจ่ายของโครงการ สปร.

ตัวเลขรายจ่ายเพื่อดูแลรักษาผู้ป่วย สปร. จากสถานพยาบาลของรัฐนำเสนอในตารางที่ 5.4 ปี 2530 คือปีก่อนที่จะได้รับงบประมาณเพิ่ม 2 เท่า ตัวเลขรายจ่ายสูงกว่างบประมาณที่ได้รับเกือบ 3 เท่า ต่อมาปี 2534 เมื่องบประมาณเพิ่ม 2 เท่าขณะที่กลุ่มเป้าหมายยังค่อนข้างคงเดิม รายจ่ายรวมของโครงการ สปร. มากกว่างบประมาณที่ได้รับประมาณ 18% เท่านั้น ส่วนข้อมูลปี 2540 เมื่อกลุ่มเป้าหมายขยายตัวประมาณ 2.2 เท่า และงบประมาณที่ได้รับเพิ่มขึ้น 3 เท่า รายจ่ายของโครงการกลับเพิ่มขึ้นเป็น 4 เท่า (ทำให้รายจ่ายสูงกว่างบประมาณ 42%) โดยสรุป รายจ่ายต่อคนเพิ่มจาก 270 บาทต่อคนในปี 2530 เป็น 361 บาทต่อคนในปี 2540

ผู้ป่วยประเภท ข เป็นปัญหาสำคัญของการจัดสวัสดิการให้กับประชาชนไทยทุกคน ประชาชนที่ไม่มีหลักประกันเมื่อไม่สามารถจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลได้จะรวมไว้ในกลุ่มประเภท ข ก่อนที่โครงการนี้จะขยายไปสู่ผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล รายจ่ายภายใต้ประเภท ข สูงกว่าประเภท ก ถึง 47% หรือ 57% พอปี 2540 แม้รายจ่ายของประเภท ข จะต่ำกว่าประเภท ก มาก แต่ถ้าเทียบระหว่างประเภท ข ด้วยกัน รายจ่ายปี 2540 ก็ยังสูงกว่า ปี 2534

เมื่อประมาณรายจ่ายสุขภาพต่อคน ของผู้ที่คุ้มครองภายใต้โครงการ สปร. จากตัวเลขรายงานที่แสดงในตารางที่ 5.5 ใช้ตัวเลขกลุ่มเป้าหมายที่ออกบัตรได้จากตารางที่ 5.3 เพื่อคำนวณหาอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ผู้สูงอายุจะใช้บริการมากที่สุด คือใช้บริการผู้ป่วยนอก 3.9 ครั้ง/คน/ปี และบริการผู้ป่วยใน 0.18 ครั้ง/คน/ปี เมื่อรวมกับค่า

บริการต่อครั้งเฉลี่ยผู้ป่วยนอก 108 บาทและผู้ป่วยใน 3,889 บาท จะเป็นรายจ่ายต่อปี ประมาณ 1,110 บาท กลุ่มที่สองที่มีรายจ่ายสูง คือผู้พิการ 965 บาท เพราะมีอัตราการเข้าเป็นผู้ป่วยในสูง เมื่อรวมกลุ่มเป้าหมายทุกประเภท ผู้อยู่ในการคุ้มครอง สปร. มีรายจ่าย 470 บาท/คน/ปี สูงกว่างบประมาณที่ได้รับอนุมัติคือ 273 บาท/คน/ปี อย่างไรก็ตาม รายจ่ายนี้ค่อนข้างใกล้เคียงกับงบประมาณต่อคนสำหรับปี 2542 ที่คิดบนฐานของคนที่ออกบัตรได้ คือ 450 บาท/คน/ปี

ตารางที่ 5.5 อัตราการใช้บริการ ราคาค่าบริการต่อรายและรายจ่ายต่อคน ปี 2541

	คน	OP /ปี	IP/ ปี	LOS	OP บาท	IP บาท	บาทต่อคน
ผู้มีรายได้น้อย	5,792,797	1.27	0.05	5.93	88.09	3,806	290
เด็ก 0-12 ปี	6,918,604	2.98	0.11	6.20	54.89	1,845	366
เด็กนักเรียน	1,419,077	1.17	0.03	3.73	53.63	2,033	123
ผู้สูงอายุ	3,125,406	3.91	0.18	5.76	107.54	3,889	1,110
ผู้พิการ	184,286	2.42	0.20	33.92	142.46	3,167	965
ทหารผ่านศึก	105,144	3.21	0.08	5.94	141.40	3,722	755
พระภิกษุ	333,031	2.15	0.14	7.40	154.40	3,817	877
รวม	17,878,345	2.43	0.10	6.57	78.51	2,911	470
สวัสดิการ ขรก.	7,000,000	2.6	0.08				2,500
ประกันสังคม	5,000,000	1.4	0.05				1,200

อย่างไรก็ตาม รายจ่ายข้างต้นยังไม่รวมรายจ่ายของผู้ป่วยประเภท ข ทั้งนี้เพราะไม่แน่ใจว่าตัวหารของผู้ป่วยประเภท ข ควรเป็นเท่าไรดี การละเลยผู้ป่วยประเภท ข ซึ่งมีรายจ่ายสูง 19% ของผู้ที่มีบัตรทั้งหมด จะทำให้ระบบต้องคลาดเคลื่อน เพราะผู้ป่วยประเภท ข ไม่ได้หมายถึงเฉพาะผู้ที่ไม่มีบัตร เพราะไม่ได้ยากจน แต่จ่ายค่ารักษาไม่ได้เท่านั้น แต่ก็รวมผู้ป่วยยากจนที่ไม่ได้รับบัตร เพราะระบบการค้นหาผู้มีรายได้น้อยไม่เหมาะสมดังที่กล่าวมาแล้วอีกด้วย

5.3.3 การจัดสรรงบประมาณ

ปัญหางบประมาณไม่เพียงพอของโครงการ สปร. เมื่อผสมด้วยการจัดสรรงบประมาณสู่จังหวัดที่ไม่เป็นธรรม ก็ทำให้ปัญหาขาดงบประมาณยิ่งมากขึ้นในจังหวัดที่ได้งบประมาณต่ำกว่าที่ควรจะเป็น ในปี 2531 งบประมาณต่อคนที่จัดสู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 54 บาท เทียบกับ 76 บาทในเขตภาคกลาง ซึ่งมีฐานะทางเศรษฐกิจสูงกว่า (ดัชนีความต่างระหว่างสูงสุดกับต่ำสุด คือ 1.4) ในปี 2533 เมื่องบประมาณเพิ่มขึ้น 2 เท่า ดัชนีความแตกต่างระหว่างสูงสุดและต่ำสุดยิ่งเพิ่มขึ้นเป็น 4.1 ความแตกต่างนี้ยังคงมีต่อไปจนปี 2537

ความแตกต่างของงบประมาณมีสาเหตุที่อธิบายได้คือ การกระจายตัวที่ไม่เท่ากันของผู้ป่วยประเภท ข ก่อนปี 2538 ตอนที่กลุ่มเป้าหมายของโครงการยังไม่ครอบคลุมผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล การจัดสรรงบประมาณสู่จังหวัดให้ความสำคัญกับกลุ่มผู้ป่วยประเภท ข เพราะงบที่จัดให้ 40-50% ของงบทั้งหมด จัดสรรตามเกณฑ์การให้บริการ ซึ่งจำนวนการ

ให้บริการของผู้ป่วยประเภท ข มีสูงนั่นเอง จากนั้นปี 2539-2540 ได้พัฒนาใช้สูตรการจัดสรรงบประมาณสู่จังหวัดต่างๆ อย่างเป็นระบบ และสำนักงบประมาณยืนยันขันแข็งว่า งบประมาณ สปร. ให้ใช้เฉพาะกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับบัตรเท่านั้น นั่นคือให้ตัดกลุ่มผู้ป่วยประเภท ข ออกไป (โดยให้งบประมาณผู้ป่วยประเภท ข อยู่ในงบปกติที่กองโรงพยาบาลภูมิภาคและกองสาธารณสุขภูมิภาค จัดสรรให้โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน) การจัดงบประมาณจึงเน้นไปที่การจัดงบต่อหัว กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเป้าหมาย 3 ปี ให้เพิ่มน้ำหนักงบประมาณต่อหัว: ปริมาณงาน จาก 50:50 ในปี 2541 เป็น 75:25 ในปี 2542 และ 100% ในปี 2543 (ตารางที่ 5.7)

ตารางที่ 5.6 งบประมาณต่อคน (บาท) ที่จัดสรรสู่ภาคต่าง ๆ

ภาค	2531	2533	2537
ตะวันออกเฉียงเหนือ	54	193	132
เหนือ	56	284	194
ใต้	66	472	323
กลาง	76	787	539
สูงสุด: ต่ำสุด	1.4	4.1	4.1

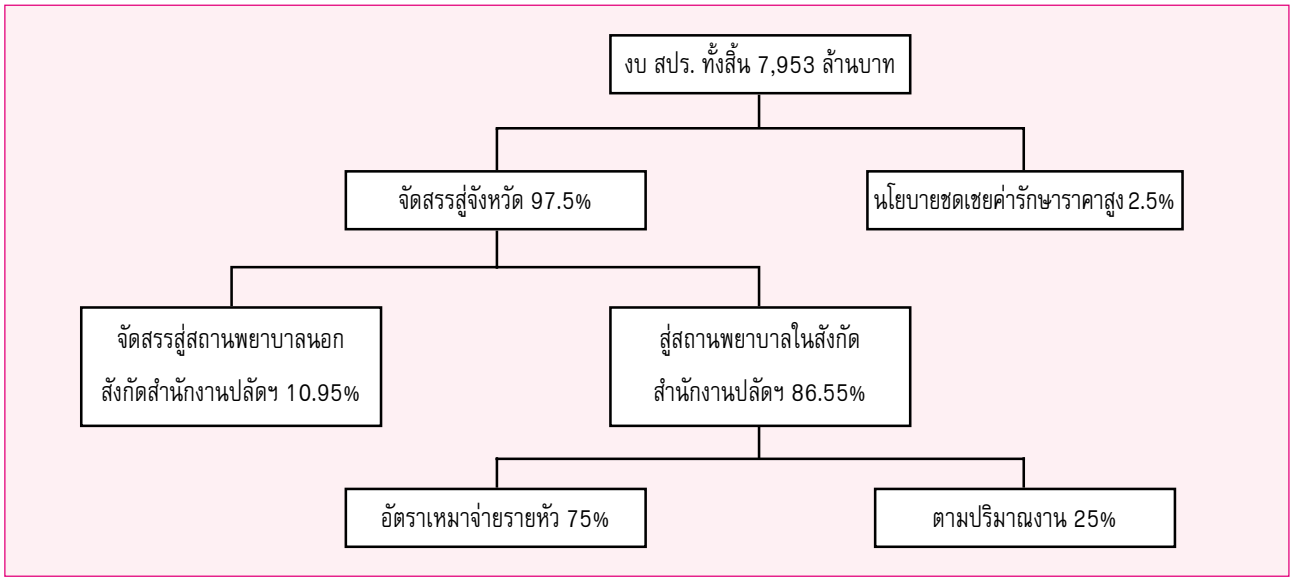
ตารางที่ 5.7 น้ำหนักที่ให้กับการจัดสรรงบประมาณ สปร. สู่จังหวัด

ปี	น้ำหนักที่ให้
2533-34	60% จำนวนคนใน สปร. 40% การใช้บริการ
2535-36	50% จำนวนคนใน สปร. 50% การใช้บริการ
2537	45% การใช้บริการ 20% จำนวนประชากร 20% จำนวน สปร. 10% จำนวนสถานบริการ 5% ปัญหาเฉพาะในจังหวัด
2538	50% ปริมาณการให้บริการ 25% จำนวน สปร. 20% จำนวนประชากร 5% กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค
2539	ประชากรปรับด้วย SMR, จำนวนผู้ป่วยนอก, จำนวนวันผู้ป่วยใน, รายได้เฉลี่ย, การมีโรงพยาบาลศูนย์
2540	จำนวน สปร. น้ำหนักตามการให้บริการผู้ป่วยนอก และจำนวนรายผู้ป่วยใน
2541	50% งบเหมาจ่ายรายหัว 50% ตามการใช้บริการ
2542	75% งบเหมาจ่ายรายหัว 25% ตามการใช้บริการ
2543	100% งบเหมาจ่ายรายหัว

ในปี 2542 กระทรวงสาธารณสุข จัดสรรงบประมาณ สปร. 7,950 ล้านบาท ตามที่แสดงในภาพที่ 5.2 โดยให้กันเงิน 2.5% ของทั้งหมด ไว้ใช้ในนโยบายประกันขั้นที่สอง หรือประกันต่อ โดยสำนักงานประกันสุขภาพเป็นผู้ดำเนินการ และส่วนที่เหลือ 97.5% จัดสรรสู่จังหวัด

สถานบริการของรัฐจำนวนมากยังสังกัดกับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และให้บริการกับประชาชนนอกกรุงเทพมหานคร งบประมาณ 86.55% ของงบ สปร. ทั้งหมดจึงจัดสรรไปสู่ 75 จังหวัด ปี 2542 งบประมาณ 75% จัดสรรตามจำนวนผู้ถือบัตรและ 25%

ภาพที่ 5.2 การจัดสรรงบประมาณ สปร. ในปี 2542



จัดสรรตามปริมาณงาน อัตราเหมาจ่ายรายหัวยังจัดให้ไม่เท่ากันตามกลุ่มเป้าหมายแต่ละประเภท อ้างอิงจากตารางที่ 5.5 แต่เนื่องจากเป้าหมายการออกบัตรคำนวณโดยสำนักงานประกันสุขภาพที่ส่วนกลาง[3] แต่การออกบัตรได้จริงไม่ตรงกับเป้าหมายที่กำหนด บางจังหวัดมีแรงจูงใจที่จะออกบัตรให้มาก เพื่อได้รับงบประมาณต่อคนสูงขึ้น ในที่สุด งบที่จัดสรรสำหรับอัตราเหมาจ่ายรายหัว จึงใช้ตัวเลขเป้าหมายและการออกบัตรได้จริงเฉลี่ยกัน

ขั้นตอน 3 ขั้นในการคำนวณงบประมาณตามปริมาณงาน ได้แก่ การถ่วงน้ำหนักผลงานผู้ป่วยนอกปีที่ผ่านมาด้วยน้ำหนักมาตรฐานของผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาลแต่ละระดับ[4] ต่อไปเป็นการถ่วงน้ำหนักปริมาณงานผู้ป่วยในของปีที่ผ่านมาด้วยน้ำหนัก DRG ของผู้ป่วยในแต่ละระดับสถานพยาบาล[5] ขั้นที่สามแปลงรายจ่ายที่รายงานด้วยอัตราส่วนต้นทุนต่อราคาตามระดับสถานพยาบาล[6] จากนั้นจึงสร้างแบบจำลองจัดสรรงบประมาณบนฐานของการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

5.3.4 สูตรจัดสรรงบประมาณ

ปี 2539 กระทรวงสาธารณสุขใช้แบบจำลองทางคณิตศาสตร์ในการจัดงบประมาณ สปร. สู่จังหวัดต่างๆ เพื่อบรรลุเป้าหมายจัดสรรงบประมาณที่เป็นธรรม สมการจัดสรรงบประมาณพัฒนาจากการวิเคราะห์ข้อมูลงบประมาณสาธารณสุขภาครัฐปี 2535 โดย[(7)] พบว่างบประมาณดำเนินการไม่รวมค่าแรงที่จัดสรรสู่จังหวัด (BG1) อธิบายด้วยตัวแปรทางอุปสงค์

[3] เป้าหมายผู้มีรายได้น้อยคำนวณจากเส้นแบ่งความยากจนใหม่ของแต่ละจังหวัด ผู้สูงอายุ เด็ก 0-12 ปีจากการคาดการณ์ของ สศช. พระภิกษุตามข้อมูลกระทรวงศึกษาธิการ และผู้พิการจากกระทรวงมหาดไทย

[4] น้ำหนักมาตรฐานของผู้ป่วยนอกจากปี 2540: สถานีอนามัย 0.48, เทศบาล 0.69, สสจ. 1.20, รพ.ชุมชน 1.46, รพ.ทั่วไป 2.24, รพ.ทั่วไปกรณีส่งต่อ 2.63, รพ.ศูนย์ 2.84 และรพ.ศูนย์กรณีส่งต่อ 2.86

[5] น้ำหนักสัมพัทธ์ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ของผู้ป่วยในมีดังนี้: รพ.ชุมชน 0.6736, รพ.ทั่วไป 0.833, และรพ.ศูนย์ 1.0763

[6] อัตราส่วนต้นทุนต่อราคา: สถานีอนามัย 1, รพ.ชุมชน 0.93, และรพ.ทั่วไป/รพ.ศูนย์ 0.88

และอุปทาน ตัวแปรอุปสงค์มีเพียงตัวเดียวคือ จำนวนประชากร ปรับด้วยอัตราส่วนการตายมาตรฐานของแต่ละจังหวัด (standardised mortality ratio, SMR ใช้สัญลักษณ์ว่าPop_{adj}) ตัวแปรอุปทานคือ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลชุมชน (LOSC) วันนอนในโรงพยาบาลจังหวัด (LOSP) และจำนวนผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลชุมชน (NOPDC)

BG1 = 5 Pop_{adj} + 88 LOSC +98 LOSP + 9 NOPDC + 2.0 million r-square = 0.96

BG2 = 17 Pop_{adj} - 192 Y - 0.3 REV + 243 LOSC + 141 LOSP + 41 NOPDC + 95 NOPDP + 7.0 million r-square = 0.93

BG3 = 114500 NBEDP - 246 Y - 0.2 NREV + 438 LOSC + 67 NOPDC + 227 NOPDP + 22.0 million r-square = 0.97

สมการที่สอง ใช้อธิบายงบประมาณดำเนินการไม่รวมค่าแรงและงบประมาณ สปร. สู่จังหวัด (BG2) ตัวแปรอธิบายมีทั้งตัวแปรอุปสงค์และอุปทาน ตัวแปรอุปสงค์ที่เพิ่มขึ้นคือ รายได้เฉลี่ยของประชากรในจังหวัด (Y) ส่วนตัวแปรอุปทานที่เพิ่มขึ้นคือ รายรับเงินบำรุงทั้งหมดของโรงพยาบาลจังหวัด (REV)

สมการที่สาม ใช้ทำนายงบประมาณดำเนินการ (รวมค่าแรงและงบประมาณ สปร.) สู่จังหวัด ตัวแปรอุปทานที่ข่มตัวแปรอื่นๆ คือ จำนวนเตียงของโรงพยาบาลจังหวัด (NBEDP) เงินบำรุงสุทธิเมื่อสิ้นปีงบประมาณของโรงพยาบาลจังหวัด (NREV)

กระทรวงสาธารณสุขใช้สูตรจัดสรรงบประมาณ สปร. ปีแรกคือปี 2539 โดยใช้ข้อมูลรายจ่ายในโครงการ สปร. ปีที่ผ่านมา (EXP) เพื่อสร้างสมการตัวแปรอธิบายรายจ่าย สปร. คือ จำนวนประชากรที่ปรับด้วยอัตราส่วนการตายมาตรฐาน (Pop_{adj}) จำนวนผู้ป่วยนอก (OPD) จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล (LOS) การมีโรงพยาบาลศูนย์ในจังหวัด (R) และรายได้เฉลี่ยของประชากรในจังหวัด (Y)

การปรับแก้สูตรสำหรับจัดสรรงบประมาณ ปี 2540 เพียงใช้ค่าน้ำหนักมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในสำหรับสถานพยาบาลแต่ละระดับ (ตามข้อมูลต้นทุนหรือน้ำหนักสัมพัทธ์ที่เคยเสนอแล้ว) งบประมาณที่จัดสรรคิดตามจำนวนประชากร สปร. และจำนวนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ปรับค่าน้ำหนักแล้ว

ปี 2539 EXP = 14,085,039 + 39Pop_{adj} + 3OPD + 353LOS + 9580R - 139Y

ปี 2540 Cost = 13,290,178 + 130 Insured + 340 OPD + 550 IPD

ผลกระทบของการใช้สูตรจัดสรรงบประมาณ คือ ดัชนีความแตกต่างระหว่างเขตที่ได้งบสูงสุดและต่ำสุด ลดจาก 4.1 เหลือ 1.4 ในปี 2539 และเหลือ 1.2 ในปี 2542 เมื่อน้ำหนักสำหรับอัตรารายหัวเพิ่มเป็น 75%

ตารางที่ 5.8 งบประมาณต่อคน (บาท) ที่จัดสรรไปสู่จังหวัด เฉลี่ยตามภาค

ภาค	2539	2540	2541*	2541**	2542
ตะวันออกเฉียงเหนือ	140	168	219	205	264
เหนือ	193	237	283	263	306
ใต้	160	206	256	239	273
กลาง	183	235	282	258	316
สูงสุด: ต่ำสุด	1.38	1.41	1.29	1.16	1.20

* ใช้ตัวเลขเดิมของผู้อยู่ใน สปร.

** ใช้ตัวเลขใหม่ สปร. ที่ออกบัตร

5.3.5 การชดเชยค่ารักษาราคาสูง

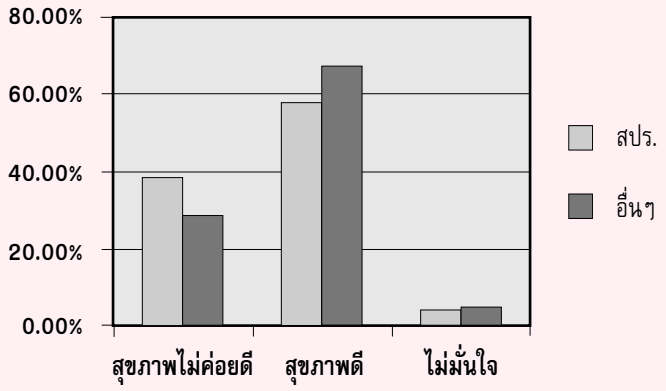
นโยบายชดเชยค่ารักษาราคาสูงเริ่มในปี 2541 โดยจัดสรรตามข้อมูลที่โรงพยาบาลต่างๆ ส่งให้แก่สำนักงานประกันสุขภาพ จากเงิน 2.5% ที่สำนักงานประกันสุขภาพกันไว้ ผู้ป่วยแต่ละรายจะนำมาจัดกลุ่มตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมเพื่อหาค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ ปี 2541 สำนักงานประกันสุขภาพได้รับข้อมูลจำนวน 1.6 ล้านราย จากโรงพยาบาลรัฐ 109 แห่ง ในจำนวนนี้ 20% เป็นผู้ป่วย สปร. และ 4% ของผู้ป่วย สปร. เป็นผู้ป่วยที่เข้าข่ายค่ารักษาราคาสูง (ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ตั้งแต่ 2.5 คะแนนขึ้นไป) และปี 2542 มีข้อมูลผู้ป่วยในมากกว่า 2.8 ล้านรายจากโรงพยาบาลรัฐมากกว่า 411 แห่ง ที่ส่งถึงสำนักงานประกันสุขภาพ ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลรัฐทั้งหมดจะมีกว่า 1,000 แห่ง และจำนวนผู้ป่วยในทั่วประเทศมีมากกว่า 5 ล้านรายการที่โรงพยาบาลต่างๆ ส่งข้อมูลมากเพียงนี้ แสดงว่าการนำข้อมูลผู้ป่วยในเพื่อใช้ในกระบวนการคลังและการจัดสรรงบประมาณสุขภาพ เป็นสิ่งที่เป็นไปได้อย่างยิ่งในอนาคต (บทที่ 10)

5.3.6 ความเป็นธรรมของสถานะสุขภาพ

ผลลัพธ์สุดท้ายของระบบบริการสุขภาพคือสถานะสุขภาพที่ดีของประชาชน ตัวชี้สถานะสุขภาพจากการสำรวจสภาวะสุขภาพและการตรวจร่างกายแห่งชาติปี 2539 นำมาใช้อธิบายความเป็นธรรมของสถานะสุขภาพ เพราะมีตัวแปรครบทั้งที่บอกประเภทสิทธิการรักษาพยาบาล และการประเมินสถานะสุขภาพ คำถามประเมินสถานะสุขภาพถามในลักษณะเดียวกับคำถามขององค์การอนามัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต (WHO QOL)

ภาพที่ 5.3 เปรียบเทียบสถานะสุขภาพที่ประเมินด้วยตนเองของกลุ่มอายุ 15-59 ปี ระหว่างผู้คุ้มครองด้วยสิทธิ สปร. กับประชากรที่เหลือทั้งหมด (ทั้งที่มีหลักประกันและไม่มีหลักประกัน) โดยเฉลี่ยประชากรที่อยู่ใน สปร. รายงานว่าสุขภาพของเขาไม่ดีเท่าคนอื่นๆ อยู่ในวัยเดียวกัน และมีประชากรจำนวนน้อยที่รายงานว่า มีสุขภาพดี ถึงแม้ว่า การสำรวจนี้เป็นการถามคำถามภาคตัดขวางเพียงครั้งเดียว แต่ก็พอสรุปได้ว่า กลุ่มผู้ที่อยู่ในหลักประกันที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากรัฐน้อยกว่า มีสถานะสุขภาพที่ด้อยกว่า ซึ่งจะเป็นจากสาเหตุของการได้รับงบประมาณไม่เพียงพอ เป็นสิ่งที่ต้องศึกษาวิจัยต่อไป

ภาพที่ 5.3 สถานะสุขภาพตามที่รายงาน ระหว่างประชาชนในกลุ่ม สปร.(medical welfare scheme, MWS) และกลุ่มที่เหลือ (คำนวณจากการสำรวจการตรวจร่างกายแห่งชาติ ปี 2539)



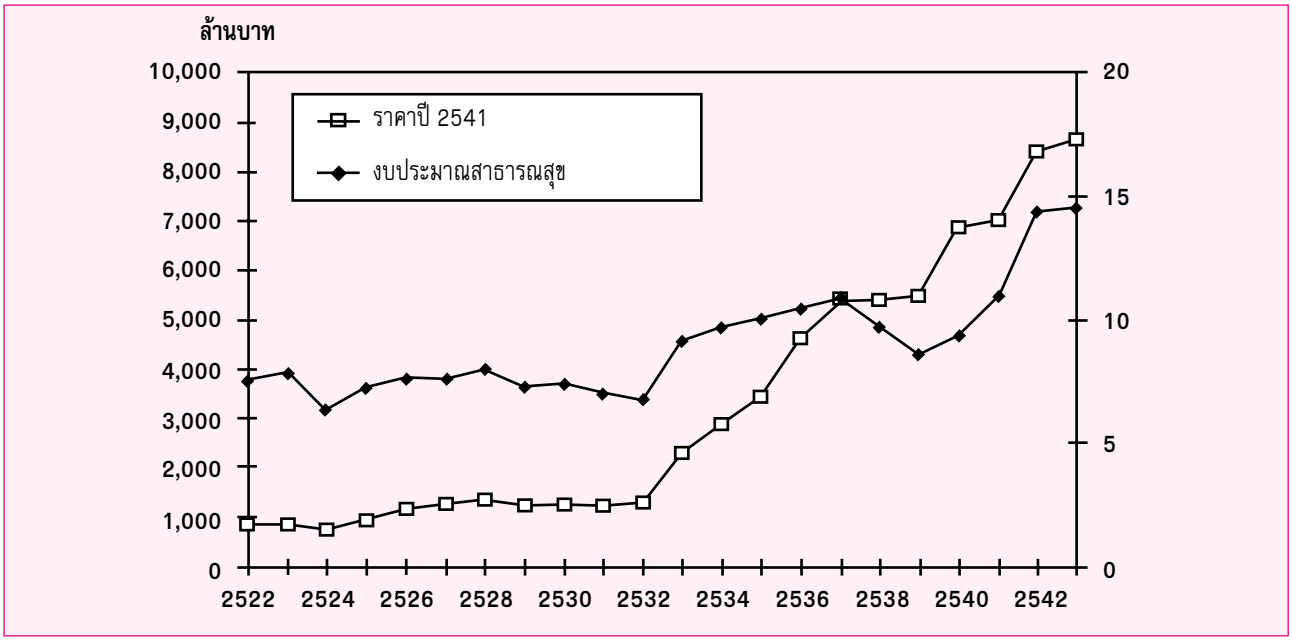
5.4 วิกฤตเศรษฐกิจกับนโยบายคุ้มครองผู้มีรายได้น้อย

ในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ ปี 2540 มีมาตรการหลายประการเพื่อปกป้องสวัสดิภาพทางด้านสุขภาพของผู้มีรายได้น้อย กระทรวงสาธารณสุขจัดตั้งหน่วยติดตามปัญหาสุขภาพเนื่องจากวิกฤตเศรษฐกิจ เพื่อเฝ้าติดตามผลกระทบที่เกิดขึ้นกับสุขภาพผู้มีรายได้น้อย ผลการเฝ้าติดตามการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญมีดังต่อไปนี้[8]:

- รายได้ต่อคนของประชาชนไทยลดลง ทำให้ความชุกของผู้มีรายได้น้อยใต้เส้นแบ่งความยากจนเพิ่มขึ้น อุบัติการณ์ของเด็กแรกเกิดน้ำหนักน้อยเพิ่มขึ้น เด็กขาดอาหารเพิ่มขึ้นในกลุ่มเด็กนักเรียน และภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น
- การเปลี่ยนแปลงด้านดีที่พบคือ การบริโภคสุราลดลง และการตายที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุทางถนนก็ลดลง
- ด้านการใช้บริการสาธารณสุข การดูแลรักษาตัวเองเป็นทางเลือกที่ประชาชนใช้มากขึ้นเมื่อเจ็บป่วย รายจ่ายต่อคนที่ครัวเรือนต้องจ่ายเมื่อรับบริการสุขภาพก็ลดลง อย่างไรก็ตาม การใช้บริการสาธารณสุขที่สถานพยาบาลของรัฐกลับเพิ่มขึ้น ด้วยการใช้บริการลดลงที่สถานพยาบาลภาคเอกชน

ในขณะที่เกิดวิกฤตเศรษฐกิจ เสียงเรียกร้องให้ปฏิรูประบบบริการสุขภาพดังมากขึ้น รวมทั้งการเรียกร้องให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนั้นงบประมาณ สปร. ในระหว่างวิกฤตเศรษฐกิจไม่ถูกตัดให้น้อยลง (ภาพที่ 5.4) นอกจากนี้ ยังพบว่า มีการซื้อบัตรสุขภาพที่ดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น สรุปว่า สวัสดิภาพด้านสุขภาพของผู้มีรายได้น้อย ได้รับการคุ้มครองในระยะวิกฤตเศรษฐกิจ

ภาพที่ 5.4 งบประมาณ สปร. ในราคาปี 2541 และที่คิดเป็นสัดส่วนของงบประมาณกระทรวงสาธารณสุข



ที่มา: สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ (พ.ศ. 2543)[8]

5.5 การปฏิรูปที่เกี่ยวกับโครงการ สปร. และการแก้ปัญหาในอนาคต

การเปลี่ยนแปลงเพื่อปรับปรุงโครงการ สปร. มีดังต่อไปนี้:

5.5.1 การใช้เส้นแบ่งความยากจนที่เหมาะกับแต่ละครัวเรือนเป็นเกณฑ์ค้นหาผู้มีรายได้น้อย

การออกบัตรรอบหลังสุด ใช้เส้นแบ่งความยากจนที่เหมาะสมกับครัวเรือนเขตเมือง/ชนบท เพื่อคำนวณหาจำนวนประชากรที่ยากจนและสมควรได้รับบัตร อย่างไรก็ตาม พบว่าบางจังหวัดมีแรงจูงใจในการออกบัตรให้ได้มากๆ เพื่อจะได้งบประมาณสนับสนุนมากขึ้น การใช้เส้นแบ่งความยากจนเพื่อคำนวณหาเป้าหมายจำนวนผู้มีรายได้น้อยในแต่ละจังหวัด ควรได้รับการประเมินให้ละเอียด ก่อนนำไปใช้อีกครั้งในการออกบัตรรอบต่อไป (ปี 2544) แต่มีข้อเสนอแนะว่า การออกบัตรควรให้เป็นหน้าที่ของการปกครองส่วนท้องถิ่น และให้เชื่อมโยงกับการคลังของการปกครองส่วนท้องถิ่น

5.5.2 จัดระบบข้อมูลการออกบัตรใหม่เพื่อสามารถนับจำนวนผู้อยู่ใน สปร. อย่างแม่นยำ

จำนวนคนภายใต้ สปร. ที่ตัดความซ้ำซ้อนกับโครงการอื่นๆ เป็นสิ่งที่สำนักงบประมาณต้องการทราบ และสำนักงานประกันสุขภาพพยายามสร้างระบบข้อมูล เพื่อตอบคำถามนี้ได้อย่างแม่นยำ การลงทุนในฐานข้อมูลขนาดใหญ่นี้ต้องใช้เวลาซึ่งยังไม่สามารถบรรลุตามแผนได้ทั้งหมด และเช่นเดียวกับข้อข้างต้น ระบบข้อมูลที่กำลังพัฒนานี้ ควรได้รับการประเมินให้

จริงจังก่อนจะใช้ในการออกบัตรรอบถัดไป

5.5.3 สร้างระบบลงทะเบียนผู้มีสิทธิเพื่อเลือกใช้สถานพยาบาลขั้นต้น

ตามข้อตกลงว่า การจัดสรรงบประมาณรายหัวสู่จังหวัดจะต้องใช้ฐานข้อมูล ดังนั้น ฐานข้อมูลการเลือกสถานพยาบาลขั้นต้นของผู้มีสิทธิ สปร. จะเป็นส่วนสำคัญของการจัดสรรงบประมาณ รวมทั้งเป็นแรงผลักดันสำคัญของการวางระบบบริการขั้นต้นที่อยู่ใกล้บ้านและมีคุณภาพ การให้ผู้มีสิทธิ สปร. ได้เลือกสถานพยาบาลขั้นต้น ยังเป็นการย้ำกับผู้มีสิทธิว่า ควรใช้บริการที่ตนเลือกก่อน และไปใช้บริการนอกเหนือจากนี้ด้วยระบบส่งต่อ

5.5.4 การวางเป้าหมายจัดสรรงบประมาณสู่จังหวัดบนฐานอัตราเหมารายหัวทั้งหมด

ในปี 2543 จากการจัดสรรงบประมาณที่ไม่เป็นธรรม กระทรวงสาธารณสุขจึงประกาศเป้าหมายจัดสรรงบประมาณ สปร. บนฐานอัตราเหมาจ่ายรายหัวทั้งหมด ภายในปี 2543 การจัดงบประมาณตามจำนวนประชากรควรต้องติดตามรายละเอียดของการข้ามเขตรับบริการเพื่อแก้ปัญหาการรับงบประมาณรายหัว แต่ให้บริการไม่ดี ประชาชนข้ามเขตไปใช้บริการที่อื่น

5.5.5 นโยบายชดเชยค่ารักษาพยาบาลราคาสูงช่วยทำให้ระบบข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคลเกิดขึ้นและเข้มแข็ง

ปี 2541 ที่สำนักงานประกันสุขภาพ เริ่มชดเชยค่ารักษาราคาสูงในโครงการ สปร. ทำให้มีข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคลไหลเวียนสู่ส่วนกลางจำนวนมาก ระบบนี้จะช่วยส่งเสริมให้ข้อมูลมีคุณภาพมากขึ้น และมีฐานข้อมูลการใช้บริการผู้ป่วยในที่มีความแม่นยำ เพื่อวางแผนระบบสุขภาพระดับประเทศและระดับจังหวัด

5.5.6 การขยายเครือข่ายบริการสู่โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์

การจัดสรรงบประมาณรายหัวสู่จังหวัดในปี 2543 เป็นการจัดงบประมาณรายหัวทั้งหมด 100% จังหวัดต้องตามจ่ายไปที่โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ ถ้าส่งผู้ป่วยไปรับการรักษา โดยปกติโรงเรียนแพทย์มักได้รับงบประมาณตรงจากสำนักงบประมาณ จึงไม่มีความสัมพันธ์ทางการคลังกับระบบของกระทรวงสาธารณสุข การจัดงบประมาณรายหัวจึงเป็นข้อตกลงระหว่างกัน โรงเรียนแพทย์รับการจ่ายเงินจากจังหวัดในกรณีส่งต่อ ด้วยเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม แต่จะเพิ่มอัตราการจ่ายเงินมากกว่าการส่งภายในสถานพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 15% เพราะโรงเรียนแพทย์มีต้นทุนที่สูงกว่า แต่โรงเรียนแพทย์ยังไม่ค่อยเต็มใจนัก และพยายามสร้างระบบที่อิสระของตนต่อ

5.5.7 การผลักดันร่างพระราชบัญญัติ ‘หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า’

ความพยายามให้ประเทศไทยก้าวไปสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีมาตั้งแต่การประชุมปี 2536 วิธีหนึ่งที่คิดว่าน่าจะช่วยผลักดันได้อย่างเป็นระบบคือ การร่างพระราชบัญญัติ

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อย่างไรก็ตาม เป็นที่ยอมรับกันว่า กฎหมายไม่ใช่คำตอบของการไปสู่หลักประกันถ้วนหน้า ถ้าการวางแผนในการปฏิรูปสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่เหมาะสม

5.6 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

5.6.1 นโยบายระยะสั้น:

การได้รับงบประมาณที่ต่ำเกินไป เป็นปัญหาสำคัญของ สปร. การที่โครงการขยายกลุ่มเป้าหมายอย่างรวดเร็วเพื่อคุ้มครองผู้มีรายได้น้อย และผู้ที่สังคมควรเกื้อกูล ก่อให้เกิดปัญหานี้ แม้ในภาพรวมจะเห็นว่า งบประมาณต่อคนที่รัฐจัดให้ยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การสรุปว่างบประมาณขาดแคลนจะเห็นได้ชัดเจนเมื่อเทียบรายจ่ายของ สปร. กับหลักประกันอื่นๆ นโยบายระยะสั้นในการแก้ปัญหาการขาดงบประมาณ ได้แก่:

- เพิ่มประสิทธิผลการครอบคลุมการออกบัตรกลุ่มผู้มีรายได้น้อย โดยการใช้เส้นแบ่งความยากจนที่เหมาะสมและมีวิธีการกระจายบัตรที่มีประสิทธิภาพ

นโยบายนี้เริ่มทดลองกับการออกบัตรรอบล่าสุด การประเมินยังพบความไม่ตรงประเด็นสูงอยู่ การใช้เส้นแบ่งความยากจนที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ จะทำให้พบจำนวนผู้มีบัตรสูงขึ้นได้ ปัญหาสำคัญคือรัฐควรจัดงบประมาณ สปร. ให้เพียงพอ

- การออกบัตรควรให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนรับผิดชอบบนฐานข้อมูลของส่วนท้องถิ่นและเชื่อมโยงกับการคลังของโครงการ

เมื่อองค์กรส่วนท้องถิ่นได้รับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ อาจให้มีส่วนในการค้นหาและออกบัตรให้ผู้มีรายได้น้อย การออกบัตรของการปกครองส่วนท้องถิ่นควรสัมพันธ์กับการคลังของโครงการในบางส่วนด้วย ซึ่งจะทำให้การปกครองส่วนท้องถิ่นมีความรับผิดชอบกับโครงการมากขึ้น การมีส่วนร่วมทางการคลังนี้ไม่ได้หมายความให้ส่วนท้องถิ่นรับผิดชอบต้นทุนทั้งหมดของ สปร.

- จัดงบประมาณ สปร. ตามอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่ปรับค่าตามความเสี่ยงหรือความจำเป็นของแต่ละกลุ่ม ระบบข้อมูลที่มีความแม่นยำจะเป็นเครื่องมือที่ดีของการจัดสรรงบประมาณ

เมื่อจัดสรรงบประมาณ สปร. ตามอัตราเหมาจ่ายรายหัว งบรายหัวต้องปรับให้เหมาะสมตามตัวแปรอุปสงค์และอุปทาน เช่น กลุ่มอายุ เพศ การเจ็บป่วย การใช้บริการ เพื่อให้การจัดสรรงบประมาณเป็นไปอย่างเหมาะสม

- ตั้งงบประมาณการเจ็บป่วยถึงขั้นสวัสดิการครัวเรือนล้มละลาย เพื่อแก้ปัญหาของผู้ที่ถูกคัดออกจาก สปร.

เมื่อผู้ป่วยประเภท ข ถูกคัดออกจาก สปร. งบประมาณเพื่อแก้ปัญหาการเจ็บป่วยถึงขั้นล้มละลายมีความจำเป็นต้องพิจารณาสำหรับประชาชนส่วนที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ ส่วนนี้จะเป็นแนวสำหรับนโยบายพัฒนาหลักประกันในระยะยาว ที่ต้องการให้ประชาชนไทยทุกคนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

5.6.2 นโยบายระยะยาว:

ถึงเวลาต้องตัดสินใจว่า การประกันภาคสมัครใจ และหลักประกันอื่นๆ ที่มีอย่างกระจัดกระจายไม่สามารถทำให้ประชาชนไทยทั้งประเทศมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้[9] การแก้ไขโครงการ สปร. ในมาตรการระยะสั้น ถือว่าเป็นสิ่งที่ไม่แก้ปัญหาที่ตรงจุดนัก หลักประกันต่างๆ จะต้องรวมกันเพื่อให้เป็นการสร้างหลักประกันแก่ทุกคน โดยมีสิทธิประโยชน์ที่ใกล้เคียงกัน การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีลักษณะคร่าวๆ ดังต่อไปนี้

- การคลังของหลักประกันถ้วนหน้ามาจากระบบภาษีหรือภาษีอื่นๆ

เมื่อต้องการให้ประชาชนมีหลักประกันโดยถ้วนหน้า จะต้องมีการยุบรวมหลักประกันที่มีความซ้ำซ้อนและเปลี่ยนหลักประกันต่างๆ ให้เป็นการประกันภาคบังคับ แหล่งการคลังสำหรับการประกันภาคบังคับ ด้านหลักจะขยายบนฐานภาษีอากร ซึ่งเป็นแหล่งการคลังหลักของหลักประกันหลายอย่างที่มีอยู่ในปัจจุบัน

- การมีส่วนร่วมในการจ่ายเมื่อรับบริการและกำหนดเพดานของการมีส่วนร่วมในการจ่าย

การเก็บค่าบริการ ณ จุดรับบริการในราคาสูงเป็นแหล่งทางการคลังสุขภาพที่ไม่เป็นธรรมที่สุด เพราะเป็นวิธีทางการคลังที่ถดถอยต่อรายได้ครัวเรือน นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นการเปลี่ยนวิธีการคลังจากการพึ่งการเก็บค่าบริการเป็นวิธีการคลังรวมหมู่ ในแผนการระยะสั้น กำหนดให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมจ่ายเงินเพียงจำนวนน้อย ณ จุดรับบริการ แต่สำหรับผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง การมีส่วนร่วมจ่ายแม้เพียงเล็กน้อย ถ้าบ่อยๆ ก็อาจเป็นภาระได้ จึงอาจกำหนดเพดานของการมีส่วนร่วมจ่ายสะสมภายใน 12 เดือน ไม่ให้เกินเพดานที่กำหนด หากถึงเพดาน ก็ให้ยกเว้นต่อไปจนครบ 12 เดือน สำหรับผู้ที่มีรายได้น้อยก็ยังได้รับการยกเว้นไม่ต้องจ่าย ณ จุดรับบริการ

- ทางเลือกของบริการ: ภาครัฐและภาคเอกชน

การดำเนินงาน สปร.ที่ผ่านมาจำกัดวงเฉพาะสถานบริการในกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น การปฏิรูปการจ่ายเงินกรณีส่งต่อไปสู่โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ยังไม่ได้ผลเต็มที่นัก แต่การให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะต้องให้องค์กรรับผิดชอบทางการคลังขนาดใหญ่ มีอำนาจการซื้อบริการให้ประชาชนทุกคน เจรจาต่อรองกับสถานบริการทั้งของรัฐและเอกชน เพื่อให้บริการกับประชาชนทั้งหมด สถานบริการส่วนใหญ่จะต้องเข้ามาให้บริการภายในกติกาเดียวกัน มิฉะนั้นก็จะไม่ได้รับจัดสรรเงินที่เพียงพอต่อการดำเนินงาน ประชาชนมีทางเลือกในการรับบริการ ไม่ว่าจะเป็นการขึ้นทะเบียนกับสถานบริการขั้นต้น การมีทางเลือกใน

การส่งต่อไปรักษาที่สถานพยาบาลระดับสูง หรือเลือกรับบริการส่วนที่อยู่นอกเหนือการคุ้มครอง เช่นการบริการส่วนที่ฟุ่มเฟือยซึ่งต้องรับผิดชอบจ่ายเงินเอง

5.7 สรุป

โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลของประเทศไทย ได้ให้หลักคุ้มครองแก่ผู้มีรายได้น้อยได้อย่างน่าพอใจ ตั้งแต่เริ่มโครงการนี้เมื่อ 20 กว่าปีก่อน ปัญหาที่สำคัญของโครงการอยู่ที่การออกบัตรไม่ตรงกลุ่มเป้าหมาย และการคลังของโครงการ มีหลักฐานพอเพียงว่า ความไม่เป็นธรรมได้เกิดขึ้น โดยเฉพาะรายจ่ายต่อคนของโครงการ ซึ่งน่าจะมีผลต่อคุณภาพของการรักษาพยาบาล และน่าจะเป็นสาเหตุจากการได้รับงบประมาณต่ำเกินไป มาตรการในการปรับระบบ สปร. ให้ดีขึ้นมีทั้งมาตรการด้านอุปสงค์และด้านอุปทานของโครงการ การพัฒนาโครงการระยะยาว คือการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนทุกคน

5.8 เอกสารอ้างอิง

1. Donaldson D, Pannarunothai S, Tangcharoensathien V. Health financing in Thailand. Thailand: Health Financing and Management Study Project, ADB#2997 THA. Nonthaburi: HSRI.; 1999.
2. Supachutikul A. Situation analysis on health insurance and future development. Bangkok: National Health Foundation.;1996.
3. รำไพ สุขสวัสดิ์. การประเมินผลการออกบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย. รายงานกองสาธารณสุขภูมิภาค, กระทรวงสาธารณสุข; 2532.
4. อุดม ทุมโฆษิต. การจัดทำบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2533. กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; 2539.
5. สุกัลยา คงสวัสดิ์, พิชญ์ รอดแสวง, สินิทธิ์ โขนงนุช, วรรณา จารุสมบูรณ์. ประสิทธิผลและกระบวนการออกบัตรด้านการรักษาพยาบาล สำหรับผู้มีรายได้น้อย รอบที่ 6 (พ.ศ. 2541-2543). นนทบุรี: สำนักนโยบายและแผน; 2543.
6. Mongkolsmai D. The Social welfare for health care. paper presented at the Health Financing in Thailand, a National Workshop, Phetburi, Thailand; November 1993. p.12-13.
7. ลินดา เหล่ารัตนใส. ความเป็นธรรมในการจัดสรรงบประมาณเพื่อการจัดบริการสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2538.
8. Wibulpolprasert S, Tangchroensathien V, Lertiendumrong J. The economic crisis and responses by the health sectors in Thailand. Nonthaburi: HSRI; 2000.

9. Pannarunothai S, Srithamrongsawat S, Kongpan M, Thumvanna P. Financing reforms for the health card scheme in Thailand. Health Policy and Planning 2000; 15 (3): 303-311.
10. สำนักงานประกันสุขภาพ. คู่มือการเงินและบัญชีเงินทุนหมุนเวียนบัตรประกันสุขภาพ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2538.

บทที่ 6

โครงการบัตรประกันสุขภาพ: ระบบประกันสุขภาพภาคสมัครใจที่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐ

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, พ.บ., ส.ม., วท.ม.
สำนักงานประกันสุขภาพ
กระทรวงสาธารณสุข

โครงการบัตรประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข นับเป็นทางเลือกในการสร้างหลักประกันด้านสุขภาพให้กับประชาชนทางหนึ่ง ในขณะที่รัฐบาลยังไม่สามารถสร้างหลักประกันให้กับประชาชนทุกคนได้ ทั้งนี้กลุ่มเป้าหมายหลักของโครงการ คือ ประชาชนที่มีรายได้สูงกว่าเส้นแบ่งแยกความยากจนและยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ ที่จัดให้โดยรัฐ ซึ่งอาจมีปัญหาไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองได้ทั้งหมดเมื่อเจ็บป่วย เช่น ประชาชนในภาคเกษตรกรรมในชนบท ผู้ใช้แรงงานในสถานประกอบการขนาดเล็ก ผู้ใช้แรงงานเคลื่อนย้ายตามฤดูกาล และผู้ประกอบอาชีพอิสระ ฯลฯ เป็นต้น โครงการนี้มีวิวัฒนาการมาค่อนข้างยาวนานกว่า 18 ปี และมีการปรับตัวหลายครั้งเพื่อความอยู่รอดของโครงการ ปัจจุบัน (2544) บัตรประกันสุขภาพมีด้วยกันสามประเภท คือ บัตรประกันสุขภาพประชาชนทั่วไป หรือบัตรราคา 500 บาท ซึ่งเป็นประกันสุขภาพภาคสมัครใจ บัตรผู้นำชุมชนและครอบครัว และบัตรอาสาสมัครสาธารณสุขและครอบครัว โดยบัตรสองประเภทหลังนี้เป็นสวัสดิการที่รัฐจัดให้สำหรับกลุ่มเป้าหมายดังกล่าว ในบทนี้จะกล่าวถึงเฉพาะโครงการบัตรประกันสุขภาพภาคสมัครใจ หรือบัตร 500 บาท โดยจะทบทวนวิวัฒนาการของโครงการ แนวโน้มความครอบคลุม ลักษณะของกลุ่มสมาชิกโครงการ ปัญหาต่างๆ ของโครงการทั้งในประเด็นด้านประสิทธิภาพ คุณภาพ ความเป็นธรรม การอยู่รอดของโครงการ บทเรียนที่ได้รับและทิศทางการพัฒนาในอนาคต

6.1 วิวัฒนาการของโครงการ

6.1.1 โครงการระยะที่หนึ่ง

โครงการบัตรสุขภาพมีจุดริเริ่มมาจากการตอบสนองต่อนโยบายสุขภาพดีถ้วนหน้าขององค์การอนามัยโลก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2526 ในลักษณะของกองทุนในหมู่บ้าน (community-financing scheme) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมงานอนามัยแม่และเด็ก วางแผนครอบครัว สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และบริการรักษาพยาบาลพื้นฐาน ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการสาธารณสุขมูลฐาน[1,2] ภายใต้ชื่อ “โครงการกองทุนพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก” ในปีต่อมา

(2524) ได้มีการขยายโครงการดังกล่าวไปทั่วประเทศ และเพิ่มการมีบัตรรักษาพยาบาลทั่วไปด้วยในลักษณะบัตรครอบครัวโดยยึดแนวคิดด้านการคลังชุมชนและสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐานเป็นสำคัญ

6.1.2 โครงการระยะที่สอง

หลังจากดำเนินการทดลองได้ 8 เดือนก็มีการประเมินผลเบื้องต้น และสรุปว่า "ได้ผลเป็นที่น่าพอใจและประชาชนให้การยอมรับ" จึงได้มีการขยายโครงการไปทั่วประเทศอย่างน้อยจังหวัดละ 1 ตำบลในปี 2527 และเปลี่ยนชื่อโครงการเป็น **"โครงการบัตรสุขภาพ"** และวางเป้าหมายในการขยายออกไปให้ได้ทุกอำเภอๆ ละ 1 ตำบลในปี 2528 โดยหลักการและแนวคิดยังคงยึดแนวทางของงานสาธารณสุขมูลฐานเป็นหลัก รายละเอียดแสดงในตารางที่ 6.1 ในช่วงแรกนั้นวัตถุประสงค์หลักของโครงการคือการสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานเป็นหลักและมีการบริหารกองทุนในลักษณะกองทุนหมุนเวียนในหมู่บ้าน โดยสามารถให้สมาชิกกู้ยืมเงินไปใช้สำหรับกิจกรรมด้านสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น การสร้างส้วม ทั้งนี้จะต้องมีการส่งเงินคืนเมื่อสิ้นปีเพื่อทำการจัดสรรเงินให้กับสถานพยาบาลต่างๆ ต่อไป โดยมีการกำหนดเป้าหมายของจำนวนสมาชิกที่เข้าร่วมโครงการต้องไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70 ของหมู่บ้านที่จะเข้าร่วมโครงการในช่วงแรก และต้องลดลงมาเหลือไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ในระยะต่อมา เนื่องจากนโยบายที่กำหนดจากส่วนกลางที่ต้องการขยายความครอบคลุมไปยังทุกอำเภอโดยมีบัตรสองประเภท คือ บัตรอนามัยแม่และเด็ก และบัตรครอบครัวสำหรับการรักษาพยาบาล ซึ่งสามารถใช้บริการได้ไม่เกินปีละ 8 ครั้งต่อบัตร และคุ้มครองค่าใช้จ่ายไม่เกิน 2,000 บาทต่อครั้ง

6.1.3 โครงการระยะที่สาม

(2530-2534) ได้เริ่มเปลี่ยนแนวคิดของโครงการเป็นการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจในขณะที่ยังคงสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานอยู่โดยการบริหารเงินทุนยังคงอยู่ที่ระดับหมู่บ้าน *อย่างไรก็ดีในช่วงระยะเวลาดังกล่าวก็มีการผันแปรในนโยบายภายในกระทรวงสาธารณสุขเองและไม่มีความชัดเจนในด้านนโยบายของผู้บริหารระดับสูงต่อโครงการดังกล่าวทำให้มีการถดถอยของโครงการอย่างมากโดยเฉพาะในช่วงระหว่างปี 2532-2534*[3]. ในช่วงนี้หลายแห่งมิได้ให้เก็บรักษาเงินทุนในหมู่บ้านแต่มาเก็บรักษาไว้ที่สถานพยาบาลแทน ในการดำเนินงานโครงการนี้ในช่วงแรกนั้นมิได้มีเงินสมทบจากรัฐบาลจนในปี 2539 รัฐบาลจึงได้เริ่มให้เงินมาสมทบเป็นครั้งแรกเช่นเดียวกับที่ได้ให้เงินสมทบกับโครงการประกันสังคม

6.1.4 โครงการระยะที่สี่

เริ่มต้นเมื่อมีการปรับเปลี่ยนโครงการเป็นโครงการประกันสุขภาพภาคสมัครใจที่ได้รับการอุดหนุนจากรัฐในปี 2537 โดยมีการจัดงบประมาณสมทบบัตรละ 500 บาทโดยที่ครัวเรือนจ่ายบัตรละ 500 บาท[4] และได้มีการบริหารจัดการระบบการคลังในลักษณะเงินทุนหมุนเวียนระดับชาติ และมีระบบการประกันขั้นที่สองเพื่อกระจายความเสี่ยงระหว่างกองทุนจังหวัดต่างๆ และเพื่อจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ประกันตนในการย้ายถิ่น โดยกองทุนจังหวัดจะถูก

หักเงิน 2.5 % ของ 1,000 บาทเข้าสู่กองทุนกลาง สำหรับการตามจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่มีราคาสูงและการใช้บริการข้ามเขต นอกจากนั้นได้มีการขยายสิทธิประโยชน์ของบัตรโดยไม่จำกัดจำนวนครั้งของการใช้บริการและไม่จำกัดวงเงินของการรักษา ครอบคลุมสมาชิกในครอบครัวไม่เกิน 5 คน และให้สามารถใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนได้โดยตรงไม่ต้องผ่านการส่งต่อจากสถานีอนามัย รวมทั้งการให้มีบัตรข้ามเขต ความครอบคลุมของโครงการได้ขยายอย่างรวดเร็วในระยะนี้ สืบเนื่องจากนโยบายหลักประกันสุขภาพ 100% ของกระทรวงสาธารณสุขและใช้โครงการนี้เป็นเครื่องมือในการขยายการสร้างหลักประกันทั้งในเขตเมืองและชนบท รวมทั้งได้มีการประชาสัมพันธ์ และการส่งเสริมการขายอย่างกว้างขวาง

6.1.5 โครงการระยะที่ห้า

เริ่มเมื่อประเทศไทยก้าวเข้าสู่ช่วงของการมีภาวะวิกฤตด้านเศรษฐกิจ ในช่วงกลางปี 2540 ปัญหาด้านการขาดความมั่นคงด้านการเงินของโครงการมีความเด่นชัดมากขึ้น เนื่องจากอุปสงค์ต่อบัตรมีมากขึ้นเนื่องจากครัวเรือนมีความสามารถในการจ่ายลดลงจากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจที่เกิดขึ้น ในขณะที่โครงการดังกล่าวมีอัตราการคืนทุนที่ค่อนข้างต่ำประกอบกับเงินทุนฯ ส่วนกลางเองก็มีงบประมาณจำกัดในแต่ละปี (2,400 ล้าน) ในการที่จะอุดหนุนการจำหน่ายของแต่ละจังหวัด ดังนั้นจึงได้มีการชะลอการจำหน่ายและประชาสัมพันธ์ในช่วงนี้ จนในที่สุดคณะรัฐมนตรีต้องพิจารณาเพิ่มการอุดหนุนโครงการจากบัตรละ 500 บาท เป็น 1,000 บาท และเพิ่มจำนวนบัตรที่สามารถจำหน่ายได้ให้ไม่เกินสามล้านบัตรต่อปี[5] โดยนัยนี้คือรัฐบาลต้องการให้ชะลอนโยบายหลักประกันสุขภาพ 100% พร้อมกันนี้ก็ให้กระทรวงสาธารณสุขพิจารณาหามาตรการในการที่จะทำให้กลุ่มเป้าหมายของโครงการมีความตรงมากขึ้น ป้องกันการเข้ามาเอาประโยชน์ของกลุ่มที่สามารถช่วยตนเองได้ เช่น กรณีคนไข้คลอดหรือผ่าตัดที่มีการจ่ายเงินพิเศษให้กับแพทย์ที่ดูแล พักอาศัยในห้องพิเศษ แต่ไม่ต้องจ่ายค่าบริการให้โรงพยาบาลเนื่องจากถือบัตรประกันสุขภาพ ตลอดจนให้หามาตรการที่จะทำให้กองทุนมีการกระจายความเสี่ยงที่ดีขึ้น ในการนี้สำนักงานประกันสุขภาพได้พิจารณาจำกัดสิทธิประโยชน์ในการใช้ห้องพิเศษของสมาชิกบัตรแทนที่จะต้องมีการประเมินรายได้ของกลุ่มที่ต้องการซื้อบัตร เนื่องจากความยากและปัญหาในการปฏิบัติ โดยหากสมาชิกบัตรต้องการใช้ห้องพิเศษจะไม่สามารถใช้สิทธิบัตรในครั้งนั้นๆ ได้ เพื่อลดแรงจูงใจของกลุ่มที่มีอำนาจซื้อในการเข้ามาเอาประโยชน์จากโครงการ และเพื่อป้องกันการที่ประชาชนรอจนป่วยหรือมีความจำเป็นต้องใช้บริการก่อนจึงมาซื้อบัตรและให้มีการกระจายความเสี่ยงดีขึ้น จึงได้เพิ่มระยะเวลาการมีสิทธิ หรือได้รับบัตรหลังการซื้อจาก 15 เป็น 30 วัน พร้อมกันนั้นได้มีการเปลี่ยนแปลงการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับบัตรข้ามเขตจากกองทุนส่วนกลางไปที่กองทุนจังหวัดที่ทำการออกบัตรแทนเพื่อป้องกันการออกบัตรข้ามเขตที่ไม่ตรงวัตถุประสงค์ คือแทนที่จะออกใบส่งต่อให้ผู้ป่วยกลับออกบัตรข้ามเขตให้แทนเพื่อกองทุนจังหวัดจะได้ไม่ต้องรับผิดชอบภาระค่าใช้จ่าย[6] นอกจากนั้นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง ได้มีการนำกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมมาใช้แทนการจ่ายตามปริมาณบริการ

ตารางที่ 6.1 เปรียบเทียบลักษณะสำคัญของบัตรสุขภาพในแต่ละระยะ

ระยะที่ I 2526	ระยะที่ II 2527–2529	ระยะที่ III 2530–2534	ระยะที่ IV 2536–2541	ระยะที่ V 2542–
กรอบแนวคิด				
MCH & FP (การคลังชุมชน)	สาธารณสุขมูลฐาน (การคลังชุมชน)	การสาธารณสุขมูลฐานและประกันสุขภาพสมัครใจ	ประกันสุขภาพสมัครใจ	ประกันสุขภาพสมัครใจที่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐ
วัตถุประสงค์เชิงนโยบาย				
เพื่อขยายความครอบคลุมของบริการอนามัยแม่และเด็กและวางแผนครอบครัว เพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ	เพื่อสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ เพื่อประสานบริการ เพื่อปรับบทบาทผู้ให้บริการเป็นการสนับสนุน เพื่อลดความแออัดของโรงพยาบาล	เพื่อให้หลักประกันด้านสุขภาพ เพื่อสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน	เพื่อให้หลักประกันด้านสุขภาพ เพื่อขยายความครอบคลุมหลักประกันให้ถ้วนหน้า	เพื่อให้หลักประกันด้านสุขภาพ เพื่อขยายความครอบคลุมหลักประกันให้ถ้วนหน้า
เป้าหมาย				
18 หมู่บ้านใน 7 จังหวัด	อย่างน้อย 2 หมู่บ้านใน 1 ตำบลของทุกจังหวัด 70% ของประชากรในหมู่บ้านและลดเหลือ 30% ในภายหลัง	30% ของประชากรในทุกอำเภอและจังหวัด	ประชาชนที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพและอาจประสบกับภาวะล้มละลายเมื่อเจ็บป่วยในทุกจังหวัด	ประชาชนที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพและอาจประสบกับภาวะล้มละลายเมื่อเจ็บป่วยในทุกจังหวัด
ราคาบัตร				
รักษาพยาบาลและอนามัยแม่และเด็ก 200 บาท รักษาพยาบาล 100 บาท อนามัยแม่และเด็ก 100 บาท	บัตรครอบครัว 200 บาท อนามัยแม่และเด็ก 100 บาท	บัตรครอบครัว 300 บาท บัตรบุคคล 200 บาท บัตรอนามัยแม่และเด็ก 100 บาท	บัตรครอบครัว ราคา 1,000 โดยครัวเรือนและรัฐบาลร่วมจ่ายเท่ากัน	บัตรครอบครัว ราคา 1,500 โดยครัวเรือนจ่าย1/3 และรัฐบาลร่วมจ่าย 2/3
สิทธิประโยชน์				
ไม่ได้กำหนดชัดเจน	8 ครั้งต่อบัตร และไม่เกิน 2,000 บาทต่อครั้ง	6 ครั้งต่อบัตร และไม่เกิน 2,000 บาทต่อครั้ง	ไม่จำกัดจำนวนครั้งและเพดานค่ารักษา มีบัตรข้ามเขตสำหรับการย้ายถิ่น การชดเชยค่าใช้จ่ายสูง	ไม่จำกัดจำนวนครั้งหรือเพดานค่ารักษา มีบัตรย้ายถิ่นชั่วคราว การชดเชยค่าใช้จ่ายสูง

ที่มา: ปรับจาก ทรงพรรณ สิงห์แก้ว (2536)[2]

6.2 แนวโน้มการขยายตัวและความครอบคลุมบัตรประกันสุขภาพ

การขยายตัวของโครงการมีลักษณะเป็น U-shaped คือ มีการขยายอย่างรวดเร็วในระยะที่สอง หลังจากนั้นก็มีการถดถอยในระยะที่สาม สืบเนื่องจากการขาดความชัดเจนในนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และได้มีการขยายตัวอย่างรวดเร็วอีกครั้งตั้งแต่ปี 2539 เมื่อมีการปฏิรูปโครงการบัตรประกันสุขภาพโดยมีการเปลี่ยนแนวคิดและหลักการเป็นโครงการประกันสุขภาพภาคสมัครใจ และเริ่มได้รับการอุดหนุนงบประมาณจากรัฐ ปัจจัยที่ทำให้โครงการขยายตัวได้เร็วในช่วงนี้เกิดจากนโยบายขยายหลักประกันสุขภาพ 100% ของกระทรวงสาธารณสุขโดยใช้บัตรประกันสุขภาพเป็นเครื่องมือ การโฆษณาประชาสัมพันธ์ทางสื่อมวลชนแขนงต่างๆ การปรับเพิ่มสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมอย่างรอบด้านต่อเนื่องมากขึ้นและสามารถเข้าถึงบริการที่โรงพยาบาลชุมชนได้โดยตรง พร้อมกันนั้นก็มีการจ่ายค่าตอบแทนให้กับผู้ขายบัตรในอัตราบัตรละ 25 บาท และได้มีการขยายโครงการดังกล่าวมายังในเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อให้เป็นทางเลือกกับประชาชนที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ

ตารางที่ 6.2 ความครอบคลุม รายได้ และเงินอุดหนุนที่ได้รับของบัตรประกันสุขภาพ 2530-2542

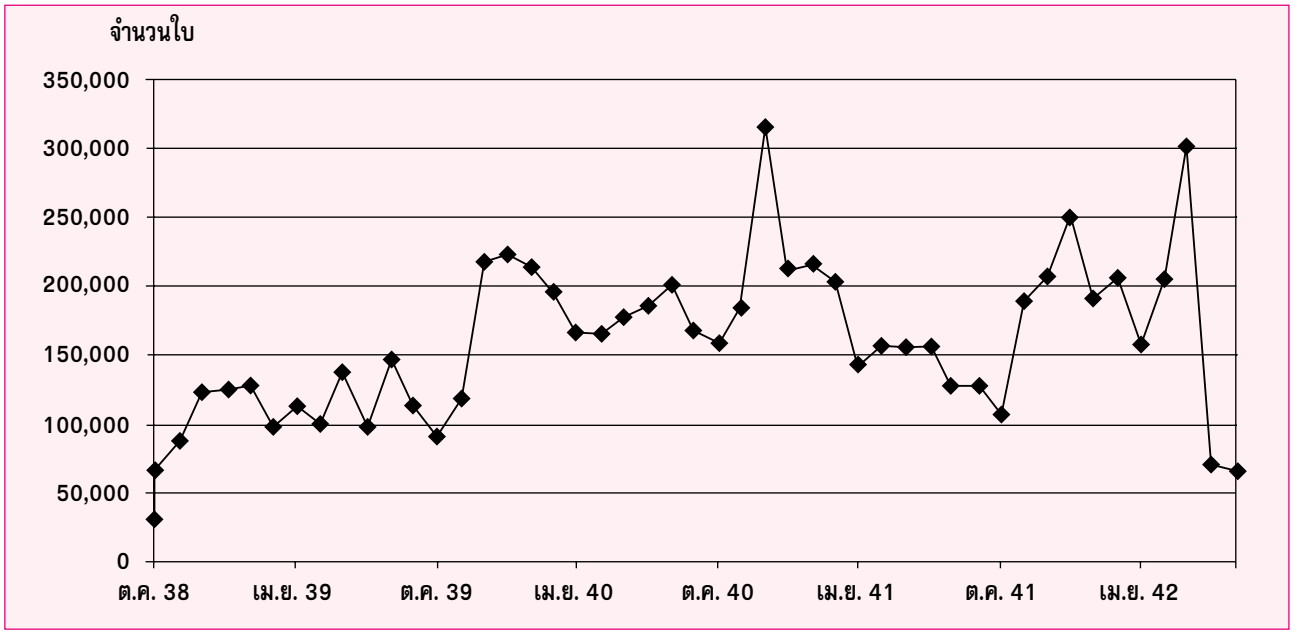
	2530*	2531*	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	2542
จำนวนบัตร (ล้านใบ)	0.66	0.46	0.30	0.29	0.49	0.81	1.46	1.24	2.06	2.17	2.05
สมาชิก (ล้านคน)	2.69	2.11	1.40	1.32	2.08	3.44	6.21	5.27	8.24	7.59	6.58
% ครอบคลุม ปชก.	4.7	4.5	2.7	2.6	3.7	6.1	10.8	9.1	13.5	12.4	10.9
รายได้ (ล้านบาท)	183.0	119.8	84.02	81.23	244.8	403.0	727.8	622.4	1,003.0	1,084.5	1,027.1
งบสนับสนุน (ล้าน)	None	None	None	None	50.0	200.0	655.6	617.1	1,003.0	1,084.5	2,054.1

ที่มา: *เทียนฉาย กีรนันท์ และคณะ (1990), และสำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

เมื่อประเทศไทยก้าวสู่ช่วงภาวะถดถอยทางเศรษฐกิจในกลางปี 2540 ค่าเงินบาทที่ลดลงกว่า 100%[1] ทำให้ความสามารถในการจ่ายของครัวเรือนลดลงอย่างมาก ประชาชนจึงหันมาใช้บริการภาครัฐ เนื่องจากมีค่าบริการที่ถูกกว่าภาคเอกชน(7) ในขณะเดียวกันก็หันมาซื้อบัตรสุขภาพมากขึ้นโดยเฉพาะในช่วงปลายปี 2540 และช่วงครึ่งปีแรกของปีงบประมาณ ดังในภาพที่ 6.1 สำหรับจำนวนบัตรสุขภาพที่ขายได้น้อยลงในครึ่งหลังของปีงบประมาณ 2541 สืบเนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขกังวลว่าจะไม่มีเงินสมทบเพียงพอให้แก่กองทุนจังหวัด เนื่องจากมีเพดานงบประมาณสำหรับการอุดหนุนบัตรสุขภาพเพียงปีละ 2.4 ล้านใบ นอกจากนั้นโรงพยาบาลเองก็กังวลว่าการที่มีคนมาซื้อบัตรมากขึ้นจะทำให้โรงพยาบาลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายมากขึ้นเนื่องจากมีอัตราการคืนทุนที่ต่ำ หลังจากที่รัฐบาลได้เพิ่มเงินอุดหนุนจากบัตรละ 500 เป็น 1,000 บาท อาจทำให้ความกังวลดังกล่าวลดลงและมีแรงจูงใจในการจำหน่ายบัตรมากขึ้น อย่างไรก็ดีอาจไม่มากนักสืบเนื่องจากมีการงดการจ่ายค่าตอบแทนการจำหน่ายบัตร(8).

[1] อัตราค่าแลกเปลี่ยนเงิน 1 ดอลล่าร์เท่ากับ 25 บาท 31 บาท 36 บาท และ 41 บาทในปี 2539, 2540 และ 2541 ตามลำดับ

ภาพที่ 6.1 จำนวนบัตรที่จำหน่ายระหว่าง ตุลาคม 2539–กันยายน 2542



ที่มา: สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

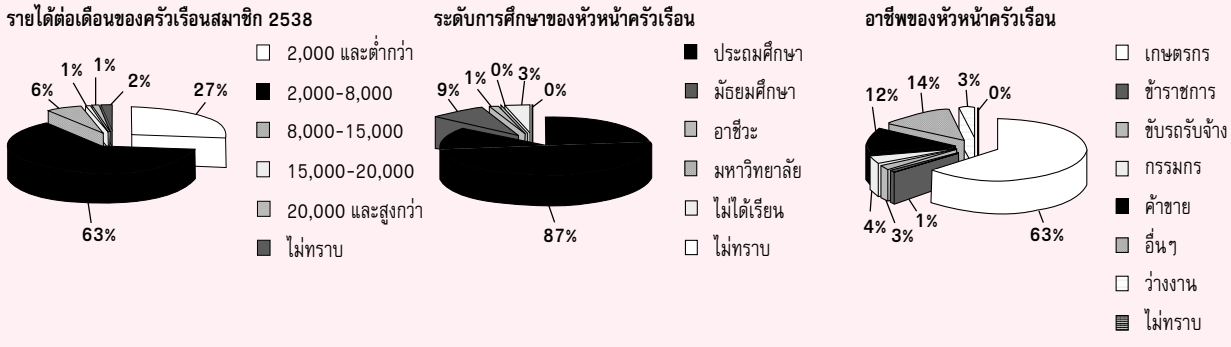
6.3 ประชากรเป้าหมายและลักษณะสมาชิกบัตรประกันสุขภาพ

ประชากรเป้าหมายของโครงการนั้นกำหนดไว้ค่อนข้างกว้าง กล่าวคือ ประชาชนที่มีรายได้เหนือเกณฑ์ความยากจนซึ่งไม่ได้รับสิทธิบัตรรายได้น้อย ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ และอาจประสบกับภาวะล้มละลายหรือเป็นหนี้สินจากการเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง เช่น กลุ่มเกษตรกร ประมง ลูกจ้างในสถานประกอบการขนาดเล็กที่ไม่ถูกครอบคลุมโดยประกันสังคม รับจ้างรายวัน หรือผู้ประกอบการอิสระ เช่น พ่อค้าแม่ค้าแผงลอย ฯลฯ เป็นต้น ความสามารถในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายจากการดำเนินการกลุ่มเป็นประเด็นที่รัฐบาลและสังคมให้ความสนใจโดยเฉพาะเมื่อรัฐบาลต้องเพิ่มเงินอุดหนุนให้แก่โครงการและมีลักษณะเข้าข่ายสวัสดิการมากขึ้น ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการครัวเรือนของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี 2539[9] พบว่าในภาพรวม โครงการบัตรประกันสุขภาพครอบคลุมประชากรร้อยละ 15.34 ซึ่งสูงกว่าตัวเลขในตารางที่ 6.2 โดยร้อยละ 68, 23, และ 9 ของสมาชิกมีภูมิลำเนาในเขตชนบท สุขาภิบาล และเทศบาลตามลำดับ ทั้งนี้ร้อยละ 25 ของสมาชิกเป็นคนในภาคเหนือ ตามด้วยภาคอีสาน และภาคใต้ ร้อยละ 21 และ 17 ตามลำดับ ต่ำสุดในภาคกลางเพียงร้อยละ 6

ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยจังหวัดของสำนักนโยบายและแผนกระทรวงสาธารณสุขในปี 2539 พบว่า สมาชิกส่วนใหญ่ของโครงการตรงตามเป้าหมายที่กำหนด โดยส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาเพียงระดับประถมศึกษาและต่ำกว่า มีรายได้ต่ำและปานกลาง และมีอาชีพเป็นเกษตรกร (ภาพที่ 6.2) ทั้งนี้ร้อยละ 27 ของสมาชิกให้ข้อมูลว่ามีรายได้ต่ำกว่าเดือนละ 2,000 บาท ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่ควรได้รับบัตรรายได้น้อยในโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษา (สปร.)ซึ่งหากไม่ได้เกิดจากการให้ข้อมูลที่ต่ำกว่าจริงแสดงว่าโครงการดังกล่าวเป็นตาข่ายความมั่นคงด้านสังคม (Social Safety Net) ให้แก่กลุ่มคนจนที่ไม่ได้รับสวัสดิการจากโครงการ

สปร. ความซ้ำซ้อนของสิทธิพบได้ในกลุ่มที่มีสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการโดยร้อยละ 3 ของกลุ่มนี้มีบัตรสุขภาพด้วย และมีสัดส่วนเป็นร้อยละ 1 ของสมาชิกบัตรสุขภาพ สาเหตุที่กลุ่มประชาชนที่มีสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการยังมาซื้อบัตรสุขภาพ ก็เนื่องจากในโครงการบัตรสุขภาพนั้นสมาชิกไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเอง แต่ในโครงการสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการในบริการผู้ป่วยนอกนั้นผู้ใช้บริการต้องสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลไปก่อนแล้วมาเบิกคืนจากกรมบัญชีกลางต่อไป ซึ่งในการเบิกคืนนั้นจำเป็นต้องใช้เวลาและทำให้มีปัญหากับครอบครัวของข้าราชการในกรณีที่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน โดยเฉพาะหากเป็นโรคเรื้อรังหรือมีค่ารักษาพยาบาลแพง

ภาพที่ 6.2 ลักษณะของหัวหน้าครัวเรือนสมาชิกโครงการบัตรประกันสุขภาพ 2538



ที่มา: วิเคราะห์ใหม่จากฐานข้อมูลการสำรวจอนามัยจังหวัด 2538 กระทรวงสาธารณสุข

จากการศึกษาการผ่าตัดคลอดในประเทศไทย ซึ่งทำการศึกษาในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป พบว่า ร้อยละ 35 ของสตรีที่มาคลอดถือบัตรประกันสุขภาพ โดยในจำนวนนี้ร้อยละ 38 มีการฝากครรภ์พิเศษกับสูตินารีแพทย์ และทำการคลอดโดยการผ่าตัดคลอด และพักรักษาตัวในห้องพิเศษ[10] การที่กลุ่มนี้มีการฝากพิเศษกับแพทย์โดยมีการจ่ายเงินพิเศษให้กับแพทย์และพักรักษาตนในห้องพิเศษ โดยมีการจ่ายค่าห้องแต่ไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้กับโรงพยาบาลเนื่องจากใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพนั้น แสดงว่าเป็นกลุ่มที่มีความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ด้วยตนเองและต้องการความสะดวกสบายซึ่งอาจไม่ตรงกลุ่มเป้าหมายของโครงการ หากคิดว่าโครงการดังกล่าวเป็นสวัสดิการอย่างหนึ่งที่รัฐจัดให้โดยที่ประชาชนต้องร่วมจ่ายส่วนหนึ่ง จึงนับได้ว่ากลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่เข้ามาเอาประโยชน์จากโครงการ

ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลนั้น บัตรสุขภาพสามารถครอบคลุมประชากรได้น้อยมาก และมีการศึกษาในเขตสลัมในกรุงเทพมหานคร พบว่า มีเพียงร้อยละ 30 ของครัวเรือนในสลัมเท่านั้นที่มีหลักประกันสุขภาพ และมีผู้ถือบัตรประกันสุขภาพเพียงร้อยละ 1.3 ของครัวเรือนในสลัม[11].

6.4 การใช้บริการของสมาชิกบัตรประกันสุขภาพ

อัตราการใช้บริการของโครงการบัตรประกันสุขภาพในระยะที่สองและสามนั้นค่อนข้างต่ำ เนื่องจากมีการจำกัดจำนวนครั้งของการใช้บริการต่อบัตร (8 และ 6 ครั้ง) และต้องไปใช้บริการที่สถานีอนามัยก่อน หากจะไปใช้บริการที่โรงพยาบาลต้องผ่านการส่งต่ออัตราการใช้บริการเพิ่มขึ้นถึงเท่าตัวเมื่อมีการขยายสิทธิประโยชน์ในระยะที่สี่ของโครงการ (ไม่มีการจำกัดจำนวนครั้งและเพดานค่าใช้จ่ายของการใช้บริการ และให้สามารถไปใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนได้โดยตรง) อัตราการใช้บริการของสมาชิกโดยเฉลี่ยปัจจุบันอยู่ที่ปีละ 2-3 ครั้งต่อคน และมีอัตราการนอนโรงพยาบาลร้อยละ 10 ต่อปี เมื่อเปรียบเทียบกับโครงการประกันสังคมจะพบว่า โครงการนี้มีอัตราการใช้บริการสูงกว่าประมาณเท่าตัวสำหรับบริการผู้ป่วยนอก และเป็นสามเท่าสำหรับบริการผู้ป่วยใน[12] อัตราการใช้บริการที่สูงของโครงการนี้สามารถอธิบายได้จากความแตกต่างของโครงสร้างประชากรของสมาชิกในสองโครงการที่ต่างกัน กล่าวคือในโครงการประกันสังคมนั้นมีแต่วัยแรงงานซึ่งจะมีสุขภาพค่อนข้างดี ในขณะที่โครงการนี้มีเด็กและผู้สูงอายุรวมอยู่ด้วย นอกจากนั้นโครงการนี้เป็นลักษณะของการสมัครใจในขณะที่ประกันสังคมนั้นเป็นการบังคับผู้ใช้แรงงานในสถานประกอบการที่กำหนดทุกคน ดังนั้นประกันสังคมจึงมีการกระจายความเสี่ยงที่ดีกว่า ในขณะที่บัตรประกันสุขภาพนั้นจะมีคนที่มีโรคประจำตัวหรือคนป่วยมากกว่าสืบเนื่องคนกลุ่มนี้จะมีแรงจูงใจในการซื้อบัตรมากกว่าคนที่สุขภาพดี อัตราการใช้บริการของโครงการนี้ก็สูงกว่าอัตราการใช้บริการของประชาชนทั่วไปโดยรวม โดยเฉพาะในบริการผู้ป่วยใน แม้ว่าโครงการจะครอบคลุมประชากรมากกว่าร้อยละ 10 ในระหว่างปี 2540-2542 ก็ตาม (ตารางที่ 6.3)

ตารางที่ 6.3 อัตราการใช้บริการของสมาชิกบัตรประกันสุขภาพเทียบกับระบบอื่น ๆ 2531-2542

	2531[a]	2534[b]	2535[b]	2537	2538	2539[b]	2539	2540	2541	2542
บัตรสุขภาพ										
ผู้ป่วยนอก ครั้ง/คน/ปี	1.07	2.8	0.93	3.03[c]	2.04[e]	3.3	2.21[e]	2.45[e]	2.68[e]	3.15[e]
ผู้ป่วยใน ครั้ง/คน/ปี	0.05		0.09	0.11	0.09	0.09	0.10	0.10	0.12	0.11
จำนวนวันนอน/ครั้ง			3.48	3.99	4.33		4.34	4.34	4.25	4.43
ประกันสังคม										
ผู้ป่วยนอก ครั้ง/คน/ปี			0.78[d]	1.08[d]	1.22[d]	1.5	1.34[d]	1.52[d]	1.46[d]	
ผู้ป่วยใน ครั้ง/คน/ปี			0.036	0.038	0.03	0.05	0.03	0.03	0.03	
จำนวนวันนอน/ครั้ง			3.74	4.32	4.59					
ประชาชนทั่วไป										
ผู้ป่วยนอก ครั้ง/คน/ปี		2.0				3.1				
ผู้ป่วยใน ครั้ง/คน/ปี						0.06				
จำนวนวันนอน/ครั้ง										

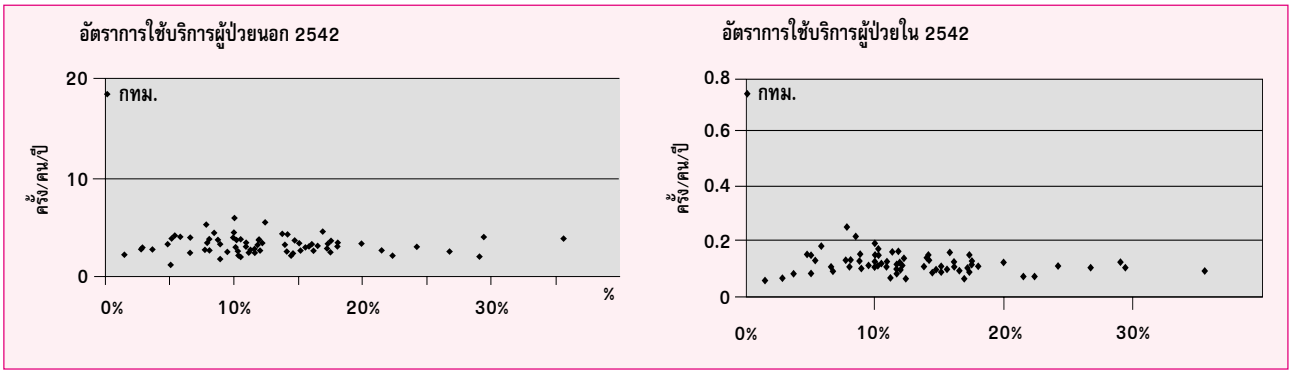
[a] เทียนฉาย กีรนันท์และคณะ (2533), [b] สำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ 2534, 2539 รวมการใช้บริการทั้งภาครัฐและเอกชน, [c] ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย (2538), [d] สำนักงานประกันสังคม (2541), [e] สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ข้อมูลดังกล่าวแสดงว่าสมาชิกโครงการบัตรประกันสุขภาพมีความเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มประชาชนทั่วไป อันสืบเนื่องจากการที่โครงการให้เข้าร่วมแบบสมัครใจประกอบกับอัตราเบี้ยประกันเป็นอัตราเดียว ดังนั้นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงย่อมมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมมากกว่ากลุ่มที่สุขภาพดี (adverse selection) นอกจากนั้นอาจมีการใช้บริการที่เกินจำเป็นของสมาชิกเนื่องจากไม่ต้องเสียค่าบริการทำให้อุปสงค์มากขึ้น (moral hazard) ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการครัวเรือนของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี 2539 จะพบว่าอัตราการใช้บริการจะสูงกว่าข้อมูลการรายงานการใช้บริการของระบบประกันสุขภาพแต่ละประเภท ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของการสำรวจนั้นรวมการใช้บริการในสถานพยาบาลทั้งหมด ทั้งภาครัฐและเอกชน และที่ไม่ได้มีการใช้สิทธิในหลักประกันสุขภาพนั้นๆ

เมื่อพิจารณาอัตราการใช้บริการเทียบกับความครอบคลุมของการจำหน่ายบัตรประกันสุขภาพกับจำนวนประชากรของแต่ละจังหวัด พบว่ากรุงเทพมหานครมีความครอบคลุมต่ำสุดและมีอัตราการใช้บริการสูงสุด ประมาณปีละ 18 ครั้งต่อคน และมีอัตราการนอนโรงพยาบาลร้อยละ 74 อย่างไรก็ดีข้อมูลดังกล่าวเกิดจากการมาใช้บริการของผู้ถือบัตรประกันสุขภาพที่ข้ามหรือถูกส่งต่อมาจากจังหวัดอื่นๆ ด้วย ข้อมูลจากรายงานของสำนักงานประกันสุขภาพปี 2540 และ 2541 พบว่า ร้อยละ 13 และ 17 ของผู้ป่วยนอก และร้อยละ 51 และ 78 ของผู้ป่วยในที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลในกรุงเทพฯ นั้นเป็นผู้ป่วยที่ผ่านการส่งต่อมาจากจังหวัดอื่นๆ ซึ่งเมื่อลองตัดส่วนนี้ออก (15% ของผู้ป่วยนอก และ 65% ของผู้ป่วยใน) ก็ยังพบว่าอัตราการใช้บริการของสมาชิกบัตรประกันสุขภาพในกรุงเทพฯ ก็ยังสูงถึงปีละ 15 ครั้งต่อคนสำหรับบริการผู้ป่วยนอก และมีอัตราการนอนโรงพยาบาลร้อยละ 25 แสดงว่าสมาชิกของโครงการในกรุงเทพฯ นั้นเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ภาพที่ 6.3 แสดงอัตราการใช้บริการของจังหวัดต่างๆ เมื่อเทียบกับความครอบคลุมประชากร ซึ่งพบว่าจะมีความแปรปรวนของอัตราการใช้บริการมากโดยเฉพาะในจังหวัดที่มีอัตราความครอบคลุมต่ำกว่าร้อยละ 20

สำหรับพฤติกรรมการใช้บริการนั้นพบว่า การใช้บริการส่วนใหญ่เกิดขึ้นที่ระดับสถานีอนามัย ร้อยละ 50-55 ตามด้วยที่โรงพยาบาลอำเภอ ร้อยละ 30-35 และที่โรงพยาบาลจังหวัดร้อยละ 15 สำหรับบริการผู้ป่วยในนั้นสัดส่วนจำนวนรายของการใช้บริการที่โรงพยาบาลอำเภอสูงกว่าโรงพยาบาลจังหวัดเล็กน้อยแต่มีจำนวนวันนอนรวมต่ำกว่า (ตารางที่ 6.4).

ภาพที่ 6.3 อัตราการใช้บริการของสมาชิกบัตรประกันสุขภาพตามความครอบคลุมรายจังหวัด 2542



ที่มา: ฐานข้อมูลรายงานสำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 2542

ตารางที่ 6.4 สัดส่วนการใช้บริการตามระดับสถานพยาบาล 2540-2542

	บริการผู้ป่วยนอก			บริการผู้ป่วยใน (วันนอน)		
	2540	2541	2542	2440	2541	2542
สถานีอนามัย	55%	50%	54%			
โรงพยาบาลอำเภอ	31%	34%	31%	52% (38%)	52% (39%)	54% (40%)
โรงพยาบาลจังหวัด	14%	16%	14%	48% (62%)	48% (61%)	46% (60%)

ที่มา: สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

6.5 ต้นทุนการจัดบริการและอัตราการคืนทุน

เมื่อประยุกต์ข้อมูลต้นทุนของการจัดบริการของสถานพยาบาลระดับต่างๆ ในปี 2539[2] [13] พบว่าต้นทุนดำเนินการในการจัดบริการผู้ป่วยนอกที่สถานีอนามัยเท่ากับ 66 บาท และที่โรงพยาบาลอำเภอเท่ากับ 119 บาท และ 236 บาทที่โรงพยาบาลจังหวัด และต้นทุนสำหรับการจัดบริการผู้ป่วยในเท่ากับรายละ 1,745 บาทและ 4,854 บาทที่โรงพยาบาลอำเภอและโรงพยาบาลจังหวัดตามลำดับ นำข้อมูลต้นทุนดังกล่าวมาปรับให้เป็นราคาปีปัจจุบัน โดยปรับเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 ในปี 2540 และ 2542 แต่ในปี 2541 ให้คงเดิมเนื่องจากดัชนีผู้บริโภคติดลบ เมื่อนำข้อมูลดังกล่าวมาคำนวณร่วมกับอัตราและสัดส่วนการใช้บริการตามสถานพยาบาลระดับต่างๆ พบว่าต้นทุนดำเนินการของการให้บริการสมาชิกโครงการบัตรประกันสุขภาพเท่ากับบัตรละ 2,075 2,621 และ 2,711 บาท ในปี 2540 2541 และ 2542 ตามลำดับ โดยมีอัตราการคืนทุนเท่ากับร้อยละ 48 38 และ 55 ของแต่ละปีตามลำดับ อัตราการคืนทุนที่เพิ่มขึ้นในปี 2542 สืบเนื่องจากการที่รัฐบาลเพิ่มเงินอุดหนุนจากบัตรละ 500 บาท เป็น 1,000 บาท อย่างไรก็ดีข้อมูลนี้เป็นข้อมูลอัตราการคืนทุนโดยเฉลี่ยในภาพรวมแน่นอนว่าในการดำเนินงานของแต่ละจังหวัดที่มีความครอบคลุมและการกระจายความเสี่ยงต่างกัน อัตราการคืนทุนย่อมแตกต่างกัน จังหวัดที่มีความครอบคลุมสูงและมีการกระจายความเสี่ยงดีย่อมมีอัตราการคืนทุนที่ดีกว่าจังหวัดที่มีความครอบคลุมต่ำและมีกลุ่มเสี่ยงสูงมาก นอกจากนั้นสถานพยาบาลแต่ละระดับก็จะมีอัตราการคืนทุนที่ต่างกันในการให้บริการ โรงพยาบาลจังหวัดมักมีอัตราการคืนทุนที่ต่ำกว่าสถานพยาบาลระดับล่าง เนื่องจากถูกมองว่ามีศักยภาพในการระดมทุนดีกว่าที่อื่น และหลักเกณฑ์ในการจัดสรรเงินของแต่ละจังหวัดมักค่อนข้างเอนเอียงไปยังสถานีอนามัยและโรงพยาบาลอำเภอ อย่างไรก็ดีโครงการนี้ไม่ได้มีวัตถุประสงค์ที่จะต้องให้มีอัตราการคืนทุนทั้งหมดทั้งนี้เนื่องจากรัฐบาลได้มีการจัดสรรเงินงบประมาณในการจ่ายให้เป็น เงินเดือนค่าจ้าง ค่าลงทุนและบางส่วนของต้นทุนดำเนินการแล้ว

[2] ข้อมูลการศึกษาในจังหวัดโครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข 5 จังหวัด โดยเป็นข้อมูลต้นทุนเฉลี่ยของโรงพยาบาลจังหวัดจำนวน 7 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 16 แห่ง และสถานีอนามัยจำนวน 126 แห่ง

ตารางที่ 6.5 ต้นทุนการจัดบริการต่อบัตร และอัตราการคืนทุนของโครงการ ระหว่างปี 2540-2542

	บริการผู้ป่วยนอก			บริการผู้ป่วยใน			
	HC	DH	PH	DH	PH	ต้นทุน/บัตร	อัตราการคืนทุน
2540 อัตราการใช้บริการ[a]	4.25	2.39	1.08	0.17	0.16		
ต้นทุน/ครั้ง[b]	73	131	260	1,920	5,339	2,075	0.48
2541 อัตราการใช้บริการ[a]	4.66	3.21	1.51	0.21	0.20		
ต้นทุน/ครั้ง[b]	73	131	260	1,920	5,339	2,621	0.38
2542 อัตราการใช้บริการ[a]	5.57	3.18	1.44	0.20	0.17		
ต้นทุน/ครั้ง[b]	80	144	286	2,111	5,873	2,711	0.55

หมายเหตุ: HC = สถานีอนามัย, DH = โรงพยาบาลอำเภอ, PH = โรงพยาบาลจังหวัด

ที่มา: a ข้อมูลการใช้บริการและจำนวนบัตรที่จำหน่าย จากสำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

b ปรับจากข้อมูลต้นทุนที่ทำการศึกษาในปี 2539 และปรับเพิ่ม 10% ในปี 2540 และ 2542

6.6 สัมฤทธิผลของการดำเนินโครงการ

ในตอนนี้จะพิจารณาสัมฤทธิผลของการดำเนินงานโครงการว่าสามารถบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายของระบบสาธารณสุขมากน้อยเพียงใด โดยพิจารณาในด้านสถานะสุขภาพ ความเป็นธรรม ประสิทธิภาพ คุณภาพบริการ และความยั่งยืนด้านการคลังของโครงการ โดยจะพิจารณาทั้งภายในโครงการเองและการบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายโดยรวมต่อระบบ

6.6.1 การพัฒนาสถานะสุขภาพของประชาชน (Health improvement)

ในภาพรวมสถานะสุขภาพของประชาชนไทยดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง[7] เมื่อเปรียบเทียบอัตราการป่วยในช่วงปี 2534 และ 2539 จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าอัตราการป่วยของประชาชนไทยลดลงจากปีละ 5.9 ครั้งต่อคน เหลือปีละ 4.0 ครั้งต่อคน และการเจ็บป่วยที่ทำให้ต้องนอนพักหรือหยุดงานเกินกว่า 24 ชั่วโมง ก็ลดลงจากปีละ 1.9 ครั้งต่อคน เหลือปีละ 1.4 ครั้งต่อคน โดยที่พฤติกรรมการแสวงหาบริการในสถานพยาบาลสาธารณสุขนั้นเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 50 เป็นร้อยละ 65 ของการป่วยในช่วงเดียวกัน (ตารางที่ 6.5) การลดลงของการเจ็บป่วยและเพิ่มขึ้นของการใช้บริการนั้นเป็นไปในลักษณะเดียวกันกับการลดลงและการเพิ่มขึ้นของประชาชนภายใต้หลักประกันสุขภาพทุกระบบรวมทั้งคนที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ แสดงว่าปัจจัยที่มีผลต่อสถานะสุขภาพของประชาชนไทยที่ดีขึ้นนั้นเกิดจากปัจจัยอื่นๆ เช่น รายได้ การศึกษา ภาวะโภชนาการ สภาพสิ่งแวดล้อมในการทำงานและที่อยู่อาศัย รวมทั้งการกระจายของโครงสร้างระบบบริการที่ดีขึ้น ฯลฯ เป็นต้น สถานะสุขภาพที่ดีขึ้นของประชาชนคงมิได้มาจากความครอบคลุมของระบบประกันสุขภาพที่ดีขึ้นเพียงอย่างเดียว เนื่องจากระบบประกันสุขภาพทุกระบบในขณะนี้ครอบคลุมเฉพาะด้านการรักษาพยาบาลเป็นหลัก มิได้ให้ความสำคัญกับบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ตารางที่ 6.6 จำนวนครั้งของการป่วยและการใช้บริการในสถานพยาบาลตามประเภทหลักประกัน

	2534				2539			
	ครั้งของการป่วย		% การใช้บริการ		ครั้งของการป่วย		% การใช้บริการ	
	รวม	ป่วยจนพัก	รัฐ	เอกชน	รวม	ป่วยจนพัก	รัฐ	เอกชน
ไม่มีหลักประกัน	5.7	1.9	27	20	3.5	1.3	35	27
สวัสดิการข้าราชการ	5.4	1.5	37	23	3.7	1.0	44	27
สวัสดิการพนักงานรัฐวิสาหกิจ	5.2	1.0	25	27	3.2	1.0	26	36
ประกันเอกชน	4.4	1.4	9	33	3.9	1.3	18	53
ทหารผ่านศึก	9.1	2.0	31	14				
ประกันสังคม					2.5	1.0	26	32
บัตรประกันสุขภาพ	7.0	2.5	44	11	4.5	1.6	52	16
สวัสดิการรายได้น้อย	7.2	2.5	41	8	6.9	2.5	55	12
อื่นๆ	11.0	3.4	44	11	4.7	1.5	47	18
เฉลี่ยรวม	5.9	1.9	31	19	4.0	1.4	42	23

ที่มา: วิเคราะห์ใหม่จากฐานข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ สำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2534 และ 2539

6.6.2 หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Achieving Universal Coverage)

การขยายตัวอย่างรวดเร็วของโครงการส่วนหนึ่งมาจากนโยบายหลักประกันสุขภาพ 100% ของกระทรวงสาธารณสุข โครงการบัตรประกันสุขภาพถูกใช้เป็นเครื่องมือในการขยายความครอบคลุมให้แก่ประชาชนที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ รวมทั้งมีการโฆษณาประชาสัมพันธ์อย่างกว้างขวาง การจ่ายค่าตอบแทนผู้ขายบัตร และการกำหนดเป้าหมายให้กับแต่ละจังหวัดในการดำเนินการ แรงจูงใจที่จะขยายโครงการลดลงในช่วงท้ายของโครงการระยะที่สี่เมื่อประเทศไทยก้าวเข้าสู่ภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ทั้งๆ ที่ความต้องการซื้อบัตรของประชาชนเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากโครงการนี้มีอัตราการคืนทุนที่ต่ำ และโรงพยาบาลต้องสนับสนุนข้ามจากรายได้จากการเก็บค่าบริการจากกลุ่มที่ไม่มีหลักประกัน เมื่อกลุ่มนี้ลดลงหันมาใช้บัตรประกันสุขภาพก็จะทำให้สถานะการเงินของโรงพยาบาลแย่ลง

การขยายโครงการมายังในเขตกรุงเทพมหานครและเขตเมืองนั้นทำให้ภาระค่าใช้จ่ายของโครงการเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะกับโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลใหญ่ ทั้งนี้เนื่องจากในเขตเมืองและกรุงเทพฯ นั้นขาดสถานพยาบาลปฐมภูมิที่จะเป็นด่านหน้าให้ประชาชนไปใช้บริการ ทำให้ประชาชนสามารถเข้าไปใช้บริการที่โรงพยาบาลโดยตรงซึ่งมีต้นทุนสูง ทำให้ต้นทุนการจัดบริการให้กับเขตเมืองและกรุงเทพฯ แพงกว่าในเขตชนบท ในเขตกรุงเทพฯ นั้นโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 3 แห่ง (นพรัตน์ราชธานี เลิศสิน และราชวิถี) ได้ถูกกำหนดให้เป็นกองทุนสาขาที่ต้องจำหน่ายบัตรประกันสุขภาพ โดยทำการจำหน่ายบัตรในโรงพยาบาล เนื่องจากขาดเครือข่ายหรือช่องทางที่จะเข้าถึงประชาชนในชุมชนได้ ดังนั้นสมาชิกจะเป็นผู้ป่วยที่ไปรับบริการที่โรงพยาบาลนั้นๆ อยู่แล้วเป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง ทำให้มีแต่กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงและเป็นภาระด้านค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล

สืบเนื่องจากโครงการนี้เป็นการประกันสุขภาพแบบสมัครใจ ดังนั้นการที่จะขยายให้สามารถครอบคลุมประชาชนที่เหลือทั้งหมดนั้นย่อมเป็นไปไม่ได้ เนื่องจากไม่มีกลไกใดที่จะไปบังคับคนที่ไม่ต้องการซื้อบัตร ความสามารถในการขยายตัวคงไม่น่าจะเกินร้อยละ 15 ของประชากรรวม ทั้งนี้เนื่องจากในช่วงที่มีการทุ่มเทในการดำเนินงานให้บรรลุตามนโยบาย ยังสามารถดำเนินการได้เพียงร้อยละ 10-13 เท่านั้น ในกรุงเทพฯ และเขตเมืองจะมีความยากลำบากในการขยายและสร้างปัญหาต่อความมั่นคงด้านการเงินต่อโครงการ นอกจากนั้นโครงการดังกล่าวออกแบบให้มีความเหมาะสมเฉพาะกับเขตชนบท ในการที่จะสร้างหลักประกันสุขภาพแบบถ้วนหน้าได้นั้น มีเพียงระบบประกันสุขภาพภาคบังคับเท่านั้น ไม่ว่าจะเป็นระบบสวัสดิการหรือประกันสังคม ถึงจะมีความเป็นไปได้[14]

6.6.3 ประสิทธิภาพ (Efficiency)

(1) ประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ (Administrative efficiency)

การที่โครงการนี้กำหนดราคาบัตรในอัตราเดียว ดังนั้นจำเป็นต้องมีประชาชนเข้าร่วมโครงการในขนาดที่มากพอ เพื่อให้มีการกระจายความเสี่ยงที่ดี มิใช่มีเพียงคนป่วยเข้าร่วมโครงการ และเพื่อให้มีความมั่นคงด้านการเงิน ดังนั้นจำเป็นต้องมีการทำการตลาดและการโฆษณาประชาสัมพันธ์อย่างกว้างขวาง นอกจากนั้นศักยภาพในด้านการบริหารจัดการ ไม่ว่าจะเป็นด้านการจำหน่ายบัตร การบริหารจัดการโครงการ การบริหารด้านการเงิน และระบบข้อมูลสารสนเทศ นับเป็นหัวใจสำคัญของความสำเร็จของโครงการ จังหวัดน่านซึ่งมีความครอบคลุมของการจำหน่ายบัตรประกันสุขภาพสูงสุด พบว่าการสนับสนุนของชุมชนตลอดจนการทำการตลาดผ่านทางเครือข่ายชุมชนนับเป็นปัจจัยสำคัญในความสำเร็จ[15]

ในการที่จะบริหารโครงการให้มีประสิทธิภาพนั้นจำเป็นที่จะต้องมีโครงสร้างองค์กรที่มีความคล่องตัวในการบริหารระบบประกันสุขภาพมากกว่าที่จะมีโครงสร้างแบบระบบราชการ ซึ่งในปัจจุบันนั้นหน่วยงานที่ดูแลโครงการคือ สำนักงานประกันสุขภาพ เป็นเพียงกลุ่มงานชั่วคราวในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีการเปลี่ยนตัวผู้อำนวยการของสำนักงานบ่อย รวมทั้งเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบที่จังหวัดบ่อย เนื่องจากไม่มีกรอบอัตรากำลังสำหรับการดำเนินงานดังกล่าว ทำให้ขาดความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่ ดังนั้นในการที่จะบริหารโครงการได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีโครงสร้างองค์กรที่เหมาะสม นอกจากนั้นก็ควรมีการแยกบทบาทระหว่างองค์กรรับประกัน และผู้ให้บริการสุขภาพ เพื่อมิให้มีความขัดแย้งในบทบาทของตนเอง

การชดเชยค่าบริการทางการแพทย์สำหรับบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง และบริการข้ามเขตของกองทุนกลางขาดประสิทธิภาพ มีความล่าช้าในการจ่ายเงินชดเชย เนื่องจากต้องมีการตรวจสอบเอกสารจำนวนมากสำหรับการจ่ายชดเชยด้วยวิธีการจ่ายตามปริมาณบริการที่เรียกเก็บ[16] จึงได้มีการนำวิธีการจ่ายเงินตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups) มาใช้ในปี 2542 โดยคาดหวังว่าจะทำให้กระบวนการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์มีความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยโรงพยาบาลต่างๆ จะต้องส่งฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของการให้บริการผู้ป่วยในแต่ละรายมาให้สำนักงานประกันสุขภาพเพื่อทำการประมวลจัดกลุ่ม

โรคซึ่งในการดำเนินงานก็พบว่ามีปัญหาหลายประการที่ทำให้การดำเนินงานไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง กล่าวคือ มีปัญหาด้านการขาดความพร้อมและศักยภาพขององค์กร และการบริหารจัดการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในทุกระดับ ตั้งแต่สำนักงานประกันสุขภาพเอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาล และปัญหาจากการขาดความสมบูรณ์ของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมเองและโปรแกรมการจัดกลุ่มโรค ห้องสมุดของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมนั้นขาดความสมบูรณ์ครบถ้วนของรหัสโรคและหัตถการทำให้มีกลุ่มโรค และหัตถการจำนวนหนึ่งที่ไม่สามารถจัดกลุ่มได้ ประกอบกับตัวโปรแกรมการจัดกลุ่มโรคก็ขาดความสมบูรณ์ อย่างไรก็ดี ในขณะนี้ปัญหาที่เกิดจากตัวกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมเองได้รับการแก้ไขให้ลุล่วงไปแล้วระดับหนึ่ง แต่ยังต้องมีการพัฒนาอีกมากคือ ความพร้อมและศักยภาพในด้านการบริหารจัดการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการนำเรื่องนี้มาใช้ในการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์

(2) ประสิทธิภาพในการผลิตและการจัดสรร (Technical and alocative efficiency)

ในการที่จะบริหารจัดการโครงการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนรักษาผลประโยชน์สูงสุดให้แก่สมาชิกนั้น องค์กรที่ทำหน้าที่ในการให้หลักประกันสุขภาพและที่ทำหน้าที่ในการให้บริการสุขภาพนั้นควรแยกจากกัน เพื่อให้สามารถตรวจสอบกันได้และมีความโปร่งใส ซึ่งในปัจจุบันนั้นสำนักงานประกันสุขภาพเองก็อยู่ในกระทรวงสาธารณสุขซึ่งทำหน้าที่หลักในการให้บริการด้วย ดังนั้นในบางครั้งอาจมีความขัดแย้งในภารกิจและบทบาทที่ควรต้องทำ เช่น หากมีความขัดแย้งระหว่างสมาชิกบัตรและโรงพยาบาล สำนักงานควรต้องทำหน้าที่เป็นตัวแทนให้ใคร

รูปแบบวิธีการจ่ายค่าบริการให้กับสถานพยาบาลนั้น ควรมีความเป็นมาตรฐานและเป็นธรรมสำหรับสถานบริการแต่ละแห่ง ในทางปฏิบัตินั้นไม่มีรูปแบบและหลักเกณฑ์ในการจ่ายที่เป็นมาตรฐานสำหรับกองทุนจังหวัดต่างๆ โดยแต่ละจังหวัดก็จะมีหลักเกณฑ์ในการจัดสรรแตกต่างกันไป ทำให้ขาดความเป็นธรรมในการจัดสรรเงินภายในจังหวัดระหว่างสถานพยาบาลระดับต่างๆ และโรงพยาบาลเองโดยเฉพาะโรงพยาบาลจังหวัดรู้สึกว่าการให้บริการแก่ผู้ประกันตนเป็นภาระกับโรงพยาบาล ในด้านสิทธิประโยชน์โครงการในระยะที่สี่ได้มีการปรับให้สมาชิกมีสิทธิพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วย โดยสามารถเข้าถึงบริการที่โรงพยาบาลชุมชนได้โดยตรง ไม่ต้องผ่านสถานีอนามัยมาก่อน แต่ยังคงเข้มงวดในระบบการส่งต่อในกรณีการข้ามไปใช้บริการที่ระดับโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลในขนาดใหญ่ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวที่เกรงว่าอาจทำให้ประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากรลดลงนั้น ข้อมูลสัดส่วนการใช้บริการในปี 2540-2542 ในตารางที่ 6.4 แสดงให้เห็นว่าสัดส่วนการใช้บริการที่สถานีอนามัยโดยรวมมิได้ลดลง แต่จะทำให้สมาชิกสามารถเข้าถึงบริการได้ดีขึ้น

ข้อมูลการใช้บริการในปี 2539 จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า สมาชิกบัตรประกันสุขภาพที่อยู่ในเขตชนบทมีการกระจายความเสี่ยงที่ดีกว่าสมาชิกในเขตสุขาภิบาลและเทศบาล เนื่องจากมีอัตราการป่วยและการใช้บริการทางการแพทย์โดยรวมที่ต่ำกว่า อย่างไรก็ดีสมาชิกบัตรในเขตชนบทใช้บริการผู้ป่วยนอกในสถานพยาบาลรัฐมากกว่า คือร้อยละ 80 เทียบกับร้อยละ 67 และ 69 ของการเจ็บป่วยในเขตเทศบาล และสุขาภิบาล (ตารางที่ 6.7) ทั้งนี้โดยสมาชิกในเขตเมืองและสุขาภิบาลมี

ตารางที่ 6.7 อัตราการป่วยและการใช้บริการ (ครั้งต่อคนต่อปี) และพฤติกรรมแสวงหาบริการของสมาชิกบัตรประกันสุขภาพ ปี 2539

	ป่วย	ใช้บริการ	สอ.	รพอ.	รพจ.	คลินิก	รพ.เอกชน	อื่น ๆ
บริการผู้ป่วยนอก								
สมาชิกเขตเทศบาล	5.56	3.87	4%	12%	51%	30%	3%	0%
สมาชิกเขตสุขาภิบาล	5.58	3.61	15%	28%	26%	27%	4%	2%
สมาชิกในชนบท	5.04	3.5	39%	22%	19%	19%	1%	1%
บริการผู้ป่วยใน								
สมาชิกเขตเทศบาล		0.094		15%	71%		14%	0%
สมาชิกเขตสุขาภิบาล		0.092		45%	47%		8%	0%
สมาชิกในชนบท		0.077		45%	47%		5%	1%

สอ. = สถานีอนามัย, รพอ. = โรงพยาบาลอำเภอ, รพจ. = โรงพยาบาลระดับจังหวัดและโรงพยาบาลรัฐอื่นๆ

ที่มา: วิเคราะห์ใหม่จากฐานข้อมูลการสำรวจ อนามัยและสวัสดิการ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ 2539

สัดส่วนการใช้บริการที่สถานพยาบาลระดับสูง คือโรงพยาบาลจังหวัดมากกว่าในเขตชนบท สืบเนื่องจากการขาดสถานพยาบาลด่านหน้าในการกลั่นกรองผู้ป่วยในเขตดังกล่าว โดยสรุปแล้ว การขาดประสิทธิภาพในการใช้บริการในเขตดังกล่าวมิได้เกิดจากโครงการโดยตรง แต่เกิดจากการขาดประสิทธิภาพของการจัดระบบบริการโดยรวมเป็นหลัก

(3) ความมั่นคงด้านการเงิน (Financial sustainability)

การขาดความมั่นคงด้านการเงินของโครงการนับเป็นประเด็นกังวลสำคัญของระบบประกันสุขภาพแบบสมัครใจ สืบเนื่องจากขาดการกระจายความเสี่ยงที่ดี (selection bias) และการใช้บริการที่เกินจำเป็นของสมาชิกเมื่อไม่ต้องจ่ายค่าบริการ (moral hazard) หลักฐานข้อมูลจากตัวโครงการเองนั้นการใช้บริการที่เกินจำเป็นนั้นไม่ชัดเจน เนื่องจากโครงการนี้สถานพยาบาลได้รับงบประมาณแบบยอดรวมและมีอัตราการคืนทุนต่ำดังนั้นจะมีแรงจูงใจในการควบคุมค่าใช้จ่ายมาก จึงเป็นสิ่งที่จะควบคุมการใช้บริการที่เกินจำเป็นของสมาชิกได้ระดับหนึ่ง สำหรับปัญหาด้านการขาดการกระจายความเสี่ยงที่ดีนั้นจะพบในจังหวัดที่มีความครอบคลุมต่ำและในเขตเมืองรวมทั้งกรุงเทพมหานคร ภายใต้การประกันสุขภาพแบบสมัครใจนั้น การกระจายความเสี่ยงที่ดีจะเกิดขึ้นได้ต้องมีจำนวนสมาชิกที่เข้าร่วมโครงการที่มากพอ ซึ่งจะเป็นไปได้จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากชุมชนและการตลาดเชิงสังคมที่ดี อย่างไรก็ดีเพื่อแก้ปัญหานี้ในระยะยาว การเปลี่ยนแปลงไปสู่การประกันสุขภาพภาคบังคับสำหรับประชาชนทุกคน ควรเป็นสิ่งที่ต้องพิจารณา

6.6.4 ความเป็นธรรม (Equity)

ประเด็นด้านความเป็นธรรม ทั้งในแง่ของการกระจายบริการ และภาระค่าใช้จ่าย ถือเป็นวัตถุประสงค์สำคัญของนโยบายสาธารณะใดๆ และเป็นภารกิจของรัฐที่จะต้องทำให้เกิดความเป็นธรรมในการกระจายความมั่งคั่งและสวัสดิการต่างๆ ให้แก่ประชาชน

(1) ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ (Equity in access)

สมาชิกโครงการมีความจำเป็นด้านสุขภาพมากกว่าประชาชนทั่วไปเมื่อพิจารณาจากอัตราการป่วย แต่ก็ต่ำกว่าสมาชิกของโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล และก็มีสัดส่วนการใช้บริการที่สูงกว่าประชาชนทั่วไป ดังแสดงในตารางที่ 6.6 แสดงว่าทั้งบัตรประกันสุขภาพ และบัตร สปร. สามารถทำให้สมาชิกซึ่งมีความจำเป็นด้านสุขภาพสูงเข้าถึงบริการได้ดีขึ้น อย่างไรก็ดีการเลือกปฏิบัติในการให้บริการยังคงเป็นสิ่งที่พบได้ โดยเฉพาะในด้านการจ่ายยา มีการจำกัดรายการยาที่จะจ่ายให้กับสมาชิกภายใต้โครงการนี้และ สปร.[17] นอกจากนั้นก็มีความไม่เท่าเทียมกันของการเข้าถึงบริการของสมาชิกที่มีภูมิลำเนาต่างๆ กล่าวคือ สมาชิกในเขตเมืองสามารถใช้บริการที่โรงพยาบาลจังหวัด ซึ่งมีเครื่องไม้เครื่องมือที่ทันสมัยและแพทย์เฉพาะทางได้โดยตรง ในขณะที่สมาชิกที่อยู่ในเขตสุขาภิบาล และชนบท ต้องผ่านโรงพยาบาลอำเภอมาก่อน เมื่อเปรียบเทียบกับระบบประกันสุขภาพประเภทอื่นๆ ก็พบว่าโครงการนี้ด้อยกว่าระบบประกันสังคม และสวัสดิการข้าราชการ เนื่องจากประกันสังคมสามารถไปใช้บริการที่โรงพยาบาลเอกชนได้ ในขณะที่สวัสดิการข้าราชการนั้นสามารถไปใช้บริการที่ไหนก็ได้

(2) ความเป็นธรรมในด้านการคลัง (Equity in finance)

เนื่องจากโครงการนี้กำหนดอัตราค่าบัตรเป็นราคาเดียวทั่วประเทศ ในขณะที่ประชาชนในเขตเมืองและกรุงเทพฯ สามารถเข้าถึงบริการที่โรงพยาบาลใหญ่ได้โดยตรง ซึ่งมีต้นทุนการจัดบริการที่สูงกว่า จึงเท่ากับว่า รัฐอุดหนุนให้กับประชาชนในเขตเมืองและกรุงเทพฯ มากกว่าประชาชนในชนบทและเมื่อเปรียบเทียบกับการอุดหนุนของรัฐต่อระบบประกันสุขภาพอื่นๆ พบว่ารัฐอุดหนุนโครงการนี้และสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลน้อยกว่าโครงการอื่นๆ[18]

6.6.5 คุณภาพบริการ (Quality of care)

คุณภาพบริการนั้นมีสองมิติ คือคุณภาพของบริการทางการแพทย์ และคุณภาพบริการทั่วไป ซึ่งยังคงไม่มีหลักฐานที่แสดงถึงการขาดคุณภาพในบริการทางการแพทย์ของโครงการเมื่อพิจารณาในด้านผลลัพธ์ของการให้บริการด้านสุขภาพของสมาชิก ถึงแม้ว่าจะมีการเลือกปฏิบัติในการจ่ายยาหรือให้บริการก็ตาม สำหรับคุณภาพในด้านบริการอื่นๆ ในความคิดเห็นของสมาชิกนั้น จากการสำรวจของสวนดุสิตโพล[19] พบว่าสมาชิกบัตรประกันสุขภาพมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับดี อย่างไรก็ดีประเด็นด้านความพึงพอใจนั้นเป็นนามธรรม และขึ้นกับความคาดหวังของประชาชนในช่วงนั้นๆ เป็นหลักว่าบริการตอบสนองต่อความคาดหวังมากน้อยเพียงใด สำหรับกระบวนการประกันคุณภาพบริการนั้นพบว่ายังไม่ได้รับการพัฒนาเท่าที่ควรในโครงการนี้ มีเฉพาะการรับเรื่องร้องเรียนจากสมาชิกเมื่อไม่ได้รับความสะดวกในการรับบริการ

6.7 สรุปและอภิปราย

โครงการบัตรประกันสุขภาพได้มีวิวัฒนาการมาถึงห้าระยะในช่วงเวลากว่า 18 ปี โดยระยะที่สี่เป็นช่วงที่มีความครอบคลุมสูงที่สุดประมาณร้อยละ 13.5 ของประชากรและได้มีการเปลี่ยนแนวคิดและหลักการจากการคลังชุมชนมาเป็นระบบประกันสุขภาพภาคสมัครใจในลักษณะโครงการระดับชาติ ที่มีการบริหารจัดการที่ส่วนกลางในลักษณะเงินทุนหมุนเวียนและเริ่มมีเงินอุดหนุนจากรัฐ โดยรูปแบบดังกล่าวคาดหวังว่าจะทำให้มีความคล่องตัวในการบริหารจัดการมากขึ้น อัตราการคืนทุนของโครงการดีขึ้น และมีการกระจายความเสี่ยงและการประกันความเสี่ยงให้กับกองทุนจังหวัดที่ดีขึ้น ด้วยนโยบายการประกันขั้นที่สองสำหรับค่าใช้จ่ายสูงและการใช้บริการข้ามเขต การปฏิรูปในครั้งนั้นได้มีกฎเกณฑ์และรูปแบบการดำเนินงานที่เป็นเอกภาพสำหรับทุกจังหวัดในขณะเดียวกันก็ลดความเป็นอิสระของจังหวัดและหมู่บ้าน

การขยายตัวอย่างรวดเร็วในช่วงที่สี่นั้นเกิดจากนโยบายหลักประกันสุขภาพ 100% ของกระทรวงสาธารณสุข และกระบวนการทางการตลาดและการส่งเสริมการขายเป็นสำคัญ ซึ่งในการส่งเสริมการขายนั้นบางครั้งก็ได้มีการละเลยระบบการให้บริการที่เหมาะสมไป เช่นในบางจังหวัดได้มีการอนุญาตให้มีการใช้บริการอย่างเสรี บางจังหวัดได้มีการใช้ค่าบริหารจัดการมาทำการส่งเสริมการขาย โรงพยาบาลหลายๆ แห่งก็ถูกใช้เป็นสถานที่ในการจำหน่ายบัตร ดังนั้นประชากรเป้าหมายของโครงการก็อาจมีความผิดพลาดอย่างหลีกเลี่ยงมิได้

อัตราการใช้บริการของสมาชิกบัตรประกันสุขภาพเพิ่มขึ้นโดยตลอดและสูงกว่าระบบประกันสุขภาพอื่นๆ แม้จะมีความครอบคลุมมากขึ้นก็ตาม จังหวัดที่มีความครอบคลุมต่ำก็จะมีอัตราการใช้บริการที่สูงกว่าจังหวัดที่มีความครอบคลุมสูง เนื่องจากจะมีการกระจายความเสี่ยงที่ด้อยกว่าโดยเฉพาะในเขตเมืองและกรุงเทพฯ หากจะให้มีการกระจายความเสี่ยงที่ดีและให้โครงการมีความมั่นคงด้านการเงินแล้วคงต้องเป็นการประกันสุขภาพภาคบังคับ สัดส่วนการใช้บริการที่ยังคงสูงในระดับสถานพยาบาลระดับล่างหรือสถานีอนามัยเนื่องจากสมาชิกส่วนใหญ่ของโครงการอยู่ในเขตชนบทและต้องผ่านระบบการส่งต่อก่อนไปใช้บริการที่โรงพยาบาลจังหวัด และคงมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับจากสถานพยาบาลใกล้บ้านระดับหนึ่ง ทำให้การใช้บริการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดคือกลุ่มสมาชิกที่อยู่ในเขตชนบท เนื่องจากมีการใช้บริการที่สถานีอนามัยเป็นหลัก ในขณะที่สมาชิกในเขตเมืองนั้นไปใช้บริการที่โรงพยาบาลใหญ่โดยตรงแม้จะเป็นการเจ็บป่วยเล็กน้อยที่ไม่จำเป็นต้องอาศัยความเชี่ยวชาญเฉพาะโรคก็ตาม

เงินอุดหนุนของภาครัฐต่อโครงการทำให้อัตราการคืนทุนเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 40 และ 47 ที่โรงพยาบาลอำเภอ และจังหวัดตามลำดับ[20] เป็นร้อยละ 80 และ 50 ในโรงพยาบาลระดับเดียวกัน โดยในจังหวัดที่มีความครอบคลุมสูงจะมีอัตราการคืนทุนของสถานพยาบาลที่สูงกว่าจังหวัดที่มีความครอบคลุมต่ำกว่า สำหรับจังหวัดที่มีความครอบคลุมต่ำมากๆ นั้น เช่น กรุงเทพฯ โรงพยาบาลจะรู้สึกว่าทุกๆ บัตรที่ขายเพิ่มขึ้นนั้นจะทำให้โรงพยาบาลขาดทุนมากขึ้น สืบเนื่องจากราคาบัตรที่เป็นอัตราเดียวและการขาดระบบบริการปฐมภูมิในเขตเมือง ทำให้

มีปัญหาด้านการขาดความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการและการคลังของโครงการ สมาชิกในเขตเมืองได้รับอภิสิทธิ์ในการเข้าถึงบริการและได้รับการอุดหนุนจากรัฐมากกว่าสมาชิกในเขตชนบท และยังคงพบการเลือกปฏิบัติของผู้ให้บริการสำหรับประชาชนที่อยู่ภายใต้โครงการนี้และ สปร. เพื่อให้ความมั่นใจว่าสมาชิกโครงการจะได้รับบริการที่มีคุณภาพและไม่ถูกเลือกปฏิบัติ จะต้องมีการพัฒนากระบวนการประกันคุณภาพบริการขึ้น

การดำเนินงานโครงการบัตรประกันสุขภาพได้ให้บทเรียนที่สำคัญสำหรับการพัฒนาระบบประกันสุขภาพสำหรับประเทศไทยและประเทศอื่นๆ ดังนี้

- ระบบประกันสุขภาพภาคสมัครใจที่ได้รับการอุดหนุนจากรัฐ เป็นรูปแบบการสร้างทางเลือกในระบบประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนและประสบความสำเร็จระดับหนึ่ง โดยเฉพาะในเขตชนบท เนื่องจากสามารถให้หลักประกันในการเข้าถึงบริการและปกป้องครัวเรือนจากการล้มละลายหรือเป็นหนี้สินเมื่อเจ็บป่วย
- สืบเนื่องจากเป็นระบบแบบสมัครใจ การที่ถูกใช้เป็นเครื่องมือในการที่จะสร้างหลักประกันสุขภาพแบบถ้วนหน้าย่อมเป็นสิ่งที่เป็นไปไม่ได้ นอกจากนั้นก็ขาดความเหมาะสมในการที่จะใช้เป็นรูปแบบการให้หลักประกันสุขภาพในเขตเมืองและกรุงเทพฯ
- หากต้องการสร้างหลักประกันสุขภาพแบบถ้วนหน้านั้น มีเพียงการประกันสุขภาพภาคบังคับเท่านั้นที่สามารถดำเนินการได้ ไม่ว่าจะเป็นระบบสวัสดิการที่ใช้เงินจากภาษีหรือระบบประกันสังคมที่ใช้เงินจากเบี้ยประกันภาคบังคับ
- การประกันสุขภาพภาคสมัครใจนั้น ถือเป็นทางเลือกและระยะผ่านสำหรับประเทศที่ยังไม่สามารถสร้างหลักประกันสุขภาพแบบถ้วนหน้าได้ และสืบเนื่องจากเป็นการประกันแบบสมัครใจดังนั้นจำเป็นต้องมีโครงสร้างองค์กร การบริหารงาน และศักยภาพองค์กรที่เหมาะสม เช่น การตลาดเชิงสังคม การบริหารระบบการคลัง ระบบข้อมูล การประกันคุณภาพบริการ รวมถึงต้องได้รับการสนับสนุนจากประชาชนและชุมชน
- การขาดประสิทธิภาพของการใช้บริการมิได้เกิดจากโครงการโดยตรงแต่เป็นปัญหาของระบบโดยรวม กล่าวคือ ขาดสถานพยาบาลปฐมภูมิที่มีคุณภาพและได้รับการยอมรับจากประชาชนทั้งในเขตเมืองและชนบท ดังนั้นการพัฒนาและสร้างความเข้มแข็งให้กับเครือข่ายสถานพยาบาลปฐมภูมิเป็นสิ่งที่ต้องพิจารณาในการปฏิรูประบบสุขภาพ
- การกำหนดอัตราเบี้ยประกันในราคาเดียวกันทั่วประเทศ ร่วมกับการขาดสถานพยาบาลด่านหน้าในเขตเมืองทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมทั้งในด้านการเข้าถึงบริการและการคลังของโครงการ
- การขาดรูปแบบและหลักเกณฑ์การจ่ายเงินที่เป็นมาตรฐานของกองทุนจังหวัดทำให้สถานพยาบาลขาดแรงจูงใจในการให้บริการและมีปัญหาการเลือกปฏิบัติ ดังนั้นควรต้องมีรูปแบบและวิธีการจ่ายเงินที่เป็นมาตรฐานและสามารถสร้างแรงจูงใจในการให้บริการที่เหมาะสม

- การขาดประสิทธิภาพและความเป็นธรรมของระบบประกันสุขภาพไทยโดยรวม เกิดจากการขาดนโยบายมหภาคที่ชัดเจนในเรื่องระบบการคลังสาธารณสุขและระบบประกันสุขภาพ ทำให้มีระบบประกันที่หลากหลายต่างคนต่างพัฒนา ดังนั้นควรต้องมีนโยบายมหภาคที่ชัดเจน ตลอดจนต้องมีองค์กรและกระบวนการในการประสานนโยบายให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

6.8 ประเด็นท้าทายในอนาคต

ปัญหาการขาดการกระจายความเสี่ยงที่ดี เป็นปัญหาพื้นฐานและหลีกเลี่ยงยากสำหรับการประกันสุขภาพภาคสมัครใจร่วมกับการคิดเบี้ยประกันแบบอัตราชุมชน ปัจจุบันนี้โครงการนี้ถูกยอมรับว่าเป็นโครงการช่วงเปลี่ยนผ่านก่อนที่ประเทศไทยจะสามารถสร้างหลักประกันสุขภาพแบบถ้วนหน้าได้ และสืบเนื่องจากรัฐบาลต้องเพิ่มภาระในการอุดหนุนโครงการทำให้โครงการดังกล่าวมีลักษณะเป็นสวัสดิการมากขึ้น โดยเป็นสวัสดิการที่รัฐจัดให้แต่ประชาชนต้องมีส่วนร่วมออกระดับหนึ่งแบบสมัครใจ ดังนั้นการให้สวัสดิการที่ตรงกลุ่มเป้าหมายที่ควรได้จึงมีความสำคัญ การที่จะทำให้โครงการนี้มีการกระจายความเสี่ยงที่ดีขึ้นหรือตรงกลุ่มเป้าหมายมากขึ้นนั้นอาจต้องใช้ความพยายามและทรัพยากรที่มากจนไม่คุ้มกับผลลัพธ์ที่จะได้รับ อย่างไรก็ดีในขณะที่ประเทศไทยยังไม่สามารถสร้างหลักประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนอย่างถ้วนหน้าได้ โครงการนี้ก็ยังนับว่ามีประโยชน์และให้ผลตอบแทนที่คุ้มค่าในการให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการเมื่อเจ็บป่วย ในขณะเดียวกันก็เป็นโครงการที่สอนให้ประชาชนได้เรียนรู้และเข้าใจระบบการประกันสุขภาพมากขึ้น

6.9 เอกสารอ้างอิง

1. ปรากรม วุฒิพงศ์ และคณะ. ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล; 2532.
2. ทรงพรรณ สิงห์แก้ว. โครงการบัตรประกันสุขภาพ: ประวัติ, วิวัฒนาการ, วัตถุประสงค์, ผลลัพธ์ และกิจกรรม. เอกสารประกอบการประชุมการสรุปบทเรียนจากโครงการบัตรประกันสุขภาพไทย-เยอรมัน วันที่ 30 สิงหาคม 2536.
3. Hongvivatana T, Charusomboon W. The health card and policy on voluntary health insurance: The past, present and future. Proceeding of the meeting on Lessons learned from the Thai-German Health Card Project 1993; Aug 30; Bangkok.
4. สำนักงานเลขานุการคณะรัฐมนตรี. อนุมัติโครงการบัตรประกันสุขภาพ. หนังสือด่วนที่สุด ที่ 0202/6264 ลงวันที่ 7 พฤษภาคม 2536.
5. สำนักงานเลขานุการคณะรัฐมนตรี. การขอใช้เงินกู้ธนาคารพัฒนาเอเชียสำหรับโครงการบัตรประกันสุขภาพ. หนังสือด่วนที่สุดที่ 0205/12650 ลงวันที่ 29 กันยายน 2541.

6. กระทรวงสาธารณสุข. ระเบียบว่าด้วยบัตรประกันสุขภาพฉบับที่ 2. ลงวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2541.
7. Ministry of Public Health. Thailand Health Profile 1997-1998. 2001.
8. กระทรวงการคลัง. แผนงบประมาณเงินทุนหมุนเวียนบัตรประกันสุขภาพประจำปี 2543. หนังสือด่วนที่สุด ที่ 0526.9/22013 ลงวันที่ 1 ตุลาคม 2542.
9. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ 2539. กรุงเทพฯ: สำนักนายกรัฐมนตรี; 2540.
10. Hanvoravongchai P, et al. Implications of private practice in public hospitals on the cesarean rate in Thailand. Human Resources for Health Development Journal 2000; 4(1); 2-12.
11 Mongkolsmai D, et al. Health insurance for the urban poor: the case of slum dwellers in Bangkok. Bangkok: Faculty of Economics, Thammasat University; 1998.
12. สำนักงานประกันสังคม. รายงานประจำปีสำนักงานประกันสังคม 2541. นนทบุรี: สำนักงานประกันสังคม; 2542.
13. สุกัลยา คงสวัสดิ์. การวิเคราะห์ต้นทุนใน 5 จังหวัดโครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข. นนทบุรี: สำนักนโยบายและแผน, กระทรวงสาธารณสุข; 2542.
14. Bennett S, Creese A, Monasch R. Health insurance schemes for people outside formal sector employment. Current concerns ARA paper number 16. WHO/ARA/CC/98.1; 1998.
15. สุพจน์ เด่นดวง, นาตยา เด่นดวง. การประเมินรูปแบบการตลาดของโครงการบัตรประกันสุขภาพ. กรุงเทพฯ: คณะสังคมศาสตร์และมนุษยวิทยา, มหาวิทยาลัยมหิดล; 2542.
16. Pannarunothai S, et al. Financing reform for the Thai health card scheme. Health Policy and Planning 2000; 15(3): 303-11.
17. Health System Research Institute. Preliminary results of the evaluation of the 1999 National Essential Drug List. 2000.
18. สงวน นิตยารัมม์พงศ์, ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. สู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. นนทบุรี: สำนักงานโครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2543.
19. สวนดุสิตโพล. ความพึงพอใจในบริการที่ได้รับของสมาชิกโครงการบัตรประกันสุขภาพและ สปร. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยครูสวนดุสิต; 2543.
20. เทียนฉาย กีรนันท์ และคณะ. ประเมินผลโครงการบัตรสุขภาพ. กรุงเทพฯ: กองแผนงานสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข; 2533.

บทที่ 7

การประกันสุขภาพภาคเอกชน

ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์, ท.บ., ส.ม.
วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, พ.บ., Ph.D.
ประพันธ์ สหพัฒนา, บท.บ., ศ.ม.
โครงการนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

7.1 สถานการณ์และแนวโน้มของธุรกิจประกันสุขภาพในภาคเอกชน

การประกันสุขภาพแบบสมัครใจ ซึ่งให้บริการโดยภาคเอกชนเพื่อลดความเสี่ยงทางการเงินสำหรับค่ารักษาพยาบาลของประชาชนไทยแต่ละคน เป็นระบบที่มีสัดส่วนของค่าใช้จ่ายน้อยกว่า 2% ของค่าใช้จ่ายทางสุขภาพโดยรวม[1,2] แต่มีความยืดหยุ่นสูงในการสนองตอบต่อการเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศ[3] การประกันสุขภาพในภาคเอกชนดำเนินการโดยธุรกิจประกันภัย 2 ประเภท คือ การประกันชีวิต และการประกันวินาศภัย (ในหมวดเบ็ดเตล็ด)

การให้บริการประกันสุขภาพในภาคเอกชนถือกำเนิดในประเทศไทยกว่าร้อยปีมาแล้ว โดยบริษัทจากประเทศอังกฤษ[4] กฎหมายฉบับแรกที่ใช้ควบคุมการประกันภัยเอกชนมีขึ้นในปี พ.ศ. 2453 และได้รับการแก้ไขและมีวิวัฒนาการขององค์กรที่ดูแลกฎหมายดังกล่าวในระยะเวลาที่ผ่านมา ปัจจุบันกฎหมายดังกล่าวอยู่ภายใต้การดูแลของกรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์

7.1.1 วิวัฒนาการของกฎหมายการประกันภัยภาคเอกชน

ในประเทศไทย ธุรกิจการประกันภัยถูกควบคุมอย่างเข้มงวดโดยกฎหมาย เนื่องจากมีความเกี่ยวข้องกับระบบการคลังสาธารณะและความมั่นคงของชาติ แต่เดิม พระราชบัญญัติประกันชีวิต พ.ศ. 2510 และพระราชบัญญัติประกันวินาศภัย พ.ศ. 2510 อนุญาตให้ทุนต่างชาติเข้ามามีส่วนร่วมในธุรกิจประกันภัยของไทยได้ไม่เกิน 15% แต่ไม่อนุญาตให้มีชาวต่างชาติเข้ามาเป็นกรรมการในบริษัทที่ทำธุรกิจประกันภัย ในปี 2521 กระทรวงพาณิชย์ได้ออกกฎกระทรวงที่ใช้ควบคุมการจัดตั้งบริษัทที่ให้บริการเฉพาะการประกันสุขภาพ

ในปี 2535 กฎหมายประกันภัยทั้งสองฉบับ ได้รับการแก้ไขจากฉบับเมื่อปี 2521 และมีผลใช้บังคับตั้งแต่เดือนเมษายน 2535 ข้อกำหนดในกฎหมายดังกล่าวเป็นการเพิ่มความมั่นคงให้แก่ธุรกิจประกันภัย โดยกำหนดให้มีการเพิ่มทุน เพิ่มอำนาจการควบคุมตรวจสอบ และการก่อตั้งอนุญาโตตุลาการทางการประกันเพื่อยุติข้อโต้แย้งระหว่างบริษัทประกันภัยกับสาธารณชน และในปีเดียวกันนี้พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถก็ได้ออกบังคับใช้

โดยมีผลตั้งแต่เดือนเมษายน 2536 อีกทั้งในเดือนพฤศจิกายน 2536 กระทรวงพาณิชย์ยังได้ออกกฎกระทรวงว่าด้วยการลงทุนของบริษัทที่ทำธุรกิจประกันชีวิตและประกันวินาศภัยเพื่อการขยายตัวทางด้านการลงทุนในธุรกิจอื่นๆ รวมทั้งการขยายตัวของธุรกิจประกันภัยเอง

ด้วยเหตุที่รัฐบาลมีนโยบายเปิดเสรี ในปี 2538 ทำให้กระทรวงพาณิชย์ได้ทำการแก้ไขกฎกระทรวงฉบับปี 2535 โดยอนุญาตให้ทุนต่างชาติสามารถเพิ่มขึ้นจาก 15% เป็น 25% และยังได้อนุญาตให้ชาวต่างชาติเข้าร่วมเป็นกรรมการบริษัทได้ไม่เกินหนึ่งในสี่ อย่างไรก็ตาม บริษัทที่ก่อตั้งขึ้นใหม่จะต้องยื่นแสดงอัตราเบี้ยประกันเมื่อเริ่มจดทะบียน และสาขาใหม่ของบริษัทต่างชาติต้องยื่นขออนุญาตจากกระทรวงฯ และในวันที่ 11 เมษายน 2538 คณะรัฐมนตรีได้อนุมัติในหลักการ เห็นด้วยกับข้อเสนอของกระทรวงพาณิชย์ที่จะอนุญาตให้มีการก่อตั้งบริษัทประกันใหม่ หลังจากที่ได้มีการปิดกั้นมานานกว่าทศวรรษ สาเหตุสำคัญคือเพื่อเป็นการรองรับการขยายตัวของธุรกิจประกันภัยและเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ นอกจากนี้เพื่อให้เป็นการตอบสนองต่อการเปิดเสรีทางการค้าซึ่งเป็นผลจากข้อสรุปในการเจรจารอบอุรุกวัย

ปี 2543 ในเดือนมกราคม กระทรวงพาณิชย์ได้มีการแก้ไขกฎหมายทั้งสองฉบับดังกล่าว เพื่อเป็นการแสดงเจตจำนงต่อการเปิดเสรีทางการค้า ด้วยการเพิ่มสิทธิในการออกเสียงและการลงทุนของชาวต่างชาติ

7.1.2 จำนวนบริษัทประกัน

บริษัทที่ทำธุรกิจประกันภัยมีจำนวนคงที่อยู่ที่ 74 บริษัทเป็นระยะเวลาหลายปี[5] ผลของการแยกธุรกิจประกันชีวิตและประกันวินาศภัยออกจากกันเมื่อปี 2535 และการลดอุปสรรคต่อการลงทุนของชาวต่างชาติในปี 2538 ทำให้จำนวนบริษัทประกันภัยเพิ่มขึ้นเป็น 100 บริษัทในปี 2540 อย่างไรก็ตาม ครึ่งหนึ่งของบริษัทที่เปิดใหม่ในช่วงเวลาดังกล่าวยังไม่ได้เปิดดำเนินกิจการอย่างเต็มที่ ในปี 2542 บริษัทที่รับทำประกันชีวิตมีจำนวน 26 บริษัท และบริษัทที่รับทำประกันวินาศภัยมีจำนวน 79 บริษัท มี 5 บริษัททำธุรกิจทั้งการประกันชีวิตและการประกันวินาศภัย ในบรรดาบริษัทประกันวินาศภัย มีเพียง 6 บริษัทที่ให้บริการประกันสุขภาพแต่เพียงอย่างเดียว (ตารางที่ 7.1) ในปี 2540 บริษัทประกันชีวิต 12 แห่ง และบริษัทประกันวินาศภัย 21 แห่ง มีการให้บริการประกันสุขภาพร่วมด้วย

7.1.3 รูปแบบของการประกันสุขภาพ

การประกันสุขภาพในภาคเอกชน อยู่ภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยใน 5 ลักษณะ[6] คือ

(1) กรมธรรม์ประกันชีวิตรายบุคคล ซึ่งครอบคลุมการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลและการผ่าตัด

(2) กรมธรรม์ประกันชีวิตแบบเป็นกลุ่ม ซึ่งครอบคลุมการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลและการผ่าตัด

(3) กรมธรรม์ประกันชีวิตแบบเป็นกลุ่ม ที่ทำร่วมกับการประกันอุบัติเหตุและการประกันสุขภาพ

ตารางที่ 7.1 จำนวนบริษัทประกันเอกชน, 2535-2542

		จำนวนบริษัทประกัน ในแต่ละปี								มูลค่าเบี้ยประกัน
		2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	2542	ปี 2540 (ล้านบาท)
รวมทั้งสิ้น		**74**	**74**	**74**	**75**	**75**	**100**	**100**	**100**	**116,437**
บริษัทในประเทศ		68	68	68	69	69	94	94	94	84,972
บริษัทสาขาต่างชาติ		6	6	6	6	6	6	6	6	31,465
ประกันชีวิต	รวม	12	12	12	13	13	25	25	26	58,780
ประกันชีวิตเพียงอย่างเดียว	รวม	7	7	7	8	8	20	20	21	20,471
	บริษัทสาขาต่างชาติ	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ประกันหลายประเภท	รวม	5	5	5	5	5	5	5	5	38,309
	บริษัทสาขาต่างชาติ	1	1	1	1	1	1	1	1	27,526
ประกันวินาศภัย	รวม	67	67	67	67	67	80	80	79	57,657
บริษัทในประเทศ	รวม	62	62	62	62	62	75	75	74	53,718
	ประกันสุขภาพ (ในประเภทเบ็ดเตล็ด)	14	14	14	14	14	14	14	14	-
	ประกันสุขภาพอย่างเดียว	6	6	6	6	6	6	6	6	512
บริษัทสาขาต่างชาติ	รวม	5	5	5	5	5	5	5	5	3,939
	ประกันสุขภาพ (ในประเภทเบ็ดเตล็ด)	1	1	1	1	1	1	1	1	-
	ประกันสุขภาพอย่างเดียว	0	0	0	0	0	0	0	0	0

ที่มา: กรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์[5]

(4) กรมธรรม์ประกันสุขภาพรายบุคคล โดยบริษัทประกันวินาศภัย

(5) กรมธรรม์ประกันสุขภาพแบบเป็นกลุ่ม โดยบริษัทประกันวินาศภัย

กรมธรรม์ประกันสุขภาพภาคเอกชน เป็นสัญญาระหว่างผู้เอาประกันกับบริษัทผู้รับประกัน เมื่อผู้รับประกันให้สัญญาที่จะจ่ายเงินชดเชยค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นกับผู้เอาประกัน เมื่อเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล รับการผ่าตัด และค่าใช้จ่ายอื่นๆ สำหรับความเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุตามเงื่อนไขที่ระบุไว้ในสัญญา โดยผู้เอาประกันจ่ายเงินค่าเบี้ยประกันให้แก่ผู้รับประกัน ในตลาดที่มีการแข่งขันเพื่อเพิ่มส่วนแบ่งตลาด รูปแบบของกรมธรรม์ทั้งห้าอาจถูกดัดแปลงด้วยรูปแบบใหม่ๆ เช่น การประกันสุขภาพร่วมกับการประกันอุบัติเหตุ การประกันสุขภาพร่วมกับการออมทรัพย์ เป็นต้น ซึ่งกรมธรรม์เหล่านี้ความคุ้มครองในส่วนของการรักษาพยาบาลมีความคล้ายคลึงกัน ต่างกันที่สิทธิประโยชน์อื่นๆ

7.1.4 สิทธิประโยชน์ของการประกัน

ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพภาคเอกชนรวบรวมมาจากข้อมูลของ 21 บริษัทในปี 2543 โดยทั่วไป สิทธิประโยชน์ทางการรักษาพยาบาลจะครอบคลุมเฉพาะค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในเท่านั้น ซึ่งได้แก่ ค่าห้องและค่าอาหาร ค่าหอผู้ป่วยหนัก (ICU) ค่ารักษาทั่วไป ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการและตรวจพิเศษ ค่าคำปรึกษา ค่ารักษาพยาบาลฉุกเฉิน และค่าผ่าตัดและห้องผ่าตัด เนื่องจากเป็นการจ่ายเงินตามปริมาณการให้บริการ (fee for service) ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นทุกรายการจึงถูกจำกัดด้วยระดับเพดาน บริษัทบางแห่งให้บริการประกันสุขภาพที่เพิ่มเติม เช่น การใช้บริการผู้ป่วยนอก การคลอดบุตร ความเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง (catastrophic illness) ทุกบริษัทมีการกำหนดข้อยกเว้นในการคุ้มครอง นอกจากนี้ บริษัทส่วนใหญ่ไม่รับทำประกันให้แก่ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงหรือมีความเจ็บป่วยบางประเภทอยู่ก่อนแล้ว (preexisting conditions) เช่น โรคหัวใจ มะเร็ง เบาหวาน ลมชัก ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

(1) ข้อยกเว้นที่พบบ่อย ได้แก่

- ความผิดปกติที่เป็นอยู่ก่อน และที่เป็นมาโดยกำเนิด
- การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยที่ไม่ได้ผ่านความเห็นชอบจากแพทย์หรือเพื่อการฟื้นฟู
- การตรวจสุขภาพตามปกติ ตรวจตา ทำฟันยกเว้นกรณีได้รับอุบัติเหตุ ผ่าตัดเสริมความงาม คุมกำเนิด ทำแท้ง ตั้งครรภ์และคลอดบุตร
- อุปกรณ์การแพทย์ และอุปกรณ์ที่ไม่ใช่เพื่อการผ่าตัด
- ความเจ็บป่วยโดยเจตนา ฆ่าตัวตาย อาการไม่พึงประสงค์จากยา ใช้ยามากเกินขนาด ติดเหล้า ใช้ยาในทางที่ผิด โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์ โรคจิตประสาท

(2) ข้อยกเว้นที่พบไม่บ่อย ได้แก่

- ความผิดปกติที่เป็นอยู่ก่อนและยังไม่ได้รับการรักษาให้หาย เช่น ริดสีดวงทวาร ไซนัสอักเสบ
- กระเพาะอาหารอักเสบ ตับอักเสบ หอบหืด
- ไตวาย
- โรคเรื้อรังที่เกิดขึ้นภายใน 6 เดือน หลังการทำประกัน เช่น วัณโรค มะเร็ง ไส้เลื่อน โรคที่เกี่ยวกับต่อมทอนซิล ต่อมอดีนอยด์ โรคไต ตาบอด
- วัคซีน ยกเว้น วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า บาดทะยัก

ในกรณีที่ผู้เอาประกันสุขภาพได้ทำประกันชีวิตร่วมด้วย สิทธิประโยชน์ในรูปของเงินชดเชยรายได้ที่ขาดหายไปจากการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลมักจะได้รับการระบุไว้ในกรมธรรม์ ดังนั้นอาจทำให้เกิดปัญหาการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ไม่มีความจำเป็น ซึ่งบางกรณีอาจเกิดจาก moral hazard (พบประมาณ 1-2% ของผู้เอาประกัน) บริษัทหลายแห่ง

ไม่รับทำประกันในกรณีผู้ป่วยนอกหรือยกเลิกการรับประกันดังกล่าวเมื่อประสบกับปัญหาอัตราสินไหมทดแทนที่สูง เนื่องจากเป็นการยุ่งยากที่จะทำการตรวจสอบใบเสร็จรับเงินหรือค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น

7.1.5 จำนวนกรมธรรม์ ผู้เอาประกัน และเบี้ยประกัน

การประกันชีวิต มี 3 ลักษณะ ได้แก่ แบบรายบุคคลธรรมดา ในอุตสาหกรรม และเป็นกลุ่ม ในส่วนนี้แสดงเฉพาะแบบรายบุคคล ซึ่งมีจำนวนการเอาประกันเพิ่มขึ้นจาก 1,602,000 กรมธรรม์ ในปี 2537 เป็น 3,542,000 กรมธรรม์ ในปี 2540 นอกจากนี้ ยังพบว่าสัดส่วนของการทำประกันสุขภาพแบบเสริม (health rider) จากการทำประกันชีวิตที่เป็นหลัก ได้เพิ่มจาก 49% เป็น 78% ของกรมธรรม์หลัก ในช่วงเดียวกัน ในขณะที่สัดส่วนการประกันสุขภาพภายใต้การประกันวินาศภัยมีเพียง 0.4% ในปี 2541 ซึ่งเพิ่มจาก 24,000 กรมธรรม์ ในปี 2535 เป็น 53,000 กรมธรรม์ ในปี 2541 (ตารางที่ 7.2)

ตารางที่ 7.2 จำนวนกรมธรรม์ประกันสุขภาพภายใต้การประกันชีวิตและการประกันวินาศภัย ปี 2535-2541 (หน่วย: พันกรมธรรม์)

	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541
1. ประกันชีวิตรายบุคคล (แบบปกติ)	2,444	2,838	3,272	3,773	4,299	4,549	4,616
2. ประกันชีวิตที่มีประกันสุขภาพเสริม*	ไม่ทราบ	ไม่ทราบ	1,602	2,459	3,340	3,542	ไม่ทราบ
3. สัดส่วนของประกันสุขภาพเสริมจากประกันชีวิต			49%	65%	78%	78%	
4. ประกันวินาศภัย	3,018	6,237	4,342	12,669	14,873	14,352	12,938
5. ประกันสุขภาพภายใต้ประกันวินาศภัย	24	36	44	54	41	39	53
6. สัดส่วนของประกันสุขภาพเสริมจากประกันวินาศภัย	0.8%	0.6%	1.0%	0.4%	0.3%	0.3%	0.4%

ที่มา: กรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์[5]

* จากสมาคมประกันชีวิตแห่งประเทศไทย อ้างใน สุวาณี สุรเสียงสังข์, 2541.[7]

จำนวนกรมธรรม์ประกันสุขภาพภายใต้การประกันวินาศภัยในแต่ละปี ขึ้นกับจำนวนผู้ที่เอาประกันแบบเป็นกลุ่มในแต่ละกรมธรรม์ และการเพิ่มขึ้นของระบบประกันภาครัฐ กรมธรรม์ประกันสุขภาพรายบุคคลภายใต้ประกันวินาศภัยมีส่วนแบ่งที่ค่อนข้างน้อยเพียง 20% ของการประกันสุขภาพทั้งหมดในปี 2540[7] ตั้งแต่มีวิกฤตทางเศรษฐกิจในปี 2540 จำนวนการซื้อประกันแบบเป็นกลุ่มโดยนายจ้างเพื่อให้เป็นสิทธิประโยชน์แก่ลูกจ้าง (โดยเฉพาะอย่างยิ่งส่วนที่เพิ่มเติมจากระบบประกันสังคมสำหรับลูกจ้างที่ไม่ได้เป็นประเภทใช้แรงงาน) ได้ลดลงเนื่องจากการหดตัวของธุรกิจบริษัทประกันวินาศภัยในปัจจุบันจึงมักให้ความสนใจกับลูกค้าเป็นรายบุคคล ในขณะที่จำนวนผู้เอาประกันสุขภาพแบบเสริมในประกันชีวิตมีแนวโน้มที่เพิ่มจากปีก่อนๆ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้จัดการบริษัทประกันพบว่า การรวมการประกันสุขภาพไว้ในการประกันชีวิตเป็นกลยุทธ์ทางการตลาดเพื่อดึงดูดใจแก่ลูกค้าในการทำประกันชีวิต

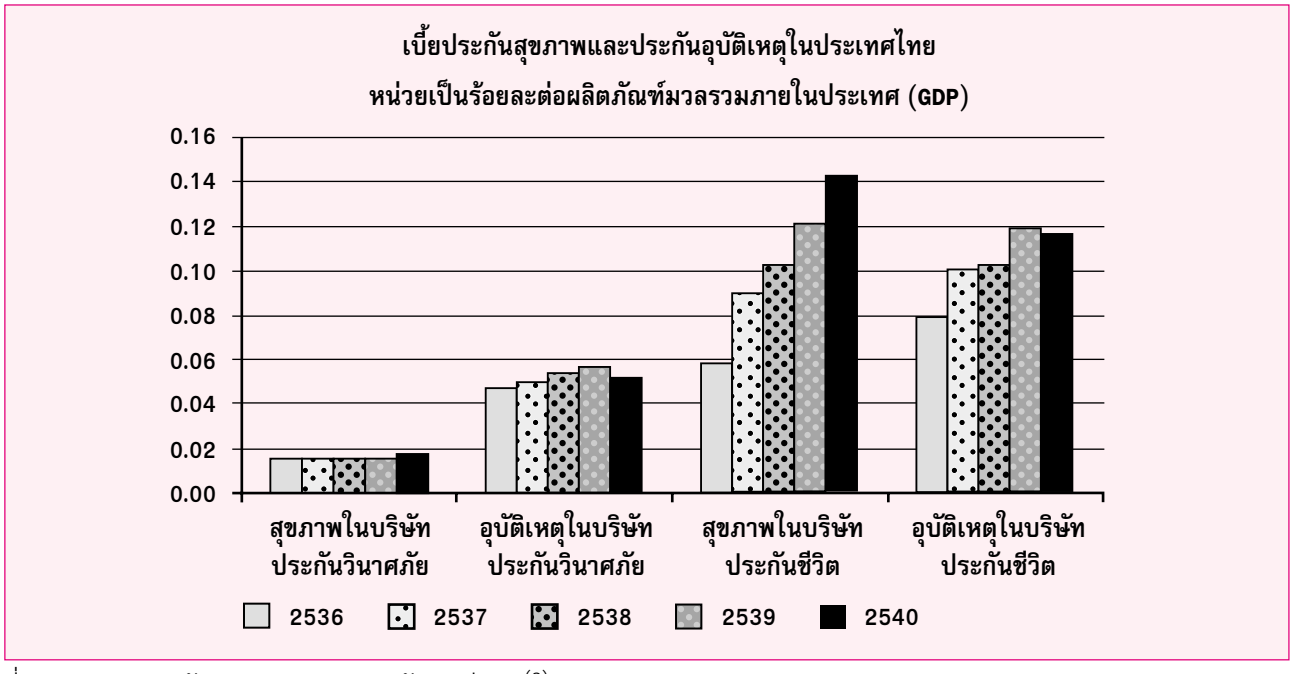
ในปี 2541 เบี้ยประกันสุขภาพทั้งหมดรวมเป็นเงิน 7,094 ล้านบาท คิดเป็น 12.6% ของเบี้ยประกันชีวิตในปีเดียวกัน ซึ่งเพิ่มจาก 6.9% ในปี 2536 สำหรับเบี้ยประกันสุขภาพภายใต้การประกันวินาศภัยมีจำนวน 708 ล้านบาท (ตารางที่ 7.3) ซึ่งเป็นอัตราที่ค่อนข้างคงที่ประมาณ 0.02% ของ GDP ระหว่างช่วงเวลาดังกล่าว ในทางตรงกันข้าม อัตราการเติบโตของการประกันสุขภาพที่เป็นส่วนหนึ่งของประกันชีวิตมีมากกว่า จาก 0.06% ในปี 2536 เป็น 0.14% ของ GDP ในปี 2541 (ภาพที่ 7.1)

ตารางที่ 7.3 เบี้ยประกันสุขภาพในประกันชีวิตและในประกันวินาศภัย 2535-2541 (หน่วย: ล้านบาท ราคาในปีปัจจุบัน)

	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541
1. เบี้ยประกันชีวิต รวม	29,128	34,558	40,867	48,253	55,727	58,780	56,339
2. เบี้ยประกันสุขภาพในประกันชีวิต	ไม่ทราบ	2,370	3,264	4,370	5,609	6,789	7,094
3. สัดส่วนเบี้ยประกันสุขภาพจากเบี้ยประกันชีวิต		6.9%	8.0%	9.1%	10.1%	11.5%	12.6%
4. เบี้ยประกันวินาศภัย รวม	25,144	35,946	44,424	53,079	61,185	57,657	48,475
5. เบี้ยประกันสุขภาพภายใต้ประกันวินาศภัย	269	443	525	614	687	729	708
6. สัดส่วนเบี้ยประกันสุขภาพจากเบี้ยประกันวินาศภัย	1.1%	1.2%	1.2%	1.2%	1.1%	1.3%	1.5%

ที่มา: กรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์[5]

ภาพที่ 7.1 ร้อยละเบี้ยประกันสุขภาพและเบี้ยประกันอุบัติเหตุเมื่อเทียบกับ GDP



ที่มา: 1. GDP: สภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ[8]

2. เบี้ยประกัน: กรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์[5]

ข้อมูลดังกล่าวเป็นจำนวนกรมธรรม์ไม่ทราบจำนวนผู้เอาประกันที่แน่นอนเนื่องจากแต่ละคนอาจเอาประกันมากกว่าหนึ่งกรมธรรม์และบริษัทประกันถือว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความลับ จรีพร โกลากุล[6] ได้ประมาณการจำนวนผู้เอาประกันทั้งหมดในปี 2529 เท่ากับ 236,100 คน Mallikamas[3] ประมาณว่าผู้เอาประกันสุขภาพในภาคเอกชนมีทั้งสิ้น 930,000 คนในปี 2534 และในปี 2540 สุวาณี สุรเสียงสังข์[7] ได้รายงานว่ามีผู้ประกันสุขภาพ 5.897 ล้านคน (9.73% ของประชากรทั้งประเทศ) ในขณะที่การสำรวจอนามัยและสวัสดิการครัวเรือนในปี 2539[9] รายงานจำนวนผู้ทำประกันสุขภาพในภาคเอกชนเพียง 574,610 ราย หรือ 1% ของประชากรทั้งประเทศ (ตารางที่ 7.4)

ค่าใช้จ่ายในระบบประกันสุขภาพภาคเอกชน (คำนวณจากอัตรา 66.74% loss ratio) ในปี 2540 คิดเป็น 2.8% ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศ[9] (ตารางที่ 7.5)

ตารางที่ 7.4 จำนวนประชากรที่รายงานว่ามีประกันในแต่ละระบบ

ระบบประกัน	จำนวน (คน)	%
1. ไม่มีประกัน	32,571,571	54.4
2. สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ	5,371,805	9.0
3. ธุรกิจเอกชน	703,677	1.2
4. ประกันสังคมและกองทุนชดเชยแรงงาน	3,351,546	5.6
5. สวัสดิการผู้มีรายได้น้อย	7,534,745	12.6
6. บัตรประกันสุขภาพ	9,170,239	15.3
7. ประกันภาคเอกชน	574,610	1.0
8. อื่นๆ	496,241	0.8
9. ไม่มีรายงาน	128,348	0.2
รวม	**59,902,781**	**100.0**

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ[10]

ตารางที่ 7.5 เบี้ยประกันสุขภาพภาคเอกชน และค่าใช้จ่ายทางสุขภาพโดยรวม

	เบี้ยประกัน (พันบาท)	ร้อยละ
1. เบี้ยประกันสุขภาพ รวม ปี 2540[1]	7,518.06	4.22
2. ค่าสินไหมทดแทน* ปี 2540[1]	5,017.55	2.82
3. ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพโดยรวมของประเทศ ปี 2541	178,129.05	100

ที่มา: [1] กรมการประกันภัย (*อัตราสินไหมทดแทน = 66.74%)[5]

[2] สถิรกร พงศ์พานิช และคณะ[9]

7.1.6 อัตราเบี้ยประกัน

อัตราเบี้ยประกันของแต่ละบุคคลขึ้นกับ อายุ เพศ ความเสี่ยงในอาชีพ และสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับ ค่าเบี้ยประกันมักแปรผันโดยตรงกับอายุ ยกเว้นทารกแรกเกิดจนถึงเด็กอายุ 5 ปีซึ่งอายุน้อยยิ่งเสียค่าเบี้ยประกันมาก ผู้หญิงเสียเบี้ยประกันต่ำกว่าผู้ชาย 1.5 เท่า อาชีพที่มีความเสี่ยง เช่นในระดับที่ 3 ได้แก่ พนักงานเสนอขาย (salesperson) กรรมกรใน

โรงงาน จะมีอัตราเบี้ยประกันสูงกว่าอาชีพอื่นที่มีระดับความเสี่ยงต่ำเป็น 1.3 เท่า

บริษัทประกันแต่ละบริษัทมักจะเสนอทางเลือกของอัตราเบี้ยประกันจนถึง 4 ระดับ อัตราเบี้ยประกันสำหรับการประกันแบบเป็นกลุ่มจะปรับตามลักษณะทางประชากรของกลุ่มนั้นๆ เช่น อายุ สัดส่วนเพศหญิง ระดับความเสี่ยงของอาชีพ สิทธิประโยชน์ จำนวนสมาชิก ซึ่งการซื้อประกันสุขภาพแบบเป็นกลุ่มมักกระทำโดยนายจ้างที่สามารถให้ความสนับสนุนด้านสิทธิประโยชน์ที่นอกเหนือจากระบบประกันสังคม แต่ได้หยุดชะงักลงภายหลังวิกฤตการณ์เศรษฐกิจตั้งแต่กลางปี 2540

เบี้ยประกันรายบุคคลสำหรับผู้ที่มีอายุ 30 ปีอยู่ระหว่าง 1,550-8,000 บาทต่อปี (สำหรับค่าห้องและค่าอาหารในโรงพยาบาลที่ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อวัน) การประกันสุขภาพแบบกลุ่มสำหรับค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในอยู่ระหว่าง 450-6,800 บาทต่อปี โดยทั่วไป บริษัทประกันจะต้องยื่นขออนุญาตต่อกรมการประกันภัยในการกำหนดอัตราเบี้ยประกัน ซึ่งจะถูกพิจารณาตามประวัติของการจ่ายเงินชดเชยเป็นรายๆ ไป ไม่มีการกำหนดเป็นราคามาตรฐาน ในเดือนพฤษภาคม 2543 กรมการประกันภัยได้จัดตั้งคณะกรรมการในการควบคุมดูแลและกำหนดสิทธิประโยชน์และอัตราเบี้ยประกัน ซึ่งโดยหลักการเป็นการปรับอัตราเบี้ยประกันให้สอดคล้อง กับความเสี่ยงมากกว่าการควบคุมราคา

โดยเฉลี่ยต่อผู้เอาประกันหนึ่งราย อัตราเบี้ยประกันสุขภาพในการประกันชีวิตและการประกันวินาศภัย เท่ากับ 1,917 บาท และ 2,288 บาท ในปี 2540 (ตารางที่ 7.6 และ 7.7)

ตารางที่ 7.6 เบี้ยประกันสุขภาพของธุรกิจประกันชีวิต แบบธรรมดา

	2537	2538	2539	2540
เบี้ยประกัน (พันบาท) [1]	3,263,614	4,370,375	5,609,241	6,788,898
จำนวนกรมธรรม์ [2]	1,601,500	2,459,336	3,339,622	3,541,880
เบี้ยประกันเฉลี่ยต่อกรมธรรม์ (บาท)	2,038	1,777	1,680	1,917

ที่มา: [1] กรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์(5)

[2] สมาคมประกันชีวิตแห่งประเทศไทย(7)

ตารางที่ 7.7 เบี้ยประกันสุขภาพของบริษัทประกันวินาศภัย

	2539	2540	2541	2542
เบี้ยประกัน (พันบาท)	85,505	81,694	65,205	62,345
จำนวนผู้เอาประกัน	41,193	35,711	29,191	32,029
เบี้ยประกันเฉลี่ยต่อราย (บาท)	2,076	2,288	2,234	1,947

ที่มา: บริษัท ประกันสุขภาพไทย จำกัด(11)

7.2 โครงสร้างตลาดและแนวโน้ม

โครงสร้างตลาดของการประกันสุขภาพมีลักษณะที่กระจุกตัว บริษัทยักษ์ใหญ่ซึ่งขายประกันสุขภาพในการประกันชีวิต 3 แห่ง (จาก 12 แห่ง) มีส่วนแบ่งตลาด 88% ของเบี้ยประกันสุขภาพทั้งหมด ในปี 2540 (ตารางที่ 7.8) ตลาดของการประกันวินาศภัยมีลักษณะของการกระจุกตัวน้อยกว่า เนื่องจากมีการขายบริการหลายชนิดตั้งแต่ อัคคีภัย รถยนต์ จนถึงสินค้า การกระจายของตลาดขึ้นกับความสามารถที่แตกต่างกันในการขายประกันแต่ละประเภท บริษัทใหญ่ 5 แห่ง (จาก 21 แห่ง) ของการประกันวินาศภัยมีส่วนแบ่งตลาด 81% ของเบี้ยประกันสุขภาพทั้งหมด ภาพที่ 7.2 แสดงส่วนแบ่งตลาดของเบี้ยประกันสุขภาพระหว่างการประกันชีวิตและการประกันวินาศภัยของกลุ่มบริษัทใหญ่ 5 แห่ง ระหว่างปี 2536-2541

บริษัทประกันชีวิตที่ใหญ่ที่สุด คือ American International Assurance (AIA) ซึ่งเป็นสาขาของบริษัทในฮ่องกง มีส่วนแบ่งตลาด 47% ของการประกันชีวิต และ 53% ของเบี้ยประกันสุขภาพในการประกันชีวิต ในขณะที่ Blue Cross Insurance ซึ่งเป็นบริษัทร่วมทุนต่างชาติ มีส่วนแบ่งตลาดของเบี้ยประกันสุขภาพสูงที่สุดในการประกันวินาศภัย โดยมีส่วนแบ่งตลาดจาก 42% ในปี 2536 เป็น 47% ในปี 2541 (ภาพที่ 7.3) เมื่อพิจารณาโดยรวม AIA ยังคงครองตลาดการประกันสุขภาพในภาคเอกชน โดยมีส่วนแบ่งตลาด 48% ตามมาด้วย ไทยประกันชีวิต ศรีอยุธยา บลูครอส และกรุงเทพประกันชีวิต (ตารางที่ 7.8)

ตารางที่ 7.8 ส่วนแบ่งตลาดของเบี้ยประกันสุขภาพ ในประเทศไทย ปี 2540

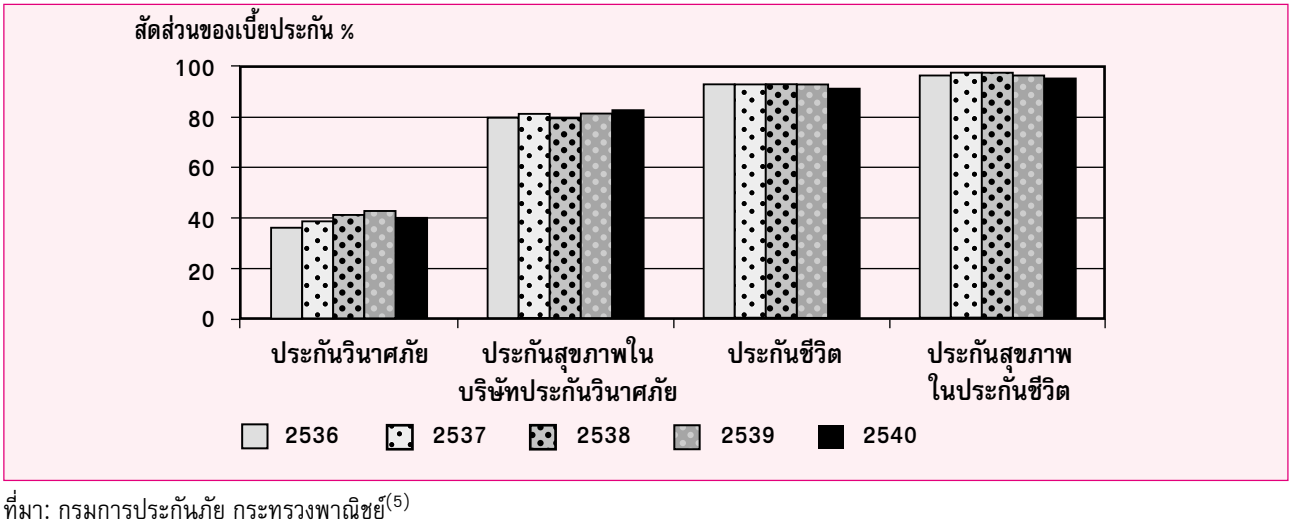
บริษัท	เบี้ยประกันสุขภาพ (ล้านบาท)	ส่วนแบ่งตลาด (%)
ประกันสุขภาพในการประกันชีวิต		
1. A.I.A	3,574.59	53%
2. Thai Life Insurance	1,794.41	26%
3. Sri Ayutthaya CMG Life	576.35	8%
4. Bangkok Life Insurance	312.34	5%
5. Muang Thai Life	255.52	4%
6. South East Insurance	130.06	2%
7. Inter life John Hancock	55.92	1%
8. Prudential T S Life	33.11	0%
9. Siam Commercial Life Insurance	25.31	0%
10. Thai Ocean	17.61	0%
11. Thai Prasit Life Insurance	12.26	0%
12. Siam Life Insurance	1.43	0%
รวม	6,789	100%
ประกันสุขภาพในประกันวินาศภัย		
1. Blue Cross Insurance	344.2	47%
2. Thai Health Insurance	78.26	11%
3. Apex	61.44	8%

ตารางที่ 7.8 ส่วนแบ่งตลาดของเบี้ยประกันสุขภาพ ในประเทศไทย ปี 2540 (ต่อ)

บริษัท	เบี้ยประกันสุขภาพ (ล้านบาท)	ส่วนแบ่งตลาด (%)
4. Cigna Property	57.59	8%
5. Bangkok Insurance	52.91	7%
6. Thai Medical Care	27.42	4%
7. Samaggi Insurance	23.64	3%
8. Bangkok Saha	22.31	3%
9. Commercial Union	18.66	3%
10. Chubb Insurance	8.97	1%
11. General Accident	6.25	1%
12. The safety Insurance	5.96	1%
13. Deves Insurance	5.83	1%
14. Navakij Insurance	5.38	1%
15. Indara Insurance	3.46	0%
16. Insurance One	2.42	0%
17. General QBE Insurance	2.04	0%
18. Muang Thai Life (Non-life business)	1.54	0%
19. Thai Setakij Insurance	0.47	0%
20. Ambassador Insurance	0.42	0%
21. Vanich Insurance	0.003	0%
รวม	729.173	100%

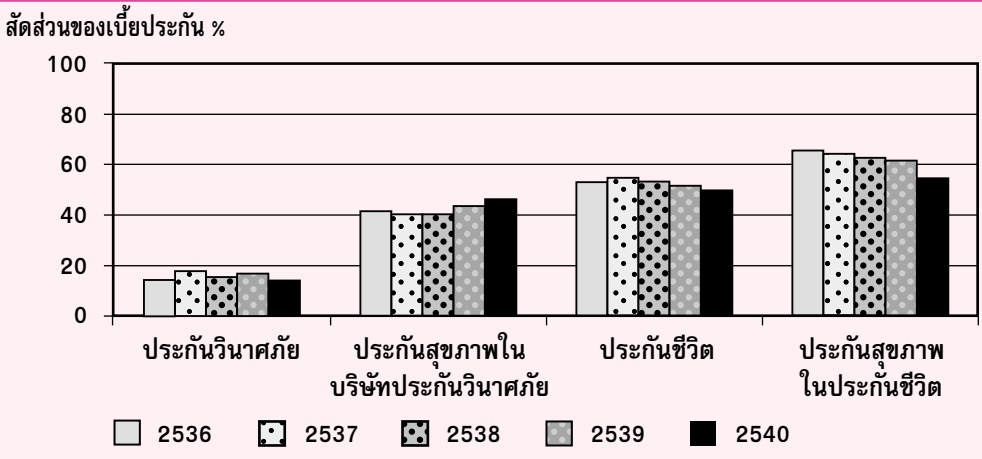
ที่มา: กรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์[5]

ภาพที่ 7.2 ส่วนแบ่งตลาดตามจำนวนเบี้ยประกัน ของบริษัทประกัน 5 อันดับแรก



ที่มา: กรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์[5]

ภาพที่ 7.3 ส่วนแบ่งตลาดตามจำนวนเบี้ยประกัน ของบริษัทประกันที่มีส่วนแบ่งมากที่สุด ในธุรกิจประกันชีวิต ประกันวินาศภัย และประกันสุขภาพ



ที่มา: กรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์[5]

7.3 ผลการดำเนินการและการจัดการความเสี่ยง

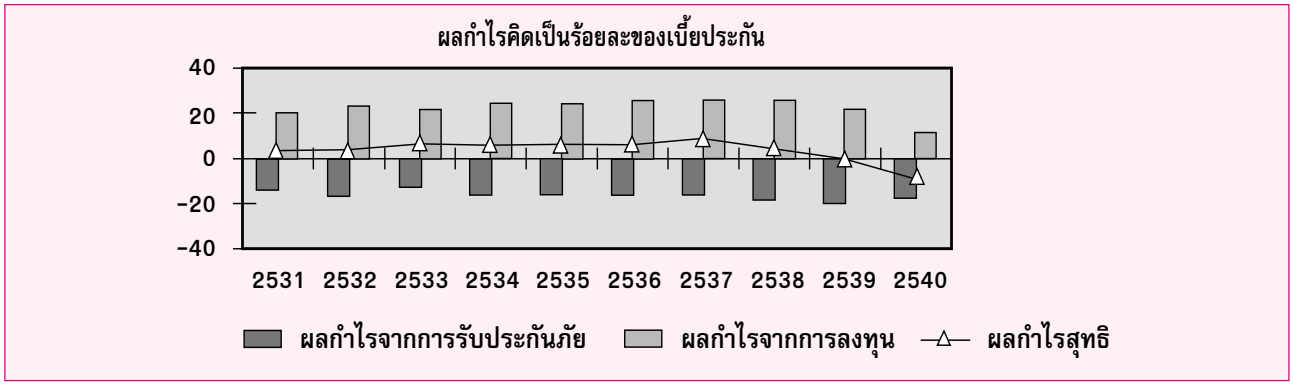
7.3.1 ผลการดำเนินการ

ผลการดำเนินการของธุรกิจประกันวัดได้จากผลกำไรหรือขาดทุนจากการให้ประกันโดยตรงและการนำเงินไปลงทุนด้านอื่นๆ ผลการดำเนินการจากการให้ประกันของบริษัทประกันชีวิตอยู่ในสภาพที่ไม่ดี โดยมีการขาดทุนประมาณ 13% ของยอดเบี้ยประกัน ในปี 2531 และ 20% ในปี 2541 อย่างไรก็ตาม ผลรวมของการดำเนินงานได้รับผลกำไรซึ่งเป็นผลสืบเนื่องจากการลงทุน ดังนั้นเมื่อเกิดภาวะเศรษฐกิจตกต่ำในปี 2540 ผลการดำเนินงานโดยรวมจึงติดลบ มีเพียง AIA ซึ่งเป็นสาขาของบริษัทต่างชาติเท่านั้นที่ยังมีผลการดำเนินการที่ดีกว่าบริษัทอื่นๆ โดยสามารถปรับตัวจนมีผลกำไร 13% ในปี 2541 ได้ (ภาพที่ 7.4 และ 7.5)

สำหรับการประกันวินาศภัย ผลการดำเนินงานโดยรวมยังอยู่ในสภาพที่น่าพอใจ แม้ผลจากการให้ประกันจะลดลงเหลือศูนย์ แต่ผลรวมยังมีกำไร 7% ในระหว่างภาวะวิกฤตในปี 2541 แม้ว่าสาขาของบริษัทต่างชาติจะมีส่วนแบ่งตลาดเพียง 7% แต่ธุรกิจประกันวินาศภัยก็มีผลการดำเนินการที่ดี โดยมีผลกำไรไม่เคยต่ำกว่า 10% ของเบี้ยประกัน และสูงสุดถึง 32% ในปี 2541 (ภาพที่ 7.6 และ 7.7)

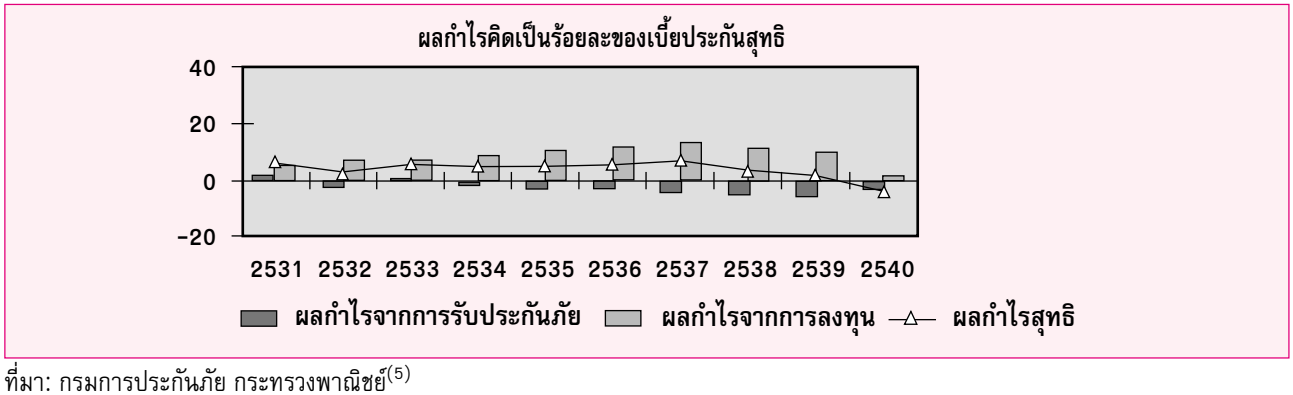
ตลาดส่วนใหญ่ของการประกันสุขภาพในธุรกิจประกันวินาศภัยตกเป็นของบริษัทที่ขายประกันสุขภาพโดยตรง โดยมีผลกำไรจากการดำเนินการเล็กน้อย แม้เป็นบริษัทยักษ์ใหญ่ที่มีส่วนแบ่งตลาดเป็นอันดับที่ 1 (บลูครอส) ผลกำไรก็ไม่เคยมากกว่า 15% ของเบี้ยประกันและลดลงเหลือศูนย์ในปี 2540 (ภาพที่ 7.8) บริษัทที่มีส่วนแบ่งตลาดใหญ่เป็นอันดับ 2 (ไทยประกันสุขภาพ) และ อันดับ 3 (เอเพกซ์) ต้องประสบกับการขาดทุนเนื่องจากการให้ประกัน (ภาพที่ 7.9 และ 7.10)

ภาพที่ 7.4 ผลการดำเนินการของธุรกิจประกันชีวิตทั้งหมด



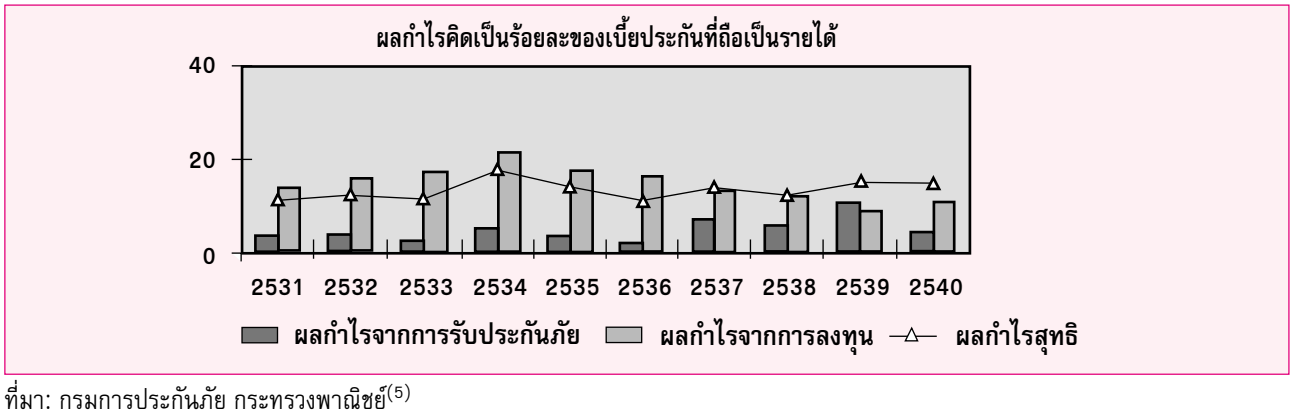
ที่มา: กรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์[5]

ภาพที่ 7.5 ผลการดำเนินการของธุรกิจประกันชีวิตแห่งเดียวที่เป็นสาขาของต่างชาติ



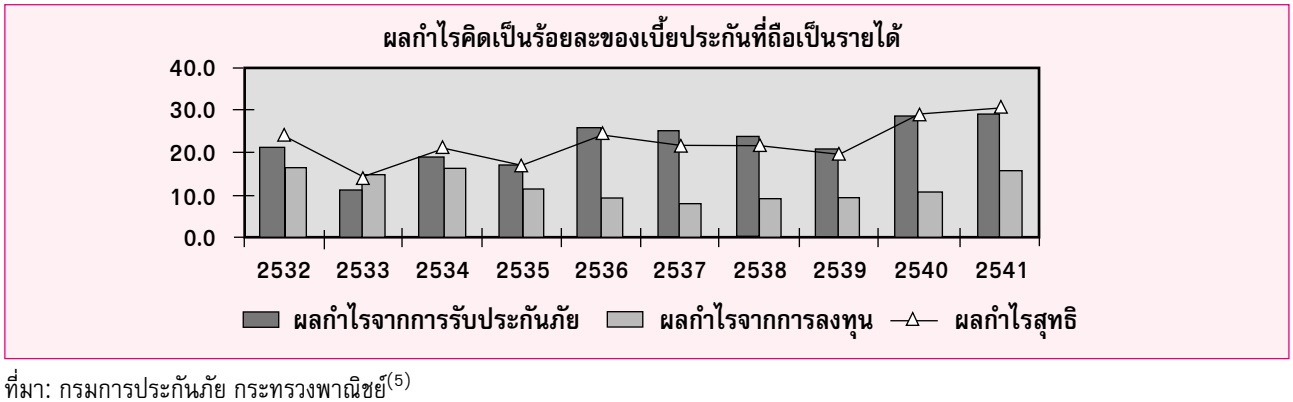
ที่มา: กรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์[5]

ภาพที่ 7.6 ผลการดำเนินการของธุรกิจประกันวินาศภัยทั้งหมด



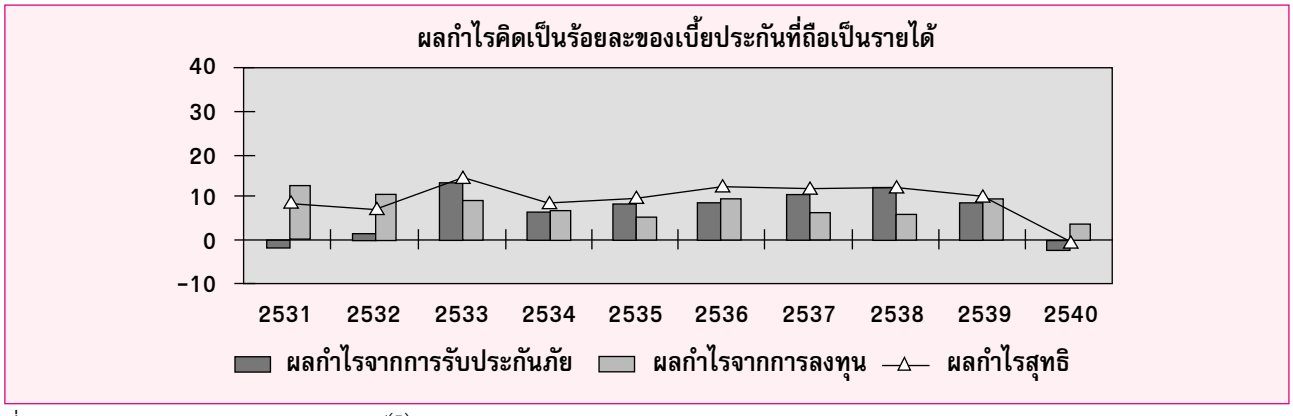
ที่มา: กรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์[5]

ภาพที่ 7.7 ผลการดำเนินการของธุรกิจประกันวินาศภัยโดยรวมที่เป็นสาขาของต่างชาติ



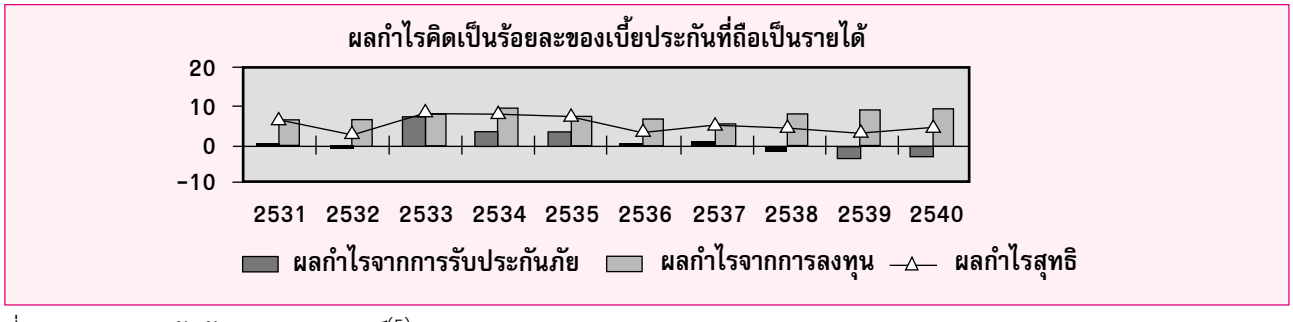
ที่มา: กรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์[5]

ภาพที่ 7.8 ผลการดำเนินการของบริษัทประกันสุขภาพซึ่งมีส่วนแบ่งตลาดอันดับ 1 ในธุรกิจประกันวินาศภัย



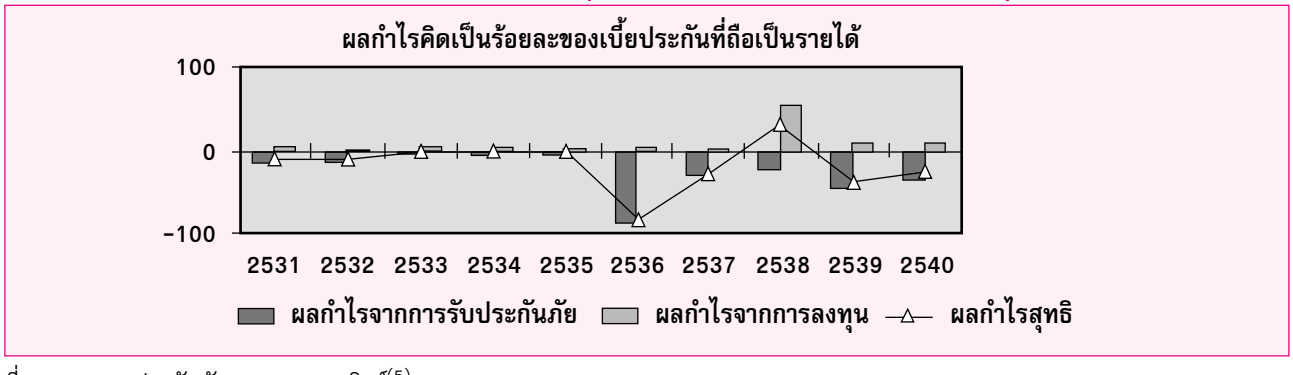
ที่มา: กรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์[5]

ภาพที่ 7.9 ผลการดำเนินการของบริษัทประกันสุขภาพซึ่งมีส่วนแบ่งตลาดอันดับ 2 ในธุรกิจประกันวินาศภัย



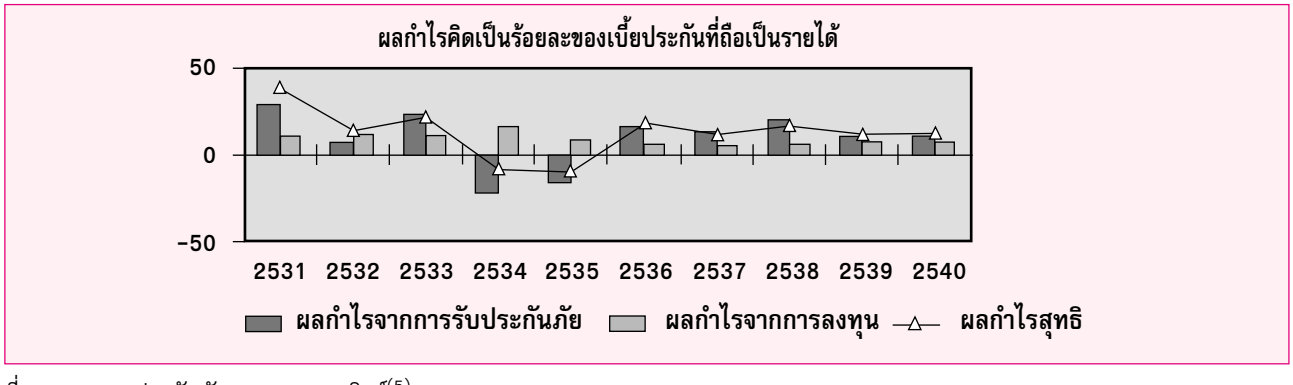
ที่มา: กรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์[5]

ภาพที่ 7.10 ผลการดำเนินการของบริษัทประกันสุขภาพซึ่งมีส่วนแบ่งตลาดอันดับ 3 ในธุรกิจประกันวินาศภัย



ที่มา: กรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์[5]

ภาพที่ 7.11 ผลการดำเนินการของธุรกิจประกันวินาศภัยที่เป็นสาขาของต่างชาติแห่งเดียว ที่ขายประกันสุขภาพร่วมด้วย



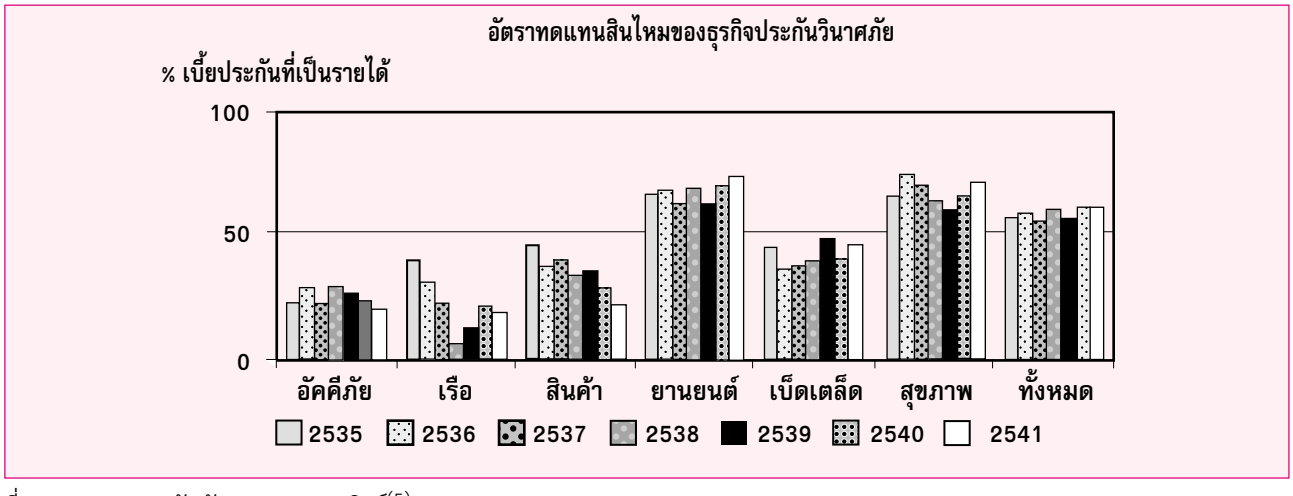
ที่มา: กรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์[5]

บริษัทที่มีส่วนแบ่งตลาดใหญ่เป็นอันดับ 4 ของธุรกิจประกันวินาศภัยที่ให้บริการประกันสุขภาพเป็นสาขาต่างชาติ (ซิกนา พร็อพเพอร์ตี้) ซึ่งเป็นหนึ่งในห้าของสาขาต่างชาติที่รับประกันสุขภาพ บริษัทดังกล่าวมีผลกำไรจากการดำเนินงานและสามารถฝ่าวิกฤตเศรษฐกิจมาได้ แม้ว่าจะมีผลการดำเนินการด้อยกว่าบริษัทประกันภัยที่เป็นสาขาของต่างชาติอื่นที่มิได้ทำธุรกิจประกันสุขภาพ (ภาพที่ 7.11)

7.3.2 อัตราสินไหมทดแทน (loss ratio)

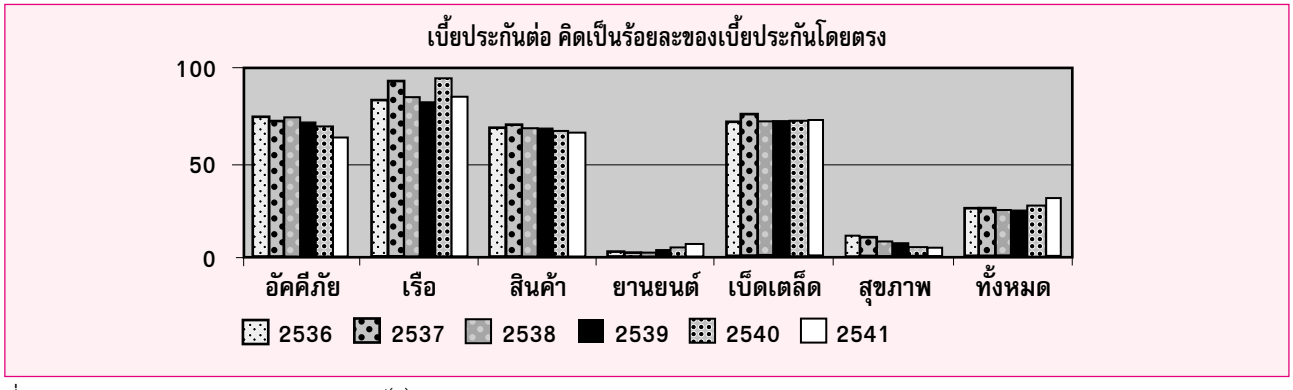
ในบรรดาบริษัทที่ทำธุรกิจประกันวินาศภัย การรับประกันสุขภาพมีอัตราสินไหมทดแทนที่สูงที่สุดพอๆ กับการประกันรถยนต์ โดยมีอัตราตั้งแต่ 60% ถึงเกือบ 80% (ภาพที่ 7.12) โดยเฉพาะการจ่ายเงินชดเชยค่ารักษาพยาบาลสำหรับโรงพยาบาลเอกชน Ceded premium ซึ่งเกิดจากการทำประกันต่อ (reinsurance) กับบริษัทอื่นสำหรับกรณีที่มีความเสี่ยงสูง จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการขาดทุน ภาพที่ 7.13 แสดงให้เห็นสัดส่วนที่สูงของ ceded premium ในการประกันอัคคีภัย สินค้า และเบ็ดเตล็ดซึ่งคิดเป็นประมาณ 70% ของเบี้ยประกันโดยตรง (direct premium) ในทางตรงข้าม การประกันสุขภาพและรถยนต์มีการทำ reinsurance ต่ำกว่า 10% ในปี 2541

ภาพที่ 7.12 อัตราสินไหมทดแทนของธุรกิจประกันวินาศภัย



ที่มา: กรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์[5]

ภาพที่ 7.13 สัดส่วนของเบี้ยประกันที่เป็น ceded premium



ที่มา: กรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์[5]

เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านข้อมูล ทำให้ไม่มีตัวเลขแสดงอัตราสินไหมทดแทนของการประกันสุขภาพในธุรกิจประกันชีวิต จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า อัตราสินไหมทดแทนมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นและผลกำไรลดลง อัตราสินไหมทดแทนของการประกันสุขภาพในธุรกิจประกันวินาศภัยเพิ่มจาก 68% ในปี 2537 เป็น 89% ในปี 2540 อัตราสินไหมทดแทนของบริษัทที่มีส่วนแบ่งตลาดมากที่สุดคือ 75% ในปี 2541 บริษัทที่รับทำประกันสุขภาพเพียงอย่างเดียวมีอัตราสินไหมทดแทนสูงกว่าเล็กน้อยบริษัทที่เป็นสาขาต่างชาติมีผลการดำเนินการเรื่องการจัดการความเสี่ยงค่อนข้างดีทำให้อัตราสินไหมทดแทนต่ำประมาณ 32% (ตารางที่ 7.9)

ตารางที่ 7.9 อัตราสินไหมทดแทน (loss ratio) ค่าใช้จ่าย (expense ratio) และค่าตอบแทน (commission ratio) ของธุรกิจประกันสุขภาพ

	บริษัทประกันสุขภาพอย่างเดียวในประเทศ (6 บริษัท)			บริษัทประกันวินาศภัยอื่น ๆ ในประเทศ (14 บริษัท)			บริษัทสาขาต่างชาติ (1 บริษัท)		
	อัตราสินไหมทดแทน	อัตราค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน	อัตราค่าตอบแทนนายหน้าประกัน	อัตราสินไหมทดแทน	อัตราค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน	อัตราค่าตอบแทนนายหน้าประกัน	อัตราสินไหมทดแทน	อัตราค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน	อัตราค่าตอบแทนนายหน้าประกัน
2536	0.73	0.17	0.14	1.25	ไม่มีข้อมูล	0.12	0.31	ไม่มีข้อมูล	0.14
2537	0.68	0.18	0.13	0.99	ไม่มีข้อมูล	0.13	0.45	ไม่มีข้อมูล	0.20
2538	0.65	0.19	0.12	0.64	ไม่มีข้อมูล	0.08	0.74	ไม่มีข้อมูล	0.23
2539	0.68	0.20	0.12	0.49	ไม่มีข้อมูล	0.07	0.25	ไม่มีข้อมูล	0.10
2540	0.89	0.25	0.10	0.63	ไม่มีข้อมูล	0.06	0.32	ไม่มีข้อมูล	0.08

หมายเหตุ Loss ratio = indemnity expenses / earn premiums

Expense ratio = (underwriting expenses + lost adjustment expenses) / net premiums

Commissions ratio = Commission expenses / direct premiums

7.3.3 กลไกการควบคุมจำกัดค่าใช้จ่าย

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้จัดการบริษัทประกัน 11 แห่ง และการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ 21 แห่งในปี 2543 พบว่า บริษัทประกันมีวิธีการในการจำกัดค่าใช้จ่าย ดังนี้

(1) การจัดการเรื่องความเสี่ยงในกรมธรรม์

โดยปกติการตรวจร่างกายของผู้เอาประกันเป็นเงื่อนไขที่จำเป็นก่อนการเขียนกรมธรรม์ แต่หลายบริษัทมักลดค่าใช้จ่ายในการนี้ด้วยการกำหนดให้ผู้เอาประกันเปิดเผยด้วยตนเอง หากมีการพิสูจน์ได้ว่าผู้เอาประกันระบุความเท็จ การให้ความคุ้มครองจะถูกระงับโดยปริยาย บริษัทประกันมักหลีกเลี่ยงการให้บริการแก่ผู้ที่เดินเข้ามาขอซื้อประกันเพราะเกรงว่าจะเป็นผู้ที่เอาประกันซ้ำซ้อนหรือมีความเสี่ยงสูงและมีแนวโน้มของ moral hazard ค่ารักษาพยาบาลที่ไม่ได้รับความครอบคลุมจากการประกันสุขภาพมักได้แก่ การผ่าตัดเพื่อความสวยงาม การทำหมัน การตั้งครรภ์และคลอด การติดเหล้าติดยา ความผิดปกติทางกรรมพันธุ์หรือโดยกำเนิด และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเรื้อรังบางชนิดได้รับการคุ้มครองในระดับที่จำกัด

มิฉะนั้นต้องเสียเบี้ยประกันเพิ่ม เช่น มะเร็ง เบาหวาน โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง ไตวาย และการปลูกถ่ายอวัยวะ เป็นต้น หากอัตราสินไหมทดแทนสูงผิดปกติการเอาประกันในปีถัดไปก็จะต้องเสียเบี้ยประกันเพิ่มขึ้น หรือการเจ็บป่วยบางชนิดอาจไม่ได้รับการคุ้มครอง บางบริษัทเน้นการให้การฝึกอบรมตัวแทนในการเขียนกรมธรรม์เป็นพิเศษเพื่อป้องกันการรับประกันแก่ผู้ที่มีความเสี่ยงสูง

(2) การควบคุมการจ่ายสินไหมทดแทน

บริษัทประกันมีการสร้างระบบการร้องขอรับเงินชดเชยซึ่งเรียกว่า fax claim เพื่อขอรับการรับรองให้มีการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ ทางโรงพยาบาลจะต้องส่งเรื่องการเจ็บป่วยและการวินิจฉัยไปให้บริษัทประกันพิจารณาอนุมัติก่อนรับผู้เอาประกันไว้นอนรักษา หากบริษัทประกันปฏิเสธการจ่ายทางโรงพยาบาลก็จะแจ้งให้ผู้ป่วยชำระเงินเอง วิธีการเช่นนี้จะช่วยป้องกันการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลที่ไม่จำเป็นลงได้ และก่อนที่จะมีการจำหน่ายผู้ป่วยทางโรงพยาบาลก็จะแจ้งรายการค่ารักษาพยาบาลไปให้บริษัทประกันทราบอีกครั้ง รายการที่ถูกปฏิเสธการจ่ายทางโรงพยาบาลก็จะเรียกเก็บจากผู้ใช้บริการโดยตรง

นอกจากนี้ บริษัทประกันยังมีการออกตรวจสอบบันทึกประวัติการให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้เอาประกันในโรงพยาบาล โดยอาจมีการให้การฝึกอบรมและประชาสัมพันธ์แก่ทางโรงพยาบาลเพื่อป้องกันการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลที่เป็นเท็จ

บริษัทประกันทุกรายมักแสดงความกังวลในค่ารักษาพยาบาลที่สูงโดยโรงพยาบาลเอกชน เพื่อเป็นการลดค่าใช้จ่ายดังกล่าว บริษัทประกันอาจตกลงทำสัญญากับโรงพยาบาลเพื่อการตรวจสอบและขอส่วนลด ซึ่งทางโรงพยาบาลก็อาจยินดีให้ความร่วมมือเพราะถือเป็นผลประโยชน์ร่วมกัน เนื่องจากการที่ผู้ป่วยซึ่งเอาประกันไม่ต้องรับภาระค่ารักษาพยาบาลเป็นจุดขายที่สำคัญของการประกันสุขภาพ ดังนั้น การที่โรงพยาบาลเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากบริษัทประกันโดยตรงจึงเป็นวิธีที่มีประสิทธิผลในการควบคุมค่าใช้จ่าย อย่างไรก็ตามก็อาจทำให้เกิดความล่าช้าในการจำหน่ายผู้ป่วยเนื่องจากต้องรออนุมัติการจ่ายจากบริษัทประกัน

เป็นที่น่าสังเกตว่า การประกันแบบเป็นกลุ่มทำให้มีอัตราสินไหมทดแทนที่ต่ำกว่าการประกันรายบุคคล กรมธรรม์ของการประกันวินาศภัยเป็นสัญญารายปีซึ่งลูกค้าหลักได้แก่พนักงานบริษัทซึ่งเจ้าของธุรกิจมักจะซื้อประกันเพื่อให้เป็น fringe benefit แก่ลูกจ้าง แม้ว่าจะได้รับสิทธิประโยชน์จากพระราชบัญญัติประกันสังคมแล้ววิกฤติการณ์ทางเศรษฐกิจในปี2540 ทำให้การเอาประกันแบบเป็นกลุ่มลดลง และการเอาประกันแบบรายบุคคลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

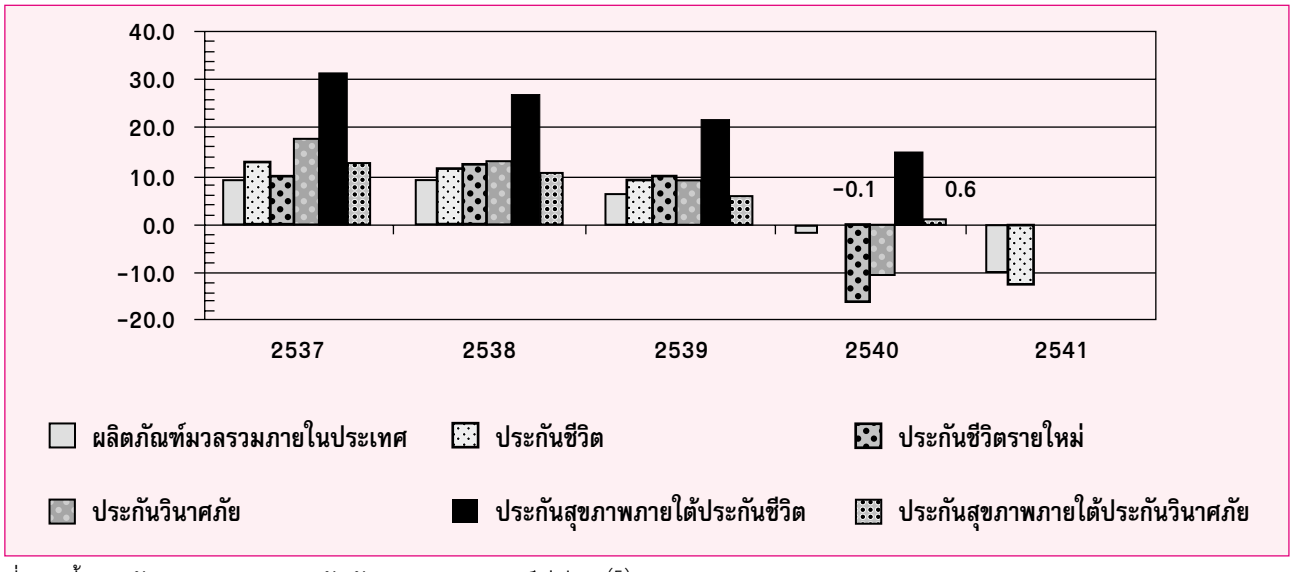
ในทางตรงข้าม ธุรกิจประกันชีวิตมักเสนอการประกันสุขภาพเป็นบริการเสริมเพื่อดึงดูดลูกค้า ทำให้มีปัญหาเรื่อง adverse selection ค่อนข้างน้อย แม้ว่าบางครั้งการให้ประกันสุขภาพ อาจทำให้เกิดการขาดทุน แต่ผลกำไรจากการลงทุนด้วยเบี้ยประกันชีวิตซึ่งมีมูลค่าที่สูงกว่ามาก ก็ทำให้บริษัทประกันชีวิตยังนิยมใช้การประกันสุขภาพเป็นกลยุทธ์ทางการตลาด

7.4 ผลกระทบของการผ่อนคลายเงื่อนไขทางการค้าและวิกฤติการณ์ทางเศรษฐกิจ

ธุรกิจประกันชีวิตและประกันวินาศภัยเติบโตพร้อมกับเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศจนกระทั่งกลางทศวรรษที่ 1990 ในปี 2537 อัตราการเติบโตของ GDP สูงถึง 8.9% ซึ่งกระตุ้นความต้องการของการประกันในภาคเอกชน โดยเบี้ยประกันในปีแรกจากลูกค้ารายใหม่ของธุรกิจประกันชีวิตมีอัตราการเติบโต 10.2% ในปีเดียวกันนี้ อัตราการเติบโตของการประกันสุขภาพในธุรกิจประกันชีวิตมีค่าสูงสุด 31% และในธุรกิจประกันวินาศภัยมีอัตรา 12.8%

วิกฤตเศรษฐกิจซึ่งมีผลกระทบต่อระบบการคลังและการธนาคารในปลายปี 2540 ทำให้การเติบโตของธุรกิจประกันได้รับผลกระทบอย่างรุนแรง เนื่องจากผลการดำเนินงานของบริษัทประกันส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับผลตอบแทนจากการลงทุน ในขณะที่ GDP ลดลง 10.2% ในปี 2541 ธุรกิจประกันในภาคเอกชนมีอัตราการถดถอยที่รุนแรงกว่า (ภาพที่ 7.14)

ภาพที่ 7.14 อัตราการเติบโตต่อปีของเบี้ยประกันชีวิต เบี้ยประกันวินาศภัย และเบี้ยประกันสุขภาพ



ที่มา: เบี้ยประกัน จาก กรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์ ปีต่างๆ[5]

ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ จาก สำนักงานพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2543[8]

ในฐานะสมาชิกของ World Trade Organization (WTO) ประเทศไทยมีเจตจำนงในการส่งเสริมระบบการค้าเสรี ธุรกิจประกันสุขภาพซึ่งถูกจัดโดย GATT ให้อยู่ในส่วนหนึ่งของระบบการเงินการคลัง ก็อยู่ภายใต้เงื่อนไขการส่งเสริมการค้าเสรีดังกล่าว

เงื่อนไขการกีดกันทางการลงทุนจากต่างประเทศมีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ ปี 2535 แม้ว่าบริษัทประกันของต่างประเทศยังมีอยู่เป็นจำนวนน้อย แต่ก็มีส่วนแบ่งตลาดถึง 27% ในปี 2541 มีบริษัทสาขาต่างชาติเพิ่มขึ้น 2 บริษัท จากเดิม 5 บริษัท นอกจากนี้บริษัทร่วมทุนยังมีผู้ถือหุ้นใหญ่เป็นชาวต่างชาติ ซึ่งทำให้บริษัทของคนไทยต้องเผชิญกับการแข่งขันจากบริษัทต่างชาติซึ่งมักมีความสามารถที่สูงกว่า ดังนั้นธุรกิจประกันจะมีสภาพการแข่งขันที่เพิ่มขึ้นหลังจากที่มีการกระจุกตัวอยู่หลายปี

กรมการประกันภัยในฐานะผู้ควบคุมกำกับมีนโยบายและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนเพื่อเอื้อต่อระบบการค้าเสรี ปัจจุบันมีการแก้ไขระเบียบข้อบังคับเพื่อป้องกันการล้มละลาย การรวมตัว และการผูกขาด แม้ธุรกิจประกันจะถือเป็นระบบบริการภาคเอกชน แต่การมีส่วนร่วมควบคุมโดยภาครัฐก็ถือเป็นหัวใจสำคัญเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคมิให้ถูกเอารัดเอาเปรียบ

7.5 บทวิจารณ์และข้อเสนอแนะ

ตอนสุดท้ายนี้เป็นการวิเคราะห์จุดอ่อนจุดแข็งของการประกันแบบสมัครใจในภาคเอกชน และให้ข้อเสนอแนะถึงบทบาทที่ควรจะเป็นต่อการปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อนำไปสู่การมีประกันโดยถ้วนหน้า

ธุรกิจประกันสุขภาพทุกประเภทในประเทศไทยดำเนินการโดยบริษัทที่แสวงหากำไร มีการแข่งขันเพื่อเพิ่มส่วนแบ่งตลาดด้วยการให้สิทธิประโยชน์ที่ลูกค้าพึงพอใจ ในขณะเดียวกันก็มีการหลีกเลี่ยงการจ่ายค่าสินไหมเพื่อเพิ่มผลกำไร ส่วนใหญ่เป็นการเจาะตลาดกลุ่มลูกค้าที่มีรายได้สูงในเขตเมือง โดยเฉพาะเป็นส่วนเสริมของธุรกิจประกันชีวิต เป็นการยากที่ธุรกิจขายประกันสุขภาพจะขยายไปสู่กลุ่มผู้มีรายได้น้อยซึ่งไม่มีประกัน หรือกลุ่มที่มีการจ้างงานชั่วคราว เนื่องจากธุรกิจประกันสุขภาพในภาคเอกชนมีลักษณะที่ยืดหยุ่นต่อรายได้ครัวเรือนและการเติบโตทางเศรษฐกิจ โดยเฉพาะการประกันแบบเป็นกลุ่ม ดังนั้นจึงไม่ควรเป็นแหล่งทุนหลักของระบบประกันสุขภาพในภาวะถดถอยทางเศรษฐกิจของประเทศ การจัดให้มีการประกันสังคมควรเป็นแหล่งที่มีความสำคัญและถาวรกว่า

ปัญหาที่สำคัญในธุรกิจประกันสุขภาพภาคเอกชนอีกประการ คือ adverse selection บริษัทประกันมักปฏิเสธการให้ประกันสำหรับโรคเรื้อรัง มิฉะนั้นจะต้องเสียเบี้ยประกันในอัตราที่แพงขึ้น การกำหนดกรมธรรม์เป็นแบบสมัครใจและให้มีการต่อสัญญาเป็นรายปีทำให้บริษัทประกันได้โอกาสในการบอกเลิกสัญญาและปรับเบี้ยประกันได้โดยสะดวก ดังนั้นผู้ที่มีความเสี่ยงสูงและมีรายได้น้อยจึงต้องรับผิดชอบตนเองหรือตกเป็นภาระของระบบประกันสาธารณะในสังคม

ไม่มีหลักของการรวมความเสี่ยง (risk pooling) ในธุรกิจประกันเอกชน เนื่องจากเบี้ยประกันจะถูกปรับตามลักษณะของผู้เอาประกันแต่ละราย เช่น อายุ เพศ และ อาชีพ แม้การประกันแบบเป็นกลุ่มก็ขึ้นกับลักษณะในกลุ่มของตนเอง ดังนั้น ผู้เสียเปรียบคือ ผู้สูงอายุ คนยากจน และผู้ที่มีความเสี่ยงสูง ทำให้ระบบประกันภาคเอกชนไม่สามารถทำให้บรรลุหลักความเสมอภาคของสังคมในระบบการคลังสุขภาพได้

ระบบการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลของการประกันสุขภาพในภาคเอกชนแบบ fee for service ทำให้เกิดแรงจูงใจแก่โรงพยาบาลที่จะให้บริการมากเกินจำเป็นเพื่อให้ค่ารักษาพยาบาลชนเพดานที่กำหนด บริษัทประกันบางแห่งเสนอให้มีการกำหนดราคาอ้างอิงหรือราคามาตรฐานในแต่ละกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (diagnostic related group) แต่ไม่มีรายใดคิดถึงการควบคุมการจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว (capitation) หรือ global budget

การใช้ระบบรออนุมัติก่อนให้การรับไว้นอนรักษาในโรงพยาบาล (preadmission authorization) ค่อนข้างมีประสิทธิผลในการควบคุมการใช้บริการโรงพยาบาล การตรวจเยี่ยมโรงพยาบาลและตรวจสอบเวชระเบียนโดยบริษัทประกัน ซึ่งเป็นการแสดงถึงความตระหนักในการควบคุมค่าใช้จ่ายของบริษัทประกันอาจช่วยลดปัญหาการเบิกเงินที่เป็นเท็จได้ แต่ได้ผลน้อยในการควบคุมค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการให้บริการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาล

การตรวจสอบการเรียกเก็บเงิน การป้องกันการเบิกที่เป็นเท็จ และการทำระบบบัญชีการเบิกจ่ายภายใต้ระบบ fee for service ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการมากสำหรับบริษัทประกัน

ดังนั้น บทบาทของการประกันสุขภาพโดยภาคเอกชนอาจมี 3 รูปแบบ ดังนี้

7.5.1 เป็นทางเลือกแก่ผู้ที่ไม่ได้รับความคุ้มครองจากระบบประกันสุขภาพอื่นๆ (alternative role) เช่น ในบรรดาผู้ที่ไม่ได้รับความคุ้มครองจากระบบประกันสุขภาพภาคบังคับหรือสวัสดิการสังคม การใช้ระบบประกันสุขภาพโดยภาคเอกชนเป็นทางเลือกอย่างหนึ่ง แต่เบี้ยประกันที่ขึ้นกับความเสี่ยงรายบุคคลไม่สามารถทำให้เกิดความเสมอภาคในระบบการคลังสุขภาพและสนองตอบวัตถุประสงค์ในการรวมความเสี่ยง ดังนั้นมาตรการ เช่น การใช้อัตราเบี้ยประกันแบบ community rate เพื่อความเสมอภาค และการใช้การประกันต่อ (reinsurance) อาจเป็นทางออก

7.5.2 เป็นส่วนเสริมเพิ่มให้กับผู้ที่ได้รับความคุ้มครองจากระบบประกันสุขภาพภาคบังคับหรือสวัสดิการสังคม (additional role) การได้รับประกันสุขภาพโดยภาคเอกชนที่ซ้ำซ้อนในสิทธิประโยชน์เดียวกันย่อมทำให้เกิดความไม่มีประสิทธิภาพ จากงานปฏิรูประบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการพบว่า ข้าราชการที่มีประกันภาคเอกชนร่วมด้วยจะทำการเบิกค่ารักษาพยาบาลจากทั้งรัฐและบริษัทประกัน ทำให้รัฐต้องออกกฎให้ผู้มีประกันซ้ำซ้อนทำการเบิกจากบริษัทประกันเอกชนก่อน และส่วนที่เกินจึงให้เบิกจากรัฐสวัสดิการ ดังนั้นบทบาทของการประกันโดยภาคเอกชนควรเป็นส่วนเสริมของการประกันภาคบังคับที่ไม่ได้ให้ความคุ้มครอง

7.5.3 เป็นส่วนหนึ่งในระบบภาคบังคับ (composition in compulsory scheme) ในกฎหมายคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถซึ่งกำหนดให้ธุรกิจประกันวินาศภัยรับผิดชอบการจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรนั้น พบว่ามีปัญหาหลายประการ เช่น มีค่าใช้จ่ายในการทำกรมธรรม์ที่สูง การจ่ายเงินชดเชยตามกฎหมายดังกล่าวต่ำกว่าที่ควรจะเป็น เนื่องจากเงื่อนไขการจ่ายที่เข้มงวดซึ่งกำหนดในกฎหมาย และมีการประวิงการจ่ายหรือปฏิเสธการจ่ายของบริษัท โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีหลักฐานประกอบการเรียกเก็บไม่ครบ ปัญหาการเรียกเก็บเงินจากโรงพยาบาลสูงกว่าที่ควรเพื่อให้ชนเพดานที่กฎหมายอนุญาต ทำให้ภาระค่ารักษาพยาบาลส่วนใหญ่ตกอยู่กับผู้ประสบภัยเองและคู่กรณี หรือถูกผลักไปสู่ระบบประกันสุขภาพและสวัสดิการรักษาพยาบาลอื่นๆ

การจัดให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นกุญแจที่สำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย ทิศทางการปฏิรูปควรนำไปสู่เป้าหมายทางสังคม 3 ประการ คือ ความเสมอภาค ประสิทธิภาพ และคุณภาพ ดังนั้น ระบบประกันสุขภาพพื้นฐานควรประกอบไปด้วยความยุติธรรมทางการคลัง ประสิทธิภาพในการใช้จ่าย และผู้รับบริการสุขภาพ มีความพึงพอใจ ธุรกิจประกันสุขภาพโดยภาคเอกชนอาจเข้ามามีส่วนร่วมในระบบใหม่นี้โดยใช้การเก็บเบี้ยประกันแบบ community rate และเป็นผู้รับ reinsurance ให้แก่การประกันในภาคสาธารณะ

สิทธิประโยชน์ของการประกันโดยภาคเอกชนควรจัดเป็นส่วนเสริม มิใช่การให้ความคุ้มครองที่ซ้ำซ้อนกับสิทธิประโยชน์หลักที่ครอบคลุมโดยการประกันในภาคสาธารณะ การให้ภาคเอกชนมีบทบาทในการเสนอสิทธิประโยชน์หลักด้วยการเก็บเบี้ยประกันแบบ community rate แข่งกับภาครัฐสำหรับคนที่ไม่เคยมีประกันมาก่อน เป็นข้อถกเถียงที่ยังไม่มีข้อยุติต่อไป

7.6 เอกสารอ้างอิง

1. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, บรรณาธิการ. การสาธารณสุขไทย 2540-2541. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก; 2542.
2. Tangcharoensathien V, Laixuthai A, Vasavit J, et al. National health accounts development: lessons from Thailand. Health Policy and Planning (1999). 14(4): 342-53.
3. Mallikamas S. Private health insurance in Thailand: an investigation of flow of funds. Bangkok: Faculty of Economics, Chulalongkorn University; 1992.
4. Kiranandana T. Voluntary health insurance in Thailand. in: Health Financing in Thailand. Bangkok: Ministry of Public Health; 1993. p.123-46.
5. กรมการประกันภัย. รายงานประจำปี ธุรกิจการประกันภัย 2535-2540. กรุงเทพฯ: กระทรวงพาณิชย์; 2535-2540.
6. จรีพร โกลากุล. การประกันสุขภาพและสิทธิประโยชน์ในภาคธุรกิจเอกชน. ใน: ปรากรม วุฒิพงศ์ และคณะ; บรรณาธิการ. ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ศูนย์ศึกษานโยบายสุขภาพ, มหาวิทยาลัยมหิดล; 2532. หน้า 189-214.
7. สุวาณี สุรเสียงสังข์. การประกันสุขภาพเอกชนในประเทศไทย, รายงานการวิจัย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2542.
8. NESDB. Report on National Account, several years. Bangkok: Office of Prime Minister, National Economic and Social Development Board.
9. สถิรกร พงศ์พานิช, วัฒนา สุวรรณแสง จั่นเจริญ, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ. ระบบบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2539 และ 2541. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2543.

10. National Statistical Office. The 1996 health and welfare survey. Bangkok: Office of Prime Minister. 1996.
11. บริษัท ประกันสุขภาพไทย. ข้อมูลติดต่อส่วนตัว. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ภาค 3

นวัตกรรมของระบบประกันสุขภาพ

บทที่ 8 **ระบบประกันสุขภาพชนิดใหม่**

โดย สุพล ลิมวัฒนานนท์, ภ.บ., Ph.D.

บทที่ 9 **กลุ่มออมทรัพย์กับสวัสดิการสุขภาพชุมชน**

โดย เสรี พงศ์พิศ, Ph.D.

บทที่ 8

ระบบประกันสุขภาพชนิดใหม่

สุพล ลิมวัฒนานนท์, ภ.บ., Ph.D.
คณะเภสัชศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น

8.1 การประกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร (Traffic Accident Insurance)

อุบัติเหตุจากการจราจรทางบกเป็นที่มาของความสูญเสียต่อสุขภาพและชีวิตของปัจเจกชนรวมทั้งต่อเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ ท่ามกลางความจำกัดของทรัพยากรสาธารณสุขในประเทศกำลังพัฒนา ผลกระทบจากปัญหาดังกล่าวย่อมมีความรุนแรงมากขึ้น จึงมีผู้เห็นความสำคัญในการใช้การประกันสุขภาพเพื่อเป็นเครื่องมือในการกระจายความเสี่ยงทางการเงิน (Financial risk) ต่อภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ประสบอุบัติเหตุไปสู่ผู้เอาประกันโดยส่วนรวม (insurance pool)

ในจำนวนประชากรประมาณ 62 ล้านคน ประเทศไทยมียานพาหนะที่ได้รับการจดทะเบียนทั่วประเทศมากกว่า 15 ล้านคัน คิดเป็นจำนวนที่เพิ่มขึ้นประมาณปีละ 14% ในรอบทศวรรษที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ (ประมาณร้อยละ 65) ของยานพาหนะประเภทต่างๆ เป็นรถมอเตอร์ไซค์ ซึ่งจัดเป็นรถที่มีส่วนเกี่ยวข้องในอุบัติเหตุจำนวนมากที่สุด ประมาณว่าในวันหนึ่งๆ มีอุบัติเหตุจราจรเกิดขึ้นถึง 197 ครั้ง ยังผลให้เกิดการบาดเจ็บและการตายในอัตรา 80.09 และ 22.75 ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2540[1]

อุบัติเหตุจราจรจัดเป็นหนึ่งในสามสาเหตุการตายที่สำคัญในช่วงกว่า 3 ทศวรรษที่ผ่านมา อัตราตายของผู้ได้รับอุบัติเหตุ คิดเป็นร้อยละ 3.6 ของผู้บาดเจ็บที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง[2] ส่วนใหญ่ของผู้เสียชีวิตมักมีอายุในวัยทำงาน (ค่าเฉลี่ย 31.8 ปี) คิดเป็นจำนวนปีของความสูญเสียทางการผลิต (potential productive years of life lost) ประมาณ 312 ปีต่อประชากร 100,000 คน[3]

ความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากอุบัติเหตุจราจรมีจำนวนมหาศาล คิดเป็นรายได้จากการทำงานที่ต้องสูญเสียไปเนื่องจากการเสียชีวิตก่อนเวลาอันควรประมาณ 4.8 ล้านบาทต่อราย[4] ความเสียหายต่อชีวิต ร่างกาย และทรัพย์สินโดยรวมของประเทศคิดเป็นจำนวนถึง 1,571.8 ล้านบาทในปี 2540[1]

ในประเทศไทย ระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้ประสบอุบัติเหตุจราจรอยู่ภายใต้การควบคุมกำกับของกฎหมายประกันภัยรถซึ่งบังคับใช้แก่เจ้าของรถทุกคัน กฎหมายดังกล่าว

มุ่งบรรเทาความเสียหายแก่ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายที่ประสบอุบัติเหตุจากการใช้รถโดยเฉพาะอย่างยิ่งความเสียหายต่อสุขภาพและชีวิต นโยบายสาธารณะดังกล่าวต้องผ่านอุปสรรคและความล่าช้านานัปการเป็นระยะเวลากว่า 40 ปี จนกระทั่งได้รับการประกาศใช้เป็นกฎหมาย ภายใต้ชื่อ “พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535” ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่ วันที่ 5 เมษายน 2536

8.2 วิวัฒนาการของระบบประกันสำหรับผู้ประสบภัยจากอุบัติเหตุจราจร

ระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้ประสบอุบัติเหตุจราจรเกิดขึ้นเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2497 ตามพระราชบัญญัติขนส่งทางบกซึ่งควบคุมกำกับโดยกระทรวงคมนาคม กฎหมายดังกล่าวมีผลใช้บังคับในวงจำกัดเพียงรถบรรทุกรับจ้าง โดยให้ความคุ้มครองความเสียหายต่อสุขภาพและชีวิตของบุคคลที่สามในวงเงินขั้นต่ำ 5,000 บาท

ต่อมาในปี 2506 ได้มีความพยายามของกรมตำรวจ กระทรวงมหาดไทย ที่จะเสนอกฎหมายคุ้มครองความเสียหายจากอุบัติเหตุจราจร โดยอาศัยกลไกของระบบประกันภาคเอกชน ที่ขยายวงในการครอบคลุมการประกันต่อสุขภาพและชีวิตของบุคคลที่สาม โดยใช้บังคับกับรถยนต์ทุกประเภท

ในปี 2511 และ 2520 กระทรวงพาณิชย์ได้พยายามเสนอกฎหมายประกันภัยบุคคลที่สามที่คล้ายคลึงกัน โดยเพิ่มเงื่อนไขของการไม่ต้องรอพิสูจน์ความรับผิดสำหรับการชดเชยค่าเสียหายเบื้องต้นและเสนอการจัดตั้งกองทุนคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถจากเงินส่วนแบ่งของบริษัทประกัน อย่างไรก็ตาม ร่างกฎหมายทั้งสามฉบับดังกล่าวก็ไม่สามารถผ่านการรับรองในระดับกระทรวง

ในปี 2526 ร่างกฎหมายของกระทรวงพาณิชย์ฉบับที่ 2 ก็ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการอุบัติภัยแห่งชาติภายใต้การนำของนายกรัฐมนตรี พลเอก เปรม ติณสูลานนท์ ในฐานะประธานคณะกรรมการขณะนั้น ด้วยเหตุผลสำคัญคือ ปัญหาค่าใช้จ่ายจำนวนมากที่ผู้ประสบภัยไม่สามารถแบกรับได้และตกเป็นภาระของรัฐ ในขณะเดียวนั้นรถบางประเภท เช่น แท็กซี่ รถโดยสารประจำทาง และรถบรรทุกรับจ้างก็ถูกบังคับให้มีประกันต่อผู้โดยสารและบุคคลที่สามตามกฎหมายควบคุมการขนส่งและกฎหมายจราจรทางบกอยู่แล้ว ได้มีการเพิ่มเติมสาระบางอย่างเพื่อความชัดเจนในทางปฏิบัติ เช่น มาตรการบังคับแก่รถที่ทำให้เกิดความเสียหาย การจัดตั้งคณะกรรมการเพื่อรักษาการตามกฎหมาย และการจัดตั้งสำนักงานกองทุนคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ เป็นต้น รวมทั้งชื่อของกฎหมายที่เดิมมุ่งเน้นความคุ้มครองเฉพาะบุคคลที่สามเป็นการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ร่างกฎหมายดังกล่าวใช้ระยะเวลาดำเนินการนานเกือบ 2 ปีจนกระทั่งรัฐบาลหมดวาระลงก่อนที่จะได้รับการรับรองจากรัฐสภา

ในช่วงเวลาไล่เลี่ยกันก่อนการกำเนิดของกฎหมายฉบับปัจจุบัน มีอุบัติเหตุหมู่ 2 ครั้งตกเป็นข่าวพาดหัวทางหน้าหนังสือพิมพ์ ทำให้นายกรัฐมนตรีในสมัยนั้น (พลเอก ชาติชาย ชุณหะวัณ) เร่งรัดให้มีการเสนอกฎหมายที่คล้ายคลึงกัน อย่างไรก็ตาม ได้เกิดการรัฐประหาร

โดยทหารขึ้นเสียก่อน

กฎหมายการประกันความเสียหายต่อสุขภาพและชีวิตของผู้ประสบอุบัติเหตุที่ใช้บังคับฉบับปัจจุบันได้ถูกนำเสนอโดยกระทรวงพาณิชย์เมื่อปี 2534 และผ่านการรับรองของรัฐสภาในเดือนเมษายน 2535 เค้าของปัญหาต่างๆ ในกฎหมายดังกล่าว เริ่มจากความไม่พร้อมในการบังคับให้เจ้าของรถทำประกันรถของตน ซึ่งได้มีการเลื่อนวันบังคับใช้จากเดิม 180 วัน ไปเป็น 360 วัน หลังจากการประกาศในราชกิจจานุเบกษา และมีการเลื่อนการบังคับใช้แก่รถมอเตอร์ไซค์ที่ได้จดทะเบียนก่อนวันที่มีผลบังคับใช้ ปัญหาที่สำคัญต่อมาคือการดำเนินการเบิกจ่ายค่าเสียหายจากบริษัทประกันให้แก่ผู้ประสบอุบัติเหตุ จนกระทั่งต้องมีการแก้ไขกฎหมายดังกล่าวเป็นครั้งใหญ่ในปี 2540 ซึ่งจะได้กล่าวในรายละอียดต่อไป

8.3 วัตถุประสงค์ของการประกันความเสียหายของผู้ประสบภัยจากอุบัติเหตุจราจร

การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรเป็นความเจ็บป่วยที่มีการใช้ทรัพยากรสาธารณสุขจำนวนมหาศาล (catastrophic illness) ประมาณหนึ่งในสี่ของผู้บาดเจ็บต้องเข้ารับการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล[5] ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้เวลานอนรักษาตัวค่อนข้างนานโดยมีค่ามัธยฐานสำหรับโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครประมาณ 10-12 วัน[6] โดยเฉลี่ยผู้ป่วยแต่ละรายต้องเสียค่าใช้จ่ายให้โรงพยาบาลประมาณหนึ่งหมื่นสองพันถึงสองหมื่นหกพันบาท[2,6,7] ค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งเรียกเก็บสำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุจราจรสูงถึง 71% ของค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุทั้งหมด[2]

เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ค่อนข้างแพง ทำให้ผู้ที่ประสบอุบัติเหตุจราจรต้องเผชิญกับความเสี่ยงด้านการเงินเป็นอย่างมาก การเรียกร้องค่าเสียหายจากผู้กระทำผิดเป็นขั้นตอนที่ยุ่งยากและยาวนาน ทำให้ผู้บาดเจ็บไม่ได้รับการชดเชยความเสียหายอย่างเต็มเม็ดเต็มหน่วย ผู้ป่วยอาจไม่ได้รับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องอย่างทันท่วงทีจากสถานพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งเอกชนหากผู้ป่วยไม่สามารถรับภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นได้ สิ่งเหล่านี้อาจส่งผลให้เกิดการขาดความต่อเนื่องในการรักษาพยาบาลจนอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ในสถานบริการสุขภาพของรัฐ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในส่วนที่ไม่ได้รับการชำระจะต้องถูกใช้จากงบประมาณแผ่นดินตามโครงการสวัสดิการรักษาพยาบาลประชาชนผู้มีรายได้น้อย มิฉะนั้นโรงพยาบาลอาจต้องยอมแบกรับภาระหนี้สูญเหล่านี้เสียเอง หากเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในลักษณะของอุบัติเหตุหมู่ภาระทางการเงินต่อสังคมย่อมมีความรุนแรงสูงขึ้น ดังนั้นรัฐจึงเล็งเห็นความจำเป็นในการใช้การประกันเป็นเครื่องมือกระจายความเสี่ยงทางการเงินโดยอาศัยบริษัทประกันภัยเอกชนเข้ามาเป็นผู้แบ่งเบาภาระดังกล่าวในด้านการจัดการ

กฎหมายคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถปี 2535 จึงถือเป็นนโยบายสาธารณะที่มุ่งส่งเสริมการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องด้วยการชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้นต่อร่างกายและชีวิตของผู้ประสบอุบัติเหตุอย่างทันท่วงทีโดยอาศัยกลไกของระบบประกัน ผลประโยชน์จากกรมธรรม์ของการประกันนอกจากจะให้ความคุ้มครองแก่บุคคลที่สามแล้ว ยังตกแก่ผู้เสียหาย

ตารางที่ 8.1 สรุปการชดเชยค่าเสียหายและวิธีการเบิกจ่ายของระบบประกันอุบัติเหตุตามลักษณะของผู้บาดเจ็บและคู่กรณี

ลักษณะความรับผิดและการมีประกันของยานพาหนะของคู่กรณี (บุคคลที่สาม)		ผู้บาดเจ็บเป็นผู้ขับขี่รถของบุคคลที่ 2 ซึ่ง		ผู้บาดเจ็บเป็นผู้โดยสารรถของบุคคลที่ 2 ซึ่ง		ผู้บาดเจ็บเป็นผู้เดินเท้าหรือขี่จักรยาน
		มีประกัน	ไม่มีประกัน	มีประกัน	ไม่มีประกัน	
ปรากฏตัวและเป็นฝ่ายผิด	มีประกัน	บ. 2 (บต.) บ. 3 (สก.)	บ. 3 (บต.) บ. 3 (สก.)	บ. 2 (บต.) บ. 3 (สก.)	บ. 3 (บต.) บ. 3 (สก.)	บ. 3 (บต.) บ. 3 (สก.)
	ไม่มีประกัน	บ. 2 (บต.) บ. 2 (สก.)	กองทุน (บต.) ม. 23 (1)	บ. 2 (บต.) บ. 2 (สก.)	กองทุน (บต.) ม. 23 (1)	กองทุน (บต.) ม. 23 (1)
ปรากฏตัวและเป็นฝ่ายถูก	มีประกัน	บ. 2 (บต.)[1]	กองทุน (บต.)[1, 2] ม. 23 (1)	บ. 2 (บต.)[1] บ. 2 (สก.)[1]	กองทุน (บต.)[1] ม. 23 (1)	กองทุน (บต.)[1] ม. 23 (1)
	ไม่มีประกัน	บ. 2 (บต.)[1]	กองทุน (บต.)[1, 2] ม. 23 (1)	บ. 2 (บต.)[1] บ. 2 (สก.)[1]	กองทุน (บต.)[1] ม. 23 (1)	กองทุน (บต.)[1] ม. 23 (1)
ไม่ปรากฏตัว	รถถูกขโมย ม. 23 (2)	กองทุน (บต.)	กองทุน (บต.)	กองทุน (บต.)	กองทุน (บต.)	กองทุน (บต.)
	รถไม่มีประกัน ม. 23 (3)	กองทุน (บต.)	กองทุน (บต.)	กองทุน (บต.)	กองทุน (บต.)	กองทุน (บต.)
	รถชนแล้วหนี ม. 23 (4)	กองทุน (บต.)	กองทุน (บต.)	กองทุน (บต.)	กองทุน (บต.)	กองทุน (บต.)
ไม่มีผู้อื่นเกี่ยวข้อง (ผู้บาดเจ็บเกิดอุบัติเหตุเอง เช่น รถคว่ำ)		บ. 2 (บต.)[1]	กองทุน (บต.)[1, 2] ม. 23(1)	บ. 2 (บต.)[1] บ. 2 (สก.)[1]	กองทุน (บต.)[1] ม. 23(1)	-

ระดับความคุ้มครอง

บต. (ค่าเสียหายเบื้องต้น) ในวงเงินไม่เกิน 15,000 บาท สำหรับค่ารักษาพยาบาลการบาดเจ็บ และจ่ายเต็มจำนวน 15,000 บาท สำหรับค่าปลงศพเมื่อเกิดตาย และรวมแล้วไม่เกิน 30,000 บาท หากมีการรักษาพยาบาลการบาดเจ็บแล้วตาย

สก. (ค่าสินไหมทดแทนในส่วนที่เกินจากค่าเสียหายเบื้องต้น) ในวงเงิน 15,001-50,000 บาท สำหรับค่ารักษาพยาบาลการบาดเจ็บ และจ่ายเต็มจำนวน 80,000 บาท (รวมค่าเสียหายเบื้องต้นด้วยแล้ว) สำหรับค่าปลงศพเมื่อเกิดการตาย หรือทุพพลภาพถาวร หรือสูญเสียอวัยวะที่สำคัญ ได้แก่ ตาบอด หูหนวก เป็นใบ้ แขนขาขาด สูญเสียอวัยวะเพศ

วิธีการเบิกจ่าย

บ. 2 เบิกจ่ายจากบริษัทประกันของบุคคลที่ 2 (เจ้าของยานพาหนะของผู้บาดเจ็บที่เป็นผู้ขับขี่หรือผู้โดยสาร)

บ. 3 เบิกจ่ายจากบริษัทประกันของบุคคลที่ 3 (เจ้าของยานพาหนะคู่กรณีของผู้บาดเจ็บ)

กองทุน เบิกจ่ายจากกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ ตามมาตรา 23(1), (2), (3) และ (4)

หมายเหตุ

[1] หากความเสียหายนั้นเกิดจากการกระทำโดยจงใจหรือความประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง บริษัทประกันและกองทุนทดแทนสามารถเรียกคืนเงินชดเชยที่จ่ายไปแล้วได้ (มาตรา 31)

[2] ผู้บาดเจ็บซึ่งเป็นเจ้าของรถที่ไม่มีประกันอาจถูกกองทุนทดแทนเรียกเงินชดเชยคืนรวมทั้งส่วนเพิ่มอีก 20% ของเงินชดเชยดังกล่าว (มาตรา 26)

ที่มา: ดัดแปลงจาก คู่มือแนวทางปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2541[8]

ที่เป็นผู้โดยสารและผู้ขับขี่ยานพาหนะที่เอาประกันด้วย อย่างไรก็ตามการคุ้มครองดังกล่าวจำกัดเฉพาะความเสียหายต่อร่างกาย (ความบาดเจ็บและพิการ) และชีวิตเท่านั้น ไม่รวมถึงความเสียหายต่อยานพาหนะและทรัพย์สิน

8.4 การบริหารจัดการในระบบประกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร

แม้กฎหมายประกันภัยฉบับปัจจุบันจะมุ่งให้ความคุ้มครองสุขภาพและชีวิตแก่ผู้ประสบภัยจากอุบัติเหตุจราจรโดยถ้วนหน้าอย่างทันท่วงที แต่ระดับของการชดเชยค่าเสียหายและวิธีการเบิกจ่ายเงินค่าชดเชยดังกล่าวจากระบบประกันมีความแตกต่างกันตามเงื่อนไขการตีความตามที่กฎหมายกำหนด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะความรับผิดและสถานภาพของการมีประกันของผู้เกี่ยวข้องในอุบัติเหตุ ซึ่งได้แก่ ผู้บาดเจ็บ (หรือบุคคลที่สองผู้เอาประกัน) และคู่กรณี (หรือบุคคลที่สาม) เป็นสำคัญ ตารางที่ 8.1 ได้สรุปเงื่อนไขของระดับการให้ความคุ้มครองตามลักษณะของผู้เกี่ยวข้องไว้[8]

8.4.1 การให้ความคุ้มครองและผลประโยชน์ของระบบประกัน

ผลประโยชน์ที่กำหนดภายใต้กฎหมายประกันอุบัติเหตุจราจรฉบับปัจจุบัน มุ่งเน้นที่การชดเชยค่ารักษาพยาบาลตั้งแต่บาทแรกโดยปราศจากการให้ผู้ป่วยมีส่วนแบกรับค่าใช้จ่าย ซึ่งตามกฎกระทรวงฉบับล่าสุดกำหนดวงเงินไว้ที่ 5 ล้านบาทต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้งสำหรับรถยนต์นั่งไม่เกิน 7 ที่นั่ง และ 10 ล้านบาทสำหรับรถเกิน 7 ที่นั่ง ระบบการเบิกจ่ายเป็นแบบการจ่ายย้อนหลังตามปริมาณการรักษาพยาบาลที่ใช้ไปจริง (retrospective fee-for-service reimbursement) อย่างไรก็ตามได้มีการกำหนดวงเงินชดเชยสูงสุดไว้ ดังนี้

(1) การชดเชยค่าเสียหายเบื้องต้น

ภายใต้กฎกระทรวงฉบับปัจจุบันวงเงินค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บแต่ละรายกำหนดไว้ไม่เกิน 15,000 บาท การรักษาพยาบาลที่ให้ความคุ้มครองได้แก่ (1) ยา เลือดและส่วนประกอบของเลือด อิเลคโตรไลต์ และสารอาหาร (2) อวัยวะเทียม (3) อาหารและห้องพัก (4) รถพยาบาลและการปฐมพยาบาลระหว่างนำส่งโรงพยาบาล (5) การช่วยหายใจและกระตุ้นหัวใจ (6) วัสดุการแพทย์ และ (7) การตรวจรักษา การวินิจฉัย การผ่าตัด กายภาพบำบัด เอกซเรย์ และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ อัตราค่ารักษาพยาบาลของแต่ละรายการดังกล่าวถูกกำหนดไว้ตามบัญชีประกาศซึ่งเป็นราคาที่เท่ากันทั่วประเทศ และแตกต่างกันตามระดับของโรงพยาบาล (คือ น้อยกว่า 50 เตียง 50-100 เตียง และ มากกว่า 100 เตียง) สำหรับ 4 กลุ่มรายการสุดท้าย

สำหรับค่าชดเชยต่อผู้ตาย กำหนดให้จ่ายเป็นจำนวนเต็ม 15,000 บาท และหากมีค่ารักษาพยาบาลก่อนหน้านั้นก็ให้จ่ายได้เป็นจำนวนรวมไม่เกิน 30,000 บาท

(2) การชดเชยค่าสินไหมทดแทนส่วนที่เกินจากค่าเสียหายเบื้องต้น

ปัจจุบันกำหนดวงเงินไว้ไม่เกิน 50,000 บาทสำหรับผู้บาดเจ็บ ซึ่งเป็นวงเงินที่ได้รวมค่าเสียหายเบื้องต้นไว้ด้วยแล้ว ข้อแตกต่างที่สำคัญจากความคุ้มครองในส่วนของค่าเสียหายเบื้องต้น คือนอกจากจะครอบคลุมถึงค่ารักษาพยาบาลการบาดเจ็บแล้ว การชดเชยในลักษณะของค่าสินไหมทดแทนยังครอบคลุมถึงรายได้ที่ขาดหายไปเนื่องจากการไม่สามารถทำงานอันเป็นผลมาจากการบาดเจ็บด้วย

สำหรับผู้ตาย หรือมีความทุพพลภาพถาวร หรือตาบอด หูหนวก เป็นใบ้ แขนขาขาดสูญเสียอวัยวะเพศ อันเป็นผลมาจากอุบัติเหตุยังได้รับการชดเชยเต็มจำนวน 80,000 บาท ทั้งนี้ให้ถือว่าค่าเสียหายเบื้องต้นที่ได้จ่ายไปแล้ว เป็นส่วนหนึ่งของค่าสินไหมทดแทนดังกล่าว

8.4.2 องค์กรรับผิดชอบในระบบประกัน

ระบบประกันสุขภาพของผู้ประสบอุบัติเหตุจราจรเป็นระบบที่อาศัยบริษัทประกันภัยเอกชนในการรักษาสัญญากระจายความเสี่ยงที่เกิดจากความสูญเสียในด้านสุขภาพและชีวิตเมื่อเกิดอุบัติเหตุ ปัจจุบันมีผู้ประกอบธุรกิจดังกล่าวประมาณ 80 ราย ซึ่งรับผิดชอบกรมธรรม์ประกันภัยมากกว่า 8 ล้านฉบับทั่วประเทศ ในปี 2540 เมื่อมีการแก้ไขกฎหมายคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถครั้งที่ 2 ได้มีการบังคับให้ธุรกิจประกันภัยจัดตั้งบริษัทกลาง (มาตรา 10) เพื่อรับผิดชอบการเบิกจ่ายเงินค่าชดเชยให้แก่ผู้เสียหายโดยเฉพาะอย่างยิ่งในจังหวัดที่ไม่มีสำนักงานตัวแทนของบริษัทประกันของคู่กรณี

นอกจากนี้ ตามมาตรา 33 ของกฎหมายยังได้กำหนดให้มีการจัดตั้งกองทุนคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ เพื่อรับผิดชอบในการจ่ายเงินชดเชยค่าเสียหายเบื้องต้นในกรณีที่เกิดอุบัติเหตุจากรถที่ไม่มีประกันหรือไม่ปรากฏผู้รับผิด ตามมาตรา 23 ได้แก่ (1) รถที่ไม่มีประกันและเป็นฝ่ายผิดซึ่งผู้ผิดปฏิเสธที่จะจ่ายเงินค่าชดเชยความเสียหาย (2) รถที่ถูกขโมยหรือยักยอกมา (3) รถที่ไม่มีประกันและไม่ปรากฏตัวเจ้าของรถ (4) รถที่ชนแล้วหลบหนี (5) ค่าเสียหายเบื้องต้นในส่วนที่ได้รับไม่ครบจากบริษัทประกัน และ (6) รถที่ได้รับการยกเว้นให้ไม่ต้องมีประกัน เช่น รถราชการ

กองทุนทดแทนซึ่งบริหารงานโดยกรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์ เป็นกองทุนที่มีรายได้หลักมาจากเงินงบประมาณสมทบของรัฐบาลร่วมกับเงินส่วนแบ่ง 10% ของเบี้ยประกันที่บริษัทประกันภัยได้รับทุกๆ รอบ 3 เดือน

8.4.3 ที่มาของเงินทุนในระบบประกัน

เบี้ยประกันเฉลี่ยต่อยานพาหนะเป็นจำนวนเงินตั้งแต่สองสามร้อยถึงสองสามพันบาทขึ้นอยู่กับขนาดของรถและวัตถุประสงค์ในการใช้งาน โดยทั่วไปรถโดยสาร รถบรรทุก และรถรับจ้างจะเสียเบี้ยประกันในจำนวนเงินที่มากกว่ารถยนต์ส่วนบุคคลและมอเตอร์ไซค์ ตารางที่ 8.2 แสดงจำนวนกรมธรรม์และเบี้ยประกันในช่วงเวลาที่ผ่านมา ซึ่งจะเห็นได้ว่าจำนวนเงินค่าเบี้ยประกันเฉลี่ยลดลงเรื่อยๆ จาก 1,226 บาท ในปี 2536 ซึ่งเป็นปีแรกของการบังคับใช้กฎหมาย เป็น 784 บาทในปี 2541

ตารางที่ 8.2 กรมธรรม์และเบี้ยประกันตามกฎหมายคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ

ปี พ.ศ.	จำนวนกรมธรรม์	เบี้ยประกันโดยตรง	
		รวมทั้งสิ้น (พันบาท)	เฉลี่ยต่อกรมธรรม์ (บาท)
2536	3,227,084	3,956,324	1,225.97
2537	4,410,236	5,154,121	1,168.67
2538	7,851,708	6,754,671	860.28
2539	9,536,287	7,694,982	806.92
2540	9,212,921	7,885,696	855.94
2541	8,033,654	6,296,613	783.78

ที่มา: กรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์ (ข้อมูลจากปีต่างๆ)

8.4.4 วิธีการเบิกจ่ายเงินชดเชยค่าเสียหาย

โดยทั่วไป การเบิกจ่ายเงินชดเชยค่าเสียหายเบื้องต้นและค่าสินไหมทดแทนในส่วนที่เกินค่าเสียหายเบื้องต้นต้องกระทำโดยผู้เสียหายได้แก่ ผู้บาดเจ็บหรือทายาทโดยชอบธรรม ดังนั้น ผู้เสียหายจำเป็นจะต้องชำระค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลไปก่อนแล้วนำหลักฐานไปดำเนินการขอเบิกจากบริษัทประกันในภายหลัง (ภายใน 180 วันหลังการเกิดความเสียหาย) ซึ่งเป็นระบบที่เรียกว่า Indemnity insurance ทำให้เกิดความไม่สะดวก ดังนั้นในส่วนของค่าเสียหายเบื้องต้น กฎหมายจึงอนุญาตให้โรงพยาบาลดำเนินการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลจากบริษัทประกันหรือกองทุนทดแทนได้โดยตรง (direct billing) เมื่อได้รับมอบฉันทะจากผู้ป่วย

เนื่องจากการคุ้มครองในส่วนของค่าเสียหายเบื้องต้นมีวัตถุประสงค์ให้เป็นเรื่องเร่งด่วน การเบิกจ่ายเงินชดเชยดังกล่าวจึงไม่ต้องรอหลักฐานการรับผิดต่อความเสียหายของคู่กรณี หลักฐานที่ต้องใช้ในการเบิกจ่ายตามที่ระบุในกฎหมายมีเพียงใบเสร็จรับเงินแสดงรายการค่ารักษาพยาบาลและบัตรประจำตัวของผู้ประสบอุบัติเหตุ ยกเว้นในกรณีของการเบิกจ่ายจากกองทุนทดแทนตามมาตรา 23 ซึ่งต้องการหลักฐานบันทึกประจำวันของเจ้าหน้าที่ตำรวจ (มาตรา 35) และ ในกรณีเบิกจ่ายค่าปลงศพ ซึ่งต้องการทั้งมรณะบัตรและบันทึกประจำวัน การจ่ายเงินของบริษัทประกันและกองทุนทดแทนจะต้องกระทำให้แล้วเสร็จภายใน 7 วันหลังจากวันที่เบิก (มาตรา 25)

การเบิกจ่ายในกรณีค่าสินไหมทดแทนส่วนที่เกินจากค่าเสียหายเบื้องต้น ขึ้นกับหลักฐานการรับผิดต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงว่าด้วยการละเมิด (tort liability) บริษัทประกันของคู่กรณีที่เป็นฝ่ายผิดจะรับผิดชอบในส่วนนี้ การมอบอำนาจของผู้เสียหายแก่โรงพยาบาลในการเบิกค่ารักษาพยาบาลส่วนที่เกินจะต้องได้รับความเห็นชอบจากบริษัทประกันเสียก่อน

8.5 สถานการณ์ปัจจุบันของระบบประกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร

ตารางที่ 8.3 แสดงสถานะทางการเงินของธุรกิจประกันภัยในส่วนที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถตั้งแต่ปีที่มีผลบังคับใช้

ตารางที่ 8.3 เบี้ยประกันและค่าสินไหมของธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ

พ.ศ.	จำนวนกรมธรรม์		เบี้ยประกันที่รับ	ค่าสินไหมที่จ่าย	อัตราจ่ายต่อรับ
	รวมทั้งสิ้น	อัตราเพิ่ม	(พันบาท)	(พันบาท)	(%)
2536	3,227,084	-	1,086,015	496,388	45.7
2537	4,410,236	36.7%	4,958,984	1,949,929	39.3
2538	7,851,708	78.0%	5,654,360	2,290,489	40.5
2539	9,536,287	21.5%	7,650,889	2,855,465	37.3
2540	9,212,921	-3.4%	7,196,908	2,719,594	37.8
2541	8,033,654	-12.8%	6,254,937	2,593,730	41.5

ที่มา: กรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์ (ข้อมูลจากปีต่างๆ)

8.5.1 ความครอบคลุมของการมีประกัน

ตามบทบัญญัติในมาตรา 7 ของกฎหมายคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ รถทุกคันที่ขึ้นทะเบียนเพื่อการขับขี่ต้องจัดให้มีการทำประกันต่อความเสียหายของร่างกายและชีวิตจากอุบัติเหตุที่เกิดขึ้น รถที่ได้รับการยกเว้นไม่ต้องทำประกันตามมาตรา 8 ส่วนใหญ่ได้แก่ รถของทางราชการ ซึ่งประมาณการว่ามีจำนวน 2.5% ของรถทั้งหมด[9]

ในปี 2536 ซึ่งเป็นปีแรกของการบังคับใช้กฎหมาย รถที่อยู่ในข่ายต้องทำประกันมีจำนวนทั้งสิ้นประมาณ 11 ล้านคัน[10] จากข้อมูลจำนวนรถที่ทำประกันตามกฎหมายดังกล่าวในตารางที่ 8.3 พบว่ามีจำนวนน้อยกว่าครึ่งหนึ่งของรถทั้งหมด จำนวนรถที่ทำประกันเพิ่มขึ้นอย่างมาก ถึง 78% ในปีที่ 3 และอัตราการเพิ่มกลับลดน้อยถอยลงในปีถัดไป ในปี 2540 ซึ่งเป็นปีที่เกิดวิกฤติการณ์ทางเศรษฐกิจของประเทศ จำนวนผู้เอาประกันลดลง ทั้งนี้อาจเกิดเนื่องจากมีรถจำนวนมากที่ไม่มีการนำออกมาใช้งานหรือเกิดจากรถที่ตกค้างตามเต็นท์ขายรถเงินผ่อนต่างๆ

เป็นที่น่าสังเกตว่า ส่วนหนึ่งของการเพิ่มขึ้นของจำนวนรถที่เอาประกันย่อมสะท้อนถึงการเพิ่มของจำนวนรถที่ได้รับการจดทะเบียน ดังนั้นแม้ข้อมูลจะแสดงถึงจำนวนรถที่เอาประกันซึ่งมีจำนวนที่มากขึ้น[1] แต่ทั้งนี้จำนวนรถที่เอาประกันทั้งหมดก็ยังต่ำกว่าที่ควรจะเป็นเมื่อเทียบกับจำนวนรถที่ได้รับการจดทะเบียน

[1] การทำประกันรถยนต์ตาม พ.ร.บ. คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถในปัจจุบัน เป็นไปได้โดยง่าย แม้แต่ในร้านค้าห้องแถว หรือ convenienc store เป็นที่น่าสังเกตว่า ในบริเวณใกล้เคียงกับสำนักงานขนส่งจังหวัด ซึ่งทำหน้าที่ในการต่อทะเบียนรถ มีร้านค้านายหน้าของบริษัทประกันตั้งอยู่เป็นจำนวนมาก ผู้เอาประกันจะได้รับแรงจูงใจจากการตรวจสภาพรถโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายจากร้านค้าดังกล่าว เมื่อตัดสินใจทำประกันรถยนต์กับนายหน้า

8.5.2 รายได้และค่าใช้จ่ายของเงินทุนประกัน

ตลอดระยะเวลา 5 ปี ตั้งแต่ปีที่ 2 ถึงปีที่ 6 ของการประกาศบังคับใช้กฎหมายดังกล่าว อัตราส่วนรายจ่ายค่าสินไหมทดแทนของธุรกิจประกันภัยคิดเป็นประมาณร้อยละ 40 ของจำนวนเบี้ยประกันที่ได้รับ ทำให้ธุรกิจประกันภัยมียอดรายรับสูงกว่ารายจ่ายตั้งแต่ 3.0 ถึง 4.8 พันล้านบาทต่อปีในช่วงระยะเวลาดังกล่าว

สำหรับกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ จนถึงกลางปี 2537 กองทุนมีรายรับทั้งสิ้นเป็นเงิน 343.1 ล้านบาท โดยได้จ่ายเงินชดเชยสำหรับค่าเสียหายเบื้องต้นเป็นจำนวน 16.2 ล้านบาท ทำให้มีเงินเหลือในปีต่อไปเป็นเงิน 326.9 ล้านบาท

8.6 ปัญหาของระบบประกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร

8.6.1 ปัญหาการเบิกจ่ายเงินชดเชยค่าเสียหาย

(1) ความล่าช้าในการชำระและการไม่จ่ายตามที่เรียกเก็บ

ปัญหาที่พบได้บ่อยในการเบิกจ่ายเงินชดเชยค่าเสียหายจากบริษัทประกันคือ ความล่าช้าระยะเวลาตั้งแต่วันเบิกจนถึงวันที่ได้รับเงินในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งเฉลี่ย 66 วัน และนานที่สุดถึง 547 วัน[7]

ในโรงพยาบาลขอนแก่นซึ่งสำนักงานประกันสุขภาพของโรงพยาบาลมีบทบาทในการติดตามการเบิกจ่ายจากบริษัทประกันพบว่า ต้องใช้เวลาเฉลี่ย 41- 51 วัน (ตารางที่ 8.4) ทั้งๆ ที่กฎหมายกำหนดให้มีการเร่งรัดการจ่ายเงินชดเชยค่าเสียหายเบื้องต้นภายใน 7 วัน แต่การเบิกจ่ายเกือบทั้งหมดใช้เวลาจนกว่าได้รับเงินชดเชยนานกว่าระยะเวลาที่กฎหมายกำหนด

ตารางที่ 8.4 ระยะเวลาที่โรงพยาบาลขอนแก่นใช้ในการเบิกจ่ายเงินชดเชยจากบริษัทประกัน

พ.ศ.	การเบิกที่ได้รับเงิน	ระยะเวลาที่ใช้ในการเบิกจนกระทั่งได้รับเงิน		จำนวนที่นานกว่า 7 วัน
	(ครั้ง)	(มัธยฐาน, วัน)	(นานที่สุด, วัน)	(%)
2540	1,548	51	587	100.00%
2541	1,292	43	746	99.38%
2542	1,068	46	618	98.22%
2543[1]	536	41	244	99.25%

[1] ข้อมูลจนถึงเดือน ตุลาคม 2543

ที่มา: คำนวณโดยผู้นิพนธ์ จากฐานข้อมูลการเบิกจ่ายเงินของ สำนักงานประกันสุขภาพ โรงพยาบาลขอนแก่น

บริษัทประกันใช้กลยุทธ์ต่างๆ เพื่อถ่วงระยะเวลาการจ่ายเงิน หลายแห่งอาจเรียกเอกสารประกอบการเบิกจ่ายเพิ่มเติมมากกว่าที่กำหนดตามกฎหมาย เช่น ใบขับขี่ บันทึกการตรวจรักษาหรือใบรับรองจากแพทย์ กรมธรรม์ประกันภัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากบริษัทสงสัยว่าโรงพยาบาลจะเบิกจ่ายสูงกว่าที่ควรจะเป็นแม้กระทั่งความพยายามในการถ่วงเวลาด้วยการโยกย้ายเจ้าหน้าที่ของบริษัทเพื่อให้เกิดการขาดการติดต่อ[11]

เมื่อสิ้นปีงบประมาณ 2542 ค่ารักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรที่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเบิกจ่ายแต่มิได้รับการชำระจากบริษัทประกัน คิดเป็นจำนวนเงินถึง 224.7 ล้านบาท[12] เฉพาะที่โรงพยาบาลขอนแก่นในปีเดียวกัน สัดส่วนที่ไม่ได้รับชำระสูงถึง 18% ของจำนวนเงินที่เรียกเก็บทั้งหมด 13.3 ล้านบาท[13] (ตารางที่ 8.5)

ตารางที่ 8.5 การเบิกจ่ายและการได้รับชำระค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

	เรียกเก็บ (บาท)	ได้รับชำระ (%)
โรงพยาบาล (57 จังหวัด, 2539)[1]	129,171,651	92.2%
โรงพยาบาล (71 จังหวัด, 2540)[1]	227,511,064	92.7%
โรงพยาบาล (73 จังหวัด, 2541)[1]	344,700,708	72.9%
โรงพยาบาลจักราช (ม.ค.-เมย. 2542)[2]	124,930	95.5%
โรงพยาบาลขอนแก่น (2542)[3]	13,323,528	82.0%

ที่มา: [1] สำนักประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

[2] โชคชัย มานะธุระ และ คณะ, 2543

[3] สำนักประกันสุขภาพ โรงพยาบาลขอนแก่น

การมีส่วนร่วมของธุรกิจประกันภัยเอกชนในระบบประกันสุขภาพของผู้ประสบอุบัติเหตุจราจรตั้งอยู่บนเหตุผลสำคัญ คือ การแบ่งเบาภาระทางการคลังของรัฐ มิใช่เพื่อแสวงหาผลกำไรแต่เพียงอย่างเดียว การชำระเงินชดเชยค่าเสียหายเบื้องต้นควรเป็นไปอย่างรวดเร็ว (ภายใน 7 วัน ตามกฎหมาย) โดยไม่ต้องรอพิสูจน์การรับผิด จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่าวัตถุประสงค์ของนโยบายสาธารณะดังกล่าวยังไม่ได้รับการตอบสนอง จำนวนผลประโยชน์ที่บริษัทประกันจ่ายเป็นเพียงประมาณ 40% ของเบี้ยประกันที่บริษัทได้รับเท่านั้น (ตารางที่ 8.3)

(2) การใช้ระบบจ่ายเงินตามปริมาณการให้บริการ (fee-for-service payment) และการกำหนดอัตราราคาค่ารักษาพยาบาลตายตัว

การจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรใช้ระบบจ่ายตามปริมาณการให้บริการที่เรียกเก็บ (fee-for-service payment) ซึ่งจำนวนที่เรียกเก็บได้มาจากผลคูณระหว่างปริมาณการให้บริการรักษาพยาบาลและอัตราค่ารักษาพยาบาลต่อหน่วย ภายใต้ระบบการจ่ายเงินดังกล่าวทั้งปริมาณการให้บริการและอัตราค่าบริการอาจถูกโรงพยาบาลเรียกเก็บมากเกินจริงเพื่อชดเชยกับการเรียกเก็บที่มิได้รับการชำระ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้บริษัทประกันเรียกเอกสารประกอบการเบิกจ่ายมากกว่าที่กฎหมายกำหนด

การสำรวจระดับชาติเมื่อปี 2537 พบว่า สัดส่วนโรงพยาบาลที่มีค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยสูงกว่าวงเงินค่าเสียหายเบื้องต้นจะขึ้นกับ ที่ตั้ง ขนาด และสังกัดของโรงพยาบาล[10] โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครซึ่งมีขนาดใหญ่และเป็นของเอกชนมีค่าใช้จ่ายสูงกว่าโรงพยาบาลในต่างจังหวัดซึ่งมีขนาดเล็กและเป็นของรัฐ

อัตราค่ารักษาพยาบาลแต่ละรายการที่กฎหมายอนุญาตสำหรับค่าเสียหายเบื้องต้นถูกกำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุข อัตราที่กำหนดนี้ถือว่าสูงกว่าอัตราปกติที่โรงพยาบาลของ

รัฐเรียกเก็บในผู้ป่วยทั่วไป ดังนั้นหากโรงพยาบาลทุกแห่งพร้อมใจกันเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรด้วยอัตราดังกล่าว ก็จะเป็นการเพิ่มภาระทางการเงินแก่บริษัทประกัน อย่างไรก็ตามโรงพยาบาลเอกชนมากกว่าครึ่งหนึ่ง (67.4%) ไม่ใช้อัตราดังกล่าวในการเบิกจ่าย (เปรียบเทียบกับ 32.3% ของโรงพยาบาลรัฐ) โดยให้เหตุผลว่าเป็นอัตราที่ต่ำเกินไป[10]

8.6.2 อุปสรรคในการเข้าถึงผลประโยชน์จากการประกัน

ปัญหาพื้นฐานของการประกันสุขภาพสำหรับผู้ประสบภัยจากรถ คือ ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงผลประโยชน์ที่กำหนดไว้ในกฎหมาย เนื่องจากการได้รับชำระเงินชดเชยค่าเสียหายจะต้องผ่านกระบวนการเบิกจ่ายจากบริษัทประกันหรือกองทุนทดแทน

จากการสำรวจโรงพยาบาลทั่วประเทศจำนวน 597 แห่งที่มีขนาดตั้งแต่ 30 เตียงขึ้นไป ในปี 2537 พบว่า มีเพียง 10.9% และ 24.9% ของโรงพยาบาลเท่านั้นที่ดำเนินการเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลจากบริษัทประกันและกองทุนทดแทนสำหรับผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทุกรายที่เป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ตามลำดับ[10] สัดส่วนดังกล่าวยิ่งน้อยลงสำหรับโรงพยาบาลเอกชน (2.2% สำหรับผู้ป่วยนอก และ 12.4% สำหรับผู้ป่วยใน) เมื่อเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลของรัฐ (13.3% สำหรับผู้ป่วยนอก และ 28.5% สำหรับผู้ป่วยใน) เมื่อคิดเป็นจำนวนเงินรวมทุกโรงพยาบาล พบว่า สัดส่วนการเรียกเก็บดังกล่าว ขึ้นกับ ที่ตั้ง ขนาด และสังกัดของโรงพยาบาล โรงพยาบาลเอกชนขนาดเล็กในเขตกรุงเทพมหานครมีสัดส่วนจำนวนเงินเรียกเก็บที่ค่อนข้างสูง ซึ่งสอดคล้องกับสัดส่วนของเงินที่ได้รับการชำระจากบริษัทประกัน

สัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยจากอุบัติเหตุจราจรที่โรงพยาบาลเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากบริษัทประกันและกองทุนทดแทนมีขนาดที่แตกต่างกันระหว่างโรงพยาบาล ตารางที่ 8.6 แสดงข้อมูลการเรียกเก็บของโรงพยาบาลบางแห่งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 8.6 การเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ

	จำนวนผู้ป่วยจากอุบัติเหตุจราจร	สัดส่วนการเรียกเก็บ (%)
โรงพยาบาลราชวิถี (ก.ค.-ก.ย. 2538)[1]	85	34.1%
โรงพยาบาลเลิดสิน (ก.ค.-ก.ย. 2538)[1]	115	44.7%
โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี (ก.ค.-ก.ย. 2538)[1]	100	63.5%
โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา (2541)[2]	6,600	18.9%
โรงพยาบาลจักราช (ม.ค.-เม.ย. 2542)[3]	281	24.9%
โรงพยาบาลขอนแก่น (2542)[4]	3,603	30.6%

ที่มา: [1] วรรณภา สุมิรัตนะ, 2541

[2] อารี โคตรประทุม, 2543

[3] โชคชัย มานะธุระ และคณะ, 2543

[4] สุนันทา ศรีวิวัฒน์ และคณะ, 2543

สัดส่วนผู้ป่วยในที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรซึ่งโรงพยาบาลเรียกเก็บจากบริษัทประกันและกองทุนทดแทนตามกฎหมายคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ มีความแตกต่างกันตั้งแต่ 18.9% ถึง 63.5% แม้ว่ากฎหมายดังกล่าวจะมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างหลักประกันในการชดเชยความเสียหายเบื้องต้นโดยไม่ต้องรอพิสูจน์ความรับผิด ข้อมูลดังกล่าวทำให้เห็นว่ายังห่างไกลจากเป้าหมาย ด้วยเหตุผลดังต่อไปนี้

(1) ผู้มีประกัน

นอกจากความไม่รู้ของผู้ป่วยในสิทธิการเรียกร้องค่าเสียหายตามกฎหมายคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ผู้ป่วยที่มีประกันอาจมีแรงจูงใจที่ไม่อยากเบิกจ่ายเงินชดเชยจากบริษัทประกัน เนื่องจากเกรงว่าเบี้ยประกันของรถที่ประสบอุบัติเหตุจะเพิ่มสูงขึ้นในปีถัดไป ดังนั้นหากค่ารักษาพยาบาลไม่สูงเกินไป ผู้ป่วยอาจไม่ต้องการที่จะเบิกจ่ายเงินตามกฎหมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากตนเองสามารถใช้สิทธิการเบิกจ่ายจากระบบประกันอื่นๆ เช่น กองทุนประกันสังคม บัตรประกันสุขภาพ สวัสดิการข้าราชการ หรือบัตรสวัสดิการผู้มีรายได้น้อย และผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูลต่างๆ

ข้อมูลจากโรงพยาบาลจักราช พบว่า 93.1 % ของผู้บาดเจ็บจากการขับขี่รถที่มีประกันไม่มีการเรียกเก็บเงินชดเชยค่าเสียหายตามกฎหมาย เนื่องจากไม่มีใบขับขี่หรือไม่ต้องการยุ่งเกี่ยวกับตำรวจ นอกจากนี้ยังมีข้อกฎหมายที่ระบุว่า บริษัทประกันและกองทุนทดแทนสามารถเรียกเงินที่ได้จ่ายไป คืนจากผู้ที่ทำให้เกิดความเสียหายโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง (มาตรา 31)

(2) ผู้ไม่มีประกัน

ในช่วงปีแรกของการบังคับใช้กฎหมายคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถเบี้ยประกันที่รายงาน (3,337.7 ล้านบาท) ต่ำกว่าจำนวนที่ควรได้รับโดยประมาณการจากจำนวนรถที่จดทะเบียนและต้องทำประกันตามกฎหมาย (6,383.4 ล้านบาท)[9] แสดงให้เห็นว่ามีรถเป็นจำนวนมากที่ไม่ได้ทำประกัน

(2.1) Biased selection จากบริษัทประกัน

ในบรรดาผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ขับขี่และผู้โดยสารรถจักรยานยนต์มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็น 77.0% สำหรับโรงพยาบาลขอนแก่นในปี 2542 และ 61.2, 71.3, และ 80.0% ในโรงพยาบาลราชวิถี เลิดสิน และ นพรัตน์ราชธานี ตามลำดับ ในปี 2538[2, 6] ในจำนวนเหล่านี้ยังไม่มีรายงานเกี่ยวกับรถมอเตอร์ไซค์ที่ไม่มีประกัน ซึ่งคาดว่ามีเป็นจำนวนมากและเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้มีการเลื่อนวันบังคับใช้ของการบังคับทำประกันของรถมอเตอร์ไซค์ในช่วงแรกของการประกาศใช้กฎหมายที่ผ่านมา นอกจากนี้เป็นไปได้ว่า บริษัทประกันหลายแห่งอาจไม่เต็มใจรับประกันรถที่มีความเสี่ยงสูงต่ออุบัติเหตุ เช่น รถมอเตอร์ไซค์ ความเข้าใจต่อปัญหาเช่นนี้ ซึ่งเรียกว่า Selection bias ยังมีอยู่จำกัด ทั้งนี้เนื่องจากค่าเบี้ย

ประกันของรถประเภทดังกล่าวมีราคาค่อนข้างถูกและมีการแข่งขันเป็นอย่างมากในการขยายฐานลูกค้าผู้เอาประกันตาม พ.ร.บ.ฯ

(2.2) ระดับความคุ้มครองที่จำกัดต่อผู้ไม่มีประกัน

ตามข้อบัญญัติในกฎหมายคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ผลประโยชน์ที่ผู้ประสบอุบัติเหตุจากรถที่ไม่มีประกันจะถูกจำกัดเพียงเงินชดเชยค่าเสียหายเบื้องต้น (15,000 บาทกรณีบาดเจ็บ และ 30,000 บาทกรณีที่เสียชีวิต) ซึ่งตามมาตรา 23 เงินผลประโยชน์ดังกล่าวจะถูกจ่ายจากกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ ผู้ป่วยหรือทายาทโดยชอบธรรมอาจไม่รู้ถึงสิทธิดังกล่าว นอกจากนี้ หากผู้บาดเจ็บเป็นผู้ขับขี่หรือผู้โดยสารและเป็นเจ้าของรถที่ไม่มีประกันก็อาจไม่ต้องการเบิกจ่ายจากระบบประกัน เพราะอาจถูกเรียกเงินชดเชยคืนจากกองทุนพร้อมค่าปรับอีก 20% เนื่องจากฝ่าฝืนไม่ทำประกันให้กับรถของตน (มาตรา 26) จะเห็นได้ว่า จำนวนเงินที่มีการเบิกจ่ายจากกองทุนทดแทน (16.2 ล้านบาท)ในปี 2537 น้อยกว่าเงินที่เรียกเก็บจากบริษัทประกัน (1,950 ล้านบาท) หลายเท่า

มีข้อมูลจากโรงพยาบาลบ่งชี้ปัญหาการเข้าไม่ถึงเงินผลประโยชน์ของระบบประกันเนื่องจากสาเหตุการไม่มีประกันเหล่านี้ รายงานการวิจัยเมื่อปี 2542 ของโรงพยาบาลจักราช พบว่า 88.2% ของผู้ป่วยที่ไม่มีการเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลจากกองทุนทดแทนเป็นการบาดเจ็บที่เกิดจากรถที่ไม่มีประกัน ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (85.5%) ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเอง[14] นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาลด้วยระบบสวัสดิการหรือสิทธิพิเศษอื่นๆ ก็อาจใช้สิทธิอื่นนั้นแทน

8.7 บทบาทของธุรกิจประกันภัยภาคเอกชนและสิ่งท้าทายต่อระบบการเงินการคลังสำหรับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร

ข้อถกเถียงที่สำคัญซึ่งเกิดจากปัญหาของระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้ประสบอุบัติเหตุจราจร คือ เป็นการสมควรหรือไม่ที่มีการกำหนดให้ธุรกิจประกันภัยภาคเอกชนเป็นผู้รับบทบาทสำคัญในการคุ้มครองผลประโยชน์สำหรับความเจ็บป่วยที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายที่สูง เช่นในกรณีของอุบัติเหตุจราจร ในเชิงทฤษฎี คุณค่าของการประกันภัยอยู่ที่การกระจายความเสี่ยงของผู้เอาประกันแต่ละรายไปสู่บริษัทผู้รับประกันโดยรวม แนวคิดดังกล่าวทำให้เกิดความเชื่อว่า ประชาชนยินดีที่จะจ่ายเงินค่าเบี้ยประกันในจำนวนไม่มาก เพื่อหลีกเลี่ยงความไม่แน่นอน หรือความเสี่ยงจากการสูญเสียเงินจำนวนมหาศาลอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยที่ไม่อาจทำนายได้ ดังนั้นในระบบการประกันด้วยความสมัครใจ (voluntary insurance) เบี้ยประกันที่เหมาะสม (actuarially fair premium) ย่อมเป็นเครื่องสะท้อนถึงค่าเฉลี่ยของความเสียหายที่อาจเกิดขึ้น (expected loss) และระดับของการไม่ชอบความเสี่ยง (degree of risk aversion) ของผู้เอาประกันแต่ละคน ซึ่งความเชื่อที่ว่าบุคคลชอบความแน่นอนมาก

กว่าความเสี่ยงนี้ มาจากทฤษฎี Expected Utility Maximization ซึ่งเป็นทฤษฎีต้นแบบของเศรษฐศาสตร์การประกันภัย[15]

ในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา ทฤษฎีดังกล่าวได้รับการท้าทายจากผู้สงสัยเกี่ยวกับการใช้หลักเหตุผลในการตัดสินใจเลือก (rational choice)[16] เนื่องจากทฤษฎีดังกล่าวตั้งอยู่บนสมมติฐานที่สำคัญคือ ความรู้สึกของบุคคลต่อความไม่แน่นอนหรือการพนัน (gamble) ระหว่าง 2 ทางเลือก จะไม่มีความแตกต่างกัน หากผลประโยชน์ที่จะได้รับ (wealth endpoint) และความน่าจะเป็น (probability) ของผลได้ในแต่ละทางเลือกนั้นมีค่าเท่าๆ กัน อย่างไรก็ตาม มีนักจิตวิทยาเสนอว่า การตัดสินใจเลือกของมนุษย์มักจะไร้เหตุผล เกินกว่าที่จะอธิบายได้ด้วยทฤษฎี Expected Utility ดังกล่าว ตัวอย่างเช่น Prospect Theory เสนอว่า ลักษณะการตั้งโจทย์คำถามของปัญหาการเลือกนั้นๆ มีผลต่อคำตอบ[17] ซึ่งตามทฤษฎีนี้ บุคคลมักจะหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (risk averse) ก็ต่อเมื่อความไม่แน่นอนระหว่าง 2 ทางเลือกนั้นถูกตั้งคำถามในเชิงผลได้ (gain) แต่ถ้าให้ทำการเลือกโดยตั้งคำถามในเชิงการสูญเสีย (ที่ไม่แน่นอน) (uncertain loss) บุคคลที่ตอบคำถามมีแนวโน้มที่จะชอบความเสี่ยง (risk seeking)

ดังนั้น หากพิจารณาว่าการซื้อประกันสุขภาพ เป็นการแลกเปลี่ยนระหว่างความไม่แน่นอนหรือความเสี่ยงในการสูญเสีย (คือ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล) ด้วยความแน่นอน (คือ ค่าเบี้ยประกันที่ต้องจ่ายเป็นประจำ) Prospect Theory จึงทำนายว่าบุคคลส่วนใหญ่ย่อมไม่ต้องการที่จะซื้อประกัน นี่อาจเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้การทำประกันรถยนต์เพื่อคุ้มครองผู้ประสบอุบัติเหตุจราจรไม่สามารถปล่อยให้เป็นไปด้วยความสมัครใจ แม้กระนั้นก็ตามก็ยังปรากฏมีผู้ฝ่าฝืนไม่ยอมทำประกันอีกเป็นจำนวนมาก

มีผู้เสนอว่า คุณค่าของการประกันสุขภาพอยู่ที่การถูกใช้เป็นกลไกสำคัญในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่มีราคาแพง[18] ความสำเร็จของการประกันสุขภาพด้วยแนวคิดประการหลังนี้ จึงขึ้นอยู่กับขนาดของผลประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับเพิ่มขึ้นจากบริการสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับกรณีที่ไม่มีระบบประกันแล้วทำให้ไม่อาจเข้าถึงการบริการนั้นได้

หากการเข้าถึงประโยชน์ในการได้รับการชดเชยค่ารักษาพยาบาลของผู้บาดเจ็บเป็นประเด็นสำคัญในการจัดให้มีการประกันแก่ผู้ประสบภัยจากรถ ปัญหาการไม่สามารถเบิกจ่ายเงินชดเชยตามกฎหมายและความล่าช้าหรือการไม่ได้รับการชำระเงินจากบริษัทประกันตามที่เรียกเก็บ ย่อมสะท้อนให้เห็นว่าวัตถุประสงค์ของกฎหมายดังกล่าวยังมิได้รับการตอบสนอง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะวัตถุประสงค์หลักของบริษัทประกันภาคเอกชนคือ การเพิ่มรายได้ (โดยการเก็บค่าเบี้ยประกันให้ได้มากที่สุด) และการจ่ายเงินค่าสินไหมชดเชยให้น้อยที่สุด ลักษณะการแสวงหากำไรดังกล่าวซึ่งใช้ได้ในระบบประกันด้วยความสมัครใจจึงไม่มีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในระบบการประกันภาคบังคับดังจะเห็นได้ว่าอัตราการจ่ายค่าสินไหมต่อเบี้ยประกัน (loss ratio) ของธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ (40%) มีค่าต่ำกว่าในระบบประกันรถยนต์ด้วยความสมัครใจ (65%) อัตราข้างต้นเป็นอัตราที่ต่ำกว่าที่ควรจะเป็นสำหรับธุรกิจประกันภัยที่จัดตั้งขึ้นในลักษณะองค์กรที่ไม่แสวงผลกำไร (ซึ่งควรมี loss ratio อยู่ที่ประมาณ 80%) นอกจากนี้ผลการสำรวจผู้บริหารโรงพยาบาลทั่วประเทศพบว่ามีเพียง 7.3% เท่านั้นที่เชื่อว่า ผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากกฎหมายคุ้มครองผู้ประสบภัยจาก

รถมากกว่าบริษัทประกัน ในขณะที่อีก 40.7% เชื่อว่าผู้ป่วยได้รับประโยชน์น้อยกว่า[10]

ถ้าในความเป็นจริงแล้ว ธุรกิจประกันภัยเอกชนเป็นผู้ได้รับผลประโยชน์ส่วนใหญ่จากกฎหมายคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ในขณะที่กองทุนทดแทนผู้ประสบภัยมีเงินกองทุนเหลือใช้สะสม การจัดให้มีระบบประกันสังคมโดยอาศัยกองทุนที่เป็นเอกเทศเพื่อรับผิดชอบต่อค่ารักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร อาจเป็นทางเลือกที่เป็นไปได้ รายได้จากกองทุนดังกล่าวอาจได้มาจากระบบภาษีอากรที่เก็บเป็นพิเศษ (earmarked tax) หรือจากระบบที่มีความสัมพันธ์กับการใช้งานของรถโดยตรง เช่น ภาษีน้ำมัน ภาษีทะเบียนรถยนต์ เป็นต้น

นอกจากนี้หากจะอาศัยรายได้จากเบี้ยประกันโดยตรงแล้ว บทบาทของธุรกิจประกันภัยควรจำกัดเพียงหน้าที่ในการเรียกเก็บค่าเบี้ยประกันเพื่อส่งเข้ากองทุนเท่านั้น โดยกองทุนจะจ่ายค่าธรรมเนียมให้บริษัทประกันเพื่อการดำเนินการดังกล่าว การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลควรเป็นการดำเนินการผ่านกองทุนโดยตรง

ระบบการชำระเงินค่ารักษาพยาบาลซึ่งโรงพยาบาลเรียกเก็บย้อนหลังตามปริมาณการให้บริการ (retrospective fee-for-service reimbursement) อาจทำให้เกิดข้อกังขาแก่ผู้จ่ายเงินดังที่กล่าวมาแล้ว ทางเลือกอื่น เช่น การใช้ระบบเบิกจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic-Related Group, DRG) ได้รับการเสนอว่าอาจเป็นการแก้ปัญหาที่เหมาะสม เนื่องจากเป็นการคิดค่ารักษาพยาบาลตามระดับความรุนแรงของโรคมากกว่าตามปริมาณทรัพยากรที่ผู้ให้บริการเห็นสมควรใช้ จากรายงานการวิจัยพบว่า การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรสามารถจัดกลุ่มตาม DRG ได้ประมาณ 70 กลุ่ม ซึ่งให้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของค่าใช้จ่าย (relative cost weight) ตั้งแต่ 0.135 ถึง 5.739 และพบว่า การใช้ระบบการจ่ายเงินดังกล่าวโดยให้ผู้ป่วยมีส่วนจ่ายเงินเพิ่มสำหรับบริการที่นอกเหนือจากที่จำเป็น สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายได้ประมาณ 250 ล้านบาท[19] และเพื่อเป็นความยุติธรรมต่อผู้ให้บริการสุขภาพในการแบกรับความเสี่ยงทางการเงินต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ควรมีการยกเลิกเพดานการจ่ายที่กำหนดไว้เป็นค่าเสียหายเบื้องต้น

ในกรณีที่ผู้บาดเจ็บประสบปัญหาความเรื้อรัง ระบบการจ่ายเงินดังกล่าวควรมีมาตรการเสริมเพื่อรองรับเพื่อประกันความต่อเนื่องของการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านเวชกรรมฟื้นฟูและความช่วยเหลือในกรณีทุพพลภาพ การประสานระบบการเงินการคลังสำหรับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรเข้าสู่ระบบการประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งครอบคลุมความเจ็บป่วยอื่นๆ เป็นสิ่งที่ท้าทายต่อไป

8.8 เอกสารอ้างอิง

1. Wibulpolprasert S. Thailand Health Profile 1997-1998. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2000.
2. สุนันทา ศรีวิวัฒน์, สุดาวดี หอมจู, ศิริกุล กุลเลียบ และคณะ. Trauma Registry 1999 Khon Kaen Hospital. สำนักงานโครงการวิจัยและตำรา, โรงพยาบาลขอนแก่น; พฤษภาคม 2543.
3. จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. รายงานย่อ สถานการณ์การควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุจราจรในประเทศไทย. 2538.
4. ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์. สมุดปกขาว TDRI: ความเสียหายทางเศรษฐกิจเนื่องจากอุบัติภัยจราจร. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยและพัฒนาแห่งประเทศไทย; 2538.
5. ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์, ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, ประดิษฐ์ วงษ์คณารัตนกูล และคณะ. ราคากลางค่ารักษาพยาบาลผู้ประสบภัยจากรถ. รายงานการวิจัย 2537.
6. วรรณภา สุมิรัตนะ. ค่ารักษาพยาบาลและสิทธิในการเบิกของผู้ป่วยอุบัติเหตุยานยนต์ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. วารสารกรมการแพทย์ 2541; 23: 729-38
7. อารี โคตรประทุม. ค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยในที่ประสบภัยจากรถกับการใช้สิทธิต่างๆ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ปีงบประมาณ 2541. นำเสนอในการประชุมกระทรวงสาธารณสุข 2543.
8. สำนักงานประกันสุขภาพ. คู่มือแนวทางปฏิบัติงาน ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535. กระทรวงสาธารณสุข; 2541
9. สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล. อัตราเบี้ยประกันที่เหมาะสมของพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ. กรุงเทพฯ: กองแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข; 2535.
10. สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, สุมาภรณ์ แซ่ลิ้ม กังวาลเลิศ และคณะ. ผลกระทบของพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535. รายงานการวิจัย 2538.
11. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สำนักงานประกันสุขภาพ โรงพยาบาลขอนแก่น กันยายน 2543.
12. สำนักงานประกันสุขภาพ. เอกสารรายงานการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. เอกสารอัดสำเนา 2543.
13. โรงพยาบาลขอนแก่น. ตารางสรุปการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535. เอกสารอัดสำเนา 2543.
14. โชคชัย มานะธุระ, สุภาพรรณ กิตติวิศิษฏ์, ศรีสุดา ปลั่งกลาง และคณะ. การพัฒนาระบบในการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลจักราช จังหวัดนครราชสีมา. รายงานการวิจัย 2542.

15. Friedman M, Savage LJ. The utility analysis of choices involving risk. The Journal of Political Economy 1948; 56: 279-04.
16. Machina MJ. Dynamic consistency and non-expected utility models of choice under uncertainty. Journal of Economic Literature 1989; 27: 1622-68.
17. Tversky A, Kahneman D. Rational choice and the framing of decisions. in: Bell DE, Raiffa H, Tversky A; editors. Decision making: descriptive, normative, and prescriptive interactions. Cambridge: Cambridge University Press; 1988, p.167-92.
18. Nyman JA. The value of health insurance: the access motive. Journal of Health Economics 1999; 18: 141-52.
19. ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์, ประดิษฐ์ วงษ์คณารัตนกูล และคณะ. ราคากลางผู้ประสบภัยจากรถโดยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม: จะได้ประโยชน์หรือ? วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข 2537; 2: 290-99.

บทที่ 9

กลุ่มออมทรัพย์กับสวัสดิการสุขภาพชุมชน

เสรี พงศ์พิศ, Ph.D.
มูลนิธิหมู่บ้าน

9.1 บทนำ

สังคมไทยในอดีตเป็นสังคมที่พึ่งพาตนเองได้ อยู่อย่างพอเพียงในระบบเศรษฐกิจแบบยังชีพ ไม่มีความจำเป็นต้องสะสมส่วนเกิน เพราะ “ในน้ำมีปลาในนามีข้าว” อยากกินเห็ดเข้าป่า อยากกินปลาลงหนอง คนยังมีความสัมพันธ์แบบพึ่งพาอาศัยกันกับธรรมชาติ กับญาติพี่น้องทั้งใกล้และไกล มีอะไรก็ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน มีการแลกข้าวของกันด้วยระบบคุณค่าแบบเศรษฐกิจคุณธรรม (moral economy) การแลกข้าวของเป็นการแบ่งปัน ไม่ใช่การค้าขาย ไม่ได้ตีค่าข้าวของเป็นเงิน แต่ก้าวข้ามไปถึงความเห็นอกเห็นใจ เห็นปัญหาความเดือดร้อนและความจำเป็น แบบถ้อยทีถ้อยอาศัยกัน แบบ “ทีเขาทีเรา”

แต่ชุมชนในอดีตก็ไม่ได้เป็นสวรรค์ บางปีน้ำท่วม ฝนแล้ง ข้าวก็ขาดแคลนได้ มีการเอาของไป “หาข้าว” แลกข้าวกับญาติพี่น้องหรือกับใครก็ได้ที่มีมากกว่า โรคภัยไข้เจ็บก็ชุกชุม ยารักษาโรคมีไม่มาก โรงพยาบาลมีน้อย และมักอยู่ไกลเกินกว่าจะไปถึงในยามจำเป็น คับขันมีภัยจากโจรผู้ร้าย ต้องทำงานหนักเพื่อหาเงินเสียภาษีให้รัฐ ไม่เช่นนั้นต้องไปทำงานหลวงแทน หรือไม่ก็หนีการโดนเกณฑ์โดยเข้าไปทำงานในป่าลึกๆ ตัดขาดจากโลกภายนอก ถึงแม้จะมีปัญหาสารพัด ความเข้มแข็งของชุมชนทำให้บรรพบุรุษไทยสามารถดำรงชีวิตรอด และสืบทอดเผ่าพันธุ์มาจนถึงปัจจุบัน

การพึ่งตนเองของชุมชนในอดีต คือ ความสามารถในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ด้วยตนเอง การสร้างความสัมพันธ์อันดีกับธรรมชาติรอบตัว อาทิ แม่ธรณี แม่น้ำ เจ้าป่าเทพารักษ์ เจ้าเขาเจ้าฟ้าเจ้าชีวิต เจ้ากรรมนายเวร ผู้คนในชุมชนและระหว่างชุมชน

การเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงประมาณ 40 ปีที่ผ่านมา ทำให้หลายอย่างดีขึ้น สะดวกสบายขึ้น แต่ก็ทำให้ชีวิตของผู้คนในชนบทเลวลงและลำบากขึ้น เพราะฝากชีวิตและความหวังไว้กับการพัฒนากระแสหลักที่ส่งเสริมให้รวยเร็ว ให้ปลูกพืชเชิงเดี่ยว ให้เลี้ยงสัตว์ ให้ลงทุนเป็นจำนวนมากหวังจะได้ผลตอบแทนและกำไรมาก

การทำให้ทันสมัย (modernization) ในนามของการพัฒนา (development) ทำให้ผู้คนโดยเฉพาะในชนบทและคนยากคนจนในเมืองเสียความเชื่อมั่นในตัวเองไปเกือบหมดสิ้น

เพราะระบบ เช่น ระบบการศึกษา ระบบสาธารณสุข ระบบการปกครองและการพัฒนา สอนให้คนดูถูกพ่อแม่ตนเอง ดูถูกภูมิปัญญาท้องถิ่น เอาปริญญาเป็นตัววัดความรู้ ดูถูกภูมิปัญญาในการทำมาหากิน การดูแลรักษาโรค การพัฒนาแบบมองชาวบ้านว่า “โง่ จน เจ็บ” ไปหมู่บ้านเพื่อประกาศลัทธิพัฒนาใหม่ แต่ลัทธิดังกล่าว ยิ่งปฏิบัติก็ยิ่งทำให้ผู้คนจนลง ชุมชนอ่อนแอลงและล่มสลาย

เมื่อสูญเสียที่ดิน สูญเสียป่า สูญเสียน้ำ เป็นหนี้สิน เพราะลงทุนล้มเหลวปีแล้วปีเล่า และยังสูญเสียความสัมพันธ์อันเคยเป็นสายใยชีวิต เช่น ความสัมพันธ์กับธรรมชาติ ความสัมพันธ์กับญาติพี่น้อง ความสัมพันธ์กับชุมชน ชาวไร่ชาวนาที่เสียความเชื่อมั่นในตัวเอง ต้องหนีเข้าป่าเพื่อถากถางจับจองพื้นที่ใหม่ หรือไม่ก็หนีเข้าเมือง เผชิญกับความทันสมัยที่ไม่พัฒนาในเมืองหลวงเมืองใหญ่ต่อไปในอีกสถานะหนึ่ง ผู้ที่เหลืออยู่ในชุมชนหมู่บ้านก็ถูกจัดการโดย “คนนอก” เกือบหมดสิ้น ตั้งแต่ผลผลิตทางการเกษตร ข้าว ปลา อาหาร หัตถกรรม ผลผลิตจากป่า จากดิน จากน้ำ ที่ยังเหลืออยู่

การเปลี่ยนแปลงในอดีตก็เกิดขึ้นมาตลอดประวัติศาสตร์แต่ไม่ได้รวดเร็วอย่างที่เกิดขึ้นในไม่กี่สิบปีที่ผ่านมา ในอดีตข้าราชการและพ่อค้า คือ แหล่งข้อมูลที่เข้าไปบอกชาวบ้านให้ปรับเปลี่ยนวิถีการผลิต จากการทำมาหากินเพื่อยังชีพมาสู่การลงทุนผลิตเพื่อขาย เพื่อให้ได้เงินมากๆ นำไปซื้อเครื่องอุปโภคบริโภคที่กำลังทะลักออกมาจากโรงงานอุตสาหกรรมโหมกระหน่ำเข้าสู่หมู่บ้าน รวมทั้งการซื้อกินโดยไม่ต้องเหนื่อยปลูกเหนื่อยเลี้ยง ตั้งแต่เช้ามืดตลาดก็มารอที่หน้ากระไดบ้านแล้ว

โครงการพัฒนาต่างๆ ซึ่งทางราชการและเอกชน “นำเข้า” หมู่บ้านในช่วงแรกๆ เมื่อประมาณ 20-30 ปีที่ผ่านมา ยังเป็นโครงการกึ่งสงเคราะห์กึ่งพัฒนา เน้นที่การสอนชาวบ้านให้รวมกลุ่มกันทำกิจกรรมต่างๆ ตามประเด็นที่แต่ละกระทรวงแต่ละกรมดำเนินการอยู่ แข่งขันกันเอาผลงาน ซึ่งมักได้แต่ปริมาณแต่ไม่ได้คุณภาพ โครงการสารพัดที่ไปริเริ่มและก่อตั้งในหมู่บ้านจึงล้มเป็นส่วนใหญ่ ไม่ว่าจะเป็นธนาคารข้าว ธนาคารควาย ธนาคารยา กลุ่มออมทรัพย์ ร้านค้า กลุ่มอาชีพต่างๆ ฯลฯ

พิจารณาในแง่ดี กระบวนการพัฒนาชุมชนที่เกิดขึ้นหลายทศวรรษที่ผ่านมานี้ก็ได้ชี้ให้เห็นสัจจธรรมที่ว่า “ใครเก่งก็อยู่รอด” (survival of the fittest) และทำให้ได้ “บทเรียน” และ “ครู” จำนวนหนึ่ง ซึ่งประสบผลสำเร็จในการดำเนินกิจกรรมการพัฒนา ฝ่าฟันปัญหาสารพัดมาได้ แม้ปริมาณจะไม่มากนัก แต่ก็มากพอที่จะเป็นเชื้อให้แพร่ขยายออกไปเป็นร้อยเท่าพันทวีได้ และดูเหมือนว่าปรากฏการณ์ดังกล่าวกำลังเกิดขึ้น

ข้อสรุปสำคัญขององค์กรชุมชนเหล่านี้มีอยู่ 4 ประการ

9.1.1 เรียกความเชื่อมั่นคืน

ความเชื่อมั่นในตัวเอง เป็นทุนที่ใหญ่ที่สุดและสำคัญที่สุดของชาวบ้านที่หายไปเพราะการพัฒนาสมัยใหม่ ความล้มเหลวของการลงทุนตามกระแสหลัก เนื่องจากการครอบงำของระบบการศึกษา สาธารณสุข การเมืองการปกครองและระบบของสังคม เมื่อได้ความเชื่อมั่น

คืนมาแล้ว ชาวบ้านสามารถเป็นตัวของตัวเอง ตัดสินใจเอง เลือกเอง เชื่อมั่นในศักยภาพของท้องถิ่น ในภูมิปัญญา ที่สำคัญที่สุดคือเชื่อมั่นว่า พวกเขาสามารถพึ่งพาตนเองได้ แก้ไขปัญหาของตนเองได้

9.1.2 เรียกความสัมพันธ์คืน

ความสัมพันธ์กับธรรมชาติแบบเคารพและพึ่งพาอาศัยกัน ความสัมพันธ์กับญาติพี่น้องแบบชุมชนเข้มแข็งที่ช่วยเหลือเกื้อกูลพึ่งพาอาศัยกัน เป็นทุนทางสังคมที่ยิ่งใหญ่ที่สุดของชาวบ้าน ทุนนี้เริ่มกลับมา ชุมชนเริ่มเข้มแข็ง มีกลุ่มมีองค์กรที่รวมตัวกันทั้งในหมู่บ้าน ระหว่างหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด ภาค และประเทศ เป็นเครือข่ายที่เชื่อมโยงและติดต่อประสานงาน ช่วยเหลือเกื้อกูลกันดังที่เคยเกิดขึ้นในอดีตในอีกรูปแบบหนึ่ง

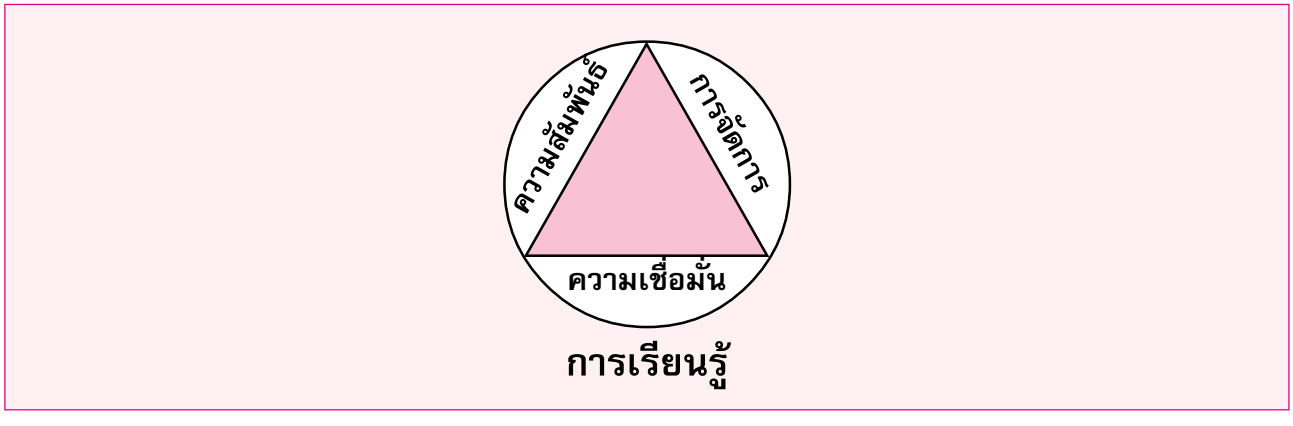
9.1.3 จัดการใหม่

เมื่อดิน น้ำ ป่า เสื่อมโทรมและหดหาย ถ้าไม่จัดการใหม่ก็ไม่มีทางเพียงพอกับความจำเป็นแม้เพียงเพื่อยังชีพ ทำอย่างไรจึงจะทำให้ที่ดิน 5 ไร่ เพียงพอเพื่ออยู่รอดและอยู่ได้อย่างยั่งยืน ทำอย่างไรป่าที่เหลือจึงไม่ถูกตัด และที่เสื่อมโทรมจะฟื้นคืนมาเหมือนเดิม จะจัดการกับผลผลิตอย่างไร จะแปรรูปหรือจะขาย จะจัดการการตลาดอย่างไร เริ่มจากตลาดท้องถิ่นในหมู่บ้าน จะจัดการกับเงินสดอย่างไร จะออมเดือนละ 50 บาท 100 บาท อย่างไรจึงจะเกิดดอกออกผลให้ตนเองและชุมชนให้มากที่สุด ชาวบ้านเรียนรู้ว่าถ้าพวกเขาไม่จัดการเองก็จะมีคนมาช่วยจัดการให้และเอาผลประโยชน์ไป พวกเขาเป็นแต่เพียงแรงงานถูกๆ เท่านั้น ถ้าพวกเขาไม่รวมกลุ่มและดำเนินการเอง พ่อค้า ข้าราชการ นักวิชาการ หรือใครก็ได้ที่มีความรู้ความสามารถและทุนจากภายนอกจะมาจัดการแทนพวกเขา

9.1.4 เรียนรู้ใหม่

เพื่อจะได้ความเชื่อมั่นกลับคืน เพื่อจะได้ความสัมพันธ์กลับคืนมา มีกลุ่มมีองค์กรที่เข้มแข็งและเพื่อจะสามารถจัดการทรัพยากรและทุนที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพจำเป็นต้องมีการเรียนรู้ใหม่ การเรียนรู้ที่เหมาะสม ไม่ใช่การเข้าโรงเรียนหรือสถานศึกษา หากเป็น

ภาพที่ 9.1 การเรียนรู้ของชุมชน



กระบวนการที่เกิดจากการได้เห็น ได้สัมผัส ได้ทำด้วยตนเอง เป็นกระบวนการทางปัญญาที่มาจากแรงบันดาลใจ ที่ทำให้ตัดสินใจ “ทวนกระแส” และ “ฝ่ากระแส” เพื่อเป็น “ตัวของตัวเอง” การเรียนรู้ใหม่เป็นการผสมผสานระหว่างภูมิปัญญาท้องถิ่นกับความรู้และประสบการณ์สากล ผสมผสานและบูรณาการอย่างเป็นองค์รวม ไม่แยกเรื่องและประเด็นออกเป็นชิ้นๆ อย่างที่เคยเกิดขึ้นมาอดีต

9.2 กองทุนชุมชนและสวัสดิการชุมชน

เมื่อก่อนนี้ชุมชนอยู่ได้อย่างพอเพียง พึ่งตนเองได้ มีความมั่นคงในชีวิต อย่างน้อยก็มีอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย มียารักษาโรคแบบพื้นบ้าน มีพี่มีน้องที่พึ่งพาอาศัยได้ มีน้ำ มีดิน มีป่า มีธรรมชาติรอบตัวให้พึ่งพิง เป็นตลาด เป็นโรงพยาบาล เป็นบ้าน เป็นโรงงาน ด้วยเหตุดังนี้ แม้ไม่มีการออมโดยตรง ก็มีการออม “โดยธรรมชาติ” คือ ธรรมชาติเป็นผู้ออมให้ จัดสรรให้ จัดการให้

วันนี้ความมั่นคงดังกล่าวหดหายและเสื่อมทรามลงไปจนเกือบหมดสิ้น ชาวบ้านแทบไม่มีความมั่นคงเหลืออยู่อีกต่อไป ทั้งครอบครัว ชุมชน ธรรมชาติรอบตัวเปลี่ยนไปในทางเลวลง จนพึ่งพาอาศัยกันไม่ได้เหมือนเมื่อก่อน ชาวบ้านต้องพึ่งพาตลาด พ่อค้า ครู หมอ ข้าราชการ อาจารย์ ตำรวจ ทนาย ศาล ธนาคาร โรงพยาบาล โรงงาน โรงเรียน โรงแรม โรงจำนำ และอีกสารพัดโรง

หนึ่งในโครงการพัฒนาที่หน่วยงานราชการและองค์กรพัฒนาเอกชนส่งเสริมสนับสนุนให้ชาวบ้านรวมตัวกันดำเนินการ คือ กลุ่มออมทรัพย์ ซึ่งเรียกกันหลายๆ ชื่อ และมีรูปแบบการบริหารจัดการแตกต่างกัน เช่น กลุ่มสัจจะออมทรัพย์ กองทุนหมู่บ้าน ธนาคารหมู่บ้าน กลุ่มออมทรัพย์เครดิตยูเนี่ยน รวมไปถึงองค์กรที่มีกฎหมายรองรับอย่างสหกรณ์ออมทรัพย์และสหกรณ์ต่างๆ ที่มีกิจกรรมออมทรัพย์อยู่ในตัว องค์กรเหล่านี้มีอยู่ประมาณ 40,000 กว่าแห่งทั่วประเทศ แต่คาดกันว่ามีเพียงประมาณร้อยละ 10 เท่านั้นที่เป็นองค์กรที่เข้มแข็ง นอกนั้นเหลืออยู่แต่ชื่อ หรืออยู่ในสภาพที่ขาดทุน

องค์กรเหล่านี้เป็นรูปแบบการจัดการเกี่ยวกับ “เงินสด” ที่ชาวบ้านมี เป็นการออมเงินที่กระทำกันอย่างสม่ำเสมอรายเดือน ซึ่งเป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับชาวบ้านที่ห่างไกลเมือง ไกลธนาคาร และไม่คุ้มที่จะเสียเวลาและค่ารถเพียงเพื่อเดินทางไปเมืองทุกเดือนเพื่อออมเงินเพียง 50 บาท 100 บาท ในเมืองทุกเดือน รูปแบบนี้ยังเป็นการจัดการทุนที่เป็นเครื่องมืออย่างสำคัญและมีประสิทธิภาพเพื่อการเรียนรู้ การรวมตัวเป็นองค์กรชุมชน การเรียนรู้การทำงานร่วมกัน จัดการทรัพยากรต่างๆ ลงทุน แปรรูปผลผลิต และอื่นๆ ด้วยเหตุนี้ กลุ่มออมทรัพย์จึงไม่ใช่ธนาคาร หรือสถาบันการเงินที่ตั้งขึ้นมาแข่งกับธนาคารหรือสถาบันการเงินต่างๆ หากแต่เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาชุมชนที่ทุกอย่างสัมพันธ์กันอย่างเป็นองค์รวม

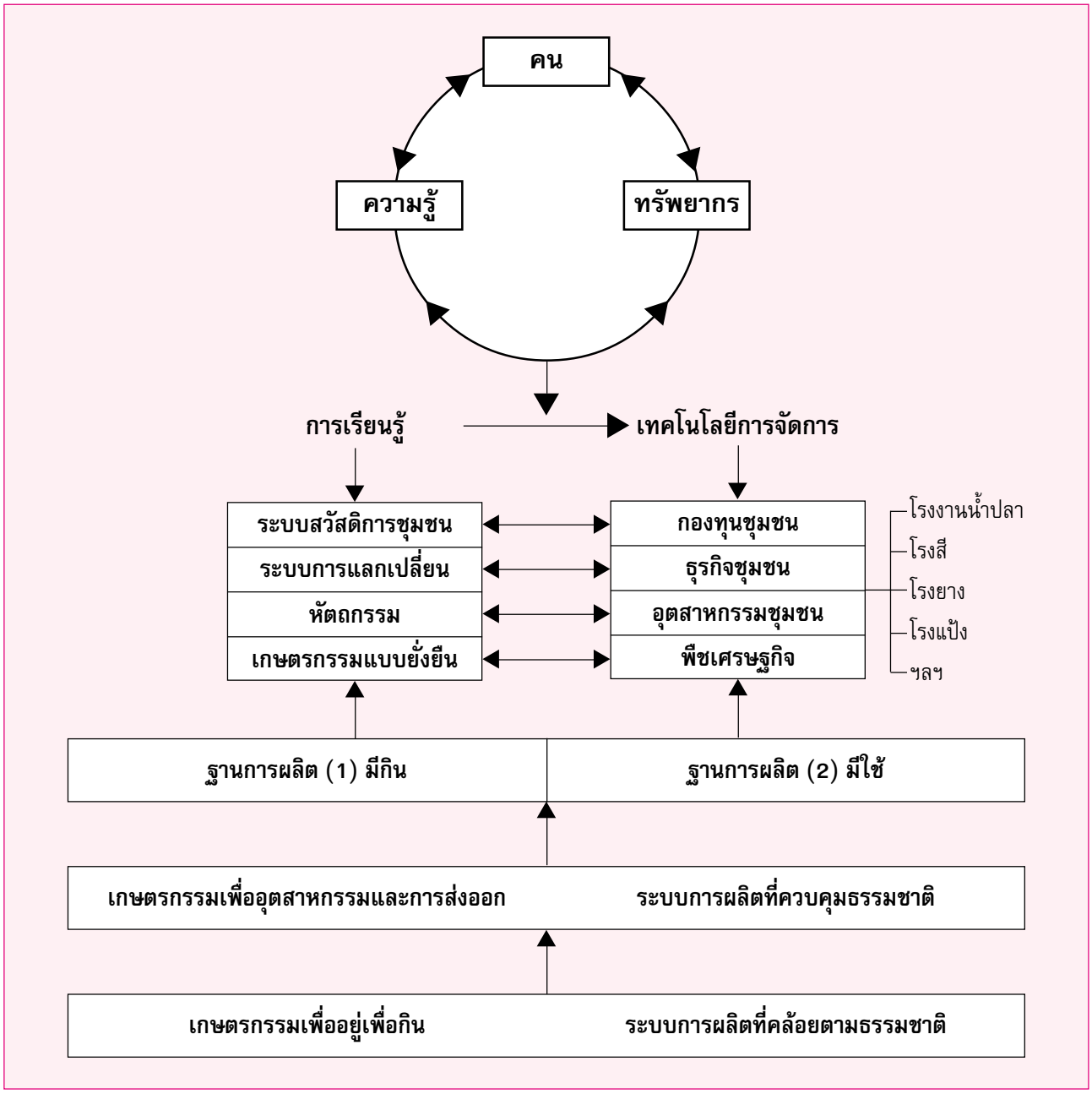
กลุ่มออมทรัพย์เป็นส่วนสำคัญของระบบสวัสดิการชุมชน การออมเงินคนละไม่กี่สิบบาทต่อเดือน แต่อาศัยจำนวนประชากรหรือสมาชิกที่มาก ทำให้เงินที่ดูน้อยนิดกลายเป็นเงินก้อนใหญ่ สามารถนำมาหมุนเวียนแก้ไขปัญหาต่างๆ ในชุมชน ก่อให้เกิดกิจกรรมอื่นๆ ตาม

มาได้ และที่สำคัญ ทำให้ชาวบ้านเริ่มเชื่อมั่นในตัวเอง ว่าแม้จะไม่รวยก็สามารถสร้างระบบสวัสดิการและสร้างความมั่นคงให้กับตนเองได้

เงินเป็นเพียงเครื่องมือเพื่อการเรียนรู้ ไม่ใช่สิ่งที่จะทำให้ชาวบ้านแตกแยกและแย่งชิงผลประโยชน์ เงินทำให้ชาวบ้านมาพบกัน มาร่วมงานกัน มาช่วยเหลือกัน และจัดความสัมพันธ์ใหม่ โดยมีเงินเป็นตัวเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างผู้คน เหมือนกับที่พริก มะเขือ เกลือ ข้าว เคยเป็นในอดีต มีการจัดระบบระเบียบและตั้งกฎเกณฑ์ดำเนินการกันใหม่ เพื่อให้การจัดการมีประสิทธิภาพ

เงินไม่ใช่เป้าหมาย เพราะหากเป็นเป้าหมาย ชาวบ้านคงพยายามฝากเงิน หมุนเงิน ลงทุน และทำทุกอย่างให้เงินเพิ่มจำนวนให้มากที่สุดและเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ แต่เงินเป็นเพียงส่วน

ภาพที่ 9.2 การพัฒนาชุมชนอย่างเป็นองค์รวม



หนึ่งของกระบวนการพัฒนา กระบวนการเรียนรู้ และกระบวนการจัดสวัสดิการ ชาวบ้านไม่ได้เน้นที่ปริมาณเงิน แต่เน้นที่การจัดระบบสวัสดิการ ซึ่งพร้อมที่จะช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล ยามเกิดภัยพิบัติ ภาวะฉุกเฉิน ทุนการศึกษา ทุนช่วยเหลือคนชรา คนพิการ คนด้อยโอกาส

การดำเนินงานของชาวบ้านเป็นการสร้างความร่วมมือมากกว่าการแข่งขันสร้างสวัสดิการมากกว่าสร้างกำไรและความมั่งคั่ง

9.3 กรณีกลุ่มออมทรัพย์ที่สงขลาและสวัสดิการชุมชน

กลุ่มออมทรัพย์หลายกลุ่มที่สงขลามีชื่อเสียงเป็นที่รู้จักกันทั่วประเทศ เพราะจำนวนเงินออมที่มีมาก และที่สำคัญ เนื่องจากรูปแบบสวัสดิการของกลุ่มเหล่านี้ เป็นผลงานของชาวบ้านซึ่งค่อยๆ เรียนรู้และค้นคิดวิธีการจัดการกับ “ทุน” ที่ตนเองมีอยู่ ซึ่งไม่ใช่แต่เพียงเงินสดที่นำมารวมกัน แต่เป็นทุนทางปัญญา เป็นทุนของความเอื้ออาทรและความเป็นพี่เป็นน้อง รวมกับแนวคิด ประสบการณ์จากที่ต่างๆ รวมทั้งจากต่างประเทศ เอามาผสมผสานให้เกิดเป็นรูปแบบการจัดการ “ทุน” แบบใหม่ที่เหมาะสมกับชาวบ้านมากที่สุด เกณฑ์สำคัญที่เรียกกันว่า “เหมาะสม” มากที่สุด คือ ก่อให้เกิดสวัสดิการและความมั่นคงให้กับชีวิตของชาวบ้านมากที่สุดนั่นเอง

กลุ่มออมทรัพย์ที่สงขลาก่อตั้งกันมาตั้งแต่ 2520 นับแต่ยุคแรกๆ ที่กรมพัฒนาชุมชนได้เริ่มส่งเสริมให้ก่อตั้งกลุ่มสัจจะออมทรัพย์ และก่อตั้งศูนย์สาธิตการตลาด โดยมีจุดมุ่งหมายให้ชาวบ้านได้เรียนรู้การจัดการทรัพยากรของตนเอง ได้เรียนรู้การซื้อการขายและการออม ด้วยเหตุนี้จึงไม่ได้รีบเร่งให้ชาวบ้านจดทะเบียนเป็นอะไรก็ได้ที่ “ถูกต้องตามกฎหมาย” แต่ให้เป็น “การทดลองเรียนรู้” ไปเรื่อยๆ

กลุ่มออมทรัพย์ที่สงขลาจำนวนมาก แม้จะไม่จดทะเบียน ก็ได้ปรับรูปแบบการดำเนินงานแทบจะทั้งหมด รวมถึงระบบบัญชี เพื่อ “ปลดปล่อย” ตัวเองเป็นอิสระจากหน่วยงานของรัฐที่มาส่งเสริมในระยะเริ่มแรก และคงเป็นเพราะความเป็นตัวของตัวเองนี้เอง ที่ทำให้กลุ่มเหล่านี้อยู่รอดมาได้จนถึงทุกวันนี้ พวกเขาปรับรูปแบบจากที่ราชการบอกให้ออมเงินแล้วเอาไปฝากธนาคาร เมื่ออยากใช้เงินก็ไปกู้จากธนาคาร มาเป็นปล่อยกู้ยืมกันเอง ทันทีที่มีการออมจึงไม่มีเงินเหลือเพื่อไปฝากธนาคาร นอกจากเงินที่สำรองไว้เพื่อช่วยสมาชิกยามฉุกเฉินและเพื่อให้เป็นสวัสดิการต่างๆ เท่านั้น

ชาวบ้านสรุปบทเรียนกันอย่างสม่ำเสมอ ชาวบ้านพบว่า เงินที่หมุนเวียนในระบบการออมและกู้ยืมนั้นมีมากกว่าตัวเลขเงินฝากจริงมากนัก ทั้งดอกเบี้ย “ลูกดอกเบี้ย หลานดอกเบี้ย” ก็กู้ยืมกันได้ เงินที่ปันผลออกไปเป็นสวัสดิการต่างๆ เมื่อยังไม่ใช้ก็นำออกให้สมาชิกกู้ยืมได้อีก กองทุนสวัสดิการจึงเติบโตขึ้นเรื่อยๆ พร้อมกับกลุ่มออมทรัพย์

การบริหารจัดการเงินเป็นเรื่องสำคัญ หากบริหารจัดการไม่เป็น เงินจะทำให้คนต้องรบราฆ่าฟัน แก่งแย่งผลประโยชน์ กลุ่มออมทรัพย์ที่สงขลาพิสูจน์ความจริงข้อหนึ่งว่า ชุมชนที่บริหารจัดการ “เงิน” เป็น เป็น “ชุมชนเข้มแข็ง” เพราะการจัดการเงินในชุมชน ไม่ใช่แค่เรื่องเทคนิค แต่เป็นหลายๆ เรื่องรวมกัน เป็นเรื่องความสัมพันธ์ ความไว้ใจ ความซื่อสัตย์

ความเสียสละ ความปรารถนาดีเพื่อให้คนอื่นได้ดีมีสุขและแก้ปัญหาของตนเองได้ เป็นความเอื้ออาทรเพื่อช่วยเหลือเกื้อกูลกัน เหล่านี้ล้วนเป็นรากฐานสำคัญที่ทำให้กลุ่มออมทรัพย์อยู่รอด เติบโต และประสบความสำเร็จ

กลุ่มออมทรัพย์เหล่านี้มีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง นับแต่ปี 2531 เมื่อมูลนิธิหมู่บ้านได้ทำการศึกษาวิจัยกลุ่มออมทรัพย์ 35 กลุ่มที่สงขลา โดยเลือกกลุ่มที่มีเงินออมเกินหนึ่งแสนบาทและประสบความสำเร็จ แล้วนำกลุ่มเหล่านี้มาพบกัน เอาผลการวิจัยมานำเสนอ และให้แต่ละกลุ่มได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทำให้เกิดเวทีการเรียนรู้อย่างสำคัญ และเกิดเครือข่ายองค์กรชุมชนที่กลายมาเป็น “สมาคมฟื้นฟูหมู่บ้านสงขลา” มีสมาชิกกว่าร้อยองค์กรและกลุ่มทั่วจังหวัด ทำให้แนวคิดเรื่องสวัสดิการชุมชนของ ครูชบ ยอดแก้ว ซึ่งขณะนั้นยังไม่ได้แพร่หลายออกไปจากน้ำขาว ได้รับการตอบรับและนำไปประยุกต์เกือบทั่วจังหวัดในวันนี้ รวมทั้งในจังหวัดอื่นๆ ทั่วประเทศ

ในที่นี้จะนำเสนอรูปแบบและประสบการณ์ของกลุ่มออมทรัพย์ 4 กลุ่มที่มีการจัดสวัสดิการที่สืบเนื่องจากกลุ่มออมทรัพย์ เป็น 4 รูปแบบที่แตกต่างกัน แม้จะอยู่ในพื้นที่ใกล้กัน

9.3.1 น้ำขาว

น้ำขาวเป็นตำบลเล็กๆ ตำบลหนึ่งในอำเภอจะนะ มีอยู่ 11 หมู่บ้าน ประชากรทั้งตำบล 2,000 กว่าคน มีกลุ่มออมทรัพย์ 19 กลุ่ม มีเงินออมรวมกันแล้วเกือบ 20 ล้านบาท มีกองทุนและระบบสวัสดิการที่เป็นต้นแบบให้กลุ่มออมทรัพย์ทั่วประเทศวันนี้

เริ่มจากครูชบ ยอดแก้ว อดีตครูใหญ่โรงเรียนน้ำขาวใน เริ่มก่อตั้งกลุ่มออมทรัพย์ในโรงเรียนตั้งแต่ปี 2523 แล้วขยายออกไปยังชุมชนต่างๆ ของตำบลน้ำขาวเมื่อปี 2526 โดยครูชบใช้เวลาเกือบ 4 ปี เตรียมชุมชน เดินทางไปพบปะชาวบ้านในทุกหมู่บ้านของตำบลน้ำขาว เพื่อสร้างความเข้าใจเรื่อง “กลุ่มออมทรัพย์เพื่อพัฒนาครบวงจรชีวิต” เพื่อให้เกิดการออมและช่วยเหลือกันและกันระหว่างสมาชิก นำเงินไปลงทุนร่วมกันในการผลิต การขายผลผลิต การซื้อการขายเครื่องอุปโภคบริโภคต่างๆ ในชุมชน

ครูชบได้เริ่มต้นด้วยการเชิญข้าราชการที่รับผิดชอบการพัฒนาในตำบลมาทำความเข้าใจร่วมกัน คือ พัฒนากร เกษตรตำบล สาธารณสุข และตัวครูชบเองฐานะครู แล้วชวนกันออกไปพูดคุยทำความเข้าใจกับชาวบ้านทุกเย็นหลังเลิกงานเรื่องการพัฒนา การตั้งกลุ่มออมทรัพย์ จนกระทั่งในปี 2526 เริ่มก่อตั้งกลุ่มออมทรัพย์ได้ 13 กลุ่ม ปีต่อมาจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษาพยาบาลให้สมาชิกกลุ่มออมทรัพย์ได้ 11 กองทุน กองทุนยาประจำหมู่บ้าน 11 กองทุน กองทุนบัตรสุขภาพประจำหมู่บ้าน 11 กองทุน และตั้งศูนย์สาธิตการตลาดประจำตำบลน้ำขาวในปี 2530

การจัดการกลุ่มออมทรัพย์นั้น จะมีการปันผลเมื่อครบ 12 เดือน แบ่งเงินปันผลตามหุ้น คิดหุ้นละ 10 บาท โดยนำดอกผล 50% มาปันผลตามหุ้น อีก 50% จัดให้เป็นสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล และจัดให้ผู้ทำบัญชีตามที่คณะกรรมการเห็นสมควร

สมาชิกสามารถกู้ยืมได้หลังจากเป็นสมาชิกแล้ว 6 เดือน และสามารถได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลได้หลังจากเป็นสมาชิกแล้ว 1 ปี

ในระยะแรกๆ นั้น ทางกลุ่มออมทรัพย์ไม่เรียก “ดอกเบี้ย” แต่เรียกว่า “ค่าบำรุง” หรือ “ค่าธรรมเนียม” คิดเป็น 5% ต่อเดือน ซึ่งถือว่าเป็น “ดอกเบี้ย” ที่สูงมาก เพราะจุดมุ่งหมายสำคัญของกลุ่ม คือ การสร้างกองทุนสวัสดิการ จึงพยายามทำให้เกิดกองทุนนี้เพื่อจัดสวัสดิการให้สมาชิกที่เจ็บป่วย ซึ่งก็เริ่มจัดได้ทันทีตั้งแต่ปี 2527 ดังนี้

สูตรสวัสดิการคนไข้ใน

2527-2528	เบิกได้คืนละ	30	บาท	ไม่เกินวงเงิน	1,000	บาทต่อปี
2528-2530	เบิกได้คืนละ	60	บาท	ไม่เกินวงเงิน	1,300	บาทต่อปี
2531-2532	เบิกได้คืนละ	90	บาท	ไม่เกินวงเงิน	1,600	บาทต่อปี
2533 ถึงปัจจุบัน	เบิกได้คืนละ	120	บาท	ไม่เกินวงเงิน	1,900	บาทต่อปี

สูตรสวัสดิการคนไข้นอก

2527	เบิกได้	10%	ไม่เกินวงเงิน	200	บาท
2528	เบิกได้	20%	ไม่เกินวงเงิน	400	บาท
2529	เบิกได้	30%	ไม่เกินวงเงิน	600	บาท
2530	เบิกได้	40%	ไม่เกินวงเงิน	800	บาท
2531	เบิกได้	50%	ไม่เกินวงเงิน	1,000	บาท
2532	เบิกได้	60%	ไม่เกินวงเงิน	1,200	บาท
2533	เบิกได้	70%	ไม่เกินวงเงิน	1,400	บาท
2534	เบิกได้	80%	ไม่เกินวงเงิน	1,600	บาท
2535	เบิกได้	90%	ไม่เกินวงเงิน	1,800	บาท
2536	เบิกได้	100%	ไม่เกินวงเงิน	2,000	บาท

ใบเสร็จที่นำมาเบิกได้ คือ ใบเสร็จจากหน่วยงานดังต่อไปนี้ กองทุนยาประจำหมู่บ้านสถานีอนามัยตำบลน้ำขาว หมอยาพื้นบ้าน (คนหนึ่งที่ได้รับการยอมรับ) โรงพยาบาลอำเภอนาทวี โรงพยาบาลอำเภอจะนะ โรงพยาบาลสงขลา

กรณีที่สมาชิกถึงแก่กรรม ทางกลุ่มช่วยทำบุญแรกเริ่มในปี 2527 รายละ 500 เพิ่มขึ้นทุกปีจนปี 2533 เป็นเงิน 1,400 บาท ไม่เปลี่ยนแปลงจนถึงทุกวันนี้

ตัวเลขสวัสดิการอาจจะไม่มาก แต่เนื่องจากมีกลุ่มออมทรัพย์ที่น้ำขาวถึง 19 กลุ่ม ชาวบ้านหนึ่งคนสามารถเป็นสมาชิกได้หลายกลุ่ม และสามารถได้รับสวัสดิการจากทุกกลุ่มที่ตนเองเป็นสมาชิกโดยไม่มีปัญหาเรื่องการเบิกซ้ำซ้อน หลายคนบอกว่า ถ้าหากตนเองป่วยเข้าโรงพยาบาลจะ “ได้กำไร” ถ้าคิดเป็นตัวเลข คือ กลุ่มที่ตนเป็นสมาชิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้โดยนำใบเสร็จที่ถ่ายเอกสารไปขอรับสวัสดิการได้ เมื่อรวมกันแล้วได้เงินมามากกว่าที่ได้จ่ายไปจริง ซึ่งชาวบ้านรู้กันดีและต้องการให้เป็นเช่นนี้ เพื่อสมาชิกจะได้นำเงินไปชดเชยเวลาทำงานที่เสียไป และนำเงินไปซื้อข้าวปลาอาหาร อาหารเสริมบำรุงร่างกายระหว่างการพักฟื้น

แม้ระบบสวัสดิการเช่นนี้จะทำให้สมาชิก “ได้กำไร” แต่ก็คงไม่มีใครอยากป่วยเพียงเพื่อ

จะได้เงินชดเชย

ในปี 2543 นี้ กลุ่มนารีพิทักษ์วัย กลุ่มออมทรัพย์ของสตรีที่ยังไม่แต่งงานหรือเป็นม่าย ได้ริเริ่มสวัสดิการอีกแบบหนึ่ง คนไข้ในจะได้รับสวัสดิการคืนละ 100 บาท คนไปเฝ้าคนไข้ก็จะได้รับ 100 บาทเช่นเดียวกัน ทั้งนี้เพื่อเป็นแรงจูงใจให้คนไปเฝ้าคนไข้ ซึ่งปรากฏว่ามีการแย่งกันไปเฝ้าไข้

กลุ่มออมทรัพย์ที่น้ำขาวก่อตั้งกันขึ้นมาเพื่อวัตถุประสงค์เฉพาะต่างๆ หลายกลุ่ม เช่น กลุ่มออมทรัพย์วันเพ็ญ ก่อตั้งขึ้นมาเพื่อให้คนไปวัดในวันเพ็ญทุกเดือน ไปออมกันวันนั้น กู้ยืมกันวันนั้น และได้ฟังเทศน์ฟังธรรม ได้พบปะพูดคุยกันด้วย

กลุ่มออมทรัพย์เครือญาติ ซึ่งครูชบก่อตั้งขึ้นมาร่วมกับเครือญาติกว่า 300 คน ทั้งที่อยู่ในหมู่บ้านและนอกหมู่บ้าน ต่างอำเภอ ต่างจังหวัด ก่อตั้งมาเมื่อปี 2535 วันนี้มีเงินออมประมาณ 2.2 ล้านบาท และมีกองทุนสวัสดิการประมาณ 1.8 ล้านบาท ซึ่งดำเนินงานมาเช่นเดียวกับกลุ่มอื่นๆ ซึ่งต้องการสร้างกองทุนสวัสดิการให้เติบโต จึงเรียกเงินค่าบำรุงร้อยละ 5 ต่อเดือน แล้วแบ่งครึ่งหนึ่งกลับเข้ากลุ่มออมทรัพย์ อีกครึ่งหนึ่งเข้ากองทุนสวัสดิการ ซึ่งก็ปล่อยให้สมาชิกกู้เช่นเดียวกัน กองทุนสวัสดิการนี้นอกจากจ่ายค่ารักษาพยาบาล ทุนการศึกษา และอื่นๆ เช่นเดียวกับกลุ่มอื่นๆ ยังจ่ายค่าเดินทางให้สมาชิกให้กลับไปเยี่ยมบ้านที่น้ำขาวได้ปีละครั้ง แล้วมีการจัดงานสังสรรค์เครือญาติในหมู่สมาชิก

สำหรับการจ่ายสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลนั้นกลุ่มออมทรัพย์เครือญาติแตกต่างไปจากกลุ่มอื่นๆ บ้าง คือ ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในจ่ายคืนละ 200 บาท ไม่เกิน 2,400 บาทต่อปี ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกไม่เกิน 60% ของค่าใช้จ่ายจริง แต่ไม่เกินคนละ 1,700 บาทต่อปี สมาชิกเสียชีวิตได้คนละ 6,000 บาท ค่าไฟฟ้าได้คนละ 10 บาทต่อคนต่อเดือน

กลุ่มออมทรัพย์และกองทุนสวัสดิการที่น้ำขาวเป็น 2 “กอง” ที่แยกกัน โดยเงินกู้ยืมและดอกผลจากกองทุนสวัสดิการไม่มีการปันผล ทำให้เงินกองทุนนี้เติบโตเร็ว และโดยเจตนาของชาวบ้านก็ต้องการเช่นนั้น และจะต้องโตกว่ากลุ่มออมทรัพย์ทั่วไป ทั้งนี้เพื่อยืนยันว่า การดำเนินการเกี่ยวกับ “เงิน” ทั้งหมดเป็นการสร้างระบบสวัสดิการให้ชุมชน ไม่ใช่เพื่อสร้างสถาบันการเงิน

9.3.2 ธนาคารชีวิตแบบอู่ตะเภา

วัดอู่ตะเภาอยู่ที่ตำบลคูเต่า อำเภอหาดใหญ่ เริ่มทำ “ธนาคารชีวิต” มาตั้งแต่ปี 2527 โดยพระอาจารย์ทอง เจ้าอาวาสเป็นผู้ริเริ่ม วันนี้ (ปี 2544) ท่านคือ พระครูพิพัฒนโชต ท่านได้ย้ายไปเป็นเจ้าอาวาสวัดดอน ทำให้เกิดธนาคารชีวิตขึ้นที่นั่นอีก ในปี 2534 และที่วัดคูเต่าในปี 2535

ธนาคารชีวิต คือ ชื่อที่เรียกกลุ่มออมทรัพย์ของสามวัดนี้ พระอาจารย์ทอง ให้คำจำกัดความธนาคารชีวิตไว้ว่า “การอยู่ร่วมกันอย่างปลอดภัย สมาชิกต่างมีอุดมการณ์ร่วมกันในการคิดช่วยเหลือกลุ่มมากกว่าที่จะเอาจากกลุ่ม ตั้งใจให้เบญจศีลเป็นวินัยของกลุ่ม”

วัตถุประสงค์ของธนาคารชีวิต คือ

(1) เพื่อฝึกสมาชิกให้รู้จักควบคุมตนเอง

(2) เพื่อให้สมาชิกมั่นใจในพลังสัจจะของแต่ละคนในการเว้นชั่ว ทำดี

(3) เพื่อเป็นศูนย์กลางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของมวลสมาชิก

(4) เพื่อพัฒนาพื้นที่แถบลุ่มน้ำอู่ตะเภาให้เป็นแผ่นดินธรรมแผ่นดินทอง

การดำเนินงานของกลุ่มจะจัดแบ่งออกเป็นกลุ่มย่อยๆ แต่ละกลุ่มย่อยจะตั้งชื่อกลุ่มตามมงคล 38 ข้อใดข้อหนึ่ง เพื่อเป็นแนวทางหรืออุดมคติในการดำเนินงาน การออม การกู้ยืม และการคืนจะทำกันภายในกลุ่มย่อย โดยทุกกลุ่มย่อยจะมารวมกันที่วัด และออมกันเดือนละ 30 บาท หรือวันละ 1 บาท นำอาหารมาถวายพระ ฟังเทศน์ร่วมกัน รับประทานอาหารร่วมกัน และพูดคุยแบ่งปันประสบการณ์กัน

การออมทรัพย์เกี่ยวกับชีวิตของแต่ละคนและของส่วนรวม พระอาจารย์ทองเน้นที่การละอบายมุข ถ้าเงิน 1 บาทมาจากการลดละอบายมุขจะได้ประโยชน์หลายต่อ ทั้งต่อตัวเองและต่อผู้อื่น เงินเหล่านี้รวมเป็นกองทุนโดยผู้ออมไม่ได้ดอกเบี้ย ขณะที่ผู้กู้เสียดอกเบี้ยร้อยละ 12 ต่อปี รายได้ส่วนนี้จะนำไปพัฒนาชุมชน และให้สวัสดิการต่างๆ

วัดอู่ตะเภา เงินกองทุนที่ได้จากดอกผล ถูกนำไปใช้ในการส่งเสริมสาธารณสุขมูลฐาน การสร้างส้วมและน้ำดื่มที่สะอาด ส่งเสริมอาชีพ (เช่น การฟื้นการปลูกส้มโอหอม การจัดกลุ่มจักสานและผลิตภัณฑ์จากเชือกกล้วยตานีหรือกล้วยพังลา และการทำนาผักบุ้ง เป็นต้น) และยังมีการจัดการไปศึกษาดูงาน การประชุมสัมมนา และการฝึกอบรมวิชาชีพต่างๆ ให้กับสมาชิก

นอกจากนี้ ยังจัดทุนการศึกษาให้เยาวชนในท้องถิ่น ให้ทุนเด็กนักเรียนที่โรงเรียน ทุนอาหารกลางวัน ทุนค่ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ ช่วยเหลือกรณีประสบภัยพิบัติภัยธรรมชาติ และช่วยเหลือครอบครัวซึ่งสมาชิกเสียชีวิต

9.3.3 คลองเปียะ

กลุ่มออมทรัพย์คลองเปียะก่อตั้งเมื่อปี 2523 จากสมาชิกเริ่มต้น 51 คน เงินออม 2,850 บาท วันนี้มีสมาชิกกว่า 5,000 คน เงินออมและหมุนเวียนกว่า 90 ล้านบาท พร้อมกับกองทุนสวัสดิการจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้สมาชิกถึง 90% โดยไม่มีเพดาน หมายความว่า ถ้าสมาชิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล 100,000 บาท กลุ่มก็จะออกให้ 90,000 บาท และคาดว่า ปี 2544 กลุ่มจะสามารถจ่ายได้ 100% ของค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด

กลุ่มออมทรัพย์นี้มีการบริหารจัดการที่แปลกไปจากกลุ่มอื่นๆ ทั่วไป เพราะมีสมาชิกจากหมู่บ้านต่างๆ และบริหารจัดการออมและปล่อยกู้กันในกลุ่มย่อยทั้ง 12 กลุ่ม แล้วเอาส่วนเกินส่วนขาดมาเกลี่ยกันในคณะกรรมการกลาง เป็นการดำเนินงานทุกอย่างภายในวันเดียว ทำให้สามารถประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย ทำให้ส่วนต่างระหว่างเงินฝาก (13.00%) และเงินกู้ (14.40%) เพียง 1.4% ก็พอเพียงเพื่อจ่ายสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลและอื่นๆ ให้สมาชิกและชุมชน

ที่สำคัญไม่มีการโกง และไม่มีหนี้เสีย ชาวบ้านถือว่าเป็นกลุ่มออมทรัพย์ของพวกเขา เป็นเงินของพวกเขา พวกเขาบริหารจัดการกันเองมาถึง 20 ปี จากไม่กี่ร้อยมาเป็นเกือบร้อยล้าน ลบคำปรามาสของหลายฝ่าย โดยเฉพาะข้าราชการที่ถือว่า กลุ่มนี้ “ขบถ” ออกนอกลู่นอกทาง

ไม่ทำตามหลักเกณฑ์ที่ทางราชการไปบอกไปสอนตั้งแต่เริ่มต้น ข้าราชการเคยบอกตอนแรกๆ ว่าออมได้ถึงหลายแสนเมื่อไรกลุ่มก็จะล้ม เมื่อไม่ล้มก็บอกว่า เมื่อถึงหลักล้านก็คงไม่เหลือ แต่กลุ่มก็เติบโตจากหนึ่งล้านเป็นสิบล้าน หลายสิบล้าน และกำลังจะเป็นร้อยล้านอีกไม่เกินปี 2544

ชาวบ้านบอกว่า เงินเป็นเพียงตัวเลข พวกเขาได้เริ่มเรียนรู้มาตั้งแต่เงินยังไม่ถึงหลักหมื่น ค่อยๆ เรียนรู้มาเรื่อยๆ ถึง 20 ปี ทำไมจะบริหารเงินร้อยล้านไม่ได้

คลองเปียะจัดสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลโดยนำเอาแนวทางของน้ำขาวมาประยุกต์ใช้ โดยเริ่มจัดสรรเงินเพื่อเป็นสวัสดิการในปี 2535 แล้วเริ่มจ่ายสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลในปี 2537 โดยเริ่มที่ 30% เพิ่มขึ้นทุกปีๆ ละ 10% จนคาดว่าในปี 2544 จะสามารถจ่ายได้ 100% ของใบเสร็จค่ารักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลของรัฐ โดยไม่แยกคนไข้นอกคนไข้ใน

อย่างไรก็ดี การดำเนินงานเช่นนี้ก็ไม่ได้บอกว่า “ไม่มีเพดาน” โดยไม่มีเงื่อนไข เพราะในทางปฏิบัติคงเป็นไปไม่ได้ และไม่มีใครทำได้ไม่ว่าจะโดยระบบใด คลองเปียะคำนวณตัวเลขจากงบประมาณสวัสดิการที่หักออกมาจากผลกำไร และที่แบ่งปันผลให้สมาชิกแล้ว โดยมูลค่าในใบเสร็จจะต้องไม่มากไปกว่าจำนวนกองทุนสวัสดิการที่เตรียมเอาไว้ ไม่เช่นนั้นกลุ่มคงอยู่ไม่ได้

นอกจากสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล คลองเปียะยังให้ทุนการศึกษาเด็กและเยาวชน ให้ความช่วยเหลือสมาชิกที่ถูกภัยพิบัติ ภัยธรรมชาติรายละไม่เกิน 50,000 บาท ช่วยเหลือเมื่อสมาชิกเสียชีวิตรายละ 5,000 บาท ช่วยเหลือผู้สูงอายุ คนพิการ คนด้อยโอกาส นอกจากนี้ยังมีกองทุนที่ดิน ที่ให้สมาชิกกู้เงินไปซื้อที่ดินโดยไม่เสียดอกเบี้ย

9.3.4 นาหว้า

นาหว้าเป็นตำบลหนึ่งในอำเภอจะนะ มีกลุ่มออมทรัพย์กลุ่มใหญ่กลุ่มเดียว ซึ่งเริ่มก่อตั้งขึ้นเมื่อปี 2520 ปัจจุบันมีสมาชิกอยู่ประมาณ 1,400 คน มีเงินออมและหมุนเวียนอยู่ประมาณ 27 ล้านบาท มีคำขวัญว่า “ระบบดี ระเบียบสวย รวยคุณธรรม”

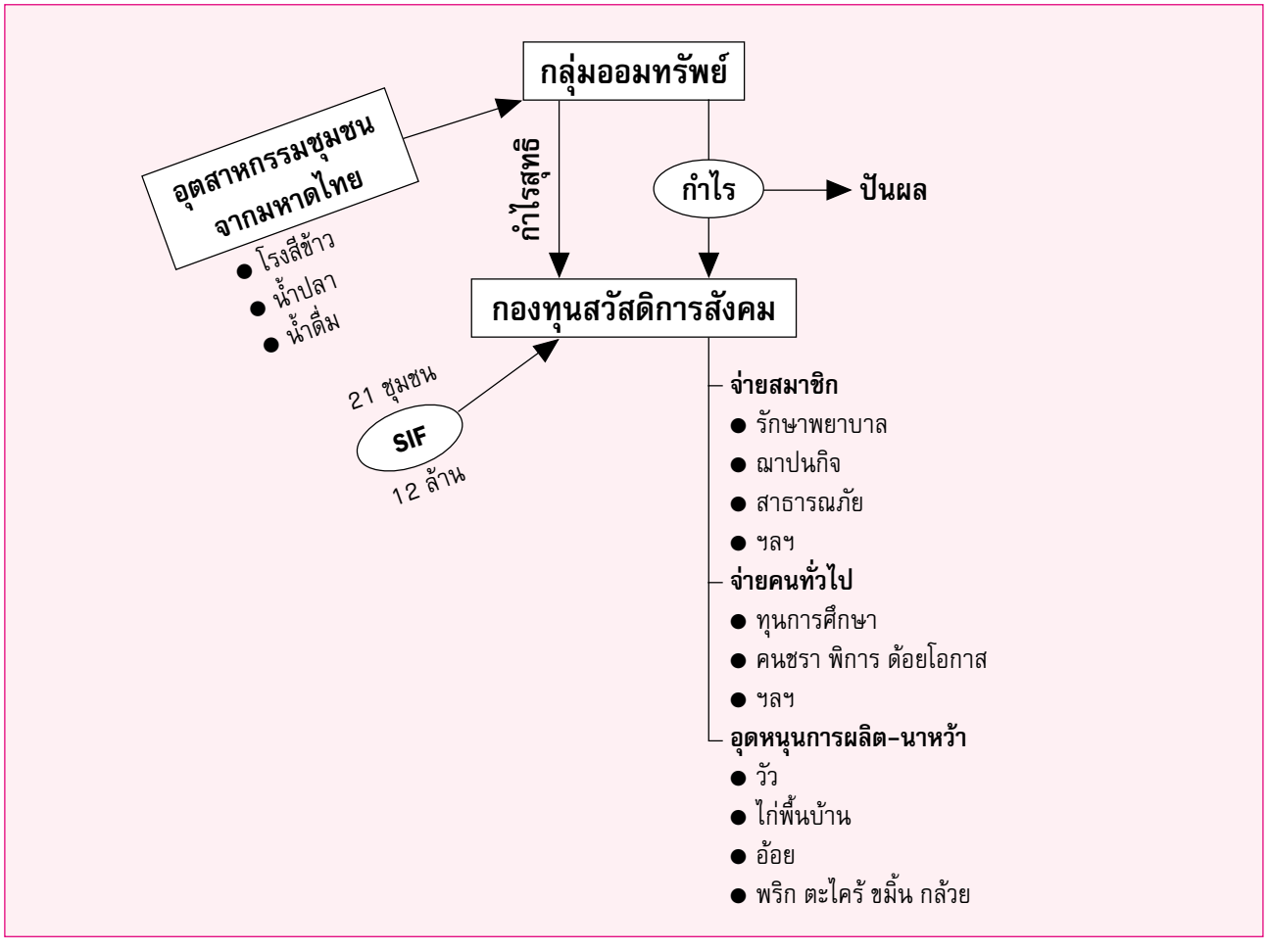
นาหว้าไม่มีวัด แต่มีศูนย์กลางชุมชนที่ดูภายนอกคล้ายวัด ข้างในเป็นศาลาสองชั้นเอนกประสงค์ เป็นที่ทำการกลุ่มออมทรัพย์ ที่ประชุม ร้านค้า นอกนั้นยังมีที่เก็บข้าวของ โรงสี อุปกรณ์เครื่องไม้เครื่องมือของกองทุนต่างๆ ถึง 61 กองทุน (ข้อมูลกันยายน 2543) และดูเหมือนจะเพิ่มขึ้นรายอาทิตย์รายเดือน กองทุนเหล่านี้ คือ วิธีการจัดการระบบสวัสดิการของชุมชนแห่งนี้ ซึ่งไม่มีวัดก็เหมือนมี เพราะมีของกลางไม่ว่าเป็นเต็นท์ โต๊ะ เก้าอี้ หม้อ ถ้วย ชาม จาน ช้อน ส้อม เครื่องครัว อุปกรณ์งานแต่งงาน โลงศพ โรงสี น้ำดื่ม ร้านค้า กองทุนการศึกษา กองทุนเยาวชน กองทุนวัว และอีกสารพัดกองทุนจนกระทั่งเข็มเย็บผ้าก็กลายเป็นกองทุน เพื่อให้มีการกระจายการบริหารจัดการ ให้เกิดการเรียนรู้ และให้เกิดสวัสดิการตั้งแต่เกิดจนตาย และในทุกกิจกรรมที่ต้องทำสำหรับครอบครัวและชุมชน

สำหรับค่ารักษาพยาบาลนั้น กองทุนจะให้ครอบครัวละไม่เกิน 2,000 บาทต่อปี นอกนั้น ยังมีกองทุนสำหรับเด็กเกิดใหม่ เมื่อลูกของสมาชิกเกิดใหม่ กลุ่มจะมอบเงินให้ 1,000 บาท โดยเปิดบัญชีออมทรัพย์ให้ และให้พ่อแม่ออมให้ลูก จนกว่าลูกจะอายุ 18 ปี

จาก 4 กรณีของกลุ่มออมทรัพย์ที่สงขลาที่ได้ยกมาโดยย่อข้างต้นจะเห็นศักยภาพของชุมชนในการจัดระบบสวัสดิการของตนเอง แต่ก็ยังมีข้อจำกัดอยู่ไม่น้อย ข้อจำกัดประการหนึ่ง คือ จำนวนเงินในกองทุนสวัสดิการเอง ซึ่งยังมีน้อยเกินกว่าที่จะจ่ายค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดได้ มีที่คลองเปียะและที่น้ำขาวที่หาวิธีการของตนเอง ครูชบ ยอดแก้ว และสมาคมฟื้นฟูหมู่บ้านสงขลาจึงได้ทำโครงการขอทุนสมทบ (matching fund) จากกองทุนเพื่อสังคม (SIF) สมทบให้ 21 กลุ่มออมทรัพย์ที่มีกองทุนสวัสดิการอยู่แล้ว โดยสมทบเท่าตัว เช่น นาหว้ามีกองทุนอยู่ 2 ล้านบาท ก็ได้สมทบอีก 2 ล้านบาท นำไปหมุนเวียนให้เกิดดอกออกผล และจัดระบบสวัสดิการให้เข้มแข็งต่อไป

จะเห็นได้ว่า กลุ่มออมทรัพย์และกองทุนสวัสดิการเป็นเรื่องเดียวกัน และสัมพันธ์กับเรื่องอื่นๆ ในชุมชนอย่างแยกไม่ได้ เป็นระบบการจัดการชีวิตของชุมชน ซึ่งมีทั้งเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม

ภาพที่ 9.3 การบริหารจัดการกองทุนสวัสดิการสังคมของกลุ่มออมทรัพย์จังหวัดสงขลา



9.4 การพึ่งตนเองด้านสุขภาพของชุมชน

กองทุนสวัสดิการสุขภาพอันเป็นส่วนหนึ่งของการจัดการกลุ่มออมทรัพย์กำลังแพร่หลายออกไปสู่กลุ่มออมทรัพย์ต่างๆ ทั่วประเทศ นอกจากกลุ่มออมทรัพย์หลายร้อยกลุ่มที่สงขลา ยังมีอีกหลายร้อยกลุ่มที่พัทลุง นครศรีธรรมราช กระบี่ สุราษฎร์ธานี ชุมพร ตรัง และจังหวัดอื่นๆ ในภาคใต้ที่ได้รับเอาแนวคิดและวิธีการจัดสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลแบบน้ำขาวหรือประยุกต์หลายๆ แบบจากที่สงขลา ที่พวกเขาได้เรียนรู้โดยตรงจากครูชบและผู้นำองค์กรชุมชนที่สงขลา อย่างกำนันอัมพร ด้วงปาน นายลัภท์ หนูประดิษฐ และนายเคล้า แก้วเพชร ที่ไปบอกเล่าประสบการณ์ให้ฟังถึงถิ่นที่ของพวกเขา หรือที่พวกเขาไปเยี่ยมศึกษาดูงานที่สงขลาโดยตรง

นอกจากทางภาคใต้แล้ว ยังมีอีกหลายร้อยกลุ่มที่บุรีรัมย์ นครราชสีมา ขอนแก่น สกลนคร กาฬสินธุ์ อุดรธานี ซึ่งเคยไปศึกษาดูงานที่ภาคใต้ นำเอาวิธีการจัดสวัสดิการมาประยุกต์ในท้องถิ่นของตนเอง กลุ่มออมทรัพย์ที่สตึกเอาวิธีการจัดการแบบคลองเปียะมาดำเนินการตั้งแต่ 2534 และได้พิสูจน์ให้ผู้คนทั่วไปเห็นว่า คนอีสานมีเงินที่จะออมได้ และทำได้ไม่น้อยไปกว่าคนภาคใต้ รวมทั้งจัดระบบสวัสดิการได้เช่นเดียวกัน

ยังมีกรณีของพระอาจารย์สุบิน ปณีโต ผู้เคยไปปักกลดหนึ่งพรรษาเรียนรู้การดำเนินงานเกี่ยวกับกลุ่มออมทรัพย์และการจัดสวัสดิการที่น้ำขาว จากครูชบและชาวบ้านที่นั่น แล้วนำไปเผยแพร่หลายจังหวัด และไปปักหลักดำเนินงานที่จังหวัดตราด บ้านเกิดของท่าน เพียงเวลาไม่ถึง 10 ปี เกิดกลุ่มออมทรัพย์ขึ้นมาเกือบ 150 กลุ่ม มากกว่าครึ่งหนึ่งของจำนวนหมู่บ้านของจังหวัดนี้ และมีระบบสวัสดิการเช่นเดียวกับที่น้ำขาว

แนวคิดนี้แพร่ขยายออกไป ดังกรณีพระมนัส ขันติธรรมโม ได้ไปเรียนรู้จากพระอาจารย์สุบิน แล้วนำไปเผยแพร่ที่จังหวัดจันทบุรี เพียง 4 ปี มีกลุ่มออมทรัพย์เกิดขึ้นถึงวันนี้ได้ 106 กลุ่มทั่วจังหวัดทุกอำเภอ และกำลังขยายต่อไป

ถ้าพิจารณาปรากฏการณ์ดังกล่าวให้ดีจะพบว่า การขยายตัวของกลุ่มออมทรัพย์และกองทุนสวัสดิการชุมชนมีความหมายสำคัญ 2 ประการ คือ

9.4.1 ประชาชนดิ้นรนหาทางพึ่งตนเอง

เพราะไม่สามารถพึ่งพารัฐ หรือใครต่อไปได้อีกแล้ว ต้องหาทางเลือกของตนเอง เพราะทางเดิมนั้นตันแล้ว ไม่สามารถเดินต่อไปได้ ไม่มีทางออก พวกเขากลับทางเก่าและหาวิธีการจัดการใหม่ จัดการทรัพยากร จัดการทุนทางเศรษฐกิจ ทุนทางสังคม ทุนทางวัฒนธรรม เพื่อให้ตนเองอยู่รอดได้ และอยู่อย่างพอเพียง ด้วยเหตุนี้ วิธีการหรือทางเลือกดังกล่าวจึงเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับ “คุณค่า” และ “คุณธรรม” โดยตรง เพราะชาวบ้านไม่สามารถไปแข่งขันกับสถาบันการเงินหลัก หรือระบบทุนนิยม และบริโภคนิยมอันเป็นกระแสหลักในสังคมนี้ได้ จุดแข็งของพวกเขา คือ ภูมิปัญญา คุณธรรม และความเป็นชุมชนที่ยังอยู่และฟื้นฟูขึ้นมาให้เข้มแข็งได้

9.4.2 ระบบสวัสดิการของชุมชน

มีลักษณะเป็น “องค์รวม” ซึ่งเชื่อมโยงทุกอย่างในชุมชนเข้าด้วยกัน การออมทรัพย์จึงไม่ใช่เรื่องการออมเงิน หรือออมส่วนเกินเพื่อแข่งขันกับสถาบันการเงินต่างๆ แต่เป็นการจัดสวัสดิการ เป็นการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน เกี่ยวพันกับการผลิต การจัดการการผลิต เกี่ยวกับการเรียนรู้ และกระบวนการพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็งในทุกๆ ด้าน เรื่องสวัสดิการสุขภาพจึงไม่ใช่เพียงเรื่องการสร้างกองทุนเพื่อไปจ่ายโรงพยาบาล หากแต่ รวมถึงการปรับวิถีชีวิตการป้องกันไม่ให้เกิดโรค การทำให้ตนเองและชุมชนอยู่ดีกินดี มีความสุข

ด้วยเหตุนี้ เครือข่ายองค์กรชุมชนในจังหวัดต่างๆ จึงดำเนินการทุกอย่างพร้อมกันไป ทั้งเรื่องการเกษตร สิ่งแวดล้อม ธุรกิจและอุตสาหกรรมชุมชน กองทุนและสวัสดิการ และสุขภาพชุมชน โดยมีโครงการดำเนินงานที่มีกรอบการทำงาน ได้แก่

(1) ส่งเสริมการกินอยู่ที่ทำให้สุขภาพดี อาหารที่เป็นประโยชน์ ไม่เป็นพิษ กินอาหารเป็นยาดีกว่ากินยาเป็นอาหาร สร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีสำหรับการอยู่และการทำงาน ถ้าทำได้ก็พยายามผลิตอาหารเอง โดยเฉพาะในชนบท ในครอบครัว ชุมชน ระหว่างชุมชน วางแผนการจัดการเพื่อการพึ่งพาอาศัยกันระหว่างชุมชน หมู่บ้าน และเครือข่ายในจังหวัด

(2) ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรและการรักษาพื้นบ้าน เรียนรู้จากตัวเอง โรคภัย-ไข้เจ็บตลอดจนยาและวิธีการใช้ยาแผนโบราณ การอบ การนวด และอื่นๆ

(3) สร้างกองทุนสวัสดิการเพื่อช่วยเหลือสมาชิกเมื่อต้องไปโรงพยาบาล เพราะค่ารักษาพยาบาลเป็นสาเหตุสำคัญสาเหตุหนึ่งของหนี้สินชาวบ้าน ถ้าหากไม่มีกองทุนอย่างน้อยเพื่อผ่อนหนักให้เป็นเบา หลายครอบครัวก็ต้องตกในวังวนของหนี้สินที่ยากจะหลุดออกมาได้

(4) มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย การจัดระบบและการบริการด้านสุขภาพโดยสถานบริการของรัฐในท้องถิ่น เช่น สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด เป็นต้น รวมถึงโครงการส่งเสริมสุขภาพต่างๆ

ทั้งหมดที่กล่าวมานี้เป็นความพยายามของชุมชนในท้องถิ่นต่างๆ ที่จะหาทางออกแบบพึ่งตนเองให้มากที่สุด จนดูประหนึ่งเป็นการ “เมินรัฐ” สิ่งที่ขาด คือ การเชื่อมต่อระหว่างแนวคิดประสบการณ์ และขบวนการของชุมชนเหล่านี้กับนโยบายสุขภาพ โดยเฉพาะในระดับชาติ ซึ่งการเชื่อมต่อดังกล่าวจะเกิดขึ้นเมื่อมีการศึกษาวิจัยปรากฏการณ์ต่างๆ

9.5 ข้อเสนอที่ได้จากกลุ่มออมทรัพย์สงขลา

9.5.1 การวิจัย

ขณะนี้ (ปี 2544) แม้ความรู้ความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับศักยภาพของชุมชนในเรื่องกลุ่มออมทรัพย์และระบบสวัสดิการก็ยังไม่มีการวิจัยเชิงสำรวจประเมินอย่างจริงจัง มีแต่ “คาดว่า” หรือ “ประมาณการว่า” เท่านั้น การสำรวจวิจัยเกี่ยวกับกองทุนชุมชนครั้งแรกและครั้งสุดท้ายทำไว้ตั้งแต่ปี 2531 โดยมูลนิธิหมู่บ้าน ตั้งแต่นั้นมายังไม่มีการสำรวจหรือประมวลข้อมูลอีกเลย

การวิจัยแบบไปเก็บข้อมูลหมู่บ้านมาวิเคราะห์ก็มีอยู่ไม่น้อย แต่ยังขาดการวิจัยที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินการทุกขั้นตอน การวิจัยเชิงประสบการณ์ ที่มีการปฏิบัติร่วมกันโดยทุกภาคีที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะเป็นการสร้างพลังร่วม (synergy) ที่ก่อให้เกิดพลังทางปัญญาอย่างมหาศาล ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทันทีในขณะดำเนินการ และสามารถนำไปเชื่อมต่อกับนโยบายใหญ่ได้ต่อไป

การวิจัยกลุ่มออมทรัพย์ 35 กลุ่มที่จังหวัดสงขลาโดยมูลนิธิหมู่บ้านเมื่อปี 2531-2532 ได้จุดประกายทางปัญญาให้ผู้นำชุมชนที่นั่น ซึ่งได้สร้างเครือข่ายและกลายเป็นสมาคมฟื้นฟูหมู่บ้านสงขลาในเวลาต่อมา มีการพบปะกันทุกเดือน ร่วมกันทำงานอย่างต่อเนื่องมาจนถึงทุกวันนี้ รวมทั้งประสานกับเครือข่ายจังหวัดอื่นๆ ทั้งในภาคใต้และภาคอื่นๆ ทั่วประเทศ

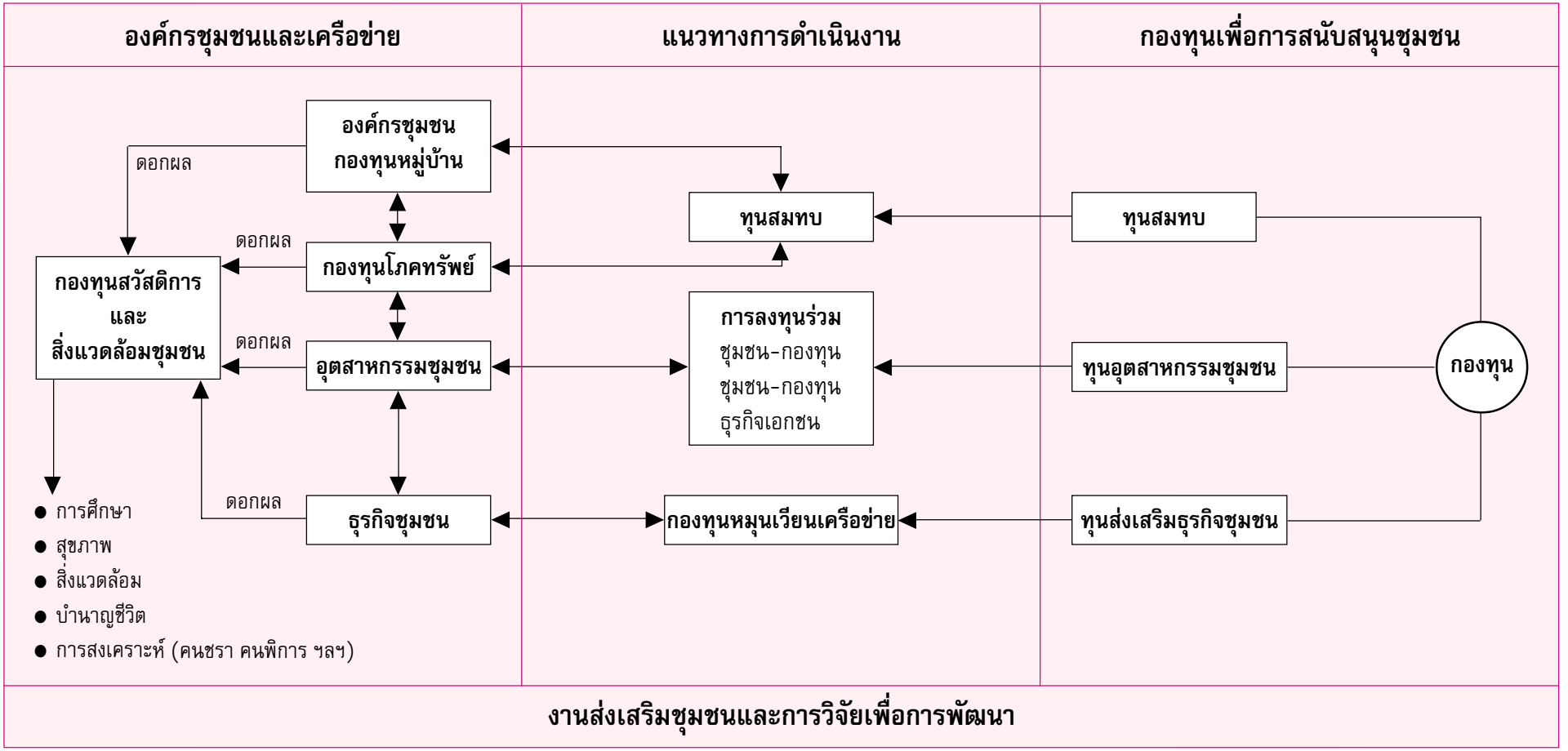
ถ้าหากไม่มีการดำเนินการวิจัยเชิงประสบการณ์ ก็จะมีการสรุปแบบผิวเผินว่า อะไรเป็นปัญหาและความต้องการของชาวบ้าน โดยไม่เคยค้นหาศักยภาพที่แท้จริงของพวกเขา ศักยภาพดังกล่าวจะไม่ออกมาให้เห็น ถ้าหากไม่มี “การกระทำ” โดยตัวชาวบ้านเอง และคงจะมีคนสรุปเอาง่ายๆ ว่า การส่งเสริมสวัสดิการสุขภาพให้ชุมชน คงจะเป็นการเอาเงินไปให้ชาวบ้านจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้ครบ 100% ให้เร็วที่สุด ซึ่งชาวบ้านอย่างคลองเปียะตอบว่า ประเด็นสวัสดิการสุขภาพไม่ใช่เรื่องการจ่าย 100% แต่เป็นเรื่องการอยู่อย่างมีหลักประกันอยู่อย่างมั่นคง ปลอดภัย และมีความสุข ซึ่งหลักประกันสำคัญที่สุด คือ การที่ชุมชนช่วยเหลือเกื้อกูลกัน เป็นที่พึ่งพาอาศัยกันได้ (เหมือนครั้งหนึ่งในอดีตนานมาแล้ว) การหาทางป้องกันโรคภัยไข้เจ็บ และการกินอยู่อย่างพอเพียง

9.5.2 ประสบการณ์

“ทุนสมทบ” จำนวน 12 ล้านบาทจาก SIF ที่ให้กับ 21 ชุมชนที่มีกลุ่มออมทรัพย์และกองทุนสวัสดิการทำให้เห็นได้ชัดเจนว่า แนวทางที่รัฐจะส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชนนั้นไม่ใช่แค่เรื่องการจัดสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล หากเป็นเรื่องการส่งเสริมอย่างครบวงจร ให้ชุมชนเข้มแข็งและพึ่งตนเองให้ได้มากที่สุด ทุนที่สมทบลงไปจะทำให้กระบวนการดังกล่าวเร็วขึ้น และทำให้กลุ่มที่ได้รับก่อนสามารถเผื่อแผ่ไปยังกลุ่มที่เข้มแข็งน้อยกว่าได้ โดยที่รัฐเองไม่ต้องไป “วุ่นวาย” จัดการให้ชาวบ้านไปหมดเหมือนอย่างที่ผ่านมา (ประสบการณ์ของเครือข่ายองค์กรชาวบ้านที่บุรีรัมย์เรื่องสระน้ำหรือบ่อปลาที่ขุดแล้วต้องคืนเงินให้กลุ่ม เพื่อหมุนเวียนให้คนที่ยังไม่ได้ต่อไป เมื่อบริหารโดยคณะกรรมการเครือข่าย คือชาวบ้านเอง ทุกอย่างก็ดำเนินไปได้ ไม่มีใคร “เบี้ยว” จากเพียง 100 บ่อ ได้ขยายไปเป็นกว่า 400 บ่อในเวลาไม่กี่ปี) ทุนที่สมทบลงไปนั้น ถ้าหากบริหารจัดการโดยเครือข่ายชาวบ้านก็น่าจะมั่นใจได้ว่าพวกเขาจะสามารถบริหารจัดการได้

ภาพสุดท้ายนี้ คือ แนวทางที่เสนอรัฐให้ดำเนินการเพื่อส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชน

ภาพที่ 9.4 แนวทางการดำเนินงานในรูปแบบของกองทุนเพื่อสนับสนุนชุมชน



ภาค 4

กลไกที่จำเป็นสำหรับระบบประกันสุขภาพ

บทที่ 10 **การพัฒนากลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมในประเทศไทย**
โดย ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, พ.บ., Ph.D.

บทที่ 11 **ระบบประกันคุณภาพของการดูแลสุขภาพในประเทศไทย**
โดย จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, พ.บ., Ph.D.

บทที่ 12 **การปฏิรูประบบบริหารจัดการด้านยา**
โดย เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์, ภ.บ., ร.ม., Ph.D.
วิทยา กุลสมบูรณ์, ภ.บ., Ph.D.

บทที่ 10

การพัฒนากลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมในประเทศไทย

ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, พ.บ., Ph.D.
คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยนเรศวร

กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis related group, DRG) เป็นระบบแบ่งกลุ่มผู้ป่วยใน[1] ที่นำมาใช้ในด้านการคลังสุขภาพที่แพร่หลายในประเทศต่างๆ อย่างแพร่หลาย [2] การที่กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมใช้ข้อมูลไม่มากนักในการจัดกลุ่ม (ใช้เพียงการวินิจฉัยโรค หัตถการ การผ่าตัด อายุ และวิธีจำหน่ายผู้ป่วย) ทำให้ได้รับการพิจารณาว่าน่าจะเป็นทางเลือกหนึ่งของระบบการคลังสุขภาพในประเทศไทยและได้มีผลการศึกษาวิจัยหลายๆ แง่มุม ก่อนที่จะนำมาใช้จริง บทความนี้เสนอวิวัฒนาการของการพัฒนากลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมในประเทศไทย และประสบการณ์ของการนำมาใช้ในแผนสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล การพิจารณาบทเรียนเหล่านี้ เพื่อหาข้อเสนอแนะในการพัฒนากลุ่มวินิจฉัยโรค เพื่อให้เป็นเครื่องมือสำคัญอันหนึ่งของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

10.1 ความจำเป็นที่ต้องมีตัวชี้วัดกลุ่มโรค

ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทยเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วตั้งแต่ปี 2533 เป็นต้นมา จากเดิมที่ประชาชนจำนวนมากไม่มีหลักประกัน ต้องจ่ายเงินเมื่อเข้ารับบริการโดยจ่ายตามจำนวนกิจกรรมบริการที่ได้รับ (fee-for-service) ต่อมาเริ่มระบบประกันสุขภาพแบบเป็นทางการครั้งแรก คือประกันสังคม ซึ่งจ่ายเงินให้กับสถานบริการโดยการทำสัญญาล่วงหน้า (contractual basis) ตามอัตราเหมาจ่ายรายหัว (ดูรายละเอียดในบทที่ 4-ประกันสังคม) ผลสำเร็จอย่างดีของการประกันสังคม ทำให้หลายฝ่ายตระหนักถึงความสำคัญของกลไกการคลังสุขภาพ (financing mechanism) ซึ่งมีความสำคัญยิ่งกว่าการเป็นเจ้าของสถานบริการ (owner of health services) ทำให้แผนการประกันอื่นๆ เช่น การปฏิรูประบบสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) พิจารณาใช้การเหมาจ่ายรายหัว ทดแทนวิธีการจัดงบประมาณตามแบบที่เคยใช้กันมา

แม้วิธีการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการตามอัตราเหมาจ่ายรายหัว จะมีผลดีมากกว่าผลเสีย[3,4] ข้อด้อยที่มีมากับการเหมาจ่ายรายหัว คือการให้บริการต่ำเกิน (underservice) มีการทำวิจัยเพื่อค้นหากลไกการจ่ายเงินอื่นๆ เพื่อลดข้อด้อยข้างต้นอย่างต่อเนื่อง โดยระบบกลุ่มโรค

ร่วม (casemix system) เป็นทางเลือกอย่างหนึ่งที่ประเทศต่างๆ ใช้อย่างประสบผลสำเร็จมาแล้ว ไม่ว่าจะเป็นยุโรปหรือออสเตรเลีย ระบบกลุ่มโรคร่วม (casemix) ถือเป็นชื่อสามัญ (generic name) ของระบบการแบ่งกลุ่มผู้ป่วย (patient classification system) ซึ่งครอบคลุมทั้งกลุ่มโรคผู้ป่วยใน กลุ่มโรคผู้ป่วยนอก และอื่นๆ เพื่อการแก้ไขปัญหาที่ตรงจุด กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (diagnosis related group, DRG) เป็นระบบแบ่งกลุ่มผู้ป่วยชนิดหนึ่ง ใช้สำหรับผู้ป่วยในระยะเฉียบพลัน (acute inpatient) เพื่อทำนายว่า จะใช้ทรัพยากรในการรักษาโรคเพียงใด

เหตุผลสนับสนุนว่า ระบบกลุ่มโรคร่วม มีความสำคัญต่อการเป็นส่วนหนึ่งในกลไกการจัดสรรงบประมาณหรือการคลังของประเทศไทย ได้แก่:

- ยังมีระบบประกันสุขภาพหลายอย่างที่จ่ายเงินแก่สถานพยาบาลตามรายกิจกรรม เช่น สวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ (civil servant medical benefit scheme, CSMBS) การคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ (traffic accident protection scheme, TAPS) กองทุนทดแทนแรงงาน (workmen's compensation scheme, WCS) ระบบประกันสุขภาพเหล่านี้ ถือเป็นการคลังภาคสาธารณะ มีขนาดของรายจ่ายกว่า 2 หมื่นล้านบาทในปี 2542
- ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย ยังให้การคุ้มครองไม่ถึงทุกคนโดยถ้วนหน้า การคลังสาธารณะที่จัดสรรไปสู่หน่วยงานสาธารณสุขต่างๆ สำหรับผู้ที่ไม่มีหลักประกันเป็นเพียงต้นทุนบางส่วนไม่ใช่ต้นทุนรวม ผู้ป่วยที่รับบริการจึงต้องจ่ายเงินเมื่อรับบริการ ซึ่งมักจะจ่ายตามกิจกรรม ทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน
- การข้ามเขตรับบริการระหว่างจังหวัดมีจำนวนมาก การข้ามเขตเหล่านี้รวมทั้งการข้ามเขตระหว่างจังหวัด และข้ามเขตระหว่างอำเภอ เมื่อการจัดงบประมาณคิดตามฐานประชากรแล้ว จังหวัดหรืออำเภอที่ได้รับงบประมาณตามการเหมาจ่ายรายหัว จึงควรรับผิดชอบตามจ่ายกรณีที่ผู้ป่วยข้ามเขตเอง และกรณีส่งต่อ ดังนั้นการจัดงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว ไม่ได้ปฏิเสธบทบาทของวิธีจ่ายอย่างอื่น ซึ่งเป็นส่วนเสริม เช่น ที่ใช้ในการประกันสังคม

ระบบกลุ่มโรคร่วมชนิดแรกที่เริ่มใช้คือ กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) เพราะเป้าหมายคือโรงพยาบาลโรคเฉียบพลัน ซึ่งเป็นรายจ่ายส่วนใหญ่ของรายจ่ายรวมด้านสุขภาพ ในขณะที่จำนวนของการให้บริการน้อยกว่าบริการอย่างอื่น ถ้าเริ่มด้วยกลุ่มโรคร่วมชนิดอื่น เช่น กลุ่มผู้ป่วยนอก Ambulatory Patient Group (APG) จะต้องมีปริมาณของธุรกรรมมากกว่า DRG ถึง 10 เท่า เพราะจำนวนผู้ป่วยนอกจะมากกว่าผู้ป่วยใน นอกจากนี้ ต้นทุนรวมของการให้บริการผู้ป่วยนอกก็ยังน้อยกว่าต้นทุนของผู้ป่วยใน

การเริ่มกลุ่มโรคร่วมด้วย DRG มีความเหมาะสมอีกประการหนึ่งเมื่อพิจารณาเรื่องแฟ้มข้อมูลมาตรฐานที่ต้องใช้สำหรับการจัดกลุ่มโรค เพราะ DRG ใช้ข้อมูลทางคลินิกไม่มากนัก ได้แก่ การวินิจฉัยโรคหลัก โรคที่เป็นร่วมด้วย โรคแทรกซ้อน หัตถการในห้องผ่าตัด (ถ้ามี) อายุผู้ป่วย ประเภทการจำหน่าย ข้อมูลเหล่านี้ควรปรากฏอย่างครบถ้วนในแผ่นสรุปการจำหน่ายผู้ป่วยใน

ตอนต่อไปของบทนี้ จะได้กล่าวถึงและอภิปรายอย่างละเอียดการพัฒนากลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ในประเทศไทย

10.2 วิวัฒนาการและการใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมในประเทศไทย

ตอนนี้จะกล่าวถึงประวัติความเป็นมาของการพัฒนากลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมในประเทศไทย ระเบียบวิธีต่างๆ ที่ใช้ในการพัฒนาค่ามาตรฐานของ DRG โปรแกรมการจัดกลุ่ม DRG และวิวัฒนาการของการใช้ DRG กับระบบสุขภาพของประเทศไทย

10.2.1 ประวัติความเป็นมา

งานวิจัย DRG เริ่มราวปี 2536 เมื่อพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 จะบังคับใช้ พ.ร.บ. ฉบับนี้บังคับให้เจ้าของรถจ่ายเบี้ยประกันเพื่อไว้ชดเชยค่ารักษาพยาบาลจากการบาดเจ็บ และค่าเสียหายจากการพิการหรือเสียชีวิต ทั้งของผู้เป็นเจ้าของรถฝ่ายถูกชน หรือคนเดินถนน แต่วิธีการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการทางการแพทย์ที่กำหนดในตอนนั้นยังเป็นแบบจ่ายย้อนหลังตามรายกิจกรรม ซึ่งคาดการณ์ว่า วิธีการจ่ายเช่นนี้จะทำให้เกิดปัญหาด้านต้นทุนของระบบประกัน เพราะสถานพยาบาลจะเบิกในอัตราสูง แม้จะมีเพดานสูงสุดก็ตาม ดังนั้นการวิจัยเพื่อหาทางเลือกที่ดีระหว่างการจ่ายตามกิจกรรม กับการจ่ายตามอัตราเหมาจ่ายรายหัว คือ DRG จึงเริ่มขึ้น แทนที่จะรอให้ปัญหาเกิดขึ้นเสียก่อน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเห็นด้วยในหลักการจึงสนับสนุนการวิจัยระบบกลุ่มโรคร่วมด้วย DRG เพื่อพิสูจน์ว่าระบบ DRG มีความเป็นไปได้กับระบบการคลังสุขภาพของประเทศไทย การวิจัยครั้งแรกนั้น ต้องออกแบบใบบันทึกข้อมูลสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายให้ครอบคลุมทั้งข้อมูลทางคลินิกและข้อมูลค่ารักษาพยาบาลที่ต้องการเรียกเก็บ มีโรงพยาบาลที่ร่วมวิจัยใน 10 จังหวัด ทั้งโรงพยาบาลรัฐและเอกชน (ดูตารางที่ 10.1)

ตารางที่ 10.1 การพัฒนา DRG ในประเทศไทย

ปี	หัวเรื่อง	ผู้สนับสนุน	รายละเอียด
2536	กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมในผู้ป่วยอุบัติเหตุ	สวรส.	รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยในประมาณ 10,000 ราย จาก รพ.รัฐและเอกชน 34 แห่ง ใน 10 จังหวัด
2538	กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของผู้ป่วยที่สังคมต้องช่วยเหลือเกื้อกูล	สวรส.	รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยในประมาณ 16,000 ราย จาก รพ.รัฐ 40 แห่ง ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการยกเว้นค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดหรือบางส่วน
2539	กลไกการจ่ายเงินที่มีประสิทธิภาพด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม	องค์การอนามัยโลก	ใช้ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ผู้ป่วยในจาก รพ.ระดับจังหวัด 11 แห่ง เพื่อจัดกลุ่ม DRG และทำการสุ่ม ทบทวนแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยในบางส่วน

ตารางที่ 10.1 การพัฒนา DRG ในประเทศไทย (ต่อ)

ปี	หัวเรื่อง	ผู้สนับสนุน	รายละเอียด
2540	กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมระลอกที่สาม	-	ใช้ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2539 จาก รพ. 54 แห่ง ครอบคลุม รพ.ระดับจังหวัด และ รพ.ชุมชน เพื่อจัดกลุ่ม DRG ด้วยโปรแกรม Wales Grouper ที่สนับสนุนจาก บริษัท 3M
2540-2541	คู่มือการจ่ายเงินด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ฉบับที่ 1	สำนักงานประกันสุขภาพ	กรรมการผู้เชี่ยวชาญด้าน DRG ทบทวนค่ามาตรฐานของแต่ละ DRG ทั้งรหัสโรค ค่าวันนอน และน้ำหนักสัมพัทธ์ รวมทั้งจัดทำโปรแกรมจัดกลุ่ม DRG ฉบับที่ 1 เพื่อใช้ที่สำนักงานประกันสุขภาพในการจ่ายเงินให้ รพ. ต่างๆ
2541	กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมสำหรับผู้ป่วย 1 ล้านราย	-	ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ผู้ป่วยในจาก รพ. 91 แห่งทั้งระดับจังหวัด และ รพ.ชุมชน ปี 2540 จัดกลุ่ม DRG
2542	การชดเชยค่าใช้จ่ายราคาสูงด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม	สำนักงานประกันสุขภาพ	การจ่ายเงินตามการชดเชยค่ารักษาราคาสูง ปีงบประมาณ 2541 มีข้อมูล 1.6 ล้านราย จาก 101 รพ. และปี 2542 มีข้อมูล 2.8 ล้านราย จาก 411 รพ.
2543	กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ฉบับที่ 2	สำนักงานประกันสุขภาพ	เริ่มใช้โปรแกรมจัดกลุ่ม DRG ฉบับที่ 2

การวิจัยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของผู้ป่วยอุบัติเหตุ ได้กลุ่ม DRG ประมาณ 100 กลุ่ม[5] หรือเพียง 1 ใน 5 ของ DRG ฉบับที่ 10[1] ขั้นตอนต่อไปจึงคิดวางแผนวิจัยให้ครอบ คลุมผู้ป่วยในทุกๆ โรคเพื่อสามารถใช้ได้กับโรงพยาบาลเฉียบพลันทั้งหมด การวิจัยที่ 2 จึงเลือกเรื่องกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของผู้ป่วยที่สังคมต้องช่วยเหลือเกื้อกูล การเก็บข้อมูลยังต้องใช้แผ่นที่ออกแบบสำหรับการวิจัยซึ่งดัดแปลงจากการวิจัยครั้งแรก ครั้งนี้ได้กลุ่ม DRG เกือบ 400 กลุ่ม[6]

แทนที่จะเก็บข้อมูลเองเหมือนการวิจัย 2 ครั้งก่อน การวิจัยครั้งต่อมาเริ่มใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ผู้ป่วยในที่แต่ละโรงพยาบาลมีในระบบคอมพิวเตอร์ ปี 2539 โรงพยาบาลระดับจังหวัด 11 แห่งให้ข้อมูลผู้ป่วยในจากระบบคอมพิวเตอร์เพื่อทดลองจัดกลุ่ม DRG การวิจัยนี้จึงเรียกว่า เป็นระยะที่ 2 ของการพัฒนากลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม การวิจัยครั้งนี้ให้ผลที่ดีมากแม้ว่าจะจัดกลุ่ม DRG ด้วยการเขียนคำสั่งสั้นๆ ยังไม่ถึงขั้นเขียนโปรแกรมจัดกลุ่ม (DRG Grouper) โรงพยาบาลศูนย์มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยสูงกว่าโรงพยาบาลทั่วไป ตัวชี้วัดอื่นๆ ของ DRG เช่น จำนวนกลุ่ม DRG ที่โรงพยาบาลให้การรักษาได้ ความเป็นสถานพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญ และความครอบคลุมของข้อมูลผู้ป่วยใน ล้วนให้ผลที่ไปในทิศทางเดียวกันและน่าเชื่อถือ[7]

การวิจัยระลอกที่สามของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม คือการเปรียบเทียบผลที่ได้รับจากการจัดกลุ่ม DRG วิธีของไทยที่พัฒนาเอง กับการจัดกลุ่มที่ต่างประเทศใช้ ในครั้งนี้ได้รับการ

[1] DRG ฉบับที่ใช้อ้างอิง คือฉบับที่สำนักงานการคลังสุขภาพ (Health Care Financing Administration) ของสหรัฐอเมริกาใช้ในโครงการ Medicare เรียกว่า HCFA-DRG

สนับสนุนโปรแกรม DRG Grouper ซึ่งใช้ในเวลส์ โดยบริษัท 3M โรงพยาบาลทั้งหมดของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีข้อมูลผู้ป่วยในในคอมพิวเตอร์จะส่งข้อมูลให้วิเคราะห์ผลลัพธ์คือ AP-DRG (All Patient DRG ซึ่งมีกลุ่มโรคมากกว่า HCFA-DRG เพราะครอบคลุมกลุ่มโรคเด็กเพิ่มขึ้น) ผลของการเปรียบเทียบได้นำเสนอในที่ประชุมนานาชาติของระบบแบ่งกลุ่มผู้ป่วยครั้งที่ 13 ปี 2540 ที่อิตาลี (International Working Conference on Patient Classification System/Europe at Florence, Italy)

หลังจากที่ได้เทียบการพัฒนาที่วิจัยในประเทศไทยเองกับโปรแกรมต่างประเทศ รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญต่างประเทศ ทำให้กลุ่มนักวิจัยมีความมั่นใจในทิศทางการพัฒนาเพิ่มขึ้น ในปี 2540 กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ DRG รวมทั้งแพทย์ที่ทำเวชปฏิบัติได้ช่วยกันทบทวนรหัสทางการแพทย์ของโรคต่างๆ (ตามรหัส ICD) ที่จัดอยู่ในแต่ละกลุ่ม DRG ทบทวนค่าน้ำหนักมาตรฐาน (RW) และวันนอนเฉลี่ย ผลของการทบทวนจัดพิมพ์เป็นคู่มือค่ารักษาพยาบาลตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ถึงจุดนี้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับใช้จัดผู้ป่วยเข้าแต่ละกลุ่ม DRG เรียกว่า Thai DRG Grouper ฉบับที่ 1 จึงได้พัฒนาเพื่อใช้ที่ระดับกระทรวงในการจ่ายเงินกรณีค่ารักษาราคาสูง และให้โรงพยาบาลต่างๆ สามารถใช้ได้ด้วย

การเผยแพร่โปรแกรม DRG Grouper ฉบับที่ 1 ตรงกับช่วงที่สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เริ่มนโยบายชดเชยค่ารักษาพยาบาลราคาสูงแก่สถานพยาบาลที่ดูแลรักษาผู้ป่วยสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) ถ้าโรงพยาบาลต่างๆ สามารถพิสูจน์ให้เชื่อได้ว่าดูแลผู้ป่วยเหล่านั้นจริง ดังนั้น โรงพยาบาลหลายแห่งได้ส่งข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคลแก่สำนักงานประกันสุขภาพเพื่อจัดกลุ่ม DRG ถ้าผู้ป่วย สปร.รายใด ได้คะแนนน้ำหนักสัมพัทธ์ตั้งแต่ 2.5 คะแนนขึ้นไป ก็จะได้รับเงินชดเชยค่ารักษาราคาสูงนี้ (ดูรายละเอียดในบทที่ 5-สวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล) ปีงบประมาณ 2541 มีข้อมูลผู้ป่วย 1.6 ล้านราย และปี 2542 มีข้อมูลผู้ป่วยกว่า 2.8 ล้านราย

จุดอ่อนของโปรแกรม DRG grouper ฉบับที่ 1 มีหลายประการ ซึ่งเป็นที่วิพากษ์วิจารณ์มากขึ้นเมื่อปี 2543 กระทรวงสาธารณสุขตกลงกับโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ ให้รับการจ่ายเงินจากจังหวัดต่างๆ ที่ได้รับงบประมาณรายหัวสำหรับมีสิทธิ์ สปร. และส่งผู้ป่วยมารับการรักษาต่อที่โรงเรียนแพทย์ จึงทำให้ต้องปรับปรุง DRG ฉบับที่ 2 รวมทั้งโปรแกรมการจัดกลุ่ม Thai-DRG Grouper ฉบับที่ 2 ด้วย ซึ่งจะเริ่มใช้ในปี 2544 เป็นต้นไป

10.2.2 ระเบียบวิธีในการพัฒนา

ความจำเป็นขั้นต่ำของการนำระบบ DRG มาใช้คือ ระบบข้อมูลข่าวสารด้วยคอมพิวเตอร์ ข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยแต่ละรายเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการจัดกลุ่มผู้ป่วย การพัฒนา DRG ในประเทศไทยเริ่มภายหลังที่กระแสการพัฒนาระบบข้อมูลโรงพยาบาลด้วยคอมพิวเตอร์ตั้งแต่ปลายทศวรรษ 2520 ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลต่างๆ จะตื่นตัวและจัดหาระบบคอมพิวเตอร์มาใช้งานตั้งแต่ปี 2530 เป็นต้นมา แต่มีโรงพยาบาลเพียงไม่กี่แห่งที่มีฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์สำหรับการพัฒนาระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ข้อมูลทางคลินิกมีความสมบูรณ์ไม่มากนัก และยิ่งข้อมูลการใช้ทรัพยากรโรงพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละราย ยิ่งหาไม่ได้เลย

ระเบียบวิธีหลักของการพัฒนาค่ามาตรฐาน DRG มี 2 ประการ ได้แก่ การจัดกลุ่ม (classification) และการคำนวณค่ามาตรฐาน (calibration)

การจัดกลุ่ม คือ การทำตารางเทียบว่า ผู้ป่วยรหัสโรค ICD ใด จัดอยู่ในกลุ่ม DRG ใด เครื่องมือที่ใช้ทุ่นแรงสำหรับการจัดกลุ่มคือโปรแกรมจัดกลุ่มโรค (DRG Grouper) ส่วนการคำนวณค่ามาตรฐาน ได้แก่ ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์อันเป็นอัตรามาตรฐานในการจ่ายเงินให้กับโรงพยาบาล ค่าวันนอนเฉลี่ยในโรงพยาบาล (length of stay, LOS) และค่าจุดตัดวันนอนนานเกินเกณฑ์ (outlier trimmed point)

10.2.3 การจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม

จากปี 2536 ถึงปี 2540 การจัดกลุ่ม DRG ยังอยู่ในโครงการวิจัย ดังนั้นจึงยังไม่ต้องพัฒนาโปรแกรมให้ใช้ทั่วไป การจัดกลุ่มในการวิจัยจึงใช้คำสั่ง query พร้อมกับตารางการแปลงรหัส ICD ให้เป็น DRG จนเมื่อปี 2540 จึงได้โปรแกรมจากเวลส์ (The Wales Grouper) มาเปรียบเทียบความถูกต้อง หลังจากนั้น ความต้องการใช้ DRG แพร่หลายขึ้น จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาโปรแกรมจัดกลุ่ม DRG ที่เหมาะสำหรับใช้ในประเทศไทยขึ้น เพื่อเพิ่มความสามารถในการจัดกลุ่มโรค (ดูรายละเอียดในตารางที่ 10.2)

ตารางที่ 10.2 โปรแกรมจัดกลุ่ม DRG และความสามารถของโปรแกรม

Grouper	วัตถุประสงค์หลัก	ความสามารถ	ปี
ตารางแปลง ICD เป็น DRG	วิจัยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของผู้ที่สังคมต้องช่วยเหลือเกื้อกูล	จัดกลุ่มได้ 80% ของข้อมูล สปร. 16,000 ราย และเมื่อนำตารางไปใช้กับฐานข้อมูลใหญ่ขึ้น คือ 11 รพ. การจัดกลุ่มได้ลดลงเหลือ 60-70%	2538
Wales Grouper	กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมระลอกที่ 3	จัดกลุ่ม AP-DRG ได้ 80% ของข้อมูลทั้งหมด 700,000 ราย	2540
Thai DRG Grouper ฉบับที่ 1	การชดเชยค่าใช้จ่ายราคาสูงตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม	ก่อนเผยแพร่โปรแกรม ตั้งมาตรฐานว่าต้องจัดกลุ่มได้ 95% ของผู้ป่วยทั้งหมด แต่เมื่อใช้กับข้อมูลปี 2543 ค่าเฉลี่ยลดลงเหลือ 90%	2541
Thai DRG Grouper ฉบับที่ 2	เพื่อใช้สำหรับการจ่ายกรณีส่งต่อไปโรงเรียนแพทย์ประกันสังคม	เมื่อนำโปรแกรมนี้วิเคราะห์กับฐานข้อมูลปี 2543 พบว่า อำนาจในการจัดกลุ่มเพิ่มขึ้นเป็น 97%	2543
Thai DRG Grouper ฉบับที่3	สำหรับใช้ในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	คาดหวังว่าจะมีการแบ่งกลุ่มเพิ่มขึ้นสำหรับโรคติดเชื้อและโรคเขตร้อนที่พบบ่อยในประเทศไทย	2544-2545

โปรแกรมจัดกลุ่ม DRG (Thai DRG Grouper) ฉบับแรกพัฒนาขึ้นโดยอ้างอิงจาก HCFA DRG ฉบับที่ 10 สาเหตุที่ต้องพัฒนาขึ้นเองแทนที่จะใช้โปรแกรมจากต่างประเทศ เพราะในปี 2541 ประเทศไทยใช้รหัสทางการแพทย์ที่ต่างจากประเทศอื่นๆ และยังไม่มีโปรแกรมต่างประเทศที่ตรงกับประเทศไทย คือ ใช้รหัสโรค ICD10 และรหัสหัตถการ ICD9CM

การบำรุงรักษาให้โปรแกรมจัดกลุ่มโรคสามารถทำงานได้ดีเป็นงานที่ต้องทำอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นในปี 2543 โปรแกรมจัดกลุ่ม DRG ฉบับที่ 2 จึงพัฒนาสำเร็จและพร้อมออกใช้สำหรับปีงบประมาณ 2544 โปรแกรมนี้ยังอ้างอิงจาก HCFA DRG ฉบับที่ 16 โปรแกรมฉบับที่ 2 นี้มีความสามารถที่สูงกว่าฉบับที่ 1 เพราะได้ใช้รหัส ICD10 ทุกรหัสบรรจุในฐานข้อมูลเพื่อจัดเข้ากลุ่ม DRG และในอนาคตยังคาดว่า การพัฒนาโปรแกรม DRG ฉบับที่ 3 จะสำเร็จภายในปี 2544 นี้ เพราะได้รับการสนับสนุนงบประมาณพัฒนาจากองค์การอนามัยโลก ประเทศไทย และฉบับที่ 3 จะเพิ่มเติมกลุ่ม DRG ด้านโรคติดเชื้อและโรคเขตร้อนที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทยอย่างละเอียดด้วย

10.3 การคำนวณค่ามาตรฐาน

วิธีในการคำนวณค่ามาตรฐานมี 2 ระยะ ได้แก่ ระยะเริ่มวิจัย และระยะการบำรุงรักษาโดยการคำนวณใหม่ (recalibration) ข้อมูลสำหรับการคำนวณค่ามาตรฐานมีความสำคัญมากเพราะทำให้ผลลัพธ์มีความน่าเชื่อถือ ข้อมูลที่จะนำมาคำนวณ ควรต้องมาจากโรงพยาบาล ทุกๆ ประเภทเท่าที่จะเป็นไปได้

ในระยะวิจัย ซึ่งเป็นระยะเริ่มแรกของการพัฒนา ข้อมูลที่จะได้ยังมีไม่มากนัก ผู้วิจัยต้องออกแบบใบเก็บข้อมูลสำหรับผู้ช่วยนักวิจัยในการติดตามผู้ป่วยที่สุ่มตัวอย่างแต่ละรายจนกระทั่งจำหน่าย เมื่อเข้าสู่ระยะของการบำรุงรักษา ยุทธวิธี “ชุดข้อมูลมาตรฐาน” (standard data set) เป็นวิธีที่จะได้ข้อมูลในรูปอิเล็กทรอนิกส์จากโรงพยาบาลจำนวนมากโดยไม่ต้องเป็นงานวิจัยที่ใช้การสุ่มตัวอย่าง เมื่อข้อมูลไหลมาจากโรงพยาบาลทุกๆ แห่ง ข้อมูลดิบเพื่อการคำนวณค่ามาตรฐานใหม่ จึงไม่น่าจะเป็นสิ่งที่ยุ่งยากนักในอนาคต

ค่าน้ำหนักมาตรฐานเป็นผลลัพธ์อันสำคัญจากกระบวนการคำนวณค่ามาตรฐาน เพราะเป็นสัญญาณที่แรงว่าโรงพยาบาลแต่ละแห่งจะได้รับเงินเท่าไรจากการรักษาผู้ป่วย ในระยะวิจัยการคำนวณค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ ใช้หลักการแปลงราคาให้เป็นต้นทุน โดยอาศัยอัตราส่วนต้นทุนต่อราคา (cost-to-charge ratio) ของแต่ละโรงพยาบาล กว่าผลจากการวิจัยจะนำมาใช้เป็นค่ามาตรฐานของประเทศต้องตั้งกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้าน DRG และแพทย์ที่ทำเวชปฏิบัติ ทบทวนตรวจสอบค่ามาตรฐานจากการวิจัยและฐานข้อมูลของไทยหลายแหล่ง เทียบกับมาตรฐานของสหรัฐอเมริกา หรือบางรายการยืมค่ามาตรฐานของ HCFA มาใช้

คาดการณ์ว่า การคำนวณค่ามาตรฐานสำหรับกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมฉบับที่ 3 จะใช้ระเบียบวิธีคำนวณที่มีความละเอียดยิ่งขึ้น เช่น การใช้อัตราส่วนต้นทุนต่อราคาเพียง 1 ค่าต่อ 1 โรงพยาบาลจะเป็นค่าอัตราส่วนต้นทุนต่อราคา สำหรับแต่ละหน่วยต่อรายได้ (revenue producing cost centre) และถ้าเป็นไปได้ การคำนวณค่าน้ำหนักสัมพัทธ์จะสะท้อนค่าต้นทุนมากขึ้น ซึ่งจะใช้ประโยชน์จากโครงการพัฒนาระบบการคลังและการบัญชีที่กระทรวงสาธารณสุขกำลังพัฒนาให้โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปปรับตัวเพื่อเป็นโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ[8]

ตารางที่ 10.3 การใช้ประโยชน์จาก DRG ทั้งการวิจัยและการคลังสุขภาพ

ปี	กิจกรรม	หน่วยงาน/การวิจัย	รายละเอียด
2538	ประมาณการรายจ่ายของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	สวรส.	ใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์จากการวิจัยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของผู้ที่สังคมต้องช่วยเหลือเกื้อกูล คำนวณการใช้ทรัพยากรกรณีผู้ป่วยในและขยายหลักประกันไปสู่กลุ่มผู้ไม่มีหลักประกันจนถ้วนหน้า
2539	การจัดสรรงบประมาณของโรงพยาบาลระดับจังหวัดและงบประมาณ สปร.	กองโรงพยาบาลภูมิภาค สำนักงานประกันสุขภาพ	ใช้ค่าเฉลี่ยน้ำหนักสัมพัทธ์ของโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชนในการจัดงบประมาณตอบแทนใช้สอยวัสดุ และงบประมาณ สปร. ไปสู่จังหวัด
2540	การจัดสรรงบประมาณของโรงพยาบาลระดับจังหวัดและงบประมาณ สปร.	กองโรงพยาบาลภูมิภาค สำนักงานประกันสุขภาพ	ใช้ค่าเฉลี่ยน้ำหนักสัมพัทธ์ของแต่ละโรงพยาบาลในการจัดงบประมาณตอบแทนใช้สอยวัสดุ และค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน เพื่องบประมาณ สปร. ไปสู่จังหวัด
2541	● การปฏิรูประบบสาธารณสุขในจังหวัดพะเยา ● ต้นทุนงบประมาณในการรักษาผู้ป่วยพม่าที่ จ.ตาก ● ปัญหาค่ารักษาราคาแพง ● การกระจายงบประมาณคลินิกใน รพ. 3 แห่ง	● โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ● การวิจัยในพื้นที่จังหวัดตาก สวรส. ● แพทยสภา ● กองรพ. ภูมิภาค สวรส.	● ใช้คะแนนน้ำหนักสัมพัทธ์ของแต่ละ รพ. ในการจัดงบ สปร. ผู้ป่วยในภายในจังหวัด ● ใช้ DRG เปรียบเทียบต้นทุนการรักษาผู้ป่วยคนไทยและผู้ป่วยพม่า ● เปรียบเทียบราคาตาม DRG รพ.รัฐ-เอกชน ● ใช้ DRG จัดงบคลินิกล่วงหน้าให้กลุ่มคลินิกบริการ ประเมินประสิทธิภาพของการรักษา
2541-2543	การชดเชยค่ารักษาราคาสูงสำหรับผู้ป่วย สปร.	สำนักงานประกันสุขภาพ	ใช้ข้อมูลผู้ป่วยในแต่ละคนวิเคราะห์หาค่าน้ำหนักสัมพัทธ์จ่ายเงินกรณีผู้ป่วย สปร. คะแนน 2.5 ขึ้นไป

10.4 การใช้ประโยชน์ของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมในประเทศไทย

ตามประวัติความเป็นมา การวิจัยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมมีที่มาเพราะต้องการนำมาใช้กับระบบการคลังสุขภาพของประเทศไทย ดังนั้นการใช้ประโยชน์ของ DRG จึงแนบแน่นกับกิจกรรมการวิจัยและผลสุดท้ายเพื่อให้ในการจ่ายเงินให้แก่สถานบริการ (ดูตารางที่ 10.3)

การใช้ประโยชน์จาก DRG ครั้งแรกสุดคือการนำไปใช้ในการวิจัยประมาณการรายจ่ายด้านสุขภาพภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คำนวณโดยใช้น้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยของผู้ป่วยในแต่ละหลักประกัน คูณกับอัตราการนอนโรงพยาบาลของประชาชนภายใต้หลักประกันต่างๆ จึงทำให้สามารถประมาณการได้ละเอียดยิ่งขึ้น[9] เมื่อโปรแกรม DRG Grouper ฉบับที่ 1 ออกใช้แล้ว ทำให้การวิจัยต่างๆ สามารถใช้ DRG ในการเปรียบเทียบได้ดีขึ้น เพราะ DRG เป็นหน่วยในการปรับความรุนแรงของโรคได้เป็นอย่างดี ทั้งการเปรียบเทียบประสิทธิภาพและความเป็นธรรมเมื่อใช้ DRG ในการปรับความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่ม DRG เดียวกันควรได้รับการดูแลจากระบบสาธารณสุขที่เท่าเทียมกันโดยไม่คำนึงถึงสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม จึงใช้ DRG เปรียบเทียบความเป็นธรรมทางสุขภาพใน

การวิจัยต้นทุนการให้บริการทางการแพทย์ระหว่างผู้ป่วยชาวไทย และผู้ป่วยชาวพม่าในจังหวัดตาก[10] หรือใช้ DRG เปรียบเทียบประสิทธิภาพ เช่น ค่าธรรมเนียมแพทย์ (doctor fee) ที่คิดระหว่างโรงพยาบาลเอกชนต่างๆ ในกลุ่ม DRG เดียวกัน[11]

การใช้ประโยชน์หลักของ DRG เพื่อการคลังสุขภาพ กองโรงพยาบาลภูมิภาคซึ่งรับผิดชอบจัดสรรงบประมาณให้กับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป 92 แห่ง เริ่มใช้ DRG ในสูตรการจัดสรรงบประมาณในหมวดค่าตอบแทน ใช้สอย วัสดุ ตั้งแต่ปี 2539 สำนักงานประกันสุขภาพใช้ DRG (โดยค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยของโรงพยาบาลระดับต่างๆ) เป็นสูตรในการจัดสรรงบประมาณไปยังจังหวัดในปี 2540

การใช้ประโยชน์ของ DRG ที่ชัดเจนที่สุดในด้านการคลัง คือการจ่ายกรณีชดเชยค่ารักษาราคาสูงสำหรับผู้ป่วย สปร. เนื่องจากงบประมาณตามอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่ให้กับจังหวัดต่างๆ ไม่ได้ให้ความสำคัญกับโรคที่มีค่าใช้จ่ายราคาสูง และผู้ป่วยที่มีการข้ามเขตรับบริการ การจัดสรรงบประมาณ สปร. ในจังหวัดแต่ละแห่งมักมีปัญหาเรื่องจัดสรรงบประมาณที่ไม่เป็นที่ยอมรับระหว่างกัน เพราะขาดข้อมูลที่ชี้ความรุนแรงของโรค ดังนั้นสำนักงานประกันสุขภาพจึงกำหนดนโยบายชดเชยค่ารักษาพยาบาลราคาสูงแก่โรงพยาบาลที่ให้การรักษาผู้ป่วย สปร. โดยตรง ในปี 2541 สำนักงานประกันสุขภาพจ่ายเงินเฉพาะกรณีค่ารักษาราคาสูง 157 ล้านบาทแก่โรงพยาบาล 98 แห่งที่ส่งข้อมูลและพบว่ารักษาผู้ป่วย สปร. ที่มีคะแนนน้ำหนักสัมพัทธ์ตั้งแต่ 2.5 ขึ้นไป ในปี 2542 จ่ายเงิน 144 ล้านบาทแก่โรงพยาบาล 174 แห่งที่ส่งข้อมูล[2] ส่วนปี 2543 DRG เริ่มใช้เป็นเกณฑ์ในการจ่ายเงินให้แก่โรงเรียนแพทย์กรณีส่งต่อผู้ป่วย สปร. จากจังหวัดต่างๆ แม้ขณะนี้ยังไม่สามารถประเมินประสิทธิภาพของการใช้ DRG ได้อย่างเต็มที่ แต่ก็พอเป็นที่ยอมรับว่า เกิดประสิทธิภาพของการจัดสรรทรัพยากร เพราะการจัดสรรงบประมาณเป็นไปตามความรุนแรงของผู้ป่วย มากกว่าจะจัดสรรตามจำนวนผู้ป่วย หรือจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล

10.5 ปัญหาในการนำกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมมาปฏิบัติ

นับจากการวิจัยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่เริ่มแต่ปี 2536 กว่าจะนำมาใช้อย่างเต็มที่ในสำนักงานประกันสุขภาพก็เป็นปี 2541 ระหว่างปี 2540 แผนประกันสุขภาพอื่นๆ เช่น สวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ พ.ร.บ. คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ฯลฯ พิจารณาหาทางเลือกว่าสมควรใช้ DRG หรือไม่ แต่ในที่สุดมีเฉพาะโครงการ สปร. เท่านั้นที่เป็นผู้นำหน้า สาเหตุหลัก อาจเป็นเพราะการนำ DRG มาใช้ต้องมีโครงสร้างพื้นฐานของระบบข้อมูลข่าวสารที่ดี ทั้งที่ระดับโรงพยาบาลและที่ระดับกระทรวงส่วนกลาง ส่วนลึกของปัญหาน่าจะเป็นเพราะกระทรวงที่รับผิดชอบขาดความเข้าใจในเรื่อง DRG เพราะความซับซ้อนทางการแพทย์ ได้แก่ กระทรวงการคลัง ซึ่งรับผิดชอบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ กระทรวงพาณิชย์ ผู้รับผิดชอบ พ.ร.บ. คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ หรือสำนักงานประกันสังคมที่รับผิดชอบการประกันสังคม

[2] ข้อมูลปี 2542 ยังไม่สิ้นสุด เพราะยังมีบางโรงพยาบาลอุทธรณ์ว่าข้อมูลที่วิเคราะห์ยังไม่ครบถ้วน

ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการนำ DRG มาปฏิบัติ มีทั้งระดับนโยบาย และระดับเทคนิค ดังต่อไปนี้

10.5.1 ปัญหาเชิงนโยบาย

(1) ความไม่แน่นอนของนโยบายการคลังต่อกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม

นักวางแผนสาธารณสุขที่มีข้อมูลไม่รอบด้าน และไม่ยึดข้อมูลเชิงประจักษ์เป็นสาเหตุของความไม่แน่นอนของนโยบายการใช้ DRG นักวิชาการและผู้วางนโยบายสาธารณสุขของไทยมักนึกภาพว่า DRG สัมพันธ์กับระบบสุขภาพของสหรัฐอเมริกา ดังนั้น จึงมีความระแวดระวังว่าถ้านำ DRG มาใช้อย่างเต็มที่จะทำให้ระบบของไทยมีต้นทุนสูงเหมือนกับในสหรัฐอเมริกา และ DRG ยังยากต่อการปฏิบัติ เน้นด้านการรักษามากกว่าการส่งเสริมสุขภาพ การทุจริตอาจเกิดขึ้นได้มาก เมื่อเปรียบเทียบกับความสำเร็จที่พบในการประกันสังคม จึงจัดงบประมาณตามการเหมาจ่ายรายหัว ทำให้รู้สึกว่า กำลังเปลี่ยนระบบที่ “ง่าย” ไปสู่ระบบที่ “ซับซ้อน” ซึ่งอาจไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร

(2) การลงทุนพัฒนาทรัพยากรมนุษย์น้อยไป

DRG เป็นนวัตกรรมการบริหารที่สำคัญในระบบสาธารณสุข[2] การจัดการโดยใช้ DRG ต้องเกี่ยวข้องกับผู้บริหารระดับสูง ไปจนถึงผู้ปฏิบัติงานระดับที่ให้บริการแก่ผู้ป่วย ปัจจัยความสำเร็จของ DRG ได้แก่ ระบบสาธารณสุขที่ให้ความสำคัญกับนโยบายประสิทธิภาพและความเป็นธรรมควบคู่กันไป ทั้งนี้คุณภาพข้อมูลต้องดี ทั้งข้อมูลทางคลินิกและข้อมูลการใช้ทรัพยากรการรักษาผู้ป่วยแต่ละราย และสุดท้ายคือความสามารถในการใช้คอมพิวเตอร์ในการคำนวณตามนโยบายข้างต้น ปัจจัยเหล่านี้สามารถพัฒนาได้ด้วยการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ การที่ผลปฏิบัติงานตาม DRG ไม่ประสบความสำเร็จนักที่ระดับจังหวัดเป็นเพราะการลงทุนพัฒนาบุคลากรที่ต่ำเกินไป การที่ผลปฏิบัติในระดับกระทรวงมีพอสมควรเป็นเพราะการลงทุนที่ค่อนข้างน้อยในการพัฒนาบุคลากรที่รับผิดชอบการบริหารจัดการระบบข้อมูลข่าวสารของสำนักงานประกันสุขภาพ

10.5.2 ปัญหาด้านเทคนิค

(1) โครงสร้างพื้นฐานของระบบสารสนเทศ

การดำเนินงาน DRG ไม่อาจสำเร็จได้โดยปราศจากระบบข้อมูลสารสนเทศ ตั้งแต่การสรุปข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยแต่ละรายลงบันทึกเป็นแฟ้มอิเล็กทรอนิกส์ การจัดกลุ่ม DRG และการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลตามกลุ่ม DRG โครงสร้างพื้นฐานของระบบสารสนเทศหมายถึงการสร้างเครือข่ายของเครื่องคอมพิวเตอร์ โปรแกรมใช้งานและบุคลากร โดยปัญหาส่วนใหญ่ของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ คือการขาดทรัพยากรบุคคลที่มีความรู้เพียงพอ และขาดโปรแกรมการใช้งานมากกว่าการขาดเครื่องคอมพิวเตอร์ ระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลต่างๆ มักใช้เพื่ออำนวยความสะดวกและความรวดเร็วในการบริการผู้ป่วยในเบื้องต้นเท่านั้น หลังจากนั้น ข้อมูลที่ถูกบันทึก ณ จุดบริการ ไม่ค่อยได้นำไปใช้ประโยชน์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เอาไปใช้ประโยชน์ในการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพน้อยมาก

(2) ข้อมูลทางคลินิกมีคุณภาพต่ำ

ในทางปฏิบัติ การใช้ข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคลเพิ่งเริ่มภายหลังจากที่พัฒนาระบบ DRG แล้ว ก่อนหน้านี้ พนักงานรหัสโรคไม่เคยได้พูดคุยกับแพทย์ผู้เขียนคำวินิจฉัยโรคเลย นี่เป็นเหตุผลสำคัญที่อธิบายว่าทำไมอัตราข้อผิดพลาดของข้อมูลในคอมพิวเตอร์เมื่อเทียบกับข้อมูลใน เวชระเบียนจึงสูงถึง 45%[12] ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนของการใช้ข้อมูลทางคลินิกทำให้เกิดปัญหาข้อมูลเบี่ยงเบน เช่น พยายามเปลี่ยนการวินิจฉัยโรค เพื่อให้สามารถจัดกลุ่มได้ และได้รับผลเฉพาะหน้า หรือต้องการให้ได้กลุ่ม DRG ที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์สูง

(3) ความไม่สมบูรณ์ของ DRG Grouper

การพัฒนาโปรแกรมจัดกลุ่ม DRG Grouper ด้วยตนเองภายในประเทศ เป็นจุดแข็งอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดผู้รอบรู้มากมายหลายเรื่องโดยเฉพาะ รหัสทางการแพทย์ แต่ข้อเสียที่เกิดขึ้นก็คือ ได้ผลิตภัณฑ์ที่ไม่สมบูรณ์พอ และทำให้เกิดเสียงวิจารณ์ โดยเฉพาะเสียงวิจารณ์จากโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์

(4) ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ไม่สะท้อนต้นทุน

ความขาดแคลนของโครงสร้างพื้นฐานในด้านข้อมูลเป็นปัญหาพื้นฐานของการได้ข้อมูลโรงพยาบาลที่ไม่สมบูรณ์ มีโรงพยาบาลรัฐเพียงไม่กี่แห่งเท่านั้นที่มีข้อมูลการใช้ทรัพยากร โรงพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างครบถ้วน เมื่อนำน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ไม่สะท้อนต้นทุนทั้งหมดมาใช้ จะก่อปัญหาการได้เปรียบเสียเปรียบของการจ่ายเงินคืน[13] มีการพัฒนาระบบการเงินการคลังของโรงพยาบาลในระบบพึงรับพึงจ่ายเพื่อแก้ปัญหานี้

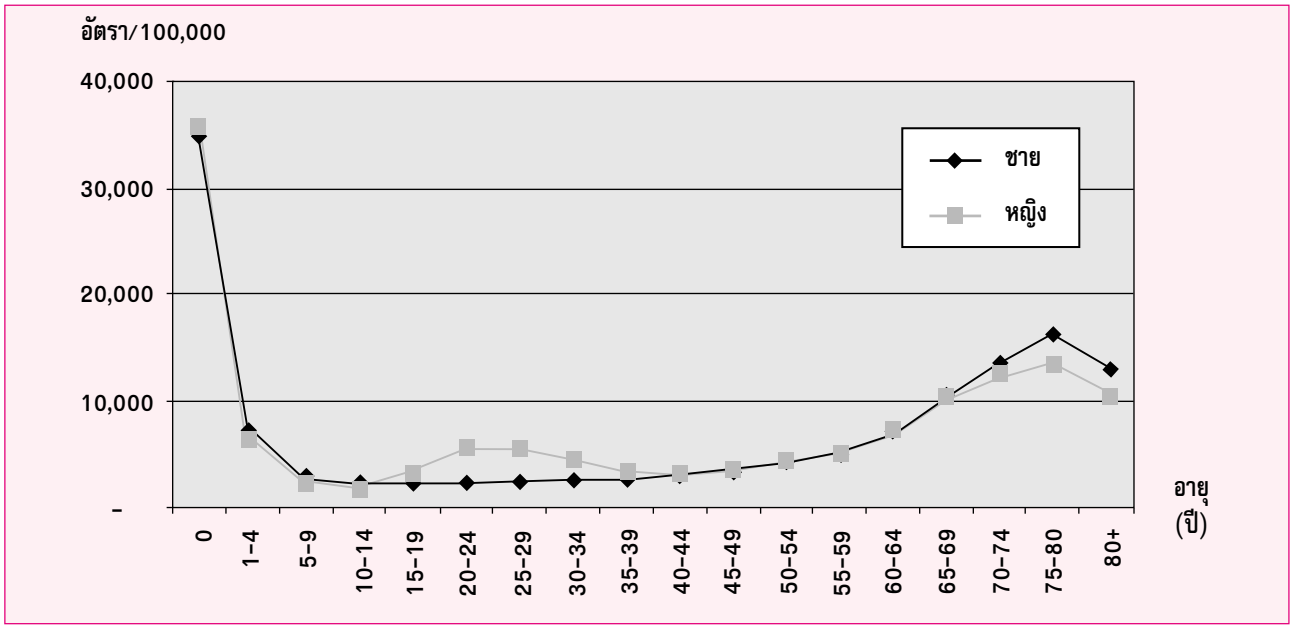
10.6 ความรู้ที่ได้จากการใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม

10.6.1 การสร้างสูตรจัดสรรงบประมาณผู้ป่วยในตามอัตราเหมาจ่ายรายหัว

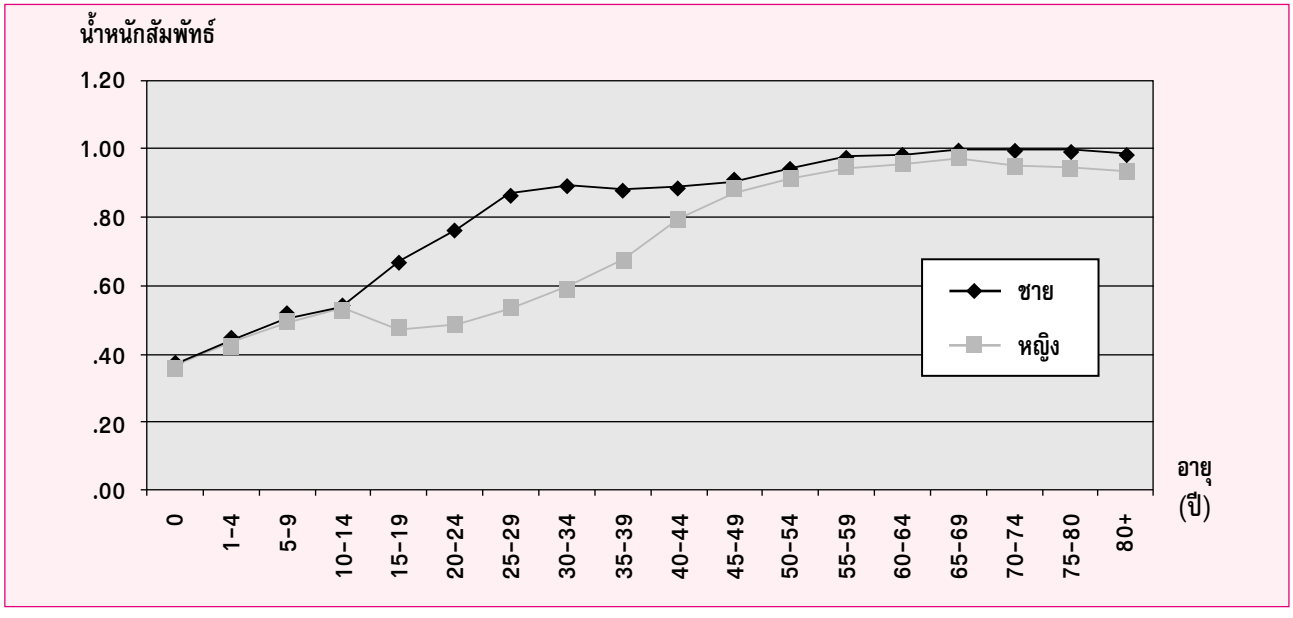
ตามที่ยอมรับกันว่า อายุและเพศ เป็นตัวแปรกวนที่สำคัญในการทำให้อัตราการนอนในโรงพยาบาลและความรุนแรงของโรคต่างกัน ข้อมูลผู้ป่วยในจำนวน 2.8 ล้านราย จากโรงพยาบาล 411 แห่งในปี 2542 (หรือประมาณ 70% ของการนอนในโรงพยาบาลทั้งประเทศ) เมื่อนำมาคำนวณกับฐานประชากรกลุ่มอายุต่างๆ ทำให้ทราบอัตราการนอนในโรงพยาบาลของประชากรแต่ละกลุ่มอายุและค่าเฉลี่ยน้ำหนักสัมพัทธ์ตามกลุ่มอายุ/เพศในที่สุดสามารถคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่ปรับตามโครงสร้างอายุและความรุนแรงของโรคที่เป็น (differential capitation rates)

ภาพที่ 10.1, 10.2 และ 10.3 แสดงอัตราการรับเป็นผู้ป่วยในตามอายุ/เพศ ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยสำหรับการรักษาในโรงพยาบาลในแต่ละกลุ่มอายุ/เพศ และสุดท้ายเป็นค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ต่อคนต่อปีที่ปรับตามอัตราการนอนในโรงพยาบาลตามกลุ่มอายุ/เพศ ซึ่งค่านี้ได้จากการคูณอัตราการนอนในโรงพยาบาลด้วยน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ย การนำค่านี้ไปใช้ เมื่อรู้ว่า 1 คะแนนน้ำหนักสัมพัทธ์เท่ากับกี่บาท (เรียกว่า base rate หรือ ต้นทุนต่อ RW) เมื่อ

ภาพที่ 10.1 อัตราการนอนในโรงพยาบาลต่อ 100,000 ตาม อายุ/เพศ ปี 2542



ภาพที่ 10.2 ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยตามอายุ/เพศ ของการนอนในโรงพยาบาล

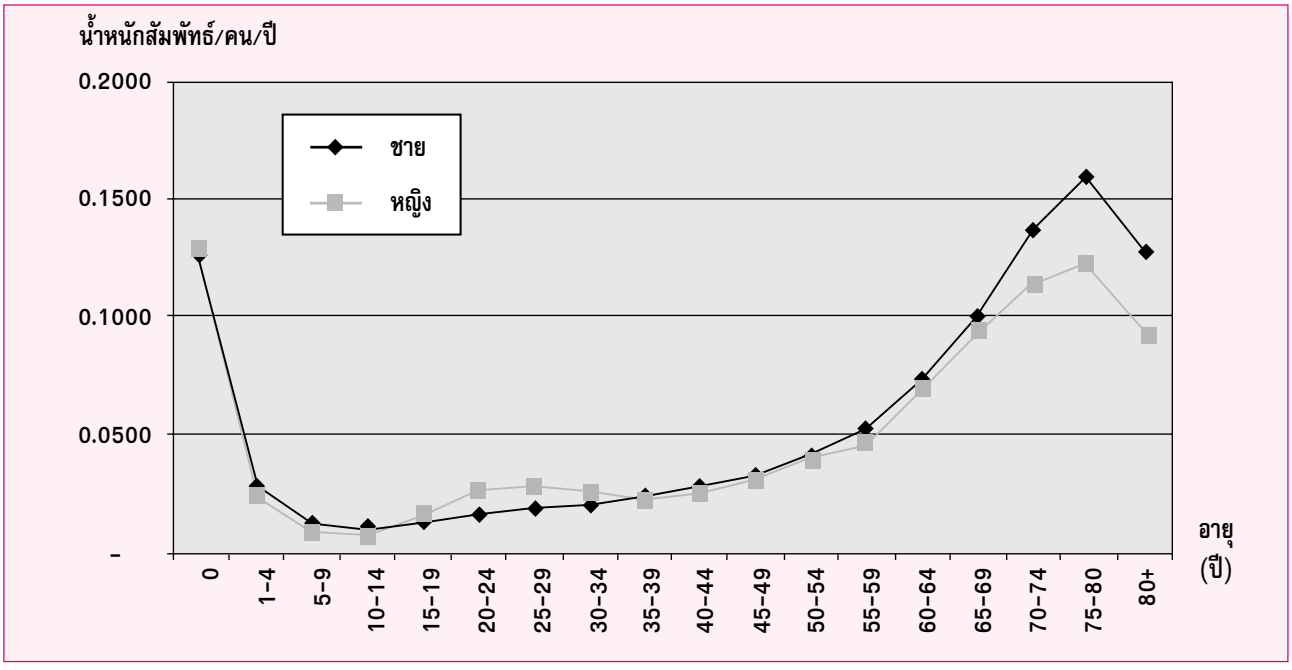


คูณกับค่าที่ปรับตามกลุ่มอายุและเพศก็จะเป็นอัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับแต่ละกลุ่มอายุ/เพศ เช่น ถ้าต้นทุนต่อ 1 คะแนนน้ำหนักสัมพัทธ์เท่ากับ 10,000 บาท ค่า RW เฉลี่ยที่ปรับแล้วสำหรับชายอายุ 75-79 คือ 0.16 ดังนั้นอัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับกลุ่มนี้ เท่ากับ 1,600 บาทต่อคนต่อปี

10.6.2 การเฝ้าติดตามความเป็นธรรม

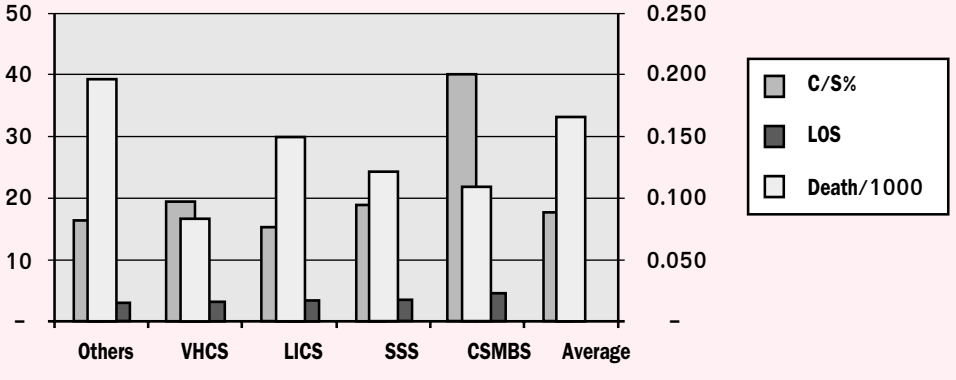
ฐานข้อมูลระดับประเทศจำนวน 2.8 ล้านรายที่กล่าวถึง เป็นแหล่งข้อมูลอย่างดีสำหรับการเฝ้าติดตามความเป็นธรรมของการรับบริการสุขภาพ ในตัวอย่างนี้ใช้ข้อมูลการ

ภาพที่ 10.3 ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยต่อคนต่อปี (คำนวณจากภาพที่ 10.1 และ 10.2)



คลอดเพื่อเปรียบเทียบการใช้บริการที่เป็นธรรม เพราะการคลอดเกิดกับประชากรหญิงวัยเจริญพันธุ์เท่านั้น จึงลดปัญหาตัวแปรกวนของกลุ่มอายุและเพศลงไปพอสมควร ปี 2542 มีจำนวนการคลอดทั้งหมด 312,124 ราย เมื่อวิเคราะห์อัตราการผ่าท้องคลอดต่อการคลอดทั้งหมด พบว่า ผู้ที่อยู่ในสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ มีอัตราผ่าท้องคลอดสูงที่สุดคือ 40% ของการคลอดทั้งหมด ส่วนผู้ที่มีหลักประกันที่ด้อยที่สุด คือ สปร. มีอัตราผ่าท้องคลอดเพียง 15% เท่านั้น (ภาพที่ 10.4) อัตราการผ่าท้องคลอดที่แตกต่างกันอย่างมากทำให้เกิดคำถามว่า แพทย์ตัดสินใจเลือกแบบวิธีการคลอดที่ถูกต้องตามหลักจริยธรรมมากน้อยเพียงใด การผ่าท้องคลอดเป็นไปตามความจำเป็นทางสุขภาพเพียงใด[14].

ภาพที่ 10.4 อัตราการผ่าท้องคลอด อัตราการตายคลอด และจำนวนวันนอนเฉลี่ย (LOS) ตามหลักประกันของแม่



VHCS = พ.ร.บ. ผู้ประสบภัยจากรถ
LICS = บัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล
SSS = ประกันสังคม
CSMBS = ข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ
C/S% = อัตราการผ่าท้องคลอด อัตราการตายคลอด
LOS = จำนวนวันนอนเฉลี่ย

เมื่อเปรียบเทียบอัตรามารดาตายในแต่ละกลุ่ม แม้จะมีข้อมูลว่า อัตรามารดาตายจากการผ่าท้องคลอดสูงกว่า (0.22 ต่อ 1,000 ของการคลอด) อัตรามารดาตายจากการคลอดปกติ (0.14 ต่อ 1,000 ของการคลอด) มารดาที่คุ้มครองด้วยสวัสดิการข้าราชการกลับมีอัตรามารดาตายเพียง 0.11 ต่อ 1,000 และมารดา สปร. มีอัตรามารดาตายสูงกว่า คือ 0.15 ต่อ 1,000 ถ้าคิดว่ากลุ่มอายุ ลำดับของการตั้งครรภ์ การดูแลก่อนคลอดของกลุ่มเหล่านี้ไม่ต่างกันจากข้อมูลนี้ จึงเกิดคำถามว่า หลักประกันที่ดีอาจให้การคุ้มครองที่ขาดประสิทธิภาพ แต่หลักประกันที่ด้อยทำให้การตายสูงขึ้น

10.7 บทเรียนสำหรับการพัฒนาต่อไป

หลังจากอภิปรายวิวัฒนาการและการใช้ DRG ในประเทศไทยแล้ว ขอสรุปบทเรียน จุดแข็ง จุดอ่อน และข้อพึงระวังในการใช้ DRG ดังต่อไปนี้

จุดแข็ง

(1) การจัดงบประมาณบนหลักฐานเชิงประจักษ์

DRG เพิ่มโอกาสของการจัดสรรงบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เป็นไปตามข้อมูลมากขึ้น คะแนนน้ำหนักสัมพัทธ์กับปริมาณผู้ป่วย เป็นข้อมูลที่สำคัญ 2 ประการสำหรับเปรียบเทียบภาระงานของสถานพยาบาลแต่ละแห่ง โรงพยาบาลที่มีการเรียนการสอน มีคะแนนน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยสูงกว่าโรงพยาบาลจังหวัด และน้ำหนักสัมพัทธ์ของโรงพยาบาลจังหวัดก็สูงกว่าโรงพยาบาลชุมชนตามลำดับ นอกจากนี้ น้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามกลุ่มอายุยังสามารถใช้เป็นแนวในการคิดงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวที่สะท้อนความจำเป็นทางสุขภาพได้ดีขึ้น

(2) การทบทวนเวชระเบียน

การทบทวนเวชระเบียนที่ถูกละเลยมานับสิบๆ ปี กลับได้รับการฟื้นฟูเมื่อนำ DRG มาใช้เพื่อการจ่ายเงิน เพราะกลัวว่าจะเกิดการให้รหัสที่สูงกว่าโรคที่เป็น (DRG creep) ผลการทบทวนพบว่าอัตราความผิดพลาดของข้อมูลสูงมาก จึงเป็นการย้ำว่าควรทำการทบทวนเวชระเบียนอย่างเป็นระบบและสม่ำเสมอ[15]

(3) คลังข้อมูล

นโยบายประกันต่อที่นำ DRG มาใช้คำนวณว่าเป็นกรณีค่ารักษาราคาสูงหรือไม่ ทำให้สำนักงานประกันสุขภาพได้ข้อมูลการนอนในโรงพยาบาลปีละประมาณ 3 ล้านราย ข้อมูลเหล่านี้เป็นฐานสำคัญของการพัฒนานโยบายการให้บริการผู้ป่วยใน ควรถือเป็นสินทรัพย์สำคัญสำหรับการวางแผนระบบบริการสุขภาพในอนาคต

(4) รหัสทางการแพทย์

DRG เป็นอนุพันธ์ที่สร้างขึ้นจากรหัสทางการแพทย์พื้นฐาน ได้แก่ รหัสโรคตาม ICD10

และรหัสหัตถการตาม ICD9CM การสำรวจก่อนใช้ DRG มีข้อถกเถียงว่า แพทย์ไม่สรุปแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยในเวลาอันควร จะเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการนำข้อมูลพื้นฐานเหล่านี้ไปจัดกลุ่ม DRG แต่หลังจากใช้ DRG แพทย์มีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีแพทย์จำนวนหนึ่งให้ความสนใจต่อรหัสทางการแพทย์ และช่วยทบทวนเวชระเบียนเพื่อตรวจสอบรหัสเหล่านี้ มีเสียงเรียกร้องว่า ควรเพิ่มรหัสทางการแพทย์บางตัวที่เป็นของไทยเอง เพื่อสะท้อนปัญหาทางการแพทย์ได้ดียิ่งขึ้น

(5) ระบบกลุ่มโรคร่วม

เมื่อนำ DRG มาใช้ โรงพยาบาลรัฐหลายแห่งแสดงความไม่พอใจต่อระบบ DRG เพราะไม่ใช่โรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเฉียบพลัน จึงเรียกร้องให้มีการศึกษาวิจัยระบบกลุ่มโรคร่วมชนิดอื่นๆ อีก เพื่อสะท้อนต้นทุนได้ดีกว่า DRG เช่น กลุ่มโรคที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยพักฟื้น

ข้อพึงระวัง

(1) ธุรกรรมของผู้ป่วยรายบุคคล

สิ่งที่กลัวกันมากเมื่อได้ยิน DRG คือการเพิ่มธุรกรรมการทำงาน ต้องคิดระบบจ่ายเงินสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน การทำดังกล่าวนอกจากจะเพิ่มค่าบริหารจัดการแล้ว ยังเพิ่มต้นทุนได้อีก เพราะมีอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำมากขึ้น ทางเลือกของการใช้ DRG ที่ดีกว่าคือการใช้ร่วมกับสูตรการจัดสรรงบประมาณภายใต้เพดานรายจ่ายทั้งหมด (global budget)

10.8 การพัฒนาในอนาคต

ต่อไปนี้คือข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนา DRG เพื่อเพิ่มประสิทธิผลของการใช้ DRG

10.8.1 การคลังสุขภาพภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เมื่อ DRG เป็นมาตรวัดที่ดีสำหรับผลผลิตผู้ป่วยใน จึงควรนำมาตรวัดนี้ใช้กับการจ่ายเงินให้โรงพยาบาลจากทุกๆ หลักประกัน ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า วิธีที่ดีที่สุด คือใช้ DRG ร่วมกับการกำหนดงบประมาณยอดรวม สวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการที่เตรียมการปฏิรูประบบการจ่ายเงิน จะเป็นผู้วางรากฐานโครงสร้างพื้นฐานของระบบข้อมูลข่าวสารที่สำคัญ โดยเฉพาะระบบการส่งข้อมูลเพื่อเบิกเงินเป็นรายบุคคล นอกจากนี้ DRG ยังเป็นกลุ่มโรคร่วมที่เริ่มใช้และมีการปรับแก้ไขเพิ่มเติม เช่น เสริมด้วยระบบกลุ่มโรคร่วมชนิดอื่นที่เหมาะสม เป้าหมายระยะยาว คือการเปลี่ยนระบบการคลังที่จ่ายเงินย้อนหลังตามกิจกรรม เป็นรูปแบบการทำสัญญา (contractual model) และจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการตามอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่ปรับค่าความเสี่ยง (adjusted capitation payment) ในขณะเดียวกัน ระบบประกันสังคม ซึ่งคิดอัตราเหมาจ่ายรายหัวเป็นอัตราเดียวก็จะเปลี่ยนไปสู่อัตราเหมาจ่ายตามความเสี่ยงที่ต่างกัน และส่วนที่เหลือ คือนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ก็จะจัดสรรงบประมาณตามสูตรการจัดงบประมาณสู่คณะกรรมการสุขภาพจังหวัด DRG จะเป็นองค์ประกอบหนึ่งในสูตรการจัดสรรงบประมาณเพื่อสะท้อนผลผลิตของระบบบริการสุขภาพ

10.8.2 ศูนย์รหัสทางการแพทย์

เพื่อทำให้มีผู้ใช้รหัสทางการแพทย์มากขึ้นและเป็นที่ยอมรับระดับประเทศ ศูนย์รหัสทางการแพทย์ควรจัดตั้งขึ้นในกระทรวงสาธารณสุข โรคที่พบใหม่ หรือหัตถการแบบใหม่จะได้รับการกำหนดเพื่อใช้ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ก่อนที่องค์การอนามัยโลกจะปรับทุกๆ 10 ปี นอกจากนี้ศูนย์ยังรับหน้าที่เป็นกลไกในการปรับรหัสให้สอดคล้องกับโรคที่พบบ่อยในประเทศไทย

10.8.3 ศูนย์กลุ่มโรคร่วม

ประสบการณ์การพัฒนา DRG เป็นไปได้ด้วยดีแม้จะมีปัญหาขาดทรัพยากรบุคคลในการพัฒนาอย่างเพียงพอ รวมทั้งโครงสร้างพื้นฐานของระบบข้อมูลสารสนเทศตามที่กล่าวแล้ว ความคาดหวังต่อระบบกลุ่มโรคร่วมชนิดอื่นๆ มีมากขึ้น เพื่อนำไปใช้ให้เหมาะสมต่อการวิเคราะห์นโยบายสุขภาพของประเทศ ศูนย์กลุ่มโรคร่วมจึงควรมีที่สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข นอกจากคิดระบบกลุ่มโรคร่วมใหม่ๆ แล้ว ยังรับภาระในการปรับค่ามาตรฐานให้เป็นปัจจุบันด้วย

10.9 สรุป

บทนี้นำเสนอการพัฒนากลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมในประเทศไทย การวิจัยก่อนที่จะนำมาปฏิบัติแม้จะมีมาหลายปีก่อนนำมาใช้แต่ก็ยังถือว่าไม่เพียงพอโดยเฉพาะส่วนที่เกี่ยวกับเทคโนโลยีข้อมูลข่าวสาร การนำมาปฏิบัติภายใต้ระบบราชการไทยจำเป็นต้องดึงทรัพยากรบุคคลมาใช้ให้มากขึ้น แต่ก็ยังไม่มีแผนงานรองรับที่ชัดเจน หลังจากที่สำนักงานประกันสุขภาพใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมในการจ่ายกรณีค่ารักษาราคาสูงมาแล้ว 3 ปี พิสูจน์ว่า มีความเป็นไปได้ที่จะมีการไหลเวียนของข้อมูลผู้ป่วยในเกือบทั่วประเทศเข้าสู่กระทรวงสาธารณสุข ความรู้ที่ได้จากฐานข้อมูลมีมากและจะมากขึ้นอีกในอนาคต นอกจากนี้ยังก่อกระแสความตื่นตัวในวงการสารสนเทศทางการแพทย์ในประเทศไทยเป็นอย่างยิ่ง สร้างความสนใจในการปรับรหัสทางการแพทย์ให้เหมาะกับประเทศไทย เพื่อใช้สื่อสารกันในประเทศและขณะเดียวกันก็สามารถเปรียบเทียบกับต่างประเทศได้ด้วย

10.10 เอกสารอ้างอิง

1. Fetter RB, Shin Y, Freeman JL, et al. Case mix definition by Diagnosis-Related Groups. Medical Care 1980; 18(2): Supplement 1-53.
2. Kimberly JR, Pouvourville G. The migration of managerial innovation. Diagnosis-related groups and health care administration in Western Europe. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1993.
3. Tangcharoensathien V, Supachutikul A, Lertiendumrong J. The social security scheme in Thailand: what lessons can be drawn? Social Science and Medicine 1999; 48: 913-23.
4. Mills A, Bennett S, Siriwanarangsan P, Tangcharoensathien V. The response of providers to capitation payment: a case-study from Thailand. Health Policy 2000; 51: 163-80.
5. ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์. กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมสำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุ: เครื่องมือในการกำหนดราคาและพัฒนาคุณภาพ. แพทยสภาสาร 2540; 26(1): 134-42.
6. ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, ประดิษฐ์ วงษ์คณารัตนกูล, ดวงสมร บุญผดุง, สุชลี คำตื้อ. กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของผู้ที่สังคมต้องช่วยเหลือเกื้อกูล. รายงานการวิจัย. พิษณุโลก: โรงพยาบาลพุทธชินราช และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2540.
7. ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์, ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. การพัฒนากลไกการจ่ายเงินที่มีประสิทธิภาพในระบบสาธารณสุขด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม. รายงานวิจัย. สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย และองค์การอนามัยโลก; 2540.
8. กองโรงพยาบาลภูมิภาค. คู่มือระบบการเงินการคลังของโรงพยาบาล. นนทบุรี: กองโรงพยาบาลภูมิภาค, กระทรวงสาธารณสุข; 2540.
9. ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, ประดิษฐ์ วงษ์คณารัตนกูล. ประมาณการรายจ่ายชุดสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุข ครอบคลุมบริการการแพทย์ทุกอย่างที่ให้แก่ผู้ที่สังคมต้องช่วยเหลือเกื้อกูล. รายงานการวิจัย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย; 2540.
10. จินตนา อุทัยศิลป์ และคณะ. การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการของผู้ป่วยจังหวัดตาก ปี 2540. รายงานวิจัยต่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2541.
11. ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, นิพนธ์ อุปมานรเศรษฐ์, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, กาญจนศักดิ์ ผลบูรณ์. ปัญหาค่ารักษาพยาบาล: ราคารวมของค่ารักษาและค่าธรรมเนียมแพทย์. รายงานการวิจัย. พิษณุโลก: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร และแพทยสภา; 2541.
12. Warachit B, Saeung W, Werapradit K. DRG and data quality in a regional hospital in Thailand. In Proceeding Book Patient Classification System/ Europe the 13th International Working Conference, 1-3 October 1997, Florence, Italy; 1997, p.200-04.

13. Chongsuviwatwong V, Sujariyakul A, Pannarunothai S. Who gains and who loses under the Thai DRG payment? Casemix, 3, 30th September 1999. p.9-15.
14. Pannarunothai S. Health equity: concept and practical data in Thailand. Journal of the Medical Association of Thailand, In press; 2001.
15. วีระ อิงคภาสกร. ระบบทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย: ฐานของคุณภาพบริการเวชกรรมในประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2544; 10(1): (กำลังตีพิมพ์).

บทที่ 11

ระบบประกันคุณภาพของการดูแลสุขภาพในประเทศไทย

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, พ.บ., Ph.D.
คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

11.1 กรอบของกฎระเบียบในการประกันคุณภาพในระบบการดูแลสุขภาพ

ประชาชนคนไทยมีสิทธิเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานที่ดีอย่างเสมอภาค และเป็นหน้าที่ของรัฐที่จะดำเนินการให้เป็นเช่นนั้นตามที่บัญญัติไว้ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ความพยายามเพื่อให้มีการประกันคุณภาพของการดูแลสุขภาพ ที่สอดคล้องกับเจตนารมณ์ดังกล่าวได้สะท้อนอยู่ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ด้านสาธารณสุข ตลอดจนกฎหมายและกฎระเบียบต่างๆ ของประเทศ ซึ่งแผนพัฒนาด้านสาธารณสุขดังกล่าวได้รวมวัตถุประสงค์ของการพัฒนาที่จะทำให้คนไทยมีประกันสุขภาพ เข้าถึงบริการทางสุขภาพที่เป็นองค์รวม มีประสิทธิภาพ มีมาตรฐานที่ดี และเสมอภาค นอกจากนี้ยังมีเป้าหมายที่จะให้ความคุ้มครองผู้บริโภคในด้านมาตรฐานและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพด้วย ซึ่งทำให้ระบุยุทธศาสตร์ของการพัฒนาที่เกี่ยวข้องกับด้านนี้ไว้ 2 เรื่องคือ การสร้างมาตรฐานและระบบคุณภาพสำหรับผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ และการเสริมศักยภาพของกลไกคุ้มครองผู้บริโภค ทั้งนี้ด้วยวิธีการในหลายด้าน เช่น การออกกฎหมายใหม่และปรับปรุงกฎหมายที่มีอยู่เดิม เป็นต้น[1]

ในภาพรวม ประเทศไทยมีกฎหมายและระเบียบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการประกันคุณภาพในระบบบริการด้านการดูแลสุขภาพอยู่มาก องค์ประกอบที่สำคัญอาจสรุปได้ดังนี้

11.1.1 กฎระเบียบด้านการบริการทางวิชาชีพ

ปัจจุบันเรามีกฎหมายผู้ประกอบวิชาชีพในการให้การดูแลสุขภาพอยู่จำนวนหนึ่ง การประกอบวิชาชีพแพทย์อยู่ภายใต้พระราชบัญญัติการประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2537 การประกอบวิชาชีพทันตแพทย์อยู่ภายใต้พระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ. 2537 เภสัชกรอยู่ภายใต้พระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2537 พยาบาลและผดุงครรภ์ประกอบวิชาชีพภายใต้พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ แก้ไขปรับปรุงครั้งที่ 2 พ.ศ. 2540 ในขณะที่ผู้ประกอบวิชาชีพทางสุขภาพอื่นๆ จะอยู่ภายใต้กฎหมายพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 ทั้งนี้จะมีองค์กรวิชาชีพที่ได้รับอำนาจตาม

กฎหมายเป็นผู้ดูแลการประกอบวิชาชีพและจริยธรรมของวิชาชีพต่างๆ

11.1.2 กฎระเบียบสถานพยาบาล

สถานพยาบาลของรัฐและเอกชนในปัจจุบันอยู่ภายใต้กฎหมายคนละกลุ่มกัน โดยทั่วไปคุณภาพของโรงพยาบาลของรัฐและสถานีอนามัยอยู่ในการควบคุมและกฎระเบียบของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2529 เป็นต้นมา กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดมาตรฐานของระบบบริการสาธารณสุขของสถานพยาบาลระดับต่างๆ และหน่วยงานทางสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคของกระทรวงฯ ขึ้น เรียกว่า *เกณฑ์มาตรฐานพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุข* (พบส.) มาตรฐานดังกล่าวครอบคลุมบริการในด้านต่างๆ เช่น งานพัฒนาคลินิกบริการ งานพัฒนาบริการพยาบาล งานพัฒนาบริการทันตกรรม งานพัฒนาบริการเภสัชกรรม งานพัฒนาบริการเวชกรรมชุมชน งานพัฒนาบริการห้องปฏิบัติการ และการพัฒนาอาคารและสถานที่ในส่วนภูมิภาค มาตรฐานนี้ได้รับการปรับปรุงในปี พ.ศ. 2533 และ 2540 และนำมาใช้กับโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ ตลอดจนสถานีอนามัยของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อประกันว่าสถานพยาบาลเหล่านั้นมีเครื่องมือและอุปกรณ์ที่เพียงพอตามระดับของการบริการที่กำหนดไว้ในเครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วย[2-8]

สำหรับโรงพยาบาลและสถานพยาบาลของเอกชนจะอยู่ภายใต้พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ซึ่งเป็นฉบับปรับปรุงมาจากกฎหมายที่ใช้อยู่เดิม โดยสรุป กฎหมายฉบับนี้ได้จัดแบ่งกลุ่มสถานพยาบาลภาคเอกชนออกเป็นกลุ่มๆ มีข้อกำหนดเกี่ยวกับการขอใบอนุญาตประกอบการ ตลอดจนความรับผิดชอบทางกฎหมาย ตลอดจนให้อำนาจแก่หน่วยงานของรัฐ คือ กองการประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุขในการออกกฎระเบียบเพิ่มเติม[9] ซึ่งปัจจุบันมีกฎกระทรวงออกตามอำนาจของพระราชบัญญัติดังกล่าว รวม 15 ฉบับ

11.1.3 กฎระเบียบด้านห้องปฏิบัติการ

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้วางข้อกำหนดด้านคุณภาพของห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ไว้ ประกอบด้วยมาตรฐานต่างๆ เกี่ยวกับการจัดองค์กรและการจัดการ เครื่องมือและวัสดุควบคุม การสอบเทียบเครื่องมือ วิธีการทดสอบ การจัดการเกี่ยวกับตัวอย่างที่ใช้ทดสอบ การส่งมอบตัวอย่างแก่หน่วยงานนอกสถานที่ การทำสัญญาการจัดซื้อและสัญญากับหน่วยงานภายนอก การรับข้อร้องเรียน และระบบความปลอดภัยทั่วไป[10-12]

11.1.4 กฎระเบียบเกี่ยวกับอาหาร ยาและเวชภัณฑ์

การประกันคุณภาพเกี่ยวกับอาหาร ยาและเวชภัณฑ์มีกฎหมายและระเบียบต่างๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้องหลายฉบับ ทั้งนี้เพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค ตัวอย่างที่สำคัญได้แก่พระราชบัญญัติอาหาร พระราชบัญญัติยา และพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ เป็นต้น และเมื่อไม่นานมานี้กระทรวงสาธารณสุขได้ออกกฎกระทรวงเกี่ยวกับเรื่อง Good Manufacturing Practice (GMP) เสร็จสิ้นไปแล้ว ซึ่งในปี พ.ศ.2541 ที่ผ่านมามีโรงงานผลิตยาแผนปัจจุบัน

130 แห่งจากทั้งหมด 176 แห่งที่ได้รับ GMP หรือคิดเป็นร้อยละ 73.8 ของทั้งหมด เพิ่มขึ้นจาก 58 ใน 191 แห่ง หรือร้อยละ 30.4 ในปี พ.ศ. 2532[13]

11.2 วิวัฒนาการและความก้าวหน้าของกระบวนการประกันคุณภาพ

11.2.1 การจดทะเบียนและรับใบอนุญาตของผู้ประกอบวิชาชีพและสถานพยาบาล

ตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือแพทย์ในประเทศไทยต้องได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (Licensing) ทั้งนี้แพทย์จะต้องจบการศึกษาแพทยศาสตร์จากสถาบันที่ได้รับการรับรองโดยแพทยสภา ผู้ที่จบการศึกษาจากสถาบันในต่างประเทศจะต้องผ่านการสอบเพื่อรับใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากแพทยสภาก่อน สำหรับกรณีของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจะต้องเป็นผู้ที่ได้รับวุฒิบัตรหรืออนุมัติบัตรแสดงความรู้ความชำนาญจากราชวิทยาลัยหรือวิทยาลัยในสาขาด้านนั้นๆ ที่ได้รับมอบอำนาจจากแพทยสภา ในปัจจุบันใบอนุญาตประกอบวิชาชีพตลอดจนวุฒิบัตรหรืออนุมัติบัตรเหล่านี้ยังเป็นการอนุญาตที่ไม่กำหนดวันหมดอายุแพทยสภากำลังอยู่ระหว่างการพิจารณาวางข้อกำหนดใหม่สำหรับแพทย์เพื่อให้ใบอนุญาตเป็นแบบที่ต้องต่ออายุ ซึ่งกระบวนการต่ออายุนี้อาจทำได้โดยการเข้ารับการศึกษาอบรมต่อเนื่องตามเกณฑ์ที่กำหนด หรือการสอบใบอนุญาตใหม่

ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลและผดุงครรภ์เป็นผู้ประกอบวิชาชีพที่ต้องการใบอนุญาตเพื่อประกอบวิชาชีพจากทันตแพทยสภา สภาเภสัชกรรมและสภาการพยาบาลตามลำดับ ซึ่งตามกฎหมาย องค์กรวิชาชีพเหล่านี้มีอำนาจในการออกกฎระเบียบเพื่อกำกับการประกอบวิชาชีพและจริยธรรมวิชาชีพ สอบสวนและพิจารณากรณีร้องเรียนที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพตลอดจนการออกหรือยกเลิกใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพได้ นอกจากนี้กระบวนการให้ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะอื่นๆ ยังได้กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติควบคุม การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 ด้วย ครอบคลุมแพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์ นักกายภาพบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ ซึ่งทั้งหมดนี้อยู่ในการกำกับดูแลของคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะและคณะกรรมการของแต่ละวิชาชีพ[14]

ในปี พ.ศ. 2543 สถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศกำลังดำเนินการกระบวนการเพื่อประกันคุณภาพด้านการศึกษา ทั้งนี้โดยความริเริ่มของทบวงมหาวิทยาลัยเพื่อประกันคุณภาพการศึกษาในสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษา ซึ่งคาดว่าจะพัฒนาไปสู่การรับรองคุณภาพสถาบันในอนาคตอันใกล้ นอกจากนี้ ภายในปี พ.ศ. 2546 แพทยสภากำหนดให้สถาบันและหลักสูตรทุกแห่งต้องผ่านการรับรองคุณภาพโดยราชวิทยาลัยและวิทยาลัยของการแพทย์เฉพาะทางแต่ละสาขาและผ่านการรับรองคุณภาพโดยสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

สำหรับกระบวนการให้ใบอนุญาตระดับสถาบัน สถานพยาบาลทางการแพทย์ภายใต้พระราชบัญญัติสถานพยาบาล เช่น คลินิกเอกชน โพลีคลินิก และโรงพยาบาลเอกชน จะต้องได้รับใบอนุญาตจากกระทรวงสาธารณสุข นอกเหนือจากใบอนุญาตประกอบธุรกิจ (หากมี)[14]

ร้านขายยาตลอดจนห้องปฏิบัติการทางการแพทย์จำเป็นต้องจดทะเบียน และได้รับใบอนุญาตจากส่วนราชการในพื้นที่ด้วยเช่นกัน

11.2.2 กระบวนการจัดการข้อร้องเรียนและการคุ้มครองผู้บริโภค

กระบวนการจัดการกับข้อร้องเรียนปัญหาจากการบริการทางสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของการประกันคุณภาพในระบบดูแลสุขภาพในประเทศไทย ซึ่งผู้บริโภคสามารถยื่นเรื่องร้องเรียนต่อหน่วยงานของรัฐและไม่ใช่ของรัฐได้นอกเหนือจากการดำเนินการฟ้องร้องผ่านระบบยุติธรรม ผู้บริโภคสามารถรายงานปัญหาจากการประกอบวิชาชีพที่ไม่ถูกต้องหรือขาดจริยธรรมได้ที่แพทยสภาหรือที่องค์กรวิชาชีพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ผู้บริโภคยังสามารถส่งเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับโรงพยาบาลของรัฐไปยังกระทรวงสาธารณสุขได้ สำหรับข้อร้องเรียนเกี่ยวกับคลินิกและโรงพยาบาลเอกชน ผู้บริโภคสามารถส่งไปยังกองการประกอบโรคศิลปะ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้ หน่วยงานเหล่านี้มีอำนาจตามกฎหมายเพื่อดำเนินการสอบสวนและวางมาตรการแก้ไขเหตุการณ์ตลอดจนดำเนินพิจารณาลงโทษผู้ให้บริการหากพบว่ามีความผิด

นอกเหนือจากกลไกข้างต้น ระบบสุขภาพยังมีกระบวนการเสริมความสามารถในการคุ้มครองผู้บริโภคในทางสุขภาพ ตัวอย่างเช่น กระทรวงสาธารณสุขได้ริเริ่มโครงการตรวจเยี่ยมมาตรฐานโรงพยาบาลเอกชน ผลปรากฏว่าร้อยละ 17 ของโรงพยาบาลเอกชนที่มีขนาดเล็กกว่า 100 เตียง 99 แห่ง และโรงพยาบาลขนาดใหญ่กว่า 100 เตียงขึ้นไป 1 ใน 45 แห่งที่ได้รับการตรวจสอบ ต้องการการปรับปรุงคุณภาพ โรงพยาบาลบางแห่งปิดตัวลงและเปลี่ยนสภาพเป็นคลินิก อีกตัวอย่างคือโครงการสายด่วนผู้บริโภคของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ซึ่งมีเป้าหมายที่จะเปิดโอกาส 24 ชั่วโมงให้ผู้บริโภคได้สอบถามหาความรู้ตลอดจนฝากเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพผ่านทางโทรศัพท์ได้ นอกจากนี้ยังมีการรณรงค์เพื่อเพิ่มความตื่นตัวของผู้บริโภคเพื่อปกป้องสิทธิของตนตลอดจนให้อ่านฉลากก่อนซื้อ

หน่วยงานที่ทำงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคอีกจำนวนหนึ่งได้แก่ องค์กรพัฒนาเอกชนต่างๆ เช่น คณะกรรมการประสานงานองค์กรพัฒนาเอกชนเพื่องานสาธารณสุขมูลฐาน มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค โครงการสนับสนุนผู้บริโภคของสภาสตรีแห่งชาติในพระบรมราชินูปถัมภ์ เป็นต้น

11.2.3 การรับการรับรอง ISO และระบบการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศไทย

การพัฒนาสู่คุณภาพในระบบการดูแลสุขภาพของประเทศไทยได้ดำเนินมาเป็นระยะเวลายาวนาน อย่างไรก็ตามในระยะแรก ความพยายามในการพัฒนาคุณภาพให้ความสำคัญกับแง่มุมด้านโครงสร้างของโรงพยาบาลและความเชี่ยวชาญของแพทย์ผู้ประกอบวิชาชีพเป็นหลัก มีการนำแนวคิดการจัดการคุณภาพทั้งองค์กร (Total Quality Management, TQM) มาใช้ในโรงพยาบาลของรัฐอย่างเป็นระบบในปี พ.ศ. 2536 นี่เอง ในปี พ.ศ. 2538 สำนักงานประกันสังคมได้เริ่มจัดทำมาตรฐานสถานพยาบาลคู่สัญญาเพื่อใช้ในระบบประกันสังคม ซึ่งในปีเดียวกันนั้นได้มีการจัดการสัมมนาเกี่ยวกับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลขึ้นเป็นครั้งแรก[15]

การรับรอง ISO (ISO certification)

ระบบคุณภาพระบบหนึ่งที่โรงพยาบาลตลอดจนสถานพยาบาลผู้ให้บริการด้านสุขภาพนำมาใช้มาก ได้แก่ ระบบประกันคุณภาพ ISO-9000 การรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน ISO-9000 เป็นกระบวนการประเมินคุณภาพโดยใช้มาตรฐานทั่วไปที่เป็นที่ยอมรับเป็นสากลสำหรับระบบคุณภาพที่ใช้กับอุตสาหกรรมการผลิตและอุตสาหกรรมการบริการ ข้อกำหนดมาตรฐานในระบบ ISO-9000 ให้ความสำคัญกับการธำรงรักษาระบบการจัดการคุณภาพสำหรับบริการ เพื่อให้บริการนั้นเป็นไปตามความคาดหวังที่มีการกำหนดไว้ก่อน ระบบจะให้ความสำคัญกับความสามารถ (Capability) มากกว่าผลลัพธ์ (Result) และไม่ได้มีการกำหนดอย่างชัดเจนว่าควรจะมีการวางมาตรฐานของบริการอย่างไรเพื่อให้มีการบริการที่มีคุณภาพสูง[16]

ในปัจจุบันมีโรงพยาบาลเอกชนจำนวนหนึ่งที่นำระบบคุณภาพ ISO-9000 มาใช้และได้รับการรับรองตามมาตรฐาน ISO-9002 ขอบเขตของบริการที่โรงพยาบาลแต่ละแห่งขอรับการรับรองมีแตกต่างกันไป โรงพยาบาลรัฐหลายแห่งทั้งโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลจังหวัดมีการนำระบบคุณภาพ ISO-9002 มาใช้เช่นเดียวกัน ซึ่งโรงพยาบาลหลายแห่งได้รับการรับรองไปแล้วซึ่งมีทั้งที่เป็นการรับรองระบบของโรงพยาบาลทั้งหมด และเป็นบางส่วน อย่างไรก็ตามบริการการดูแลคนไข้ทางคลินิกและกระบวนการให้บริการของแพทย์มักไม่ถูกรวมอยู่ในระบบที่ขอรับการรับรองด้วย

การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation, HA)

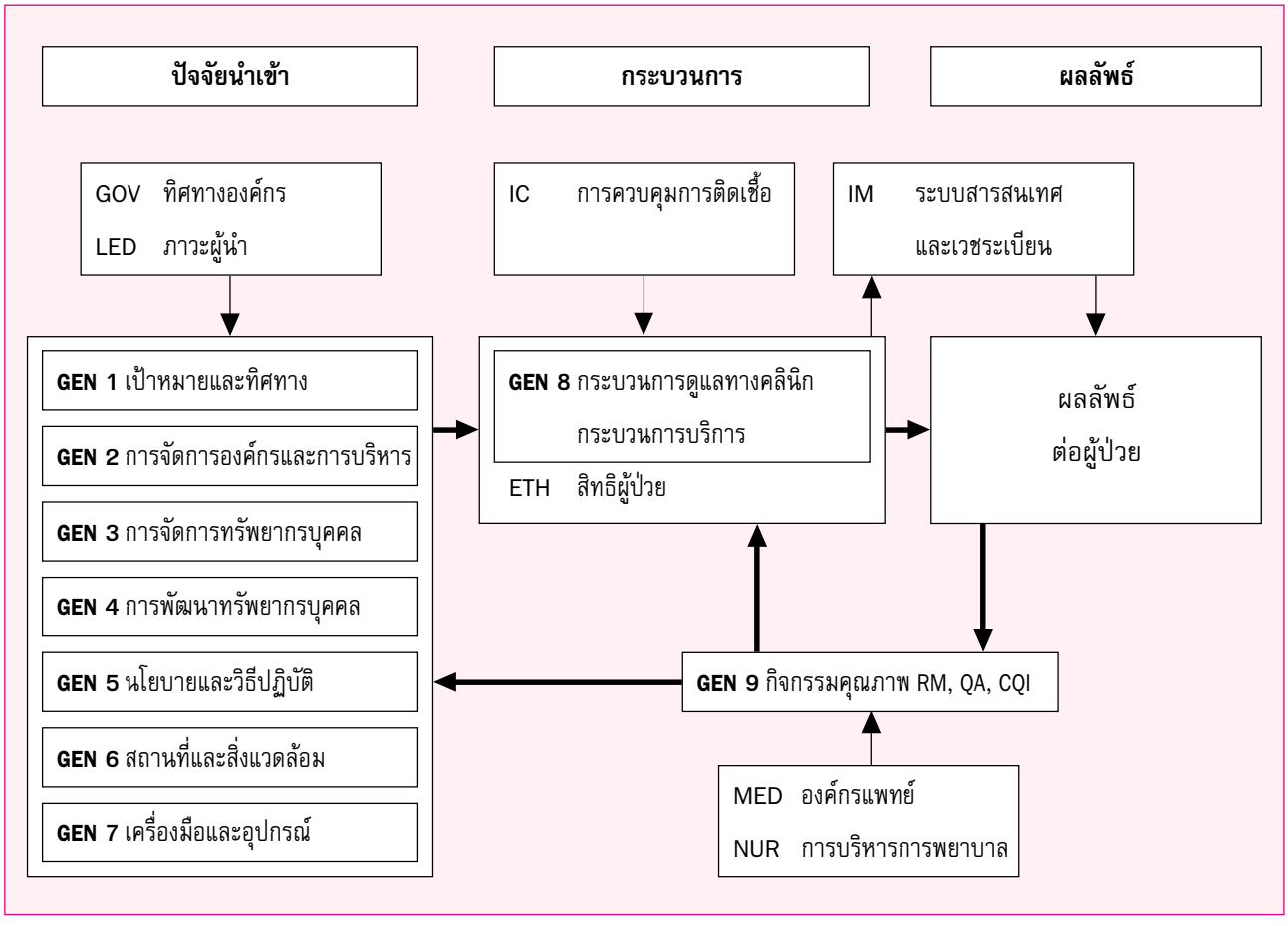
การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) โดยทั่วไปเป็นกระบวนการแบบสมัครใจที่ให้ผู้เยี่ยมสำรวจจากภายนอกที่ได้รับการฝึกอบรมแล้ว เข้าไปตรวจประเมินโรงพยาบาลว่ามีการดำเนินงานที่สอดคล้องกับมาตรฐานการดำเนินการขององค์กรหรือไม่ ซึ่งมาตรฐานเหล่านี้จะว่าไว้เพื่อให้โรงพยาบาลมีการดำเนินงานในระดับที่เหมาะสม มากกว่าจะเป็นมาตรฐานขั้นต่ำ[16]

กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศไทย เริ่มต้นในลักษณะที่เป็นโครงการวิจัยและพัฒนาในปี พ.ศ. 2540 โดยได้รับความสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข อำนวยการโครงการโดย นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล ทั้งนี้มีการจัดตั้งเป็นภาคีพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลขึ้น ประกอบด้วยผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพสาขาต่างๆ ตลอดจนผู้บริหารองค์กรและหน่วยงานด้านสุขภาพและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ โดยมีโรงพยาบาลรัฐและเอกชนจำนวน 35 แห่งเป็นโรงพยาบาลนำร่องในโครงการ

การรับรองคุณภาพของโรงพยาบาลในประเทศไทยเน้นหลักการของการประเมินตนเอง การประกันคุณภาพและการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องโดยมีลูกค้าเป็นศูนย์กลาง กระบวนการดังกล่าวมีความมุ่งหมายที่จะกระตุ้นให้โรงพยาบาลมีการปรับปรุงและตรวจสอบว่าสามารถดำเนินการได้ตามมาตรฐานที่กำหนด มาตรฐานโรงพยาบาลในการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลประกอบด้วยมาตรฐาน 31 บท ครอบคลุมเรื่องทิศทางองค์กร การนำองค์กร จริยธรรมองค์กรและสิทธิผู้ป่วย การควบคุมการติดเชื้อ สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย ฯลฯ นอกจากนี้ยังรวมมาตรฐานทั่วไป (GEN) อีก 9 บทซึ่งกำหนดมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับการ

บริหารปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลลัพธ์ของหน่วยงานและฝ่ายต่างๆ ของโรงพยาบาลไว้ ดังแสดงในภาพที่ 11.1

ภาพที่ 11.1 กรอบแนวความคิดของมาตรฐานทั่วไปของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล



เมื่อปี พ.ศ. 2542 ได้มีการตั้งสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลขึ้นเป็นองค์กรอิสระเพื่อดำเนินการด้านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล หากนับถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2543 จะมีโรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพแล้วทั้งสิ้น 7 แห่ง และมีโรงพยาบาลอีกกว่า 200 แห่ง ทั่วประเทศที่เข้าร่วมกระบวนการและอยู่ระหว่างนำรูปแบบของระบบคุณภาพตามมาตรฐานดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติ

การประกันคุณภาพและรับรองคุณภาพห้องปฏิบัติการ

มาตรฐานสำหรับระบบประกันคุณภาพได้รับการพัฒนาและนำไปใช้กับห้องปฏิบัติการต่างๆ ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ 77 แห่ง กระทรวงสาธารณสุขได้มีการให้ใบรับรองคุณภาพแก่ห้องปฏิบัติการที่ไม่ใช่ของกระทรวงฯ อีก 2 กลุ่ม ได้แก่ ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์สำหรับตรวจแรงงานที่จะเดินทางไปทำงานต่างประเทศ และห้องปฏิบัติการสำหรับผลิตภัณฑ์สุขภาพ[13]

11.2.4 ความต้องการและความริเริ่มด้านคุณภาพที่กำหนดโดยผู้ดำเนินการด้านประกันสุขภาพ

ที่ผ่านมาหน่วยงานด้านประกันสุขภาพในประเทศไทยส่วนใหญ่ไม่ได้ให้ความสำคัญในเรื่องการประกันคุณภาพมากเท่าที่ควรจะเป็น จนกระทั่งเร็วๆ นี้จึงจะมีบางหน่วยงานที่เริ่มหันมาให้ความสนใจกับประเด็นดังกล่าวและหาทางที่จะประเมินคุณภาพและประกันคุณภาพสำหรับสมาชิกผู้มีสิทธิหรือผู้รับประกัน ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าระบบประกันสังคมเป็นระบบประกันสุขภาพของภาครัฐที่มีความก้าวหน้าที่สุดในเรื่องการประกันคุณภาพ[17]

สำนักงานประกันสังคมทำสัญญาและซื้อบริการจากโรงพยาบาลรัฐและเอกชนโดยมีการกำหนดมาตรฐานสำหรับโรงพยาบาลที่สามารถจะเป็นโรงพยาบาลคู่สัญญาไว้ มีคณะแพทย์และผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นๆ ลงไปตรวจโรงพยาบาลที่สมัครเข้าร่วมในเครือข่าย และเนื่องจากความตระหนักในปัญหาคุณภาพที่อาจจะเกิดขึ้นได้จากการใช้วิธีการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายเป็นรายหัว (Capitation) สำนักงานจึงมีระบบรับฟังข้อร้องเรียนตลอดจนการอุทธรณ์ต่างๆ ตลอดจนกระบวนการตรวจสอบทางการแพทย์ (Medical audit) ไว้เฝ้าระวังบริการที่ด้อยคุณภาพ มีการเลิกสัญญากับผู้ให้บริการบางรายแล้ว นอกจากนี้ สำนักงานประกันสังคมยังมีแผนที่จะพัฒนาชุดเครื่องชี้วัดคุณภาพตลอดจนปรับปรุงมาตรฐานโรงพยาบาลและกระบวนการตรวจสอบทางการแพทย์ ในไม่ช้านี้สำนักงานประกันสังคมจะกำหนดให้โรงพยาบาลคู่สัญญาต้องได้รับการรับรองคุณภาพ ISO ทั้งโรงพยาบาลหรือได้รับการรับรองโดย HA สถานพยาบาลคู่สัญญาระดับต้นจะต้องมีระบบประกันคุณภาพรองรับเช่นกัน

ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและสังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.) และระบบบัตรสุขภาพซึ่งเป็นของกระทรวงสาธารณสุข ไม่มีการประกันคุณภาพเป็นของตนเองนอกเหนือจากการตรวจสอบเวชระเบียนเพื่อประเมินคุณภาพของข้อมูลในการเบิกจ่าย ระบบดังกล่าวอาศัยกลไกของหน่วยงานอื่นของกระทรวงสาธารณสุขในการประกันคุณภาพของการบริการ เช่นเดียวกับระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการที่ยังไม่มีการประกันคุณภาพอย่างเป็นระบบ ซึ่งกลไกในการประกันคุณภาพนี้เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิรูประบบสวัสดิการที่กำลังอยู่ระหว่างการดำเนินการ

ในปัจจุบันมีบริษัทประกันสุขภาพภาคเอกชนหลายบริษัทที่หันมาให้ความสนใจกับการประกันคุณภาพ ทั้งนี้โดยให้ความสำคัญกับความพึงพอใจของลูกค้าต่อบริการของโรงพยาบาล และพยายามให้โรงพยาบาลตอบสนองต่อความต้องการของลูกค้าดังกล่าวอย่างรวดเร็วและเหมาะสม บริษัทประกันหลายแห่งทำการตรวจสอบเวชระเบียน อย่างไรก็ตามการตรวจสอบดังกล่าวเป็นไปเพื่อการทบทวนการใช้ทรัพยากรมากกว่า การประกันคุณภาพอาจได้รับความสำคัญเป็นอันดับรองลงมาจากความพยายามในการควบคุมต้นทุน

11.2.5 ความริเริ่มและกลไกด้านคุณภาพอื่นๆในกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขได้มีการประกันคุณภาพและตรวจสอบการทำงานของหน่วยงานในระดับปฏิบัติต่างๆ ให้สอดคล้องกับนโยบายตามกรอบหน้าที่โดยผ่านทางระบบการนิเทศและการตรวจราชการในระดับต่างๆ ในทุกกรมกอง ในระดับประเทศจะมีสำนักผู้ตรวจราชการ

ของกระทรวงเป็นกลไกสำคัญในการเฝ้าดูและติดตามความก้าวหน้าของการนำนโยบายทางสุขภาพของประเทศที่มีลำดับความสำคัญสูงไปสู่การปฏิบัติ ทั้งนี้ได้มีการพัฒนาและจัดทำชุดเครื่องชี้วัดและระบบรายงานขึ้นเพื่อติดตามความก้าวหน้าในการพัฒนาตามแผนพัฒนาด้านสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 8 และให้ข้อมูลป้อนกลับแก่ผู้วางนโยบาย

นอกเหนือจากนั้นยังมีกิจกรรมด้านการประกันคุณภาพและปรับปรุงคุณภาพที่กรมกองต่างๆ ได้นำมาใช้กับบริการทางสุขภาพ โดยเฉพาะโรงพยาบาล ตัวอย่างเช่น โครงการโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูกที่ริเริ่มขึ้นมาเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้แก่การบริการอนามัยแม่และเด็กในโรงพยาบาลของรัฐ โครงการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่เป็นการปรับปรุงคุณภาพของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการในการดูแลสุขภาพในโรงพยาบาลของรัฐเพื่อให้เกิดบูรณาการของการดูแล โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพ ไม่ใช่เพียงแต่รักษาโรคเท่านั้น

11.3 ความสำเร็จและข้อจำกัดของกระบวนการประกันคุณภาพ

ที่ผ่านมา กระบวนการประกันคุณภาพในประเทศไทยนับว่าประสบความสำเร็จในระดับหนึ่ง การแข่งขันในภาคของการบริการทางสุขภาพที่ได้รับการกระตุ้นจากการขยายตัวของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน ความคาดหวังของผู้บริโภคที่สูงขึ้นในเรื่องของคุณภาพของการดูแลสุขภาพ นับว่ามีส่วนส่งเสริมให้เกิดความจำเป็นในการพัฒนาคุณภาพในหมู่ของผู้ให้บริการโรงพยาบาลของรัฐหลายแห่งได้นำกระบวนการพัฒนาคุณภาพต่างๆ มาปฏิบัติ ซึ่งได้รับการชื่นชมจากผู้ป่วยและชุมชนต่างๆ การศึกษาหนึ่งเมื่อไม่นานมานี้ที่ได้ประเมินโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation) พบว่าการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่มุ่งให้โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพสามารถสร้างความมุ่งมั่นในเรื่องคุณภาพในหมู่ผู้บริหารและบุคลากรของโรงพยาบาลได้ ช่วยลดความขัดแย้งและทำให้บุคลากรรวมตัวกันทำงานสู่จุดหมายร่วมกัน ทำให้เกิดการทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย ลดผลที่ไม่พึงประสงค์ในการรักษา และพัฒนาบริการเพื่อเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับผลงาน อย่างไรก็ตามยังคงพบว่ามีช่องว่างในเรื่องความพึงพอใจของผู้รับบริการระหว่างโรงพยาบาลรัฐและเอกชนอยู่ ความแตกต่างดังกล่าวยังมีความสัมพันธ์กับสิทธิในการรักษาพยาบาลหรือสถานะในการประกันสุขภาพของผู้ป่วย เช่น ระหว่างผู้ป่วยประกันสังคมและผู้ป่วยที่จ่ายเงินเอง[19] ฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการประกันสุขภาพยังคงมีความต้องการคุณภาพของการดูแลสุขภาพที่สูงขึ้นตลอดจนวิธีการจัดการคุณภาพที่มีประสิทธิผลมากขึ้น[20]

ข้อจำกัดในการนำกลไกประกันคุณภาพต่างๆ สู่การปฏิบัติมาจากทั้งด้านของผู้บริโภคและผู้ให้บริการ ความต้องการเรื่องคุณภาพของการดูแลและความสามารถในการประเมินคุณภาพของผู้บริโภคมีแนวโน้มว่าจะเป็นปัจจัยหลักในการกำหนดระดับและขอบเขตของกิจกรรมประกันคุณภาพจะได้รับการปฏิบัติ ไม่ว่าจะในส่วนของหน่วยงานด้านประกันสุขภาพหรือผู้ให้บริการ ในขณะเดียวกันความรู้และทักษะของผู้ให้บริการในเรื่องเทคนิคของการจัดการคุณภาพมีบทบาทสำคัญเช่นเดียวกันในความพยายามที่จะสร้างกระบวนการคุณภาพ

นอกเหนือจากนี้ ความมุ่งมั่นของผู้บริหารโรงพยาบาล การมีส่วนร่วมของแพทย์และบุคลากรอื่นๆ ของโรงพยาบาลมีส่วนสำคัญเช่นกันในความสำเร็จของระบบคุณภาพขององค์กร ประการสุดท้ายคือในภาวะปัจจุบัน ยังคงเป็นการยากที่จะแสดงรูปธรรมที่ชัดเจนของผลสำเร็จของกระบวนการประกันคุณภาพที่องค์กรต่างๆ นำมาใช้เพื่อยกระดับผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยหรือเพื่อให้การดูแลทางการแพทย์เป็นไปอย่างสมเหตุสมผล

ระบบตรวจสอบภายในกระทรวงสาธารณสุขแสดงให้เห็นได้ถึงความสำเร็จในการประกันคุณภาพของการดำเนินงานได้ในระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตาม ด้วยเหตุที่งานต่างๆ มีความซับซ้อนมาก การขาดระบบข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ ความไม่สม่ำเสมอของความสนใจทางการเมืองทั้งในระดับประเทศและระดับท้องถิ่น ตลอดจนเวลาและทรัพยากรอันจำกัด เป็นเหตุให้กลไกที่สร้างขึ้นบางอย่าง เช่น ระบบเครื่องชี้วัด ไม่สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิผลเต็มที่[21] ซึ่งได้มีการวางแผนริเริ่มวิธีการใหม่ๆ เพื่อนำไปใช้ในช่วงของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 9 ที่จะเริ่มใช้ในปีงบประมาณ 2545 เป็นต้นไป

11.4 สิ่งที่ท้าทายในอนาคต

อนาคตของการประกันคุณภาพในระบบสุขภาพของประเทศไทยขึ้นอยู่กับความมุ่งมั่นของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในเรื่องคุณภาพ การมีผู้รับบริการเป็นศูนย์นับเป็นภาระที่สำคัญของระบบ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขตลอดจนองค์กรด้านประกันสุขภาพต่างๆ จำเป็นที่จะต้องทำให้แน่ใจ ผู้มีสิทธิหรือผู้เอาประกันจะได้รับบริการการดูแลรักษาที่ดีและเหมาะสมในขณะที่มีการควบคุมต้นทุนไม่ให้สูงเกินไป ควรมีการกระตุ้นให้ผู้ให้บริการมีการพัฒนาคุณภาพภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด การทำเช่นนี้ด้วยวิธีการประหยัดเงินอาจไม่ใช่วิธีที่ง่ายนักที่จะแสดงให้ทุกคนเห็นได้ นอกเหนือจากนี้ การให้รางวัลหรือการตอบแทนการมีคุณภาพที่ดีอย่างเหมาะสมนับว่ามีความจำเป็นในการจะช่วยส่งเสริมผู้ให้บริการให้มีการปรับปรุงบริการของตนได้อย่างต่อเนื่อง

การเฝ้าติดตามคุณภาพบริการนับเป็นความท้าทายอีกประการ ยิ่งกว่านั้นคือการทำให้ผู้บริโภคสามารถดูแลสุขภาพของตัวเองได้ดี สามารถเลือกบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพตลอดจนเลือกรับบริการจากผู้ให้บริการบนพื้นฐานของคุณภาพ และมีข้อมูลอย่างเพียงพอเพื่อตัดสินใจนั้น ในเวลาเดียวกันที่ความริเริ่มในเรื่องคุณภาพจะกระตุ้นให้ผู้ให้บริการเรียนรู้และปรับปรุงตนเองอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่งยวดที่สถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนจะมีระบบคุณภาพที่น่าเชื่อถือที่จะช่วยให้สามารถประเมินผลการดำเนินงานของตนเองและปรับปรุงให้ดีขึ้นได้ ทั้งนี้การคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยนับเป็นเรื่องที่จำเป็นต่อการประกันคุณภาพของบริการทางสุขภาพที่แท้จริง

11.5 เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข. แผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2539.
2. กระทรวงสาธารณสุข. เกณฑ์มาตรฐานพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุข: งานบริหารที่สนับสนุนบริการโดยตรง (พบส. 2529). นนทบุรี: 2539.
3. กระทรวงสาธารณสุข. เกณฑ์มาตรฐานพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุข: งานพัฒนาบริการทันตกรรม (พบส. 2529). นนทบุรี: 2539.
4. กระทรวงสาธารณสุข. เกณฑ์มาตรฐานพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุข: งานพัฒนาบริการเภสัชกรรม (พบส. 2529). นนทบุรี: 2539.
5. กระทรวงสาธารณสุข. เกณฑ์มาตรฐานพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุข: งานพัฒนาบริการตรวจชันสูตร (พบส. 2529). นนทบุรี: 2539.
6. กระทรวงสาธารณสุข. เกณฑ์มาตรฐานพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุข: กลุ่มบริการสาธารณสุขสำหรับสถานีอนามัย (พบส. 2529). นนทบุรี: 2540.
7. กระทรวงสาธารณสุข. เกณฑ์มาตรฐานพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุข: งานพัฒนาบริการพยาบาล (พบส. 2529). นนทบุรี: 2540.
8. กระทรวงสาธารณสุข. เกณฑ์มาตรฐานพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุข: งานพัฒนาคลินิกบริการ (พบส. 2529). นนทบุรี: 2541.
9. กองการประกอบโรคศิลปะ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541. กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: 2541.
10. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ข้อกำหนดด้านคุณภาพสำหรับห้องปฏิบัติการทางสุขภาพ.
11. จ. วงพินัยรัตน์. ข้อกำหนดและเงื่อนไขในการรับรองห้องปฏิบัติการด้านสุขภาพ. สำนักงานมาตรฐานห้องปฏิบัติการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (เอกสารอัดสำเนาประกอบการบรรยาย). 27 เมษายน 2543.
12. จ. วงพินัยรัตน์. ระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการ. สำนักงานมาตรฐานห้องปฏิบัติการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (เอกสารอัดสำเนา).
13. กระทรวงสาธารณสุข. การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2540-2543. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2543.
14. กองการประกอบโรคศิลปะ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2542.
15. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. เอกสารประกอบการประชุม National Forum on Hospital Accreditation ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: 2543.
16. Rooney AL, van Ostenberg PR. Licensure, accreditation, and certification: approaches to health services quality. Quality Assurance Methodology

Refinement Series. Quality Assurance Project, Center for Human Services. April 1999.

17. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. การจัดองค์กรและการเปลี่ยนแปลงด้านการจัดการของระบบสวัสดิการด้านสุขภาพและประกันสุขภาพ. รายงานการศึกษาประกอบการปรึกษาหารือเพื่อปฏิรูประบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. กรกฎาคม พ.ศ. 2543.
18. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, ยุพิน อังสุโรจน์. การประเมินผลโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. รายงานการศึกษาสำหรับสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. กันยายน พ.ศ. 2543.
19. Supachutikul A. Situational analysis of the health insurance in Thailand. Bangkok: Thai Health Research Institute, National Health Foundation; 1996.
20. Sriratanban J, Supapong S, Kamolratanakul P, et al. Situation analysis of the health insurance market and related educational needs in the era of health care reform in Thailand. Journal of the Medical Association of Thailand. (In press)
21. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, พันธุ์ทิพย์ ธรรมสโรช และคณะ. รายงานสรุปการประเมินผลแผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข; 2543.

บทที่ 12

การปฏิรูประบบบริหารจัดการด้านยา

เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์, ภ.บ., ร.ม., Ph.D.
วิทยา กุลสมบูรณ์, ภ.บ., Ph.D.
คณะเภสัชศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

12.1 ค่าใช้จ่ายด้านยา: เป้าหมายในการควบคุมต้นทุนการให้บริการสุขภาพ

ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายด้านยาโดยรวมเป็นสัดส่วนประมาณ ร้อยละ 30 ของค่าใช้จ่ายในการให้บริการสุขภาพ[1] สัดส่วนค่าใช้จ่ายดังกล่าวถือว่าสูงมากเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศที่พัฒนาแล้ว ค่าใช้จ่ายด้านยาจึงเป็นเป้าหมายที่สำคัญในการควบคุมต้นทุนการให้บริการสุขภาพโดยเฉพาะในการให้บริการสุขภาพของรัฐ รัฐบาลมีการจัดทำและดำเนินการนโยบายสาธารณะหลายประการเพื่อที่จะควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา กลไกที่สนับสนุนนโยบายดังกล่าวมุ่งเน้นไปที่การจัดหายาในบริการสาธารณสุขในภาครัฐเป็นสำคัญ จากการที่ระบบบริการสุขภาพของไทยมีการพัฒนาอย่างรวดเร็วในช่วงที่ผ่านมา การบริหารจัดการด้านยาให้มีประสิทธิภาพจึงมีบทบาทเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ เป็นที่คาดการณ์ได้ว่าการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาจะยังเป็นเป้าหมายที่สำคัญของการควบคุมต้นทุนการให้บริการสุขภาพเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ตามนโยบายการให้บริการสาธารณสุขของรัฐ

ตารางที่ 12.1 แสดงถึงองค์ประกอบเชิงนโยบายที่สำคัญห้าประการที่ควรคำนึงถึงในการปฏิรูประบบบริหารจัดการด้านยา รวมถึงเครื่องมือการจัดการเพื่อให้ระบบบริหารจัดการ

ตารางที่ 12.1 องค์ประกอบของระบบในการปฏิรูประบบบริหารจัดการด้านยาและเครื่องมือการจัดการ

องค์ประกอบของระบบ ในการปฏิรูประบบจัดการด้านยา	เครื่องมือหลัก	เครื่องมือร่วม
ระบบคัดเลือกยา	● บัญชีรายการยา	● ระบบประเมินผลยาทางเศรษฐศาสตร์
ระบบจัดหายา	● การจัดซื้อยาร่วม ● ราคากลาง (ราคาสูงสุดที่ยอมให้จัดซื้อได้)	● หลักเกณฑ์ด้านคุณลักษณะของยา
ระบบสั่งใช้และจ่ายยา	● การรับรองมาตรฐานบริการเภสัชกรรม ● ระบบการประเมินการใช้ยา	● การให้บริการปรึกษาด้านยา
ระบบเบิกค่ารักษาพยาบาล	● อัตราราคายาเพื่อการเบิกจ่าย	● ข้อมูลราคายา
ระบบติดตามประเมินผล	● ข้อมูลการบริหารจัดการ	● ข้อมูลการประเมินการใช้ยา

ด้านยาบรรลุผลอย่างมีประสิทธิภาพ เครื่องมือดังกล่าวประกอบด้วยเครื่องมือหลักและเครื่องมือร่วมในการจัดการ เครื่องมือหลักมุ่งเน้นการควบคุมพฤติกรรมเชิงระบบในระดับกว้างซึ่งประกอบด้วยบัญชีรายการยา เครื่องมือควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา การทบทวนการใช้ยา และระบบข้อมูลการบริหารจัดการ ส่วนเครื่องมือร่วมจะเป็นเครื่องมือที่ส่งเสริมให้การดำเนินงานของเครื่องมือหลักสัมฤทธิผลและทำให้ระบบยามีประสิทธิภาพมากขึ้น ตัวอย่างเช่น ระบบประเมินผลยาทางเศรษฐศาสตร์ (Pharmacoeconomic evaluations หรือ PE evaluations) ซึ่งสามารถช่วยให้การคัดเลือกยาในบัญชียาเป็นไปอย่างมีหลักเกณฑ์ นอกจากนี้ตารางที่ 12.1 ยังแสดงถึงเครื่องมือหลักและเครื่องมือร่วมอื่นๆ

เครื่องมือหลักที่สำคัญในการบริหารจัดการด้านยาที่กล่าวไว้จะได้มีการขยายความต่อเฉพาะในบางเรื่องทั้งนี้จะได้กล่าวถึงเครื่องมือหลักที่สำคัญ 3 ประการซึ่งมีการใช้ในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา นอกจากนี้จะได้มีการอภิปรายถึงเครื่องมือที่ควรมีการดำเนินการในอนาคตอีก 4 เรื่อง ในการอภิปรายจะเน้นที่เครื่องมือหลักและกล่าวถึงเครื่องมือร่วมโดยย่อ

12.2 ระบบจัดการด้านยาที่สำคัญในปัจจุบัน (Existing Pharmaceutical Management Tools)

ประเทศไทยได้มีการพัฒนานโยบายแห่งชาติด้านยาหลังจากการประชุมครั้งที่ 31 ของสมัชชาองค์การอนามัยโลกที่ได้แนะนำให้องค์กรสมาชิกเห็นความสำคัญในเรื่องดังกล่าว สองทศวรรษที่ผ่านมาอาจกล่าวได้ว่านโยบายแห่งชาติด้านยาได้ส่งผลเชิงพัฒนาต่อระบบยาในประเทศไทยสภาพปัญหาทางเศรษฐกิจของประเทศและการแทรกแซงของนักการเมืองในการจัดซื้อยาได้กระตุ้นให้กระทรวงสาธารณสุขกระตือรือร้นที่จะพัฒนาประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากรสาธารณสุขรวมถึงด้านยาและเวชภัณฑ์ โดยมุ่งเน้นในเรื่องของบัญชียาการยาและระบบบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์

รูปธรรมแรกที่ถือเป็นองค์ประกอบหลักสำคัญของนโยบายแห่งชาติด้านยาคือ บัญชียาหลักแห่งชาติซึ่งได้เริ่มมีการนำไปใช้ในปี พ.ศ. 2525 การจัดทำบัญชียาหลักแห่งชาติมีวัตถุประสงค์เพื่อให้สถานพยาบาลของรัฐมีการใช้ยาอย่างประหยัดและส่งเสริมการใช้ยาที่เหมาะสม อย่างไรก็ตาม การใช้บัญชียาหลักแห่งชาติเท่าที่ผ่านมายังจำกัดอยู่แต่ในภาครัฐเท่านั้น กลไกการควบคุมให้เกิดการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติที่สำคัญคือการกำหนดเนื้อหาในระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุให้สถานบริการสาธารณสุขในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข ต้องซื้อยาในบัญชียาหลักแห่งชาติด้วยเงินงบประมาณไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60 และสำหรับสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในสังกัดอื่นๆ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 นอกจากนี้ราคายาที่จัดซื้อจะต้องไม่เกินราคากลางที่รัฐกำหนด

การกำหนดให้มีการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติมีผลต่อการจำกัดการใช้ยาที่มีราคาแพงและไม่สมเหตุผล อย่างไรก็ตามโรงพยาบาลที่มีผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์จำนวนมากมีการให้บริการที่ซับซ้อน หรือมีการจัดการเรียนการสอนให้กับนักเรียนแพทย์ มักจะขอให้มีรายการยาที่มากกว่ากรอบรายการในบัญชียาหลักแห่งชาติ โรงพยาบาลเหล่านี้มักจะมีการขอ

อนุมัติซื้อยาที่ไม่มีปรากฏในบัญชียาหลักแห่งชาติด้วยเงินงบประมาณ ในบัญชียาหลักแห่งชาติฉบับแรกมีรายการยาตามชื่อสามัญเพียงประมาณ 400 รายการ การแก้ไขเพิ่มเติมทำให้บัญชียาหลักแห่งชาติมีจำนวนเพิ่มมากกว่าทุกฉบับที่ผ่านมา บัญชียาหลักแห่งชาติ ฉบับล่าสุดที่จัดทำในปี พ.ศ. 2542 จึงมีรายการยามากที่สุด[2] บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2542 ประกอบด้วยรายการยาสำหรับสถานบริการ และบัญชียาสาธารณสุขมูลฐาน สำหรับบัญชียาของสถานบริการมีการกำหนดให้มีบัญชีรายการยาจำเพาะอีกถึง 5 บัญชีย่อยเป็นครั้งแรก ประกอบด้วย บัญชี ก. ข. ค. ง. จ. สถานพยาบาลทุกแห่งสามารถใช้ยาในบัญชี ก. ซึ่งถือว่าเป็นรายการยาที่มีความจำเป็นสำหรับทุกระดับ รายการยาในบัญชี ข. จะมีการจำกัดการใช้ในสถานพยาบาลบางระดับ หรือจำกัดข้อบ่งใช้สำหรับอาการหรือโรคบางชนิดที่ใช้ยาในบัญชี ก. ไม่ได้ หรือไม่ได้ผล หรือเป็นยาที่ใช้แทนยาในบัญชี ก. ชั่วคราว เนื่องจากจัดซื้อยาในบัญชี ก. ไม่ได้ บัญชี ค. คือรายการยาที่ต้องใช้โดยผู้เชี่ยวชาญซึ่งได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการของสถานพยาบาลนั้นๆ บัญชี ง. คือ รายการยาที่อาจมีความจำเป็นต้องใช้สำหรับช่วยชีวิตผู้ป่วยบางราย แต่อาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย หรือก่อปัญหาเชื้อดื้อยาที่ร้ายแรง และ/หรือมีราคาแพงมาก การสั่งใช้ยาซึ่งต้องให้สมเหตุสมผลเกิดความคุ้มค่าสมประโยชน์จะต้องอาศัยการตรวจวินิจฉัยและพิจารณาโดยผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการฝึกอบรม และจะต้องมีระบบการกำกับประเมินและตรวจสอบการใช้ยา (Drug Utilization Evaluation) รายการยาในบัญชี จ. อนุญาตให้ใช้เฉพาะในโครงการพิเศษของกระทรวง ทบวง กรม โดยความเห็นชอบจากคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ

ในระยะแรกแม้ว่าการจัดทำบัญชียาหลักแห่งชาติจะมีผลบังคับในด้านของการจัดหายาในสถานบริการของรัฐ อย่างไรก็ตามในปี พ.ศ. 2541 คณะรัฐมนตรีได้เห็นชอบให้การเบิกจ่ายค่ายาสำหรับสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการต้องอยู่ในกรอบรายการยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ นับเป็นครั้งแรกที่บัญชียาหลักแห่งชาติมีผลควบคุมในขั้นตอนการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล นอกเหนือไปจากการควบคุมการจัดซื้อจัดหาเวชภัณฑ์

เนื่องจากมีการเพิ่มเติมรายการยาเป็นจำนวนมากในบัญชียาหลักแห่งชาติฉบับปัจจุบัน บัญชียาหลักแห่งชาติจึงได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่มุ่งหวังให้เป็นบัญชียาที่จำกัดเฉพาะยาที่จำเป็นจริงๆ เพื่อตอบสนองปัญหาสาธารณสุขของประเทศ มีการวิจารณ์ว่าการพิจารณารายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติไม่ควรจะเน้นที่การควบคุมต้นทุนค่าใช้จ่าย (cost-containment-based formulary decision) เป็นหลัก แต่ควรจะเน้นที่การพิจารณาต้นทุนและผลลัพธ์ในการรักษา (cost-outcome-based formulary decision) เป็นสำคัญ การใช้หลักการดังกล่าวอาจจะทำให้ได้รายการยาที่สมเหตุผลมากขึ้น การตัดสินเพิ่มเติมหรือยกเลิกรายการยาในบัญชียาควรที่จะใช้วิธีการประเมินผลยาทางเศรษฐศาสตร์ ซึ่งจะมีการประเมินถึงต้นทุนผลได้ ทั้งทางผลการรักษา และผลดีด้านอื่น เช่น การลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลในการรักษาผู้ป่วย เป็นต้น ดังนั้นควรจะมีระบบการประเมินผลทางเศรษฐศาสตร์สำหรับการคัดเลือกยา (PE-based formulary decisions) สำหรับรายการยาใหม่ที่จะรับเข้าในบัญชียาหลักแห่งชาติ หรือการตัดยาเก่าในบัญชีออกจากบัญชียา[3]

ตารางที่ 12.2 ยาชนิดต่าง ๆ ในแต่ละกลุ่มการรักษาจำแนกตามระดับความแตกต่างทางด้านราคา

กลุ่มการรักษาของยา (Therapeutic Class)	ชื่อยา ในแต่ละกลุ่มราคา		
	ราคาต่ำ	ราคาปานกลาง	ราคาสูง
Calcium Channel Blockers	Adalat CC Dilarcor XR Verapamil SR	Norvasc	Procardia XL Cardizem CD
ACE Inhibitors	Captopril (generic) Lisinopril (Zestril/Prinivil)	Other branded	Vasotec
HMG_CoA Reductase Inhibitors	Lescol Lipitor	Pravachol Zocor	Mevacor
H2 Anatagonist/ Proton Pump Inhibitors	Cimetidine (generic) Ranitidine (generic)	Prevacid	Axid, Pepcid, Zantac. Prilosec
NSAIDS	Naproxen (generic) Ibuprofen (generic)	Other multi-source	Cox II inhibitors (Cerebrex, Vioxx)
Anti-Depressants	Tricyclics (generic) Paxil	Zoloft	Prozac
Antibiotics	All generics (Erythomycin, TMP/SMZ, Amoxicillin, Doxycycline)	Zithromax	Biaxin Augmentin Ceftin

ตารางที่ 12.2 ได้แสดงให้เห็นถึงระดับความแตกต่างทางด้านราคาของยาที่มีผลการรักษาในกลุ่มเดียวกัน ยาที่มีราคาแพงอาจจะเพิ่มค่าใช้จ่ายของงบประมาณการรักษาพยาบาลโดยไม่เพิ่มประสิทธิภาพมากนัก หากไม่มีการกำหนดเกณฑ์ที่เข้มงวดในการเพิ่มรายการยาในบัญชี การตัดสินใจคัดเลือกรายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติจึงควรมีข้อมูลการประเมินผลทางเศรษฐศาสตร์ของยานั้นๆ เพื่อประกอบการตัดสินของคณะกรรมการและน่าจะช่วยทำให้ระบบยามีประสิทธิภาพดีขึ้น การประเมินผลยาทางเศรษฐศาสตร์สามารถดำเนินการได้ทั้งในระดับชาติ และในแต่ละสถานบริการ เนื่องจากปัจจุบันมีรายการยาเป็นจำนวนมากที่ได้ถูกเพิ่มเติมเข้ามาในบัญชีย่อยต่างๆ ควรจะนำการประเมินผลยาทางเศรษฐศาสตร์มาใช้ทบทวนรายการยาที่มีอยู่ การทบทวนรายการยาด้วยวิธีการประเมินผลดังกล่าวน่าจะทำให้สามารถเปรียบเทียบผลที่ได้กับรายการยาที่มีอยู่เดิม และสามารถนำรายการยาที่มีต้นทุนประสิทธิผลต่ำออกจากบัญชีรายการยา ทำให้เหลือจำนวนที่น้อยลงและมีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

12.2.1 ราคากลาง (Medium price)

ราคายาในประเทศไทยมีความแตกต่างกันมากซึ่งอาจจะเนื่องจากมีผู้ผลิตจำนวนมากรายทั้งที่เป็นผู้ผลิตยาต้นแบบ (original drug) และผู้ผลิตยาที่มีชื่อสามัญเดียวกัน (generic drug) และการตั้งราคาที่ต่างกันเมื่อขายให้แก่ผู้ซื้อคนละรายกัน ตัวอย่างเช่น ราคายา cimetidine 500 mg ชนิดเม็ด สามารถจัดซื้อโดยโรงพยาบาลของรัฐได้ในราคาที่แตกต่าง

กันตั้งแต่ 220 ถึง 6,000 บาท ต่อ 1,000 เม็ด[4] เพื่อที่จะให้โรงพยาบาลของรัฐซื้อยาได้ในราคาที่เหมาะสม กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดราคากลางของยาซึ่งเป็นราคาสูงสุดที่อนุญาตให้จัดซื้อได้ ราคากลางได้มาจากการคำนวณค่าประมาณของราคายาที่รวบรวมมาได้จากการจัดซื้อที่ผ่านมาของโรงพยาบาลต่างๆ มีข้อสังเกตว่าราคากลางมิได้คำนวณมาจากราคาต้นทุนของผู้ผลิต/นำเข้าซึ่งน่าจะเป็นวิธีการที่เหมาะสมกว่า ในขณะนี้หลายฝ่ายยังมีความคิดเห็นที่แตกต่างกันเกี่ยวกับวิธีการกำหนดราคากลางของยา[5]

สถานบริการของรัฐเริ่มใช้ราคากลางในการจัดซื้อยามาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2529 ได้มีการหยุดบังคับใช้ราคากลางช่วงหนึ่งในช่วงปี พ.ศ. 2541 โดยรัฐบาลอ้างเหตุผลว่าผลกระทบทางเศรษฐกิจทำให้ราคาของผลิตภัณฑ์ยาสำเร็จรูปและวัตถุดิบที่นำมาผลิตยามีราคาสูงขึ้นจนยากที่จะมีการกำหนดราคากลางของยา สิ่งที่น่าสังเกตจากข้อมูลผลการจัดซื้อยาในเรื่องของราคายาก็คือ แม้ว่าจะมีผลกระทบจากภาวะเศรษฐกิจ ราคายาที่โรงพยาบาลต่างๆ จัดซื้อได้กลับมีแนวโน้มต่ำลง โดยทั่วไปราคายาที่โรงพยาบาลต่างๆ แจ้งไปยังศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านยาของกระทรวงสาธารณสุขมีราคาต่ำกว่าราคากลางแทบทั้งสิ้นดังแสดงในตารางที่ 12.3[6]

ตารางที่ 12.3 ราคาต่ำสุดและสูงสุดของยาที่ได้จากรายงานการจัดซื้อรวมกันของจังหวัดต่าง ๆ ในระหว่างปี 2541–2543

ชื่อยา	ราคากลาง	ราคาต่ำสุด			ราคาสูงสุด		
		2541	2542	2543	2541	2542	2543
ยาฉีด							
D-5-N 1,000 ml.	25.5	25	20	15.9	32.5	29	26
Cefotaxime 1 gm. inj.	170	52	37.7	37.2	100	97	107
Metronidazole 0.5% inj. 100 ml.	105	37	26.3	21	60	50	40.7
ยาแขวนตะกอน							
Antacid+Simethicone 1,000 ml.	19.25	13.8	10.7	9	23	21	17
ยาเม็ด							
Enalapril 5 mg. Tab. 100's	505	100	117	45	330	185	110
Gemfibrozil 300 mg. Cap. 100's	740	150	119	119	250	235	170
Ibuprofen 200 mg. Tab. 1,000's	750	220	150	180	355	400	290
Ibuprofen 400 mg. Tab. 500's	800	184	167	165	400	319	380
Indomethacin 25 mg. Cap. 1,000's	300	188	180	155	280	253	219
Nifedipine 10 mg. Cap. 100's	300	165	161	150	440	320	214

ที่มา: กองโรงพยาบาลภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข จดหมายข่าวความก้าวหน้ามาตรการพัฒนาประสิทธิภาพระบบบริหารเวชภัณฑ์ ฉบับที่ 6 (เมษายน 2543)

นอกเหนือจากการใช้ราคากลางเป็นกลไกในการควบคุมกำกับราคาในการจัดซื้อยาแล้ว กระทรวงสาธารณสุขยังมีการเผยแพร่ข้อมูลราคายาที่โรงพยาบาลต่างๆ จัดซื้อได้ โดยเรียกว่าเป็นราคาอ้างอิง (reference price) ข้อมูลราคายาเหล่านี้เป็นข้อมูลที่เปิดเผยแก่สาธารณะโดยสามารถหาได้จากเวบไซต์ของกระทรวงสาธารณสุข ข้อมูลเหล่านี้ย่อมมีผลกระทบระดับ

หนึ่งต่อการตัดสินใจจัดซื้อยาของโรงพยาบาลต่างๆ เนื่องจากโรงพยาบาลอาจจะนำข้อมูลนี้ไปเปรียบเทียบในการซื้อยา

12.2.2 การรวมกลุ่มจัดหายา (Collective procurement system)

ผลจากรายงานการวิจัยหลายชิ้นชี้ให้เห็นว่าการจัดซื้อยาร่วมกันในระดับจังหวัดเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้เกิดการควบคุมค่าใช้จ่ายในการซื้อยาที่ได้ผล[7] กระบวนการที่จะทำให้บรรลุผลดีในการจัดซื้อยาประกอบด้วย การรวมกลุ่มต่อรองราคา การทำสัญญาจะซื้อจะขายโดยมีการประมาณการจำนวนที่จะซื้อภายในระยะเวลาที่กำหนดไว้ การร่วมกันซื้อยาบางรายการที่ส่วนกลาง เช่น วัคซีน และยาที่ต้องเก็บรักษาภายใต้การควบคุมอุณหภูมิ การรวมกลุ่มจัดซื้อจัดหายาถือได้ว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ระบบยามีประสิทธิภาพ หากมีการดำเนินการที่ถูกต้อง เพราะจะมีระบบการควบคุมคุณภาพยา และระบบการต่อรองร่วมกันจะทำให้ได้ยาที่มีราคาเหมาะสม การรวมกลุ่มจัดซื้อจัดหายาควรจะถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการปฏิรูประบบบริหารจัดการด้านยา

มีข้อควรพิจารณาว่าระบบการจัดซื้อยาร่วมกันนี้ควรคำนึงถึงคุณภาพของยาเป็นสำคัญ คณะกรรมการที่ร่วมกันดำเนินงานควรที่จะวางแผนในการตรวจสอบและให้หลักประกันว่ายาที่จัดซื้อร่วมกันนั้นมีคุณภาพมาตรฐาน[8] รายงานจากกลุ่มจัดซื้อยาร่วมกันในบางจังหวัดแสดงให้เห็นว่ามียาหลายรายการมีมาตรฐานต่ำกว่าที่กฎหมายกำหนดไว้ รายงานดังกล่าวสอดคล้องกับที่ผลการตรวจวิเคราะห์ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ รัฐจะต้องมีระบบการเฝ้าระวังด้านคุณภาพที่เข้มแข็งจริงจัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการควบคุมบังคับใช้กฎหมายที่เข้มงวดของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาจึงจะทำให้จำนวนรายการยาที่ไม่ได้มาตรฐานลดลง มาตรการทางหนึ่งที่กระทรวงสาธารณสุขอาจจะทำได้ก็คือการให้ข้อมูลอ้างอิงที่เกี่ยวกับคุณภาพยาแก่ผู้ซื้อ ลักษณะเช่นนี้มีการดำเนินการในบางประเทศ เช่น ในสหรัฐอเมริกามีการให้ข้อมูลผ่านเอกสารที่เรียกว่า Orange book[9] หากมีหลักประกันว่าคุณภาพยาที่สถานบริการสามารถจัดซื้อได้โดยทั่วไปมีมาตรฐาน ก็จะมีผลให้โรงพยาบาลลดค่าใช้จ่ายในการที่จะต้องมาเฝ้าระวังคุณภาพและมุ่งไปในเรื่องของการจัดซื้อภายใต้การแข่งขันทางด้านราคาเป็นสำคัญ

12.3 การพัฒนาเครื่องมือบริหารด้านยา

ความสำเร็จของการปฏิรูปสุขภาพขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เครื่องมือเชิงระบบเป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งในการนำเอาข้อกำหนดต่างๆ ของการปฏิรูปไปดำเนินการให้บรรลุผลด้วยเหตุที่การปฏิรูปเป็นการเปลี่ยนแปลงระบบ ฉะนั้น โครงสร้างและกระบวนการดำเนินการในระบบที่มีอยู่เดิมจึงจำเป็นต้องได้รับการปรับปรุงให้เหมาะสมกับรูปแบบใหม่ที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ อาจต้องมีการพัฒนาเครื่องมือชนิดใหม่ขึ้นเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของระบบที่จะเปลี่ยนแปลงไป

เนื่องจากกระแสการปฏิรูประบบสุขภาพในปัจจุบันดำเนินไปในทิศทางที่จะสร้างระบบประกันสุขภาพทั่วหน้า สิทธิประโยชน์ทางด้านยาและมาตรการการจ่ายค่ายาย่อมจะเป็นประเด็นนโยบายที่สำคัญประเด็นหนึ่ง คำถามเชิงนโยบายใหม่ๆ ที่ต้องได้รับการตัดสินใจ เช่น ยาประเภทใดหรือชนิดใดควรได้รับการครอบคลุมโดยระบบประกันสุขภาพ อัตราการจ่ายค่ายาควรมีการกำหนดหรือไม่ กำหนดในระดับใด จะจ่ายให้กับผู้ให้บริการรายใด จะจัดการระบบอย่างไรให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

ในหัวข้อนี้จะกล่าวถึงเครื่องมือนโยบายทางด้านยาที่มีความสำคัญในการสนับสนุนการดำเนินการปฏิรูประบบสุขภาพ 4 ชนิด คือ 1) บัญชีรายการยาที่ครอบคลุมในระบบประกันสุขภาพ 2) อัตราราคายาเบิกจ่าย 3) ระบบการประกันคุณภาพบริการเภสัชกรรม และ 4) ระบบสารสนเทศสำหรับการบริหารเภสัชกรรม เครื่องมือเหล่านี้จัดเป็นเครื่องมือพื้นฐานในการบริหารทางด้านยาภายใต้ระบบประกันสุขภาพ แต่ระดับความสำคัญของเครื่องมือแต่ละชนิดย่อมแตกต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นกับรายละเอียดของข้อกำหนดของการประกันสุขภาพในแต่ละแบบ

12.3.1 บัญชีรายการยา

ไม่ว่าระบบประกันสุขภาพจะใช้มาตรการใดในการจ่ายค่าบริการสุขภาพให้กับผู้ให้บริการก็ตาม ชนิดและราคาของยาที่เบิกจ่ายได้ภายใต้ระบบประกันย่อมกระทบต่อต้นทุนของบริการ การใช้วิธีการจ่ายค่าบริการแบบต่อรายการ ความจำเป็นที่จะต้องมีบัญชีรายการยาและอัตราเบิกจ่ายได้ย่อมมีความสำคัญมากต่อผู้จ่าย ซึ่งมักเป็นผู้ให้ประกัน หากใช้วิธีจ่ายเงินแบบต่อหัว ชนิดและราคาของยาก็เป็นปัจจัยนำเข้าที่สำคัญปัจจัยหนึ่งในการคำนวณต้นทุนของผู้ให้บริการ และในการคำนวณอัตราต่อหัวที่ผู้ให้ประกันจ่ายให้แก่ผู้ให้บริการ

ในขณะที่บัญชียาหลักแห่งชาติได้รับการพัฒนาขึ้นในระยะเริ่มแรกเพื่อวัตถุประสงค์ที่ใช้เป็นมาตรการในด้านการจัดซื้อยา บัญชีรายการยาที่กล่าวถึงในที่นี้มีวัตถุประสงค์สำหรับการเบิกจ่ายค่ายาภายใต้ระบบประกัน ด้วยเหตุนี้ บัญชีรายการยานี้จึงไม่ได้ทำหน้าที่ในลักษณะบัญชีเพดานที่จำกัดการจัดซื้อรายการในบัญชียา แต่อาจออกแบบให้เป็นเฉพาะบัญชีรายการยาที่เบิกได้ หรือเป็นบัญชีรายการยาที่เบิกไม่ได้ หรือบัญชีรายการยาที่เบิกได้บางส่วน หรืออาจมีบัญชีรายการยาหลายบัญชีโดยเป็นแบบผสมผสานหลายแบบดังกล่าวข้างต้นก็ได้

การเบิกจ่ายค่ายาอย่างไม่มีข้อจำกัดใดๆ เลย ย่อมทำให้ค่าใช้จ่ายทางด้านยาอยู่ในระดับสูง การบริหารระบบประกันสุขภาพที่ใช้มาตรการการจ่ายค่ายาแบบต่อรายการจึงต้องมีการกำหนดบัญชีรายการยาร่วมกับมาตรการอื่นเพื่อควบคุมค่าใช้จ่าย บัญชีรายการยาทำหน้าที่เป็นตัวควบคุมรายการยาที่อนุญาตให้เบิกจ่ายได้ อย่างไรก็ตาม การใช้บัญชีรายการยาเพียงอย่างเดียว เป็นมาตรการที่ยังไม่สมบูรณ์เพียงพอที่จะควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา จะต้องมีมาตรการอื่นร่วมด้วย

รายการยาใดควรได้รับการบรรจุในบัญชีรายการยานั้น ควรขึ้นกับเกณฑ์ที่ได้รับการกำหนดขึ้นก่อน ส่วนการจะใช้เกณฑ์ใดนั้น ย่อมขึ้นอยู่กับการใช้ดุลยพินิจเชิงคุณค่าโดยผู้ให้ประกันหรือผู้ซื้อบริการ ในทางปฏิบัติ ผู้ให้ประกันมักมอบหมายให้คณะผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้

คัดเลือกยาเข้าบัญชี

ระบบประกันสุขภาพในหลายประเทศใช้บัญชีรายการยาเป็นกลไกสำคัญในการควบคุม ตัวอย่างเช่น National Health Services ของอังกฤษ Medicare ของออสเตรเลีย กองทุนการเจ็บป่วยในเยอรมนี และ Health Maintenance Organizations ในสหรัฐอเมริกา ล้วนแต่มีการใช้บัญชีรายการยาเพื่อระบุว่ายาชนิดใดให้เบิกจ่ายในระบบประกันสุขภาพได้ ชนิดใดไม่ได้ สำหรับออสเตรเลียนั้น มีการแยกสิทธิประโยชน์ทางด้านยา (Pharmaceutical Benefits Scheme หรือ PBS) ออกมาเป็นรายการสิทธิประโยชน์ต่างหากจากรายการสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์[10]

การที่จะมีบัญชีรายการยาจำนวนกี่บัญชีก็ขึ้นกับการตัดสินใจทางนโยบายเช่นเดียวกัน โดยหลักการแล้วบัญชีรายการยาจะมีจำนวนหลายบัญชีก็ได้ตามวัตถุประสงค์ของผู้ให้ประกัน บัญชีรายการยาสามารถแบ่งได้เป็น 3 ประเภทหลักดังนี้

- บัญชีรายการยาที่เบิกได้เต็ม: เป็นบัญชีประเภทที่ผู้ให้ประกันอนุญาตให้เบิกค่ายาที่มีในบัญชีได้เต็ม โดยอาจมีการกำหนดอัตราราคาเพดานสำหรับการเบิกจ่ายค่ายาแต่ละชนิด ยาที่อยู่ในรายการประเภทนี้ มักเป็นยาที่ถือว่าจำเป็นและได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิผลคุ้มราคา
- บัญชีรายการยาที่เบิกได้บางส่วน: เป็นบัญชีที่อาจมียาประเภทที่เป็น second หรือ third line หรือถือว่าความคุ้มราคาเทียบกับประสิทธิผลของยาไม่สูงเท่ากับกลุ่มแรก อาจมีการกำหนดให้ผู้ป่วยที่ใช้ยาในบัญชีนี้ร่วมจ่ายค่ายาบางส่วน โดยผู้ให้ประกันอาจกำหนดร้อยละของราคาค่ายาที่อนุญาตให้เบิกได้ และผู้ป่วยรับผิดชอบในส่วนที่เหลือเอง หรือผู้ป่วยอาจซื้อประกันสุขภาพเสริมเพื่อให้ครอบคลุมค่ายาส่วนต่างก็ได้
- บัญชีรายการยาที่เบิกไม่ได้: ยาบางชนิดจัดว่ามีประสิทธิผลที่ยังไม่ได้รับการยอมรับโดยทั่วไป หรือมีความคุ้มค่าต่ำ หรือถือว่าไม่มีความจำเป็น ยาเหล่านี้อาจถูกจัดให้อยู่ในรายการที่ระบบประกันไม่เบิกจ่ายให้

ในกรณีที่มีการใช้บัญชีรายการยา 2 ประเภทแรก บัญชีประเภทที่ 3 อาจไม่มีความจำเป็น แต่อย่างไรก็ตาม บัญชีรายการยาที่เบิกไม่ได้อาจกำหนดขึ้นเพื่อใช้คู่ขนานไปกับบัญชี 2 ประเภทแรก โดยการระบุเป็นประเภทของยาที่จะไม่พิจารณาบรรจุในบัญชี 2 ประเภทแรกก็ได้ การพัฒนาบัญชีรายการยาและการปรับปรุงให้ทันสมัยเป็นกระบวนการที่ต้องทำต่อเนื่องอยู่เสมอ ควรต้องจัดให้มีระบบที่เป็นทางการเพื่อทำหน้าที่ทบทวนรายการยาในบัญชี อาจโดยการตั้งคณะผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ทำหน้าที่ในการคัดเลือกยาเข้าหรือออกจากบัญชีแต่ละประเภท กระบวนการตัดสินใจในการคัดเลือกควรทำให้โปร่งใส และตั้งอยู่บนเกณฑ์ที่สมเหตุสมผลซึ่งได้รับการกำหนดขึ้นก่อนการพิจารณายาแต่ละรายการ ในบางประเทศ เช่น ออสเตรเลีย และแคนาดา มีการกำหนดให้ผู้ผลิตยาจะต้องส่งการประเมินผลยาทางเศรษฐศาสตร์เป็นข้อมูลประกอบในการยื่นเสนอยาเพื่อพิจารณาบรรจุในบัญชีรายการยาที่เบิกได้จากระบบประกัน[11] [12]

12.3.2 อัตราราคายาเบิกจ่าย

การจำกัดเฉพาะรายการยาที่เบิกจ่ายได้เพียงอย่างเดียว เป็นมาตรการที่ไม่เพียงพอสำหรับการควบคุมค่าใช้จ่าย หากมีการจ่ายค่ายาแต่ละรายการตามราคาที่ตั้งเบิกโดยไม่มีข้อจำกัด ผลที่จะเกิดขึ้นก็คือค่าใช้จ่ายด้านยาที่สูง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หากตลาดมีปัจจัยต่างๆ ที่จำกัดการแข่งขันระหว่างผู้ผลิตและจำหน่ายยา เช่น การมีสิทธิบัตรยา หรือการที่ผู้สั่งใช้ยามีความกังวลเกี่ยวกับคุณภาพยา อาจเลือกสั่งใช้ยาต้นแบบซึ่งมีราคาแพงกว่า เป็นต้น

ราคากลางของยาซึ่งกำหนดโดยคณะกรรมการพิจารณากำหนดราคายา และราคายาอ้างอิงซึ่งจัดทำโดยกองโรงพยาบาลภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข เป็นราคาที่ใช้สำหรับการจัดซื้อยา แต่อัตราราคายาที่กล่าวถึงในที่นี้ เป็นอัตราที่กำหนดขึ้นสำหรับการเบิกจ่ายค่ายาที่ใช้ภายใต้ระบบประกันสุขภาพ

การกำหนดอัตราราคาเบิกจ่ายทำได้หลายวิธี ในออสเตรเลีย การบริหารสิทธิประโยชน์ทางด้านยา (PBS) ใช้นโยบายราคาต่ำสุด กล่าวคือ ผู้ให้ประกันจ่ายเฉพาะส่วนต่างของค่ายาระหว่างอัตราที่กำหนดในรายการราคายา ซึ่งมักเป็นราคาของบริษัทที่ขายราคาต่ำสุดกับส่วนร่วมจ่ายที่ผู้เอาประกันจ่ายเป็นค่ายา ในอังกฤษ ราคายาถูกกำหนดโดย Pharmaceutical Price Registration Scheme (PPRS) โดยคำนวณจากอัตราผลตอบแทนของบริษัทยา ในเยอรมนี อัตราราคายาที่เบิกจ่ายกำหนดสำหรับยาแต่ละกลุ่มตามประเภทของการรักษา โดยยาต่างชนิดกันในกลุ่มเดียวกันเบิกจ่ายในอัตราเดียวกัน ในฝรั่งเศส อัตราเบิกจ่ายกำหนดโดย Economic Committee โดยคำนวณจากประมาณการของปริมาณขาย ระดับของนวัตกรรมของยา เป็นต้น[13]

นอกเหนือจากการจ่ายค่ายาแล้ว ระบบประกันของประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่จ่ายค่าบริการวิชาชีพ หรือค่าจ่ายยาสำหรับบริการที่ให้โดยเภสัชกรด้วย[14]

12.3.3 ระบบประกันคุณภาพบริการเภสัชกรรม

โดยทั่วไป ประชาชนใช้บริการเภสัชกรรมจากช่องทางโรงพยาบาลและร้านยา บริการเภสัชกรรมภายในโรงพยาบาลอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกฎหมายสถานพยาบาล นอกจากนี้ กระบวนการประกันคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ทำหน้าที่ส่งเสริมการประกันคุณภาพบริการยาในโรงพยาบาลอีกด้วย

ส่วนบริการในร้านยา อยู่ภายใต้กฎหมายยา ถึงแม้ว่าตามกฎหมายร้านยาแผนปัจจุบันต้องมีเภสัชกรปฏิบัติการตลอดเวลาที่เปิดทำการ แต่ส่วนใหญ่กลับไม่ได้ดำเนินการตามข้อกำหนดดังกล่าว ในร้านยาเหล่านั้น การจ่ายยากระทำโดยบุคคลทั่วไปที่ไม่มีความรู้ทางด้านยาอย่างเพียงพอ การวิจัยจำนวนมากพบว่ามีพฤติกรรมการจ่ายยาที่ไม่เหมาะสมในร้านยา การบังคับใช้กฎหมายยาในปัจจุบันยังไม่ได้ผลเพียงพอที่จะประกันคุณภาพของบริการทางด้านยาในร้านยา[1,15,16] ฉะนั้น การประกันคุณภาพร้านยาจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการจัดระบบบริการภายใต้ระบบประกันสุขภาพ

การดำเนินการประกันคุณภาพร้านยาสามารถใช้ประสบการณ์ส่วนหนึ่งจากการประกันคุณภาพโรงพยาบาลซึ่งได้ดำเนินการเป็นรูปธรรมมาระยะหนึ่งแล้ว ข้อกำหนดทางคุณภาพ

เป็นองค์ประกอบสำคัญในการประกันคุณภาพร้านยา ข้อกำหนดทางคุณภาพควรต้องมีรายละเอียดที่ครอบคลุมอย่างน้อย 3 ด้านต่อไปนี้ 1) มาตรฐานการบริการเภสัชกรรมที่ดี ซึ่งรวมถึงการบริหาร การใช้ยาของผู้ป่วย และระเบียนประวัติการใช้ยา (patient drug use profile) 2) คุณสมบัติของบุคลากร 3) สภาพทางกายภาพของสถานที่ให้บริการและที่เก็บยา นอกจากนี้ ยังต้องมีข้อกำหนดที่เกี่ยวกับการประกันคุณภาพของบริการเมื่อมีการส่งต่อระหว่างสถานบริการต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกเครือข่ายผู้ให้บริการด้วย

อย่างไรก็ตาม การมีข้อกำหนดทางคุณภาพเพียงอย่างเดียวยังไม่เพียงพอที่จะประกันคุณภาพของบริการได้ จะต้องมีการพัฒนากลไกในการติดตามกระบวนการดำเนินงานประกันคุณภาพ รวมถึงการประเมินผลลัพธ์ด้วย[17]

12.3.4 สารสนเทศในการบริหารเภสัชกรรม

ระบบการติดตาม กำกับและประเมินการทำงานมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดำเนินการปฏิรูประบบสุขภาพ สารสนเทศเป็นกุญแจสำคัญในระบบนี้ การพัฒนาระบบสารสนเทศทางการบริหารต้องทำทั้งในส่วนของผู้ให้บริการและผู้ซื้อบริการ สำหรับทางด้านยานั้น ควรต้องมีการพัฒนาระบบจัดการสารสนเทศที่เกี่ยวกับการใช้ยา การจ่ายยา ราคา การจัดซื้อ คลังเวชภัณฑ์ เป็นต้น

โปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ใช้สนับสนุนการบริหารเภสัชกรรมในโรงพยาบาลที่มีใช้แพร่หลายในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในขณะนี้ ประกอบด้วย 2 โปรแกรมคือ

- โปรแกรมบริหารเวชภัณฑ์ ซึ่งเริ่มใช้งานเมื่อปี พ.ศ. 2533 สามารถจัดการสารสนเทศเกี่ยวกับการจัดซื้อและการบริหารคลังยา โดยทำสถิติทางด้านอัตราการเบิกยา ปริมาณยาคงคลัง วันหมดอายุ ราคาซื้อ อัตราและปริมาณซื้อ เป็นต้น
- โปรแกรมการจ่ายยา พัฒนาขึ้นในปี พ.ศ. 2539 เป็นโปรแกรมที่ใช้สำหรับงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลเช่นเดียวกัน สามารถใช้ทำสถิติเกี่ยวกับการจ่ายยา เช่น ชนิด ปริมาณ และราคายาที่จ่าย จึงนำมาใช้ในการประเมินการใช้ยา (drug utilization review) ได้ หากวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวร่วมกับข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย

โปรแกรมทั้งสองนี้ได้รับการพัฒนาขึ้นให้มีความยืดหยุ่นในการใช้งานสูง โรงพยาบาลแต่ละแห่งสามารถออกแบบ “รหัสใช้งาน” (working code) field ข้อมูล และลักษณะจำเพาะอื่นๆ สำหรับยาที่มีในโรงพยาบาลได้ จึงสามารถนำไปปรับใช้ได้อย่างกว้างขวาง แต่ทว่าความยืดหยุ่นดังกล่าวนี้ก็เป็นข้อจำกัดหลักอันหนึ่งของโปรแกรมเช่นกัน เนื่องจากโครงสร้างข้อมูลของโรงพยาบาลต่างๆ มีความแตกต่างกันได้มาก เช่น ชุดรหัสต่างกัน นิยามของ field ข้อมูลต่างกัน จึงทำให้การรวมข้อมูลและการเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลทำได้ยาก การพัฒนาเพื่อใช้ประโยชน์ในการจัดการทางด้านยาภายใต้ระบบประกันสุขภาพ จะต้องจัดการกับประเด็นในเรื่องของรหัสและความเข้ากันได้ของข้อมูลจากแหล่งต่างๆ ด้วย

นอกเหนือจากเครื่องมือทางการบริหารที่ได้กล่าวข้างต้นแล้ว จะต้องมีการพัฒนากระบวนการ ขั้นตอน ที่ช่วยให้สามารถจัดการกับข้อมูลต่างๆ และเอกสารการเบิกจ่ายอย่างมีประสิทธิภาพ ข้อมูลทั้งหลายต้องมีการป้อนเข้าสู่ระบบสารสนเทศในการบริหารได้อย่างถูก

ต้องและรวดเร็ว นอกจากนี้ องค์ประกอบของระบบยังควรต้องมีการออกแบบให้สามารถป้องกันการทุจริตได้อีกด้วย

12.4 ประเด็นที่ต้องคำนึงถึงในการพัฒนาเครื่องมือบริหารเภสัชกรรม

การพัฒนาและการนำเครื่องมือบริหารเภสัชกรรมไปใช้ในทางปฏิบัติไม่เพียงแต่ต้องใช้ทรัพยากร หากยังต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่ายด้วย ปัจจัย 3 ประการต่อไปนี้มีส่วนสำคัญในการกำหนดความสำเร็จของการนำเครื่องมือเหล่านี้ไปใช้ คือ การยอมรับ ความไม่ซับซ้อน และประสิทธิผลของเครื่องมือ

12.4.1 การยอมรับ

บัญชีรายการยา อัตราราคายาเบิกจ่าย และมาตรการที่เกี่ยวกับการจัดซื้อ ได้รับการพัฒนาขึ้นโดยมีจุดมุ่งหมายหลักในการควบคุมค่าใช้จ่ายทางด้านยา ในขณะที่การประกันคุณภาพบริการมีขึ้นด้วยวัตถุประสงค์เพื่อรักษาระดับคุณภาพของบริการทางด้านยา การใช้เครื่องมือทางการบริหารเหล่านี้ มีผลไปจำกัดพฤติกรรมของแพทย์ เภสัชกร และบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ความสำเร็จในทางปฏิบัติจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อผู้ที่เกี่ยวข้องเหล่านี้ให้ความร่วมมือในการดำเนินการ ฉะนั้น ในการพัฒนาบัญชีรายการยา การกำหนดราคายา และการกำหนดระเบียบปฏิบัติในการจัดซื้อจึงต้องดำเนินการโดยมีเกณฑ์ที่ใช้ในการตัดสินใจที่ชัดเจน มีขั้นตอนที่โปร่งใส และมีผู้ตัดสินใจซึ่งเป็นที่ยอมรับในด้านความเชี่ยวชาญและความเป็นกลาง เพื่อสร้างการยอมรับให้เกิดขึ้น

12.4.2 ความไม่ซับซ้อน

เครื่องมือที่ไม่ซับซ้อนไม่ยุ่งยากในการนำไปใช้จะได้รับการยอมรับจากผู้ใช้มากกว่าหากการใช้เครื่องมือมีความยุ่งยาก ผู้ใช้มักจะหลีกเลี่ยงที่จะนำไปใช้ ถึงแม้ว่าอาจจะยอมให้ความร่วมมือในระยะแรก แต่อาจจะไม่มีความยั่งยืนในระยะยาว

12.4.3 ประสิทธิผล

ถึงแม้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวกับการยอมรับและความไม่ซับซ้อนของเครื่องมือจะมีความสำคัญ แต่ปัจจัยหลักที่ต้องคำนึงถึงก็คือเครื่องมือดังกล่าวเป็นเครื่องมือที่ใช้ได้ผลจริงในการควบคุมค่าใช้จ่ายและการส่งเสริมคุณภาพหรือไม่ ในทางปฏิบัติ การที่มียาจำนวนมากรายการในบัญชีรายการยาย่อมมีโอกาสได้รับการยอมรับจากบุคลากรทางการแพทย์มากกว่า แต่ยิ่งมีรายการยาจำนวนมากในบัญชี ความสามารถของบัญชีรายการยาในการควบคุมค่าใช้จ่ายก็จะลดลง บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2542 เป็นตัวอย่างของบัญชีรายการยาที่ได้รับการยอมรับจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องมากกว่า แต่เกิดคำถามว่าจะสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาได้ผลจริงหรือไม่

12.5 สรุป

ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา ได้มีการนำเครื่องมือทางการบริหารเภสัชกรรมหลายชนิดมาใช้ในประเทศไทย โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อการควบคุมค่าใช้จ่ายและส่งเสริมการใช้ยาที่เหมาะสม เครื่องมือเหล่านี้มีบัญชียาหลักแห่งชาติ ราคากลาง และการจัดซื้อยาร่วม ในสถานการณ์ที่มีการปฏิรูประบบสุขภาพในปัจจุบัน เครื่องมือทางการบริหารเหล่านี้จะต้องได้รับการปรับใหม่เพื่อให้เหมาะสมกับระบบการเงินการคลังและการให้บริการสุขภาพแบบใหม่ เนื่องจากทิศทางของการปฏิรูปในปัจจุบันเป็นการปรับเปลี่ยนไปสู่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า บัญชีรายการยาที่ให้เบิกจ่ายได้ภายใต้ระบบประกัน อัตราค่ายาที่เบิกจ่าย การประกันคุณภาพบริการเภสัชกรรม และระบบสารสนเทศ จะเป็นเครื่องมือหลักสำหรับการบริหารเภสัชกรรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพและประสิทธิภาพภายใต้บริบทของระบบสุขภาพใหม่

12.6 เอกสารอ้างอิง

1. คณะทำงานเพื่อศึกษาวิเคราะห์ระบบยาของประเทศไทย สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. ระบบยาของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: 2537.
2. คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา. บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2542.
3. Kulsomboon V, Palumbo F, Mullins CD. Criteria to request pharmacoeconomic data and data source for hospital formulary decisions. Drug Information Journal 2001; 35: 231-240.
4. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (กองโรงพยาบาลภูมิภาค). การพัฒนาประสิทธิภาพระบบบริหารเวชภัณฑ์. มกราคม 2542.
5. ภูษิต ประคองสาย, ชมรมแพทย์ชนบท. ราคากลางของยา: ปัญหาและทางออก. วารสารโรงพยาบาลชุมชน 2543; 2 (4) ตุลาคม-พฤศจิกายน.
6. กองโรงพยาบาลภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. จดหมายข่าวความก้าวหน้ามาตรการพัฒนาประสิทธิภาพระบบบริหารเวชภัณฑ์ 2543; ฉบับที่ 6 เมษายน.
7. โปรดดูการทบทวนการศึกษาเกี่ยวกับผลของการจัดซื้อร่วมต่อราคายาใน Supakankunti S, Janjaroen WS, Tangphao A, Ratanawijitrasin S, Kraipornsak S, Pradithvanij P. Study of the implications of the TRIPs agreement for the pharmaceutical industry in Thailand. Bangkok, Thailand: WHO Collaborating Centre for Health Economics/Chulalongkorn University, Regional Office for South-East Asia/World Health Organization; 1999.
8. บุษกร อนุชาติวรกุล. ข้อเสนอแนะเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริหารเวชภัณฑ์ภายใต้นโยบายจัดซื้อรวม. 17 สิงหาคม 2543.

9. Knoben JE, Scott GR, Tonelli RJ. An overview of the FDA publication, approved drug products with therapeutic equivalence evaluations. Am J Hosp Pharm. 1990; 47: 2696-700.
10. เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์. การปฏิรูประบบสุขภาพ: ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ. กรุงเทพ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; พ.ศ. 2543.
11. Commonwealth Department of Human Services and Health. Guidelines for the pharmaceutical industry on preparation of submissions to the Pharmaceutical Benefits Advisory Committee. Canberra, Australia: Australian Government Publishing Service; 1995.
12. Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment. Guidelines for economic Eevaluation of pharmaceuticals: Canada. Ottawa, Ontario: Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment; 1994.
13. Pen CL. Drug pricing and reimbursement in France. Pharmacoeconomics 1996; 10 (Suppl 2): 26-36.
14. Spivey RN, Wertheimer AI, Rucker TD, editors. International pharmaceutical services: The drug industry and pharmacy practice in twenty-three major countries of the world. New York: Pharmaceutical Products Press; 1992..
15. สถิตพงศ์ ธนวิริยกุล, เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์, ยุพดี ศิริสินสุข, และวรรณา ศรีวิริยานุภาพ. การพัฒนาค่าบ่งชี้สภาพการใช้ยาในร้านยา. ไทยเภสัชสาร. 2539; 20(4): 247-259.
16. ดวงทิพย์ หงษ์สมุทร, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, พรพิมล ขัตตินานนท์. ปัญหาและแนวทางการพัฒนาการเฝ้าระวังสถานที่และผลิตภัณฑ์: กรณีศึกษาการแพร่ระบาดของยาเม็ดสเตียรอยด์. รายงาน. สถาบันวิจัยสาธารณสุข; พ.ศ. 2542.
17. เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์. เครือข่ายร้านยา-โรงพยาบาลในระบบบริการสาธารณสุขแบบครบวงจร. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข. 2541; 6(1): 25-34.

ภาค 5

การปฏิรูประบบสุขภาพ กับการประกันสุขภาพ

บทที่ 13 **วาระการปฏิรูปในประเทศไทย**
โดย วิพุธ พูลเจริญ, พ.บ., MPH.

บทที่ 14 **การปฏิรูประบบบริหารภาครัฐ และการปฏิรูปภาคราชการกับอนาคตของการพัฒนาการประกันสุขภาพของประเทศไทย: การปกครองตนเองและการกระจายอำนาจในการบริหารของโรงพยาบาล**
โดย สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, พ.บ., MPH.

บทที่ 15 **การปฏิรูปบริการสุขภาพระดับต้น**
โดย ปรีดา แต้อารักษ์, พ.บ.

บทที่ 16 **การดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า**
โดย อัมมาร สยามวาลา, Ph.D.

บทที่ 13

วาระการปฏิรูปในประเทศไทย

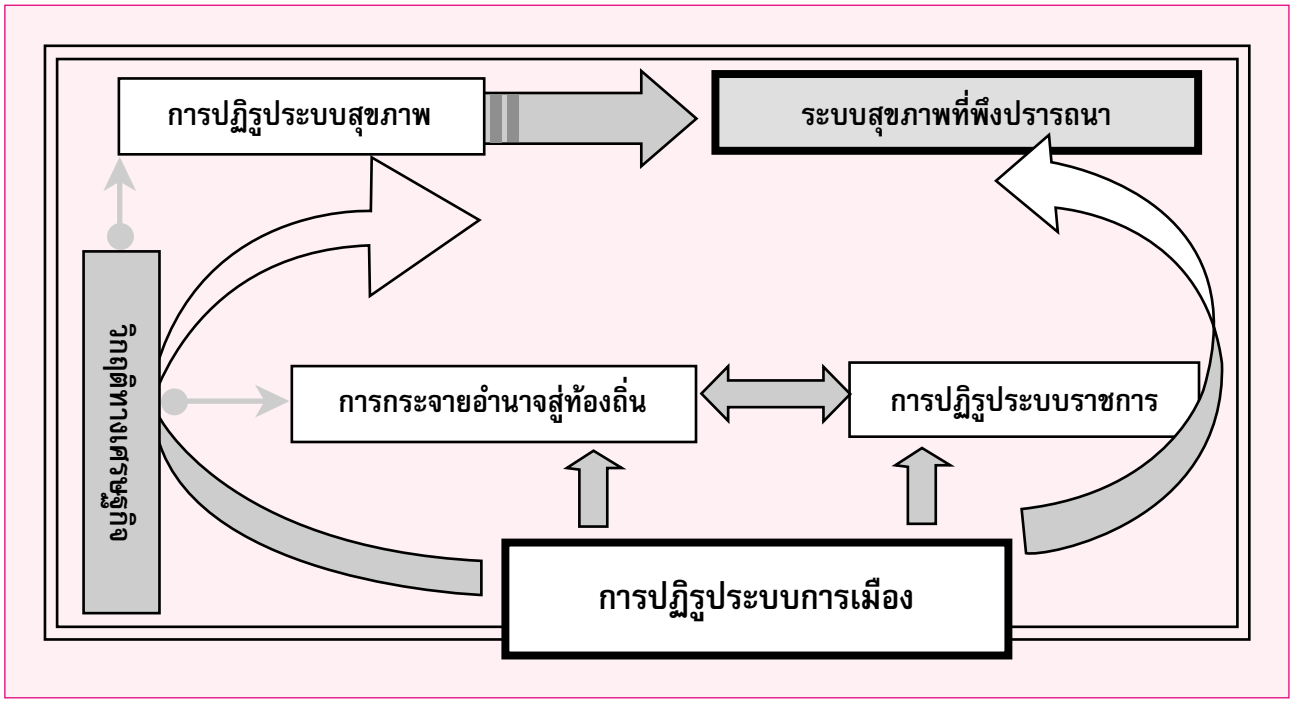
วิพุธ พูลเจริญ, พ.บ., MPH.
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ระบบสุขภาพในประเทศไทยมีการวิวัฒนาการปรับเปลี่ยนมาช้าๆ ในระยะเวลาหลายศตวรรษ และมีการเปลี่ยนแปลงเร็วยิ่งขึ้นเมื่อได้รับเอาวิทยาการแผนตะวันตกเข้ามาปรับเป็นวิธีคิดในช่วงระยะศตวรรษหลังนี้ โดยมีการปฏิรูป เกิดการเปลี่ยนแปลงที่มีอัตราเร่งอย่างรวดเร็วขึ้นเมื่อมีการนำรูปแบบการจัดบริการการแพทย์ และสาธารณสุขแผนตะวันตกเข้ามาในประเทศ รัฐเริ่มเข้าไปเป็นผู้รับผิดชอบต่อระบบสุขภาพของผู้คนในประเทศกว้างขวางซับซ้อนขึ้นเรื่อยๆ สืบเนื่องจากความเชื่อว่าประชาชนทั่วไป ชุมชนและท้องถิ่นยังด้อยสมรรถนะที่จะจัดการกับระบบสุขภาพ มีฐานคติมาจากเทคโนโลยีชีวภาพที่ได้รับมาจากตะวันตก ดังนั้นถึงแม้จะมีการรับแนวอุดมการณ์ **"สุขภาพดีถ้วนหน้า (Health for All)"** ซึ่งชูนำโดยองค์การอนามัยโลกเข้ามาเป็นยุทธศาสตร์สำคัญสำหรับการพัฒนางานสาธารณสุขในสองทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยก็ยังปรับใช้กรอบแนวคิดดังกล่าวเป็นเพียงแนวทางดำเนินงานที่ให้หน่วยงานรัฐเป็นผู้ชี้นำ ผู้วางแผน เพื่อควบคุมให้ประชาชนในชุมชนต่างๆ เข้ามาร่วมอาสาสมัครรับภารกิจและกิจกรรมที่ประยุกต์มาจากฐานคติทัศนะสุขภาพและบริการสุขภาพอันเป็นสากล ใช้เครื่องชี้วัดเช่น ความจำเป็นพื้นฐาน หรือความครอบคลุมของตัวชี้วัดสาธารณสุขมูลฐาน เป็นกลไกการควบคุมและประเมินผลเพื่อคุมทิศทางให้ชุมชนหลากหลายในประเทศได้ช่วยกันลดช่องว่างของสถานะสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพลง

การเปลี่ยนแปลงกลไก การจัดองค์กรรัฐ และประชาคม ตลอดจนกรอบกฎเกณฑ์ของสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง เกิดขึ้นและขยายตัวอย่างกว้างขวางในสังคมไทยปัจจุบัน การปรับเปลี่ยนในระดับปฏิรูปของระบบต่างๆ เหล่านี้ส่งผลกระทบอย่างกว้างขวางต่อสังคม ความเป็นอยู่และวิถีชีวิตของคนไทยทุกหมู่เหล่า ระบบสุขภาพซึ่งเป็นกลไกที่แนบแน่นอยู่กับกลไกสังคมเศรษฐกิจ และการเมืองของประเทศจึงได้รับอิทธิพลจากการเปลี่ยนแปลงของเงื่อนไขทางเศรษฐกิจและสังคมการเมืองโดยไม่อาจหลีกเลี่ยงได้

การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมทางสังคมและการเมืองเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการกำหนดกระบวนทัศน์ใหม่ของระบบสุขภาพในประเทศไทยหลายแง่มุม อีกทั้งยังเป็นเครื่องกำหนดให้มีการสร้างกลไกใหม่ของรัฐและประชาคมในอนาคตสำหรับประกอบกันเข้าเป็นระบบสุขภาพในมิติใหม่ตั้งแต่ระดับชาติ ภูมิภาค ท้องถิ่น ชุมชน ครอบครัว และปัจเจกชน ดังนั้นการทำ

ภาพที่ 13.1 วาระการปฏิรูปในประเทศไทย



ความเข้าใจกับวาระการปฏิรูปในประเทศไทยในระยะเปลี่ยนผ่านนี้อย่างกระจ่างชัด จะช่วยให้การสร้างกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพไทยเป็นไปอย่างสอดคล้องกลมกลืนกับกลไกอื่นๆ ของรัฐซึ่งกำลังปรับเปลี่ยนอยู่

13.1 การปฏิรูปการเมือง

การเปลี่ยนแปลงการปกครองใน พ.ศ. 2475 เป็นการปฏิรูปการเมืองที่เห็นได้อย่างชัดแจ้งในศตวรรษนี้ โดยเปลี่ยนจากระบบสมบูรณาญาสิทธิราชมาเป็นการปกครองในระบอบประชาธิปไตยแบบรัฐสภา แต่ก็มีการปฏิวัติรัฐประหารแย่งชิงอำนาจทางการเมืองตลอดจนการต่อสู้เพื่อประชาธิปไตยของประชาชนอยู่เป็นระยะๆ ทำให้การพัฒนาประชาธิปไตยในประเทศไทยเป็นไปอย่างเชื่องช้าและสับสน ต่อมาใน พ.ศ. 2537 มีกลุ่มแกนนำองค์กรประชาธิปไตยส่วนหนึ่งเห็นว่าการที่จะมีระบอบประชาธิปไตยที่ดีกว่าเดิม จำต้องมีการทบทวนโครงสร้างระบบการปกครองเสียใหม่ จึงได้มีการผลักดันให้มีการปฏิรูปการเมืองในอีกแนวหนึ่งขึ้น โดยเรียกร้องให้รัฐสภาปฏิรูปการเมืองโดยการจัดทำรัฐธรรมนูญใหม่ขึ้น รัฐสภาในขณะนั้นจึงแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาประชาธิปไตยขึ้นทำหน้าที่ศึกษาแนวทางในการจัดทำร่างรัฐธรรมนูญ โดย นพ.ประเวศ วะสีเป็นประธานกรรมการ ปรากฏการณ์ดังกล่าวเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการริเริ่มการร่างรัฐธรรมนูญอย่างแท้จริง ซึ่งเปลี่ยนไปจากกลไกเดิมซึ่งให้ตัวแทนของประชาชนในรัฐสภาเป็นผู้ดำเนินการ กระบวนการดังกล่าวได้ดำเนินการแล้วเสร็จและประกาศเป็นรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540[1] ได้แสดงมิติใหม่ของของระบบการเมืองก่อกำเนิดเป็นรัฐธรรมนูญฉบับแรกที่มีปวงชนชาวไทยเข้ามีส่วนร่วมในการจัดร่างรัฐธรรมนูญอย่างกว้างขวาง เปิดโอกาสให้ประชาคมไทยหลาก

หลายกลุ่มได้เข้าร่วมระดมสติปัญญาและความคิด เพื่อกำหนดทิศทางของรัฐธรรมนูญให้เป็นกฎหมายหลักแห่งชาติที่มีเสถียรภาพและประสิทธิภาพ

13.1.1 รัฐธรรมนูญกับสุขภาพ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ได้แสดงหลักเจตนารมณ์ที่เกี่ยวพันกับสุขภาพของประชาชนไว้อย่างชัดเจน โดยได้กำหนดกรอบความสัมพันธ์ระหว่างรัฐและประชาชนขึ้นใหม่ ให้ความสำคัญในประเด็นหลัก 2 ประการ[2] คือ

ประเด็นที่ 1 แนวคิดและหลักการด้านบริการสุขภาพที่รัฐต้องจัดให้ เนื่องจากรัฐธรรมนูญได้เปลี่ยนรัฐไทยจาก **นิติรัฐ** ซึ่งให้ความสำคัญกับกฎหมายเป็นหลัก ใช้กฎหมายในการควบคุมประชาชนและสัมพันธภาพระหว่างกลุ่มต่างๆ มาเป็น **นิติสังคมรัฐ** ซึ่งใช้กฎหมายเพื่อมุ่งให้รัฐจัดสวัสดิการด้านสุขภาพกับประชาชนทุกคนให้มีโอกาสเท่าเทียมกัน

ประเด็นที่ 2 เครื่องมือที่ประชาชนใช้เพื่อการเข้าถึงบริการ การรับรู้ และในการร่วมตรวจสอบกิจการที่กระทบต่อสุขภาพนอกเหนือจากบริการสาธารณสุข เช่น สิ่งแวดล้อม คุณภาพชีวิต การคุ้มครองผู้บริโภคเป็นต้น เนื่องจากรัฐธรรมนูญได้เปิดช่องทางให้ประชาชนและกลุ่มประชาคมต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการปกครองดูแลองค์กรและกลไกต่างๆ ของรัฐก่อให้เกิดความโปร่งใส เสมือนเป็นกิจการของประชาชนอย่างแท้จริง

รัฐธรรมนูญได้แสดงเจตนารมณ์เกี่ยวกับสุขภาพ 3 ประเด็น คือ

(1) สุขภาพที่เท่าเทียมกัน

กระบวนทัศน์ทางสุขภาพที่สะท้อนจากรัฐธรรมนูญ แสดงกรอบกำกับให้รัฐเป็นแกนนำในการต่อสู้กับความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพในสังคม ให้ความสำคัญกับสิทธิมนุษยชน โดยส่งเสริมให้ทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกันที่จะมีชีวิตอยู่อย่างมีสุขภาพ ดังนั้นในหมวด 3 ว่าด้วยสิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทยจึงมีเนื้อหาที่ผิดแผกแตกต่างไปจากรัฐธรรมนูญไทยฉบับอื่นที่เคยมีมาซึ่งมักมุ่งที่การระบุสิทธิและเสรีภาพทางการเมืองและการปกครองของประชาชนเป็นหลัก แต่ภายใต้รัฐธรรมนูญฉบับนี้ได้ปรับแนวคิดในประเด็นคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชนไทยให้กลับกลายเป็นฐานคติสำคัญ รวมทั้งการมอบอำนาจและหน้าที่คืนกลับให้แก่ชุมชนและท้องถิ่นเพื่อให้อำนาจในการจัดทรัพยากรให้สนองตอบต่อสิทธิขั้นพื้นฐานดังกล่าวด้วย

หากใช้นิยามของสุขภาพในมิติใหม่[3] มาเป็นกรอบการวิเคราะห์แนวนโยบายของรัฐไทยจะเห็นได้ชัดเจนว่ารัฐธรรมนูญไทยได้ให้ความสำคัญในการให้สิทธิแก่ประชาชนชาวไทยเท่าเทียมกันทางสุขภาพ โดยกล่าวไว้ในหลายมาตรา ได้แก่

มาตรา 53 กำหนดให้รัฐคุ้มครองเด็ก เยาวชน และบุคคลในครอบครัวจากปัญหาความรุนแรงและการปฏิบัติอันไม่เป็นธรรม โดยเน้นเฉพาะเด็กและเยาวชนที่ขาดผู้ดูแลจะต้องได้รับการเลี้ยงดูและอบรมจากรัฐ

มาตรา 54 กำหนดให้รัฐปกป้องสุขภาพของบุคคลที่มีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ

มาตรา 55 กำหนดให้รัฐอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ และให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลซึ่งพิการหรือทุพพลภาพ

มาตรา 56 กำหนดให้รัฐและชุมชนจัดการกับสิ่งแวดล้อมเพื่อคุ้มครองไม่ให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพอนามัย สวัสดิภาพ หรือคุณภาพชีวิตของคน การดำเนินกิจกรรมที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อมจำต้องมีการศึกษาและประเมินผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อมเสียก่อน

มาตรา 57 กำหนดให้ความคุ้มครองต่อผู้บริโภค โดยให้มีองค์กรอิสระซึ่งประกอบด้วยตัวแทนผู้บริโภคทำหน้าที่กำหนดมาตรการในการคุ้มครองผู้บริโภค

มาตรา 59 กำหนดให้บุคคลมีสิทธิที่ได้รับทราบข้อมูล คำชี้แจง และเหตุผลจากหน่วยงานของรัฐในการดำเนินกิจกรรมที่อาจมีผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อม สุขภาพอนามัย คุณภาพชีวิตของตนเองและชุมชนท้องถิ่น

สิทธิของประชาชนไทยที่กำหนดเอาไว้ในหมวดนี้ของรัฐธรรมนูญเป็นเครื่องกำกับกลไกรัฐทั้งปวงอันได้แก่ รัฐสภา คณะรัฐมนตรี ศาล และองค์กรอื่นของรัฐ ให้จัดการคุ้มครองสิทธิของประชาชนว่าด้วยสุขภาพและคุณภาพชีวิตด้วยการตรากฎหมาย บังคับการใช้กฎหมาย รวมทั้งการใช้อำนาจขององค์กรรัฐทั้งปวง

(2) บทบาทของรัฐ

ภารกิจสำคัญของรัฐในการจัดบริการทางสุขภาพแก่ประชาชนถูกกำหนดขึ้นหลายประการในหมวด 5 ว่าด้วยแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ โดยมีเจตนารมณ์ที่จะให้รัฐทำหน้าที่ปกป้องสุขภาพของประชาชนโดยให้ความสำคัญกับบริการสาธารณสุข และสิ่งแวดล้อมอย่างเด่นชัด โดยได้บัญญัติมาตราที่ 82 เพื่อมุ่งหมายให้รัฐจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง ประการที่สำคัญที่สุดก็คือการระบุเรื่องสิทธิเสรีภาพของพลเมืองในมาตราที่ 52 ได้ชี้ชัดถึงความเสมอภาคในสิทธิของบุคคลที่จะได้รับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน ทั้งยังแสดงเจตนารมณ์ความเป็นธรรมในด้านสุขภาพต่อไปอีก เมื่อเน้นชัดว่าผู้ยากไร้มีสิทธิรับการรักษาพยาบาลจากบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามกฎหมายบัญญัติ ทั้งยังขยายความที่จะให้กระจายบริการสาธารณสุขของรัฐให้ทั่วถึงโดยให้กลไกการปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามีส่วนร่วมเท่าที่จะทำได้

(2.1) บริการสุขภาพ

รัฐธรรมนูญวางกรอบทัศนะการบริการสุขภาพเป็นบทบาทพื้นฐานของรัฐไว้ 7 แนวคิดด้วยกัน ได้แก่

(2.1.1) การสาธารณสุขถูกมองในรูปของการ**บริการ** จึงถูกกำกับด้วยมาตราที่ 70 ซึ่งกำหนดพันธกิจให้พนักงานของรัฐ และข้าราชการเป็นผู้อำนวยความสะดวกและให้บริการแก่ประชาชน

(2.1.2) การสาธารณสุขที่จะให้บริการแก่ประชาชนต้องมี**มาตรฐาน** ตามมาตราที่ 82 และ 52 ดังนั้นจึงเป็นการคุมมิให้มีบริการที่ด้อยมาตรฐาน หรือบริการที่มีหลายมาตรฐานก่อให้เกิดเงื่อนไขการเลือกปฏิบัติต่อประชาชน ซึ่งมาตรฐานดังกล่าว

จะครอบคลุมคุณภาพ ราคา เวลา และคุณค่าของบริการ

(2.1.3) บริการทางสาธารณสุขจำต้องแสดงให้เห็นถึง**ความเท่าเทียม**กันในหมู่ประชาชน เพราะมาตราที่ 30 คุ้มครองมิให้มีการเลือกปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรมต่อบุคคลเพราะเหตุของความแตกต่างทั้งในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ สภาพทางกาย หรือสุขภาพ สถานะบุคคล ฐานะเศรษฐกิจ ความเชื่อทางศาสนาและการเมือง นอกจากนั้นมาตราที่ 53 ได้มุ่งเน้นที่จะให้ขจัดอุปสรรคที่บุคคลด้อยโอกาสในสังคมไทยจะเข้าถึงบริการทางสาธารณสุข โดยครอบคลุมเด็กเยาวชนซึ่งไม่มีผู้ดูแล บุคคลที่มีอายุ 60 ปีที่ไม่มีรายได้เพียงพอต่อการยังชีพและบุคคลทุพลภาพ แสดงให้เห็นถึงเจตนารมณ์ที่จะให้ทุกคนมีโอกาสที่เท่าเทียมกันอย่างแจ่มชัด

(2.1.4) บริการสาธารณสุขจะต้องมี**ประสิทธิภาพ**ดังได้เน้นเอาไว้ในมาตราที่ 82 และ 52 ซึ่งจะครอบคลุมประสิทธิภาพในหน่วยงานของรัฐที่จะจัดบริการที่มีคุณภาพ ในราคาที่เป็นธรรมแก่ประชาชน

(2.1.5) บริการสาธารณสุขจะต้องเป็นหน่วยงานที่ประชาชนสามารถ**เข้าถึงได้**อย่างทั่วถึงกัน แสดงให้เห็นว่ารัฐจะต้องผลิตบุคลากร และจัดสถานบริการให้มีการกระจายตัวทั้งในเชิงภูมิศาสตร์ ครอบคลุมกลุ่มคนในทุกระดับทางสังคมและเศรษฐกิจ

(2.1.6) บริการสาธารณสุขจำต้องได้รับ**การตรวจสอบ**จากประชาชนได้ ดังนั้นการสร้างเครื่องมือสำหรับประชาชนให้สามารถทำการตรวจสอบการทำงานของผู้ให้บริการสาธารณสุขตามรัฐธรรมนูญมาตราที่ 70 จึงเป็นเรื่องใหม่ที่จำเป็นต้องเร่งพัฒนาขึ้น

(2.1.7) บริการสาธารณสุขต้องมี**ส่วนร่วมจากประชาชน** โดยได้กำหนดไว้ในมาตราที่ 52 ให้องค์กรปกครองท้องถิ่น และตัวประชาชนเองเข้ามีส่วนร่วมในการจัดบริการ นอกจากนั้นในมาตราที่ 56 ยังได้ระบุว่าโครงการใดที่มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม สุขภาพอนามัย การดำรงชีพที่เป็นปกติ และต่อเนื่องถึงประชาชนจะต้องได้รับการประเมินโดยองค์กรอิสระที่มีผู้แทนจากนักวิชาการและชุมชน อีกทั้งมาตราที่ 57 ยังเป็นมาตรการในการคุ้มครองผู้บริโภคที่สำคัญในการปกป้องสุขภาพอนามัย

(2.2) นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy)

สำหรับบทบาทของรัฐนอกเหนือไปจากการจัดบริการสุขภาพยังได้กำหนดในด้านการป้องกันโรคที่อันตราย ตามมาตราที่ 52 กำหนดให้เป็นภาระหน้าที่ของรัฐที่จะต้องดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออันตรายให้รวดเร็วทันต่อเหตุการณ์โดยไม่คิดมูลค่า คำว่าโรคติดต่ออันตรายในรัฐธรรมนูญฉบับนี้อาจกล่าวได้ว่ายังท้าทายให้นักการสาธารณสุข และประชาคมต่างๆ ร่วมกันกำหนดนิยามให้ชัดเจนเนื่องจากบริบทของโรคติดต่ออันตรายในปัจจุบันอาจมีเนื้อหากว้างขวางกว่าโรคติดเชื้อในอดีต โดยอาจมีแนวคิดครอบคลุมโรคไม่ติดเชื้อที่แพร่ระบาดรุนแรงและกว้างขวาง หรือภัยจากสารพิษและเทคโนโลยีสมัยใหม่ที่ก่อให้เกิดความบาดเจ็บล้มตายของประชาชน เป็นต้น ในส่วนของแนวคิดการสร้างดุลยภาพของ

สิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อสุขภาพของประชาชน ได้กำหนดไว้ในมาตรา 79 ให้เป็นหน้าที่ของรัฐในการส่งเสริมประชาชนให้มีส่วนร่วมในการสงวน บำรุงรักษา และใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติและความหลากหลายทางชีวภาพอย่างสมดุล รวมทั้งให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการคุ้มครองคุณภาพสิ่งแวดล้อม ควบคุมและกำจัดภาวะมลพิษที่มีผลต่อสุขภาพอนามัย สวัสดิภาพ และคุณภาพชีวิตของประชาชน

การกำหนดแนวนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy) ในรัฐธรรมนูญนั้น นอกเหนือจากกรณีกำหนดบทบาทของรัฐต่อสิ่งแวดล้อมดังกล่าวแล้วยังให้ความสำคัญกับการพัฒนาเด็กและเยาวชน ความเข้มแข็งเป็นปึกแผ่นของครอบครัวและชุมชน ความเท่าเทียมเสมอภาคกันของหญิงและชาย ตลอดจนการสงเคราะห์คนชรา ผู้ยากไร้ ผู้พิการ หรือทุพพลภาพ และผู้ด้อยโอกาสให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้ ซึ่งครอบคลุมโดยมาตรา 80 การกำหนดให้รัฐส่งเสริมให้ประชากรวัยแรงงานให้มีงานทำ ได้รับค่าตอบแทนอย่างเป็นธรรม และให้การคุ้มครองแรงงานโดยเฉพาะมุ่งเน้นในกลุ่มแรงงานเด็กและแรงงานหญิง ตามมาตราที่ 86 ตลอดจนการจัดระบบแรงงานสัมพันธ์และการประกันสังคม จะเป็นเครื่องมือสำคัญทางกฎหมายที่เอื้อให้เกิดสถานประกอบการสร้างเสริมสุขภาพขึ้นในประเทศไทยอย่างทั่วถึง

ผลจากการกำหนดแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐขึ้นนี้ได้ก่อผลบังคับให้ **"คณะรัฐมนตรีทุกชุดที่จะเข้ารับภารกิจบริหารราชการแผ่นดินจำต้องชี้แจงต่อรัฐสภาให้ชัดแจ้งว่าจะดำเนินการใดเพื่อบริหารภารกิจให้เป็นไปตามแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐที่ได้บัญญัติไว้ ตลอดจนจะต้องจัดทำรายงานแสดงผลการดำเนินการรวมทั้งปัญหาและอุปสรรคเสนอต่อรัฐสภาปีละหนึ่งครั้ง"** อย่างไรก็ตาม อุปสรรคสำคัญที่ยังคงต้องปรับแก้ก็คือ กลไกของรัฐที่มีอยู่ซึ่งรวมทั้งสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติที่ได้กำหนดให้จัดตั้งขึ้นตามรัฐธรรมนูญยังไม่เป็นกลไกและองค์กรที่มีสมรรถนะและศักยภาพพอเพียงที่จะนำเสนอภาพรวมและญาณทัศนะ (Insight) เพื่อให้คณะรัฐมนตรีตลอดจนรัฐสภาได้มองเห็นและตระหนักคิดถึงความเชื่อมโยงและความสลับซับซ้อนของระบบสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนตามที่ได้ระบุไว้ในรัฐธรรมนูญฉบับนี้ได้

แนวคิดการจัดตั้ง "สภาสุขภาพแห่งชาติ" จึงได้ถูกเสนอขึ้นเพื่อช่วยกลไกรัฐสร้างความชัดเจนเกี่ยวกับภาวะสุขภาพประชาชาติ ตลอดจนติดตามประเมินผลการดำเนินการและผลกระทบจากกระบวนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมทั้งปวงต่อสุขภาพประชาชาติไทย อันจะเป็นเครื่องมือสำคัญในการกำหนดนโยบายสาธารณะที่มีทิศทางเหมาะสมได้[4]

(3) บทบาทด้านสุขภาพกับท้องถิ่น

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ให้ความสำคัญกับการกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นพึ่งตนเองและตัดสินใจในกิจการท้องถิ่นได้เอง โดยมีมาตราต่างๆ ในหมวดที่ 9 ทั้งหมวดเป็นกรอบแสดงเจตนารมณ์ของการปกครองส่วนท้องถิ่นที่กำหนดให้รัฐให้ความเป็นอิสระแก่ท้องถิ่นตามหลักแห่งการปกครองตนเองของประชาชนในท้องถิ่น ทั้งยังกำหนดกลไกไว้ในมาตรา 284 กำกับให้มีกฎหมายกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ ซึ่ง

ครอบคลุมสาระสำคัญ ได้แก่

(3.1) กำหนดอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบบริการสาธารณะระหว่างรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเอง

(3.2) จัดสรรสัดส่วนภาษีและอากรระหว่างรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยให้คำนึงถึงภาระหน้าที่ของรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเอง

(3.3) จัดให้มีคณะกรรมการขึ้นคณะหนึ่งทำหน้าที่ในสาระสำคัญของข้อ 1) และ 2)

บทบาทหน้าที่ขององค์กรปกครองท้องถิ่น ซึ่งกำหนดเอาไว้ในมาตรา 289 และ 290 ครอบคลุมหน้าที่บำรุงรักษาศิลปะ จารีตประเพณี ภูมิปัญญาท้องถิ่นและวัฒนธรรมอันดีของท้องถิ่น ทั้งยังมีอำนาจหน้าที่ในการส่งเสริมรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะในกรณีที่มีการริเริ่มโครงการที่มีผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อมหรือสุขภาพอนามัยของประชาชนในพื้นที่ ไม่ว่าโครงการดังกล่าวจะอยู่ในพื้นที่หรือนอกพื้นที่ องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นมีอำนาจหน้าที่ที่จะเข้าไปร่วมพิจารณาด้วย

นอกเหนือไปจากการกระจายอำนาจออกไปสู่องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น รัฐธรรมนูญยังได้กำหนดให้รัฐส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดนโยบาย การตัดสินใจทางการเมือง การพัฒนาทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง ตลอดจนการตรวจสอบการใช้อำนาจในทุกระดับ ดังมาตรา 76 ด้วย กรอบแนวคิดในประเด็นนี้แสดงให้เห็นว่า เจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญมิได้ประสงค์เพียงแค่การกระจายอำนาจการตัดสินใจและการบริหารของรัฐบาลให้ไปสิ้นสุดเพียงแค่รัฐบาลท้องถิ่นเท่านั้น แต่ยังต้องการให้ประชาชนในท้องถิ่นเข้ามีส่วนร่วมในการบริหารนโยบายสาธารณะ ซึ่งเชื่อมโยงไปถึงบริการสาธารณะที่เกี่ยวพันกับสุขภาพในที่สุด

สำหรับการจัดบริการสุขภาพนั้น จะเห็นได้ว่า มาตรา 52 ย่อหน้าที่ 2 ได้ระบุให้การบริการทางสาธารณสุขของรัฐเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และได้กำหนดกลวิธีเอาไว้ด้วยคือให้ดำเนินการโดยส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะกระทำได้ นัยของกลวิธีนี้แสดงความเชื่อว่าการให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนเข้ามาร่วมดำเนินการจะช่วยให้การบริการครอบคลุมได้ทุกกลุ่มชน ตลอดจนช่วยให้เกิดความคุ้มทุนต่อหน่วยจัดบริการ ซึ่งเป็นแนวคิดกึ่งเสรีนิยมที่ไม่ต้องการให้มีการผูกขาดโดยภาครัฐอันจะทำให้กลไกขาดประสิทธิภาพได้ แนวคิดระบบเศรษฐกิจแบบเสรีนิยมที่อาศัยกลไกการตลาดสร้างการแข่งขันที่เป็นธรรม คุ้มครองผู้บริโภค และป้องกันการผูกขาดตัดตอนทั้งทางตรงและทางอ้อมได้รับการรับรองไว้อย่างชัดเจนในมาตรา 87 มีผลในประเด็นที่รัฐจะต้องไม่ประกอบกิจการแข่งขันกับเอกชน เว้นแต่เมื่อมีความจำเป็นเพื่อประโยชน์ในการรักษาความมั่นคงของรัฐ รักษาผลประโยชน์ส่วนรวม หรือการจัดให้มีการสาธารณูปโภคเท่านั้น

บริการสุขภาพกับการประสานให้เกิดความร่วมมือที่เป็นธรรมระหว่างรัฐทั้งส่วนกลางและท้องถิ่น เอกชนกับประชาชน จึงเป็นประเด็นสำคัญที่ท้าทายการร่วมมือระหว่างรัฐ-เอกชน (Public-Private Mix) ซึ่งสามารถตอบสนองต่อเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญและดำรงอยู่ได้ในสังคมไทย

13.2 การกระจายอำนาจสู่องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น

ท่ามกลางกระแสกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นทั้งจากเจตนารมณ์สำคัญของรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันร่วมกับกระแสหนุนเนื่องทางการเมือง ก็ยังมีนักวิชาการและข้าราชการอีกจำนวนมากที่ขาดความมั่นใจว่าการกระจายอำนาจในช่วงเวลาเดียวกับการเปลี่ยนสหัสวรรษใหม่จะเป็นทางออกที่เหมาะสมกับสถานการณ์ของประเทศ ความล้มเหลวของการกระจายอำนาจทั้งที่เกิดขึ้นภายในประเทศและบทเรียนจากต่างประเทศโดยเฉพาะในกรณีศึกษาของการกระจายอำนาจกับระบบสุขภาพ เป็นข้อสรุปที่ตอกย้ำให้เพิ่มความระมัดระวังการจัดกระบวนการกระจายอำนาจที่กำลังจะมีขึ้นตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนกระจายอำนาจท้องถิ่น พ.ศ. 2542[5] ซึ่งได้บังคับใช้ก่อให้เกิดกลไกและกระบวนการในการกระจายอำนาจโดยมีการจัดทำแผนขึ้นชัดแจ้งทุกๆ 5 ปี และมีรูปธรรมในการกำหนดเป้าหมายทั้งในเชิงภารกิจและขอบเขตของการคลังท้องถิ่นอย่างชัดเจน สำหรับการจัดบริการทั้งบริการสาธารณสุข และโรงพยาบาลนั้น ถูกระบุให้อยู่ภายใต้ภารกิจขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่นอย่างชัดเจน ดังนั้นการเตรียมแบ่งสรรภารกิจกับหน่วยงานส่วนกลางเพื่อปรับศักยภาพของท้องถิ่นให้เข้มแข็งขึ้นจนมีสมรรถนะที่จะจัดบริการได้อย่างมีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และเป็นธรรมกับประชาชนในทุกพื้นที่จึงเป็นกิจกรรมสำคัญที่จำต้องเตรียมการในระยะ 5-10 ปีนี้.

การศึกษาการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นในประเทศกำลังพัฒนาจำนวนมากแสดงให้เห็นว่าอาจจะมีทั้งผลกระทบด้านลบและด้านบวก ในการกระจายอำนาจบริการสุขภาพ โดยมีผลกระทบด้านลบดังนี้ คือ[6]

(1) การถ่ายโอนบริการจัดการของส่วนกลางไปสู่ท้องถิ่นในขณะที่การบริหารกิจการท้องถิ่นยังไม่เข้มแข็งมีสมรรถนะเพียงพอ ส่งผลให้บริการสุขภาพมีคุณภาพด้อยลง ในขณะที่ประชาชนในท้องถิ่นมีโอกาสในการเข้าถึงบริการแตกต่างกันมากขึ้น

(2) การลดบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขในการบริหารงานบุคคล และพัสดุ เท่ากับเป็นการลดอำนาจต่อรองของรัฐบาลในการจัดการทรัพยากรสุขภาพ เช่นการต่อรองกับบริษัทเอกชนที่ผลิตยา วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ หรือขาดนโยบายควบคุมการผลิตบุคลากรสุขภาพจากแหล่งผลิตต่างๆ

(3) ก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำและไม่เป็นธรรมระหว่างท้องถิ่นที่มีรายได้มากกับท้องถิ่นที่ยากจน หรือเขตเมืองกับเขตชนบท

(4) สร้างอำนาจการเมืองท้องถิ่นให้มีพลังมากขึ้นหากมีการใช้อำนาจอย่างไม่เป็นธรรมหรือไม่สอดคล้องกับแนวนโยบายส่วนกลาง นโยบายสุขภาพแห่งชาติก็จะด้อยประสิทธิภาพและประสิทธิผลลง

ข้อด้อยของการกระจายอำนาจต่อบริการสุขภาพดังกล่าวเป็นข้อควรคำนึงในการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นในประเทศไทย จึงควรจะหาทางปรับแก้เพื่อลดจุดอ่อนดังกล่าว มิใช่การนำจุดอ่อนเหล่านี้มาอ้างเพื่อชะลอกระบวนการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นต้องหยุดชะงักต่อไป อย่างไรก็ตามการศึกษาในต่างประเทศก็แสดงให้เห็นว่าการกระจายอำนาจมีข้อดีในเรื่องการบริหารจัดการที่ปรับตัวยืดหยุ่นมากขึ้น ก่อให้เกิดส่วนร่วมของประชาชน และเกิดการประสานงาน

ระหว่างองค์กรดีขึ้น

ผลลัพธ์ของการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นที่มีต่อระบบสุขภาพเป็นข้อเตือนใจที่สำคัญที่ควรจะได้รับการพิจารณากลั่นกรองและนำมาประกอบดุลยพินิจในการปรับกระบวนการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นไทยให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความเป็นธรรมสูงขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

13.3 การปฏิรูประบบราชการ

ในปัจจุบัน ปัจจัยอันเป็นผลจากเงื่อนไขของเศรษฐกิจที่เปลี่ยนไปและเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 ได้ผลักดันให้ความสำคัญของการปฏิรูประบบราชการปรากฏเด่นชัดขึ้น ดังจะเห็นได้จากนโยบายของคณะรัฐมนตรีที่ได้ชี้แจงต่อรัฐสภาเมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน 2540 ได้ระบุสาระสำคัญของนโยบายปฏิรูประบบบริหารราชการที่ครอบคลุมทั้งในด้านระบบงานของรัฐให้เกิดประสิทธิภาพและความเป็นธรรม กับมุ่งเน้นการปรับปรุงคุณภาพบุคลากรภาครัฐ และการตรวจสอบการทุจริตในวงราชการและวงการเมือง ประเด็นที่สำคัญของนโยบายในด้านระบบราชการ คือ การเสนอแนวทางการกระจายอำนาจการบริหารจัดการสู่ท้องถิ่น และการลดบทบาทภาครัฐ รวมทั้งการสนับสนุนให้เอกชนเข้ามามีบทบาทในการดำเนินการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการบริการประชาชน

13.3.1 การปฏิรูปโครงสร้างระบบราชการ

การบริหารโดยการรวมอำนาจและผูกขาดที่สืบทอดกันมาหลายทศวรรษนำไปสู่การขยายบทบาทของภาครัฐอย่างต่อเนื่อง ภาครัฐจึงเข้าไปมีบทบาทในการดำเนินกิจกรรมหลากหลายประเภทตั้งแต่ภารกิจที่ต้องใช้อำนาจรัฐ กิจกรรมที่สามารถแสวงหากำไรในเชิงพาณิชย์ และกิจกรรมที่ให้บริการแก่ประชาชน ซึ่งภารกิจบางกรณีต้องให้รัฐเข้าแทรกแซงเนื่องจากกลไกตลาดบกพร่อง ได้แก่ กิจการเกี่ยวกับสาธารณูปโภค สุขภาพ และการศึกษา แต่ในทางปฏิบัติ กิจกรรมของภาครัฐเหล่านี้ยังเป็นไปโดยขาดกรอบกระบวนทัศน์ที่ชัดเจนต่อเนื่อง ทำให้เกิดปัญหาอันเป็นผลจากผลงานด้อยประสิทธิภาพ ขาดระบบการประเมิน และมีช่องว่างระหว่างการปฏิบัติกับแนวนโยบาย

ในกรณีที่รัฐเข้าไปจัดการภารกิจ รัฐมักนำโครงสร้าง กฎ ระเบียบ และวิธีบริหารจัดการของรัฐเข้าไปปฏิบัติด้วย ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับเป้าหมายและภารกิจจึงนำไปสู่การขาดประสิทธิภาพและประสิทธิผลในที่สุด ทั้งยังเพิ่มภาระให้แก่ประชาชนในรูปของงบประมาณที่ไม่ก่อประโยชน์อย่างคุ้มค่า ด้วยเหตุผลเหล่านี้จึงมีการกำหนดจัดทำแผนแม่บทการปฏิรูประบบราชการ พ.ศ. 2540-2544 ขึ้น เพื่อเป็นแนวทางและวิธีการปรับบทบาท ภารกิจ และขนาดของหน่วยงานของรัฐ ไว้ในกลวิธีต่างๆ ได้แก่ การจัดกลุ่มภารกิจของรัฐ การจัดโครงสร้างส่วนราชการให้สอดคล้องกับการจัดกลุ่มภารกิจ การปรับปรุงกลไกและวิธีการบริหารงบประมาณแผ่นดินและการบริหารพัสดุ การพัฒนาและนำเทคโนโลยีมาใช้ปรับปรุงการทำงานในหน่วยงานของรัฐ และการลดขนาดกำลังคนของหน่วยงานของรัฐ เป็นต้น

ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบราชการ พ.ศ. 2540[7] เป็นรูปธรรมของการแปลงนโยบายการปฏิรูประบบราชการให้เป็นการปฏิบัติได้อย่างแท้จริง โดยจัดตั้งองค์กรปฏิรูประบบราชการขึ้นในสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน แล้วจัดทำแผนแม่บทการปฏิรูประบบราชการเพื่อควบคุมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและภารกิจอย่างจริงจัง

การปฏิรูประบบราชการมีวัตถุประสงค์ดังนี้คือ[8]

1) เพื่อให้ราชการเป็นกลไกและเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพของรัฐบาล

2) เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะของประเทศในการแข่งขันในเวทีระดับโลก

3) เพื่อสร้างความโปร่งใส ความตรงไปตรงมาในการปฏิบัติราชการ

4) เพื่อให้ราชการประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ซึ่งมีความสามารถ ซื่อสัตย์สุจริต เปิดกว้างต่อความต้องการของประชาชน

5) เพื่อสร้างวัฒนธรรมและคุณค่าใหม่ในวงราชการ ได้แก่ ความตรงไปตรงมา ความโปร่งใส การทำงานเป็นทีม การทำงานเพื่อประชาชน การเสียสละเพื่อส่วนรวม และมีความพอดีในการดำรงชีวิต

คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบกับแผนแม่บทปฏิรูประบบราชการไทยเมื่อเดือนเมษายน พ.ศ. 2542 ช่วยให้การดำเนินงานปฏิรูประบบราชการชัดเจนขึ้น ส่งผลให้คณะกรรมการปฏิรูประบบราชการได้รับมอบหมายให้เป็นผู้จัดการให้เกิดการดำเนินงานตามกรอบของแผนแม่บท ให้สามารถบรรลุผลอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งในระยะที่ผ่านมามีการดำเนินการดังนี้คือ

(1) พระราชบัญญัติองค์การมหาชนอิสระ พ.ศ. 2541

การจัดองค์กรของรัฐในระยะเริ่มแรกของการบริหารราชการแผ่นดินในระยะแรกมีเพียง 2 กลุ่มใหญ่ กลุ่มแรกเป็นหน่วยราชการมีภารกิจพื้นฐานเริ่มจากการรักษาความมั่นคง การดูแลความสงบเรียบร้อย รักษาความปลอดภัยตลอดจนการจัดการระงับข้อพิพาทที่เกิดขึ้น ซึ่งภารกิจเหล่านี้จำเป็นต้องใช้อำนาจในการบังคับใช้ให้ประชาชนปฏิบัติอยู่ภายใต้กฎระเบียบหรือคำสั่ง ต่อมาเมื่อสังคมพัฒนาขึ้นรัฐจำต้องขยายขอบเขตภารกิจในการจัดบริการสาธารณะไปสู่การจัดระบบการศึกษา การรักษาพยาบาลผู้เจ็บป่วย การป้องกันโรค การจัดทำสาธารณูปโภค ตลอดไปถึงการจัดระบบสังคมสงเคราะห์ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของคนในสังคมให้สูงขึ้น[9]

กลุ่มที่สองที่ได้รับการจัดตั้งขึ้นเป็นองค์กรรัฐวิสาหกิจเป็นนิติบุคคลมีอิสระในทางการเงินการบริหารงานและบุคคลมีภารกิจในทางอุตสาหกรรมและการค้าซึ่งมีค่าตอบแทนการให้บริการนั่นก็คือองค์กรที่รับผิดชอบภารกิจเหล่านี้ต้องดำเนินการในเชิงพาณิชย์สามารถดำรงอยู่ได้จากค่าตอบแทนการขายสินค้า หรือบริการโดยไม่จำต้องพึ่งพางบประมาณจากรัฐ แต่ได้รับทุนเริ่มแรกจากรัฐและอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐ

ในปี พ.ศ. 2540 มีหน่วยราชการอยู่ถึง 152 กรม และมีรัฐวิสาหกิจอยู่ถึง 74 แห่ง โดยมีภารกิจครอบคลุมความรับผิดชอบของรัฐด้านต่างๆ ในขณะเดียวกันความต้องการองค์กรมหาชนประเภทที่สาม ซึ่งต้องการเป็นนิติบุคคลอิสระ คล่องตัว จัดการบริหารโดยมิต้องมี

สายการบังคับบัญชายาวไกลและรวมศูนย์ ทั้งยังเป็นการจัดบริการต่อสาธารณะโดยไม่มุ่งหวังผลตอบแทนเชิงพาณิชย์ ได้เริ่มมีมากขึ้นมีการจัดตั้งองค์กรเหล่านี้โดยตราเป็นพระราชบัญญัติ หรือพระราชกฤษฎีกา ภายใต้ พ.ร.บ. องค์กรของรัฐ ตั้งแต่ พ.ศ. 2485 โดยมีธนาคารแห่งประเทศไทย เป็นหน่วยงานลักษณะนี้แห่งแรก หลังจากนั้นก็มีคุรุสภา ใน พ.ศ. 2488 องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ใน พ.ศ. 2491 สำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ ใน พ.ศ. 2491 กองทุนรักษาระดับอัตราแลกเปลี่ยนเงินตรา ใน พ.ศ. 2498 จนถึงปัจจุบัน (พ.ศ. 2543) มีองค์กรประเภทนี้จัดตั้งไปแล้วทั้งสิ้น 27 แห่ง ปัญหาที่เกิดขึ้นก็คือโครงสร้างและมาตรฐานการจัดระบบองค์กรเหล่านี้ ตลอดจนสถานะและอำนาจหน้าที่แตกต่างกันมาก ทำให้รัฐเผชิญปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมตรวจสอบองค์กรที่จัดตั้งขึ้น ตลอดจนยังขาดความชัดเจนในด้านหลักความรับผิดชอบของผู้ปฏิบัติงานในองค์กรเหล่านี้

จากการศึกษาในต่างประเทศเช่น ในประเทศฝรั่งเศสซึ่งมีองค์กรมหาชนอิสระ (Establishment public) เกิดขึ้นตั้งแต่หลังการปฏิวัติ ค.ศ. 1789 (พ.ศ. 2332) จนถึงปัจจุบันมีองค์กรมหาชนอิสระอยู่มากกว่า 8,000 องค์กรทั้งในส่วนกลาง และในกำกับขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น โดยส่วนใหญ่เป็นโรงเรียน และมหาวิทยาลัย หรือในอังกฤษก็ได้จัดตั้งองค์กรบริหารที่เป็นอิสระเรียกว่า หน่วยงานบริหารพิเศษ (Executive Agency) ขึ้นใน คศ. 1987 (พ.ศ. 2530) เพื่อปฏิบัติภารกิจครอบคลุมภารกิจที่เคยเป็นระบบราชการถึง 110 หน่วยงาน ครอบคลุมสัดส่วน 65% ของข้าราชการทั้งหมดที่มีอยู่

การศึกษาการจัดองค์การมหาชนอิสระทั้งในต่างประเทศและในประเทศทำให้มีการผลักดันให้ออกกฎหมายที่จะกำหนดกลไกดังกล่าวขึ้นในประเทศไทย และได้ออกเป็น พ.ร.บ. องค์กรมหาชนของรัฐ ขึ้นใน พ.ศ. 2541[10] ซึ่งจะเป็นเครื่องมือสำคัญในการปฏิรูประบบราชการ ซึ่งเมื่อประกอบเข้ากับมาตรา 230 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ทำให้ฝ่ายบริหารมีอำนาจในการปรับเปลี่ยนหน่วยราชการได้อย่างคล่องตัว ไม่จำเป็นต้องใช้กระบวนการนิติบัญญัติในการตราพระราชบัญญัติของแต่ละองค์กรอีกต่อไป เพราะรัฐบาลสามารถตราพระราชกฤษฎีกาขึ้นจัดตั้งองค์กรมหาชนได้เลย โดยจัดองค์การมหาชนเป็นรูปแบบบริหารภารกิจภาครัฐซึ่งมีความคล่องตัวรวดเร็วเพราะลดกฎระเบียบและรูปแบบการบริหารเยี่ยงราชการลง ภารกิจที่สามารถจัดตั้งเป็นองค์การมหาชนได้จะมีรูปแบบดังนี้คือ

(1) ภารกิจเชิงบริการของรัฐ

(2) ภารกิจที่ต้องการความคล่องตัวสูงในการดำเนินงาน

(3) ภารกิจที่ไม่สามารถดำเนินได้ในเชิงพาณิชย์ แต่รัฐจำเป็นต้องดำเนินการ

(4) ภารกิจจำเป็นของรัฐที่ภาคธุรกิจเอกชนยังไม่พร้อมดำเนินการ

คณะรัฐมนตรีได้ให้ความเห็นชอบในหลักการเมื่อวันที่ 28 กรกฎาคม 2541 ให้ส่วนราชการจัดตั้งองค์การมหาชนในกิจกรรมต่างๆ คือ งานโรงพยาบาลของรัฐ (โรงพยาบาลที่มีความพร้อม) การประเมินคุณภาพการศึกษา สถานีวิทยุโทรทัศน์ช่อง 11 ของกรมประชาสัมพันธ์ กรมวิทยาศาสตร์บริการ และสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ

สำหรับในกรณีของหน่วยงานทางสุขภาพ ก็ได้มีการเริ่มลองใช้ในการจัดทำพระราชกฤษฎีกาให้โรงพยาบาลบ้านแพ้วเป็นองค์กรมหาชนในกำกับของรัฐ ซึ่งผ่านมติ ค.ร.ม. ไปแล้ว

เมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2542 และจะมีผลให้มีการทดลองจัดกลไกปกครอง บริหารในรูปธรรมรัฐที่มีส่วนกลาง และตัวแทนของคนในชุมชนท้องถิ่นเข้ามาร่วมดำเนินการ นอกจากนั้นยังปรับกลไกงบประมาณให้เปลี่ยนไปโดยรัฐบาลจะให้งบประมาณตรงลงไปที่โรงพยาบาล โดยมีการกำหนดผลลัพธ์ของบริการที่ประชาชนทุกคนในพื้นที่ควรจะได้รับ และประเมินเป็นการให้งบประมาณต่อหัวของประชากร สิ่งที่ต้องติดตามก็คือศึกษาการพัฒนาการประเมินผลการประสานงานกับหน่วยบริการอื่นๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน กลไกการประเมินผลงานของโรงพยาบาล ผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ตลอดจนการประเมินความพอใจของประชาชนผู้ใช้บริการ

(2) การจัดตั้งสำนักงานปฏิรูประบบราชการ

ในการประชุมของคณะกรรมการปฏิรูประบบราชการ ในเดือนกรกฎาคม 2540 ได้เสนอให้มีกฎหมายว่าด้วยการจัดตั้งหน่วยงานถาวรในการปฏิรูประบบราชการให้เกิดประสิทธิภาพและความต่อเนื่องและได้มีการจัดทำร่าง พ.ร.บ. การปฏิรูประบบราชการขึ้น สาระสำคัญคือให้มีคณะกรรมการปฏิรูประบบราชการโดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานกรรมการ เพื่อให้มีอำนาจหน้าที่พิจารณาจัดทำแผนแม่บท กำกับดูแลให้มีการดำเนินการตามแผน และเสนอคณะรัฐมนตรีเกี่ยวกับการปรับบทบาทและภารกิจของรัฐโดยจัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการปฏิรูประบบราชการในสำนักนายกรัฐมนตรีเป็นองค์กรมหาชนอิสระ รับผิดชอบการดำเนินการของคณะกรรมการฯ แต่มีข้อขัดข้องในการจัดตั้งเป็นองค์กรมหาชน ในที่สุดจึงได้ประกาศเป็นระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบราชการ พ.ศ. 2541 ขึ้น มีสาระสำคัญให้จัดตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบราชการขึ้น มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และให้ตั้งสำนักงานคณะกรรมการปฏิรูประบบราชการเป็นหน่วยงานภายในสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) โดยให้จัดสรรกำลังคนให้สามารถจัดการภารกิจได้ และให้จัดตั้งงบประมาณสำหรับดำเนินการปฏิรูประบบราชการให้ชัดเจน[11]

นอกเหนือจากการดำเนินการในประเด็นสำคัญเชิงโครงสร้างทั้ง 2 ประการนี้แล้ว ผลงานของการดำเนินการของคณะกรรมการปฏิรูประบบราชการในระยะ 3 ปี ที่ผ่านมานี้ ที่สำคัญได้แก่

(1) การปรับกำลังคนของภาครัฐให้มีขนาดเล็กลงโดยไม่กำหนดอัตราเพิ่มข้าราชการใหม่ตั้งแต่ พ.ศ. 2541 และยุบตำแหน่งที่ว่างจากเกษียณอายุลงไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ที่เหลืออีกร้อยละ 20 จึงจัดสรรให้คณะกรรมการกำหนดเป้าหมายและนโยบายกำลังคนภาครัฐ (คปร.) จัดสรรให้ส่วนราชการ นอกจากนั้นยังได้จัดโครงการส่งเสริมการเกษียณอายุราชการก่อนอายุครบ 60 ปี โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ พ.ศ. 2541 รวมทั้งปรับลดขนาดกำลังคนลูกจ้างประจำภาครัฐโดยการยุบเลิกตำแหน่งลูกจ้างประจำที่ว่างลง มีผลให้อัตรากำลังข้าราชการพลเรือนเริ่มลดลง

(2) คณะรัฐมนตรีเห็นชอบกับการจัดกลุ่มภารกิจภาครัฐ โดยจัดกลุ่มภารกิจภาครัฐเป็น 6 กลุ่ม คือ ภารกิจที่**ส่วนราชการ**ดำเนินการ ภารกิจที่**รัฐวิสาหกิจ**ดำเนินการ ภารกิจที่**เอกชน**ดำเนินการ ภารกิจที่จัดตั้งเป็น**องค์การมหาชน** ภารกิจที่**ท้องถิ่น**ดำเนินการ และภารกิจที่**องค์กร**

ประชาชนดำเนินการ โดยได้กำหนดงานของภาครัฐที่จะปรับไปเป็นองค์การมหาชนแล้ว พร้อมกันนั้นได้ถ่ายโอนงานส่วนราชการ 41 กิจกรรมไปให้เอกชนดำเนินการ สำหรับการปรับภารกิจให้กับท้องถิ่น และองค์กรประชาชนกำลังอยู่ในระหว่างการดำเนินการ

13.4 วิกฤติทางเศรษฐกิจ

การเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างก้าวกระโดดในระยะกว่าทศวรรษที่ผ่านมาได้บดบังจุดอ่อนเชิงโครงสร้างของสังคมไทยทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับกลไกที่วิวัฒนาการไปอย่างรวดเร็วในโลกยุคโลกาภิวัตน์ที่มีเทคโนโลยีนานาชนิดก่อให้เกิดความซับซ้อนของการพัฒนาการในทุกด้าน แต่เมื่อวิกฤติทางเศรษฐกิจประทุขึ้นในประเทศไทยเมื่อกลางปี พ.ศ. 2540 คนไทยจึงมองเห็นความอ่อนด้อยของโครงสร้างการปกครอง การบริหารและการจัดการของทั้งภาครัฐและเอกชนในสังคมไทยได้แจ่มชัดขึ้น ทำให้ตระหนักถึงความจำเป็นในการจัดการปฏิรูประบบสังคมและเศรษฐกิจในประเทศไทยอย่างจริงจัง รวมไปถึงการปฏิรูประบบราชการด้วย

13.4.1 ปัญหาด้านสุขภาพและแนวโน้มด้านงบประมาณ

วิกฤติทางเศรษฐกิจส่งผลให้มีความจำกัดของงบประมาณจากภาครัฐ ในขณะเดียวกันก็เป็นเงื่อนไขที่ทำให้ภาคเอกชน และปัจเจกชนจำกัดการใช้จ่ายทางด้านสุขภาพลงเช่นกัน ปัจจัยเหล่านี้มีส่วนสำคัญทำให้ต้องกลับมาทบทวนความคุ้มทุนในการใช้งบประมาณของรัฐเพื่อลงทุนด้านสุขภาพของประชาชนให้เกิดผลประโยชน์สูงสุด

จากการติดตามผลกระทบจากวิกฤติเศรษฐกิจต่อสุขภาพทางกายพบว่าเด็กนักเรียนมีน้ำหนักตัวต่ำกว่ามาตรฐานเพิ่มขึ้น และทารกแรกคลอดที่มีน้ำหนักตัวน้อย (ต่ำกว่า 2,500 กรัม) ก็มีจำนวนสูงขึ้นทั้งๆ ที่ก่อนหน้านี้มีแนวโน้มที่ลดลงเรื่อยๆ ในขณะเดียวกันการป่วยและตายจากอุบัติเหตุจราจร และอุบัติเหตุจากการทำงานก็ลดลงอันเนื่องมาจากการใช้ยานพาหนะต่างๆ ลดลง ตลอดจนการลดชั่วโมงทำงานลงเนื่องจากความฝืดเคืองทางเศรษฐกิจ อย่างไรก็ตามปัญหาในกลุ่มผู้ว่างงานมากขึ้นมีผู้คิดที่จะฆ่าตัวตายในกลุ่มว่างงานเพิ่มขึ้นเกือบสองเท่าของผู้ที่ยังมีอาชีพทำอยู่[12]

ในช่วงวิกฤติทางเศรษฐกิจพบว่าโรงพยาบาลเอกชนจำต้องเผชิญปัญหาการลงทุนอย่างหนัก ผลการสำรวจโดยกองประกอบโรคศิลป์ เมื่อปลายปี 2540 พบว่าโรงพยาบาลเอกชนมีหนี้สินต่างประเทศเพิ่มขึ้นอันเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงค่าเงินบาทถึงกว่าหนึ่งหมื่นล้านบาท ในขณะเดียวกันก็พบว่าประชาชนซึ่งเคยนิยมไปใช้โรงพยาบาลเอกชนกันมากก็เปลี่ยนพฤติกรรมไปใช้บริการจากร้านขายยามากขึ้นเป็นการพึ่งพาตนเอง หรือเมื่อป่วยมากขึ้นก็ไปใช้บริการจากโรงพยาบาลของรัฐทำให้จำนวนผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลของรัฐ ใน พ.ศ. 2540 และ 2541 เพิ่มขึ้นร้อยละ 6.5 และ 12.4 ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นร้อยละ 3.1 และ 8.7 ตามลำดับเช่นกัน

รัฐบาลในช่วงระยะ 2 ทศวรรษที่ผ่านมาได้ให้ความสำคัญกับภารกิจด้านสาธารณสุขเป็น

อย่างมากดังจะเห็นได้จากการให้งบประมาณแก่กิจกรรมด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นตลอด แม้แต่ในขณะที่มีวิกฤติการณ์ด้านการเงินการคลังใน พ.ศ. 2540 ก็มิได้ลดงบประมาณด้านนี้ แต่การขยายกิจกรรมที่ใช้งบประมาณด้านสาธารณสุขในระยะ 10 ปีหลังจะเห็นได้ว่าเป็นการเพิ่มในภารกิจด้านการรักษาพยาบาล เช่น งบผู้มีรายได้น้อยซึ่งมีสัดส่วนการเพิ่มขึ้นด้วยอัตราส่วนที่สูงมากแม้แต่ในระยะที่มีวิกฤติทางเศรษฐกิจงบประมาณด้านนี้ก็มิได้ลดลง แม้ว่าจะมีการขยายงบประมาณให้ครอบคลุมหลักประกันสุขภาพเพิ่มขึ้นหลายโครงการ ได้แก่ การประกันสังคม โครงการบัตรสุขภาพ การประกันภัยบุคคลที่สาม แต่ก็ครอบคลุมหลักประกันทางสุขภาพได้ประมาณ ร้อยละ 60-70 ของประชากรเท่านั้น

เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศกำลังพัฒนาหลายประเทศจะเห็นได้ว่าประเทศไทยใช้งบประมาณสูงกว่าหลายประเทศในขณะที่ผลลัพธ์ที่ได้ออกมาไม่ดีไปกว่าประเทศที่ใช้งบประมาณด้านสาธารณสุขต่อรายหัวประชากรน้อยกว่าประเทศไทย เช่น พบว่าอายุขัยเฉลี่ยยังต่ำกว่า และเด็กทารกยังมีอัตราตายสูงกว่าบางประเทศที่มีการใช้จ่ายด้านสุขภาพต่ำกว่าเช่น มาเลเซีย ศรีลังกา และประเทศจีน อันเป็นสิ่งยืนยันว่าการลงทุนด้านสุขภาพของรัฐบาลไทยยังไม่ก่อให้เกิดผลที่คุ้มทุนเท่าที่ควร ในช่วงเศรษฐกิจฟองสบู่การขยายตัวทางการลงทุนด้านการรักษาพยาบาลทั้งภาคเอกชนและภาครัฐเติบโตขึ้นอย่างรวดเร็ว ทั้งยังมีการแข่งขันกันเองระหว่างภาครัฐและเอกชนจนส่งผลให้เมื่อเกิดภาวะชะงักงันทางการคลังการธนาคารทรัพยากรที่ลงทุนในภาคเอกชนเป็นมูลค่ามหาศาลกลับถูกทอดทิ้ง ไม่สามารถนำออกมาอย่างคุ้มค่าได้

ปัญหาทางสุขภาพของประเทศไทยในระยะ 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมาได้แปรเปลี่ยนไปอย่างชัดเจน โรคติดเชื้อที่เป็นปัญหาในประเทศกำลังพัฒนาส่วนหนึ่งได้เริ่มลดน้อยลง โรคอันเกิดจากวิถีชีวิต และพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ โรคเอดส์จากพฤติกรรมทางเพศและสิ่งเสพย์ติด การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ จากความรุนแรงทางสังคม มะเร็งจากการสะสมมลพิษทั้งทางอาหาร อากาศ และน้ำ การบริโภคเหล้า บุหรี่ โรคหลอดเลือดหัวใจจากพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการสูบบุหรี่ที่ขาดความสมดุลกับการออกกำลังกาย ภาวะการเครียดปัญหาสุขภาพจิต และการฆ่าตัวตายที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ปัญหาสุขภาพเหล่านี้ไม่สามารถที่จะแก้ไขต้นเหตุได้ด้วยกลไกบริการสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบันนี้ เนื่องจากบริการทางสุขภาพโดยเฉพาะโรงพยาบาลถูกกระแสสังคมและการเมืองในอดีตผลักดันให้ต้องจัดการแบบตั้งรับ ซึ่งหากเป็นเช่นนี้ก็จะต้องขยายจำนวนโรงพยาบาล และเพิ่มปริมาณบุคลากรทางการแพทย์ขึ้นไปเรื่อยๆ และไม่มีวันที่จะจบสิ้นได้

หากจะแก้ปัญหาเหล่านี้ที่เหตุ และปัจจัย จะเห็นได้ว่าปัญหาทางสุขภาพเหล่านี้เป็นผลมาจากการเร่งรัดการพัฒนาเศรษฐกิจ อุตสาหกรรม และบริการตลอดจนการย้ายถิ่น และการเคลื่อนย้ายแรงงานของคนเป็นจำนวนมาก อีกทั้งช่องว่างทางเศรษฐกิจ และสังคมอันสืบเนื่องมาจากการเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว และผลจากการว่างงานจากวิกฤติทางเศรษฐกิจที่กระทบต่อสังคมไทยอย่างมหาศาลในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา ยังผลักดันให้ประชาชนวัยแรงงานและวัยรุ่นจำนวนมากต้องพรากตัวเองจากครอบครัวและชุมชนที่เป็นกลไก สังคมในอดีตที่คอยควบคุมกำกับวิถีสังคมของคนเหล่านี้ และต้องกลายเป็นวิถีชีวิตที่มีพฤติกรรมที่เสี่ยง

ภัยยิ่งขึ้น

การลงทุนทางสังคมเพื่อมุ่งหวังที่จะให้ประชาชนคนไทยมีชีวิตที่มีสุขภาพดียิ่งขึ้น จึงน่าจะเป็นหนทางที่ให้ความคุ้มทุนสูงกว่าการที่จะตั้งรับและลงทุนทางด้านการรักษาดูแลในระยะที่คนไทยจะต้องป่วยและตายมากขึ้นเรื่อยๆ รัฐฯ จึงพยายามปรับนโยบายทั้งทางด้านการเงินการคลัง และการกระจายอำนาจให้ประชาคมต่างๆ ร่วมดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นการเปลี่ยนมิติการมองปัญหาสุขภาพมาเป็นการสร้างนโยบาย สิ่งแวดล้อม และส่งเสริมสถาบันที่เกี่ยวข้องในระดับต่างๆ ให้ช่วยกันรับภารกิจเสริมสร้างวิถีชีวิตที่เพิ่มพูนสุขภาพของคนในชุมชนต่างๆ ให้มีค่านิยม ความรู้ และเจตนารมณ์ที่มุ่งมั่นในการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ซึ่งจะนำไปสู่การมีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรงทั้งทางกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ

วิกฤติทางเศรษฐกิจที่โถมปะทะเข้ามาในประเทศไทยแม้จะทำความเสียหายให้กับโครงสร้างของสังคมไทยมากมายก็ตาม แต่ในขณะเดียวกันก็เป็นปรากฏการณ์ที่ช่วยกระตุกให้ประชาคมไทยกลุ่มต่างๆ ได้คิด และหันมาร่วมมือกันเปลี่ยนวิกฤติเหล่านี้ให้เป็นโอกาสในการปฏิรูปสังคมในด้านต่างๆ รวมทั้งประสานพลังปฏิรูประบบสุขภาพให้เป็นระบบที่รับใช้ประชาชนและสร้างเสริมคุณภาพมนุษย์ให้เป็นศักยภาพหลักของประเทศชาติต่อไป.

ใน พ.ศ. 2542 สถาบันวิจัยสาธารณสุขและกระทรวงสาธารณสุขได้เสนอข้อมูลให้คณะรัฐมนตรีพิจารณาเงื่อนไขของวิกฤติสุขภาพ และเสนอความจำเป็นในการปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนทั้งกระบวนทัศน์ของสังคมไทยต่อระบบสุขภาพ และโครงสร้างทางนโยบายของระบบสุขภาพ ในที่สุดคณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ 9 พฤษภาคม พ.ศ. 2543 มีประเด็นสำคัญ ดังนี้

(1) สภาวะสุขภาพของประชาชนอยู่ในภาวะวิกฤติจำต้องจัดให้มีการปฏิรูประบบสุขภาพ

(2) เครื่องมือสำคัญในการจัดให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพคือการจัดร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ เพื่อใช้เป็นกลไกการระดมความร่วมมือประชาคมต่างๆ ให้มีการจัดกระบวนทัศน์ใหม่และร่วมปฏิรูประบบสุขภาพ

(3) ตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติขึ้น มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และให้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขจัดองค์กรภายในขึ้น ทำหน้าที่เป็นสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพเป็นเลขานุการของคณะกรรมการ และทำหน้าที่ประสานงานกับประชาคมต่างๆ เพื่อระดมความร่วมมือมาร่วมกันร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติให้เสร็จสิ้นภายใน 3 ปี

เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพคณะรัฐมนตรีมีมติให้ออกร่างระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติขึ้น เป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการการเปลี่ยนแปลงในระยะแรกเริ่มของการปฏิรูประบบสุขภาพ[13]

13.5 สามพลังขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพ

การเปลี่ยนแปลงในระดับปฏิรูปจำต้องสร้างกระบวนการระดมประชาคมให้เกิดการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ทางสุขภาพเพื่อเป็นฐานรากสำคัญสำหรับสร้างระบบและกลไกของ

ระบบสุขภาพขึ้นมาใหม่ การบริหารจัดการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นเรื่องยาก จึงจำเป็นต้องใช้พลัง 3 ประการ ในการผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เรียกว่า “สามเหลี่ยมเคลื่อนภูผา”[14] ได้แก่

13.5.1 พลังทางการเมือง

เป็นพลังในระบบประชาธิปไตยที่มีตัวแทนของปวงชนชาวไทยเข้ามาทำหน้าที่นิติบัญญัติและบริหารกลไกรัฐ มีข้าราชการเป็นผู้บริหารจัดการให้เป็นไปตามนโยบาย จึงเป็นพลังสำคัญในการปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางนโยบาย งบประมาณ และกฎหมายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องให้ตอบสนองต่อเจตนารมณ์ของการปฏิรูประบบสุขภาพ ในสภาพการกระจายอำนาจทางการเมืองในปัจจุบัน กลไกการเมืองท้องถิ่นกำลังพัฒนาองค์กรขึ้นมาเป็นพลังทางการเมืองแยกย่อยรับผิดชอบภาระอันเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพในแต่ละท้องถิ่น เป็นกลุ่มพลังที่กำลังได้รับความสนใจจากทุกภาคส่วนเพราะแม้จะยังเป็นมือใหม่ที่เริ่มเข้ามารับบทบาทในการปกครองบริหารระบบสุขภาพในพื้นที่ชุมชนก็ตาม แต่หากช่วยกันสร้างสรรค์ศักยภาพและแสวงหาความชัดเจนในรูปแบบและบทบาทในการจรรโลงระบบสุขภาพของแต่ละท้องถิ่นได้จริง ก็จะเป็นฐานพลังหลักสำหรับปฏิรูประบบสุขภาพในศตวรรษหน้า

13.5.2 พลังประชาสังคม

เป็นพลังพลเมืองที่เริ่มมีความเข้มแข็งและเข้ามามีส่วนในการริเริ่มผลักดันให้เกิดปรากฏการณ์การเปลี่ยนแปลงทางการเมืองทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับชาติอย่างกว้างขวางขึ้น การปฏิรูประบบการเมืองจนก่อเกิดเป็นรัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. 2539 เป็นผลจากพลังประชาสังคมที่รวมตัวอย่างเป็นระบบยิ่งขึ้น ทำให้รัฐธรรมนูญกลายเป็นเครื่องมือสำคัญในการเพิ่มและขยายศักยภาพประชาคมให้แข็งกล้ายิ่งขึ้น กลุ่มประชาคมอันประกอบด้วย กลุ่มสนใจ กลุ่มผลประโยชน์ และองค์กรวิชาชีพ ตลอดจนการรวมตัวที่มีความมุ่งหมายในผลประโยชน์ของสาธารณะ ต่างก็พัฒนาประสบการณ์และเริ่มขยายเครือข่ายเชื่อมโยงเป็นแนวร่วมในประเด็นปัญหาร่วมกันได้ดีขึ้น พลังประชาคมจึงสามารถสะท้อนปัญหาและความต้องการทางด้านสุขภาพได้อย่างเข้มแข็งขึ้นเรื่อยๆ

13.5.3 พลังวิชาการ

เป็นพลังปัญญาสำคัญอันจะช่วยประสานความเข้าใจระหว่างในกลุ่มพลังการเมือง และพลังประชาคมให้สามารถสร้างเจตนารมณ์ร่วมที่ชัดเจนในการปฏิรูประบบสุขภาพ เป็นเสมือนเครื่องช่วยนำทางให้ปลอดพ้นจากมิจฉาทิฐิที่อาจครอบงำกลุ่มที่มีผลประโยชน์ได้เสียอยู่ในระบบสุขภาพที่ดำรงอยู่ และสามารถช่วยให้เกิดการรวบรวมประสบการณ์และความรู้ที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและต่างประเทศมาเสนอให้ผู้ที่เข้าร่วมการปฏิรูประบบสุขภาพใช้เป็นแนวทางประกอบวิจารณญาณในการตัดสินใจที่เป็นวิทยาศาสตร์และไร้อคติ การผนึกกำลังของกลุ่มนักวิชาการจากหลากหลายสาขาเข้ามาช่วยวิเคราะห์ข้อมูลทางวิชาการเพื่อย่อย และนำเสนอต่อสาธารณชนให้เข้าใจและเรียนรู้ ตลอดจนทำการสังเคราะห์ความรู้ในการปฏิรูป

ระบบสุขภาพร่วมกับกลุ่มการเมือง และกลุ่มประชาคมให้เกิดเป็นภูมิปัญญาของสังคมไทย ส่องสว่างเส้นทางสู่การปฏิรูปให้กระจ่างชัดขึ้น

การสร้างความร่วมมือให้เกิดการสานทอพลังทั้งสามจนเป็น "พลังร่วม" (Synergy) เป็นความร่วมมือหลักสำหรับจัดการให้เกิดการเคลื่อนกระบวนทัศน์ (Paradigm Shift) อันจะนำไปสู่ความเป็นแนวร่วมในการออกแบบองค์กร ความสัมพันธ์ขององค์กร และเครือข่ายภายใต้ระบบสุขภาพใหม่ที่สามารถรองรับความต้องการของประชาชนภายใต้เงื่อนไขของระบบสังคม และเศรษฐกิจในยุคโลกาภิวัตน์ที่สอดคล้องกับวิวัฒนาการอย่างรวดเร็วของวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่เกี่ยวพันกับสุขภาพของมนุษย์

13.6 การเคลื่อนไหวสู่การปฏิรูประบบสุขภาพ

ในการจัดตั้งรัฐบาลใหม่ใน พ.ศ. 2544 นายกรัฐมนตรีได้แถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรีในด้านสาธารณสุขและสุขภาพต่อรัฐสภาเมื่อวันที่ 26 มกราคม พ.ศ. 2544 ไว้ว่า **"รัฐบาลมุ่งมั่นที่จะสร้างระบบบริการและคุ้มครองสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนชาวไทยมีสุขภาพดีถ้วนหน้า โดยจะดำเนินการปฏิรูประบบสุขภาพ เพื่อลดรายจ่ายโดยรวมด้านสาธารณสุขของประเทศและลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสุขภาพของประชาชน พร้อมทั้งสร้างหลักประกัน และโอกาสในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน"** แสดงให้เห็นกระแสหลักทางการเมืองเข้ามารับภารกิจศูนย์ประสานการปฏิรูประบบสุขภาพที่ปรากฏขึ้นอย่างชัดเจน

13.6.1 กลไกการทำงานและภารกิจ

องค์กรนำอันจะเป็นแกนการประสานกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ คือ **คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพ (คปรส.)** ซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน โดยมีสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติเป็นสำนักงานเลขานุการ คณะกรรมการประกอบด้วยข้าราชการการเมือง หัวหน้าส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง และผู้ทรงคุณวุฒิสหสาขา รวมเป็นจำนวน 33 คน

คปรส. มีบทบาทและทำหน้าที่ในการให้คำปรึกษานายกรัฐมนตรีในการปฏิรูประบบสุขภาพ ที่มุ่งเน้นการปรับปรุงนโยบาย โครงสร้าง ระบบการทำงาน ระบบงบประมาณที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพของชาติ

ภารกิจของ คปรส. ที่เป็นเป้าหมายที่สำคัญคือ การจัดให้มีการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติให้แล้วเสร็จภายในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2546 ตลอดจนปรับแก้หรือจัดให้มีกฎหมายระเบียบ ข้อบังคับ หรือมติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้อง ให้สอดคล้องกับแนวทางการปรับแก้ระบบสุขภาพ ทั้งนี้ ภารกิจคู่ขนานกับการจัดกฎหมายอีกประการหนึ่งก็คือ จะต้องทำหน้าที่ขับเคลื่อนและระดมประชาคมและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกระดับเข้ามาร่วมศึกษาแลกเปลี่ยนความคิดเห็น โดยใช้กระบวนการวิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญในการผนึกสติปัญญาของทุกฝ่าย

คปรส. ได้แต่งตั้งกลไกการทำงานใน 4 ด้านที่จะเป็นแกนในการถักทอพลังทั้งสาม ได้แก่

(1) คณะอนุกรรมการวิชาการ

ศ. นพ.เกษม วัฒนชัย เป็นประธาน นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ เป็นเลขานุการ ทำหน้าที่ทบทวนและจัดชุดวิจัยเพื่อสังเคราะห์ความรู้ระบบสุขภาพส่วนที่จำต้องปรับเปลี่ยนของประเทศ

(2) คณะอนุกรรมการสร้างความร่วมมือทางสังคม

นพ.ประเวศ วะสี เป็นประธาน นพ.พลเดช ปิ่นประทีป เป็นเลขานุการ จัดประสานความร่วมมือกับกลุ่มประชาคมที่เกี่ยวข้องได้แก่ วงการวิชาชีพ สถาบันการศึกษา กลุ่มพิทักษ์รักษาประโยชน์ กลุ่มที่ทำงานสาธารณะประโยชน์ และธุรกิจแสวงกำไร เป็นต้น โดยมุ่งเน้นการเปิดเวทีให้ประชาคมได้มาร่วมสร้างความเข้าใจในเรื่องสุขภาพหรือประเด็นที่เป็นปัญหาเฉพาะกลุ่ม และให้ข้อเสนอสาระที่ภาคประชาชนเห็นว่าจำเป็นต้องกำหนดไว้ในกรอบกฎหมายให้ชัดเจน

คณะอนุกรรมการชุดนี้ มีหน้าที่ส่งสารจากภาคประชาชนให้ไปถึงคณะอนุกรรมการชุดอื่น เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำคัญในการทำงาน อย่างเช่น คณะอนุกรรมการวิชาการฯ นำไปดำเนินการให้มีการทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้ในประเด็นที่ยังขาดข้อมูล คณะอนุกรรมการยกร่าง พ.ร.บ.จะนำเจตนารมณ์และสาระจากข้อเสนอภาคประชาชนไปพัฒนาเป็นกรอบกฎหมาย เป็นต้น นอกเหนือจากนี้ คณะอนุกรรมการชุดนี้ยังต้องทำหน้าที่จัดให้กระบวนการประชาพิจารณ์ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติก่อนที่จะนำเข้าสู่กระบวนการทางนิติบัญญัติ

การทำงานของคณะอนุกรรมการฯ ได้จัดกลุ่ม (เครือข่าย) ประชาคมไว้ดังนี้

(2.1) ประชาคมจังหวัด ซึ่งมีกลุ่มแกนนำประมาณ 200 คน

(2.2) ประชาคมวิชาชีพ ทั้งที่เป็นสภาวิชาชีพ สมาคม ชมรม และกลุ่มที่สนใจปัญหาเฉพาะด้าน ประมาณ 100 ประชาคม

(2.3) ประชาคมสาธารณสุข ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขที่รวมตัวกันเพื่อกิจการสาธารณะ

(2.4) ประชาคม (เครือข่าย) วิทยุชุมชนมีแกนนำประมาณ 76 คน (40 จังหวัด)

(2.5) ประชาคมที่เกิดจากการรวมตัวจากภาคประชาชนที่สนใจในเรื่องเฉพาะ เช่น เครือข่ายปราชญ์อีสาน เครือข่ายเกษตรกรรมทางเลือก เครือข่ายแรงงานนอกระบบ เครือข่ายออมทรัพย์ เป็นต้น ประมาณการไว้ว่าจะมีประชาคม (เครือข่าย) มากพอสมควร

(3) คณะอนุกรรมการยกร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ

นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์ เป็นประธาน และ นพ.อำพล จินดาวัฒนะ เป็นเลขานุการ มีเป้าหมายในการจัดทำร่างพระราชบัญญัติสุขภาพ โดยทำหน้าที่ ดังนี้

(3.1) ทบทวนกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพในประเทศไทย

(3.2) ทบทวนกฎหมายที่เกี่ยวกับระบบสุขภาพของต่างประเทศ

(3.3) นำร่างกรอบแนวคิดระบบสุขภาพ และองค์ความรู้ที่ได้จากการรวบรวมโดยคณะอนุกรรมการทุกชุดมาพิจารณาประเด็น เพื่อจัดทำนิยามและเจตนารมณ์และแปลงไปสู่ภาษาทางกฎหมาย รวมทั้งสะท้อนข้อมูลกลับไปยังอนุกรรมการชุดอื่นเพื่อร่วมกันปรับนิยาม และเจตนารมณ์ให้มีความชัดเจนและความเข้าใจที่ตรงกัน

(4) คณะอนุกรรมการสื่อสารสาธารณะ

รัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี (ด้านประชาสัมพันธ์) เป็นประธาน และ นพ. อำพล จินดาวัฒนะ เป็นเลขานุการ ทำหน้าที่ในการประสานให้เกิดเครือข่ายสื่อสารมวลชนด้านสุขภาพ โดยใช้ประเด็นในกระบวนการปฏิรูปและการจัดทำร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติเป็นกรณีในการสร้างความเข้าใจและปรับวิธีคิดของประชาคมสื่อ รวมทั้งสื่อสารไปสู่สาธารณะ

13.7 กรอบร่างระบบสุขภาพแห่งชาติ

จากกระบวนการทำงานของคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพที่ผ่านมาทำให้สามารถสรุปกรอบใหม่ของระบบสุขภาพแห่งชาติได้ ดังนี้ คือ

13.7.1 ปรัชญาสุขภาพ

การกำหนดให้สุขภาพเป็นอุดมการณ์ของชาติไทย เป็นเป้าหมายสูงสุดในชีวิตและสังคม ถือว่าเป็นการเปลี่ยนกระบวนทัศน์ครั้งสำคัญ การให้นิยามสุขภาพอย่างเป็นทางการว่าเป็น “สุขภาวะ” ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ สะท้อนการเปลี่ยนกระบวนทัศน์จากความเชื่อดั้งเดิมว่าสุขภาพเป็นผลกรรมของแต่ละบุคคลที่จำต้องยอมรับ (Natural Endownment) มาสู่แนวคิดว่าสุขภาพเป็นอุดมการณ์สูงสุดของมนุษย์ ที่แต่ละคนมีสิทธิที่จะบรรลุถึงได้อย่างเท่าเทียมกัน (Human Rights)

มุมมองเชิงปรัชญาของระบบสุขภาพได้เปลี่ยนจากแนวคิดที่จำกัดเพียงแค่การจัดบริการสุขภาพให้ครอบคลุมทั่วถึงประชาชน หรือสุขภาพดีถ้วนหน้า (Health for all) มาเป็นแนวคิดที่เรียกร้องให้ทุกภาคส่วนของสังคมเข้ามาร่วมรับผิดชอบและใส่ใจต่อสุขภาพของคนด้วยกัน หรือมวลประชาร่วมใจ (All for Health) กระบวนทัศน์ดังกล่าวสะท้อนความเข้าใจที่ชัดเจนขึ้นว่าปัจจัยอันก่อให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพให้เข้มแข็งขึ้นนั้นเป็นผลรวมของนโยบายสาธารณะของประเทศ อันประกอบด้วยนโยบายของรัฐ นโยบายของท้องถิ่น และรวมไปถึงเจตจำนงของประชาสังคมทุกหมู่เหล่าด้วย อีกทั้งนโยบายสาธารณะดังกล่าวมิได้จำกัดเพียงแค่นโยบายสาธารณสุข แต่ยังครอบคลุมไปถึงนโยบายความมั่นคง เศรษฐกิจ และสังคมด้วย

ระบบสุขภาพ มีความหมายที่สะท้อนตรรกะของกลไกและโครงสร้างองค์กรที่ควบคุมกำหนดสุขภาวะในทุกมิติของคนในสังคมไทย จึงมีนิยามศัพท์ที่กว้างขวางกว่าคำว่า **การสาธารณสุข** ที่ใช้กันอยู่และมีความหมายเป็นทางการดั้งเดิมว่า เป็นการสุขาภิบาลและการ

ป้องกันความป่วยไข้ให้ความสุขแก่ประชาชน (Public Health) ซึ่งใช้กันมาตั้งแต่สถาปนาการสาธารณสุขขึ้นใน พ.ศ. 2461 ระบบสุขภาพในช่วงเปลี่ยนผ่านจากยุคเทคโนโลยีข้อมูลข่าวสารเข้าสู่ยุคเทคโนโลยีชีวภาพจำเป็นต้องวางอยู่บนพื้นฐานของภูมิปัญญาที่สามารถติดตามความเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีสุขภาพอย่างทันกาลสอดคล้องกับความจำเป็นของสังคมไทย ขณะเดียวกันก็ต้องใช้เทคโนโลยีเหล่านี้อย่างมีประสิทธิภาพ กอปรด้วยคุณภาพและให้ความเสมอภาคเป็นธรรมแก่ทุกคน จึงจักเป็นกลไกที่ประกอบขึ้นด้วยคุณธรรม และมุ่งสู่ความสมานฉันท์ของคนในชาติอย่างแท้จริง

13.7.2 การสร้างเสริมสุขภาพ

แนวคิดหลักที่เคยมองการสร้างเสริมสุขภาพเป็นกลวิธีการจัดบริการสุขภาพที่ช่วยให้สุขภาพของกลุ่มคนวัยต่างๆ เข้มแข็งสามารถยืนหยัดทานทนต่อสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้น ได้เปลี่ยนไปสู่แนวทางการจัดสิ่งแวดล้อมทางสังคมและธรรมชาติให้เสริมสร้างวิถีชีวิตเอื้อสุขภาพของแต่ละบุคคลได้ ดังนั้นการให้ภาคสาธารณสุขรับผิดชอบการสร้างเสริมสุขภาพของทุกผู้คนเยี่ยงที่เป็นอยู่แต่เดิมจึงเป็นจุดด้อยที่ลดทอนความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพไปโดยสิ้นเชิง จึงได้ปรับแนวคิดที่จะให้ทุกภาคส่วนของสังคมไทยเข้ามาร่วมรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้คนที่ผูกพันอยู่กับผลได้เสียของนโยบายสาธารณะที่กำหนดขึ้นจากแต่ละภาคส่วนสังคม โดยบูรณาการเข้าไว้เป็นพันธกิจสำคัญของทุกภาคส่วน อันจะช่วยให้ภารกิจที่แต่ละภาคส่วนรับผิดชอบอยู่ ลดการก่อผลกระทบที่บ่อนทำลายสุขภาพของคนลงได้

สภาสุขภาพแห่งชาติ จะเป็นกลไกสำคัญในการกำหนดนโยบายสุขภาพแห่งชาติและตรวจสอบผลสัมฤทธิ์ของนโยบายและโครงการทางสุขภาพทั้งมวล ตลอดจนจัดการให้เกิดการประเมินผลกระทบทางสุขภาพของนโยบายและมาตรการทางสังคมต่างๆ ที่เกิดจากรัฐทั้งในส่วนกลาง ท้องถิ่น และเอกชน การทำงานของสภาสุขภาพแห่งชาติจะต้องเป็นองค์กรที่ทำหน้าที่เชื่อมโยงกลไกสร้างปัญญาและความรู้ทางสุขภาพเข้ากับภาคีประชาคมสุขภาพทั้งหลายในประเทศและกลไกทางการเมืองของรัฐในส่วนกลางและท้องถิ่นให้ผนึกกำลังกันกำหนดทิศทางนโยบายสุขภาพ ตลอดจนแสวงหาทางออกในการจัดการกับปัญหาสุขภาพในมิติต่างๆ อย่างชัดเจน ทันเวลา และสอดคล้องกับความจำเป็นของประชาชน

13.7.3 การป้องกันและควบคุมโรค

การป้องกันและควบคุมโรคในปัจจุบันใช้กลไกการดำเนินโครงการและแผนงานป้องกันและควบคุมโรคจากหน่วยงานในระดับกรมในส่วนกลาง โดยจำแนกความรับผิดชอบตามธรรมชาติของโรคเช่น โรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ โรคจากสิ่งแวดล้อม โรคจากการประกอบอาชีพ โรคจิต ฯลฯ ในการปฏิรูประบบสุขภาพเป็นการเปลี่ยนทัศนะและแนวทางจากการใช้อำนาจและหน้าที่ตามกฎหมายในการกำหนดมาตรการและจัดบริการในการป้องกันและควบคุมโรคและภยันตรายต่อสุขภาพของผู้คน ไปเป็นการกระจายอำนาจและหน้าที่ดังกล่าวไปสู่ท้องถิ่นและชุมชน โดยองค์กรส่วนกลางทำหน้าที่ในทางวิชาการ เพื่อติดตามความรู้ สถานการณ์ของโรคและรังสรรค์ความรู้ใหม่ให้ทันกับปัญหาสุขภาพที่แปรเปลี่ยนไปอย่างรวดเร็ว อันจะช่วยให้

สามารถสนับสนุนองค์ความรู้ทางวิชาการ มาตรการที่เหมาะสม และผลการประเมินที่เป็นกลาง ให้แก่หน่วยงานต่างๆ ที่รับผิดชอบภารกิจในการป้องกันและควบคุมโรคในท้องถิ่นและชุมชน หน่วยงานในภูมิภาค ท้องถิ่น และชุมชน จึงจำเป็นต้องปรับบทบาทให้สามารถรับภารกิจการควบคุมโรคและภยันตรายทั้งในเชิงของการให้บริการป้องกันและควบคุมโรคแก่บุคคล (Personal Care) และในเชิงการใช้นโยบายสาธารณะทั้งด้านสุขาภิบาล คุ้มครองผู้บริโภค และควบคุมกฎกติกาความปลอดภัยของประชาชน (Public Safety reinforcement) ให้เป็นมาตรการปกป้องประชาชนในแต่ละพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพสูงสุดในขณะเดียวกันก็จะต้องเชื่อมโยงกับระบบเฝ้าระวังและเตือนภัยทางระบาดวิทยาของภัยทางสุขภาพต่างๆ ที่มีการประสานเป็นเครือข่ายกับองค์กรเฝ้าระวังและสอบสวนปัญหาทางสุขภาพจากส่วนกลาง

กลไกสำคัญในส่วนกลางสำหรับการป้องกันและควบคุมโรคที่จะต้องเสริมสร้างขึ้นมาให้เข้มแข็ง ได้แก่ สถาบันสำหรับศึกษาวิจัยโรคและภัยทางสุขภาพของคนไทยด้านต่างๆ อันเป็นเครือข่ายร่วมกับสถาบันการศึกษาในมหาวิทยาลัยต่างๆ ส่งผลให้เกิดกระบวนการวิจัยที่เชื่อมโยงเข้ากับกลไกการฝึกอบรมบุคลากรที่รับภารกิจการป้องกันและควบคุมโรคให้กับภูมิภาคและท้องถิ่น เป็นการเสริมสร้างเครือข่ายทางวิชาการในการป้องกันและควบคุมโรคที่เข้มแข็งและกว้างขวางครอบคลุมทั่วประเทศ

13.7.4 การจัดบริการสุขภาพ

การปรับเปลี่ยนที่สำคัญในกระบวนการจัดบริการสุขภาพก็คือ วิวัฒนาการแนวคิดจากแนวทางที่รัฐจัดบริการสุขภาพให้ประชาชนอย่างทั่วถึงในรูปของการช่วยเหลือเยี่ยงสังคมสงเคราะห์ (Charity) มาเป็นแนวคิดรัฐเป็นผู้รับผิดชอบต่อบริการทางสุขภาพของประชาชน (State Welfare) หรือร่วมกับแนวคิดประกันสุขภาพแบบเฉลี่ยความเสี่ยง (Insurance) หรือร่วมกับแนวคิดการพึ่งพาตนเองโดยส่งเสริมการออมของประชาชน (Saving Fund) ให้เป็นเครื่องมือนำไปสู่อุดมการณ์ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน (Universal Coverage)

การกำหนดโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพให้แยกบทบาทภารกิจอย่างชัดเจนจะช่วยให้การจัดบริการครอบคลุมได้ทั่วถึงและเป็นธรรม ในขณะที่การจัดการมีประสิทธิภาพและคุณภาพได้มาตรฐานเดียวกัน ประเด็นสำคัญที่สุดก็คือจะช่วยให้จัดระบบการเป็นเจ้าของควบคุมบริหารจัดการ และกลไกการคลังเพื่อสุขภาพได้ชัดเจนขึ้น บริการสุขภาพจึงจำแนกเป็น

(1) การบริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นบริการที่เป็นของชุมชน ดูแลให้บริการแก่ประชาชนในชุมชนอย่างใกล้ชิดสอดคล้องกับลักษณะปัญหา และเงื่อนไขทางเศรษฐกิจและสังคมของชุมชน โดยเป็นผู้ส่งต่อผู้มีปัญหาทางสุขภาพไปสู่บริการในระดับสูงขึ้นไปตามความจำเป็น ใช้งบประมาณรัฐบาล ท้องถิ่น และผู้ใช้บริการ

(2) การบริการสุขภาพทุติยภูมิ เป็นบริการที่ดูแลปัญหาสุขภาพของประชาชนที่ซับซ้อนและเกินความสามารถของบุคลากรวิชาชีพในระดับปฐมภูมิ เป็นผู้ใช้บริการที่ส่งต่อขึ้นมา แต่เป็นการดูแลสุขภาพด้วยมาตรฐานที่กำหนดเท่าเทียมกันสำหรับประเทศไทย ได้รับงบประมาณจากรัฐบาล ท้องถิ่นและผู้ใช้บริการ

(3) การบริการสุขภาพตติยภูมิ เป็นบริการในระดับส่วนกลางซึ่งเน้นหนักในการศึกษาวิจัยนอกเหนือจากมาตรฐานการรักษาพยาบาลสำหรับประเทศไทย เนื่องจากวิวัฒนาการของระเบียบวิธีการรักษาพยาบาลและดูแลสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปรวดเร็วมาก นอกจากนั้นยังทำหน้าที่ผลิตบุคลากรวิชาชีพเฉพาะด้านให้กับสถานบริการสุขภาพในระดับต่างๆ สถานบริการในระดับนี้ได้รับงบประมาณสนับสนุนตรงจากรัฐบาล

(4) การบริการฉุกเฉินทางการแพทย์ เป็นบริการที่เป็นของท้องถิ่นเชื่อมโยงการดูแลตั้งแต่ระดับการปฐมพยาบาล การนำส่งผู้ป่วย และสถานให้บริการฉุกเฉินที่ช่วยกู้ชีพ และป้องกันการเสียชีวิต หรือพิการ อันไม่สมควรแก่ประชาชนทั่วไป บริการกลุ่มนี้จะต้องเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากกองทุนบริการฉุกเฉินทางการแพทย์สนับสนุนโดยรัฐบาล และท้องถิ่น

กลไกสำคัญที่จะช่วยให้ระบบบริการต่างๆ ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพสูง ก็คือจะต้องมีการจัดตั้งองค์กรกลางที่ทำหน้าที่ควบคุมและรับประกันคุณภาพของสถานบริการ และองค์กรที่ทำหน้าที่ศึกษาโครงสร้างต้นทุนเพื่อปรับราคาค่าบริการที่เรียกเก็บให้เหมาะสม ช่วยให้การวางแผนทางการเงินของการจัดบริการสุขภาพเป็นไปได้อย่างถูกต้อง

บริการสุขภาพในแนวคิดใหม่นี้ได้ครอบคลุมไปถึงบริการสุขภาพทางเลือกต่างๆ ซึ่งหลายประชาคมใช้ภูมิปัญญาสร้างสรรค์ขึ้นมา โดยรัฐจะต้องจัดระบบการเลือกสรรและรับรองคุณภาพเพื่อให้ประชาชนส่วนใหญ่มีข้อมูลเพียงพอที่จะเลือกใช้บริการสุขภาพเหล่านี้อย่างฉลาด

13.7.5 ความรู้และภูมิปัญญาสุขภาพ

วิวัฒนาการทางเทคโนโลยีทางสุขภาพและการแปรเปลี่ยนของสถานการณ์ปัญหาสุขภาพเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วขึ้นเรื่อยๆ ในโลกปัจจุบัน การที่จะทำให้ประชาชนทั่วไป และประเทศชาติสามารถพึ่งตนเองได้อย่างยั่งยืนจำต้องสร้างกลไกการสร้างความรู้และเผยแพร่ภูมิปัญญาทางสุขภาพเป็นพื้นฐานการตัดสินใจทั้งในระดับปัจเจก และในระดับนโยบายสาธารณะ

กลไกสำหรับจัดการความรู้และภูมิปัญญาด้านสุขภาพประกอบด้วย

(1) ระบบวิจัยสุขภาพแห่งชาติ

ในปัจจุบันการวิจัยสุขภาพเป็นกิจกรรมที่มีการบริหารจัดการ และให้ทุนสนับสนุนกระจัดกระจายอยู่ในองค์กรและสถาบันการศึกษาหลากหลาย รัฐยังมิได้มุ่งเน้นการลงทุนในการวิจัยสุขภาพเพื่อให้ได้รับผลตอบแทนต่อสุขภาพและการประหยัดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพอย่างจริงจัง อีกทั้งการวิจัยสุขภาพส่วนใหญ่ขาดการเชื่อมโยงที่จะนำไปใช้ประโยชน์ต่อประเทศชาติและประชาชน ประกอบกับการปรับเปลี่ยนเทคโนโลยีทางสุขภาพอย่างรวดเร็วทำให้คนไทยจำต้องพึ่งพาความรู้และเทคโนโลยีสุขภาพจากต่างประเทศมากยิ่งขึ้น

รัฐต้องเปลี่ยนทัศนะของการจัดสรรงบประมาณในการวิจัยสุขภาพซึ่งแต่เดิมเป็นเพียงค่าใช้จ่ายสิ้นเปลืองที่มิได้เข้มงวดกับความคาดหวังให้ได้ผลงานตอบสนองต่อระบบสุขภาพของประเทศชาติที่มีประสิทธิภาพสูงขึ้น ให้กลับเป็นการกำหนดนโยบายการวิจัยสุขภาพในลักษณะของการลงทุนที่จะได้ผลตอบแทนชัดเจน

กระบวนทัศน์ใหม่ของระบบวิจัยสุขภาพจึงเป็นการจัดระบบเครือข่ายนักวิจัย และ

กลไกให้ทุนการวิจัยสุขภาพให้เกิดพลังทางภูมิปัญญาตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่ประเทศไทยกำลังเผชิญอยู่ และลดความพึ่งพาเทคโนโลยีจากต่างประเทศให้ได้มากที่สุด รัฐจำต้องปรับทัศนะเล็งเห็นความจำเป็นของการลงทุนทางด้านการวิจัยสุขภาพแห่งชาติ และจัดตั้งองค์กรบริหารการวิจัยสุขภาพที่มีเครือข่ายกว้างขวางทั้งในแง่ของสหวิชาชีพ วิทยาศาสตร์ทุกสาขาที่เกี่ยวพันกับสุขภาพ และสอดคล้องกับความต้องการของคนในพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศ การแบ่งสรรงบประมาณจากภาคสุขภาพของรัฐทั้งในระดับรัฐบาล และท้องถิ่นมาใช้ในการบริหาร จัดการวิจัยสุขภาพเป็นเงื่อนไขสำคัญ เพื่อให้เกิดความตระหนักในการใช้ประโยชน์งานวิจัยให้คุ้มกับทุนที่ได้ใช้จ่ายไป

(2) ระบบสารนิเทศการบริหารสุขภาพ

การบริหารจัดการระบบสุขภาพทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่นจำต้องพึ่งพาอาศัยข้อมูลที่แสดงสถานการณ์ทางด้านสุขภาพ และภาวะการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยด้านต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของคนไทย แหล่งข้อมูลในปัจจุบันยังไม่สามารถสะท้อนมิติทางสุขภาพของประชาชนได้อย่างครบถ้วนอีกทั้งข้อมูลที่มีอยู่ยังกระจัดกระจายขาดหน่วยงานที่จะทำหน้าที่รวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์ ให้สามารถชี้ชัดถึงแนวโน้มของสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ทำให้ข้อมูลที่มีอยู่ขาดความแม่นยำในการใช้ศึกษาคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความเป็นธรรมในการจัดบริการสุขภาพให้แก่ประชาชน

การริเริ่มและจัดตั้งองค์กรที่สามารถประมวลข้อมูลจากหลายแหล่ง แล้วนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ให้เกิดเป็นเครื่องชี้นำสำหรับบริหารนโยบายสุขภาพในทุกระดับ จึงเป็นภารกิจที่จะต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วน และเป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับให้สภาสุขภาพแห่งชาติใช้ในการผลักดันนโยบายสุขภาพต่อไป ศูนย์ข้อมูลสุขภาพในระดับชาติควรทำหน้าที่ชี้นำทางปัญญาแก่ผู้กำหนดนโยบายสุขภาพในทุกระดับ

(3) ระบบฐานข้อมูลสุขภาพสำหรับประชาชน

กระบวนการสุขศึกษาแบบดั้งเดิมวางผู้ให้บริการสุขภาพเป็นผู้ให้สุขศึกษาที่มีข้อมูลจำกัดอยู่กับกรอบความรู้ความเข้าใจและความเชื่อของผู้ให้สุขศึกษาเท่านั้น ยังขาดการปรับข้อมูลให้ทันกับความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีในโลกที่วิวัฒนาการไปอย่างรวดเร็ว ประเด็นที่สำคัญที่สุดก็คือไม่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนที่เผชิญกับปัญหาสุขภาพเฉพาะตัวแตกต่างกันมากขึ้น และมีสื่อหลากหลายที่ป้อนข้อมูลสุขภาพจนท่วมท้น

การจัดข้อมูลสุขภาพให้ถูกต้อง ครบถ้วน สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนได้กระจายไปอยู่ในมือของนักวิชาชีพสื่อมวลชนหลากหลาย รูปแบบของสื่อมีพัฒนาการไปสู่การรับรู้ของปัจเจกและสาธารณชนตั้งแต่รูปแบบของหนังสือพิมพ์ วารสาร สื่อสิ่งพิมพ์ ไปจนถึงสื่อที่แพร่กระจายทางคลื่นความถี่ ได้แก่ วิทยุ โทรทัศน์ และสื่อที่ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศสมัยใหม่ เช่น ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ในรูปของ Internet หรือ Webpage หรือแม้แต่การใช้โทรศัพท์มือถือเข้าค้นหาข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ การใช้เนื้อหาทางสุขภาพเป็นข่าวสารที่ดึงดูดให้ประชาชนสนใจและเลือกซื้อหาสินค้า หรือบริการหลายรูปแบบเกิดขึ้นอย่างกว้างขวาง

รัฐจึงไม่จำเป็นต้องเข้าไปทำหน้าที่หลักในการกระจายข้อมูลสุขภาพแก่สาธารณะ แต่ควรจะปรับภารกิจมามุ่งเน้นที่การทำหน้าที่เป็นแหล่งตรวจสอบข้อมูล และควบคุมให้การเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพ จากทุกภาคส่วนมีรากฐานทางวิชาการและความรู้ที่ถูกต้อง สอดคล้องกับความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสุขภาพ

13.7.6 การสร้างศักยภาพให้แก่ผู้บริโภค (Consumer Empowerment)

วิธีการที่รัฐดำเนินการคุ้มครองผู้บริโภค (Consumer Protection) ที่ดำเนินอยู่ในปัจจุบันเป็นกลวิธีที่ใช้กลไกของรัฐเป็นเครื่องมือควบคุมให้สินค้านานาชนิดอันรวมถึงสินค้าทางสุขภาพที่ผลิตและนำเข้ามาใช้กับคนไทยมีมาตรฐานทางคุณภาพและไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อประชาชน ในขณะที่สินค้าและบริการสุขภาพมีการเติบโตและใช้เทคโนโลยีที่ซับซ้อนขึ้น ทำให้การขยายกลไกของรัฐให้ตอบสนองต่อภารกิจเหล่านี้เป็นไปได้ยากขึ้นเรื่อยๆ

ในขณะเดียวกัน กลุ่มประชาคมต่างๆ ได้ก่อร่างสร้างตัวและเติบโตเข้มแข็งขึ้นทำหน้าที่ปกป้องคุ้มครองตัวเองจากการเอารัดเอาเปรียบของผู้ผลิตและผู้ค้ามากขึ้น มีการจัดตั้งเป็นสมาคมคุ้มครองผู้บริโภคขึ้นมาในรูปขององค์กรประชาชน แต่ข้อมูลและเงื่อนไขเฉพาะตัวของสินค้าและบริการสุขภาพมีนัยที่ประชาชนเข้าใจการจัดโครงสร้างองค์กรที่ทำหน้าที่ตรวจสอบข้อมูลสุขภาพเพื่อเสริมภารกิจของกลุ่มประชาคมผู้บริโภคให้มีความรู้และภูมิปัญญาที่เข้มแข็งและสามารถตัดสินใจเลือกใช้สินค้าทางสุขภาพต่างๆ จึงเป็นกลไกที่จำเป็นสำหรับมุ่งเสริมศักยภาพผู้บริโภค

นอกไปจากนั้น การชดใช้ความเสียหายจากสินค้าและบริการสุขภาพ (Compensation) ในปัจจุบันยังมีความจำกัดและไม่สามารถช่วยเหลือประชาชนผู้ตกเป็นเหยื่อของการโฆษณาชวนเชื่อที่เอารัดเอาเปรียบ หรือผู้ให้บริการทางสุขภาพที่เห็นแก่ได้ให้บริการที่เกินความจำเป็นทำให้ผู้บริโภคต้องเสี่ยงและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายเกินความจำเป็น การจัดตั้งกองทุนที่มีแหล่งที่มาของเงินทุนจากสัดส่วนของภาษีที่ผู้ผลิตสินค้าสุขภาพจ่ายให้แก่รัฐ สำหรับทำหน้าที่ชดใช้ให้แก่ประชาชนในขณะที่การฟ้องร้องดำเนินคดียังอยู่ในกระบวนการของศาลซึ่งอาจจะใช้เวลายาวนาน

13.7.7 ระบบกำลังคนด้านสุขภาพ

การปรับการลงทุนและบริหารจัดการกำลังคนในระบบสุขภาพให้เหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการและระดับปัญหาทางสุขภาพในชุมชนต่างๆ ในปัจจุบันการผลิตและจัดสรรทรัพยากรมนุษย์อันเป็นพื้นฐานสำคัญของการจัดบริการสุขภาพในทุกระดับเป็นไปอย่างแยกส่วน เงื่อนไขการกระจายอำนาจ และการปฏิรูประบบการศึกษาส่งผลให้มหาวิทยาลัยเปลี่ยนฐานะไปเป็นองค์กรในกำกับของรัฐที่มีอิสระในการปกครองและบริหารจัดการมากขึ้น ทำให้โอกาสในการจัดกลไกบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพให้เป็นเอกภาพเป็นเรื่องยากยิ่งขึ้น

13.8 เอกสารอ้างอิง

1. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540.
2. บวรศักดิ์ อุวรรโณ. บรรยายในการประชุมที่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2541.
3. WHO Assembly Meeting. 1998.
4. ประเวศ วะสี. สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์. นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ; มีนาคม 2543.
5. พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนกระจายอำนาจท้องถิ่น พ.ศ. 2542.
6. Collins C, Green A, Decentralization and primary health care: some negative implications in developing countries. International Journal of Health Service 1994; 4(3): 459-75.
7. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบราชการ พ.ศ. 2540.
8. ทิพาวดี เมฆสวรรค์. ปฏิรูปราชการเพื่อความอยู่รอดของไทย. การปฏิรูประบบราชการ: ยุทธศาสตร์สำคัญของการเปลี่ยนแปลง. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการปฏิรูประบบราชการ สำนักงาน ก.พ.; 2541. หน้า 32-47.
9. สุรพล นิติไกรพจน์. ความเป็นไปได้และแนวทางการตรากฎหมายจัดตั้งองค์การมหาชน. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการปฏิรูประบบราชการ สำนักงาน กพ.; 2543.
10. พระราชบัญญัติองค์การมหาชน พ.ศ. 2541.
11. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบราชการ พ.ศ. 2541.
12. World Bank. Report on Economic Crisis in Thailand, 1999.
13. The World Bank. Thailand economic monitor. Bangkok: World Bank Thailand Office; February 2000.
14. ประเวศ วะสี. สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2543.

บทที่ 14

การปฏิรูประบบบริหารภาครัฐ และการปฏิรูปภาคราชการ กับอนาคตของการพัฒนาการประกันสุขภาพของประเทศไทย: การปกครองตนเองและการกระจายอำนาจในการบริหารของโรงพยาบาล

สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, พ.บ., MPH.
กระทรวงสาธารณสุข

14.1 บทนำ

รัฐมีบทบาทอย่างมากในระบบสุขภาพของประเทศไทย ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในภาครัฐ จึงมีผลกระทบต่อระบบสุขภาพโดยรวม รัฐบาลไทยได้ริเริ่มการปฏิรูปในภาครัฐ โดยมุ่งหวังที่จะลดขนาดของภาครัฐมามากกว่า 10 ปีแล้ว ในปี 2541 คณะรัฐมนตรีได้ร่างแผนปฏิรูประบบบริหารภาครัฐ ซึ่งประกอบด้วย 5 แผนหลัก ได้แก่ การปรับบทบาทของภาครัฐ การปฏิรูประบบการเงินการคลัง การปฏิรูปการบริหารงานบุคคล การปฏิรูปกฎ ระเบียบ ข้อบังคับต่างๆ และการปฏิรูปวัฒนธรรมองค์กร[1] โดยทำการวางแผนปรับโครงสร้างพร้อมกับการทบทวนบทบาทภารกิจของหน่วยงานของรัฐบางแห่งเช่น กระทรวงพาณิชย์และกระทรวงการคลังเป็นกระทรวงเป้าหมายของการปรับบทบาทกระทรวงในภาคเศรษฐกิจ ส่วนกระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงสาธารณสุขเป็นสองกระทรวงหลักในภาคสังคม ความพยายามเบื้องต้นที่จะปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุข เน้นที่จะปรับปรุงบทบาทของกรม กองต่างๆ โดยมุ่งเน้นให้มีการลดขนาดกำลังคนและปรับองค์กร เพื่อให้เป็นองค์กรรัฐที่มีความเป็นอิสระ โดยไม่ได้พิจารณาความจำเป็นที่จะต้องมีการปฏิรูประบบสุขภาพทั้งระบบกลยุทธ์ที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนเน้นเพียงให้มีการลดบทบาทที่มีอยู่โดยการถ่ายโอนภารกิจให้องค์กรต่างๆ ได้แก่ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงหน่วยงานภาครัฐอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง สำหรับกระทรวงสาธารณสุข ข้อเสนอที่จะปฏิรูประบบต่างๆ ได้ผ่านเป็นมติคณะรัฐมนตรีแล้ว แต่ไม่ได้มีการดำเนินการอย่างจริงจัง[2] ในปี 2541 และ 2542 นั้น มีการพัฒนา 2 ด้านที่สำคัญที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในกระทรวงสาธารณสุขเป็นอย่างมากคือ จากวิกฤติเศรษฐกิจ รัฐบาลไทยได้กู้เงินจากธนาคารพัฒนาแห่งเอเชีย (ADB) ในปี 2541 เพื่อปฏิรูปภาคสังคม รวมทั้งการทำให้โรงพยาบาลรัฐออกนอกระบบ (Corporatization of public hospitals)[3] และในเดือนพฤศจิกายน 2542 รัฐสภาได้ผ่านกฎหมายการกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ

ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น[4] ซึ่งกำหนดให้กระทรวงต่างๆ รวมทั้งกระทรวงสาธารณสุขถ่ายโอนภารกิจต่างๆ รวมทั้งทรัพยากร สิ่งก่อสร้าง และบุคลากร ไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภายในระยะเวลา 10 ปี

14.2 การปฏิรูปโรงพยาบาลของรัฐในประเทศไทย

14.2.1 ระบบพื้นฐานในการดูแลสุขภาพ

ความพยายามที่จะปฏิรูปโรงพยาบาลรัฐในไทยไม่ได้เริ่มจากการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากวิกฤติการณ์เศรษฐกิจและการกำหนดนโยบายมาจาก ADB ในทางกลับกัน ได้มีการพัฒนาการปฏิรูปองค์กรทั้งด้านหลักการและรูปแบบเนื่องจากโรงพยาบาลของรัฐมีความสำคัญโดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อประชากรในชนบท เหตุผลสำคัญที่มีความพยายามในการปรับเปลี่ยนโรงพยาบาลรัฐมาจากความพยายามที่จะเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพของโรงพยาบาลรัฐมากกว่าความต้องการที่จะลดขนาดภาคราชการ อันที่จริงแล้ว แม้จะเน้นความจำเป็นที่จะต้องปฏิรูปเหมือนกันแต่เป้าหมายดูจะต่างกัน ระหว่างหน่วยงานกลางในการปฏิรูประบบราชการ (สำนักงาน ก.พ.) กับกระทรวงสาธารณสุขผู้ซึ่งต้องดูแลโรงพยาบาลมากกว่า 75% ของทั้งหมด และมีอัตราการครองเตียงสูงกว่า 90% ของภาครัฐทั้งประเทศ ดังจะเห็นได้จากตารางที่ 14.1

ตารางที่ 14.1 สถานบริการต่าง ๆ ทั่วประเทศ ปี พ.ศ. 2541

ระดับการบริหาร	สถานบริการสุขภาพ	จำนวน	ความครอบคลุม
กรุงเทพมหานคร เมืองหลวง	โรงพยาบาลของคณะแพทยศาสตร์ต่างๆ	5	
	โรงพยาบาลทั่วไป	29	
	● กระทรวงสาธารณสุข	4	
	● กระทรวงมหาดไทย (ไม่รวม กทม.)	5	
	● กระทรวงกลาโหม	7	
	● กทม.	8	
	● รัฐวิสาหกิจ	4	
	● กระทรวงเกษตรและสหกรณ์	1	
	สถาบัน/โรงพยาบาลเฉพาะโรค	19	
	ศูนย์บริการสาธารณสุขและสาขา	60-83	
	โรงพยาบาลขนาด 10 เตียง (กทม.)	3	
ระดับภูมิภาค (4 ภาค)	โรงพยาบาลของคณะแพทยศาสตร์ต่างๆ	4	
	โรงพยาบาลศูนย์ของกระทรวงสาธารณสุข	25	
	โรงพยาบาลเฉพาะโรคของกระทรวงสาธารณสุข	38	
	● โรงพยาบาลแม่และเด็ก	9	
	● โรงพยาบาลโรคจิต	10	
	● โรงพยาบาลประสาท	2	
	● โรงพยาบาลโรคเรื้อน	1	

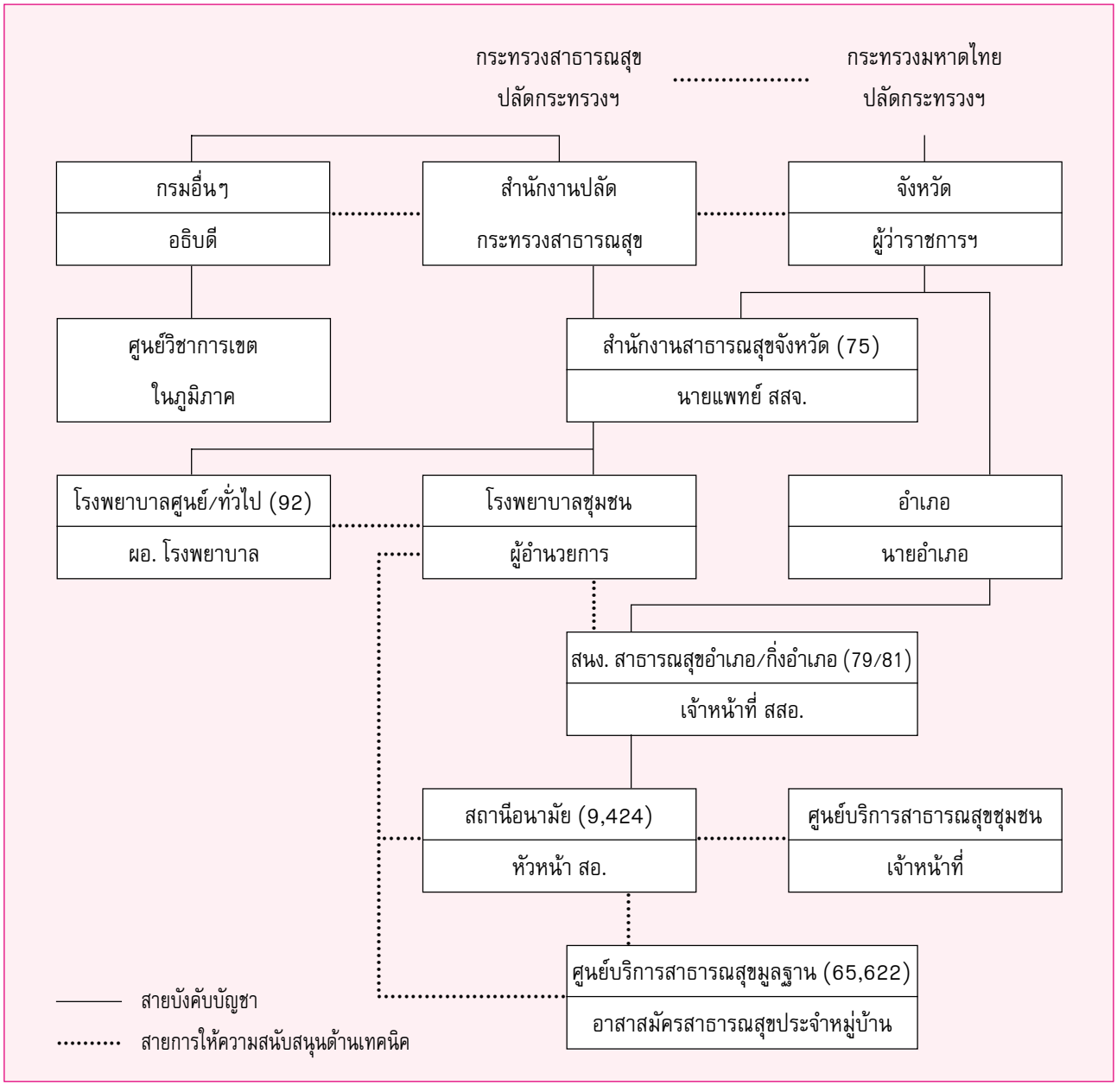
ตารางที่ 14.1 สถานบริการต่าง ๆ ทั่วประเทศ ปี พ.ศ. 2541 (ต่อ)

ระดับการบริหาร	สถานบริการสุขภาพ	จำนวน	ความครอบคลุม
	● โรงพยาบาลโรคติดต่อ	2	
	● โรงพยาบาลโรคปอด	1	
	● ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง	6	
	● ศูนย์บำบัดผู้ติดยา	5	
	● ศูนย์ผู้มีปัญหาทางการได้ยิน	1	
	● ศูนย์สำหรับผู้สูงอายุ	1	
จังหวัด	โรงพยาบาลทั่วไป (2542) ภายใต้ กสธ.	67	100%
(75 จังหวัด)	โรงพยาบาลทหาร (กระทรวงกลาโหม)	56	
อำเภอ	โรงพยาบาลชุมชน (มี.ค. 2542) (กสธ.)	712	89.56%
(795 อำเภอ, 81 กิ่งอำเภอ	OPD สาขา (มี.ค. 2542) (กสธ.)	1	
และ 7,255 ตำบล)	ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล (เม.ย. 2542)	212	
	สถานีอนามัย (มี.ค. 2542) (กสธ.)	9,689	100%
หมู่บ้าน	ศูนย์บริการสาธารณสุขชุมชน		
(68,881 หมู่บ้าน)	● ชนบท	67,376	97.8%
	● ในเมือง	1,732	

ที่มา: สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2540-2541, 2542[5]

กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ให้บริการด้านการสาธารณสุขที่สำคัญในพื้นที่นอกเขตกรุงเทพมหานคร เป็นเวลากว่า 50 ปี นับตั้งแต่มีการก่อตั้งกระทรวงฯ และขยายการให้บริการการแพทย์ครอบคลุมพื้นที่ในหลายระดับ รวมทั้งการปรับปรุงโครงสร้างระบบการจัดการในระดับจังหวัดด้วย ในขณะนี้แต่ละจังหวัดมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ดูแลกิจกรรมการพัฒนาสุขภาพ และสนับสนุนการให้บริการด้านสาธารณสุขในจังหวัดนั้นๆ[5] ซึ่งรวมถึงโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปในระดับจังหวัด โรงพยาบาลชุมชนในระดับอำเภอและสถานีอนามัยในระดับตำบล มีการสร้างเครือข่ายในการให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนแต่ละจังหวัด ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ โรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัยมีการทำงานร่วมกันภายในชุมชน ผ่านทางเครือข่ายของอาสาสมัครสาธารณสุขและกลุ่มพัฒนาชุมชนต่างๆ (ภาพที่ 14.1) สำหรับในจังหวัดอื่นๆ นอกจากกรุงเทพฯ มีโรงพยาบาลทหาร โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลเอกชนซึ่งเป็นผู้ที่ให้บริการสาธารณสุขด้วย อย่างไรก็ตาม ก็ยังมีส่วนอื่นๆ เช่น คลินิกและร้านขายยาที่ให้บริการแก่ประชาชนในชนบทด้วย โดยเฉลี่ยแต่ละจังหวัดมีโรงพยาบาลทั่วไป 1.2 โรงพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน 10.2 โรงพยาบาล และสถานีอนามัย 130 แห่ง (ไม่รวมกรุงเทพฯ)

ภาพที่ 14.1 เครือข่ายการให้บริการของกระทรวงสาธารณสุข ในแต่ละจังหวัด



ที่มา: ปรับจาก สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2540-2541, 2542[5]

14.2.2 แรงผลักดันในการปฏิรูปโรงพยาบาลของรัฐ

แม้ว่าความสำเร็จในด้านการสาธารณสุข และการขยายจำนวนสถานบริการต่างๆ จะสามารถครอบคลุมประชากรไทยเพิ่มขึ้นตามลำดับ การให้บริการสาธารณสุขก็ยังคงต้องการการปรับปรุงทั้งในภาครัฐและภาคเอกชนในส่วนของภาครัฐยังคงมีปัญหาของความแออัดคับคั่งต้องรอนาน และยังคงมีประชาชนที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการบางอย่างได้ ถึงแม้จะมีจำนวนบุคลากร อุปกรณ์ และสถานที่เพิ่มขึ้นก็ตาม ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา จำนวนผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นถึง 160% ในขณะที่จำนวนแพทย์เพิ่มขึ้น 13% ในโรงพยาบาลชุมชน นั่นคือแพทย์แต่ละคนต้องดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 2.3 เท่า (จาก 33 คน เป็น 77 คนต่อวัน) ส่วนในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลส่วนภูมิภาคมีจำนวนผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้น 80% และมีแพทย์เพิ่มขึ้น 3%

ฉะนั้น แพทย์แต่ละคนจะดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 1.6 เท่า (จาก 14.5 คน เป็น 23 คนต่อวัน)[6] และในภาพรวมก็คือ จำนวนผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้น 140% (ปี 2532-2541) ขณะที่จำนวนแพทย์เพิ่มขึ้น 5% (ปี 2532-2540) จึงมีการร้องเรียนเรื่องบริการที่มีคุณภาพต่ำเกิดขึ้นเสมอ ในขณะที่โรงพยาบาลเอกชนแม้จะมีความคับคั่งน้อยกว่า แต่ไม่สามารถเข้าถึงประชากรส่วนใหญ่ของประเทศได้ เนื่องจากนโยบายในการสนับสนุนโรงพยาบาลเอกชน โดยมองเป็นเรื่องของธุรกิจส่วนตัวและใช้กลไกการตลาดในการดำเนินงาน โดยปล่อยให้ขึ้นอยู่กับความเต็มใจและความสามารถที่จะจ่ายเงินของประชาชนผู้ใช้บริการ

การจัดการในโรงพยาบาลของรัฐ เป็นแบบการรวมศูนย์ ไม่ว่าจะเป็นการบรรจุบุคลากร ค่าจ้างต่างๆ และการดำเนินการจัดการต่างๆ เกี่ยวกับบุคลากร ล้วนแต่ถูกตัดสินใจโดยหน่วยงานกลางของรัฐ ที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนและงบประมาณของรัฐ ได้แก่ สำนักงาน ก.พ. สำนักงบประมาณ กรมบัญชีกลาง และกระทรวงสาธารณสุข[7] แม้ว่าโรงพยาบาลจะสามารถมีรายได้ การเรียกเก็บจากผู้ใช้บริการ แต่รายได้นั้นสามารถนำมาใช้เป็นค่าใช้จ่ายของบุคลากรได้ภายใต้กฎและระเบียบกลางที่กำหนดขึ้น งบประมาณของโรงพยาบาลต่างๆ ถูกกำหนดโดยส่วนกลาง ซึ่งมากกว่า 70% ของงบประมาณนั้น ใช้จ่ายเป็นเงินเดือนและไม่สามารถใช้เพื่อจุดประสงค์อื่นๆ ได้[8] งบประมาณในการดำเนินงานต้องใช้ให้หมดภายในปีงบประมาณนั้น ไม่เช่นนั้นต้องส่งคืนรัฐ ไม่ค่อยมีการประเมินผลการปฏิบัติงานของโรงพยาบาล เว้นแต่จะผ่านทางระบบนิเทศติดตามและรายงานตามปกติ สถานบริการไม่อยู่ภายใต้การตรวจสอบของประชาชนและไม่ตอบสนองต่อผู้ใช้บริการอย่างเพียงพอ

มีความพยายามต่างๆ ในการปรับปรุงการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลของรัฐ ควบคู่ไปกับการปรับปรุงอุปกรณ์ สถานที่ในการให้บริการด้านสาธารณสุขมาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ได้มีการจัดทำมาตรฐานการให้บริการสำหรับสถานบริการสาธารณสุขแต่ละระดับ โดยหวังว่าจะมีการพัฒนาบุคลากรและการให้บริการ ซึ่งกระทำโดยการจัดเป็นเครือข่ายสาธารณสุข 19 เครือข่ายทั่วประเทศ[9] มีการใช้เงินไปเพื่อที่จะปรับปรุงอาคารต่างๆ และจัดซื้ออุปกรณ์ใหม่ๆ สำหรับโรงพยาบาลใหญ่ ในช่วงที่เศรษฐกิจขยายตัว[10] มีการรณรงค์และอบรมบุคลากรและผู้บริหารเพื่อปรับปรุงโรงพยาบาล ยิ่งไปกว่านั้น ยังมีการเริ่มการรับรองมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลโดยผ่านการร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน[11] คำถามที่เกิดขึ้นระหว่างที่มีความพยายามในการที่จะปรับปรุงก็คือประเทศไทยจะสร้างโรงพยาบาลรัฐแบบใหม่ที่จะกระตุ้นให้มีการจัดการที่มีประสิทธิภาพและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องและมีความรับผิดชอบต่อผู้ป่วยมากขึ้นได้อย่างไร ซึ่งแนวทางหนึ่งที่จัดเป็นความท้าทายคือ การจัดให้มีระบบการจัดการแบบเอกชนในขณะที่ยังคงสถานภาพที่รัฐเป็นเจ้าของอยู่

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้ชี้ถึงความต้องการปฏิรูปโรงพยาบาลของรัฐโดยเป็นความสำคัญลำดับแรกที่อยู่ในแผนการดำเนินงาน 4 ปีแรก (2536-2539)[12] ซึ่งได้มีการเสนอโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการภายใต้ข้อตกลงระหว่างหน่วยงานกลางของรัฐ เพื่อที่จะพัฒนาให้เกิดโรงพยาบาลของรัฐที่ปกครองตนเอง อย่างไรก็ตาม ก็ไม่ได้รับความสนใจและการสนับสนุนเชิงนโยบายมากนัก อีกทั้งมีงานวิจัยจำนวนน้อยที่มุ่งเน้นถึงรูปแบบการ

พัฒนาการจัดการทางด้านการเงิน และรูปแบบการคลังสำหรับโรงพยาบาลของรัฐ มีการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิรูปโรงพยาบาลรัฐในประเทศเพื่อนบ้าน เช่น ฮ่องกงและสิงคโปร์[13] ในขณะเดียวกันในประเทศไทยเองก็มีความพยายามอื่นๆ ในการทำให้โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยออกนอกระบบราชการในช่วงเวลาเดียวกันด้วย

14.2.3 การก้าวไปสู่การปฏิรูปโรงพยาบาลของรัฐ

รัฐบาลไทยประสบกับความต้องการที่เลี่ยงไม่ได้ในการปฏิรูปภาครัฐในทุกๆ ด้าน จากวิกฤติเศรษฐกิจในปี 2540 ทำให้นโยบายของรัฐและสถาบันต่างๆ ของรัฐหลายแห่ง กลายเป็นเป้าหมายในการปฏิรูปหลายๆ อย่างเริ่มมาจากธนาคารระหว่างประเทศต่างๆ ที่ให้เงินกู้แก่ประเทศไทย ธนาคารพัฒนาแห่งเอเชีย (ADB) เสนอให้มีการปฏิรูปภาคสังคมด้วยเงื่อนไขที่ให้มีการปฏิรูปสถาบันของรัฐในด้านการศึกษา แรงงาน และสาธารณสุข สำหรับด้านสาธารณสุขมีเงื่อนไขหนึ่งคือ การให้โรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลปกครองตัวเองในกำกับของรัฐ (corporatizing hospital) โดยเงื่อนไขกำหนดให้โรงพยาบาลรัฐอย่างน้อย 1 แห่งสามารถออกนอกระบบรัฐได้ในต้นปี 2542 ซึ่งได้มีการจัดเตรียมการสนับสนุนด้านเทคนิควิชาการและให้ข้อเสนอแนะถึงแนวทางในการดำเนินการ

14.2.4 หลักการและกลยุทธ์ในการปฏิรูปโรงพยาบาลของรัฐ

เงื่อนไขเงินกู้และการให้ความช่วยเหลือด้านวิชาการจาก ธนาคารพัฒนาแห่งเอเชีย (ADB) มีประโยชน์ในการสานต่อความพยายามและข้อเสนอที่จะปฏิรูปโรงพยาบาลของรัฐ ข้อสำคัญคือเป็นโอกาสที่จะได้มีการทบทวนแนวคิดต่างๆ เพื่อที่จะพัฒนารูปแบบโรงพยาบาลของรัฐที่มีความเหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจ การเมือง และสังคมของประเทศ ซึ่งกรอบแนวคิดต่างๆ ที่ได้มีการทบทวนและได้ถกเถียงกันนี้ ได้แก่

(1) แนวทางที่เป็นไปได้ในการปฏิรูป

เมื่อเริ่มต้นมีการอภิปรายและถกเถียงถึงแนวคิดต่างๆ มากขึ้น จึงได้พบว่าแต่ละกลุ่มที่มีความพยายามปฏิรูปโรงพยาบาลรัฐ มีแนวคิดพื้นฐานที่แตกต่างกัน ซึ่งจะส่งผลถึงรูปแบบที่แตกต่างกัน คณะทำงานวิชาการจากความช่วยเหลือของธนาคารพัฒนาแห่งเอเชีย (ADB) เริ่มต้นด้วยกรอบแนวคิดของ Breman และคณะ[14] ซึ่งเป็นกรอบที่กว้าง และเริ่มเห็นความชัดเจนของรูปแบบมากขึ้น เมื่อประกอบกับการพิจารณารูปแบบประสบการณ์ของสิงคโปร์[15] อย่างไรก็ตาม ได้เปลี่ยนแปลงศัพท์โดยหลีกเลี่ยงการใช้คำว่า องค์การมหาชน (corporatize) เพื่อที่จะหลีกเลี่ยงการตีความหมายที่ทำให้เข้าใจผิดว่า เป็นการปฏิรูปโรงพยาบาลรัฐให้เป็นบริษัทเอกชนที่มุ่งให้ได้กำไรสูงสุดสำหรับผู้ถือหุ้น อย่างไรก็ตาม รูปแบบของสิงคโปร์ก็ถูกวิจารณ์ว่าเป็นธุรกิจมากเกินไป โดยที่โรงพยาบาลใหม่ของรัฐจะต้องจดทะเบียนเป็นบริษัทเพื่อที่จะไม่ให้ถูกมองว่าเป็นส่วนหนึ่งของรัฐบาล แม้แต่คำว่า องค์การมหาชน (corporatize) ก็ดูจะทำให้เห็นภาพของการเป็นธุรกิจทำกำไร ในที่สุดจึงได้ใช้คำว่า โรงพยาบาลอิสระในกำกับของรัฐ (autonomous public hospital) ซึ่งมีแนวคิดสำคัญคือการดำเนินการที่เป็น

สาธารณะประโยชน์ มีการบริหารจัดการที่ยืดหยุ่น มีกฎเกณฑ์ระเบียบที่จัดตั้งขึ้นโดยตนเอง ซึ่งรวมไปถึงการบริหารจัดการกำลังคนและการเงินการคลังด้วยแต่ยังคงรับนโยบายจากรัฐด้วย สรุปก็คือ การปกครองดูแลของโรงพยาบาลรูปแบบนี้เป็นลักษณะของภาครัฐแต่มีการกระจายอำนาจมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ในแต่ละโรงพยาบาล

(2) รูปแบบองค์กร

เพื่อที่จะแน่ใจได้ว่า โรงพยาบาลรัฐแบบใหม่จะสามารถปฏิบัติหน้าที่เพื่อประชาชนได้ จะต้องมีรูปแบบองค์กรแบบใหม่ของรัฐแทนที่จะมีรูปแบบเป็นเอกชน ซึ่งจะต้องมีการรองรับด้วยกฎหมาย เพื่อให้องค์กรมีสถานภาพตามกฎหมายด้วย ซึ่งหมายถึงการที่ต้องมีการออก พ.ร.บ.ใหม่ผ่านทางรัฐสภา อย่างไรก็ตาม เนื่องจากได้มี พ.ร.บ. องค์การมหาชน พ.ศ. 2542 แล้ว จึงสามารถจะปฏิรูปโรงพยาบาลให้เป็นลักษณะองค์การมหาชน โดยมีคุณสมบัติตามที่ได้กล่าวมาแล้ว และมีการจัดตั้งคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล[16] เพื่อเป็นตัวแทนภาครัฐในการกำกับดูแลการทำงานของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง

(3) การตอบสนองความต้องการของชุมชนที่ดีขึ้น

ประเด็นหนึ่งที่ขาดไปในความพยายามหลายอย่างที่จะปฏิรูปโรงพยาบาลรัฐ คือ การสร้างระบบเพื่อให้โรงพยาบาลตอบสนองความต้องการของชุมชนท้องถิ่น ส่วนใหญ่มักจะสรุปว่าโรงพยาบาลของรัฐที่ออกนอกระบบราชการซึ่งจะต้องหาเงินเลี้ยงตัวเองให้ได้ จะต้องพยายามสนองตอบต่อผู้มาใช้บริการ อย่างไรก็ตาม การตอบสนองต่อผู้ใช้บริการซึ่งสามารถจ่ายเงินได้ กับการสนองตอบความต้องการด้านสุขภาพของชุมชน เป็นสองเรื่องที่ต่างกัน ในการปฏิรูปโรงพยาบาลรัฐนี้เป็นเรื่องที่ชัดเจนว่าต้องการที่จะได้รูปแบบที่การควบคุมจากส่วนกลาง คือ กระทรวงสาธารณสุขจะถูกแทนที่โดยชุมชนในพื้นที่ซึ่งโรงพยาบาลตั้งอยู่ และทำให้โรงพยาบาลตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนนั้นๆ ได้ดีขึ้น โดยผ่านโครงสร้างการปกครองของโรงพยาบาล คือ คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล โดยตัวแทนจากชุมชนจะเป็นส่วนที่สำคัญยิ่งในการปกครองโรงพยาบาล[17]

(4) แหล่งเงิน

จุดมุ่งหมายของการปฏิรูปโรงพยาบาลรัฐไม่ได้ต้องการให้เป็นโรงพยาบาลที่หาเงินเลี้ยงตัวเองได้โดยลำพัง แต่โรงพยาบาลจะต้องได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐด้วย ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าโรงพยาบาลยังคงต้องรับนโยบายจากรัฐด้วย แต่ไม่ใช่การจัดการงบประมาณแบบเดิมๆ ทั้งในแง่ของการใช้งบประมาณและการติดตามกำกับ โรงพยาบาลจะต้องมีการตรวจสอบผลงานที่ชัดเจนและโปร่งใส จำนวนงบประมาณจากรัฐนั้นจะถูกกำหนดโดยหลักเกณฑ์ ที่พิจารณาเป็นรายๆ มากกว่าที่จะเป็นสูตรเดียวกันที่ตายตัว

(5) การควบคุมจากส่วนกลางและความร่วมมือกันของโรงพยาบาลอิสระในกำกับของรัฐ (Autonomous Hospitals)

ตามหลักการแล้ว เป้าหมายสุดท้ายในการจัดตั้งโรงพยาบาลอิสระในกำกับของรัฐ ไม่ได้ต้องการให้ระบบการสาธารณสุขแยกเป็นส่วนๆ โดยขาดความสัมพันธ์ระหว่างโรงพยาบาล ฉะนั้น รัฐต้องสร้างกลไกที่มีประสิทธิภาพในการประสานงานระหว่างโรงพยาบาล รวมทั้งการควบคุมและประสานงานเพื่อให้โรงพยาบาลมีขนาดและประเภทบริการที่เหมาะสม ซึ่งหากปล่อยให้แต่ละโรงพยาบาลตัดสินใจเอง อาจจะทำให้มีการตลาดและการสร้างความต้องการที่นำไปสู่การแข่งขันและการให้บริการสุขภาพที่มากเกินความจำเป็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแข่งขันในเรื่องจำนวน และอุปกรณ์การแพทย์เทคโนโลยีสูงราคาแพง อย่างไรก็ตาม การควบคุมจากรัฐบาลกลางจะมีมากน้อยเพียงไร เป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องกำหนดให้รอบคอบและไม่ง่ายในการที่จะทำให้เกิดความสมดุลระหว่างการมอบอำนาจกับการควบคุม

14.2.5 รูปแบบที่ได้และการนำไปสู่การปฏิบัติ

ในที่สุดได้มีข้อเสนอแนะให้จัดตั้งโรงพยาบาลรัฐรูปแบบใหม่ที่เป็น**อิสระในกำกับของรัฐ** ภายใต้ พ.ร.บ. องค์การมหาชน ซึ่งในช่วงแรกกระทรวงสาธารณสุขได้ร่างแผนที่จะปฏิรูปโรงพยาบาลนำร่องอย่างน้อยที่สุด 7 โรงพยาบาล ประกอบด้วย โรงพยาบาลที่มีขนาดแตกต่างกันในแต่ละส่วนของประเทศ ซึ่งจะทำให้มีโอกาสอันดีในการหาจุดอ่อน จุดแข็ง และความต้องการในการพัฒนาระบบโดยเฉพาะในเรื่องการปรับตัวของบุคลากร และการพัฒนาบุคลากรต่างๆ รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ ผู้จัดการ และสมาชิกในชุมชน อย่างไรก็ตาม เนื่องจากความสงสัยของสาธารณชนต่อเหตุผลในการปฏิรูปและการขาดซึ่งการประสานงานร่วมมือจากฝ่ายการเมือง รวมถึงการต่อต้านจากบุคลากรในโรงพยาบาล จึงมีเพียงโรงพยาบาลชุมชนโรงพยาบาลเดียวที่สามารถเป็นโรงพยาบาลรัฐที่ปกครองตัวเองได้[18] ประสบการณ์จนถึงปัจจุบันจึงมีเพียงน้อยนิดที่จะให้บทเรียนในการก้าวต่อไปในอนาคต

ถึงแม้ว่ามีเพียงโรงพยาบาลชุมชนเล็กๆ โรงพยาบาลเดียวที่สามารถทำได้ ก็เป็นที่ชัดเจนแล้วว่า ระบบต่างๆ ของรัฐในปัจจุบันยังไม่ยืดหยุ่นเพียงพอที่จะสนับสนุนการปฏิรูป เกณฑ์ในการจัดสรรงบประมาณเป็นเรื่องที่ต้องมีการกำหนดอย่างเร่งด่วน การจัดสรรงบประมาณในแบบเดิมจำเป็นจะต้องเปลี่ยนแปลง แต่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องอาจจะไม่ได้มีการเตรียมการ รัฐไม่สามารถทำให้สาธารณชนและบุคลากรทางการแพทย์เชื่อได้ว่า แรงกระตุ้น/แรงขับ ในการปฏิรูปทำไปเพื่อให้มีประสิทธิภาพดีขึ้น และไม่ได้เป็นการผลักภาระการให้บริการของโรงพยาบาลออกไปจากรัฐ มีข้อขัดแย้งจากทางรัฐบาลเกี่ยวกับอนาคตของโรงพยาบาล**อิสระในกำกับของรัฐ** เรื่องที่สำคัญที่สุดคือ ระดับของความสามารถในการหาเงินเลี้ยงตนเอง และการกำหนดราคาค่าบริการกับสาธารณชน ไม่ใช่เรื่องง่ายที่จะทำให้ประชาชนเชื่อว่าสถานภาพใหม่ของโรงพยาบาลจะไม่นำไปสู่การเพิ่มค่ารักษาพยาบาล เมื่อปราศจากทิศทางที่ชัดเจนและนโยบายเกี่ยวกับการหารายได้จากการบริการประชาชน[19] สาธารณชนและบุคลากรการแพทย์ก็จะยังคงมีความสงสัยและไม่เต็มใจที่จะสนับสนุนการจัดตั้งโรงพยาบาลอิสระในกำกับของรัฐ

14.3 การกระจายอำนาจและการถ่ายโอนอำนาจในภาคสาธารณสุข

14.3.1 เบื้องหลังการออกกฎหมาย

การปฏิรูปโรงพยาบาลของรัฐ โดยการนำหลักการและรูปแบบของ**โรงพยาบาลอิสระในกำกับของรัฐ**มาใช้นั้น ก็ยังคงเป็นที่โต้แย้งกันอยู่ เมื่อรัฐสภาผ่านกฎหมาย พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ ในปี 2542[20] ซึ่งกำหนดให้ทุกกระทรวงรวมทั้งกระทรวงสาธารณสุขด้วยมีส่วนเกี่ยวข้องในการร่างรายละเอียดของแผนที่จะถ่ายโอนภารกิจ ทรัพยากร และบุคลากร ไปยังการบริหารส่วนท้องถิ่น คือ อบต. และเทศบาล ในอีก 10 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2553) ซึ่งก็เป็นที่แน่ชัดว่า โรงพยาบาลรัฐขนาดต่างๆ รวมทั้งศูนย์บริการสุขภาพต่างๆ ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข จะเปลี่ยนไปอยู่ภายใต้การบริหารส่วนท้องถิ่นจำนวนกว่า 9,000 แห่ง

การกระจายอำนาจของรัฐไปสู่การบริหารส่วนท้องถิ่นเป็นเพียงส่วนหนึ่งในกฎหมายการกระจายอำนาจ องค์ประกอบที่สำคัญกว่าในพระราชบัญญัติคือ เป้าหมายในการเพิ่มสัดส่วนของรายได้ ขององค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น จากระดับปัจจุบันคือ 9% ของรายรับทั้งหมดของรัฐ เป็น 20% ในปี 2544 และ 35% ในปี 2549[21] ซึ่งในการกระจายรายได้แบบใหม่นี้เองที่จะทำให้การบริหารส่วนท้องถิ่นจะต้องมีบทบาทสำคัญในการจัดเตรียมการบริการสังคมในรูปแบบต่างๆ ภายใต้ข้อบังคับของกฎหมายการบริหารส่วนท้องถิ่นโดยมีหน้าที่หลัก 6 ประการ[22] คือ

1. การสร้างโครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็น
2. การปรับปรุงคุณภาพชีวิต อันได้แก่ บริการสาธารณสุขและการศึกษาเป็นสำคัญ
3. การจัดการชุมชนและสังคม
4. การวางแผนและลงทุนระดับท้องถิ่นและการท่องเที่ยว
5. การจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
6. วัฒนธรรมและภูมิปัญญาไทย

รัฐมีแผนที่จะเพิ่มรายได้ส่วนท้องถิ่น โดยการให้มีการเรียกเก็บภาษีท้องถิ่น และยังอนุญาตให้ท้องถิ่นคงภาษีที่ได้ในสัดส่วนที่มากกว่าเดิมซึ่งการจัดการเช่นนี้จะเป็นการลดรายได้เข้าส่วนกลาง และลดบทบาทหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขด้วย และนำไปสู่ความจำเป็นในการถ่ายโอนทรัพยากรและกำลังคนไปอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของรัฐบาลท้องถิ่น

14.3.2 ข้อโต้แย้งเกี่ยวกับการกระจายอำนาจและสุขภาพ

ในการทำตามที่กฎหมายกำหนด และสามารถบรรลุเป้าหมายในการกระจายอำนาจความรับผิดชอบ และการบริหารให้แก่ส่วนท้องถิ่นเพิ่มมากขึ้น โดยกระทรวงสาธารณสุขต้องถ่ายโอนทรัพยากรต่างๆ ในการบริการทางด้านสาธารณสุข กำลังคน รวมถึงงบประมาณไปยังการบริหารส่วนท้องถิ่น จะมีผลทำให้ 80% ของงบประมาณประจำปี และ 90% ของบุคลากรถูกกระจายไปยังการบริหารส่วนท้องถิ่น อย่างไรก็ตาม เนื่องจากท้องถิ่นมีการบริหารที่แยกออกเป็นส่วนๆ และขาดประสบการณ์ในด้านสุขภาพ จึงมีประเด็นต่างๆ ที่ถูกยกขึ้นมาถกเถียงเกี่ยวกับการกระจายอำนาจ ดังนี้

(1) ความกังวลเกี่ยวกับการบริการที่แยกส่วน

การบริหารส่วนท้องถิ่น 2 รูปแบบคือ อบต. และเทศบาล ครอบคลุมพื้นที่ด้านภูมิศาสตร์และขนาดของประชากรแตกต่างกัน เกณฑ์ในการแยกความแตกต่างระหว่าง อบต. และเทศบาล มีพัฒนาการจากอดีต โดยเทศบาลเป็นการบริหารส่วนท้องถิ่นที่ถูกตั้งขึ้นมาก่อน อบต.[23] และอยู่ในพื้นที่ที่มีเศรษฐกิจที่ดีกว่า ส่วน อบต. ได้มีการตั้งขึ้นในปี 2538[24] เพื่อที่จะให้เป็นหน่วยบริหารในการบริหารส่วนท้องถิ่นทั่วประเทศ แต่ทั้ง 2 แบบนี้ก็จะมีขนาดที่เล็กกว่าอำเภอ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากสภาพของเทศบาลมีการพัฒนามากกว่า จึงมีโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลภูมิภาคหลายแห่งตั้งอยู่ในเขตเทศบาลแต่อยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข ส่วนในเขต อบต. นั้น มีเพียงสถานีอนามัยซึ่งมีพนักงานสาธารณสุขเพียง 3-5 คนเท่านั้น ทั้ง อบต. และเทศบาล มีหน้าที่จะต้องจัดหาทรัพยากรเพื่อให้บริการด้านสังคมในพื้นที่ของตนดำเนินการไปได้โดยไม่จำเป็นจะต้องร่วมมือซึ่งกันและกัน และจากการที่ไม่ประสานงานกันเท่าที่ควร การแบ่งให้แต่ละท้องถิ่นดูแลสถานบริการแต่ละประเภท จะทำให้ระบบการส่งต่อผู้ป่วยมีประสิทธิภาพน้อยลง

การที่มีสถานบริการสาธารณสุขระดับต่างๆ อยู่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละประเภทที่มีการบริหารที่แยกกัน อาจจะไม่สร้างปัญหามากในการส่งต่อผู้ป่วยหากมีกลไกทางด้านการเงินดี แต่ถ้าหากกลไกนี้ไม่ดีพอ ทางเลือกก็คือควรให้สถานบริการสาธารณสุขหลายๆ ระดับภายใต้การบริหารเดียวกัน และถ้าหากว่าการบริหารส่วนท้องถิ่นนั้นเล็กเกินไปที่จะดูแลสถานบริการซึ่งมีหลายระดับได้ ก็ควรต้องจัดตั้งหน่วยบริหารส่วนท้องถิ่นที่ใหญ่ขึ้น เพื่อดูแลเรื่องสุขภาพ เพื่อดูแลสถานบริการสาธารณสุข ให้ทำงานเชื่อมต่อกันโดยจัดตั้งเป็น กสพ. (คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่)[25] ขึ้นมาเป็นผู้ดูแล

(2) ความกังวลถึงการมีการปกครองที่ดี (good governance)

สิ่งหนึ่งที่สำคัญที่ถูกหยิบยกขึ้นมาโดยบุคลากรสาธารณสุขคือการขาดประสบการณ์ของการบริหารท้องถิ่น เนื่องจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อบต. เพิ่งจะถูกจัดตั้งขึ้น การจัดการต่างๆ ก็ยังไม่เรียบร้อย ขณะนี้ก็มีเพียงหน่วยจัดการเล็กๆ ที่ประกอบด้วย บุคลากรที่เพิ่งบรรจุใหม่และอุปกรณ์ต่างๆ ก็ยังไม่เพียงพอต่อการจัดการขั้นพื้นฐานได้ ยังไม่รวมถึงการจัดการกับงบประมาณหรือคนจำนวนมากๆ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่จะสนใจแต่การสร้างโครงสร้างพื้นฐาน เช่น การสร้างถนน การสร้างแหล่งน้ำ แต่ไม่ได้มีการอบรมให้ทำหน้าที่ในการบำรุงรักษา นอกจากนี้ท้ายที่สุดการเมืองท้องถิ่นก็ถูกมองว่ามีการฉ้อราษฎร์บังหลวง และขาดความโปร่งใส จึงมีข้อโต้แย้งระหว่างเจ้าหน้าที่ของรัฐที่ต่อต้านการกระจายอำนาจไปสู่องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น[26]

ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ได้เสนอให้มีการตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) โดยมีองค์ประกอบที่มาจากหลายฝ่ายนอกเหนือจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นที่อยู่ในตำแหน่งทางภูมิศาสตร์ที่ใกล้เคียงกัน กสพ. จึงประกอบด้วย ผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุข และบุคคลทั่วไปที่เป็นที่เคารพ มีประสบการณ์ในการจัดการและการสาธารณสุข[27] ซึ่งจะเป็นสิ่งที่ดีที่จะช่วยในการวางแผนและการตัดสินใจใดๆ ให้เกิดความโปร่งใส และความมั่นใจใน

การบริหารสาธารณสุขระดับท้องถิ่น นอกจากนี้ ยังจะช่วยให้กลุ่มประชาคมในท้องถิ่นหรือชุมชนมามีส่วนร่วมในการดูแลการพัฒนาสาธารณสุข มากกว่าการที่ปล่อยให้เป็นเรื่องขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่นโดยลำพัง

(3) ความกังวลเกี่ยวกับประสิทธิภาพ

ก่อนที่กฎหมายการกระจายอำนาจจะมีผลที่จะถ่ายโอนทรัพยากรด้านสาธารณสุขไปยังการบริหารส่วนท้องถิ่น รัฐบาลได้มีความพยายามที่จะปรับปรุงประสิทธิภาพการจัดการโรงพยาบาลอยู่ก่อนแล้ว จึงเกิดความกังวลว่า ความพยายามต่างๆ ในการปรับปรุงประสิทธิภาพนั้นจะหายไปพร้อมกับการกระจายไปสู่การบริหารส่วนท้องถิ่น โดยการบริหารส่วนท้องถิ่นนั้นจะจัดการกระจายทรัพยากรต่างๆ ในการดูแลไปตามกฎระเบียบ ข้อบังคับ ซึ่งไม่ยืดหยุ่นเพียงพอในการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประสิทธิภาพ การเปลี่ยนจากโรงพยาบาลรัฐไปเป็นโรงพยาบาลรัฐที่ปกครองตนเอง และการใช้ระบบการจัดสรรงบประมาณตามผลงานเป็นส่วนหนึ่งของการปรับปรุงประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรของรัฐ[28] จึงได้มีข้อเสนอว่าควรจะมีการจัดสรรทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ซึ่งข้อเสนอข้อหนึ่งก็คือให้มีการถ่ายโอนอำนาจในเรื่องสาธารณสุข โดยจัดให้สถานบริการสาธารณสุขรวมกันเป็นเครือข่ายที่มีการบริหารที่อิสระภายใต้การควบคุมของ กสพ. โดย กสพ. เป็นผู้บริหารทรัพยากรเหล่านั้นภายใต้ข้อตกลงร่วมกัน ซึ่งก็อาจจะบรรเทาความวิตกกังวลเกี่ยวกับการขาดการปกครองและระบบการจัดการที่ดีในระดับท้องถิ่น พร้อมๆ กับการพยายามที่จะปรับปรุงระบบการจัดการทรัพยากรต่างๆ ที่มีอยู่ให้ดีขึ้น โดยผ่านการบริหารจัดการแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Results based Management)

(4) ความกังวลเกี่ยวกับสถานภาพและเงื่อนไขการจ้างงานในอนาคต

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยเป็นการกระจายบุคลากรออกสู่องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ทำให้บุคลากรหวาดวิตกถึงความไม่มั่นคงที่จะเกิดขึ้น ในขณะที่เป็นข้าราชการจะได้รับการประกันการจ้างงานตลอดชีพ พร้อมทั้งบำนาญ สวัสดิการ และผลประโยชน์ต่างๆ แต่ระบบใหม่นี้ไม่ได้ประกันว่าผลประโยชน์ต่างๆ และความมั่นคงจะยังมีต่อไปหรือไม่ ความกังวลเกี่ยวกับความโปร่งใสของการบริหารส่วนท้องถิ่น ทำให้เกิดความลังเลใจ ยิ่งไปกว่านั้นระบบปัจจุบันของ ก.พ. บุคลากรสามารถย้ายไปยังจังหวัดอื่นๆ ได้ทั่วประเทศ แต่ระบบใหม่นี้ดูเหมือนจะจำกัดการจ้างงานไว้เป็นแต่ละท้องถิ่น และมีความเป็นไปได้น้อยที่จะย้ายไปยังจังหวัดอื่น หรือท้องถิ่นอื่น[29]

การเปลี่ยนแปลงในการกระจายอำนาจโดยกำหนดให้มีการถ่ายโอนอำนาจไปยังองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เป็นความท้าทายสำหรับผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบ มีความจำเป็นที่จะต้องให้ข้อมูลแก่ผู้เกี่ยวข้องเพื่อลดความวิตกกังวลที่มีอยู่ และแรงต้านที่อาจจะเกิดขึ้นโดยจำเป็นต้องอธิบายให้ชัดเจน ทำให้แน่ใจว่าระบบใหม่นี้จะมีประสิทธิภาพเท่ากับระบบปัจจุบัน และทำให้ประชาชนส่วนใหญ่มีความพึงพอใจ ประการสุดท้ายที่มีความสำคัญไม่น้อยก็คือ ความจำเป็นสำหรับการสร้างศักยภาพ (capacity building) เพื่อให้มั่นใจได้ว่า ระบบกระจายอำนาจนี้

จะมีประสิทธิภาพและสามารถดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ใหม่ได้

14.3.3 ข้อเสนอการกระจายอำนาจแบบครึ่งๆ กลางๆ (Semi-Status Quo Model)

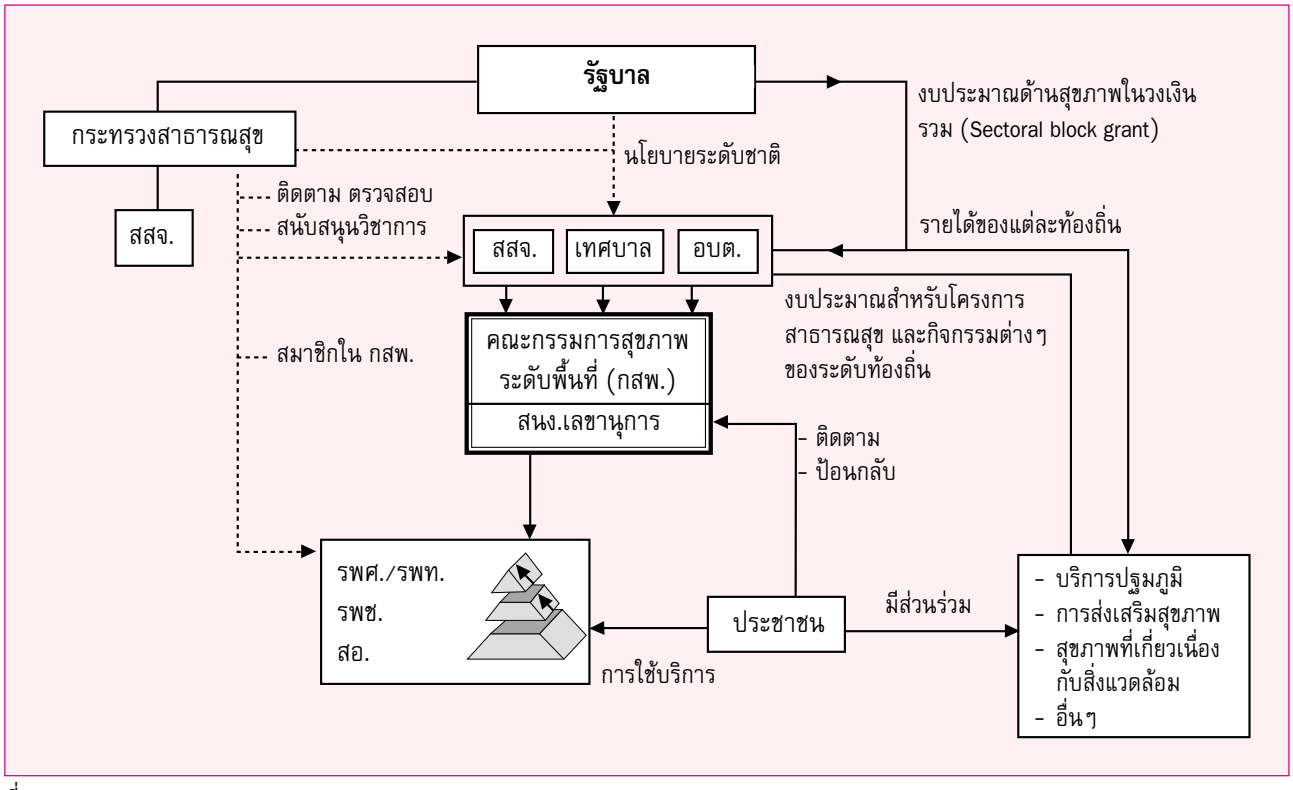
เนื่องจากกรอบเวลาที่สั้นของกฎหมายการกระจายอำนาจ และความไม่แน่นอนในการจัดการในหลายเรื่องในอนาคต จึงมีข้อเสนอให้ถ่ายโอนอำนาจ โดยให้ถ่ายโอนอำนาจในการจัดการงบประมาณไปยังองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น โดยให้กระทรวงยังเป็นผู้ดูแลสถานบริการที่จะให้บริการต่างๆ ที่มีความจำเป็น[30] และระหว่างนั้นก็ให้ดำเนินการพัฒนาองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ให้มีความพร้อมในการจัดการมากยิ่งขึ้น แต่ก็ไม่ควรจะถ่ายโอนการดูแลสถานบริการไปให้ท้องถิ่นรับผิดชอบโดยตรง เพราะจะเป็นการเสี่ยงอย่างมากที่จะพยายามโอนอำนาจทั้งหมดเพียงเพื่อจะทำตามกฎหมายว่าด้วยการกระจายอำนาจแต่นำไปสู่การทำลายระบบการให้บริการสาธารณสุขที่ดีอยู่แล้วในปัจจุบัน

ภายใต้ข้อเสนอนี้ ระบบบริการสาธารณสุข จะยังคงอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของกระทรวงและบริหารจัดการโดย สสจ. ที่ถูกแต่งตั้งขึ้นมาโดยกระทรวง อย่างไรก็ตาม งบประมาณการดำเนินงานของทรัพยากรด้านสาธารณสุข จะถูกจัดสรรโดยองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นที่เกี่ยวข้อง โดยยังไม่ชัดเจนว่างบประมาณนั้นจะได้รับจากองค์การบริหารส่วนตำบล หรือจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดหรือจากเทศบาล แต่ไม่ว่าระดับการจัดสรรงบประมาณจะเป็นอะไร กลไกที่เกี่ยวข้องจะเป็นกลไกร่วมซึ่งประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและตัวแทนของกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดนั้น โดยองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นจะเกี่ยวข้องในการวางแผนและกระบวนการจัดสรรงบประมาณ โดยท้องถิ่นมีอำนาจเต็มในการตัดสินใจ รูปแบบนี้จะเอื้อประโยชน์กับการพัฒนาสุขภาพโดยอาจได้รับงบประมาณท้องถิ่นที่จะจัดเก็บรายได้มากขึ้น (ในขณะที่งบประมาณที่ได้จากส่วนกลางลดลง) อย่างไรก็ตาม ท้องถิ่นส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยกับรูปแบบนี้ และมีความเป็นไปได้ที่กระทรวงเองก็ไม่เต็มใจที่จะกระจายอำนาจในการจัดสรรทรัพยากรให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

14.3.4 รูปแบบที่เสนอและนัยของรูปแบบนั้นกับระบบการหารายได้จากการรักษาพยาบาลในอนาคต

ได้มีการเสนอให้พัฒนาระบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ โดยมีลักษณะที่สำคัญคือการจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ซึ่งจะรับผิดชอบในกิจกรรมการพัฒนาสุขภาพในท้องถิ่น ขนาดของ กสพ. สามารถเป็นการรวมตัวกันใน 1 อำเภอ ภายในขอบเขตของอำเภอนั้นๆ หรืออาจจะใหญ่กว่า 1 อำเภอ เช่น 2-3 อำเภอ โดยมีเหตุผลหลักๆ คือ เพื่อให้เกิดการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรได้สูงสุด ในขณะเดียวกันในฝ่ายของผู้ให้บริการก็ให้มีการรวมสถานบริการระดับต่างๆ ให้เป็นเครือข่าย อยู่ภายใต้ระบบการบริหารเดียวกัน โดยมีสถานบริการหลายระดับอยู่ในเครือข่ายเดียวกัน แต่การบริหารจัดการภายในเครือข่ายให้จัดระบบเพื่อให้หน่วยบริการแต่ละระดับมีอิสรภาพและความคล่องตัวในการบริหารในระดับหนึ่ง (ภาพที่ 14.2)

ภาพที่ 14.2 ระบบการกระจายการสาธารณสุขแบบใหม่



ที่มา: Public sector reform and future development of health insurance in Thailand 17/2624/1/0116:53

กสพ. จะประกอบด้วย คณะกรรมการนโยบาย และสำนักงานเลขานุการ สมาชิกของกรรมการนโยบายส่วนใหญ่มาจาก อบต. ที่เกี่ยวข้อง ส่วนหนึ่งเป็นผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุข ส่วนที่เหลือมาจากประชาสังคมและผู้ซึ่งมีประสบการณ์ด้านการวางแผนและการจัดการในจังหวัด หน่วยงานเช่นนี้จำเป็นต้องมีสถานภาพทางกฎหมายในการที่จะตัดสินใจได้ในทางการบริหารส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ กสพ. ควรจะมีอำนาจในการตัดสินใจ ไม่ใช่เพียงหน้าที่ให้คำปรึกษาเท่านั้น เช่น สามารถตัดสินใจในเรื่องการเงินการคลังด้านสุขภาพ หรือในอนาคตเมื่อมีการออกแบบระบบการคลังรวมหมู่ซึ่งจัดให้มีการบริการตามพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ ไม่ใช่ระบบที่บริหารตามกลุ่มประชากร กสพ. ก็น่าจะมีบทบาทสำคัญดังกล่าว

ลักษณะที่สำคัญอย่างที่สองของระบบการกระจายอำนาจแบบใหม่ก็คือ การรวมสถานบริการทางด้านสาธารณสุขในหลายๆ ระดับ มาอยู่ภายใต้การดูแลของ กสพ. เดียว ซึ่งจะต้องการโครงสร้างการจัดการแบบใหม่ โดยที่ไม่ได้เป็นการอยู่ภายใต้การบังคับบัญชาโดยตรงของ กสพ. ภายใต้รูปแบบเช่นนี้ โรงพยาบาลอำเภอ และสถานบริการสาธารณสุขที่มีการรวมเข้าเป็นกลุ่มเดียวกัน จะมีบทบาทในการวางแผนและจัดการองค์กร โดยจะมีระดับของความเป็นอิสระในการจัดการภายในหน่วย ในขณะที่มีจุดประสงค์ร่วมกันในการใช้ทรัพยากร เงิน และกำลังคน ให้ได้ประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน

กสพ. จะดูแลสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่โดยผ่านการกำหนดเงื่อนไขและเป้าหมายของบริการที่ต้องการจะให้เกิดขึ้น ไม่ใช่ด้วยการกำหนดกฎเกณฑ์ด้านการเงินและระเบียบต่างๆ เกี่ยวกับวิธีการบริหารทรัพยากรหรือการกำหนดเงื่อนไขในการบริหารบุคลากร ทั้งนี้

เพื่อให้หน่วยบริการต่างๆ สามารถตัดสินใจได้เองและสามารถใช้ทรัพยากรบุคคลที่มีอยู่อย่างจำกัดร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งกำหนดบริการสาธารณสุขในสถานบริการระดับต่างๆ ที่เหมาะสม

ลักษณะที่สามของระบบการกระจายอำนาจ คือ การกำหนดให้จัดสรรเงินจากกระทรวงไปยัง กสพ. แม้ว่ารายได้ส่วนท้องถิ่นจะเพิ่มขึ้นถึง 35% ของรายรับรวมของรัฐในปี 2549 ก็ตาม ไม่ได้หมายความว่างบประมาณด้านสาธารณสุขทั้งหมดจะต้องมาจากรายได้ของท้องถิ่นเท่านั้น แต่ในทางตรงข้ามรัฐบาลกลางก็มีส่วนในการกำหนดและสนับสนุนงบประมาณด้านสุขภาพจากส่วนกลางสมทบเข้ามา และให้ท้องถิ่นเป็นผู้มีอำนาจตัดสินใจการใช้งบประมาณทั้งหมด แต่รัฐบาลกลางอาจจะมีเกณฑ์ในการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพ ในลักษณะของวงเงินรวมจากส่วนกลางร่วมกับเงินของท้องถิ่นโดยมีสัดส่วนที่เหมาะสมกัน (central government block grant+matching grant จาก กสพ.) โดยจะต้องมีความสัมพันธ์ระหว่างงบประมาณที่มาจากแหล่งเงินทั้งสองที่สอดคล้องกันกับสภาพเศรษฐกิจของท้องถิ่น

ลักษณะที่สี่คือ ความสัมพันธ์ระหว่าง กสพ. และสถานบริการต่างๆ กสพ. จะจัดการดูแลสถานบริการสาธารณสุขด้วยระบบที่ยืดหยุ่นและให้อิสระ โดยสถานบริการไม่จำเป็นต้องทำตามกฎระเบียบขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น แต่ได้รับจัดสรรงบประมาณจาก กสพ. โดยขึ้นอยู่กับผลลัพธ์ของงาน และเมื่อได้รับงบประมาณแล้วจะมีอิสระในการตัดสินใจในเรื่องของความต้องการทรัพยากรมนุษย์ และการบริหารบุคคลได้เอง ซึ่งต่างจากการจัดการแบบเดิม โดยรัฐที่มีการกำหนดกรอบอัตรากำลังจากส่วนกลาง รวมทั้งการบรรจุอัตราเงินเดือนเป็นไปตามที่กำหนด ทำให้การใช้ทรัพยากรไม่มีประสิทธิภาพ

14.3.5 การเปรียบเทียบระหว่างทางเลือกต่างๆ ในการกระจายอำนาจ

เราอาจสามารถเปรียบเทียบรูปแบบของการกระจายอำนาจทั้ง 3 รูปแบบ โดยมองถึงเรื่องความเป็นธรรม, การใช้ทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ, การรับส่งต่อผู้ป่วย, การปกครองที่ดี, การควบคุมโดยตรงจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น, การตอบสนองต่อความต้องการของชุมชน, การต่อต้านจากบุคลากรการแพทย์, และความยากง่ายในการเปลี่ยนผ่านจากระบบในปัจจุบัน ซึ่งผลการเปรียบเทียบอาจแสดงได้ดังตารางที่ 14.2

(1) ความเป็นธรรม

การยกสถานบริการไปให้ท้องถิ่นบริหารโดยตรง จะมีความเป็นไปได้ยากที่ทำให้ทรัพยากรทางด้านสาธารณสุขมีการประสานงานและถ่ายเททรัพยากรไปยังพื้นที่ที่ขาดแคลน ส่วนในรูปแบบที่ 2 แบบรวมกลุ่มจะทำให้มีการดูแลประชากรภายใต้พื้นที่ในความรับผิดชอบที่ใหญ่กว่า และการปรับสัดส่วนของเงินที่มาจากส่วนกลางให้เหมาะสมกับเงินจากส่วนท้องถิ่น (Sectoral block grant+matching fund) จะทำให้สามารถปรับระดับการได้รับทรัพยากรมีความเป็นธรรมระหว่างพื้นที่ได้ดีกว่า สำหรับรูปแบบที่ 3 (Semi-status quo) เพียงแต่กระจายอำนาจด้านงบประมาณในการดำเนินงานให้แก่ท้องถิ่น ซึ่งอาจไม่มีผลในการทำให้เกิดความเป็นธรรมมากนัก

ตารางที่ 14.2 เปรียบเทียบรูปแบบต่าง ๆ 3 รูปแบบโดยเกณฑ์ต่าง ๆ

	รูปแบบที่ 1 การถ่ายโอนอำนาจโดยตรง	รูปแบบที่ 2 การรวมกลุ่มกัน	รูปแบบที่ 3 Semi-status quo Model
1. ความเป็นธรรม	ต่ำ	สูง	ปานกลาง
2. ประสิทธิภาพ	ต่ำ	สูง	ปานกลาง
3. การส่งต่อ	ไม่ดี	ดีกว่า	ดี
4. การปกครองที่ดี	?	อาจจะดีกว่า	?
5. ควบคุมโดยตรงจากท้องถิ่น	สูง	ปานกลาง	ต่ำ
6. การตอบสนอง	สูง	ปานกลาง	ต่ำ
7. การต่อต้าน	สูง	ปานกลาง	ต่ำ
8. การเปลี่ยนผ่านที่ค่อยเป็นค่อยไป	ต่ำ	ปานกลาง	สูง

(2) ประสิทธิภาพ

รูปแบบที่ 1 ทำให้มีการแบ่งปันทรัพยากรได้ยากกว่า รูปแบบที่ 2 จะสามารถสร้างศูนย์รวมทรัพยากรที่ใหญ่กว่า โดยเฉพาะทรัพยากรมนุษย์และที่สำคัญคือ การรวมกลุ่มของสถานบริการให้อยู่ภายใต้หน่วยบริหารหน่วยเดียว ส่วนรูปแบบที่ 3 นั้น ไม่มีผลเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ระหว่างสถานบริการ และอาจไม่นำไปสู่การแบ่งปันทรัพยากรมนุษย์และระบบงบประมาณจะยิ่งแยกส่วนมากขึ้น

(3) ระบบการส่งต่อผู้รับบริการ

รูปแบบที่ 3 จะมีความสัมพันธ์ระหว่างสถานบริการสุขภาพที่ไม่ต่างจากเดิมนัก อาจจะด้อยลง เนื่องจากมีการแยกส่วนของการบริหารรูปแบบที่ 1 ยิ่งทำให้ระบบส่งต่อด้อยลงไปอีก เนื่องจากมีเครื่องกีดขวางระหว่างสถานบริการที่มีเจ้าของต่างกัน สำหรับรูปแบบที่ 2 จะทำให้แก้ปัญหานี้ได้โดยการรวมกลุ่มกันของสถานบริการสุขภาพหลายๆ ระดับภายใต้การจัดการเดียว ซึ่งจะทำให้ระบบส่งต่อระหว่างระดับต่างๆ เป็นไปได้ดีกว่า

(4) การปกครองที่ดี (ธรรมรัฐ)

ดูเหมือนว่าการบริหารส่วนท้องถิ่นจะมีประสบการณ์น้อยมากในการจัดการ และยังมีระดับของธรรมรัฐที่ต่ำมากที่สุดด้วย ระบบบริหารร่วมกัน อาจจะทำให้มีการปกครองที่ดีขึ้นกว่าปัจจุบันที่กระทรวงมีบทบาทสำคัญในการปกครองระบบสุขภาพระดับพื้นที่ แต่ยังขาดความเป็นเจ้าของและการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันจากท้องถิ่น

(5) การควบคุมโดยตรงจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น

รูปแบบที่ 1 จะทำให้การบริหารส่วนท้องถิ่นมีการควบคุมทรัพยากรต่างๆ และตอบสนองต่อความต้องการของท้องถิ่นได้ดีกว่า ส่วนรูปแบบที่ 2 ยังคงมีการควบคุมโดยตรงโดยการบริหารส่วนท้องถิ่นได้ แต่อาจจะไม่สามารถทำให้ทุกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้มีส่วนร่วมโดยตรงในกระบวนการตัดสินใจ สำหรับรูปแบบที่ 3 ไม่ได้เปิดโอกาสให้ท้องถิ่น

เข้ามาบริหารโดยตรง ถึงแม้ว่าจะมีการจัดตั้งคณะกรรมการท้องถิ่นก็ตาม รูปแบบกรรมการส่วนใหญ่เป็นเพียงผู้ให้คำปรึกษา แต่ไม่ได้มีอำนาจในการบริหาร

(6) การตอบสนองต่อความต้องการของท้องถิ่น

รูปแบบที่ 1 จะสามารถตอบสนองต่อความต้องการของท้องถิ่นได้ดีกว่า ขณะที่รูปแบบที่ 2 อาจทำให้มีระยะห่างไปในการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น ส่วนรูปแบบที่ 3 นั้น จะทำให้ผู้ให้บริการเกิดปัญหาในการทำตามคำสั่ง เนื่องจากได้รับเงินเดือนจากกระทรวงสาธารณสุข ในขณะที่ได้รับงบประมาณการดำเนินงานจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น

(7) การต่อต้านจากบุคลากรด้านสุขภาพ

รูปแบบที่ 1 จะทำให้เกิดการต่อต้านมากที่สุด เนื่องจากความไม่มั่นใจในสถานภาพและการเมืองท้องถิ่น ส่วนรูปแบบที่ 2 อาจจะมีการต่อต้านน้อยกว่า เนื่องจากมีการให้อิสระแก่หน่วยให้บริการ อย่างไรก็ตาม การต่อต้านของบุคลากรจะมีน้อยที่สุดถ้าหากสถานภาพการจ้างงานยังคงเป็นข้าราชการเหมือนเดิม ดังในรูปแบบที่ 3 แม้บางส่วนอาจยังไม่มั่นใจในความสามารถของการจัดสรรงบประมาณของส่วนท้องถิ่น

(8) การเปลี่ยนผ่านจากระบบปัจจุบัน

รูปแบบที่ 1 จะก่อให้เกิดความวิตกกังวลของบุคลากร ซึ่งมีแนวโน้มที่จะทำให้การให้บริการที่ดำเนินอยู่หยุดชะงัก ส่วนรูปแบบที่ 3 จะมีปัญหาเดียวกันในเรื่องความสามารถในการบริหารส่วนท้องถิ่นที่จะแทนที่ส่วนกลางในการจัดสรรทรัพยากร สำหรับรูปแบบที่ 2 จะมีส่วนร่วมจากเจ้าหน้าที่ใน สสจ. ซึ่งเป็นผู้ที่ทำงานมาเป็นเวลานาน อย่างไรก็ตาม การจัดการแบบใหม่นี้อาจประสบปัญหาหลายประการ เนื่องจากมีการนำระบบบริหารงานและบริหารทรัพยากรมนุษย์แบบใหม่มาใช้

หลักเกณฑ์ทั้ง 8 อย่างนี้ มีความเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจขั้นสุดท้ายว่า จะเลือกรูปแบบใด โดยหลักการแล้ว เกณฑ์ที่ควรมีน้ำหนักในการพิจารณาจะเป็นเรื่องผลสำเร็จทางด้านสาธารณสุข การใช้ทรัพยากร และคุณภาพของการบริการมากกว่าการควบคุมโดยการบริหารส่วนท้องถิ่น หรือแรงต่อต้านจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นเรื่องที่สามารถบริหารจัดการได้ ในช่วงของการเปลี่ยนผ่าน และไม่ควรเป็นข้อในการเลือกรูปแบบต่างๆ นี้

14.3.6 การเงินการคลังด้านสุขภาพภายใต้การกระจายอำนาจ

แหล่งเงินที่สำคัญของ กสพ. ประกอบด้วย 2 แหล่งด้วยกันคือ งบประมาณด้านสุขภาพในวงเงินรวมจากส่วนกลาง และงบประมาณที่ได้จากท้องถิ่น เงินสองส่วนนี้รวมกันไม่ควรจะน้อยกว่าส่วนที่รัฐบาลกลางใช้จ่ายอยู่ในแต่ละพื้นที่ในปัจจุบันนี้ เงินส่วนนี้จะจัดสรรไปให้กลุ่มต่างๆ ที่ทำงานในด้านการพัฒนาสุขภาพของประชาชน โดยมีส่วนหนึ่งจะจัดสรรให้กับโครงการหรือกิจกรรมด้านสุขภาพในพื้นที่ และอีกส่วนหนึ่งจัดสรรให้แก่เครือข่ายบริการที่ได้ทำสัญญาในการที่จะจัดบริการให้ตามเงื่อนไขต่างๆ ตามที่ตกลงร่วมกัน

จะเห็นได้ว่า จากการจัดสรรงบประมาณในลักษณะดังกล่าว ทำให้ประชากรบางกลุ่มที่มีประกันสุขภาพของตนเองจะไม่อยู่ในความดูแลของ กสพ. แต่ในอนาคต เมื่อ กสพ. มีความเข้มแข็งและจัดตั้งได้ดีแล้ว กสพ. ก็จะเป็นผู้ดูแลเงินและกองทุนต่างๆ สำหรับบริการสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ กสพ. มีหน้าที่ที่จะบริหารจัดการให้กลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่มได้รับสิทธิประโยชน์ตามที่ได้กำหนดไว้ และหาก กสพ. บริหารได้อย่างมีประสิทธิภาพก็จะสามารถมีเงินส่วนหนึ่งเหลือพอที่จะใช้จ่ายอย่างอื่นที่เกี่ยวกับสุขภาพได้ ดังนั้น เงินแต่ละกองทุนก็จะมีการบริหารจัดการ โดยบรรลุถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแต่ละกลุ่ม โดยผ่าน กสพ. ซึ่งก็จะเป็นแรงจูงใจให้ กสพ. บริหารอย่างมีประสิทธิภาพและครบถ้วนตามสิทธิประโยชน์ที่แต่ละกลุ่มเป้าหมายพึงได้รับ

ภายใต้การก้าวไปสู่การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กสพ. จะเป็นกลไกของการกระจายอำนาจในการดำเนินการ บทบาทของ กสพ. จะแปรผันได้หลายประการ ขึ้นอยู่กับลักษณะของรูปแบบการประกันสุขภาพนั้น แต่อย่างน้อยที่สุดบทบาทของ กสพ. น่าจะเป็นการสร้างความมั่นใจในการจัดเก็บเงินสมทบของประชากรแต่ละกลุ่มตามสูตรที่กำหนด ซึ่งส่วนหนึ่งของเงินอาจนำมาใช้โดย กสพ. เพื่อการเข้าถึงบริการของประชากรในพื้นที่ แต่หากรูปแบบการประกันสุขภาพกำหนดให้มีผู้จ่ายเงินเพียงผู้เดียว (Single payer) บทบาทของ กสพ. ก็จะเน้นที่การดูแลประชากรในพื้นที่ให้สามารถเข้าถึงบริการที่ส่วนกลางมาจัดการให้ ดังนั้นบทบาทของ กสพ. ในที่สุดจะขึ้นอยู่กับการกำหนดระบบและวิธีการจ่ายเงินจากหน่วยงานกลางที่ดูแลเรื่องประกันสุขภาพ

ในทางกลับกัน ถ้าระบบจัดให้มีกฎเกณฑ์และวิธีการจ่ายเงินแบบเดียวกัน แต่ให้มีความยืดหยุ่นในการรวมชุดของสิทธิประโยชน์ต่างๆ บทบาทของ กสพ. ก็จะเป็นไปในเชิงรุกมากขึ้น โดย กสพ. จะสามารถกำหนดรูปแบบต่างๆ ของชุดสิทธิประโยชน์สำหรับประชากรแต่ละกลุ่มในแต่ละพื้นที่ สามารถที่จะเก็บเงินสมทบเพิ่มจากที่กำหนดโดยหน่วยงานกลาง นอกจากนี้ยังสามารถต่อรองกับหน่วยบริการต่างๆ ถึงเงื่อนไขและความต้องการในการให้บริการ แต่ถ้ารูปแบบของสิทธิประโยชน์ของประชากรแต่ละกลุ่มถูกกำหนดโดยส่วนกลาง กสพ. ก็จะมีบทบาทที่จะต่อรองและตกลงกับหน่วยบริการในแต่ละ กสพ. เพื่อให้การใช้ทรัพยากรนั้นเกิดประโยชน์สูงสุดสำหรับประชากรในแต่ละกลุ่ม โดยเฉพาะอย่างยิ่งหาก กสพ. สามารถที่จะเก็บเงินส่วนหนึ่งไว้สำหรับกิจกรรมการพัฒนาสุขภาพอื่นๆ ของประชากรที่ตนเองรับผิดชอบ

14.4 การดำเนินการในการกระจายอำนาจ

ไม่ว่าจะเลือกรูปแบบใดในระบบการกระจายอำนาจใหม่นี้ การดำเนินการก็ไม่สามารถทำได้เสร็จสิ้นในชั่วข้ามคืน ประการแรก มีความจำเป็นที่จะต้องมีการสร้างศักยภาพ สร้างระบบใหม่ภายใต้ความสัมพันธ์ระหว่างองค์การบริหารท้องถิ่น กระทรวงสาธารณสุขในส่วนกลางและหน่วยบริการต่างๆ ซึ่งจะถูกถ่ายโอนไปให้หน่วยบริหารของท้องถิ่น ประการที่สองจะต้องมีช่วงเวลาการศึกษาวิจัยและพัฒนา เพื่อศึกษาหารูปแบบที่เหมาะสม รวมทั้งรายละเอียดที่เกี่ยวข้องก่อนจะมีการขยายผลออกไป ประการที่สาม จะต้องมีระบบติดตาม

กำกับที่ใกล้ชิด เพื่อให้มั่นใจว่าภายใต้รูปแบบใหม่นี้จะสามารถนำไปสู่บริการที่เป็นธรรม มีประสิทธิภาพ มีความรับผิดชอบ มีคุณภาพ ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของความพยายามในการปฏิรูประบบสุขภาพ

ในลักษณะที่การทำงานมีความซับซ้อนและขอบเขตงานที่กว้างขวาง จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะจัดตั้งหน่วยงาน เพื่อรับผิดชอบในการประสานการดำเนินงานกับหน่วยงานต่าง ๆ และสามารถดำเนินการตามแผนปฏิบัติการกระจายอำนาจได้อย่างมีประสิทธิภาพ

14.4.1 ความจำเป็นในการวิจัยและพัฒนา

ภายใต้ช่วงเวลาที่จำกัดของการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการกระจายอำนาจ กลยุทธ์ที่สำคัญคือ จะต้องมีระยะเวลาช่วงแรกของการดำเนินการที่เป็นลักษณะวิจัยและพัฒนา โดยใช้กรอบแนวคิดที่ได้กล่าวมาข้างต้นแล้วนั้น โดยจัดให้มีการวิจัยและพัฒนาในจังหวัดนำร่องที่ได้คัดเลือกมาจำนวนหนึ่ง ซึ่งจะต้องมีการปรับองค์กรของหน่วยบริหารท้องถิ่นภายในจังหวัดนั้นๆ ประเด็นสำคัญๆ ที่ต้องมีการศึกษาวิจัย ประกอบด้วย

(1) คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) มีประเด็นในการศึกษา ดังนี้

- องค์ประกอบและภาระหน้าที่ความรับผิดชอบของ กสพ.
- จำเป็นที่จะต้องมีกฎหมายรองรับการจัดตั้ง กสพ. หรือไม่ หรือจะให้เป็นส่วนหนึ่งขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เช่น อบจ.
- จะทำอย่างไรให้ กสพ. สามารถปฏิบัติงานในด้านการวางแผน และจัดสรรทรัพยากรพร้อมๆ กับการติดตามกำกับและประเมินผลของการตัดสินใจต่างๆ ของตนเอง
- รูปแบบของทรัพยากรบุคคลและระบบข้อมูลข่าวสารที่ต้องการ จะเป็นอย่างไร
- มีความจำเป็นที่จะต้องมีบุคลากรเพิ่ม หรือจะใช้การถ่ายโอนบุคลากรจากหน่วยงานภายในพื้นที่ เช่น สสจ., สสอ.
- ในกรณีที่มีความจำเป็นในการถ่ายโอนบุคลากร สถานภาพและระบบการบริหารบุคคลของบุคคลเหล่านั้น จะเป็นเช่นไร

(2) หน่วยบริการสุขภาพ

- เครือข่ายสถานบริการสุขภาพ ควรมีสถานภาพเป็นองค์กรรัฐ มีการบริหารที่เป็นอิสระ แต่รับงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้ตอบสนองความต้องการของท้องถิ่น ได้ดีขึ้นหรือไม่ ถ้าเป็นเช่นนั้น การจัดสรรงบประมาณให้แก่เครือข่ายบริการควรมีเกณฑ์และเงื่อนไขอะไรบ้าง
- ถ้ากรณีที่ กสพ. เป็นผู้บริหารจัดการเครือข่ายบริการโดยตรง ควรจะมีระบบอะไรรองรับให้มีการใช้งบประมาณและบริหารบุคคลอย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะที่ก่อนหน้าที่จะมีกฎหมายกระจายอำนาจออกมานั้น รัฐบาลกลางก็ได้พยายามเลี่ยงวิธีการนั้นอยู่ก่อนแล้ว
- มีความเป็นไปได้หรือไม่ ในการใช้ระบบงบประมาณแบบมุ่งเน้นผลงานและผลลัพธ์

(performance-based budgeting system) สำหรับหน่วยบริการ โดยให้ผู้บริหารหน่วยบริการมีความเป็นอิสระในการบริหารเงินและทรัพยากรบุคคล

- กสพ. จะมีกระบวนการและขอบเขตอย่างไรในการควบคุมกำกับสถานบริการภายใต้เงื่อนไขดังกล่าว
- ควรจะมีระบบอะไร ในการบริหารจัดการภายในองค์กรสำหรับเครือข่ายบริการที่หน่วยบริการในระดับต่างๆ ในพื้นที่อื่นๆ จะสามารถมีส่วนร่วมได้
- ควรจะมีลักษณะของการกระจายอำนาจ และการตัดสินใจร่วมกันภายในเครือข่ายบริการอย่างไร

(3) งบประมาณและการเงินการคลัง

- ในระยะยาวถ้ารัฐบาลส่วนกลางยังต้องรักษาระดับสัดส่วนงบประมาณที่กำหนดไว้แล้วนี้ จะส่งผลต่องบประมาณในส่วนของท้องถิ่นกับงบประมาณที่ส่วนกลางให้แก่ท้องถิ่นอย่างไร
- จะมีกระบวนการหรือวิธีการอะไร ที่จะทำให้เงินที่ไปยังท้องถิ่นนั้นจะถูกนำไปใช้สำหรับ “พื้นที่” ในภาพรวม ภายใต้ กสพ. ได้
- จะมีเกณฑ์อะไร ในการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพในวงเงินรวมจากส่วนกลาง (central sectoral block grant) ให้แก่ กสพ.
- งบประมาณที่ไปยังท้องถิ่นนี้จะจัดสรรให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นจำนวนเท่าใด เพื่อนำไปใช้ในการดำเนินกิจกรรมและโครงการในด้านสุขภาพ
- จะจัดสรรงบประมาณให้แก่หน่วยบริการอย่างไรที่ทำให้นำไปใช้ในการให้บริการผสมผสานทั้งการป้องกัน ส่งเสริม และรักษา

(4) สสจ. และ สสอ. ในบทบาทใหม่

แม้ว่าจะมีการจัดตั้ง กสพ. ขึ้นมานั้น สสจ. และ สสอ. ยังคงจำเป็นที่จะมีอยู่เพื่อปฏิบัติภารกิจของกระทรวงฯ ในส่วนกลาง แต่บทบาทหน้าที่ของ สสจ. จะต้องมีการปรับเปลี่ยนไปจากเดิม

- สสจ. และ สสอ. ควรมีบทบาทอะไร ที่จะทำให้บริการของ กสพ. และหน่วยบริการต่างๆ มีความเป็นธรรม ประสิทธิภาพ คุณภาพ และเป็นไปตามมาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศ
- จำเป็นหรือไม่ที่จะต้องมีหน่วยงานหลายระดับ ทั้งระดับจังหวัดและอำเภอ เพื่อที่จะติดตามกำกับและปฏิสัมพันธ์กับองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นในแต่ละระดับ
- จำเป็นต้องมีการพัฒนาศักยภาพอะไร

เหล่านี้คือองค์ประกอบและผู้ที่มีบทบาทที่สำคัญของระบบสุขภาพใหม่ที่กระจายอำนาจ ซึ่งต้องการการดำเนินการที่รอบคอบ และในช่วงของการศึกษาวิจัยและพัฒนาจะเป็นโอกาสที่ทำให้ได้พิจารณาประเด็นต่างๆ และค้นหารูปแบบที่ปฏิบัติได้ จะเป็นการไม่เหมาะสมหรือเป็นไปไม่ได้เลยในการที่จะพยายามตอบคำถามเหล่านี้ หรือพยายามวางรูปแบบที่ตายตัวในช่วง

1 ปี ของการจัดทำแผนฯ โดยปราศจากการพิจารณาถึงผลกระทบต่อการพัฒนาระบบและการปรับตัวของบุคลากร

14.4.2 ความจำเป็นของการพัฒนาศักยภาพ

ในช่วงระหว่างการวิจัยและพัฒนานั้น ความชัดเจนของบทบาทและงานใหม่ๆ จะมีมากขึ้น ซึ่งทำให้การพัฒนาศักยภาพมีความชัดเจนขึ้นว่า ต้องการพัฒนาศักยภาพในด้านใด ซึ่งอาจจะจำแนกได้ดังนี้

(1) องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น รวมทั้ง กสพ.

เป้าหมายสำคัญพื้นฐานของการพัฒนาคือ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ซึ่งแม้ว่าจะมีเทศบาลมานานถึง 50 ปีกว่าแล้ว แต่ท้องถิ่นก็ยังมีประสบการณ์ไม่มากนักในเรื่องของการพัฒนาระบบสุขภาพ[31] มีเพียงจำนวนหนึ่งที่มีหน่วยบริการสุขภาพของตัวเอง และได้มีส่วนร่วมในการวางแผนและจัดสรรงบประมาณในด้านสุขภาพ อบต. ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการพัฒนากิจกรรมด้านสุขภาพ แม้ว่าช่วงที่มีโครงการทดลองพัฒนาระบบบริหารส่วนท้องถิ่นของสำนักงาน ก.พ. บทบาทของ อบต. ก็ยังจำกัดอยู่เพียงการจัดทำแผนงานและสมทบเงินในโครงการตามที่ได้รับการเสนอแนะจากบุคลากรของสาธารณสุข[32] มีการพัฒนาขีดความสามารถของท้องถิ่นตามที่ได้ถูกกำหนดใน พ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนฯ น้อยมาก

ในรูปแบบที่ได้นำเสนอนี้ ต้องการการพัฒนาศักยภาพในการบริหารจัดการของท้องถิ่นหลายด้านด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา (priority setting) การวางแผนงบประมาณ และการตัดสินใจในการจัดสรรงบประมาณ ท้องถิ่นจำต้องมีความสามารถในการกำหนดผลผลิต (outputs) และผลลัพธ์ (outcome) จากทั้งหน่วยงานของท้องถิ่นและจากหน่วยบริการสุขภาพ รวมทั้งการประเมินติดตามผลการปฏิบัติงานจากหน่วยปฏิบัติต่างๆ ซึ่งบทบาทเหล่านี้จะเกี่ยวข้องกับหน่วยงานในหลายระดับ ทั้งในฐานะสมาชิกของ กสพ. ทั้งหน่วยที่ทำหน้าที่บริหารภายใน กสพ. นอกจากนี้ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นแต่ละระดับเอง (อบต, เทศบาล) ก็จะต้องมีความสามารถในการดูแลการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพในแต่ละพื้นที่ด้วย

ในส่วนของ อบต. และเทศบาลเอง ยังต้องมีการดำเนินโครงการและกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ซึ่งไม่ได้ดำเนินการโดยเครือข่ายสถานบริการสุขภาพ บทบาทต่างๆ เหล่านี้จะขึ้นอยู่กับศักยภาพของแต่ละท้องถิ่น และอาจจะจำเป็นต้องมีการพัฒนาขีดความสามารถของท้องถิ่น เพื่อที่จะสามารถดำเนินการในด้านสุขภาพได้มากขึ้น

(2) เครือข่ายสถานบริการ

แนวโน้มของเครือข่ายสถานบริการในระบบสุขภาพที่มีการกระจายอำนาจนี้จะต้องมีการดำเนินการในลักษณะของเครือข่ายที่ประกอบด้วยบริการหลายระดับ (multi-level network) และมีขนาดใหญ่ขึ้นรวมทั้งกระบวนการทำงานใหม่ที่จะต้องมีการตัดสินใจร่วมกันภายในองค์กร บทบาทใหม่ของ กสพ. นี้ มีความจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารใหม่ ให้มีประสิทธิภาพในการบริหารจัดการทรัพยากร เช่น การดำเนินการโดยใช้ระบบบัญชีแบบใหม่

การประเมินผลงานของบุคลากร กระบวนการในการตัดสินใจร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ การตรวจสอบภายในทั้งด้านผลงานและการเงิน ภายในหน่วยต่างๆ ของเครือข่ายนี้

นอกจากนี้เครือข่ายบริการยังต้องสามารถตอบสนองต่อความต้องการที่แตกต่างกันของพื้นที่และชุมชนแต่ละแห่ง รวมทั้งจะต้องให้บริการที่ครอบคลุมทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและรักษาโรค จะเห็นได้ว่าหน่วยบริการปฐมภูมิ (primary care) จะเป็นจุดแรกของการปฏิสัมพันธ์กับชุมชน ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญและต้องการความพยายามอย่างมากในการพัฒนาศักยภาพ โดยเฉพาะในสถานการณ์ปัจจุบันที่หน่วยบริการเหล่านี้ส่วนใหญ่จะบริการแบบตั้งรับอยู่ในสำนักงาน จึงต้องมีการพัฒนารูปแบบการอบรมและหลักสูตรต่างๆ เพื่อที่จะอบรมบุคลากรสุขภาพ ให้สามารถแสดงบทบาทที่มีประสิทธิภาพได้ โดยสามารถที่จะรับรู้และตอบสนองความต้องการของชุมชนได้อย่างเข้มแข็ง หากขาดการพัฒนาความสามารถในส่วนนี้อาจจะนำไปสู่การบริหารแบบเดิมๆ ที่ใช้ลักษณะการสั่งการโดยหน่วยบริการระดับท้องถิ่นทำให้ขาดความยืดหยุ่นและใช้งบประมาณไม่มีประสิทธิภาพ

(3) สสจ. และ สสอ.

บทบาทของ สสจ. และ สสอ. ในปัจจุบัน เกี่ยวข้องกับการจัดสรรงบประมาณและให้การสนับสนุนด้านบริหารจัดการแก่หน่วยบริการต่างๆ ซึ่งบทบาทนี้จะกลายไปเป็นบทบาทของ กสพ. และสำนักเลขานุการของ กสพ. ส่วน สสจ. และ สสอ. จะมีบทบาทในการกำกับติดตามการดำเนินงานให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาการ และนโยบายระดับชาติ ซึ่งจะเป็นบทบาทใหม่ของทั้ง สสจ. และ สสอ. ที่ต่างไปจากปัจจุบัน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการปรับบทบาทโดยจะต้องมีการเพิ่มศักยภาพในด้านของการกำกับติดตามประเมินผลสุขภาพต่างๆ ซึ่งส่วนนี้อาจจำเป็นต้องมีการพัฒนาเครื่องมือและระเบียบวิธีในการประเมินระบบสุขภาพใหม่ๆ ให้กับทั้งพื้นที่ สสจ. และ สสอ. ใหม่ด้วย บุคลากรของ สสจ. และ สสอ. จำเป็นต้องมีความสามารถในการสื่อสารและการขายความคิด (advocate) การให้คำปรึกษาต่างๆ โดยบทบาทที่เป็นลักษณะสั่งการแบบเดิมจะหมดไป ดังนั้นความสามารถในการบริหารจัดการความรู้ และนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ จึงเป็นศักยภาพสำคัญที่จะทำให้ สสจ. และ สสอ. สามารถแสดงบทบาทใหม่ได้

14.4.3 ความสามารถของส่วนกลางในการติดตามกำกับ

นอกเหนือไปจากการที่ต้องมีการศึกษาวิจัยอย่างเข้มข้นในช่วงสองสามปีแรกแล้วในช่วง 10 ปีแรกของการกระจายอำนาจ ยังต้องการการสนับสนุนและกำกับอย่างต่อเนื่อง แม้ว่ากระบวนการนี้จะเกี่ยวข้องกับผู้ดำเนินการต่างๆ แต่กระทรวงสาธารณสุขยังต้องเป็นผู้ที่รับผิดชอบสำหรับผลลัพธ์บั้นปลาย กระทรวงฯ จึงจำเป็นต้องแสดงบทบาทอย่างแข็งขันในการพัฒนากลไกที่จะทำงานกับท้องถิ่น โดยต้องมีบทบาทในเชิงกว้าง เกี่ยวข้องกับหน่วยงานอื่นๆ เช่น สำนักนายกรัฐมนตรี, กระทรวงมหาดไทย, สำนักงบประมาณ, กระทรวงการคลัง รวมทั้งผู้แทนจากหน่วยงานต่างๆ ของท้องถิ่น

ภารกิจที่สำคัญในการนี้คือ การพัฒนาระบบสำหรับการกำกับในระดับต่างๆ โดยควร

จะสามารถดูแลผลลัพธ์และการกระจายของผลลัพธ์และผลการปฏิบัติงานในองค์ประกอบต่างๆ ของระบบสุขภาพในระดับต่างๆ ได้ สามารถแทรกแซงได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งยังมีความสามารถในการสื่อสารกับผู้ปฏิบัติต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง สามารถนำผลที่ได้จากการประเมินไปใช้ในการปรับปรุงการดำเนินงาน ระหว่างส่วนกลางกับท้องถิ่น และระหว่างท้องถิ่นกับสถานบริการ นอกจากนี้ ยังช่วยท้องถิ่นและ กสพ. ในการปรับปรุงการตัดสินใจและการจัดสรรงบประมาณ ระบบนี้ยังอาจแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงกระบวนการงบประมาณของรัฐบาลส่วนกลาง เช่นเดียวกับส่วนท้องถิ่น และยังอาจใช้ในการปรับปรุงการดำเนินงานของทรัพยากรมนุษย์ในระดับต่างๆ ทั้งนี้ จำเป็นต้องมีความสามารถของบุคลากรและโครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการติดต่อสื่อสาร

14.5 สรุป

การปฏิรูประบบราชการเป็นปัจจัยแวดล้อมที่สำคัญยิ่งต่อการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพ แผนการกระจายอำนาจระดับชาติจะเป็นตัวกำหนดทิศทางของการปฏิรูประบบสุขภาพที่มีบทบาทมาก ในการพัฒนาระบบประกันสุขภาพในอนาคต ไม่ว่าจะมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือไม่ ก็จะถูกกระทบด้วยการปฏิรูประบบราชการเช่นกัน

ภายใต้ระบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ อาจจะก่อให้เกิดความยากลำบากหรืออาจจะช่วยสนับสนุนในการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ ในลักษณะที่แยกส่วนขององค์กรระดับท้องถิ่น จำเป็นต้องมีกลไกการบริหารจัดการที่แตกต่างกัน ซึ่งการจัดตั้ง กสพ. อาจจะเป็นหน่วยที่บริหารจัดการการคลังแบบรวมหมู่ (collective financing) ในระดับท้องถิ่น แต่ก็ขึ้นอยู่กับการออกแบบของระบบการคลังรวมหมู่ว่า กสพ. จะมีบทบาทแค่ไหน ซึ่งในที่นี้ได้พยายามเสนอว่า *ระบบการคลังรวมหมู่ ควรต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของกลไกระดับท้องถิ่น ภายใต้กรอบที่เป็นเอกภาพระดับชาติ* โดยอาจมีหรือไม่มีการแยกกลุ่มประชากร แต่ระบบระดับชาติที่มีรูปแบบเดียวกัน โดยไม่มีความหลากหลายและการมีส่วนร่วมในระดับท้องถิ่นอาจจะเป็นรูปแบบที่ตายตัวเกินไป และบริหารจัดการได้ยาก หรืออาจจะมีผลต่อสุขภาพของประชากรเพียงส่วนน้อยเท่านั้น

การจัดสรรงบประมาณจากส่วนกลางพร้อมไปกับการมีเงินสมทบจากท้องถิ่น ในระบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพใหม่นี้ จะนำไปสู่การกำหนดความสัมพันธ์ของสัดส่วนงบประมาณ ที่สร้างความเป็นธรรมของแต่ละท้องถิ่น และจะเป็นฐานไปสู่การประเมินและการจัดเก็บเงินสมทบจากกลุ่มคนต่างๆ ในระดับท้องถิ่นเมื่อระบบนี้ขยายตัวครอบคลุมประชาชนมากขึ้น และถึงแม้ว่าจะไม่มีการขยายความครอบคลุม ระบบที่มี กสพ. ก็จะสามารถจัดการกับความจำเป็นด้านสุขภาพที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ โดยเฉพาะกลุ่มด้อยโอกาส อย่างไรก็ตามกรณีนี้จะเป็นไปได้ต่อเมื่อระบบบริหารจัดการในท้องถิ่นมีความยืดหยุ่นในการตัดสินใจและบริหารจัดการงบประมาณ

ในระบบใหม่นี้ต้องการความสัมพันธ์ระหว่างส่วนกลางและท้องถิ่นที่เปลี่ยนแปลงซึ่งจะทำให้หน่วยบริการและเครือข่ายบริการจะปรับเปลี่ยนตัวเอง เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับระบบ

ประกันสุขภาพในอนาคต ระบบการคลังรวมหมู่จะทำให้หน่วยบริการมีความรับผิดชอบต่อต้นทุนมากขึ้น และก็จะได้ประโยชน์จากการอยู่เป็นเครือข่ายของสถานบริการหลายระดับ นอกจากนี้ความสัมพันธ์ของส่วนท้องถิ่นกับหน่วยบริการที่อยู่บนฐานของผลงาน (performance-based relationship) ก็จะช่วยเตรียมการให้หน่วยบริการสำหรับระบบจ่ายล่างหน้า (pre-payment system) พร้อมกับเตรียมระบบที่สามารถตรวจสอบได้ อีกทั้งการเสริมสร้างความเข้มแข็งของบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการ จะทำให้เป็นการวางพื้นฐานของหน่วยบริการที่ตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่ได้ดี

กล่าวโดยรวม การกระจายอำนาจด้านสุขภาพนี้จะมีผลกระทบที่สำคัญยิ่งต่อการออกแบบและการพัฒนาระบบการคลังรวมหมู่ในอนาคต ด้วยจุดประสงค์ของการพัฒนาการประสานงานและการปกครองที่ดีของการจัดบริการและการคลังสุขภาพ จึงมีความจำเป็นยิ่งที่ไม่ควรจะปล่อยให้แต่ละส่วนพัฒนาไปอย่างไม่มีทิศทางเดียวกัน การประสานงานอย่างใกล้ชิด และการปรับแนวคิดและการออกแบบระบบให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน มีความสำคัญยิ่งในการที่จะหลีกเลี่ยงการสูญเสียทรัพยากรที่เกิดจากแนวคิดที่ขัดแย้งกัน และความไม่เข้าใจกันของคณะทำงานในด้านต่างๆ ของการดำเนินการปฏิรูประบบสุขภาพ

14.6 เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการปฏิรูประบบราชการ. แผนการปฏิรูประบบราชการ. กรุงเทพฯ: สำนักงาน ก.พ.; 2542.
2. สำนักงาน ก.พ. แผนปฏิบัติการการปรับภาคราชการในภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ. 4 พฤศจิกายน 2541.
3. Asian Development Bank. Memorandum of understanding between the Fiscal Policy Office of the Ministry of Finance of the Kingdom of Thailand and a Pre-appraisal Mission of the Asian Development Bank of the Proposed Social Sector Program Loan, 27 November 1997.
4. พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542. ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ฉบับที่ 116 ตอนที่ 114 ก, 17 พฤศจิกายน 2542.
5. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, บรรณาธิการ. การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2540-2541. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2542.
6. คณะทำงานพิจารณาการใช้ การกระจาย การจัดสวัสดิการ และการพัฒนาแพทย์. ข้อเสนอเกี่ยวกับการใช้ การกระจาย การจัดสวัสดิการ และการพัฒนาแพทย์ในระดับต่างๆ. เสนอในการประชุมแพทยศาสตร์ศึกษา ครั้งที่ 7, ตุลาคม 2543.
7. Chuanharas S, Srivanichakorn S, Valyasevi A. Human resources for health in Thailand: Technical report. Thailand: Health Financing and Management Study project ADB no. 2997-THA, May 1999.

8. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, นวลอนันต์ ตันติเกตุ, พินทุสร เหมพิสุทธิ์, วงเดือน จินดาวัฒนะ. แบบแผนรายจ่ายสุขภาพภาครัฐ ในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 5-6-7 (พ.ศ. 2525-2539). วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข 2541; 6(2): 94-105.
9. กองสาธารณสุขภูมิภาค. โครงการพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานในส่วนภูมิภาค (พบส.).
10. อ้างแล้วใน 8.
11. เส้นทางสู่... การพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อประชาชน. เอกสารประกอบการประชุมระดับชาติ เรื่อง การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ครั้งที่ 1 วันที่ 24-26 พฤศจิกายน 2541. นนทบุรี: ภาคีพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล; 2541.
12. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, แผนพัฒนาการวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2536-2539. กรุงเทพ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2536.
13. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, รายงานการศึกษาดูงานการปฏิรูปโรงพยาบาลในประเทศสิงคโปร์, ระหว่างวันที่ 25-28 มีนาคม 2541. (เอกสารภายใน)
14. Newbrader W. Policy options for financing health services in Pakistan: hospital autonomy financing issue, Health Financing and Sustainability Project Technical Report, February 1993.
15. Ministry of Public Health. Affordable Health Care, A White Paper presented to Parliament by Command of the President of the Republic of Singapore, SNP Publishers Pte Ltd., October 1993.
16. พระราชบัญญัติจัดตั้งองค์การมหาชน พ.ศ. 2542. ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ฉบับที่ 116 ตอนที่ 9 ก, 24 กุมภาพันธ์ 2542.
17. อ้างแล้วใน 14.
18. พระราชกฤษฎีกาจัดตั้งโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) พ.ศ. 2542. ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ฉบับที่ 117 ตอนที่ 87 ก, 11 กันยายน 2543.
19. ใจ อึ๊งภากรณ์. รัฐบาลและธนาคารพัฒนาแห่งเอเชียนำโรงพยาบาลไปสู่นรก. บทความในหนังสือพิมพ์กรุงเทพธุรกิจ.
20. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540. ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ฉบับที่ 114 ตอนที่ 55 ก, 11 ตุลาคม 2540.
21. อ้างแล้วใน 4.
22. สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจ. ร่างแผนกระจายอำนาจแห่งชาติ. กันยายน 2542.
23. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, ชูชัย ศุภวงศ์, อุดม ทุมโฆษิต และคณะ, ผลกระทบการกระจายอำนาจต่อระบบบริการสาธารณสุข. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
24. พระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์กรการบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537.
25. สำนักวิชาการสาธารณสุข. การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ. กรุงเทพเวชสาร 2543.
26. สถิต ยสกะ, การกระจายอำนาจ หมออนามัยจะเดินทางไปทางไหน, วารสารหมออนามัย 2543; 10: 10-21.

27. กระทรวงสาธารณสุข. ข้อเสนอรูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ. 2543. (เอกสารภายใน)
28. World Bank. Report on public sector reform loan, 1999. (Internal document)
29. พระราชบัญญัติระเบียบบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542. ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ฉบับที่ 116 ตอนที่ 120 ก, 29 พฤศจิกายน 2542.
30. อ้างแล้วใน 4.
31. พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, อำนวย กาจีนะ, อรสา โฆวินทะ และคณะ. บทบาทของเทศบาลต่อการพัฒนางานสาธารณสุข, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2541.
32. สำนักงาน ก.พ. โครงการนำร่องการบริหารจัดการที่ดี ในจังหวัดทดลอง 3 จังหวัด. โครงการของสหประชาชาติ, 2542.

บทที่ 15

การปฏิรูปบริการสุขภาพระดับต้น

ปรีดา แต้อารักษ์, พ.บ.
สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข

15.1 สถานการณ์ปัจจุบันของสุขภาพระดับต้นในประเทศไทย

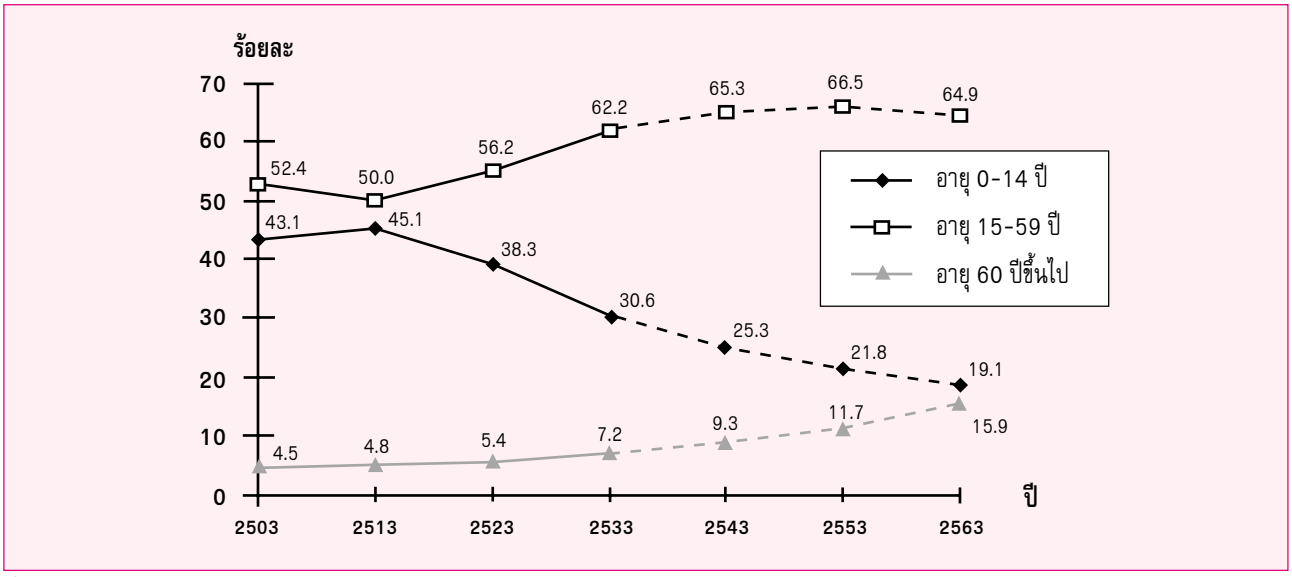
เนื่องจากสุขภาพเกี่ยวพันกับปัจจัยต่างๆ จำนวนมาก การวิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มสุขภาพในไทยต้องเกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์และสังเคราะห์การเปลี่ยนแปลงในปัจจัยด้านปัจเจกบุคคลและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในทุกๆ ด้านที่จะมีผลต่อปัญหาสุขภาพ รวมไปถึงระบบการบริการสุขภาพด้วย สุขภาพระดับต้นซึ่งเป็นระบบย่อยระบบหนึ่งในระบบสุขภาพ ต้องมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อสามารถจัดการกับปัญหาด้านสุขภาพที่ไม่หยุดนิ่ง ซึ่งมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัยกล่าวคือ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น เศรษฐกิจ, การเมือง, สังคม-วัฒนธรรม; ปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล เช่น พฤติกรรม, พันธุกรรม; และระบบสุขภาพ และอื่นๆ

มีหลากหลายปัจจัยที่เกี่ยวพันกับสุขภาพ แต่บางปัจจัย กล่าวคือ โครงสร้างประชากร, ปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญ, การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ, และระบบสุขภาพที่ขาดประสิทธิภาพ ค่อนข้างมีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อการบริการสุขภาพ ซึ่งจะได้กล่าวต่อไป

15.1.1 ประชากร ครอบครัว และชุมชน

ประชากรเด็กอายุ 0-14 ปี มีแนวโน้มที่จะลดลง ในขณะที่ประชากรวัยทำงาน และประชากรวัยสูงอายุ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อันจะส่งผลให้ลักษณะการเจ็บป่วยของประชากร จะเป็นโรคเจ็บป่วยเรื้อรังและโรคจากพฤติกรรม ขณะเดียวกันโครงสร้างครอบครัวจะเปลี่ยนจากครอบครัวใหญ่หรือครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ขนาดครอบครัวลดลงจาก 5.6 คนต่อหนึ่งครอบครัวใน พ.ศ. 2503 เป็น 4.4 คนต่อหนึ่งครอบครัวใน พ.ศ. 2533 และคาดว่าจะเหลือเพียง 3.4 คนต่อหนึ่งครอบครัวใน พ.ศ. 2558 ซึ่งส่งผลถึงการช่วยเหลือและดูแลระหว่างสมาชิกในครอบครัวมีน้อยลง (ภาพที่ 15.1) สิ่งนี้จะนำไปสู่การพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับกลุ่มผู้สูงอายุ

ภาพที่ 15.1 สัดส่วนร้อยละของประชากรกลุ่มอายุสำคัญ พ.ศ. 2503–พ.ศ. 2563



ที่มา: สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2540-2541, 2542.[1]

15.1.2 ปัญหาด้านสุขภาพที่มีความสำคัญ

ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงของปัญหาสุขภาพคนไทย โรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน และภาวะทุพโภชนาการ มีแนวโน้มลดลง ขณะที่ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ โรคเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ และภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น อุบัติเหตุ, มะเร็ง, โรคหัวใจ จะมีความสำคัญมากขึ้น ปัญหาส่วนมากสามารถป้องกันได้ และสามารถจัดการโดยการสร้างเสริมความเข้มแข็งระบบบริการสุขภาพระดับต้น เป็นทางออกหนึ่งที่จะทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพไม่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

15.1.3 การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ

ในช่วงที่เศรษฐกิจมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในระหว่าง พ.ศ. 2531-2540 อัตราส่วนของงบประมาณด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 4.2 เมื่อเทียบกับงบประมาณของประเทศใน พ.ศ. 2530 ไปเป็น ร้อยละ 7.7 ใน พ.ศ. 2541 งบประมาณถูกใช้ในกิจกรรมการลงทุนต่างๆ ในช่วงเวลาดังกล่าวเป็นทศวรรษของค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ด้วยการเติบโตในแต่ละปีมากกว่า 10 เปอร์เซ็นต์ ติดต่อกันเป็นเวลาหลายปี และมากกว่าการเติบโตของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ มีการใช้ยาและเทคโนโลยีทางสุขภาพที่ไม่จำเป็นจำนวนมาก โรงพยาบาลเอกชนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งนำไปสู่ปริมาณเตียงที่มากเกินไปถึง ร้อยละ 250 ในโรงพยาบาลเอกชน อัตราส่วนของแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชนเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 11.4 ใน พ.ศ. 2530 ไปเป็น ร้อยละ 19.6 ใน พ.ศ. 2540[1] ระหว่างช่วงเวลานี้เกิดอุปสงค์ที่ไม่เป็นไปตามความเป็นจริง ซึ่งเราเรียกว่า อุปทานเหนี่ยวนำอุปสงค์ (Supply induced demand) ซึ่งเกิดขึ้นโดยทั่วไปในส่วนของสุขภาพ

ระหว่างช่วง พ.ศ. 2540-2542 การศึกษาบางชิ้นแสดงให้เห็นว่า การรักษาด้วยตนเองเพิ่มมากขึ้น[2,3] ตั้งแต่กลาง พ.ศ. 2540 วิกฤตเศรษฐกิจ เป็นสาเหตุให้เกิดผลกระทบทั้งด้าน

บวกและด้านลบต่อระบบสุขภาพ ผลกระทบด้านลบคือ ประเทศมีงบประมาณที่จะใช้พัฒนาสุขภาพของประชากรน้อยลง ส่วนในด้านบวก ทุกๆ หน่วยงานต้องปรับงบประมาณ ปฏิรูปและวางโครงการทั้งหมดให้สอดคล้องกับงบประมาณที่ถูกลดทอนลง การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคกลายมาเป็นนโยบายด้านสุขภาพที่สำคัญ

อย่างไรก็ตาม ภายใต้สถานการณ์ขาดแคลนเงินทุน โรงพยาบาลภาครัฐภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข กลับได้รับงบสำหรับผู้มีรายได้น้อยและสังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูลมากกว่าที่เคยได้รับก่อนช่วงเกิดวิกฤตเศรษฐกิจกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินนโยบาย “สุขภาพดี ต้นทุนต่ำ” ซึ่งเป็นผลให้ประหยัดงบประมาณได้ถึง ร้อยละ 24.67 จึงเป็นโอกาสที่ดีในการปฏิรูประบบสุขภาพ รวมไปถึงสุขภาพระดับต้น เพื่อสร้างระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

15.1.4 การให้บริการสุขภาพ

(1) บริการสุขภาพระดับต้น

ระบบบริการสุขภาพระดับต้นเป็นระบบสุขภาพที่เป็นสิ่งจำเป็นโดยตั้งอยู่บนพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์และสามารถนำไปใช้ได้ ด้วยวิธีการและเทคโนโลยีที่ยอมรับได้ทางสังคม เข้าถึงปัจเจกบุคคลและครอบครัวในชุมชนด้วยการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยที่ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นชุมชนและประเทศสามารถรับได้ ทั้งนี้เพื่อคงสถานะทุกๆ อย่างของการพัฒนา ด้วยจิตวิญญาณของการพึ่งพาตนเอง[4] การบริการสุขภาพระดับต้นรวมไปถึงการจัดระบบโดยชุมชน เพื่อการบริการที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ โดยอาศัยเทคโนโลยีทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เหมาะสมต่อความต้องการและวัฒนธรรมของชุมชน ผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้นเป็นประชาชนภายในชุมชนที่ทำงานและเข้าร่วมโดยสมัครใจ

(2) การบริการสุขภาพระดับต้น

(2.1) คำจำกัดความ

“บริการการสุขภาพระดับต้น” นั้นรวมไปถึงการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ให้โดยบุคลากรด้านสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล ผดุงครรภ์ ฯลฯ เป็นต้น การบริการรวมไปถึงการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ การบริการสุขภาพระดับต้นเป็นด่านแรกที่มีส่วนประกอบขององค์ความรู้ด้านสังคมและความรู้ด้านเทคนิคการแพทย์ ดังนั้นผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้นต้องไม่เพียงแต่มีความรู้ด้านการแพทย์เท่านั้น แต่ยังต้องมีความสามารถที่จะสร้างความสัมพันธ์อันดีกับประชาชนและชุมชน บริการสุขภาพระดับต้นต้องประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 อย่าง คือ “มีความต่อเนื่อง ผสมผสานและเป็นองค์รวม”[1]

American academy of Family Physicians (AAFP) และ American Board of Family Practice (ABFP) ให้คำจำกัดความสุขภาพระดับต้นดังนี้

"....รูปแบบหนึ่งของการให้บริการการแพทย์ ซึ่งมุ่งเน้นบริการสุขภาพด่านแรก และความรับผิดชอบต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วย ทั้งการผดุงไว้ซึ่งสุขภาพ และการรักษาพยาบาลการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นสุขภาพส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ ซึ่งกินขอบเขตในวงกว้าง และรวมไปถึงการดูแลสุขภาพทุกอย่างของผู้ป่วยทั้งทางด้านชีววิทยา ด้านพฤติกรรม และด้านสังคม การรับฟังข้อเสนอแนะและใช้ทรัพยากรของชุมชนอย่างเหมาะสมจะเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้การบริการสุขภาพระดับต้นมีประสิทธิภาพ"[5]

การบริการสุขภาพระดับต้นในประเทศไทย เป็นระบบย่อยของระบบสุขภาพ โดยปกติระบบสุขภาพในประเทศไทยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต้นหรือปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ ผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้น คือสถานีอนามัยและศูนย์บริการสาธารณสุขในภาครัฐ และคลินิกเอกชนในภาคเอกชน

ถึงแม้ว่าการทำงานที่แท้จริงของโรงพยาบาลภาครัฐ จะเป็นการให้บริการสุขภาพในระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ แต่ก็มีบทบาทในการบริการสุขภาพระดับต้นมาเป็นเวลานาน ตั้งแต่ที่สถานีอนามัยยังมีจำนวนน้อยในพื้นที่ชนบท และยังคงให้บริการสุขภาพระดับต้นจนถึงปัจจุบัน ส่วนโรงพยาบาลเอกชนให้บริการสุขภาพในขอบเขตที่กว้างขวางตั้งแต่ปฐมภูมิถึงตติยภูมิด้วย

(2.2) ผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้น

ผู้ให้บริการระดับต้นประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วย ผดุงครรภ์ และพนักงานอนามัยที่ทำงานอยู่ในสถานบริการภาครัฐและภาคเอกชน

(2.2.1) สถานบริการสุขภาพภาครัฐ

มีสถานบริการสุขภาพภาครัฐในทุกๆ ระดับจากสถานีอนามัยไปจนถึงโรงพยาบาลชุมชน (อำเภอ) โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงหรือมหาวิทยาลัยและรัฐวิสาหกิจ และศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตเมืองภายใต้การกำกับดูแลของเทศบาล

สถานีอนามัยในพื้นที่เขตชนบทและในพื้นที่เขตเมือง ให้การบริการสุขภาพแบบผสมผสานทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ในพื้นที่เขตชนบท สถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนรับผิดชอบประชากรในพื้นที่ สถานีอนามัยมีพื้นที่ในความรับผิดชอบในการบริการสุขภาพระดับต้นสำหรับ 1 ตำบล และการบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิสำหรับประชาชนในตำบล ในพื้นที่เขตเมือง ไม่มีพื้นที่ในความรับผิดชอบที่ชัดเจน

---

[1] สุขภาพที่ดีหมายถึง การบริการแบบองค์รวม

"องค์รวม" ต้องพิจารณาทุกมิติของผู้ป่วยแต่ละคน รวมทั้งองค์ประกอบทางด้านกายภาพ วัฒนธรรมและสังคม

"ต่อเนื่อง" ต้องได้รับการบริการอย่างต่อเนื่อง ไม่เพียงแต่เมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยหรือมีความเสี่ยงเท่านั้น แต่ยังต้องติดตามผลของผู้ป่วยจนสิ้นสุดการเจ็บป่วย

"บูรณาการ" การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคต้องได้รับการบริการผสมผสานกับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเดียวกัน และโดยบุคลากรชุดเดียวกัน

(2.2.2) สถานบริการสุขภาพเอกชน

(a) คลินิกเอกชน

ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข พบว่าจำนวนของคลินิกเอกชนทุกประเภทเป็น 11,441 แห่ง (พ.ศ. 2540) คลินิกเอกชนส่วนใหญ่ให้การบริการในบางช่วงเวลา (ร้อยละ 83.7) และการบริการซึ่งส่วนใหญ่เป็นการบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทั่วไป (ร้อยละ 80.2) ถึงแม้ว่าคลินิกส่วนใหญ่จะให้การบริการทั่วไป แต่พบว่ามากกว่าครึ่ง ของผู้ให้บริการเหล่านี้เป็นแพทย์เฉพาะทาง[6]

คลินิกเอกชนไม่มีพื้นที่ความรับผิดชอบ และส่วนมากจะตั้งอยู่ในเขตเมืองหรือย่านการค้า

(b) โรงพยาบาลเอกชน

โรงพยาบาลเอกชนให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิด้วย ซึ่งมุ่งเน้นไปในด้านการบริการรักษาพยาบาล อย่างไรก็ดี เมื่อไม่นานนี้ ผู้ให้บริการเริ่มที่จะให้บริการส่งเสริมด้านสุขภาพ โดยมีกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ซึ่งมีความสามารถที่จะจ่ายได้ เช่น ผู้ป่วยเรื้อรัง และกลุ่มผู้สูงอายุ

(c) การบริการอื่นๆ

การแพทย์แผนไทยไม่สามารถถูกตัดออกจากระบบบริการสุขภาพระดับต้นได้ เพราะว่าประชาชนไทยยังคงใช้บริการชนิดนี้ แม้ว่าจะถูกกระทบโดยการแพทย์แบบตะวันตกมาเป็นเวลาช้านาน ไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย แต่ข้อมูลจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข แสดงว่ามูลค่าของยาแผนโบราณ ทั้งการผลิตและนำเข้า ซึ่งขึ้นทะเบียนไว้ที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยานั้นเพิ่มขึ้นจาก 253 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2530 ไปเป็น 662 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2542[7]

หมอพื้นบ้าน แพทย์แผนไทย หมอตำแยให้บริการสุขภาพระดับต้นประเภทนี้ด้วยการบริการแบบองค์รวมแบบตะวันออก แม้ว่าบางส่วนจะผิดกฎหมาย แต่ก็ได้รับการยอมรับจากประชาชน

(2.3) ระบบการขึ้นทะเบียน

มีระบบการขึ้นทะเบียนสำหรับการบริการสุขภาพระดับต้นในกลุ่มเฉพาะบางกลุ่มซึ่งเป็นกลุ่มที่มีรายได้น้อย และประชาชนที่ต้องการความช่วยเหลือเกื้อกูลทางสังคม สมาชิกบัตรสุขภาพ และผู้ประกันตนภายใต้โครงการประกันสังคม

(3) บทบาทของชุมชนต่อการบริการสุขภาพระดับต้น

ชุมชนยังขาดการมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการบริการสุขภาพ ยกเว้น การดูแลตนเองหรือซื้อยากินเอง แนวโน้มในอนาคตภายใต้การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น องค์การปกครอง

ส่วนท้องถิ่นและชุมชนจะรับผิดชอบต่อการวางนโยบาย การวางแผนด้านการบริการสุขภาพ และการควบคุมกำกับสถานบริการสุขภาพ

(4) การเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพระดับสูง

มีระบบการขึ้นทะเบียนในกลุ่มเฉพาะบางกลุ่มซึ่งเป็นกลุ่มที่มีรายได้น้อย และประชาชนที่ต้องการความช่วยเหลือทางสังคม ประมาณร้อยละ 45 ของประชากร สมาชิกบัตรสุขภาพ ร้อยละ 14 ของประชากร และผู้ประกันตนภายใต้โครงการประกันสังคม ร้อยละ 8.47 ของประชากร ในเครือข่ายของการให้บริการสุขภาพระดับต้นสำหรับผู้ใช้แรงงานภายใต้แผนการประกันสังคมประกอบด้วยผู้ให้บริการทั้งภาครัฐและเอกชน ถ้าสถานบริการไม่สามารถจัดบริการให้กับผู้ป่วยได้ ก็จะส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก นี่เป็นรูปธรรมหนึ่งของการบริการสุขภาพระดับต้นที่เชื่อมโยงกับการบริการสุขภาพระดับสูงกว่า ระบบการส่งต่อผู้ป่วยนี้มีขึ้นในสถานบริการภาครัฐภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุขมาช่วงระยะเวลาหนึ่งแล้ว อย่างไรก็ตาม ก็ยังมีปัญหาของการที่ผู้ป่วยข้ามขั้นตอนผ่านไปยังสถานบริการระดับสูงกว่า

นอกจากนี้แม้ว่าประเทศจะมีความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพค่อนข้างสูง แต่ก็ยังมีประชาชนราว 12-13 ล้านคน (ร้อยละ 21.67 ของประชากร) ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ เลย นอกจากนี้ประเทศไทยก็ยังขาดการเชื่อมโยงและการร่วมมือที่ดีระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน

15.1.5 ปัญหาของการบริการสุขภาพในประเทศไทย

ปัญหาของการบริการสุขภาพระดับต้นในประเทศไทยมีดังนี้

(1) การซ้ำซ้อนของกิจกรรมการบริการสุขภาพระดับต้นระหว่างโรงพยาบาลกับสถานีอนามัย

มุ่งประเด็นไปยังสถานบริการสุขภาพภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้ให้บริการสุขภาพหลัก ไม่มีสถานีอนามัยในเขตตำบลซึ่งเป็นที่ตั้งอำเภอ(พื้นที่ที่โรงพยาบาลตั้งอยู่) ซึ่งเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ที่จะให้โรงพยาบาลชุมชนให้บริการสุขภาพระดับต้น[2] เป็นลำดับแรก (First line health service, FLHS) สำหรับประชากรที่อยู่ใกล้โรงพยาบาลชุมชน และเป็นศูนย์รับการส่งต่อ เพื่อรองรับผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อจากสถานีอนามัยในอดีต สถานีอนามัยมีครอบคลุมพื้นที่ในเขตชนบทจำนวนน้อย โรงพยาบาลชุมชนจึงต้องให้บริการสุขภาพระดับต้นแก่ผู้ป่วยจากที่อื่นๆ นอกเหนือไปจากผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ใกล้เคียงโรงพยาบาล จนกระทั่งปัจจุบัน ถึงแม้ว่าสถานีอนามัยจะมีครอบคลุมพื้นที่ค่อนข้างดีแล้วก็ตาม แต่โรงพยาบาลก็ยังคงให้บริการสุขภาพระดับต้นต่อประชาชนทั่วไปอยู่ สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้เกิดปรากฏการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ดังนี้

[2] สถานบริการสุขภาพระดับต้น (First line health service) หมายถึง องค์กรบริการสุขภาพ ซึ่งให้บริการสุขภาพระดับต้น เช่น สถานีอนามัยภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข หรือคลินิกเอกชน เป็นต้น

(1.1) พฤติกรรมการข้ามขั้นตอนของประชาชน

การศึกษาหลายชิ้นแสดงให้เห็นว่า มากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่พบในโรงพยาบาลสามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลที่ระดับการบริการสุขภาพระดับต้นได้ (สถานีอนามัย)[8,9,10]

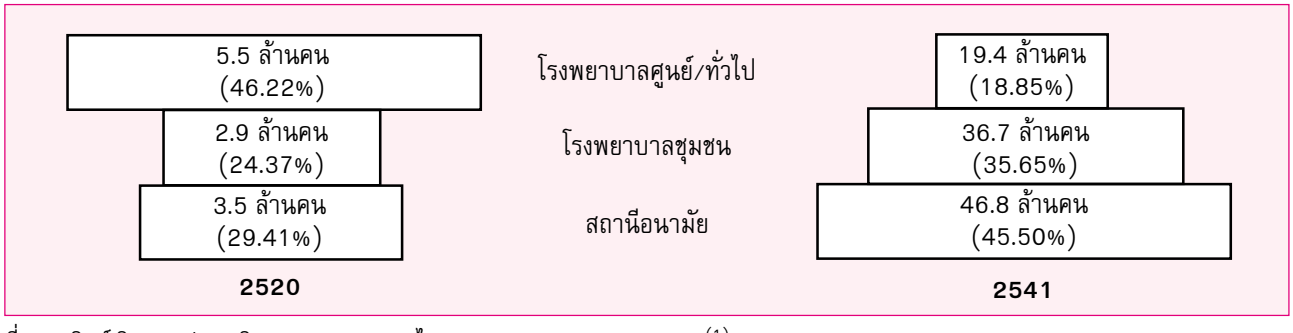
ผู้ป่วยจำนวนมากมาที่โรงพยาบาล เพราะคิดว่า โรงพยาบาลดีกว่าสถานีอนามัย เหตุผลดังกล่าวนี้เกี่ยวพันกับความประทับใจและประสบการณ์ของผู้ป่วยกับสถานีอนามัยในอดีต[11] (ตารางที่ 15.1) และถึงแม้ว่าจำนวนผู้ป่วยนอกในสถานีอนามัยจะเพิ่มขึ้นจาก 3.5 ล้านคน หรือร้อยละ 29.4 จากจำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมดใน พ.ศ. 2530 ไปเป็น 46.8 ล้านคน (ร้อยละ 46.1) ใน พ.ศ. 2541 ผู้ป่วยจำนวนมากที่มีอาการเจ็บป่วยธรรมดาก็ยังคงไปโรงพยาบาลอยู่ จำนวนผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้นจาก 2.9 ล้านคน (ร้อยละ 24.4) ใน พ.ศ. 2530 ไปเป็น 36.7 ล้านคน (ร้อยละ 33.9) ใน พ.ศ. 2541 (ภาพที่ 15.2)

ตารางที่ 15.1 เหตุผลของผู้ป่วยที่ข้ามสถานีอนามัยไปยังโรงพยาบาลชุมชนอำเภอนครไทย ตั้งแต่ 10 กรกฎาคม–11 สิงหาคม พ.ศ. 2538

เหตุผล	จำนวน	ร้อยละ
1. โรงพยาบาลชุมชนดีกว่าสถานีอนามัย	635	60
2. เคยใช้บริการสถานีอนามัยและไม่ดีขึ้นจากเดิม	96	9
3. ไม่รู้สึกว่าดีขึ้นจากการรักษาพยาบาลที่สถานีอนามัย	151	14
4. ตรวจสุขภาพเพื่อขอใบรับรองแพทย์	46	4
5. ไม่มีบุคลากรที่สถานีอนามัย	31	3
6. พื้นที่ยกเว้น[3]	63	6
7. อื่นๆ	42	4
รวม	1,064	100

ที่มา: สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2540-2541, 2542[1]

ภาพที่ 15.2 แสดงจำนวนและสัดส่วนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในสถานบริการแต่ละระดับ พ.ศ. 2530–2541



ที่มา: สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2540-2541, 2542[1]

[3] ประชาชนบางคนมีสิทธิที่จะเข้ารับการบริการสุขภาพโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ถึงแม้ว่าจะอาศัยอยู่ในพื้นที่ความรับผิดชอบของสถานีอนามัย แต่ใกล้กับโรงพยาบาลชุมชนอำเภอนครไทย ประชาชนได้รับอนุญาตให้ไปรับการรักษาพยาบาลยังโรงพยาบาลชุมชนโดยไม่ต้องจ่ายเงิน ในขณะที่คนอื่นๆ ต้องจ่ายถ้าพวกเขาข้ามผ่านสถานีอนามัย

2.9 ล้านคน
(24.37%)

(1.2) ความแออัดและไม่มีประสิทธิภาพของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลรัฐทั้งหมด รวมไปถึงโรงพยาบาลเอกชนให้บริการสุขภาพกว้างขวางหลายระดับ ซึ่งเป็นเหตุให้ค่าใช้จ่ายสูงและไม่มีประสิทธิภาพ อีกทั้งโรงพยาบาลต้องให้บริการสุขภาพระดับต้นแข่งขันกับสถานบริการสุขภาพระดับต้นอื่นๆ โรงพยาบาลจึงต้องเผชิญกับปัญหาของความแออัดของผู้มารับบริการ สถานการณ์นี้เป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้โรงพยาบาลบริการสุขภาพที่ดีต่อผู้ป่วยไม่ได้ เนื่องจากปริมาณงานการบริการสุขภาพระดับต้นที่สูงมาก แพทย์ต้องดูแลผู้ป่วยจำนวนมากด้วยเวลาอันจำกัด ซึ่งขัดขวางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและต่อเนื่อง[9]

เนื่องจากโรงพยาบาลให้บริการสุขภาพระดับต้นในปริมาณมาก ดังนั้นความสามารถที่จะดำเนินการในบทบาทของตนเองในการเป็นศูนย์รับการส่งต่อจึงขาดประสิทธิภาพ[10]

ความซ้ำซ้อนของงานบริการสุขภาพระดับต้นและระดับทุติยภูมิมีอยู่ทุกระดับในสถานบริการในประเทศไทย ยิ่งกว่านั้น การบริการสุขภาพระดับต้นยังมุ่งเน้นไปที่การรักษาโรคและการใช้เทคโนโลยีแทนการใช้การเข้าถึงแบบองค์รวม ปัจจุบันนี้มีผู้ให้บริการสุขภาพจำนวนน้อยที่สามารถให้บริการสุขภาพระดับต้นที่ดีแก่ประชาชนได้ เช่น ศูนย์บริการสุขภาพบางแห่ง ในเขตเมืองในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา และหน่วยแพทย์ประจำครอบครัวในโรงพยาบาลบางแห่ง อย่างไรก็ตามโรงพยาบาลนั้นมีพื้นที่ในเขตความรับผิดชอบที่ใหญ่มากเกินไปและไม่ชัดเจน ทำให้ไม่สามารถให้บริการสุขภาพในแง่ขององค์รวมและผสมผสานต่อผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ

(2) คุณภาพการบริการต่ำ

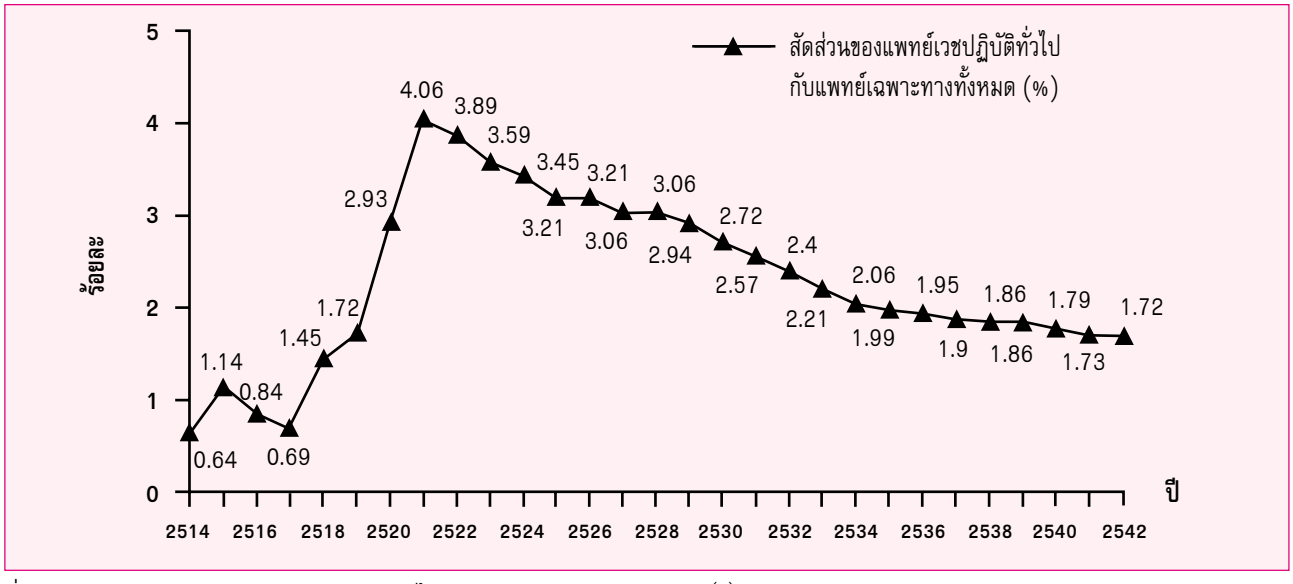
การให้บริการสุขภาพระดับต้นในปัจจุบันยังขาดประสิทธิภาพและคุณภาพ ผู้ให้บริการส่วนมากไม่มีความชำนาญทางสังคมที่เพียงพอ และมีแนวโน้มที่จะบริการรักษาโรค ไม่ใช่รักษาสุขภาพของคน ดังนั้นการให้บริการที่ดีในความหมายของบริการสุขภาพที่ต่อเนื่อง ผสมผสาน และเป็นองค์รวมจึงไม่เกิดขึ้น

ศูนย์บริการสุขภาพในเขตเมืองภายใต้ความรับผิดชอบของเทศบาล มีน้อยเกินไปที่จะจัดการกับปัญหาสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะที่ปัญหาของสถานีอนามัยในพื้นที่ชนบทคือคุณภาพของกลุ่มบุคลากร

(3) การขาดแคลนแพทย์และความไม่สมดุลของแพทย์เฉพาะทาง

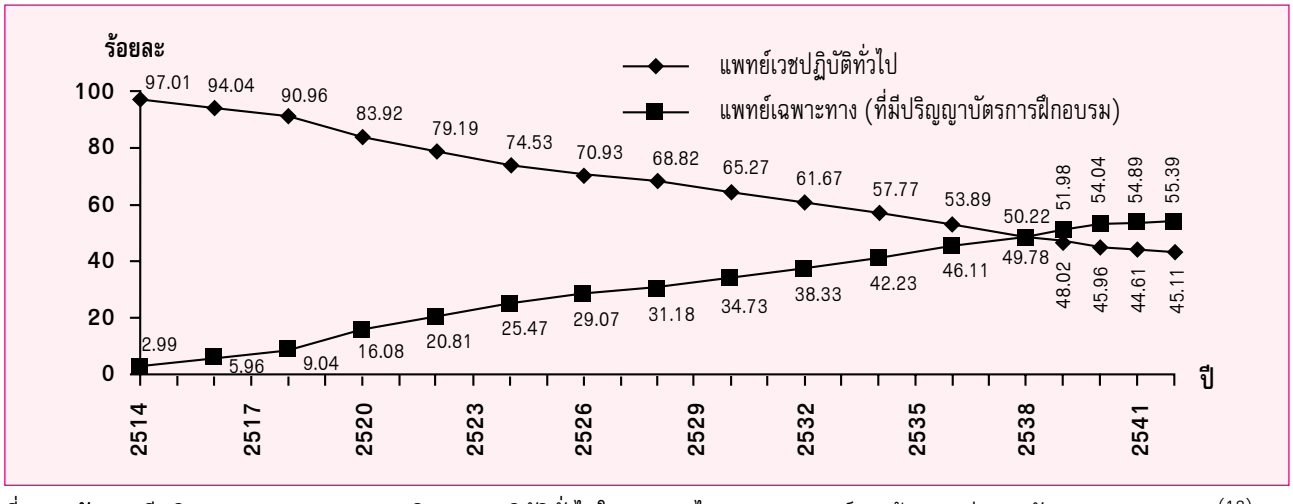
แนวโน้มการผลิตแพทย์จะเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2541 มีแพทย์ทั้งประเทศ 19,500 คน (แพทย์ 1 คนต่อประชากร 3,136 คน) การขาดแคลนแพทย์ในพื้นที่ชนบทยังวิกฤตมาก แต่เริ่มเป็นไปในทางที่ดีขึ้นภายหลังจากที่รัฐบาลตัดสินใจที่จะเพิ่มการผลิตแพทย์ตั้งแต่พ.ศ.2535 ซึ่งเป็นผลให้จำนวนแพทย์ชนบทเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 จนกระทั่งปัจจุบัน นอกจากนี้วิกฤตเศรษฐกิจยังส่งผลให้เกิดการเคลื่อนย้ายของแพทย์เอกชนมาสู่ภาครัฐ ในภาพรวมทั้งหมดวิกฤตการณ์ขาดแคลนนี้จะลดลงอย่างมากในช่วงสองทศวรรษหน้า อย่างไรก็ตามพื้นที่เขตชนบทก็ยังคงมีปัญหาอยู่ ถึงแม้ว่าจะค่อยๆ ดีขึ้นก็ตาม แพทย์ประมาณร้อยละ 50

ภาพที่ 15.3 แสดงสัดส่วนแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปต่อแพทย์เฉพาะทางระหว่าง พ.ศ. 2514-2542



ที่มา: สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2540-2541, 2542.[1]

ภาพที่ 15.4 สัดส่วนแพทย์เฉพาะทางและแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2514-2542



ที่มา: สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ, ระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไปในประเทศไทย: สถานการณ์และข้อเสนอต่อการพัฒนา (พ.ศ. 2539)[13]

ปฏิบัติงานอยู่ในกรุงเทพฯ ส่วนแพทย์เฉพาะทางกำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในพ.ศ. 2542 อัตราส่วนของแพทย์เฉพาะทางมีประมาณร้อยละ 55.39 (ภาพที่ 15.3) แต่จริงๆ แล้ว มีอัตราส่วนสูงเท่ากับร้อยละ 69.4 ของแพทย์ที่กำลังปฏิบัติหน้าที่เป็นแพทย์เฉพาะทาง ในขณะที่สัดส่วนของแพทย์ประจำครอบครัวยังคงน้อยมากและมีแนวโน้มที่จะลดลงตั้งแต่ พ.ศ. 2522 เป็นต้นมา (ภาพที่ 15.4)

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้นในประเทศไทยยังอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์มาเป็นเวลานาน เพราะบริการสุขภาพระดับต้นถูกมองว่าเป็นการบริการง่ายๆ ใช้เทคโนโลยีต่ำ ผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้นจึงถูกมองว่าเป็นบุคลากรที่มีคุณค่าและความสามารถต่ำ เมื่อเทียบกับผู้ให้บริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ หรือตติยภูมิ

ชื่อเสียง การยอมรับทางสังคม และผลตอบแทนของแพทย์เฉพาะทาง สูงกว่าแพทย์เวช

ปฏิบัติทั่วไปที่ไม่ได้รับการฝึกอบรมภายหลังจบการศึกษาเพิ่มเติม ดังนั้น แพทย์ที่สำเร็จการศึกษาใหม่ส่วนมากจึงต้องการที่จะเป็นแพทย์เฉพาะทางแทนที่จะเป็นเพียงแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป อย่างไรก็ตาม การฝึกอบรมภายหลังจบการศึกษาเป็นที่นิยมเพียงในสาขาวิชาที่แพทย์สามารถทำรายได้สูงเท่านั้น เช่น กุมารแพทย์ สูตินรีแพทย์ หรือศัลยกรรมพลาสติก ฯลฯ ไม่ใช่กลุ่มพยาธิวิทยา แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ฯลฯ

ใน พ.ศ. 2541 อัตราส่วนบุคลากรด้านสุขภาพอื่นๆ ต่อประชากร เป็นดังนี้ ทันตแพทย์ 1 คนต่อประชากร 9,741 คน เภสัชกร 1 คนต่อประชากร 14,588 คน พยาบาล 1 คนต่อประชากร 1,073 คน และบุคลากรสาธารณสุข 1 คนต่อประชากร 1,282 คน เป้าหมายในด้านกำลังคนด้านสุขภาพ ในปี พ.ศ. 2560 ดังปรากฏในตารางที่ 15.2[14]

ตารางที่ 15.2 อัตราส่วนของบุคลากรสาธารณสุขต่อประชากร พ.ศ. 2540 และเป้าหมายใน พ.ศ. 2560

บุคลากรผู้ให้บริการ	อัตราส่วนต่อประชากร	
	2540	2560
แพทย์	3,346	1,500
ทันตแพทย์	10,961	5,000
เภสัชกร	6,248	2,000
พยาบาล	843	500

ที่มา: สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2540-2541, 2542.[1]

15.2 ความพยายามในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้น

15.2.1 วิวัฒนาการของระบบบริการสุขภาพระดับต้น

(1) การแพทย์แผนไทย

ในอดีต การแพทย์พื้นบ้านเป็นวิถีทางที่ชาวบ้านปฏิบัติต่อกันมา ซึ่งบางครั้งก็เกี่ยวข้องกับเรื่องบุญ บาป และจิตวิญญาณ ที่ไม่พบเห็นได้บ่อยนักในการแพทย์แผนปัจจุบัน

การแพทย์พื้นบ้านในประเทศไทยมีประวัติการวิวัฒนาการมายาวนาน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมไทยจนกระทั่งปัจจุบัน

(2) การแพทย์แผนปัจจุบัน

ตั้งแต่ พ.ศ. 2429 โรงพยาบาลแพทย์แผนปัจจุบันแห่งแรกได้ก่อตั้งขึ้น และการแพทย์แผนปัจจุบันได้รับการพัฒนาอย่างรวดเร็ว (ประชาชนเริ่มเข้ารับการรักษาพยาบาลด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน (ตะวันตก) มากขึ้นเรื่อยๆ เมื่อเกิดการเจ็บป่วย) บุคลากรที่ให้บริการสุขภาพต่างๆ เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล ผดุงครรภ์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ฯลฯ ได้สำเร็จการศึกษามาจำนวนมาก ปัจจุบันนี้แต่ละตำบลจะมีสถานีอนามัยอย่างน้อยหนึ่งแห่ง เกือบทุกอำเภอจะมีโรงพยาบาลชุมชนหนึ่งแห่ง ส่วนในแต่ละจังหวัดก็จะมีโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลเอกชน รวมไปถึงคลินิกเอกชนด้วย อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันนี้การแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แผนไทยได้มีการแข่งขันกันเอง อีกทั้งยังขาดกลไกที่มี

ประสิทธิภาพในการจัดการให้การแพทย์ทั้งสองแบบสอดคล้องไปด้วยกัน การเสริมสร้างความเข้มแข็งต่อการบริการสุขภาพระดับต้นนั้น จำเป็นต้องประสานการแพทย์ทั้งแผนปัจจุบันและแผนไทยเข้าด้วยกัน และหนุนเสริมเติมเต็มซึ่งกันและกัน

(3) การบริการสุขภาพระดับต้น

ภายหลังการประกาศ Alma-Ata (พ.ศ. 2521) รัฐบาลไทยได้ดำเนินการตามนโยบายสุขภาพสำหรับทุกคนจนถึง พ.ศ. 2000 ได้มีการก่อตั้งศูนย์สุขภาพระดับต้น โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (Village health volunteers, VHVs) และผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ผสส.) (Village health communicators, VHCs) ทุกๆ หมู่บ้าน ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ในระบบบริการสุขภาพระดับต้น ปัจจุบันเจ้าหน้าที่สื่อสารสาธารณสุขหมู่บ้านทั้งหมดได้รับการฝึกฝนจากบุคลากรสาธารณสุข เพื่อพัฒนาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้บริการสุขภาพระดับต้นซึ่งมุ่งเน้นแผนงานโครงการด้านการสาธารณสุข เช่น การประเมินน้ำหนักเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีในแผนการโภชนาการ การให้ความรู้ด้านสาธารณสุขตามหมู่บ้าน บทบาทในการบริการสุขภาพระดับต้นเหล่านี้ค่อยๆ เพิ่มมากขึ้นตามลำดับ เช่น การตรวจสุขภาพ การตรวจเบาหวาน รวมถึงการตรวจโรคทั่วไปบางโรค เช่น ไข้หวัด หรือท้องร่วง

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นสมาชิกของชุมชนที่มีบทบาทเป็นผู้นำชุมชนในการบริการสุขภาพระดับต้น ไม่ได้เป็นบุคลากรผู้ประกอบวิชาชีพสาธารณสุข อย่างไรก็ตามมีความเห็นบางอย่างจากผู้นำชุมชนท้องถิ่น และเสนอว่าอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านควรเป็นผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้นในชุมชนด้วยเช่นกัน[15]

15.2.2 การปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับต้น

เหตุการณ์สำคัญที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้นพอจะยกมาให้เห็นบางส่วนดังนี้

(1) ทศวรรษของการพัฒนาโรงพยาบาลชุมชน

ระหว่าง พ.ศ. 2520-2529 มีการขยายสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่เขตชนบทไปสู่ระดับอำเภอ ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4-5 รัฐบาลประกาศว่า ทุกอำเภอต้องมีโรงพยาบาลชุมชนอย่างน้อยหนึ่งแห่ง พร้อมทั้งมีแพทย์ปฏิบัติงานอย่างน้อยหนึ่งคน และสถานีอนามัยอย่างน้อยหนึ่งแห่งในระดับตำบล ซึ่งนำไปสู่การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของทรัพยากรด้านสาธารณสุขในการบริการสุขภาพ ทั้งระดับต้นและระดับทุติยภูมิ ที่จัดโดยโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัย

(2) ทศวรรษของการพัฒนาสถานีอนามัย

ตั้งแต่ พ.ศ. 2535 เป็นการเริ่มต้นทศวรรษของการพัฒนาสถานีอนามัย โดยมี

วัตถุประสงค์ที่จะเพิ่มทั้งปริมาณและคุณภาพของบุคลากรและอุปกรณ์การแพทย์ รัฐบาลจัดสรรทรัพยากรจำนวนมากสำหรับโครงการ และได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ระหว่างช่วงเวลาดังกล่าว อาจกล่าวได้ว่า การบริการสุขภาพระดับต้นได้รับการพัฒนาและปรับปรุงการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนเพิ่มขึ้นอย่างมาก

(3) ความร่วมมือไทย-ยุโรปในโครงการการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้น

ความร่วมมือไทย-ยุโรปเริ่มต้นขึ้นใน พ.ศ. 2539 เพื่อที่จะวางโครงการ "นโยบายและแผนสุขภาพ" เพื่อเสนอโครงการต่อรัฐบาลในการปรับปรุงความเสมอภาค ประสิทธิภาพ คุณภาพและความรับผิดชอบต่อสังคมของระบบสุขภาพปัจจุบัน แบบจำลองในภาคปฏิบัติได้รับการพัฒนา การพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้นได้รับการเตรียมการเพื่อให้สอดคล้องกับการพัฒนาของโครงการ ซึ่งส่งผลในการพัฒนาแบบจำลองระบบบริการสุขภาพระดับต้นอย่างน้อยหนึ่งแบบในทุกจังหวัดของประเทศ[16]

มีโครงการทดลอง (ของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้น) ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เรียกว่า โครงการอยุธยา ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างเสริมความเข้มแข็งให้กับระบบระบบบริการสุขภาพระดับต้น โดยที่โครงการจะมีส่วนร่วมทั้งในเขตเมืองและชนบท

(3.1) ในเขตเมือง

1) คลินิกเอกชนได้รับการรวมเข้าเป็นผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างเสริมความเข้มแข็งให้กับการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคในสถานบริการ
2) การส่งเสริมจดหมายส่งต่อและการเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลรัฐบาลกับคลินิกเอกชน อย่างไรก็ตาม แพทย์เอกชนละเลยต่อความพยายามเหล่านี้ ดังนั้น โครงการจึงตัดสินใจที่จะก่อตั้งสถานีอนามัย เพื่อให้เป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับต้นในพื้นที่เขตเมือง

(3.2) ในเขตชนบท

1) การสร้างเสริมความเข้มแข็งในการบริการของสถานีอนามัยผ่านการนิเทศงานโดยแพทย์และพยาบาลจากโรงพยาบาลชุมชน
2) การปฏิรูประบบ และการปรับปรุงงานของสถานีอนามัย กล่าวคือ ระบบข้อมูล ระบบการส่งต่อ และการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นต้น ฯลฯ

(4) การปฏิรูประบบสุขภาพ

เริ่มต้นใน พ.ศ. 2542 การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ: ซึ่งหมายถึง กระบวนการต่างๆ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างสุขภาวะของประชาชนที่สมบูรณ์ทั้งกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ ด้วยระบบสุขภาพที่เสมอภาค มีประสิทธิภาพ และคุณภาพดี

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งคาดหวังจะให้บังเกิดผลภายในเวลา 3 ปี เป็นเครื่องมือสำคัญที่จะนำไปสู่การปฏิรูประบบสุขภาพ จะเป็นการก่อตั้งสุขภาพแห่งชาติหรือโครงสร้างของเป้าหมายสุขภาพแห่งชาติ และจะสร้างระบบ โครงสร้าง และเงื่อนไขที่นำไปสู่

ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ใหม่

หนึ่งในระบบย่อยที่จะได้รับการปฏิรูปคือ ระบบบริการสุขภาพระดับต้น

(5) การกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้แก่ท้องถิ่น

ตลอดทศวรรษก่อนหน้านี้ ได้มีการอภิปรายถึงวิธีการต่างๆ ในการกระจายหน้าที่ และความรับผิดชอบให้แก่ท้องถิ่น ความพยายามได้เริ่มเห็นเป็นมรรคผลเมื่อรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ได้ประกาศใช้เมื่อ พ.ศ. 2540 จึงมีความพยายามระดมกำลังในการผลักดัน ซึ่งเป็นการสนับสนุนการกระจายอำนาจให้แก่ท้องถิ่น และหลักการการปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้แทนท้องถิ่นที่มาจากการเลือกตั้งอย่างชัดเจน จากสิ่งเหล่านี้ จึงบังเกิดพระราชบัญญัติการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งชาติ และมีผลใช้ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2542

ภายใต้พระราชบัญญัติการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งชาติ พ.ศ. 2542 รัฐต้องถ่ายโอนกิจการการให้บริการสาธารณสุขให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภายใน 10 ปี เริ่มจาก พ.ศ. 2543-2553 เพื่อให้สอดคล้องกับแผนดังกล่าว การบริการสาธารณสุขทุกประเภทภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข รวมไปถึงสถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ จะต้องถูกถ่ายโอนให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประเด็นสำคัญที่สุดในการกระจายอำนาจให้แก่ท้องถิ่น คือบทบาทและหน้าที่ในการสร้างความสัมพันธ์ขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับสถาบัน ทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือองค์กรปกครองส่วนกลางและส่วนภูมิภาค อีกทั้งบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขและประชาชนในท้องถิ่นก็ต้องการการพัฒนา ผลกระทบดังกล่าว รวมถึงระบบบริการสุขภาพระดับต้นจะไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ภายใต้ความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเข้ามาแทนที่ความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข

(6) ความเคลื่อนไหวอื่นๆ

มีความพยายามที่จะปรับปรุงระบบบริการสุขภาพระดับต้นเป็นจำนวนมากดังนี้

1. ความเคลื่อนไหวที่จะสนับสนุนผู้จัดทำนโยบาย ผู้ให้บริการสาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้อง และประชาชนทั่วไปสนับสนุนนโยบายการบริการสุขภาพระดับต้น

2. แผนพัฒนาแพทย์ประจำครอบครัวสำหรับบริการสุขภาพแบบผสมผสาน และแบบองค์รวม ทั้งกายและใจ ได้รับการใส่ไว้ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 8 เป็นยุทธวิธีสำหรับระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ และกระทรวงสาธารณสุข ได้จัดการฝึกอบรมแพทย์ประจำครอบครัวหลักสูตรระยะสั้นหลายหลักสูตร สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ

3. ความเคลื่อนไหวที่จะทำให้แนวความคิดการบริการสุขภาพระดับต้นกระจ่างชัด และทำให้การบริการสุขภาพระดับต้นเป็นที่ยอมรับเป็นหนึ่งในข้อบังคับการศึกษา เนื่องจากความเฉพาะและบทบาทสำคัญในระบบ มีการบัญญัติคำใหม่ “เวชปฏิบัติประจำครอบครัว” เพื่อเป็นตัวแทนแนวความคิดใหม่ แทนที่คำว่า “เวชปฏิบัติทั่วไป” ที่ใช้แต่เดิม

4. โครงการประกันคุณภาพโรงพยาบาล เริ่มต้นโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ร่วม

กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจากหลายฝ่าย ร่วมมือกันโดยสมัครใจ โครงการได้ส่งเสริมให้สนับสนุนแนวความคิดของการประกันคุณภาพสุขภาพที่ให้บริการโดยโรงพยาบาล

5. แพทยสภาแห่งประเทศไทยได้รับมอบหมายให้ร่วมมือกับตัวแทนต่างๆ เพื่อที่จะส่งเสริมแพทย์ประจำครอบครัวและผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้นตั้งแต่วันที่ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2542[17]

6. มหาวิทยาลัยเคลื่อนไหวเพื่อที่จะปรับเปลี่ยนหลักสูตรสำหรับการฝึกอบรมแพทย์ประจำครอบครัวใหม่

7. ความเคลื่อนไหวเพื่อปฏิรูประบบจูงใจ สำหรับการบริการสุขภาพระดับต้นและผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้น กล่าวคือ การปฏิรูปกลไกการจ่ายเงิน การรวมการบริการสุขภาพระดับต้นเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน เพื่อที่จะสามารถเพิ่มการยอมรับทางสังคม

ถึงแม้ว่าการสร้างเสริมความเข้มแข็งให้กับระบบบริการสุขภาพระดับต้น จะนำไปสู่การพัฒนาปรับปรุงระบบสุขภาพ แต่ก็ยังไม่มีแผนที่เป็นองค์รวมสำหรับจะมาพลิกสถานการณ์นี้ โดยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า กลไกที่จะปรับปรุงระบบบริการสุขภาพระดับต้น จะได้รับการใส่ไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติในอีก 3 ปีข้างหน้า

15.3 แผนการในอนาคต

15.3.1 ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับต้น

(1) ระบบบริการสุขภาพระดับต้นที่พึงประสงค์

จุดนี้เป็นหัวเลี้ยวหัวต่อสำหรับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด ที่จะมีสิ่งที่จะต้องทำร่วมกันในการพัฒนาระบบสุขภาพ ที่จะนำไปสู่ระบบบริการสุขภาพระดับต้นที่พึงประสงค์ ระบบบริการสุขภาพระดับต้นที่พึงประสงค์สำหรับสังคมไทยควรเป็นดังนี้

1. เป็นสุขภาพแบบผสมผสาน และแบบองค์รวมที่ให้ความสำคัญทั้งด้าน จิตใจ-สังคม-วัฒนธรรม และสอดคล้องกับวิถีชีวิตในชุมชน
2. มีคุณภาพที่ประชาชนเชื่อใจได้ รู้สึกมั่นใจและยอมรับ อีกทั้งอำนวยความสะดวกแก่ประชาชนด้วยระบบเครือข่ายจำนวนมากและสามารถเลือกได้ มีระบบที่ยึดโยงระบบการดูแลตนเองชุมชนกับระบบบริการสุขภาพระดับสูงกว่า กรณีฉุกเฉิน และมีบริการทางสังคมอื่นๆ
3. มีการบริการขั้นพื้นฐานสำหรับระบบที่เหมาะสม และการจัดการด้านการเงินที่มีประสิทธิภาพ

(2) หลักการทั่วไปที่สนับสนุนระบบบริการสุขภาพระดับต้น

(2.1) การปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อสุขภาพ

มีการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อสุขภาพที่หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์ในด้านกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นการรวมสุขภาพที่เกี่ยวพันกับระบบอื่นๆ รวมทั้งการศึกษา วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ เทคโนโลยี ฯลฯ

จำเป็นที่จะต้องพิจารณาใหม่ว่าผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้นไม่ได้เป็นเพียงแค่ผู้ให้บริการทั่วๆ ไป ด้วยความง่ายๆ แต่เป็นผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้น โดยเฉพาะแพทย์ประจำครอบครัวนั้นเป็นแพทย์ผู้รับผิดชอบต่อบริการสุขภาพองค์รวมแก่ทุกๆ ปัจเจกบุคคลที่ต้องการการรักษาพยาบาล และวางแผนสำหรับบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ เพื่อที่จะให้บริการเมื่อจำเป็น แพทย์ประจำครอบครัวดูแลปัจเจกบุคคลซึ่งเป็นส่วนประกอบของครอบครัว และครอบครัวซึ่งเป็นส่วนประกอบของชุมชน โดยพิจารณาถึงภูมิหลังทางสังคม-เศรษฐกิจ และจิตวิทยา นอกจากนี้ แพทย์ประจำครอบครัวยังมีความรับผิดชอบส่วนบุคคลสำหรับบริการสุขภาพที่เป็นองค์รวมและต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยด้วย[17]

(2.2) การส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองสำหรับปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชน

โดยการสร้างความรู้ ทัศนคติ และทักษะที่จำเป็นต่อการดูแลตนเองและเชื่อมโยงไปสู่ระบบบริการสุขภาพระดับต้น

แนวความคิดการส่งเสริมสุขภาพควรได้รับการส่งเสริม และใส่ไว้ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ นอกจากนี้ แนวความคิดการดูแลตนเองควรได้รับการสนับสนุนด้วย ระบบบริการสุขภาพระดับต้นควรได้รับการสร้างเสริมความเข้มแข็ง ถ้าประชาชนสามารถดำรงสุขภาพที่ดีและดูแลตนเองได้ยามที่เกิดการเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น ไข้หวัด ปวดกล้ามเนื้อ โรคเครียด ฯลฯ ประเทศจะประหยัดค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก

(2.3) การใช้บริการสถานบริการสาธารณสุขอย่างสมเหตุสมผล

สืบเนื่องจากการใช้บริการที่ไม่สมเหตุสมผลของโรงพยาบาลในอดีต จึงเป็นอุปสรรคขัดขวางโรงพยาบาลในการที่จะให้บริการสุขภาพที่ดี ทั้งในฐานะที่เป็นบริการด่านแรก และเป็นศูนย์ส่งต่อ การปรับเปลี่ยนบทบาทของโรงพยาบาลโดยลดทอนการบริการสุขภาพระดับต้นและสร้างเสริมความเข้มแข็งให้กับระบบการส่งต่อ จะทำให้สถานการณ์ดีขึ้น เพราะแพทย์จะมีเวลาให้กับกรณีที่ซับซ้อนมากขึ้น

บทบาทของบริการด่านแรกควรเป็นของสถานีอนามัย หรือคลินิกเอกชน การบริการผู้ป่วยนอกที่สถานีอนามัย และคลินิกเอกชนจะมีต้นทุนที่มีประหยัดและมีประสิทธิภาพมากกว่า

(3) เงื่อนไขที่จำเป็นต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้น

(3.1) นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะเพิ่มการเข้าถึงและความเสมอภาคของประชาชนในการใช้บริการสุขภาพ โดยเฉพาะผ่านหน่วยบริการสุขภาพระดับต้น รวมทั้งสถานีอนามัย และคลินิกเอกชน โดยหนทางนี้ ระบบการส่งต่อจะต้องได้รับการสร้างเสริมความเข้มแข็งผ่านกลไกการเงิน และรับประกันความต่อเนื่องของการดูแลสุขภาพระหว่างการเจ็บป่วย รวมทั้งการติดตามผล และการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการสุขภาพระดับอื่นถ้าต้องการ

ประเทศควรหาหนทางที่จะรวมการแพทย์แผนไทยเข้าไว้ในแผนการประกันสุขภาพด้วย

(3.2) การกำหนดเงื่อนไขในระบบประกันสุขภาพ

1. แต่ละระบบควรครอบคลุมบริการที่เป็นบูรณาการ รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การ

ป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ประชาชนต้องใช้บริการที่สถานบริการสุขภาพระดับต้นเป็นอันดับแรก ยกเว้นสำหรับกรณีฉุกเฉินหรือเดินทางไปต่างพื้นที่ประชาชนควรเลือกขึ้นทะเบียนกับสถานบริการใกล้บ้านหรือที่ทำงาน เพื่อที่จะได้รับบริการที่สะดวก ต่อเนื่อง มีข้อมูลครบถ้วน ยิ่งกว่านั้น จะเป็นการส่งเสริมประสิทธิภาพของระบบบริการ

2. กลไกการจ่ายเงินของการบริการสุขภาพระดับต้นเป็นลักษณะเหมาจ่ายรายหัวทั้งหมด (Capitation) หรือเหมาจ่ายรายหัวในบริการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ แต่จ่ายตามรายบริการสำหรับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Fee for service)
3. กลไกการจ่ายเงินต้องส่งเสริมระบบบริการสุขภาพระดับต้นและเกิดการกระจายทรัพยากร ยกตัวอย่าง เช่น อัตราการจ่ายที่ใกล้เคียง หรือดีกว่าบริการเฉพาะทาง หรืออัตราการจ่ายที่เพิ่มขึ้นในพื้นที่ห่างไกล/ทุรกันดาร ยิ่งกว่านั้น จะสร้างเสริมความเข้มแข็งและประสิทธิภาพของระบบเครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วย
4. ใช้ระบบที่ผู้ป่วยร่วมจ่าย สำหรับบริการรักษาพยาบาลตามความเหมาะสม เพื่อที่จะหลีกเลี่ยงการใช้บริการเกินความจำเป็น ระบบที่ผู้มีสิทธิ์มีส่วนร่วมจ่ายควรได้ใช้ทั้งต่อระบบ ทั้งการบริการสุขภาพระดับต้นและระดับที่สูงกว่า เพื่อที่จะทำให้ประชาชนปฏิบัติตามอย่างมีเหตุผลในการใช้บริการสุขภาพ อย่างไรก็ตามการร่วมจ่ายไม่ควรมากเกินไปสำหรับประชาชนที่จะจ่ายได้

(3.3) การพัฒนาทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับระบบบริการสุขภาพระดับต้น

(a) องค์ความรู้

การวิจัยและการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้นควรได้รับการส่งเสริมและควรอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของสถาบันและองค์กรร่วมต่างๆ

การพัฒนาและการวิจัยการแพทย์แผนไทยควรได้รับการส่งเสริมอย่างจริงจังในวิถีทางอย่างเป็นระบบ เพื่อนำภูมิปัญญาท้องถิ่นกลับมาเป็นหนึ่งในระบบบริการสุขภาพระดับต้น การนวดไทยเป็นตัวอย่างที่ดีของภูมิปัญญาท้องถิ่น ที่ทุกวันนี้ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลาย ทั้งคนไทยหรือชาวต่างชาติ ซึ่งไม่เพียงแต่สามารถใช้เป็นการดูแลตนเองและการบริการสุขภาพระดับต้นเท่านั้น แต่ยังผสมผสานอยู่ในบริการของโรงพยาบาลอีกด้วย ซึ่งสามารถใช้แทนการแพทย์แผนตะวันตกได้ด้วย ยิ่งกว่านั้น การนวดไทยและสมุนไพรไทยยังสามารถส่งออกและสร้างรายได้ให้ประเทศจำนวนไม่น้อยเช่นกัน

(b) กำลังคนด้านสุขภาพ

1. แพทย์ประจำครอบครัวควรได้รับการส่งเสริม มีหลักฐานปรากฏว่า สัดส่วนแพทย์ผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้นต่อประชากรสูงมีผลทำให้สัดส่วนการเสียชีวิตของทารกต่ำ และอายุคาดเฉลี่ยของประชากรยืนยาวขึ้น ในที่ที่มีอัตราส่วนของแพทย์เฉพาะทางสูงมีความสัมพันธ์กับอัตราการตายจากโรคมะเร็งและอายุคาดเฉลี่ยที่ต่ำลงของประชากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[19]

2. ผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้นต้องทำงานเป็นทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นสหวิทยาการ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข วิชาชีพด้านอื่นๆ รวมทั้งอาสาสมัครสังคมสงเคราะห์ ทำงานร่วมกัน และขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่ตั้งและพื้นที่
3. การพัฒนากำลังคน
   3.1 การศึกษาทางการแพทย์และสาธารณสุขในทุกๆ สถาบันการศึกษา ต้องมุ่งเน้นที่จะสนับสนุนการบริการสุขภาพระดับต้น นักศึกษาควรมีความรู้ที่จะดูแลสุขภาพประชาชนด้วยการผสมผสานสหวิทยาการ
   3.2 ควรมีการศึกษาสำหรับผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้นอย่างต่อเนื่อง สถาบันการรับรองมาตรฐานและคุณภาพควรได้รับการก่อตั้งขึ้น
   3.3 ควรให้โอกาสสำหรับผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทยที่จะได้รับการพิจารณาเป็นหนึ่งในผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้น และต้องได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบ

(c) การพัฒนาการจัดหายาและอุปกรณ์การแพทย์ และการบริหารจัดการ

สถานบริการสุขภาพระดับต้นควรมีรายการยามาตรฐาน และมีระบบการจัดหายารวมที่มีประสิทธิภาพ รายการยามาตรฐานจำเป็นที่จะต้องได้รับการนำมาใช้อย่างเป็นระบบ เพื่อให้การบริโภคยาที่ไม่จำเป็นลดลง รายการควรบรรจุเพียงยาที่จำเป็น และจำนวนรายการอาจจะแปรผันให้สอดคล้องกับระดับของการบริการสุขภาพ ซึ่งบรรจุรายการยาและอุปกรณ์การแพทย์ขั้นต่ำ ที่สามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพในแต่ละระดับของการบริการสุขภาพ ระบบการจัดหายารวมจะลดค่าใช้จ่ายด้านยา และทำให้ระบบมีประสิทธิภาพมากขึ้น

(d) สถานที่ตั้ง และความสัมพันธ์กับชุมชน

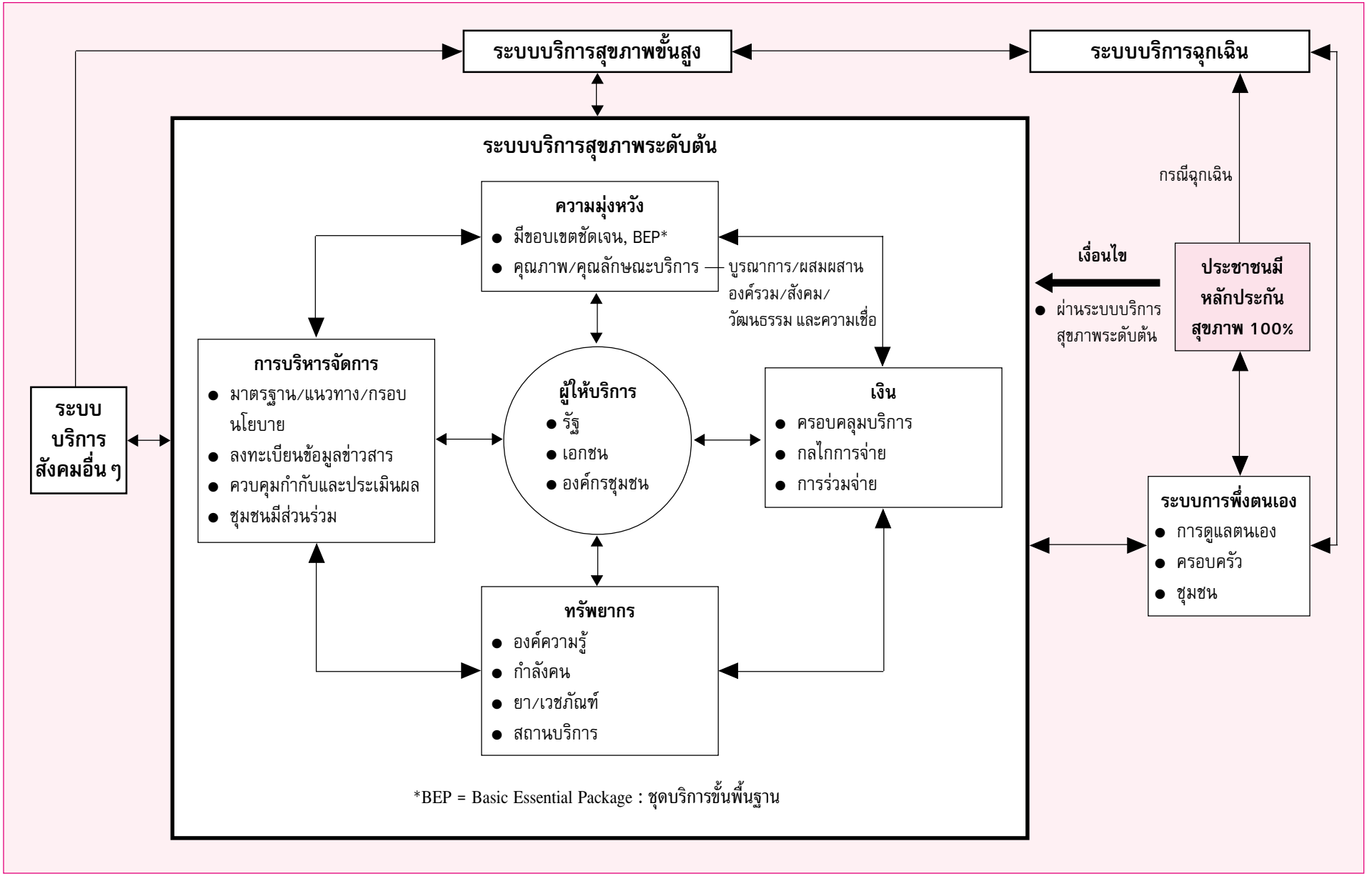
สถานบริการสุขภาพระดับต้นควรอยู่ใกล้บ้าน ที่ทำงาน และมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อชุมชน และควรมีคุณภาพที่ดีด้วย สถานบริการอาจเป็นของรัฐหรือเอกชน นโยบายการผสมผสานรัฐ-เอกชนควรได้รับการส่งเสริม ซึ่งเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่จะนำไปใช้กับสถานบริการทั้งหมดในชุมชน สถานบริการสาธารณสุขทั้งรัฐและเอกชนร่วมกันในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ถ้าสามารถทำให้สถานบริการสุขภาพระดับต้นที่อยู่ภายใต้ระบบเดียวกันในแผนการประกันสุขภาพแห่งชาติ ประโยชน์ก็จะตกต่อประชาชน สิ่งสำคัญที่จะต้องกระทำอย่างจริงจังคือ การจัดกลไกเพื่อกระจายสถานบริการสุขภาพระดับต้นที่มีคุณภาพไปยังพื้นที่ชนบท กลไกการเงิน และมาตรการอื่นๆ ควรได้รับการนำไปพิจารณาถึงการกระจายที่แท้จริง

(3.4) การจัดองค์กรและกลไกต่างๆ

(a) ระดับชาติ

การจัดองค์กรและกลไกที่รวมอยู่ในสภาสาธารณสุขแห่งชาติ มีหลายองค์ประกอบยกตัวอย่างเช่น คณะกรรมการของการพัฒนาระบบสุขภาพระดับต้นจะพิจารณานโยบายและมาตรฐานการบริการสุขภาพระดับต้น การพิจารณาเงื่อนไข

ภาพที่ 15.5 แผนภูมิแสดงความเชื่อมโยงระหว่างระบบบริการสุขภาพระดับต้นกับระบบสุขภาพอื่น ๆ



ในการประกันสุขภาพ จัดระบบการขึ้นทะเบียนในสถานบริการสุขภาพระดับต้น แฟ้มข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล ระบบการส่งต่อ ระบบการตรวจสอบและประเมินผล

(b) ระดับท้องถิ่น

การมีส่วนร่วมของประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น ทั้งอย่างเป็นทางการ หรือไม่เป็นทางการ ต้องได้รับการสร้างเสริมความเข้มแข็ง กลไกท้องถิ่นสำหรับการตรวจสอบและควบคุมต้องได้รับการจัดตั้งขึ้น

(c) กลไกสำหรับการปรับปรุงคุณภาพ

กลไกสำหรับการปรับปรุงคุณภาพ เช่น การให้อำนาจโรงพยาบาล หรือกระบวนการประกันคุณภาพอื่นๆ ควรได้รับการพิจารณาที่จะได้รับการประยุกต์ในส่วนประกอบของการปรับปรุงการบริการสุขภาพระดับต้น และควรมีการจัดตั้งหน่วยงานที่ดูแลเรื่องนี้เป็นการเฉพาะ คุณภาพของการบริการสุขภาพที่ให้บริการต่อผู้ป่วยต้องได้รับการประกันคุณภาพขั้นต่ำการรับรองสำหรับการพัฒนาการบริการสุขภาพระดับต้นสามารถสรุปได้ดังภาพที่ 15.5

15.4 บทสรุป

การปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับต้นไม่สามารถที่จะกระทำแต่เพียงลำพัง แต่ควรปฏิรูปองค์ประกอบอื่นๆ ของระบบสุขภาพไปพร้อมๆ กัน ความยากของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้นคือ การที่ต้องเกี่ยวข้องกับสหวิทยาการ ปัจจัยด้านต่างๆ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่างๆ ปัจจัยทุกอย่างต้องการที่จะได้รับการปฏิรูปในเวลาเดียวกัน ไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อไปถึงเป้าหมายเดียวกัน ดังนั้น การวางแผนที่เป็นองค์รวมต้องกระทำร่วมกันทุกฝ่าย พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งได้บรรจุส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพระดับต้นไว้จะเป็นกลไกหลักที่จะปฏิรูประบบสุขภาพไปสู่ระบบบริการสุขภาพระดับต้นที่พึงประสงค์

15.5 เอกสารอ้างอิง

1. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, บรรณาธิการ. การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2540-2541. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2542. หน้า 274-290.
2. อาภา ศิริวงศ์ ณ อยุธยา. พฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของประชาชนในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ. 2543.
3. ปรีดา แต้อารักษ์, อารยา ถาวรวันชัย. ผลกระทบวิกฤตเศรษฐกิจต่อการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข. ใน: ปรีดา แต้อารักษ์, บรรณาธิการ. 2542. หน้า 14-15.
4. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata (on-line). Available http:/www.who.dk/policy/almaata. 2000.
5. ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ. แนวคิดในการพัฒนาการให้บริการสาธารณสุขระดับ Primary Care. ใน: ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, บรรณาธิการ. ทางเลือกใหม่ระบบบริการ

สาธารณสุข. 2542. หน้า 65-72.

6. สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และคณะ. ปัจจุบัน และอนาคต คลินิกเอกชนไทย. 2542.
7. กระทรวงสาธารณสุข. มูลค่าการผลิตและการนำสั่งยาเข้ามาในราชอาณาจักรสำหรับยาแผนโบราณ ตั้งแต่ ปี 2530-2542 (ล้านบาท) (on-line). 2000.
8. ยงยุทธ พงษ์สุภาพ. การพัฒนาเวชปฏิบัติครอบครัว กรณีศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองพระนครศรีอยุธยา. 2543. หน้า 7-8.
9. Hanpatthanachaiyakul S. Improving the hospitals role to increase the quality of care at the first line health service; Buayai District, Thailand (Dissertation). Antwerp; Institute of Tropical Medicine. 1994.
10. สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. โครงการขุนหาญ: การพัฒนาระบบสาธารณสุขในระดับอำเภอ โดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการ. กรุงเทพฯ; 2533.
11. Tae-arak P. Improving Nakornthai district health system, Thailand (Dissertation). Antwerp; Institute of Tropical Medicine. 1996.
12. Van Lerberghe W, Lafort Y. The role of the hospital in the district: Delivering or supporting primary health care?. Geneva: Division of Strengthening of Health Services, World Health Organisation; 1990. p.9-10.
13. สุพัตรา ศรีวณิชชากร, สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, ปิยธิดา ศรีรักษา. ระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไปในประเทศไทย: สถานการณ์และข้อเสนอต่อการพัฒนา. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2539.
14. หน่วยติดตามสถานะสุขภาพจากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ. ผลกระทบวิกฤตเศรษฐกิจต่อการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ. 2542.
15. ปรีดา แต้อารักษ์ และคณะ. ข้อเสนอการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้นของไทยในการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ และใน (ร่าง) พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ. พ.ศ. 2543.
16. Nitayarumphong S. Macro Analysis of Linkages of Health Care Reform on Accessibility, Utilization and Quality of Health Care Services in Thailand. 2000.
17. Health Care Reform Project. Recommendation for health care reform. 1999.
18. Bentzen G.B. et al. The Role of the general practitioner/family physician in health care systems. A Statement from WONCA. 1991.
19. World Health Organization and The World Organization of Family Doctors. Making Medical Practice and Education More Relevant to People's Needs: The Contribution of The Family Doctor. 1994.

บทที่ 16

การดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

อัมมาร สยามวาลา, Ph.D.
นักวิชาการเกียรติคุณ
สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

16.1 ความนำ

ในช่วงสองสามปีที่ผ่านมาวงการแพทย์และสาธารณสุขและองค์กรเอกชนที่ไม่แสวงกำไรหลายองค์กรเคลื่อนไหวเพื่อผลักดันการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยแรงบันดาลใจในการเคลื่อนไหวปฏิรูปดังกล่าวจึงเกิดขึ้นพร้อมๆ กันกับการปฏิรูปการศึกษา การปฏิรูปทั้งสองด้านเป็นผลจากรัฐธรรมนูญใหม่แห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ที่ให้สิทธิเสมอกันแก่ประชาชนไทย ที่จะได้รับการศึกษา 12 ปี และได้รับการดูแลสุขภาพที่พอเพียง รัฐบาลในขณะนั้นได้จัดตั้งสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพขึ้นเพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อใช้เป็นประเด็นในร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. .... ให้สอดคล้องกับเจตนารมณ์ตามรัฐธรรมนูญ

จุดประสงค์ของการเคลื่อนไหวเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพครั้งนี้มีความหลากหลายกว้างขวาง ครอบคลุมแทบทุกประเด็น เช่น การให้บริการสุขภาพดีถ้วนหน้าเชิงรุก การปฏิรูปแพทยศาสตร์ศึกษา การปฏิรูประบบบริการฉุกเฉิน และประเด็นอื่นๆ อีกมากมาย สำหรับการปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้จัดตั้งคณะทำงานขึ้นในเดือนกันยายน 2543 เพื่อศึกษาความเป็นไปได้และออกแบบระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งผู้เขียนส่วนใหญ่ในเอกสารฉบับนี้อยู่ในคณะทำงาน โดยข้าพเจ้าผู้เขียนบทนี้เป็นประธานคณะทำงาน

ขณะที่คณะทำงานทุ่มเททำงานในเรื่องนี้ ประเทศไทยได้มีการเลือกตั้งทั่วไป และหนึ่งในบรรดาพรรคสำคัญที่ได้รับเลือกคือ พรรคไทยรักไทย ซึ่งมีนโยบายหลักนโยบายหนึ่งในการใช้หาเสียงคือการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภายใต้คำขวัญ “สามสิบบาทรักษาทุกโรค” การหาเสียงนี้ได้รับความนิยมค่อนข้างสูงและเป็นหนึ่งในปัจจัยหลักที่ทำให้พรรคไทยรักไทยชนะขาดในการเลือกตั้ง ได้เสียงข้างมากเป็นประวัติศาสตร์ของรัฐสภา

เมื่อมีรัฐบาลใหม่ คณะทำงานยิ่งต้องเร่งทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อพรรคไทยรักไทยชนะด้วยคำขวัญ “สามสิบบาทรักษาทุกโรค” ในขณะที่ทางพรรคยังไม่ได้ร่างแผนปฏิบัติการที่จะทำให้บรรลุผลตามสัญญาอย่างชัดเจน คณะทำงานจึงรู้สึกว่าเป็นเวลาที่เหมาะสมที่จะต้องเร่งทำงานให้แล้วเสร็จภายในเดือนมีนาคม 2544 สองเดือนนับจากรัฐบาลใหม่เริ่ม

บริหารราชการ

คณะทำงานเริ่มต้นจากการศึกษาความเป็นไปได้ทางการเงินของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสรุปว่ามีความเป็นไปได้ภายใต้งบประมาณของรัฐบาลที่มีอยู่อย่างจำกัด การวิเคราะห์การศึกษานี้โดยละเอียดจะอยู่ในหัวข้อที่ 2 และในหัวข้อที่ 3 จะนำเสนอรูปแบบที่เหมาะสมที่สุดสำหรับโครงการ พร้อมข้อเสนอแนะในช่วงเปลี่ยนผ่านสู่การปฏิบัติเต็มรูปแบบ ซึ่งคาดว่าจะใช้เวลาอย่างน้อย 3 ปี

คณะทำงานคาดหวังว่าการปฏิรูปจะค่อยเป็นค่อยไปแต่กระแสผลักดันทางการเมืองต้องการให้เกิดผลอย่างรวดเร็วเพื่อรักษาสัญญาที่รัฐบาลให้ไว้ ความขัดแย้งที่เกิดจากความต้องการให้มีการเตรียมการอย่างเหมาะสมกับแรงผลักดันทางการเมืองที่ต้องการแสดงผลอันรวดเร็วจะอภิปรายในหัวข้อที่ 4

16.2 ความเป็นไปได้ในการจัดงบประมาณสำหรับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ประเด็นแรกๆ ที่คณะทำงานให้ความสำคัญคือ ความเป็นไปได้ด้านงบประมาณของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผลการศึกษาพบว่า มีความเป็นไปได้ที่ประเทศไทยจะมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมีมาตรฐานคุณภาพเดียวกับระบบประกันสังคมที่บังคับใช้กับภาคเอกชนในปัจจุบัน

คณะทำงานประเมินว่า ต้นทุนที่จะต้องใช้ในปี 2544 ประมาณ 100,000 ล้านบาท โดยประมาณการจากอัตราการใช้บริการและค่าใช้จ่ายต่อหน่วยในการรักษาพยาบาลในระบบประกันสังคม และปรับค่าความแตกต่างของกลุ่มเป้าหมายเป็นประชาชนส่วนใหญ่แทนกลุ่มวัยแรงงาน รวมทั้งเพิ่มต้นทุนในการบริหารจัดการอีกร้อยละ 5 ตัวเลข 100,000 ล้านบาทจะต้องถูกนำไปเปรียบเทียบกับงบประมาณทั้งหมดของรัฐบาลคือ 1,000,000 ล้านบาท และเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในการดูแลสุขภาพบุคคล ซึ่งปัจจุบันอยู่ที่ประมาณ 76,000 ล้านบาท ซึ่งค่าใช้จ่าย 76,000 ล้านบาทจะรวมถึงค่าใช้จ่ายในโครงการประกันสุขภาพหลายๆ โครงการ เช่น ประกันสังคม สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ และโครงการประกันสุขภาพอีกสองโครงการที่บริหารโดยกระทรวงสาธารณสุข งบประมาณดังกล่าวรวมถึงเงินอุดหนุนที่ให้โดยตรงกับโรงพยาบาลรัฐด้วย ดังนั้นจะเห็นว่ารัฐจะต้องหาเงินเพิ่มอีก 25,000 ล้านบาทเพื่อให้มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างเต็มรูปแบบ

การประมาณการค่าใช้จ่ายข้างต้นจะเป็นจริงได้ จะต้องลดทอนความไม่มีประสิทธิภาพในระบบปัจจุบันลง เช่น ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการซึ่งมีประสิทธิภาพต่ำ เนื่องจากกลไกการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลแบบย้อนหลังตามรายการที่เกิดขึ้นทำให้เกิดความสิ้นเปลืองสูง คาดการณ์ว่าหากมีการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ต้นทุนของระบบนี้ซึ่งในปัจจุบันอยู่ที่ 16,000 ล้านบาทสำหรับผู้มีสิทธิจำนวน 7 ล้านคน จะลดทอนลงได้อย่างมาก โดยเกือบจะไม่มีผลกระทบต่อสิทธิต่างๆ ที่ข้าราชการเคยได้รับ

จากการศึกษาพบว่าต้นทุนที่ต้องการเพิ่มขึ้นของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่สูงนัก คณะทำงานจึงได้นำเสนอในรายงานว่า ผลกระทบสำคัญอยู่ที่การปรับเปลี่ยนเส้นทาง

ตารางที่ 16.1 ประมาณการงบประมาณและแหล่งเงินที่มีอยู่ และวงเงินที่ต้องการเพิ่มเติมเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี 2544 ภายใต้ข้อสมมติระบบกองทุนเดียว

แหล่งเงิน (ล้านบาท)	2541	2544
1. กระทรวงสาธารณสุข	27,540	35,966
2. กระทรวงอื่นๆ	4,093	6,861
3. การปกครองส่วนท้องถิ่น	1,571	1,819
4. สวัสดิการข้าราชการ	16,440	16,440
5. สวัสดิการรัฐวิสาหกิจ	2,747	3,180
6. สำนักงานประกันสังคม	6,931	8,700
7. กองทุนเงินทดแทน	615	712
8. การคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ	2,481	2,872
รวมการคลังสาธารณะ	62,418	76,550
ต้องการเงินเพิ่ม	-	23,450
รวมงบประมาณที่ต้องการ	-	100,000

ที่มา: ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พฤษภาคม 2544

งบประมาณต่างๆ ของการให้บริการรักษาพยาบาลของภาครัฐ ในปัจจุบันเงินทุนดังกล่าวมาจากหลายแหล่ง ระบบการจ่ายงบประมาณค่อนข้างหลากหลาย และไม่สามารถคาดการณ์ถึงผลกระทบได้ เนื่องจากขาดความโปร่งใสโดยสิ้นเชิง นอกจากนี้ ในโรงพยาบาลรัฐยังเกิดการอุดหนุนข้ามกลุ่ม (cross-subsidies) โดยจะคิดค่ารักษาอย่างเต็มที่ในกลุ่มที่เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ เช่น ข้าราชการ เพื่อชดเชยเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับกลุ่มอื่นๆ เช่น ผู้มีรายได้น้อย นอกจากนี้ ยังเกิดการเบิกจ่ายซ้ำซ้อน (double-dipping) ยกตัวอย่างเช่น รัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณยาสำหรับโรงพยาบาลรัฐ แต่เมื่อข้าราชการหรือครอบครัวซื้อยาที่มีรายการอยู่ในงบประมาณซึ่งโรงพยาบาลสามารถสั่งซื้อได้ โรงพยาบาลก็จะตั้งงบประมาณสำหรับค่ายาจำนวนนั้นอีก การจ่ายงบประมาณที่ซับซ้อนนี้ควรมีการปรับแก้ไขให้มีระบบระเบียบ เพื่อให้การคิดต้นทุนโปร่งใส คาดว่าหากการจัดระบบงบประมาณที่โปร่งใสมากขึ้น จะทำให้โรงพยาบาลเอกชนสามารถเข้าร่วมให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับประชาชนทั่วประเทศ ไม่จำกัดเฉพาะการเข้าร่วมให้บริการผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมดังที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

ปัจจุบัน รัฐบาลมีแผนที่จะขยายระบบประกันสังคมให้ครอบคลุมถึงสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป รวมถึงการขยายสิทธิประโยชน์ให้ครอบคลุมถึงบุคคลในครอบครัวของผู้ประกันตน และจะมีการจัดเก็บอัตราเงินสมทบเพิ่มขึ้นสำหรับสิทธิประโยชน์ส่วนนี้ คณะทำงานมีข้อเสนอในขั้นต้นว่า ควรรวมระบบประกันสังคมเฉพาะในส่วนการรักษาพยาบาล สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ และสวัสดิการรักษาพยาบาลของพนักงานรัฐวิสาหกิจต่างๆ ซึ่งปัจจุบันไม่อยู่ภายใต้กฎหมายประกันสังคม ให้เป็นกองทุนเดียว ซึ่งจะครอบคลุมประมาณหนึ่งในสามของประชากรทั้งประเทศ กองทุนนี้จัดเป็นระบบประกันสุขภาพภาคการจ้างงานที่เป็นทางการ โดยค่าใช้จ่ายของระบบทั้งหมดมาจากเงินสมทบของผู้ที่ได้รับ

สิทธิประโยชน์

ต้นทุนของระบบหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชนที่เหลือทั้งหมดหรือที่อยู่ในภาคการจ้างงานที่ไม่เป็นทางการ จะมาจากภาษีอากรทั่วไป ซึ่งเป็นส่วนที่รัฐต้องจัดหามาเพิ่มอีก 25,000 ล้านบาท

เมื่อเวลาผ่านไประยะหนึ่งแล้ว คาดว่ากองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในภาคการจ้างงานที่เป็นทางการและที่ไม่เป็นทางการ จะรวมเป็นระบบเดียวกันสำหรับประชาชนทั้งประเทศ

16.3 ข้อเสนอขั้นตอนการดำเนินงาน

คณะทำงานเสนอขั้นตอนการดำเนินงานที่จำเป็น โดยเน้นประเด็นสำคัญ ดังต่อไปนี้

- ประชาชนมีสิทธิเลือกใช้บริการที่หลากหลายจากผู้ให้บริการประเภทต่างๆ
- เป็นระบบที่จูงใจให้ประชาชนใช้บริการที่สถานบริการปฐมภูมิโดยจัดระบบส่งต่อไปยังสถานบริการที่ให้บริการที่ซับซ้อนขึ้นอย่างเหมาะสมตามความจำเป็น
- เปิดโอกาสให้โรงพยาบาลเอกชน เข้ามาแข่งขันให้บริการด้วยกติกาที่เป็นธรรม
- การแยกความสัมพันธ์เชิงผลประโยชน์ระหว่างผู้ซื้อบริการออกจากผู้ให้บริการอย่างชัดเจน
- ที่สำคัญคือ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ใช่ “บริการสงเคราะห์” สำหรับผู้ยากไร้ แต่เป็นสิทธิตามกฎหมายของประชาชนไทยทุกคน
- ดังนั้น ประชาชนทุกคนจะได้รับบริการที่มีชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานที่มีมาตรฐานเดียวกัน โดยอาจมีข้อยกเว้นในการเพิ่มเติมสิทธิประโยชน์ภายใต้กรอบที่นายจ้างหรือผู้ประกันตนเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่าย

คณะทำงานฯ เห็นพ้องกันว่า หลังจากดำเนินงานไประยะหนึ่งแล้ว ความจำเป็นที่จะต้องมีสองกองทุนก็จะหมดไป และประเทศไทยจะมีกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพกองทุนเดียว อย่างไรก็ตาม กลุ่มที่อยู่ในภาคการจ้างงานที่เป็นทางการจะมีความรู้สึกเป็นเจ้าเข้าเจ้าของมาก เช่น ผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม อาจรู้สึกว่าการรวมกองทุนของตนเข้ากับกองทุนอื่นจะทำให้สิทธิประโยชน์ของตนถูกลดทอนลงให้เท่ากับคนอื่นๆ (ซึ่งไม่เคยมีหลักประกันใด) ก็ได้

ผู้บริหารกองทุนทั้งสองกองทุน จะจัดสรรเงินที่ได้ให้กับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ (Area Purchasing Board, APB) เป็นหน่วยงานระดับจังหวัดขึ้นไปจำนวนประมาณ 20 เขตทั่วประเทศ คณะกรรมการนี้ประกอบด้วยตัวแทนจากท้องถิ่น คณะกรรมการฯ จะทำสัญญากับผู้ให้บริการด้านสุขภาพในพื้นที่ของตน คณะทำงานฯ ได้ร่วมกันวิเคราะห์วิจารณ์อย่างมากในการหาข้อสรุปเกี่ยวกับกลไกการจ่ายเงินที่เหมาะสม ซึ่งในที่สุดสรุปว่าการจัดการช่วงเปลี่ยนผ่านเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับประเทศไทยควรเป็นดังต่อไปนี้

- กลุ่มบริการผู้ป่วยนอก รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวที่ได้รับตามความเสี่ยง (Risk-adjusted capitation)
- กลุ่มบริการผู้ป่วยใน ใช้วิธีตั้งวงเงินรวมสำหรับประชากรแต่ละเขตพื้นที่ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่รับผิดชอบ (APB) ในวงเงินรวมนี้จะแบ่งแก่สถานพยาบาล

ตามน้ำหนักสัมพัทธ์ของโรค ซึ่งจะอยู่บนพื้นฐานของกลุ่มการวินิจฉัยโรคที่เกี่ยวข้อง (Diagnosis Related Group; DRG)

- การจ่ายค่ายาและเวชภัณฑ์ ในกรณีผู้ป่วยนอก เบิกจ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงตามรายการและอัตราราคากลางที่รัฐกำหนด

นอกจากนี้ ยังมีข้อเสนอกลไกการจ่ายเงินสำหรับบริการอื่นๆ ในรายละเอียดที่ไม่ระบุในเอกสารนี้ ได้แก่ การบริการฉุกเฉิน บริการด้านทันตกรรม บริการรักษาพยาบาลโรครุนแรงที่มีค่าใช้จ่ายสูง และโรคเรื้อรังที่ต้องดูแลรักษาระยะยาว

การปรับกลไกการจ่ายเงินที่เสนอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดตั้งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ (APB) จะทำให้หน่วยงานรัฐหลายหน่วยงานต้องปรับบทบาทหน้าที่ โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นเจ้าของโรงพยาบาลรัฐจำนวนมากในทุกจังหวัด ในอนาคตโรงพยาบาลเหล่านี้จะต้องทำสัญญากับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ (APB) กระทรวงสาธารณสุขต้องตัดสินใจบทบาทของตนในอนาคต ถ้าจะเป็นผู้จัดสรรกองทุนก็จะต้องไม่เป็นเจ้าของโรงพยาบาล หรือหากจะเน้นที่บทบาทเป็นเจ้าของโรงพยาบาล ก็จะต้องไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่

ภายใต้ระบบที่เสนอ เงินที่โรงพยาบาลและหน่วยบริการสาธารณสุขต่างๆ ได้รับจะเปลี่ยนแปลงอย่างถอนรากถอนโคน จากเดิมที่ได้รับจัดสรรตามระบบงบประมาณโดยไม่ขึ้นกับผลการปฏิบัติงานหรือผลงานใดๆ เป็นต้องมีลักษณะแข่งขันเพื่อหาลูกค้า ดังนั้น จึงทำให้เกิดข้อเสนอที่จะกันกองทุนออกมาจำนวนหนึ่งให้กับโรงพยาบาลที่อาจประสบปัญหาด้านการเงิน

องค์ประกอบหนึ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งที่จะทำให้การเปลี่ยนแปลงอย่างถอนรากถอนโคนเป็นไปได้ คือ จะต้องมีระบบสารสนเทศที่ดีเลิศสามารถรองรับความซับซ้อนได้ เนื่องจากสังคมไทยมีกลุ่มแรงงานโยกย้ายถิ่นชั่วคราวอยู่เป็นจำนวนมากตลอดเวลา งานสำคัญลำดับแรกๆ ที่จะต้องทำคือการจัดทำฐานข้อมูลทะเบียนผู้มีสิทธิ ยิ่งน่าแปลกใจมากว่า ระบบประกันสุขภาพรูปแบบต่างๆ ที่มีอยู่ในปัจจุบัน โดยเฉพาะระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการซึ่งนับเป็นระบบใหญ่ที่สุดที่ดำเนินการในปัจจุบัน กลับไม่มีบัญชีรายชื่อและไม่ทราบจำนวนที่แน่นอนของผู้มีสิทธิ ระบบสารสนเทศจะเป็นเครื่องมือที่จำเป็นอย่างยิ่ง หากจะมีระบบการจ่ายเงินแบบใหม่ตามที่เสนอ ซึ่งระบบนี้จะซับซ้อนกว่าระบบงบประมาณในปัจจุบัน

ด้วยเหตุผลที่จะต้องตระเตรียมงานข้างต้น คณะทำงานฯ จึงได้เสนอช่วงระยะเวลาเปลี่ยนผ่านอย่างน้อย 3 ปี คือเมื่อมีการนำกลไกใหม่มาใช้ในระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพสำหรับภาคการจ้างงานที่เป็นทางการเป็นระยะเวลา 2 ปี และมีการติดตามผลเป็นระยะเวลา 1 ปีแล้ว ผู้มีสิทธิก็จะไม่รู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเมื่อช่วงเวลาเปลี่ยนผ่านได้สิ้นสุดลง ทั้งนี้ งานส่วนใหญ่จะจัดการให้แล้วเสร็จโดยหน่วยงานสนับสนุนทั้งหลาย

16.4 สถานการณ์ปัจจุบัน นโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรคของรัฐบาล

เมื่อมีการจัดตั้งรัฐบาลใหม่ในเดือนมกราคม 2544 แรงผลักดันที่จะทำให้เกิดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่พึงประสงค์ถูกเปลี่ยนอย่างหน้ามือเป็นหลังมือแทนที่จะเตรียมความ

พร้อมสำหรับช่วงเปลี่ยนผ่านอย่างเป็นขั้นเป็นตอน กลับทำในลักษณะทดลองทีละเล็กละน้อย โดยเริ่มให้หลักประกันสุขภาพกับประชาชนเป้าหมายที่คาดว่าไม่เคยมีหลักประกันสุขภาพใดๆ ใน 6 จังหวัดตั้งแต่เดือนเมษายน 2544 นับว่ายังโชคดีที่ไม่มีปัญหาวุ่นวายมากมาย เนื่องจากใน 6 จังหวัดที่เริ่มทำเป็นจังหวัดที่เคยมีโครงการทดลองอยู่ก่อนมาแล้ว 2-3 ปี รัฐบาลมีแผนจะขยายไปอีก 15 จังหวัดในเดือนมิถุนายน 2544 และคาดว่าจะครอบคลุมจังหวัดที่เหลือทั้งหมดภายในเดือนเมษายน 2545

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดสรรงบประมาณเพื่อดำเนินงานข้างต้นให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดโดยจัดสรรเป็นค่าใช้จ่ายต่อประชากร (capitation basis) สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดจะซื้อบริการจากโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดนั้นๆ กลไกการจ่ายเงินจะเป็นการตกลงกันเองภายในจังหวัด ผู้มีสิทธิในจังหวัดหนึ่งๆ จะสามารถไปใช้บริการที่สถานบริการใกล้บ้านเท่านั้น และจะไม่มีมีสิทธิเลือกสถานบริการอย่างน้อยภายในสองปีแรก

โครงการหลักประกันสุขภาพตามนโยบายรัฐบาลนี้ กระทรวงสาธารณสุขบริหารจัดการเองทั้งหมด โดยประชาชนกลุ่มเป้าหมายจะเป็นกลุ่มที่อยู่นอกระบบประกันสังคมและสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากไม่เคยมีการจัดทำระบบฐานข้อมูลผู้มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพใดๆ มาก่อน จึงคาดว่าจำนวนประชาชนกลุ่มเป้าหมายในระบบต่างๆ จะซ้ำซ้อนกันอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

แม้ว่าโครงการข้างต้นน่าจะโกลาหลมาก แต่เป็นไปได้ว่าจะสามารถควบคุมภาระทางการเงินได้ ทั้งนี้เนื่องจากผู้มีสิทธิไม่สามารถเลือกใช้สถานบริการตามที่ต้องการ คาดว่าอัตราการใช้บริการจะต่ำ ด้วยเหตุนี้โรงพยาบาลรัฐอาจมีกำไรแม้ว่าในความเป็นจริงจะได้รับการจัดสรรงบประมาณต่อหัวต่ำกว่าที่คาดการณ์ไว้ก็ตาม อย่างไรก็ตามคาดว่าโรงพยาบาลรัฐระดับทุติยภูมิและตติยภูมิจะเดือดร้อนเพราะรายได้ลดลง อันเนื่องมาจากขาดการจัดระบบส่งต่อผู้ป่วยมายังสถานบริการระดับสูงขึ้นไป และยังไม่มีความชัดเจนเรื่องกลไกการตามจ่ายเงินว่าจะเป็นอย่างไร

ความยุ่งยากจริงๆ ที่รออยู่ ก็คือการที่กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มต้นลงมือไปตามแผนของตนเองแล้ว โดยไม่ได้ปรึกษาหารือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ ได้แก่ โรงเรียนแพทย์ ซึ่งเป็นสถานบริการระดับตติยภูมิ สำนักงานประกันสังคมและหน่วยงานที่ดูแลคือ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ทั้งหมดนี้จะสะสมปัญหายุ่งยากที่จะเกิดขึ้นในอนาคต แม้ว่าจะมีการเสนอให้ตั้งสำนักงานเพื่อเตรียมการในช่วงเปลี่ยนผ่านเพื่อดำเนินการและประสานงานในประเด็นต่างๆ ให้กว้างขวางขึ้น แต่กลับยังไม่มีการตัดสินใจที่ชัดเจนว่าจะดำเนินการอย่างไร หากรัฐบาล (ซึ่งไม่ใช่เฉพาะกระทรวงสาธารณสุข) ไม่สามารถจัดการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องประสานงานกันได้แล้ว ระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทยก็จะยังคงกระจัดกระจายเป็นกลุ่มๆ และไม่จริงจังยั่งยืน ดังเช่นที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

ชัยชนะทางการเมืองของพรรคไทยรักไทยเป็นแสงแห่งความหวังที่จะนำการประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาสู่สังคมไทย แต่โชคไม่ดีที่แสงแห่งความหวังนี้ดูเหมือนจะริบหรี่เสียเหลือเกิน