

ค่านิยมของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

Values

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ (Quality) และ
ได้มาตรฐาน หรือเพื่อประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน โดยมีเป้าหมาย
เพื่อควบคุมต้นทุนค่าใช้จ่าย (Cost containment) ของระบบบริการสุขภาพ

พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข

ประเด็นที่น่าสนใจ

- บริการที่มีคุณภาพ มีความหมายครอบคลุมมากกว่าบริการที่ได้มาตรฐานทางวิชาชีพ (professional standard) แต่บริการนั้นต้องสามารถตอบสนองความต้องการของประชาชน (responsiveness) โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ด้วย
- การควบคุมต้นทุนค่าใช้จ่าย หมายถึง การบริหารจัดการเพื่อให้ระบบมีค่าใช้จ่ายในการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสม ระบบมีความยั่งยืนทางการเงินในระยะยาว (long term financial sustainability)
- มีความเชื่อว่าบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน มักจะมีต้นทุนในการจัดบริการสูงกว่าบริการที่ด้อยคุณภาพ หรือคุณภาพบริการมักจะผันแปรตามต้นทุนที่ใช้ในการจัดบริการ
- ที่ผ่านมามีรัฐบาลจัดสรรงบประมาณให้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่เพียงพอ ผู้ให้บริการมักสะท้อนว่าจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพที่ประชาชนจะได้รับ จนดูเหมือนว่าประเด็นเรื่องคุณภาพบริการและการควบคุมค่าใช้จ่าย เป็นประเด็นที่จะต้องเลือกไม่ทางใดก็ทางหนึ่ง
- อย่างไรก็ตาม ไม่ได้มีหลักประกันว่าบริการสุขภาพที่มีค่าใช้จ่ายสูง จะเป็นบริการที่มีคุณภาพและให้ผลลัพธ์สุขภาพ (health outcome) ดีกว่าบริการสุขภาพเดียวกันที่มีค่าใช้จ่ายต่ำกว่า นอกจากนี้บริการพื้นฐานควรเป็นบริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานด้วย
- การจัดบริการจนกระทั่งถึงจุดหนึ่ง (threshold) ที่การลดต้นทุนจะกระทบต่อคุณภาพบริการ ต้นทุน ณ จุดนั้นจึงเป็น “ต้นทุนขั้นต่ำ” ในการจัดบริการนั้นๆ ตามมาตรฐานที่กำหนด
- การควบคุมต้นทุนค่าใช้จ่ายของระบบประกันสุขภาพจึงสามารถดำเนินการ โดยการลดทอนสิทธิประโยชน์บางรายการที่อาจมีต้นทุนประสิทธิผลต่ำโดยไม่กระทบต่อคุณภาพของบริการได้



ความสำคัญ

ก่อนหน้าที่จะมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพส่วนบุคคล (personal healthcare expenditure) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี (เฉลี่ยร้อยละ 5.0 ต่อปีในปี 2537-2544) [1] แต่ค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายนอกภาครัฐ (ประชาชนเป็นผู้รับผิดชอบเอง) โดยคนที่ไม่สามารถจ่ายค่าบริการจะไม่ได้รับบริการที่จำเป็น และความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการที่จำเป็น (horizontal equity) จะเป็นประเด็นทางนโยบายที่ได้รับความสนใจ การควบคุมต้นทุนค่าใช้จ่าย (cost containment) บริการสุขภาพส่วนบุคคล เริ่มมีความสำคัญเมื่อรัฐบาลกำหนดให้มีนโยบายหลักประกันถ้วนหน้าขึ้น เพราะค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ได้กลายเป็นภาระของผู้บริหารระบบ (system manager) หรือผู้ซื้อบริการ (healthcare purchaser) ที่จะต้องบริหารให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม ไม่ว่ารายได้ของระบบจะมาจากภาษี (general tax revenue) หรือเงินสมทบจากประชาชน (contribution) หรือทั้งสองส่วน ผลของการควบคุมต้นทุนค่าใช้จ่ายดังกล่าวทำให้เกิดความวิตกกังวลว่า จะกระทบต่อคุณภาพบริการที่ประชาชนจะได้รับ เนื่องจากมีความเชื่อว่าบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน มักจะมีต้นทุนในการจัดบริการสูงกว่าบริการที่ด้อยคุณภาพ หรือคุณภาพบริการมักจะผันแปรตามต้นทุนที่ใช้ในการจัดบริการ

ที่ผ่านมาเมื่อรัฐบาลจัดสรรงบประมาณให้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่เพียงพอ ผู้ให้บริการมักสะท้อนว่าจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพที่ประชาชนจะได้รับ จนดูเหมือนว่าประเด็นเรื่องคุณภาพบริการและการควบคุมค่าใช้จ่าย เป็นประเด็นที่จะต้องเลือกไม่ทางใดก็ทางหนึ่ง (Tradeoff issue) เป็นไปไม่ได้ที่จะทำให้ทั้งสองประเด็นประสบความสำเร็จพร้อมๆ กัน และเป็นประเด็นค่านิยมที่สำคัญ

เหตุผลทางวิชาการเพื่อความเข้าใจค่านิยมดังกล่าว

1. ไม่ได้มีหลักประกันว่าบริการสุขภาพที่มีค่าใช้จ่ายสูง จะเป็นบริการที่มีคุณภาพและให้ผลลัพธ์สุขภาพ (health outcome) ดีกว่าบริการสุขภาพเดียวกันที่มีค่าใช้จ่ายต่ำกว่า [2] นอกจากนี้ยังพบว่า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจำนวนมากในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา เป็นค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นหรือไม่ได้เป็นการให้บริการตามมาตรฐาน มีการตรวจวินิจฉัย/การให้ยา ปฏิชีวนะหรือผ่าตัดเกินความจำเป็น [3,4,5] ค่าใช้จ่ายส่วนหนึ่งเกิดจากการดูแลผลแทรกซ้อนของการดูแลสุขภาพที่ไม่ได้เป็นไปตามมาตรฐาน [5] การลดค่าใช้จ่ายในการจัดบริการสุขภาพโดยไม่กระทบต่อคุณภาพบริการ สามารถทำได้โดยการเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพ [5] การจัดบริการจนกระทั่งถึงจุดหนึ่ง (threshold) ที่การลดต้นทุนจะกระทบต่อคุณภาพบริการ [4] ต้นทุน ณ จุดนั้นจึงเป็น “ต้นทุนขั้นต่ำ” ในการจัดบริการนั้นๆ ตามมาตรฐานที่กำหนด
2. ประเด็นเรื่องคุณภาพ/มาตรฐานบริการสุขภาพมีความซับซ้อน ประกอบด้วยหลายมิติ ทำให้ยากที่จะหาข้อยุติเรื่อง “นิยาม (definition)” และ “การวัด (measurement)” ซึ่งจะเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไป [4] ความซับซ้อนดังกล่าวทำให้การคำนวณหา “ต้นทุนขั้นต่ำ” สำหรับบริการหนึ่งๆ (ให้เป็นที่ยอมรับ) เป็นเรื่องยากด้วย



3. เนื่องจากบริการสุขภาพเป็น labor intensive service ซึ่งต้นทุนค่าแรงอาจสูงมากกว่าร้อยละ 50 ของต้นทุนทั้งหมด คุณภาพบริการสุขภาพก็ขึ้นกับกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคลากรเป็นสำคัญ มาตรการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบจึงควรมุ่งเน้นที่ประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรบุคคล การส่งเสริมให้บุคลากรให้บริการตามมาตรฐานซึ่งเป็นที่ยอมรับ (practice guideline)
4. ต้นทุนค่าใช้จ่ายของการจัดบริการในระบบหลักประกันสุขภาพ จะขึ้นกับสิทธิประโยชน์ (benefit package) ที่ผู้มีสิทธิจะได้รับการคุ้มครองด้วย การควบคุมต้นทุนค่าใช้จ่ายของระบบประกันสุขภาพจึงสามารถดำเนินการ โดยการลดทอนสิทธิประโยชน์บางรายการที่อาจมีต้นทุนประสิทธิผลต่ำโดยไม่กระทบต่อคุณภาพของบริการได้

ความหมายเชิงปฏิบัติการ

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน หมายถึง ระบบที่ให้ความคุ้มครองประชาชนทุกคนว่า เมื่อเกิดความเจ็บป่วยหรือต้องการบริการสุขภาพที่จำเป็นแล้วจะได้รับบริการดังกล่าว โดยบริการนั้นเป็นบริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานด้วย

- บริการที่มีคุณภาพ มีความหมายครอบคลุมมากกว่าบริการที่ได้มาตรฐานทางวิชาชีพ (professional standard) แต่บริการนั้นต้องสามารถตอบสนองความต้องการของประชาชน (responsiveness) โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ด้วย

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน หมายถึง ระบบที่ให้ความคุ้มครองประชาชนทุกคนว่า เมื่อเกิดความเจ็บป่วยหรือต้องการบริการสุขภาพที่จำเป็นแล้วจะได้รับบริการดังกล่าว โดยบริการดังกล่าวจำกัดเฉพาะบริการพื้นฐานตามที่กำหนดเท่านั้น ทั้งนี้เพื่อให้ระบบมีภาระค่าใช้จ่ายสูงจนเกินไป

- การกำหนดว่าบริการอะไรจะเป็นบริการพื้นฐานนั้น อาศัยหลักการหลายอย่างประกอบกัน เช่น บริการนั้นต้องมีประสิทธิผลต่อต้นทุน (cost effectiveness) หรือมีอรรถประโยชน์ต่อต้นทุน (cost utility) เป็นบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง (high cost) กรณีที่ต้องการป้องกันการล้มละลายจากการเจ็บป่วยและการใช้บริการ (catastrophic illness) [6,7]
- แม้ว่าจะไม่ได้มีการกล่าวถึงประเด็นคุณภาพของบริการพื้นฐาน แต่โดยทั่วไปแล้วบริการพื้นฐานควรเป็นบริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานด้วย

การควบคุมต้นทุนค่าใช้จ่าย หมายถึง การบริหารจัดการเพื่อให้ระบบมีค่าใช้จ่ายในการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสม ระบบมีความยั่งยืนทางการเงินในระยะยาว (long term financial sustainability)

ปัญหาการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอย่างรวดเร็ว ทำให้ประเด็นการควบคุมต้นทุนค่าใช้จ่ายได้รับความสนใจและให้ความสำคัญเพิ่มขึ้น ผลของการควบคุมต้นทุนค่าใช้จ่ายทำให้เกิดความกังวลเรื่องผลกระทบต่อคุณภาพบริการที่ประชาชนได้รับ เนื่องจากการควบคุมค่าใช้จ่ายโดยการลดทอน



บริการพื้นฐาน (หรือสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) มีความอ่อนไหวทางการเมืองมากกว่า

สถานการณ์ในประเทศไทย

ที่ผ่านมาแม้ว่าจะมีความพยายามกำหนดมาตรฐานการให้บริการผ่านการจัดทำ Clinical practice guideline (CPG) แต่ก็ไม่ได้รับการยอมรับจากแพทย์เท่าที่ควร สถานพยาบาลแต่ละระดับให้บริการประเภทเดียวกันด้วยต้นทุนที่แตกต่างกัน ซึ่งน่าจะสะท้อนวิธีการจัดการบริการที่แตกต่างกัน สถานพยาบาลระดับตติยภูมิโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ซึ่งมีต้นทุนการให้บริการสูงสุด อ้างว่าต้นทุนดังกล่าวเป็นต้นทุนที่เกิดจากการให้บริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน (หรือในทางกลับกันคือ โรงพยาบาลระดับอื่นให้บริการไม่ได้มาตรฐาน) แต่ก็ไม่มีข้อมูลที่ยืนยันได้ว่าจะมีผลลัพธ์สุขภาพที่ดีกว่า การดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระยะแรก ยอมรับที่จะจ่ายชดเชยค่าบริการสุขภาพเดียวกัน (เฉพาะบริการผู้ป่วยใน) ด้วยอัตราที่แตกต่างกันเมื่อให้บริการที่โรงพยาบาลต่างระดับ (ด้วยการถ่วงน้ำหนัก 1.6, 1.4 และ 1.0 สำหรับสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ ทุติยภูมิ และปฐมภูมิ ตามลำดับ) โดยเป็นการจ่ายแบบมีเพดาน (DRG with global budget) แต่อัตราเหมาจ่ายรายหัวขณะนั้นค่อนข้างต่ำ (1,202 บาท/ประชากร ในปี 2545-2546) ทำให้โรงพยาบาลตติยภูมิสะท้อนว่ายังได้รับการชดเชยไม่เพียงพอและไม่สามารถให้บริการได้มีคุณภาพตามมาตรฐาน

ต่อมามีการใช้ค่ากลาง (median) ของต้นทุนค่าใช้จ่าย เป็นอัตราการชดเชยค่าบริการผู้ป่วยในสำหรับสถานพยาบาลทุกระดับในปี 2548 (แต่ยังมีการคุ้มครองบริการผู้ป่วยในที่มีค่าใช้จ่ายสูงให้จ่ายในอัตราแยกเฉพาะคือ 1 หน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์เท่ากับ 10,300 บาท) [8] ทำให้มีเสียงสะท้อนจากโรงพยาบาลตติยภูมิเพิ่มมากขึ้นว่า ระบบหลักประกันสุขภาพกำลังทำลายระบบบริการสุขภาพ เพราะทำให้โรงพยาบาลไม่สามารถให้บริการได้ตามมาตรฐาน อย่างไรก็ตาม การปรับอัตราเหมาจ่ายรายหัวเพิ่มขึ้นมากในระยะหลังพร้อมกับการปรับปรุงการจ่ายเงินชดเชยตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Group: DRG) ที่ทำให้น้ำหนักสัมพัทธ์ (relative weight: RW) ของโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเพิ่มขึ้น ทำให้โรงพยาบาลระดับตติยภูมิได้รับการชดเชยเพิ่มขึ้น (เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลที่รักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเป็นหลัก) แต่เสียงสะท้อนว่างบประมาณไม่เพียงพอ และกระทบต่อคุณภาพบริการยังมีอยู่ตลอด

ความพยายามในการหา “ต้นทุนขั้นต่ำ” ในการจัดบริการที่มีคุณภาพ ได้เริ่มกรณีบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยพิจารณาจากมาตรฐานการจัดบริการและคำนวณต้นทุนโดยใช้แนวคิด Activity based costing (ABC) [9] ต่อมากรณีของ “ต้นทุนขั้นต่ำ” ในการรักษามะเร็งโลหิตวิทยา (Leukemia and Lymphoma) และนำไปสู่การกั้นงบประมาณ (earmarked budget) สำหรับการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค (disease management) อย่างไรก็ตาม ไม่มีการพิสูจน์ว่า ต้นทุนที่ได้เป็นต้นทุนขั้นต่ำ (สำหรับบริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน) จริง



การขยายสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพในระยะหลัง (เช่น การให้ยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อ HIV และการให้บริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย) โดยแยกคำนวณงบประมาณจากงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว ทำให้ความกังวลเรื่องงบประมาณไม่เพียงพอแต่ขยายสิทธิประโยชน์ลดลง แต่ตราบได้ที่ต้นทุนการให้บริการยังเพิ่มขึ้นสูงกว่าอัตราเพิ่มของงบประมาณ และระบบการจ่ายเงินผู้ให้บริการยังคงเน้นใช้ระบบปลายปิด (close end provider payment) เนื่องจากต้องการควบคุมค่าใช้จ่าย ความกังวลเรื่องงบประมาณไม่เพียงพอในการจัดบริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานจะยังคงมีอยู่ต่อไป

ผลกระทบต่อค่านิยมอื่น ๆ

ดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่า การควบคุมต้นทุนค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพวิธีหนึ่งที่สำคัญคือ การปรับลดบริการพื้นฐานให้เหลือเท่าที่จำเป็นเท่านั้น ซึ่งอาจกระทบต่อค่านิยมเรื่องการให้ความสำคัญคุ้มครองพื้นฐาน (first dollar approach) หรือการให้ความสำคัญคุ้มครองแบบครอบคลุม (comprehensive benefit package) ซึ่งเป็นค่านิยมที่ใช้ในระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยปัจจุบัน รวมถึงค่านิยมในการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ให้ยืดหยุ่นเพื่อเป็นทางเลือกให้กับประชาชนที่สามารถร่วมจ่ายได้ (consumer choice with cost sharing)

รูปธรรมที่ชี้วัดการตัดสินใจว่าเอนเอียงไปสู่ประเด็นด้านใด

รูปธรรมที่ชี้วัดการตัดสินใจว่าเอนเอียงไปสู่ประเด็นด้านใด อาจพิจารณาจาก

- การพิจารณารูปแบบการจ่ายเงินผู้ให้บริการ (provider payment method) โดยหากเป็นรูปแบบที่เน้นการควบคุมต้นทุนสูง เช่น จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว (capitation) จ่ายแบบรายโรคโดยมีเพดาน (DRG with global budget) น่าจะสะท้อนว่า ระบบให้ความสำคัญกับเรื่องการควบคุมต้นทุนมากกว่า ขณะที่การจ่ายแบบตามรายการ (fee-for-service) อาจสะท้อนการให้ความสำคัญกับเรื่องคุณภาพบริการมากกว่า
- การพิจารณาปรับลดบริการพื้นฐานจากเดิมที่ให้แบบครอบคลุม เหลือเพียงครอบคลุมเฉพาะบางโรค (โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง) สะท้อนค่านิยมที่ระบบต้องการควบคุมต้นทุนค่าใช้จ่าย โดยผลกระทบต้นทุนค่าใช้จ่ายส่วนหนึ่งให้ประชาชนรับผิดชอบแทน (สำหรับโรคหรือบริการที่ไม่ครอบคลุม) แต่ขณะเดียวกันอาจสะท้อนว่า การตัดความครอบคลุมบริการบางประเภทออก เพื่อให้บริการส่วนที่เหลือ (และยังครอบคลุม) ได้รับงบประมาณเพียงพอที่จะให้บริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน



เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2547) บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2537-2544.
2. Reed A. In health care, cost isn't proof of quality. The New York Time. June 14, 2007. [Cited 2008 March 5] Available from URL: <http://www.nytimes.com/2007/06/14/health/14insure.html>.
3. Laborers' Health & Safety Fund of North America 2005. Health care cost containment focus shifts to quality. [Cited 2008 January 31] Available from URL: <http://www.lhsfna.org/index.cfm>
4. Eugene L, Michael C (2000). Cost and quality under Managed Care: irreconcilable differences? The American Journal of Managed Care. Vol. 6 No.3 March 2000.
5. Bruce S. Pay-for-performance: is it quality or cost that matters? Applied Neurology. [Cited 2008 January 31] Available from URL: http://appneurology.com/print.jhtml?articleID=187200420&url_prefix..
6. Stefan G, Dea N, Heinz R, Jurgen W (2005). Criteria and procedures for determining benefit packages in health care: A comparative perspective. Health Policy 73 (2005). 78-91.
7. David MD, Ruth K, Alexander O, Erika B, Sukumar V, Marion D (2007). Health insurance benefit packages prioritized by low-income clients in India: Three criteria to estimate effective choice. Social Science & Medicine 64 (2007). 884-896.
8. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2548). คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2548.
9. วลัยพร พัทธนกุล, ภูษิต ประคองสาย, กัญญา ดิษยาธิคม, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร (2545). อัตราเหมาจ่ายรายหัวของชุดสิทธิประโยชน์ กรณีส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปิงปองประมาณ 2546. วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 11 ฉบับที่ 5 กันยายน-ตุลาคม 2545.



ค่านิยมของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

Values

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามุ่งเน้นสิทธิเพื่อประกันโอกาสในการเข้าถึงบริการที่เป็นธรรม (Equitable access) หรือมุ่งการสงเคราะห์เพื่อช่วยเหลือผู้ยากไร้ (Helping the poor)

สมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์

ประเด็นที่น่าสนใจ

- การเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นธรรม (Equitable access) หมายถึงการใช้หรือได้รับบริการสุขภาพเป็นไปตามความจำเป็นด้านสุขภาพอย่างเท่าเทียมกัน โดยมากมักดำเนินการโดยให้การเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นสิทธิหรือประโยชน์ที่ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย ซึ่งข้อดีทำให้เกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ใน 2 มิติ คือความครอบคลุมประชากร และความครอบคลุมของสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพ อันทำให้เกิดความเป็นธรรมและเกื้อกูลกันได้ แต่ข้อพึงพิจารณาคือภาระค่าใช้จ่ายของภาครัฐที่สูงและต้องให้ความอย่างเพียงพอ และอุปสงค์ต่อบริการที่จะเพิ่มขึ้นเนื่องจากราคา ณ จุดใช้บริการของประชาชนลดลง
- การสงเคราะห์ผู้ยากไร้ (Helping the poor) หมายถึงรัฐบาลให้ความช่วยเหลือที่มุ่งต่อผู้ยากไร้หรือผู้ด้อยโอกาสในสังคมในด้านต่างๆ เช่น รายได้ บริการทางสังคมหรืออื่นๆ ซึ่งมีข้อดีที่หากมาตรการในการค้นหาและเข้าถึงผู้ด้อยโอกาสมีประสิทธิภาพจะสามารถให้ความช่วยเหลือได้ตรงเป้าหมาย โดยภาระค่าใช้จ่ายของภาครัฐไม่สูงมากนัก ในขณะที่ประชาชนมีเสรีภาพและทางเลือกในการตัดสินใจเป็นของตนเอง แต่ก็มีข้อจำกัดที่การขาดประสิทธิภาพของการค้นหาและเข้าถึงผู้ด้อยโอกาสตลอดจนไม่สามารถทำให้ทุกคนมีหลักประกันสุขภาพได้
- พัฒนาการของระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยที่ผ่านมาเปลี่ยนแปลงจากการสงเคราะห์ผู้ยากไร้ ไปสู่การเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นธรรม ทำให้ความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพเพิ่มจากร้อยละ 33 ในปี 2534 สู่ร้อยละ 95 ในปี 2546 (เช่นเดียวกับภาระงบประมาณที่เพิ่มขึ้นตามไปด้วย)

(1) ความหมายเชิงปฏิบัติการ

การเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นธรรม (Equitable access) การเข้าถึงหมายถึง โอกาสของปัจเจกชนในการเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ ซึ่งนักเศรษฐศาสตร์นิยมวัดในลักษณะค่าใช้จ่ายที่เป็นตัวเงินและ



ค่าเสียเวลาในการไปรับบริการสุขภาพ^{1 2} ทั้งนี้แม้ “เข้าถึง” มีความหมายต่างจาก “ใช้บริการ” แต่ในทางปฏิบัติส่วนใหญ่นิยมวัดการเข้าถึงในลักษณะการให้บริการ^{3 4} ดังนั้นการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นธรรมในที่นี้ จึงหมายถึงการใช้หรือได้รับบริการสุขภาพเป็นไปตามความจำเป็นด้านสุขภาพ กล่าวคือ ผู้มีความจำเป็นด้านสุขภาพเท่ากันควรใช้หรือได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็นเท่ากัน ในขณะที่ผู้มีความจำเป็นด้านสุขภาพมากกว่าควรใช้หรือได้รับบริการสุขภาพมากกว่า

การสงเคราะห์ผู้ยากไร้ (Helping the poor) หมายถึงโครงการของรัฐบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลือด้านรายได้ บริการทางสังคม และการสนับสนุนอื่น แก่ผู้ด้อยโอกาสในสังคม เช่น คนจน ผู้สูงอายุ เด็ก ผู้พิการ คนว่างงาน ฯลฯ เป็นต้น โดยบริการเหล่านี้มักจัดให้ฟรีโดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากภาครัฐ ในที่นี้หมายถึงรัฐรับผิดชอบจัดหลักประกันด้านสุขภาพแก่กลุ่มผู้ยากไร้ (โดยให้กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้รับผิดชอบตนเอง)

สิทธิ หมายถึง ประโยชน์ที่ได้รับการคุ้มครองตามกฎหมาย⁵ (Entitlement) จำแนกได้เป็นสองระดับคือ (1) สิทธิมนุษยชน (Human rights) หมายถึง สิทธิและเสรีภาพขั้นพื้นฐานที่มนุษย์พึงได้รับตั้งแต่เกิด เช่น สิทธิเสรีภาพในชีวิต สิทธิเสรีภาพในเคหสถาน สิทธิเสรีภาพในการคิด การแสดงความคิดเห็น สิทธิเสรีภาพในการทำงาน การศึกษา ฯลฯ เป็นต้น และ (2) สิทธิพลเมือง (Civil rights) หมายถึงสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากรัฐในฐานะที่เป็นพลเมืองของประเทศหรือรัฐนั้นๆ เช่น สิทธิในการร่วมตัวทางการเมือง การเลือกตั้ง เป็นต้น

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หมายถึง การที่รัฐบาลกำหนดหรือจัดให้ประชาชนหรือพลเมืองของประเทศหรือมลรัฐทุกคนได้รับหลักประกันสุขภาพ ทั้งนี้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามองได้ทั้งในมิติกว้างคือครอบคลุมประชากร (Bread of coverage) และมิติของความลึกคือครอบคลุมสิทธิประโยชน์ (Depth of coverage) โดยหลักประกันสุขภาพทำหน้าที่สำคัญสองประการ คือ การอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น (enable access to care) และการปกป้องครัวเรือนจากภาวะล้มละลายที่อาจเกิดขึ้นจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Financial protection against catastrophic expenditures)⁶

(2) เหตุผลที่รัฐควรช่วยเหลือเฉพาะผู้ยากไร้หรือจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชน

แนวคิดที่สนับสนุนว่าภาครัฐควรช่วยเหลือเฉพาะผู้ยากไร้นั้นเป็นแนวคิดแบบเสรีนิยม เชื่อมโยงในกลไกการตลาดจะทำให้ระบบเกิดประสิทธิภาพสูงสุด ให้ความสำคัญกับเสรีภาพการตัดสินใจและความ

¹ Le Grand, J. (1982) The Strategy of Equality: Redistribution and the Social Services. Allen and Unwin, London.

² Mooney, G.H. (1983) Equity in health care: confronting the confusion. Effective health care, 1, 179-184

³ Wagstaff, A. and Van Doorslaer, E. (1993) Equity in the delivery of health care: methods and findings in Van Doorslaer, E., Wagstaff, A. and Rutten, F. (eds) Equity in the finance and delivery of health care: an international perspective. Oxford University Press, London.

⁴ Waters, H.R. (2000) Measuring equity in access to health care. Soc.Sci.Med., 51, 599-612

⁵ หุตุย แสงอุทัย (2538) ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับกฎหมายทั่วไป พิมพ์ครั้งที่ 12. รุ่งเรืองสาส์นการพิมพ์. กรุงเทพมหานคร.

⁶ Kutzin, J (2001) A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. Health Policy: 56, 171-204



รับผิดชอบส่วนบุคคล โดยที่ภาครัฐควรจำกัดบทบาทตนและมุ่งช่วยเหลือผู้ยากไร้ สหรัฐอเมริกาถือเป็นต้นแบบของแนวคิดนี้ รัฐบาลกลางและรัฐบาลของมลรัฐของสหรัฐอเมริกาดำเนินโครงการประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ (Medicare) และคนจน (Medicaid) ตามลำดับ ในขณะที่ประชาชนทั่วไปก็มีอิสระในการเลือกซื้อประกันสุขภาพที่จัดโดยเอกชน ข้อดีของแนวคิดนี้คือ (1) หากมาตรการในการค้นหาและเข้าถึงคนยากไร้มีประสิทธิภาพก็สามารถช่วยคนได้ตรงตามความจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือ (2) ภาระรายจ่ายด้านสุขภาพของภาครัฐก็ไม่สูงมากนักทำให้รัฐบาลสามารถนำงบประมาณไปพัฒนาประเทศด้านอื่นๆ (3) ขณะเดียวกันประชาชนก็มีเสรีภาพและทางเลือกในการตัดสินใจของตนเอง แต่จุดอ่อนสำคัญคือ (1) ต้นทุนการค้นหาคนจนที่สูงและ (2) การขาดประสิทธิผลของการค้นหาและเข้าถึงกลุ่มคนจน^{7 8} กล่าวคือ การค้นหาคนจนต้องมีเครื่องมือและกลไกการประเมินที่ซับซ้อนและบุคลากรที่ชำนาญทำให้มีต้นทุนสูง ประเทศกำลังพัฒนามักขาดสมรรถนะด้านนี้นอกจากนั้นประชาชนส่วนใหญ่ไม่อยู่ภาคจ้างงานที่เป็นทางการ มีรายได้จากหลายแหล่งทั้งที่เป็นและไม่เป็นตัวเงินและยังไม่สม่ำเสมอ ในเชิงเทคนิคจึงมีความยากค่อนข้างมากและมีผลให้ขาดความครอบคลุมและความตรงของการค้นหาและให้ประโยชน์แก่คนจน ประสิทธิภาพของไทยในการดำเนินโครงการบัตรรายได้น้อยเกือบสามสิบปี พบว่าปัญหาการขาดความครอบคลุมและขาดความตรงของการให้บัตรรายได้น้อยมีมาตลอดและไม่มีแนวโน้มดีขึ้นตามประสิทธิภาพการดำเนินงานที่นานขึ้นแต่กลับมีแนวโน้มแย่ลง^{9 10} (3) ข้อด้อยอีกประการคือไม่สามารถทำให้ประชาชนทุกคนมีหลักประกันในการใช้บริการสุขภาพได้ พบว่าในระหว่างปี พ.ศ. 2542 – 2547 ประชากรอเมริกันที่มีอายุต่ำกว่า 65 ปี ร้อยละ 16-17 ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ ขณะเดียวกันความครอบคลุมของประกันสุขภาพเอกชนมีแนวโน้มลดลงในขณะที่ความครอบคลุมของ Medicaid เพิ่มขึ้น¹¹ การไม่มีหลักประกันส่งผลต่อการเข้าถึงบริการขณะเดียวกันก็ทำให้บางคนต้องประสบกับปัญหาล้มละลายจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล¹² ดังนั้นข้ออ่อนสำคัญของแนวทางนี้คือมีผลกระทบด้านลบต่อความเป็นธรรมทั้งในระบบบริการและการคลังสุขภาพแม้ว่าจะมีนโยบายช่วยเหลือผู้ยากไร้ก็ตาม

ประเทศส่วนใหญ่ในยุโรปมองว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน¹³ และให้ความสำคัญกับการเกื้อกูลกันของคนในสังคม (Solidarity) กล่าวคือ คนที่มีสุขภาพดี

⁷ Coady, D., Grosh, M., and Hoddinott, J. (2004) Targeting outcome redux, The World Bank Research Observer, Vol. 19(1): 61-85

⁸ Srivastava, P. (2004) Poverty Targeting in Asia: Country Experience of India. Discussion Paper No. 5, Asian Development Bank Institute, Tokyo.

⁹ โครงการบัญชีติดตามทรัพยากรมนุษย์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (NIDA) (2533) รายงานโครงการวิจัยประเมินผล เรื่อง การจัดทำบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ม.ป.ท.

¹⁰ สุกัลยา คงสวัสดิ์ พิษณุ รัตแสง สนิทธี ไชยงนุช และ วรณา จารุสมบัติ (2543) ประสิทธิภาพและกระบวนการออกบัตรด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย รอบที่ 6 (2541-2543) สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี

¹¹ US Department of Health and Human Resource (2006) Health, United States, 2006 with Chartbook on Trends in the Health of Americans. DHHS publication No 2006-1232

¹² Van Doorslaer, E. et al. (2005) Paying out-of-pocket in Asia: Catastrophic and Poverty Impact. Equitap Project, working paper No. 2

¹³ ปญญาสากล่าวด้วยสิทธิมนุษยชน ข้อ 25 “ บุคคลมีสิทธิในมาตรการครองชีพที่เพียงพอสำหรับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับตนเองและครอบครัว รวมทั้งอาหาร เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย การรักษาพยาบาลและบริการทางสังคมที่จำเป็น...”



ควรช่วยเหลือคนที่มีสุขภาพแย่ และคนรวยควรช่วยเหลือคนจน¹⁴ สังคมจึงจะอยู่ได้อย่างสงบสุข ประกอบกับกลไกตลาดในระบบบริการสุขภาพและประกันสุขภาพภาคสมัครใจทำงานได้ไม่สมบูรณ์จากปัจจัยหลายประการ เช่น ลักษณะจำเพาะของอุปสงค์ต่อบริการสุขภาพที่ถูกกำหนดด้วยความจำเป็นด้านสุขภาพ (derived demand) การขาดความสมดุลของข้อมูลระหว่างผู้ให้บริการ/ประกันและผู้รับบริการ (imbalance of information) การผูกขาดโดยธรรมชาติของตลาด (natural monopoly) และบริการบางอย่างเกี่ยวข้องกับจริยธรรม (merit goods) ภาครัฐจึงต้องเข้าไปกำกับหรือจัดการเพื่อให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็น ข้อเด่นของแนวคิดนี้คือ การสร้างความเป็นธรรมและการเกื้อกูลกันของคนในสังคม และทำให้หลักประกันสุขภาพสามารถทำหน้าที่สองประการสำคัญที่กล่าวในตอนก่อนหน้านี้ได้เต็มที่ (หากสิทธิประโยชน์ที่กำหนดมีความครอบคลุมที่รอบด้านพอ) อย่างไรก็ตามก็ติดผลกระทบหลักที่เกิดขึ้นคือภาระค่าใช้จ่ายภาครัฐที่เพิ่มขึ้นจากการที่รัฐต้องเข้าไปจัดการให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ขณะเดียวกันการจัดให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็กระตุ้นให้อุปสงค์ต่อบริการของประชาชนเพิ่มขึ้นจากราคา ณ จุดใช้บริการที่ลดลงของประชาชน

(3) เงื่อนไขของการจะบรรลุธรรมของค่านิยม

ระบบสงเคราะห์ผู้ยากไร้จำเป็นต้องมีทั้งเครื่องมือและบุคลากรที่มีความรู้และทักษะในการประเมินรายได้กลุ่มเป้าหมาย (Targeting the poor) รวมถึงกลไกในการค้นหากลุ่มเป้าหมาย นอกจากนั้นเป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่าระบบจ่ายล่วงหน้า (Prepayment system) ทุกรูปแบบมีความเป็นธรรมมากกว่าการจ่ายเมื่อใช้บริการ (out-of-pocket-payment)¹⁵ ดังนั้นเพื่อแก้จุดอ่อนประเด็นความเป็นธรรมด้านการคลังระบบบริการสุขภาพก็ต้องส่งเสริมให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพเพื่อลดการจ่าย ณ จุดใช้บริการ

สำหรับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น เงื่อนไขสำคัญคือต้องเป็นประกันภาคบังคับโดยมีการออกกฎหมายบังคับในเรื่องดังกล่าว สำหรับการออกแบบระบบเป็นได้ทั้งการประกันสุขภาพภาคบังคับแบบประกันสังคม (Social health insurance) หรือระบบสุขภาพแห่งชาติโดยใช้เงินภาษี (National health services) ทั้งนี้พบว่าประเทศส่วนใหญ่ก็มีหลายระบบร่วมกัน¹⁶ เช่น บางกลุ่มครอบคลุมโดยระบบประกันสังคม บางกลุ่มครอบคลุมโดยระบบภาษี รวมทั้งประกันเอกชน โดยภาครัฐอาจเป็นผู้จัดเองหรือกำหนดให้มีโดยเอกชนดำเนินการก็ได้โดยเฉพาะกรณีแบบกองทุนประกันสังคม อาจเป็นกองทุนเดี่ยวเช่น กรณีของเกาหลี หรือหลายกองทุน เช่นกรณีญี่ปุ่น และเยอรมนี เป็นต้น ทั้งนี้ระบบจะเป็นแบบใดนั้นมักขึ้นกับวิวัฒนาการของระบบที่ผ่านมาและบริบททางสังคมของแต่ละประเทศเป็นสิ่งสำคัญ สิ่งหนึ่งมักเกิดขึ้นควบคู่ไปกับการให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแต่ไม่ได้เป็นเงื่อนไข คือ การปฏิรูประบบ

¹⁴ ทั้งนี้ลักษณะดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อ (1) ต้องเป็นระบบการจ่ายล่วงหน้า (2) มีการนำเงินมารวมกัน และ (3) จำนวนเงินที่คนสุขภาพดีและคนรวยจ่ายต้องมากกว่าความจำเป็นที่ต้องใช้จริงและมีเหลือมาสนับสนุนคนที่สุขภาพแย่และคนจนได้

¹⁵ World Health Organization (2000) World Health Report 2000, Health System: Improving Performance. WHO, Geneva

¹⁶ Gottret, p. and Schieber, G. (2006) Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide. The World Bank, Washington DC.



บริการและการคลังสุขภาพ¹⁷ เพื่อให้สามารถจัดหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนทุกคนภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่ขณะเดียวกันก็ป้องกันผลกระทบจากอุปสงค์บริการที่เพิ่มขึ้นจากการให้หลักประกันแก่ประชาชน ปัจจัยสำคัญอีกประการคือต้องมีระบบบริการที่ ได้มาตรฐานและกระจายทั่วถึง เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้โดยสะดวก

(4) ผลกระทบต่อค่านิยมอื่น ๆ

แม้แนวคิดเรื่องสงเคราะห์ผู้ยากไร้ในทางทฤษฎีแล้วน่าจะช่วยทำให้เกิดความเป็นธรรมในสังคม แต่ในทางปฏิบัติเนื่องจากการขาดประสิทธิผลของการค้นหาคนจน ประกอบกับไม่สามารถให้ประชาชนทุกคนมีหลักประกันสุขภาพในลักษณะของการสมัครใจ ดังนั้นระบบดังกล่าวจึงมีผลกระทบต่อค่านิยมด้าน ความเป็นธรรมและการเกื้อกูลกันของคนในสังคม

ส่วนแนวคิดด้านสิทธิเพื่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น เนื่องจากการคลังภาครัฐที่มีการนำเงินมารวมกันเพื่อใช้สำหรับการจัดบริการแก่ทุกคน ดังนั้นจำเป็นต้องมีการควบคุมกำกับเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ประชาชนส่วนใหญ่ ดังนั้นจึงหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่อาจกระทบต่อ อิสรภาพและทางเลือกของประชาชนบางส่วนรวมทั้งเสรีภาพของผู้ให้บริการในการให้บริการ เนื่องจากต้องมีการควบคุมค่าใช้จ่าย

(5) สถานการณ์ในประเทศไทยโดยย่อ

ประชาชนไทยคุ้นเคยกับการจ่ายค่าบริการเมื่อไปใช้บริการสุขภาพตั้งแต่ในอดีต ต่อมาเมื่อมีการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์สมัยใหม่ก็กำหนดให้ประชาชนต้องจ่ายค่าบริการเมื่อไปรับบริการในสถานพยาบาลรัฐตั้งแต่ปี พ.ศ. 2488¹⁸ อย่างไรก็ตามอัตราค่าบริการที่กำหนดมิได้มุ่งคืนทุนทั้งหมดเพียงให้ประชาชนร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายบางส่วนโดยเฉพาะค่ายาและวัสดุโดยภาครัฐสนับสนุนเงินเดือนค่าจ้างบุคลากร พร้อมกันนี้เพื่อให้ผู้มีความสามารถจ่ายจำกัด (ทั้งคนจนและกลุ่มคนที่ประสบกับค่ารักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินกว่ากำลังจ่ายของตนและครอบครัว) สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้ สถานพยาบาลรัฐอาจพิจารณาลดหย่อนค่าบริการบางส่วนหรือทั้งหมดให้แก่กลุ่มนี้ได้โดยไม่เป็นทางการภายใต้การพิจารณาของแพทย์ผู้ให้บริการหรือนักสังคมสงเคราะห์ (มาตรการนี้ดำรงอยู่จนถึงปัจจุบันแม้ประเทศไทยจะมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า)

ระบบที่ไม่เป็นทางการดังกล่าวได้วิวัฒนาการไปสู่ระบบการพิจารณาสถานะทางการเงินทางโรงพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าตามระดับรายได้ (mean-test) ในปี พ.ศ. 2518 โดยการออกบัตรรายได้น้อย และต่อมาได้ขยายไปครอบคลุมที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูลอื่น เช่น ผู้สูงอายุ เด็ก ผู้พิการ ทหารผ่านศึก เป็นต้น

¹⁷ Kutzin, J (2000) Towards Universal Health Care Coverage: A Goal-oriented Framework for Policy Analysis. Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion paper, World Bank, Washington DC.

¹⁸ วิจารณ์ตั้งเจริญเสถียร (2544) ระบบประกันสุขภาพในภาพรวมของประเทศไทย บทที่ 2 ใน จเด็จ ธรรมธัชอารี (บรรณาธิการ) ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, นนทบุรี



และเปลี่ยนชื่อเป็นโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.)¹⁹ สำหรับกลุ่มคนที่ไม่ได้รับบัตรรายได้น้อยกระทรวงสาธารณสุขได้นำร่องโครงการบัตรสุขภาพภาคสมัครใจในปี พ.ศ. 2526 ในลักษณะกองทุนประกันสุขภาพหมู่บ้านและได้ขยายไปทั่วประเทศในเวลาต่อมาในปี พ.ศ. 2534 มีการปฏิรูปโครงการดังกล่าวทั้งด้านแนวคิดและการบริหารจัดการและเปลี่ยนชื่อเป็นโครงการบัตรประกันสุขภาพ²⁰ และมีการขยายตัวอย่างรวดเร็วโดยเฉพาะในชนบท

สำหรับกลุ่มประชาชนในภาคการจ้างงานทางการภาครัฐได้รับสวัสดิการรักษาพยาบาลที่จัดให้โดยกระทรวงต่าง ๆ ซึ่งต่อมาได้มีประกาศในราชกิจจานุเบกษาว่าด้วยสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการครอบคลุมทั้งตัวข้าราชการและข้าราชการบำนาญ ลูกจ้างประจำและบุคคลในครอบครัว ในส่วนของรัฐวิสาหกิจก็มีการจัดสวัสดิการให้แก่พนักงานของตนในลักษณะเดียวกัน สำหรับลูกจ้างภาคเอกชนมีกองทุนทดแทนสำหรับการเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2517 และต่อมาในปี พ.ศ. 2533 เริ่มดำเนินงานโครงการประกันสังคมสำหรับการเจ็บป่วยที่มีได้เกิดจากการทำงาน นอกจากนี้ยังมี พ.ร.บ. ผู้ประสบภัยจากรถซึ่งเป็นประกันภาคบังคับสำหรับเจ้าของรถทุกคนเพื่อคุ้มครองผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากรถ (เริ่มในปี 2536) และประกันสุขภาพเอกชน

ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการปีต่าง ๆ²¹ พบว่า ความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ จากร้อยละ 33 ในปี พ.ศ. 2534 เป็นร้อยละ 46 ในปี พ.ศ. 2539 ร้อยละ 71 ในปี 2544 ซึ่งเป็นปีก่อนหน้าที่ประเทศไทยประกาศนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage: UC) และในปี พ.ศ. 2546 (หนึ่งปีหลัง UC) พบว่าความครอบคลุมเพิ่มเป็นร้อยละ 95 ของประชากร จะเห็นว่าความพยายามในการขยายหลักประกันสุขภาพและการขับเคลื่อนนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทยเกิดขึ้นอย่างมากในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา

(6) รูปแบบที่ชีวิตของการตัดสินใจว่าเอนเอียงไปสู่ประเด็นด้านใด

รูปแบบที่เป็นตัวชี้วัดระบบบริการสุขภาพของประเทศนั้น ๆ เอนเอียงไปด้านใดนั้น ดูได้จากบทบาทของการคลังภาครัฐในระบบบริการสุขภาพ (ระบบการคลังที่รัฐเป็นผู้จัดเองหรือรัฐบังคับให้ต้องมี เช่น ระบบประกันสุขภาพที่รัฐเป็นผู้ดำเนินการเอง หรือ ระบบประกันสุขภาพภาคบังคับที่รัฐกำหนดให้ต้องมีแม้ภาครัฐจะไม่ได้เป็นผู้ดำเนินการเอง) ทั้งนี้การคลังภาครัฐจะมีบทบาทสูงในประเทศที่จัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เช่น ร้อยละ 70-80 ของรายจ่ายสุขภาพของประเทศมาจากการการคลัง

¹⁹ สมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (2541) ทางเลือกเชิงนโยบายสำหรับการปฏิรูประบบการเงินการคลัง โครงการสวัสดิการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล วารสารนโยบายและแผนสาธารณสุข 1(1): 27-42

²⁰ Pannarunothai, S., Srithamrongsawat, S., Kongpan, M., Tamwanna, P. (2000) Financing Reforms for the Thai Health Card Scheme, Health Policy and Planning 15(3): 303-311

²¹ สำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ปี พ.ศ. 2534, 2539, 2544, และ 2546



ภาครัฐ ในขณะที่ประเทศที่เอนเอียงไปทางการสงเคราะห์ผู้ยากไร้และให้ประชาชนส่วนใหญ่รับผิดชอบตนเอง มักมีสัดส่วนรายจ่ายภาคเอกชนที่สูง เช่นในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา รวมถึงในสหรัฐอเมริกา เป็นต้น

ทิศทางการพัฒนาในระบบบริการสุขภาพทั่วโลกในขณะนี้เน้นมุ่งไปสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยมีองค์การอนามัยโลกเป็นแกนหลักในการผลักดัน¹⁵ ²² ²³ อย่างไรก็ดีรัฐบาลในหลายๆ ประเทศมักผสมผสานแนวคิดทั้งสองเข้าด้วยกันในทางปฏิบัติ²⁴ ทั้งนี้ประเทศที่ประสบความสำเร็จในการช่วยเหลือผู้ยากไร้เน้นนโยบายด้านสังคมส่วนใหญ่ยึดหลักแนวคิดเรื่อง “สิทธิ” ในขณะที่ใช้เรื่องการค้นหากลุ่มเป้าหมาย (targeting) เป็นเครื่องมือในการเพิ่มประสิทธิภาพของการให้แบบถ้วนหน้า (targeting within universalism) ตัวอย่างเช่น ในประเทศพัฒนาแล้วที่จัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามักกำหนดให้ประชาชนต้องมีส่วนร่วมจ่าย (โดยเฉพาะค่ายา) เพื่อป้องกันการใช้บริการเกินจำเป็น แต่ก็มีมาตรการยกเว้นส่วนร่วมจ่ายแก่ผู้ยากไร้ เป็นต้น

²² World Health Organization (2005) Strategy on Health Care Financing for Countries of the Western Pacific and South-East Asia Regions (2006-2010) WHO, Geneva

²³ World Health Organization (2006) Approaching Health Financing Policy in the WHO European Region. WHO regional office for Europe, Copenhagen

²⁴ Thandika, M (2005) Targeting and Universalism in Poverty Reduction. Social Policy and Development Programme Paper No.23 United Nations Research Institute for Social Development



ค่านิยมของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

Values

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อความครอบคลุมกว้างขวางตั้งแต่ความเจ็บป่วยเล็กน้อย (First-Baht Primary Care) หรือความครอบคลุมเฉพาะความเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง (Catastrophic Tertiary Care)

เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์

ประเด็นที่น่าสนใจ

- หลักการพื้นฐานของระบบประกันคือการคุ้มครองผู้เอาประกันหรือผู้มีสิทธิ จากภาระทางการเงินที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากเหตุการณ์ซึ่งอยู่ในขอบเขตการครอบคลุมของการประกันนั้น โดยวัตถุประสงค์หลักในการปกป้องความเสี่ยงทางการเงินหรือความเดือดร้อนอันเกิดจากภาระทางการเงินซึ่งไม่สามารถจ่ายได้
- ระบบหลักประกันที่จ่ายค่าบริการสำหรับความครอบคลุมที่กว้างขวางย่อมตอบสนองความต้องการของผู้ใช้และสร้างความพึงพอใจให้กับประชาชนได้มากกว่า แต่ต้องระมัดระวังประเด็นที่เกี่ยวกับ Moral Hazard ที่จะทำให้เกิดการใช้บริการเกินความจำเป็น และภาระทางการเงินที่สูงของภาครัฐ ซึ่งหากการอุดหนุนงบประมาณไม่เพียงพอ จะส่งผลถึงการเข้าถึงบริการและคุณภาพได้
- ระบบหลักประกันที่ความคุ้มครองครอบคลุมเฉพาะความเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง เช่น โรคที่มีความรุนแรงหรือการรักษาแบบผู้ป่วยใน เป็นการจัดระบบแบบ Safety Net ประชาชนยังคงมีส่วนร่วมจ่ายในระดับที่น่าจะดูแลตนเองได้ ทำให้ต้องมีการ Trade-off ระหว่างการลดความเสี่ยงทางการเงินและการตอบสนองความต้องการทางสุขภาพของประชาชน นอกจากนี้ระบบอาจเสี่ยงต่อการโยกย้ายบริการจากส่วนที่ไม่ได้รับความคุ้มครองสู่ส่วนที่ได้รับความคุ้มครอง และควรเปิดโอกาสให้ซื้อประกันสุขภาพเสริมด้วยสำหรับบริการพื้นฐานด้วย
- ทางเลือกที่น่าสนใจอีกประเด็นหนึ่ง คือการกำหนดและบริหารสิทธิประโยชน์ที่มีความชัดเจนว่าจะอะไรคุ้มครอง และอะไรที่ไม่คุ้มครอง (Essential package) มากกว่าการคำนึงถึงเพียงประเด็นค่าใช้จ่ายเพื่อการคำนวณภาระทางการเงินที่ชัดเจน และความเข้าใจที่ตรงกันของผู้ให้และผู้มีสิทธิที่ใช้บริการ

1. ความสำคัญของประเด็น

หลักการพื้นฐานของระบบประกัน (insurance) คือการคุ้มครองผู้เอาประกันหรือผู้มีสิทธิ จากภาระทางการเงินที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากเหตุการณ์ซึ่งอยู่ในขอบเขตการครอบคลุมของการประกันนั้น โดยวัตถุประสงค์หลักในการปกป้องความเสี่ยงทางการเงินหรือความเดือดร้อนอันเกิดจากการที่ต้องมีภาระทางการเงินซึ่งไม่สามารถจ่ายได้



ด้วยเหตุนี้ จึงมีประเด็นในเรื่องขอบเขตการครอบคลุมของสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบประกันสุขภาพว่า ควรจะให้ระบบประกันเข้ามาบริการค่าใช้จ่ายของเหตุการณ์ ซึ่งในที่นี้หมายถึงความเจ็บป่วยในทุกกรณี (อาจมีข้อยกเว้นเรื่องบริการที่เกี่ยวกับเสริมความงาม...) หรือรับผิดชอบเพียงเฉพาะภาระค่าใช้จ่ายอันเกิดจากเหตุการณ์อันอาจส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายสูงเท่านั้น ทั้งนี้ ในด้านหนึ่งเป็นที่เข้าใจกันว่า หากขอบเขตการครอบคลุมแคบ ภาระค่าใช้จ่ายของระบบประกัน (หรือในกรณีมีการจ่ายเบี้ยประกัน หมายถึงอัตราเบี้ยประกันของผู้เอาประกัน) ก็จะต่ำกว่าการมีขอบเขตการครอบคลุมที่กว้างขวาง ในอีกด้านหนึ่ง เป็นเรื่องของการจำแนกบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของบุคคลกับรัฐ

ข้อพิจารณานี้ มักเป็นประเด็นที่เกิดขึ้นในกรณีระบบประกันที่จัดโดยรัฐ หรือที่เกี่ยวข้องกับนโยบายรัฐโดยกฎหมายและข้อกำหนดต่างๆ ส่วนการที่บุคคลไปซื้อประกันเอกชน ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่ายจากการเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ มักไม่เป็นประเด็นข้อโต้แย้งเชิงนโยบาย

2. ความหมายเชิงปฏิบัติการ

[หมายเหตุ : ในที่นี้กล่าวเฉพาะบริการส่วนที่เป็น personal health care ไม่รวมส่วนที่เป็น public health care ซึ่งมีชุดของข้อพิจารณาที่แยกออกได้เป็นการเฉพาะ]

2.1 ความครอบคลุมกว้างขวางตั้งแต่ความเจ็บป่วยเล็กน้อย (First-Baht Primary Care)

ความครอบคลุมกว้างขวาง (comprehensive coverage) หมายถึงระบบประกันจ่ายค่าบริการสำหรับการรักษาโรคและอาการต่างๆ ทั้งหมดหรือเกือบทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นความเจ็บป่วยเล็กน้อยที่ใช้บริการปฐมภูมิได้ หรือความเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง หรือที่ต้องนอนโรงพยาบาล ในกรณีนี้มิได้หมายความว่าระบบประกันสุขภาพเป็นผู้จ่ายให้ทั้งหมดทุกบาททุกสตางค์ โดยที่ผู้ให้บริการไม่ต้องจ่าย ระบบประกันสุขภาพที่ให้สิทธิประโยชน์ครอบคลุมความเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ บริการปฐมภูมิ/ผู้ป่วยนอกที่มีการกำหนดส่วนร่วมจ่าย (ในสัดส่วนที่ไม่สูงนักเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายทั้งหมด) ก็จัดอยู่ในประเภทนี้ เพราะประเด็นอยู่ที่ระดับของค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการให้บริการ

2.2 ความครอบคลุมเฉพาะความเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง (Catastrophic Tertiary Care)

เป็นความครอบคลุมที่ระบบประกันจ่ายค่าบริการสำหรับความเจ็บป่วยที่มีราคาแพง/ค่าใช้จ่ายสูง โดยยกเว้นหรือไม่รวม (exclude) ค่าบริการสำหรับความเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ ที่ราคาไม่แพงนัก ให้ผู้รับบริการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง (หรือในบางกรณี ผู้ป่วยอาจซื้อประกันสุขภาพอื่นเสริม)

ทั้งนี้ ความเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูงอาจพิจารณาได้ในระดับที่แตกต่างกัน และขึ้นอยู่กับนิยามของคำว่า “catastrophic” ด้วยว่า มองว่าต้องเป็นความรับผิดชอบค่าใช้จ่ายสูงในระดับใดจึงจัดเป็น catastrophic

2.2.1 กลุ่มประเภทที่เป็น catastrophic คือค่าใช้จ่ายสูงมากจนอาจมีผลทำให้ผู้เจ็บป่วย/ครอบครัว ต้องล้มละลาย หรือที่เป็นความเจ็บป่วยที่ต้องใช้บริการตติยภูมิ tertiary care



2.2.2 ความเจ็บป่วยในขอบข่ายที่กว้างกว่า โดยรวมถึงทั้งความเจ็บป่วยที่ต้องรับบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงทั่วไปเช่น ต้องเข้าโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยใน (ไม่ว่าจะเป็นระดับตติยภูมิหรือไม่ก็ตาม) และที่เป็น catastrophic ด้วย (ทั้งนี้ เส้นแบ่งระหว่าง 2 ประเภทนี้ไม่สามารถระบุได้อย่างชัดเจนเด็ดขาด)

3. ปรัชญา/ฐานคิดที่สนับสนุนแต่ละค่านิยม

3.1 ความครอบคลุมกว้างขวางตั้งแต่ความเจ็บป่วยเล็กน้อย

ไม่เป็นที่แน่ชัดว่า การให้ความครอบคลุมประกันสุขภาพที่กว้างขวางมีฐานคิดจากปรัชญาค่านิยม แต่ส่วนหนึ่งน่าจะมาจากการวิวัฒนาการของการจัดระบบประกันสุขภาพ เช่น การสร้างระบบประกันเพื่อช่วยเหลือผู้ยากไร้ ดังเช่นในอังกฤษในช่วงระยะหลังปฏิวัติอุตสาหกรรม หรือจัดเป็นสวัสดิการที่ผูกกับการจ้างงาน เพื่อดึงดูดแรงงานและสร้างความพึงพอใจให้กับลูกจ้าง หรือจากนโยบายรัฐที่มีลักษณะประชานิยม หรือจากความยากทางเทคนิคและทางการเมือง ในการกำหนด cutoff point ที่เหมาะสมว่าส่วนใดควรครอบคลุม ส่วนใดไม่ครอบคลุม

ฉะนั้น หากพิจารณาจากแง่มุมการสร้าง ความพึงพอใจให้ประชาชน (citizen satisfaction) (เป็นหนึ่งในเป้าหมายการปฏิรูประบบสุขภาพตามมุมมองของ Roberts et al)¹ หรือเพิ่มการตอบสนองของระบบต่อความต้องการของผู้ใช้ (system responsiveness)² ระบบประกันสุขภาพแบบครอบคลุมกว้างขวางจะทำได้ดีกว่า

3.2 ความครอบคลุมเฉพาะความเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง

- เห็นว่าการสร้างหลักประกันสุขภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการลดความเสี่ยงของภาระทางการเงินที่เกิดจากความเจ็บป่วยอันอาจนำไปสู่ความเดือดร้อนหากไม่สามารถจ่าย ส่วนความเสี่ยงจากค่าใช้จ่ายสำหรับรักษาความเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ มักไม่ทำให้บุคคล/ครัวเรือนเกิดความเดือดร้อนทางการเงิน จึงไม่มีความจำเป็นที่จะต้องครอบคลุม
- การจัดความครอบคลุมของประกันสุขภาพควรต้องมีการ trade-off ระหว่างประโยชน์ที่ได้จากการลดความเสี่ยงของภาระการเงิน กับความสูญเสียที่เกิดจาก moral hazard การครอบคลุมที่กว้างเกินไปมักเกิดจาก ความกลัวความเสี่ยง (risk aversion) นอกจากนี้ การอุดหนุนประกันสุขภาพโดยภาษี ก็มักเป็นเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการ trade-off ที่ไม่เหมาะสมด้วย³
- บุคคลมีหน้าที่รับผิดชอบต่อสุขภาพและค่าใช้จ่ายสุขภาพของตน บทบาทหน้าที่ของรัฐในการสร้างความมั่นคงทางสังคม ควรมิชอบเขตในการสร้างระบบ safety net ให้กับบุคคลในสถานการณ์ที่ภาระทางการเงินสูงมากเกินระดับความสามารถในการจ่าย (ability to pay) มิใช่เข้าไปตัดสินใจแทนบุคคลในทุกๆเรื่อง (Individual responsibility vs. societal responsibility)



4. รูปแบบที่มีใช้ในระบบประกันสุขภาพ

ระบบประกันสุขภาพที่พบส่วนใหญ่ เป็นระบบที่มีความครอบคลุมแบบกว้างขวาง

ระบบประกันสุขภาพในระดับชาติที่ใช้หลักการขอบเขตการครอบคลุมบริการค่าใช้จ่ายสูง มีระบบของสิงคโปร์เป็นตัวอย่างที่ชัดเจนตัวอย่างหนึ่ง ส่วนระบบ Medicare ของสหรัฐอเมริกาเป็นตัวอย่างในการจัดระบบประกันสุขภาพที่มีการแยกการจ่ายค่ายากับค่าบริการสุขภาพด้านอื่นๆ ออกจากกัน และมีการเสริมด้วยการประกันแบบ catastrophic ในที่นี้จะยกตัวอย่างเพียง 2 ตัวอย่าง

4.1 ระบบประกันสุขภาพของสิงคโปร์

หลักประกันสุขภาพของสิงคโปร์เป็นระบบที่ใช้เงินออมสำหรับบุคคลและครอบครัวเป็นฐานเสริมด้วย safety net สำหรับกรณีค่าใช้จ่ายบุคคลที่สูงเกิน และสำหรับผู้ยากไร้ในสังคม ผ่านระบบกองทุนที่มีวัตถุประสงค์ต่างกันแต่เสริมกัน 4 ระบบคือ Medisave, Medishield, Medifund และ Eldershield

Medisave เป็นบัญชีเงินออมภาคบังคับของบุคคล สามารถใช้จ่ายค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพของบุคคลเจ้าของบัญชีและบุคคลในครอบครัว โดยครอบคลุมบริการโรงพยาบาลและผู้ป่วยนอก เฉพาะ 4 โรคเรื้อรัง Medishield เป็นประกันสุขภาพแบบ catastrophic ที่ผู้เอาประกันต้องจ่ายเบี้ยประกันและส่วนร่วมจ่าย Medifund เป็นกองทุนของรัฐที่จ่ายให้ ในกรณีที่บุคคล/และครอบครัวไม่สามารถจ่ายค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพได้ เป็นการยื่นขอความช่วยเหลือจากรัฐ และพิจารณาเป็นรายๆไป ส่วน Eldershield เป็นระบบประกันที่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายอันเกิดจาก severe disability สำหรับผู้มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป⁴

การออกแบบระบบในลักษณะนี้ มาจากฐานคิดที่ว่าบุคคลและครอบครัวมีหน้าที่ที่จะรับผิดชอบต่อสุขภาพและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของตนเอง รัฐทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเหลือสุดท้าย (last resort) โดยการจัดให้มีระบบ safety net สำหรับกรณีที่บุคคลและครอบครัวไม่สามารถจ่ายได้/เกิดความเดือดร้อนหากต้องจ่ายค่าใช้จ่ายนั้น

นอกจากมาตรการด้านการจัดหลักประกันสุขภาพแล้ว รัฐบาลสิงคโปร์ยังใช้มาตรการด้านอื่นๆ เสริมด้วย เพื่อเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายสุขภาพของบุคคลและครัวเรือน โดย 1) รัฐเป็นผู้จัดบริการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพต่างๆ จำนวนมากให้เป็นบริการฟรี 2) รัฐเปิดโพลีคลินิกในชุมชนเพื่อให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยอุดหนุนค่าใช้จ่ายและเก็บค่าบริการในอัตราที่ต่ำ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการแข่งขันกับบริการของคลินิกเอกชน เป็นการดึงราคาลงมาโดยการแข่งขัน 3) ให้การอุดหนุนบริการโรงพยาบาล⁵

4.2 การจ่ายค่ายาในระบบ Medicare ของสหรัฐอเมริกา

ในระบบหลักของ Medicare ซึ่งเป็นการประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการ ให้ความครอบคลุมบริการที่กว้างขวางแต่ไม่รวมค่ายา โดยจัดเรื่องยาเป็นหมวดภายใต้ Medicare part D โดยจัดทำเป็นระบบประกันเพิ่มเติมสำหรับความครอบคลุมค่ายาตามใบสั่งแพทย์ (Medicare prescription drug coverage) ซึ่งผู้มีสิทธิในระบบ Medicare สามารถได้รับความครอบคลุมค่าใช้จ่ายด้านยาโดย 2 วิธีคือ



- (1) ชื่อประกันเพิ่มเติมจากบริษัทเอกชนซึ่งได้รับการรับรองจาก Medicare ในกรณีนี้ส่วนใหญ่ต้องจ่ายเบี้ยประกันเป็นรายเดือน และการใช้จ่ายแต่ละครั้งมีส่วนร่วมจ่าย
 - (2) ผู้มีสิทธิภายใต้ Medicare เลือก Medicare Advantage Plans (ซึ่งใช้ระบบประกันแบบ HMOs, PPOs ในรูปแบบต่างๆ) หรือเลือก Medicare health plan อื่นๆที่มีการครอบคลุมค่ายาด้วย
- ซึ่งจะใช้แบบใด ขึ้นอยู่กับการเลือกของผู้มีสิทธิ

Medicare มีระบบของ catastrophic coverage ในกรณีที่ผู้มีสิทธิได้จ่ายค่ายาเองภายใต้ระบบ Medicare ไปแล้วเป็นจำนวนเงินในแต่ละปีเกินถึงจำนวนหนึ่งตามที่กำหนด (\$3,850 สำหรับปี 2007) ค่ายาที่เกินจากจำนวนดังกล่าวเกือบทั้งหมดจะได้รับการครอบคลุมโดย Medicare⁶

5. ผลกระทบต่อค่านิยมอื่น ๆ

เนื่องจากบุคคลและครัวเรือนที่มีฐานะร่ำรวยกว่า โดยเฉลี่ยมีค่าใช้จ่ายสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของรายได้สูงกว่า การที่ประกันสุขภาพครอบคลุมเฉพาะกรณีค่าใช้จ่าย “สูง” และให้บุคคลและครัวเรือนจ่ายค่าใช้จ่ายสุขภาพส่วนอื่นๆ การที่เกิดขึ้นจากส่วนที่ไม่ครอบคลุมดังกล่าว ต่อครัวเรือนที่มีฐานะต่างกัน ย่อมไม่เท่ากัน จึงมีผลกระทบต่อค่านิยมในเรื่อง equity

6. สถานการณ์ในประเทศไทยโดยย่อ

ระบบประกันสุขภาพหลัก 3 ระบบที่จัดโดยภาครัฐ ให้ความครอบคลุมแบบกว้างขวาง ตั้งแต่ความเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ ไปจนถึงความเจ็บป่วยที่มีราคาแพง อาจมียกเว้นเฉพาะกรณีค่าบริการบางประเภทเท่านั้น ถึงแม้ว่า ในกรณีระบบ 30 บาท ในระยะแรกยกเว้นค่าใช้จ่ายที่มีราคาแพงบางอย่าง ได้แก่ ยา ARV และ renal dialysis ก็ยังจัดเป็นความครอบคลุมแบบกว้างขวาง การยกเว้นดังกล่าวมิใช่ด้วยเหตุผลการให้ผู้ป่วยรับผิดชอบเองสำหรับค่าบริการที่รับผิดชอบได้ แต่ด้วยเหตุผลว่าค่าบริการเหล่านั้นเป็นภาระค่าใช้จ่ายสูงสำหรับระบบประกัน

ประกันสุขภาพเอกชนในประเทศไทยบางระบบ ให้ประกันครอบคลุมเฉพาะความเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูงบางโรค เช่น มะเร็ง ซึ่งเป็นการให้ประกันเป็นรายโรคเฉพาะตามที่ระบุเท่านั้น ไม่จัดเป็นระบบประกันที่ครอบคลุมความเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูงทั่วไปดังที่กำลังพิจารณา

7. ข้อพิจารณา/เงื่อนไขประกอบการตัดสินใจ

7.1 ความครอบคลุมกว้างขวางตั้งแต่ความเจ็บป่วยเล็กน้อย

- ระบบประกันสุขภาพที่ให้ความครอบคลุมที่กว้างขวาง น่าจะเป็นระบบที่ตอบสนองความต้องการของ/สร้างความพึงพอใจให้ผู้มีสิทธิได้มากกว่า โดยเฉพาะในกรณีที่มีการจ่ายเข้าสู่ระบบของบุคคลและครัวเรือน (ผู้มีสิทธิ) เป็นสัดส่วนที่น้อยมากเทียบกับประโยชน์ที่ได้รับ หรือไม่ใช้การจ่ายทางตรง (เช่นจ่ายเป็นภาษี)



- หากเงื่อนไขอื่นๆเหมือนกันหมด (ceteris paribus) ประกันสุขภาพที่ให้ความครอบคลุมที่กว้างขวางกว่า ย่อมมีค่าใช้จ่ายสูงกว่า นั้นหมายความว่า หากมองจากมุมมองของผู้ให้ประกัน และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในระบบประกันโดยรัฐที่ใช้ภาษีเป็นแหล่งการคลังหลักของระบบประกัน ระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมตั้งแต่บาทแรก ย่อมใช้ทรัพยากรของรัฐมากกว่า และมีงบประมาณเหลือไปใช้ในกิจกรรมอื่นน้อยกว่า การตัดสินใจว่าจะให้มีขอบเขตความครอบคลุมกว้างขวางในระดับใด เป็นการตัดสินใจในเชิงค่านิยม โดยเฉพาะในประเด็นที่ว่า กิจกรรมใดของสังคมอยู่ในขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคคลและครอบครัว กิจกรรมใดควรเป็นของส่วนรวมหรือจัดให้โดยรัฐ (การจัดให้โดยรัฐแตกต่างจากการที่ให้รัฐบริหารจัดการ)
- หากเลือกการให้ความครอบคลุมที่กว้างขวาง ต้องมั่นใจว่ามีทรัพยากรเพียงพอ และบริหารจัดการได้ดี ที่จะให้บริการภายใต้ความครอบคลุมนั้นมีคุณภาพ
- หากเลือกการให้ความครอบคลุมที่กว้างขวาง ต้องมีมาตรการป้องกัน moral hazard ที่ดี เนื่องจากว่าเกิด moral hazard ได้อย่างกว้างขวางเช่นเดียวกัน

7.2 ความครอบคลุมเฉพาะความเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง

- หากจะจัดระบบประกันสุขภาพที่ให้ความครอบคลุมเฉพาะความเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูงโดยรัฐ ควรเปิดโอกาสให้บุคคลเป็นผู้เลือกที่จะซื้อประกันสุขภาพเสริม (consumer/ patient choice)
- ระบบประกันสุขภาพที่ให้ความครอบคลุมเฉพาะความเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง อาจก่อให้เกิดการใช้/การให้บริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงมากยิ่งขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยไม่ต้องจ่ายเอง เช่นเกิดปรากฏการณ์ outpatient-to-inpatient shift ต้องมีระบบป้องกัน
- การกำหนดว่าความเจ็บป่วยใดจัดเป็นความเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง หรือควรครอบคลุมบริการใด ต้องพิจารณาว่าจะใช้เกณฑ์อะไร กระบวนการแบบใด หรือผู้ใดในการกำหนดประเภทของโรคและบริการ หรือระดับของโรคและบริการ หรือระดับของสถานพยาบาลที่ครอบคลุม ต้องมีความชัดเจนและโปร่งใส
- ถ้าหาก
 - (1) เห็นว่าทรัพยากรย่อมมีจำกัดเสมอ (ในขณะที่ความต้องการมีไม่จำกัด) การใช้จ่ายในกิจกรรมด้านหนึ่ง ย่อมหมายถึงทรัพยากรที่จะใช้จ่ายในกิจกรรมด้านอื่นลดลง และจำเป็นต้องเลือกหรือจำกัดขอบเขตความครอบคลุมในระบบประกันสุขภาพ
 - และ
 - (2) เห็นว่า แทนที่จะถามว่าควรเลือกความครอบคลุมแบบกว้างขวางตั้งแต่บาทแรก (low-cost end) หรือความครอบคลุมแบบค่าใช้จ่ายสูง (high-cost end) อาจ



เปลี่ยนมาถามว่า ควรจะครอบคลุมค่าใช้จ่ายสำหรับบริการอะไรบ้าง ไม่จำกัดว่า
ต้องเลือกที่แต่ละตัวของค่าใช้จ่าย

ก็อาจพิจารณา

- Basic essential package
- Oregon model

ซึ่งต้องมีหลักเกณฑ์และกระบวนการที่ชัดเจนและโปร่งใสเช่นเดียวกัน

- เนื่องจากค่าใช้จ่ายสุขภาพในจำนวนที่เท่ากัน เป็นภาระกับคนจนมากกว่าคนรวย
ดังที่กล่าวแล้วข้างต้น การประกันสุขภาพที่ให้ความครอบคลุมเฉพาะความเจ็บป่วย
ที่มีค่าใช้จ่ายสูง น่าจะเหมาะสมสำหรับสังคมที่ประชากรมีช่วงต่างของฐานะทาง
เศรษฐกิจแคบ (มีความสามารถจ่ายใกล้เคียงกัน) มากกว่าสังคมที่มีช่วงต่างดังกล่าว
กว้างกว่า
- การประกันสุขภาพที่ให้ความครอบคลุมเฉพาะความเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง น่าจะ
เหมาะสมสำหรับสังคมที่ประชากร มีความรู้ความเข้าใจเรื่องการดูแลสุขภาพ และ
เรื่องความรุนแรงของโรคดีกว่า ซึ่งจะช่วยให้ไม่รอจนโรครุนแรงแล้วจึงแสวงหาการ
รักษา

8. เอกสารอ้างอิง

- ¹ Roberts MJ, Hsiao W, Berman P, and Reich MR. (2004) Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity. NY: Oxford University Press.
- ² Murray CJL and Evans DB (eds) Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods, and Empiricism. Geneva: World Health Organization. 2003.
- ³ อ้างใน Willard G. Manning a, M. Susan Marquis. "Health insurance: the tradeoff between risk pooling and moral hazard," Journal of Health Economics 15 (1996) 609-639.
- ⁴ Ministry of Health, Singapore Health Care System. from
<<http://www.moh.gov.sg/mohcorp/hcssystem.aspx?id=102>> accessed Jan 2008.
- ⁵ เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์. (พ.ศ. 2544) ระบบหลักประกันสุขภาพ: ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ⁶ Centers for Medicare & Medicaid Services, "Bridging the Coverage Gap" (revision date: 3/1/2007) from
<<http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11213.pdf>>, accessed Jan 2008.



ค่านิยมของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

Values

สิทธิประโยชน์ภาคบังคับที่เท่าเทียม (Compulsory Equitable Benefit) หรือ สิทธิประโยชน์ที่ให้ทางเลือกผู้บริโภคและเก็บส่วนร่วมจ่าย (Consumer Choice with Cost Sharing)

เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์

ประเด็นที่น่าสนใจ

- สิทธิประโยชน์ที่มีความแตกต่างกัน จะแสดงถึง “ความไม่เท่าเทียม” ในสังคม หรือจัดให้ชุดสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานเหมือนกันแล้วเปิดโอกาสให้ผู้ใช้บริการสามารถเลือกสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมได้ และผู้ให้บริการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม (ถ้ามี) ย่อมถือว่ามีความเท่าเทียมกันได้เช่นกัน
- การให้เลือกอาจ (1) มีบริการสุขภาพแบบบังคับแบบเดียว ไม่มีแบบอื่นให้เลือกทั้งประเทศ (2) มีชุดสิทธิประโยชน์ภาคบังคับแบบเดียวไม่มีให้เลือก แต่สามารถซื้อบริการได้จากนอกกรอบประกันสุขภาพ (3) มีชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานภาคบังคับ แต่เปิดให้มีทางเลือกเพิ่มเติมได้ เป็นแบบต่อยอด
- ปรัชญาสำนักต่าง ๆ ตีความค่านิยม “ความเท่าเทียม” แตกต่างกัน จึงควรระบุให้ชัดเจนว่า ความเท่าเทียมที่ต้องการ เป็นความเท่าเทียมของอะไร ในรูปแบบใด
- กลุ่ม Egalitarian เชื่อว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของทุกคน เป็นสิทธิมนุษยชน ไม่ควรถูกกำหนดด้วยสถานะทางเศรษฐกิจ หากเปิดให้ผู้ป่วยเลือกสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมและจ่ายเองได้ อาจมีผลกระทบให้มีความไม่เท่าเทียมกัน
- “ทางเลือก” (choice) เป็นสาระสำคัญของปรัชญาสำนักอรรถประโยชน์นิยม ซึ่งให้ความสำคัญต่อผลประโยชน์โดยรวมของสังคม โดยไม่ให้ความสนใจมากนักกับความเท่าเทียมระหว่างสมาชิกในสังคม
- สำนัก Libertarian เห็นว่า บุคคลมีสิทธิที่จะใช้ทรัพย์สินของตนในการให้ได้มาซึ่งบริการสุขภาพที่มากกว่าหรือดีกว่า อย่างน้อยก็ในส่วนชายขอบ (at the margin) นั่นคือ ตามความต้องการที่จะจ่าย (willingness to pay) และความสามารถในการจ่าย (ability to pay)
- การมีสิทธิประโยชน์แบบเดียวน่าจะนำไปสู่คุณภาพบริการในระดับเดียวกัน โดยไม่มีเหตุปัจจัยเรื่องการจ่ายค่าบริการมาเกี่ยวข้อง (อาจมีเหตุปัจจัยอย่างอื่น) หากมีสิทธิประโยชน์หลายแบบ อาจมีความกังวลในเรื่องคุณภาพ ฉะนั้นควรคำนึงว่าสิทธิประโยชน์ที่เพิ่มเติมดังกล่าว จะไม่มีผลต่อคุณภาพทางการแพทย์หรือคุณภาพทางคลินิก แต่เป็นการเพิ่มความสะดวกต่าง ๆ
- ระบบที่มีทางเลือกย่อมมีโอกาสนำไปสู่ระดับความพึงพอใจโดยรวมที่มากกว่าการมีระบบที่มีสิทธิประโยชน์ภาคบังคับแบบเดียว ในขณะที่การเปิดทางเลือกพร้อมกับการให้มีส่วนร่วมจ่ายน่าจะส่งผลดีต่อความยั่งยืนของระบบมากขึ้น



1. ความสำคัญของประเด็น

คำถามเชิงนโยบายประเด็นหนึ่งของการออกแบบสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบประกันสุขภาพโดยรัฐ คือ สิทธิประโยชน์ที่จัดให้ครอบคลุมภายใต้ระบบประกันสุขภาพ ควรเป็นสิทธิประโยชน์ชุดเดียวที่เหมือนกันสำหรับผู้มีสิทธิทุกคน เป็นสิทธิประโยชน์ภาคบังคับ หรือเปิดให้สามารถมีสิทธิประโยชน์แตกต่างกันได้มากกว่า 1 แบบ

แง่คิดต่อประเด็นนี้ ในด้านหนึ่งเป็นแง่คิดที่ว่า สิทธิประโยชน์ที่มีความแตกต่างกัน จะแสดงถึง “ความไม่เท่าเทียม” ในสังคม จึงต้องจัดให้มีสิทธิประโยชน์แบบเดียวสำหรับทุกคน ส่วนแง่คิดอีกด้านหนึ่งเห็นว่า หากจัดให้ชุดสิทธิประโยชน์ขึ้นพื้นฐานเหมือนกันแล้ว ควรเปิดโอกาสให้ผู้ให้บริการสามารถเลือกสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมได้ และการที่ผู้ให้บริการรับผิดชอบค่าใช้จ่าย (ถ้ามี) ของสิทธิประโยชน์ที่เพิ่มเติมดังกล่าว ย่อมมีความเท่าเทียมกัน

นอกจากนี้ ยังมีประเด็นอื่นที่เกี่ยวข้องเช่น หากมีชุดสิทธิประโยชน์ภาคบังคับแบบเดียว และผู้ให้บริการส่วนหนึ่งไม่ให้บริการภายใต้ระบบประกันสุขภาพนั้น (opt out) รัฐจะมีนโยบายต่อปรากฏการณ์นี้หรือไม่ อย่างไร และหากมีชุดสิทธิประโยชน์มากกว่า 1 แบบ จะมีแบบใด จึงไม่ส่งผลกระทบด้านลบต่อคุณภาพของระบบสุขภาพ เป็นต้น

2. ความหมายเชิงปฏิบัติการ

2.1 ขอบเขตของการเลือก

การให้เลือกหรือไม่ให้เลือก “บริการสุขภาพ” สามารถแจกแจงได้หลายระดับ

- (1) มีบริการสุขภาพแบบบังคับแบบเดียว ไม่มีแบบอื่นให้เลือกทั้งประเทศ ในทางปฏิบัติหาตัวอย่างแบบนี้ได้ยาก ตัวอย่างที่น่าจะเทียบเคียงได้มีกรณีบังคลาเทศ หลังการรัฐประหารของนายพล Ershad ในปีค.ศ. 1982 มีการจัดทำบัญชียาจำเป็นขึ้น และให้ถอนทะเบียนยาที่อยู่นอกรายการยาจำเป็นออก จึงสามารถหาซื้อได้เพียงยา 250 รายการตามบัญชียาเท่านั้น¹
- (2) ระบบประกันสุขภาพมีชุดสิทธิประโยชน์ภาคบังคับแบบเดียว ไม่มีให้เลือก แต่หากจะใช้บริการสุขภาพอื่น สามารถซื้อได้จากนอกระบบประกันสุขภาพดังกล่าว ตัวอย่างเช่นระบบ 30 บาทของไทย
- (3) ระบบประกันสุขภาพมีชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานภาคบังคับ แต่เปิดให้มีทางเลือกเพิ่มเติมได้ เป็นแบบต่อยอด ในประเภทนี้ การมีระบบสิทธิประโยชน์ภาคบังคับที่เหมือนกัน กับการมีระบบสิทธิประโยชน์ที่ให้ทางเลือกและเก็บส่วนร่วมจ่าย ไม่ใช่ข้อขัดแย้งที่คงอยู่ร่วมกันไม่ได้ (mutually exclusive) ตัวอย่างของระบบประกันสุขภาพที่ออกแบบสิทธิประโยชน์มากกว่า 1 ระดับแบบนี้พบในระบบประกันสุขภาพส่วนใหญ่ ดังตัวอย่างในหัวข้อ 4.2 ข้างล่าง

¹ Reich (1995)



สำหรับบริบทของประเทศไทย การพิจารณาข้อโต้แย้งสำหรับแบบ (2) และ (3) น่าจะมีประโยชน์ ส่วนข้อโต้แย้งสำหรับแบบ (1) ไม่น่าจะมีประโยชน์ เพราะไม่ได้เป็นทางเลือกเท่าที่เห็นในปัจจุบัน

2.2 สิทธิประโยชน์ภาคบังคับที่เท่าเทียม

ในที่นี้หมายความว่า กำหนดให้มีสิทธิประโยชน์แบบเดียว ที่ผู้มีสิทธิทุกคนใช้เหมือนกันหมด ไม่มีทางเลือกชนิดและประเภทของสิทธิประโยชน์ที่แตกต่างกันภายใต้ระบบประกันสุขภาพ

สำหรับเอกสารนี้ใช้คำว่า “ความเท่าเทียม” ในความหมายอย่างกว้างๆ โดยจะไม่แจกแจงรายละเอียดที่แตกต่างกันของหลักคิดว่าด้วย equity, equality, social justice, etc. ที่ใช้ในศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้

2.3 สิทธิประโยชน์ที่ให้ทางเลือกผู้บริโภคและเก็บส่วนร่วมจ่าย

ในที่นี้หมายความว่า กำหนดให้มีสิทธิประโยชน์ที่หลากหลายมากกว่า 1 แบบหรือ 1 ระดับ เปิดให้ผู้มีสิทธิสามารถเลือกได้ว่าจะใช้สิทธิประโยชน์แบบพื้นฐานหรือแบบอื่นใดภายใต้ระบบประกันสุขภาพ โดยที่หากเลือกสิทธิประโยชน์เพิ่มเติม ผู้ใช้บริการจะต้องจ่ายค่าบริการส่วนต่างนั้นเอง

กรณีที่ผู้ป่วยเลือกที่จะใช้บริการอื่นๆที่ไม่ได้ครอบคลุมภายใต้ระบบประกันสุขภาพโดยรัฐ และรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง (opt out) ไม่จัดอยู่ในประเภทนี้

คำว่า “ส่วนร่วมจ่าย” (cost sharing) ในที่นี้ใช้ในความหมายแคบ หมายถึงเฉพาะส่วนที่ผู้ให้บริการต้องจ่าย สำหรับบริการสุขภาพในส่วนของสิทธิประโยชน์ที่เพิ่มเติม ซึ่งเลือกได้เท่านั้น ไม่รวมถึงส่วนร่วมจ่ายในกรณีที่ต้องจ่ายภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐาน ทั้งนี้ ส่วนร่วมจ่ายสำหรับสิทธิประโยชน์พื้นฐานกับสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมอาจมีลักษณะเป็น deductible, copayment, หรือ coinsurance ทำนองเดียวกันก็ได้

3. ปรัชญาและฐานคิดที่สนับสนุนแต่ละค่านิยม

3.1 ความเท่าเทียม

ก่อนที่จะกล่าวถึงฐานคิดของแต่ละค่านิยมในคู่ประเด็นนี้ ควรพิจารณามุมมองต่อ “ความเท่าเทียม” ก่อน

ปรัชญาสำนักต่างๆตีความค่านิยม “ความเท่าเทียม” แตกต่างกันจาก ดังที่ Amartya Sen ชี้ว่า แต่ละสำนักคิดมองความเท่าเทียมด้วยตัวแปรที่ถือเป็นฐานคิดหลักของสำนักตน กลุ่ม income egalitarian ให้ความสำคัญต่อความเท่าเทียมในการกระจายรายได้ กลุ่มนักประชาธิปไตย (democrat) ให้ความสำคัญต่อความเท่าเทียมในสิทธิทางการเมือง กลุ่ม property-right conservative ให้ความสำคัญต่อความเท่าเทียมในสิทธิเหนือทรัพย์สินของตน ฉะนั้นหากกล่าวว่าการให้มีความเท่าเทียม จึงควรระบุให้ชัดเจนว่า ความเท่าเทียมที่ต้องการ เป็นความเท่าเทียมของอะไร ในรูปแบบใด²

² Sen (2004), p 22.



3.2 สิทธิประโยชน์ภาคบังคับที่เท่าเทียม

แนวคิดเรื่องความเท่าเทียมทางด้านสุขภาพ มีรากฐานมาจากแนวคิดเรื่องสิทธิ ปรัชญาสำนัก liberalism เน้นเรื่องสิทธิของบุคคล โดยมองว่านโยบายที่ดี คือ นโยบายที่ปกป้องสิทธิของบุคคล ส่งเสริมให้บุคคลมีสิทธิเท่าเทียมกัน

ภายใต้กรอบคิดเกี่ยวกับสิทธินี้ มีมุมมองเกี่ยวกับเรื่องสิทธิแยกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ กลุ่ม libertarian กับกลุ่ม egalitarian liberal ค่านิยมที่เชื่อว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นสิทธิ เป็นมุมมองของ egalitarian liberal ซึ่งจะกล่าวถึงในหัวข้อนี้ ส่วนกลุ่ม libertarian จะกล่าวถึงในหัวข้อต่อไป (3.3)

กลุ่ม egalitarian liberal หรือมักเรียกสั้นๆว่ากลุ่ม egalitarian เห็นว่าบุคคลทุกคนในสังคมควรได้รับโอกาสพื้นฐานที่เท่าเทียมกัน สังคมจึงควรปกป้องคุ้มครองสิทธิที่จะมีโอกาสเท่าเทียมกัน แนวคิดนี้ให้ความสำคัญกับการยกสถานะทางเศรษฐกิจและสถานะทางสุขภาพของกลุ่มผู้ด้อยโอกาสในสังคม (เพื่อให้เกิดความเท่าเทียม) Egalitarian เชื่อว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของทุกคน เป็นสิทธิมนุษยชน ไม่ควรถูกกำหนดด้วยสถานะทางเศรษฐกิจ³

นอกจากแง่มุมความเท่าเทียมในเรื่องสิทธิแล้ว ผู้สนับสนุนแนวคิดนี้ยังเห็นว่า หากมีการเปิดให้ผู้ป่วยเลือกสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมและจ่ายเองได้ อาจมีผลกระทบให้มีความไม่เท่าเทียมกันในคุณภาพบริการสุขภาพที่ผู้มีสิทธิแต่ละคนได้รับ ตามกำลังการจ่ายค่าบริการอีกด้วย

3.3 สิทธิประโยชน์ที่ให้ทางเลือกผู้บริโภคและเก็บส่วนร่วมจ่าย

แนวคิดเรื่อง “ทางเลือก” (choice) เป็นสาระสำคัญของปรัชญาสำนักอรรถประโยชน์ที่เน้นความต้องการของบุคคล (subjective utilitarianism)

สำนักอรรถประโยชน์นิยม (utilitarianism) ให้ความสำคัญต่อผลประโยชน์โดยรวมของสังคม โดยไม่ให้ความสนใจมากนักกับความเท่าเทียมระหว่างสมาชิกในสังคม ภายใต้กรอบคิดของสำนักนี้ ทางกลุ่ม objective utilitarian เน้นการเพิ่มอรรถประโยชน์รวม เช่น สถานะสุขภาพรวมของประชากร ด้วยการจัดสรรทรัพยากรที่สมเหตุสมผล (rational resource allocation) ใช้มาตรการนโยบายซึ่งคุ้มค่า (cost-effective) โดยมีผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้กำหนดแทนบุคคลกลุ่มอื่นๆในสังคม เพราะถือว่าผู้เชี่ยวชาญสามารถตัดสินใจเลือกได้ดีกว่าปัจเจกบุคคลทั่วไป ในขณะที่ subjective utilitarian เห็นว่าความพึงพอใจของบุคคลถือเป็นประโยชน์หลัก ปัจเจกบุคคลแต่ละคนย่อมสามารถตัดสินใจได้ หากเปิดโอกาสให้ปัจเจกบุคคลตัดสินใจเลือกในสิ่งที่เห็นว่าเป็นอรรถประโยชน์สูงสุด เมื่อรวมกันแล้วสังคมย่อมได้รับอรรถประโยชน์สูงสุด การให้ปัจเจกบุคคลมีทางเลือก จึงวางอยู่บนฐานคิดนี้⁴

ส่วนความรับผิดชอบต่อค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการเลือก มาจากฐานคิดของปรัชญา libertarian ซึ่งเป็นสำนักที่เน้นเรื่องสิทธิดังที่กล่าวข้างต้น Libertarian มองเรื่องสิทธิในขอบเขตที่แคบกว่า egalitarian โดย libertarian เชื่อว่าสิทธิพื้นฐานเป็นสิทธิตามกำเนิด อาทิ ร่างกาย ทรัพย์สิน และเรื่องส่วนบุคคล สังคมควรปกป้องคุ้มครองสิทธิตามกำเนิดเหล่านี้ ส่วนสิทธิอื่นๆที่มีใช้สิทธิตามกำเนิด ปัจเจก

³ Roberts, et al p 42, 124

⁴ Roberts, et al p 41-48



บุคคลควรดูแลตนเอง Libertarian เห็นว่า บุคคลมีสิทธิที่จะใช้ทรัพย์สินของตนในการให้ได้มาซึ่งบริการสุขภาพที่มากกว่าหรือดีกว่า อย่างน้อยก็ในส่วนที่เป็นส่วนต่าง (at the margin) นั่นคือ ตามความต้องการที่จะจ่าย (willingness to pay) และความสามารถในการจ่าย (ability to pay)⁵ ฉะนั้น ในกรณีนี้ที่เลือกใช้สิทธิประโยชน์ประกันสุขภาพเกินจากสิทธิพื้นฐาน บัณฑิตบุคคลควรรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง

นอกจากนี้ การเปิดให้จ่ายเพิ่มเติม เป็นการจัดหาทรัพยากรเพิ่มเติมเข้าสู่ระบบสุขภาพสำหรับการบริการภายใต้ระบบประกัน ซึ่งสามารถกำหนดหลักเกณฑ์ในการให้บริการตามที่กำหนดได้ เช่น เงื่อนไขเรื่องความเท่าเทียมของคุณภาพการรักษา แทนการปล่อยให้ผู้ป่วยใช้บริการนอกระบบประกันเอง

4. รูปแบบที่มีใช้ในระบบประกันสุขภาพ

4.1 สิทธิประโยชน์ภาคบังคับที่เท่าเทียม

ตัวอย่างเช่นระบบ 30 บาทของไทย

4.2 สิทธิประโยชน์ที่ให้ทางเลือกผู้บริโภคและเก็บส่วนร่วมจ่าย

ในที่นี้นำเสนอตัวอย่างของทางเลือกในสิทธิประโยชน์ 3 ด้าน จาก 3 ประเทศ โดยที่สิทธิประโยชน์ทั้ง 3 ด้านในตัวอย่างต่อไปนี้ เป็นสิทธิประโยชน์ส่วนเพิ่ม หรือส่วนต่อยอด จากสิทธิประโยชน์พื้นฐานที่มีเท่ากันสำหรับผู้มีสิทธิทุกคนในระบบดังกล่าวอยู่แล้ว สิทธิประโยชน์ในทั้ง 3 ตัวอย่างนี้เป็นสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบประกันสุขภาพหลัก

4.2.1 ออสเตรเลีย: ทางเลือกชนิดของยาผู้ป่วยนอก

ชุดสิทธิประโยชน์ด้านยา (Pharmaceutical Benefit Scheme, PBS) ของประเทศออสเตรเลีย กำหนดรายการยาที่จะเบิกจ่ายตามชื่อสามัญทางยา (generic name) โดยกำหนดราคายาที่จะเบิกจ่ายจากระบบประกันสุขภาพ (reimbursement) สำหรับยาแต่ละรายการตาม generic name นั้นด้วย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีสิทธิเลือกชื้อยาจากผู้ผลิตได้หลายราย หากผู้ป่วยเลือกยาตามชื่อการค้าจากผู้ผลิตใดที่มีราคาสูงกว่าอัตราราคายาที่ PBS เบิกจ่าย PBS ก็จะจ่ายเพียงอัตราที่กำหนด และผู้ป่วยรับผิดชอบจ่ายส่วนที่สูงกว่าอัตราเบิกจ่ายเอง

นอกจากการกำหนดราคาที่เบิกจ่ายสำหรับยาแต่ละ generic name แล้ว PBS ยังใช้ระบบ reference price ในการกำหนดราคาเบิกจ่ายตาม pharmacological group และ therapeutic group สำหรับยาบางกลุ่มด้วย หมายความว่า ในกรณีที่มียาในกลุ่มเดียวกันหลายตัว ซึ่งมีผลการรักษาที่เทียบเคียงได้เท่ากัน จะเบิกจ่ายให้เท่ากับยารายการ (ตาม generic name) ที่ต่ำสุดเท่านั้น หากผู้ป่วยใช้ยาตัวอื่น (ต่าง generic name) ในกลุ่มนั้นซึ่งมีราคาสูงกว่า ให้จ่ายส่วนต่างเอง

⁵ Wagstaff, et al p 10 and Roberts, et al p 49



4.2.2 สิงคโปร์: ทางเลือกประเภทห้องสำหรับผู้ป่วยใน

ผู้ป่วยที่ต้องรับบริการผู้ป่วยในภายใต้ระบบประกันสุขภาพของสิงคโปร์ สามารถเลือกประเภทของห้องผู้ป่วยแบบต่างๆในโรงพยาบาล โดยแบ่งออกเป็นระดับต่างๆ คือ A, B1, B2, และ C ตามสิ่งแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกของบริการในระดับที่แตกต่างกัน โดยระดับ A เป็นระดับพิเศษซึ่งมีราคาสูงสุด แล้วลดหลั่นกันลงมา ระบบประกันสุขภาพกำหนดอัตราค่าบริการของแต่ละระดับแตกต่างกันอย่างชัดเจน ผู้ป่วยที่เลือกใช้บริการห้องในระดับที่สูงกว่าอัตราที่เบิกจ่ายภายใต้ระบบประกันต้องจ่ายส่วนเพิ่มเอง

4.2.3 ไต้หวัน: ทางเลือกการใช้บริการในระดับต่างๆ

ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติของไต้หวัน ส่งเสริมให้เกิดระบบการส่งต่อโดยใช้วิธีกำหนดส่วนร่วมจ่ายที่แตกต่างกันในแต่ละระดับ แทนการใช้วิธีบังคับว่าต้องไปใช้บริการระดับใดก่อนดังเช่นระบบประกันสุขภาพส่วนใหญ่ในยุโรป

ผู้ป่วยสามารถเลือกที่จะไปใช้บริการในระดับใดก่อนก็ได้ หากผู้ป่วยเลือกไปใช้บริการระดับสูงกว่าเอง โดยไม่ได้รับการส่งต่อ ผู้ป่วยจะต้องจ่ายส่วนร่วมจ่ายที่สูงกว่าการไปใช้บริการในระดับที่ต่ำกว่า แต่ถ้าหากว่าผู้ป่วยไปใช้บริการระดับสูงกว่าจากการส่งต่อของแพทย์ในระดับล่าง ส่วนร่วมจ่ายก็จะเก็บในอัตราที่ลดลง ดังในตารางข้างล่าง

ตารางที่ 1 อัตราส่วนร่วมจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยนอกในระดับต่างๆ โดยมีการส่งต่อและไม่มีการส่งต่อ (NT\$)

ระดับหน่วยบริการ	บริการผู้ป่วยนอก	
	ไม่ส่งต่อ	ส่งต่อ
1. ศูนย์การแพทย์ (Medical Center)	360	210
2. โรงพยาบาลภาค (Regional hospitals)	240	140
3. โรงพยาบาลอำเภอ (District hospitals)	80	50
4. คลินิก (Primary Care Clinics)	50	50

5. ผลกระทบต่อค่านิยมอื่นๆ

5.1 คุณภาพ

หนึ่งในเป้าหมายของระบบสุขภาพ ซึ่งเป็นเป้าหมายของระบบประกันสุขภาพด้วย คือการจัดให้มีบริการที่มีคุณภาพ

การมีสิทธิประโยชน์แบบเดียว ก็น่าจะนำไปสู่คุณภาพบริการในระดับเดียวกัน โดยไม่มีเหตุปัจจัยเรื่องการจ่ายค่าบริการมาเกี่ยวข้อง (อาจมีเหตุปัจจัยอย่างอื่น)



หากมีสิทธิประโยชน์หลายแบบ อาจมีความกังวลในเรื่องคุณภาพ ฉะนั้น การกำหนดสิทธิประโยชน์ที่เพิ่มเติม ควรคำนึงว่าสิทธิประโยชน์ที่เพิ่มดังกล่าว ไม่มีผลต่อคุณภาพทางการแพทย์ หรือคุณภาพทางคลินิก (clinical quality) แต่เป็นการเพิ่มความสะดวกต่าง ๆ

5.2 ความพึงพอใจ

ความพึงพอใจจัดเป็นเป้าหมายหนึ่งของระบบสุขภาพ

การมีสิทธิประโยชน์แบบเดียว โดยไม่มีทางเลือกใดๆ ย่อมสร้างความพึงพอใจน้อยกว่าการมีทางเลือก ดังจะเห็นได้จากการที่มีผู้มีสิทธิจำนวนมากเลือกที่จะไม่ใช้บริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพบางระบบ (opt out)

5.3 ความยั่งยืน

การออกแบบชุดสิทธิประโยชน์ที่เปิดโอกาสให้ผู้ให้บริการร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม ย่อมช่วยให้นำทรัพยากรเพิ่มเติมเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ (ไม่ว่าจะส่วนที่เป็นผู้บริหารระบบหรือผู้ให้บริการก็ตาม เพราะหากส่วนอื่นไม่เพียงพอ ทรัพยากรส่วนนี้จะไหลเข้าสู่ส่วนของการจัดบริการ)

6. สถานการณ์ในประเทศไทยโดยย่อ

ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการกำหนดรายการที่เบิกได้และอัตราที่เบิกได้ เช่น ค่าห้องรายการยาในบัญชียาหลัก หากใช้บริการในรายการใดนอกเหนือจากที่กำหนดหรือเกินอัตราที่กำหนด ผู้ใช้บริการเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง

ระบบ 30 บาทกำหนดว่าผู้ให้บริการเก็บเงินเพิ่มไม่ได้ แต่ยังพบความแตกต่างในทางปฏิบัติอยู่ เช่นผู้ให้บริการบางรายเก็บค่ายาเพิ่มกรณีเลือกจ่ายบางรายการหรือยาต้นแบบ

7. ข้อโต้แย้ง (arguments) ประกอบการตัดสินใจ

7.1 ความเท่าเทียมในแง่สิทธิประโยชน์และการใช้บริการสุขภาพที่เหมือนกัน

ในมุมมองที่เห็นว่ามีการจัดสิทธิประโยชน์หรือบริการสุขภาพแบบเดียวเหมือนกันหมดเท่านั้น จึงถือเป็นความเท่าเทียม (เช่น Marxist) หรือหากเปิดให้มีความแตกต่างจะส่งผลต่อ”ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์” ในแง่นี้ ความเท่าเทียมอยู่ที่การมีชุดสิทธิประโยชน์ที่เหมือนกันหรือได้รับบริการสุขภาพที่เหมือนกัน (ไม่ใช่ที่สถานะสุขภาพหรือความพึงพอใจ)

ในสังคมที่ทุกคนมีฐานะในระดับเดียวกัน การจัดสิทธิประโยชน์หรือบริการแบบเดียวเหมือนกันหมดคงถือได้ว่าเป็นเรื่องปกติ แต่ในสังคมที่บุคคลมีฐานะแตกต่างกัน จะมีคำถามในแง่การจัดสรรทรัพยากร / ทรัพยากรของบุคคลในกิจกรรมต่างๆตามมา ดังตัวอย่างต่อไปนี้

สมมติว่านายดำกับนายแดงมีสถานะทางสุขภาพเหมือนกัน และทั้งสองเป็นโรคเดียวกันโรคหนึ่ง นายดำร่ำรวยมากและสามารถรักษาโรคดังกล่าวให้หายได้ด้วยวิธีการรักษาที่แพงมาก ส่วนนายแดงฐานะยากจน ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาแบบเดียวกันได้ จึงยังคงเป็นโรคนี้อยู่



หากทรัพยากรที่ใช้ในการรักษานายดำสามารถนำมาแบ่งใช้รักษานายแดงด้วย ก็น่าจะมีโอกาสช่วยบรรเทาอาการของโรคของทั้งสองคนได้ หรือหากแบ่งไม่ได้ ก็น่าจะมีวิธีการตัดสินใจว่าใครควรได้รับการรักษาด้วยวิธีที่ได้ผลแต่แพงนั้น โดยที่ทั้งสองคนมีโอกาสเท่าๆ กันในการรับเลือก เช่น จับฉลากเพื่อให้มี "ความเท่าเทียม"

แต่ถ้ามีนโยบายรัฐที่ต้องการสร้างความเท่าเทียมให้เกิดขึ้นโดยการห้ามไม่ให้รายจ่ายค่าบริการการรักษาโรคที่มีราคาแพงเกินกว่าที่นายแดงจะสามารถจ่ายได้ นายแดงจะไม่ได้รับผลกระทบจากนโยบายนี้ เพราะถึงอย่างไรก็ไม่สามารถจ่ายเงินค่าบริการการรักษานั้นอยู่แล้ว ส่วนนายดำก็ต้องรับความทุกข์จากโรคดังกล่าวต่อไป เพราะนโยบายไม่ให้ซื้อ และหากนายดำซึ่งมิได้ใช้เงินไปในการจ่ายค่ารักษาโรคนี้ ใช้เงินก้อนเดียวกันนี้ไปซื้อเรือยอร์ชแทน ก็จะได้ไม่ทำให้ความเจ็บป่วยนั้นหายไป

ผลที่ได้จากนโยบายในกรณีดังกล่าวมีหลายประการ : (1) นับได้ว่าสามารถลดความไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพลง (2) แต่ความเท่าเทียมทางสุขภาพก็มิได้เพิ่มขึ้น (3) ในขณะเดียวกัน สถานการณ์สุขภาพโดยรวมก็มิได้ดีขึ้น และ (4) ไม่ได้สร้างความเป็นธรรมให้เกิดขึ้น (เป็นการเปลี่ยนแปลงที่แย่งลงตามหลักของ Pareto)⁶

ฉะนั้น ประเด็นความเท่าเทียมทางสุขภาพไม่ควรมองเพียงในขอบเขตของระบบสุขภาพเท่านั้น แต่ควรคำนึงถึงประเด็นที่กว้างขึ้น เช่น การจัดสรรทรัพยากรในสังคมด้วย

7.2 คุณภาพและความเท่าเทียม

ความกังวลสำคัญที่เกี่ยวกับการจัดสิทธิประโยชน์ที่ให้ทางเลือกผู้บริโภคและเก็บส่วนร่วมจ่าย คือ หากมีระบบทางเลือกดังกล่าว อาจเกิดผลกระทบด้านลบต่อคุณภาพของบริการสุขภาพ เนื่องจากการจ่ายเงินที่มีความแตกต่างกัน เช่น การที่เมื่อผู้ที่มีความสามารถในการจ่าย (able to pay) และเลือกที่จะจ่ายเพิ่ม (willing to pay) จะส่งผลให้ผู้ให้บริการจัดสรรทรัพยากร เช่น แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เครื่องมือราคาแพง ไปให้การดูแลรักษากลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้ จนเป็นเหตุให้มีทรัพยากรไม่เพียงพอสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สิทธิประโยชน์พื้นฐาน จนทำให้ได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพด้อยกว่า หรืออาจให้การรักษาด้วยหัตถการหรือจ่ายยาที่เป็นตัวเลือกรองลงมา เนื่องจากมีราคาถูกลงกว่า

ฉะนั้น สิ่งสำคัญที่ควรคำนึงถึงคือ ในการจัดให้สิทธิประโยชน์ทางเลือก ควรจะมีเงื่อนไขว่า ผลของการเลือกนั้น จะต้องไม่มีผลต่อคุณภาพของการรักษาหรือคุณภาพทางคลินิก (clinical quality) แต่อาจมีความต่างของคุณภาพของบริการ (service quality) และความพึงพอใจของผู้ป่วย (patient satisfaction) ได้

7.3 ความเท่าเทียม ความพึงพอใจ และการนำทรัพยากรเพิ่มเติมเข้าสู่ระบบ

หากจุดเน้นของความเท่าเทียมหรือตัวแปรในการวัดความเท่าเทียมอยู่ที่สุขภาวะหรือคุณภาพของการดูแลสุขภาพทางด้านคลินิก ระบบที่ออกแบบโดยให้การเลือกในส่วนของสิทธิประโยชน์ไม่มีผลต่อ

⁶ ดัดแปลงจาก Sen (2004)



คุณภาพทางคลินิก แตกต่างกันเพียงในแง่สิ่งแวดล้อมของบริการ จะจัดได้ว่ามีความเท่าเทียม และสามารถสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ใช้บริการได้เพิ่มขึ้น ทำให้มีอัตราประโยชน์สูงขึ้น

นอกจากนี้ การที่ผู้ใช้บริการจ่ายส่วนเพิ่ม ยังเป็นการนำทรัพยากรเข้าสู่ส่วนของการจัดบริการ ภายใต้ระบบประกันสุขภาพด้วย และเป็นการใช้ตามเงื่อนไขและกลไกภายในระบบประกันสุขภาพ ซึ่งอยู่ภายใต้กรอบนโยบายที่สามารถกำหนดและติดตามตรวจสอบได้ง่ายกว่า ทั้งสามารถปรับปรุงเพื่อตอบสนองเป้าหมายของนโยบายได้ง่ายกว่า

8. เอกสารอ้างอิง

- Roberts MJ, Hsiao W, Berman P, and Reich MR. Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity. NY: Oxford University Press. 2004.
- Anand S, Peter F, Sen A. Public health, ethics, and equity. Oxford: Oxford University Press, 2004.
- Wagstaff A and Van Doorslaer E. "Equity in the Finance and Delivery of Health Care: Concepts and Definitions," Health Care: An International Perspective. NY: Oxford University Press. 1993.
- Reich, MR. The politics of health sector reform in developing countries: three cases of pharmaceutical policy. Health Policy 32(1995): 47-77.
- กฤษณ์ พงศพิรุฬห์. การมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ: ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ. รายงานเสนอสำนักงานวิจัยระบบประกันสุขภาพไทย พ.ศ. 2551.
- เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์ และคณะ. ส่วนร่วมจ่ายค่ายาในระบบประกันสุขภาพ 10 ประเทศ. รายงานเสนอสำนักงานวิจัยระบบประกันสุขภาพไทย พ.ศ. 2551.



ค่านิยมของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

Values

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่งเสริมการแข่งขันในระบบตลาด
(Competitive market) หรือระบบการบริการภายใต้การจัดการภาครัฐเพื่อสังคม
(Managed or socialized system)

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์

ประเด็นที่น่าสนใจ

- การแข่งขันในระบบตลาด (Market competition) ส่งเสริมให้เกิดประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากร ผู้บริโภคมีอิสระในการเลือกซื้อ ผู้ผลิตมีแรงจูงใจในการให้บริการตอบสนองต่อความต้องการของผู้บริโภคและคิดค้นเทคโนโลยีใหม่ แต่ในด้านบริการสุขภาพมักมีข้อจำกัดด้านการสร้างความเป็นธรรม และกลไกตลาดมักล้มเหลว เนื่องจากการขาดสมดุลงานข้อมูล ความลำเอียงในการเลือกรับความเสี่ยง (Selection bias) และความจำกัดในการเข้าสู่ตลาดของผู้ให้บริการทำให้จำกัดทางเลือก โดยเฉพาะในชนบท
- บริการการแพทย์เพื่อสังคม (Socialized medicine) ซึ่งเป็นระบบที่ใช้การคลังภาครัฐเป็นหลัก โดยรัฐบาลไม่จำเป็นต้องเป็นเจ้าของหน่วยบริการ แม้จะส่งเสริมให้เกิดความเป็นธรรมได้ แต่ก็มีข้อจำกัดในด้านงบประมาณ ทำให้ต้องควบคุมค่าใช้จ่าย และส่งผลต่อแรงจูงใจในการให้บริการ ตลอดจนการพัฒนาและนำเข้าเทคโนโลยี อีกทั้งมักต้องจำกัดทางเลือกของประชาชน ทำให้อาจมีข้อสงสัยต่อการเข้าถึงและคุณภาพบริการ
- รัฐบาลสามารถควบคุมกำกับตลาดสุขภาพโดยใช้การแข่งขันเป็นเครื่องมือในการกระตุ้นประสิทธิภาพได้ เรียกว่า Managed competition

(1) ความหมายเชิงปฏิบัติการ

การแข่งขันในระบบตลาด (Competitive market) ต้นฉบับของระบบแบบนี้คือสหรัฐอเมริกาหมายถึงระบบบริการสุขภาพที่อิงระบบตลาดเสรีที่ อุปสงค์ (demand) และอุปทาน (supply) ทำงานอย่างเป็นอิสระจากกันโดยมีราคา (price) เป็นเครื่องมือสำคัญในการกระจายบริการในสังคมซึ่งเชื่อว่าจะเกิดประสิทธิภาพสูงสุด โดยจะมีการมีการแข่งขันกันของผู้ผลิตในด้านราคาและคุณภาพเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้บริโภค เช่น สถานพยาบาลและแข่งขันกันในด้านราคาและคุณภาพในการให้บริการประชาชน หรือบริษัทประกันสุขภาพแข่งขันเสนอโปรแกรมการประกันสุขภาพที่สนองความจำเป็นด้าน



สุขภาพของแต่ละกลุ่มเป้าหมาย ขณะเดียวกันประชาชนก็มีเสรีภาพในการเลือกใช้บริการหรือซื้อประกันอย่างอิสระ

ระบบบริการภายใต้การจัดการภาครัฐเพื่อสังคม (Managed socialized system) คำนี้น่าจะมาจากสองคำหลักคือ บริการทางการแพทย์เพื่อสังคม (socialized medicine) และการแข่งขันภายใต้การจัดการ/กำกับของภาครัฐ (managed competition)

○ ระบบบริการทางการแพทย์เพื่อสังคม (Socialized Medicine) คำนี้ใช้ครั้งแรกในสหรัฐอเมริกาหมายถึง ระบบบริการสุขภาพที่การคลังจากภาครัฐเป็นหลัก (publicly-funded health care)¹ โดยแหล่งเงินส่วนใหญ่หรือทั้งหมดมาจากระบบภาษีหรือการประกันสุขภาพภาคบังคับ² โดยรัฐบาลเป็นผู้สนับสนุนงบประมาณเป็นหลักหรือบริหารด้วยก็ได้ ส่วนในด้านการจัดบริการรัฐอาจจัดบริการเองหรือไม่ก็ได้ หากนิยามแคบก็จะหมายถึงระบบบริการที่ภาครัฐเป็นทั้งผู้จัดและสนับสนุนงบประมาณ หรือในนิยามที่กว้างขึ้นคือ ภาครัฐเป็นผู้สนับสนุนงบประมาณหรือกำกับระบบบริการโดยที่ไม่ได้เป็นเจ้าของสถานพยาบาลเอง

○ การแข่งขันภายใต้การจัดการภาครัฐ (Managed competition)³ หมายถึงการที่รัฐบาลควบคุมกำกับตลาดสุขภาพโดยใช้การแข่งขันเป็นเครื่องมือสำคัญกระตุ้นประสิทธิภาพ กลไกดังกล่าวถูกพัฒนาขึ้นในสหราชอาณาจักรเพื่อใช้ในการแข่งขันระหว่างผู้ให้บริการ รวมถึงการใช้ในประเทศเนเธอร์แลนด์สำหรับการแข่งขันระหว่างกองทุนประกันสุขภาพในฐานะผู้ซื้อบริการ ทั้งสองรูปแบบนี้อาศัยการทำสัญญาเพื่อซื้อบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข (clinical services) โดยผู้ให้บริการมีการแข่งขันกันด้าน ราคา คุณภาพ และปริมาณบริการ ทั้งนี้การควบคุมกำกับของรัฐบาลนั้นอาจมีวัตถุประสงค์มากกว่าการกระตุ้นประสิทธิภาพ เช่น ควบคุมพฤติกรรมบริการ การให้บริการ ความโปร่งใสของการจัดการ ควบคุมค่าใช้จ่าย เพื่อให้สามารถเคลื่อนย้ายบุคลากรหรือปิดสถานพยาบาลในพื้นที่ที่มีอุปทานเกิน ควบคุมบทบาทขององค์กรวิชาชีพ และเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในการจัดบริการ เป็นต้น ทั้งนี้แนวคิดนี้เป็นการผสมผสานกลไกตลาดคือการแข่งขันเข้าในระบบที่ภาครัฐเป็นคนกำกับหรือบริหาร

(2) เหตุผลทางวิชาการสนับสนุนความสำคัญของประเด็นดังกล่าว

โดยทฤษฎีเศรษฐศาสตร์ในระบบตลาดเสรีที่มีการแข่งขันระหว่างผู้ผลิตในการให้บริการกับประชาชน อุปสงค์ต่อสินค้าและบริการของผู้บริโภคขึ้นกับปัจจัยด้าน ราคา รสนิยมและความชอบส่วนบุคคล ราคาของสินค้าทดแทน และระดับรายได้ของผู้บริโภคเอง ในขณะที่ปัจจัยที่มีผลต่อการผลิตคือ ราคา ผลกำไร และรายได้รวมของผู้ผลิต กลไกสำคัญในระบบตลาดเสรีจึงเป็นราคา และ ณ จุดที่ราคามี

¹ http://en.wikipedia.org/wiki/Socialize_medicine accessed on 22/01/2008

² http://en.wikipedia.org/wiki/Publicly-fund_health-care accessed on 22/01/2008

³ Nugent, L., and Kolyada, L. (2002) Glossary of Health Reform Terms for Translator. Partner for Health Reformplus, Maryland.



ความสมดุลย์ของอุปสงค์และอุปทานเป็นจุดที่มีประสิทธิภาพสูงสุด ในระบบที่มีผู้ผลิตสินค้า/บริการ ลักษณะเดียวกันจำนวนมากจึงต้องแข่งขันกันด้านราคาและคุณภาพในขณะที่ผู้บริโภคมีอิสระในการเลือกซื้อได้ตามความต้องการของตน ในขณะที่ผู้ผลิตก็มีแรงจูงใจในการให้บริการจึงค่อนข้างตอบสนองต่อความต้องการผู้บริโภคดี ให้บริการจับใจไม่ต้องรอนาน ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้บริโภค ผู้ผลิตเองก็มีแรงจูงใจในการผลิตคิดค้นเทคโนโลยีใหม่เพื่อการรักษาพยาบาลส่งผลต่อความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุข อย่างไรก็ตามข้อจำกัดหลักของระบบดังกล่าวคือประเด็นด้านความเป็นธรรม เนื่องจากเป็นภาระความรับผิดชอบหลักของปัจเจกชน (ประชาชนจ่ายเอง) ดังนั้นหากไม่มีกลไกในการปกป้องคนจนก็คนกลุ่มนี้ก็จะถูกกีดกันจากระบบบริการ

เหตุผลหลักสนับสนุนการเข้าไปแทรกแซงหรือจัดการของภาครัฐในระบบบริการสุขภาพคือ การขาดความสมบูรณ์และล้มเหลวของกลไกตลาดในระบบบริการสุขภาพและประกันสุขภาพ (market failure)⁴ มีผลให้การจัดสรรและกระจายทรัพยากรโดยกลไกตลาดขาดประสิทธิภาพ นอกจากนี้ในระบบตลาดเสรียังมีปัญหาขาดความเป็นธรรมจากการที่คนจนถูกกีดกันออกจากระบบเนื่องจากการขาดความสามารถในการจ่าย นอกจากนี้โดยแรงจูงใจของกลไกตลาดนั้นผู้ให้บริการก็มีแนวโน้มจะไปให้บริการในพื้นที่ที่ประชาชนมีอำนาจจ่ายเป็นหลักเช่นในเขตเมือง เขตธุรกิจ ในขณะที่ในชนบทที่ประชาชนมีอำนาจจ่ายนอกก็ขาดผู้ให้บริการ รัฐจึงมีความชอบธรรมในการแทรกแซงระบบดังกล่าว อย่างไรก็ตามวิธีระดับของการแทรกแซงสำหรับบริการแต่ละประเภทและกลุ่มเป้าหมายอาจเข้มข้นต่างกัน

สำหรับด้านการคลังนั้นเป็นที่ยอมรับทั่วไปว่าการคลังภาคเอกชนที่จ่ายจากกระเป๋าครัวเรือน จุดใช้บริการนั้นขาดความเป็นธรรมมากที่สุด⁵ ส่วนในระบบการคลังที่มีการจ่ายล่วงหน้า ประกันสุขภาพภาคสมัครใจก็มีปัญหาความล้มเหลวของกลไกตลาดจากการขาดสมดุลย์ข้อมูล (Imbalance of information) ระหว่างผู้ให้และผู้เอาประกัน⁶ ผู้มีความจำเป็นด้านสุขภาพสูงต้องการซื้อประกันมากในขณะที่บริษัทประกันต้องการรับเฉพาะผู้มีสุขภาพดี (Adverse selection) เพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงิน ทำให้บริษัทประกันสุขภาพเอกชนต้องมีมาตรการต่างๆในการคัดกรองความเสี่ยง ซึ่งขัดแย้งกับเป้าประสงค์ด้านความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ⁵ ส่วนประกันภาคสมัครใจภาครัฐแม้ไม่มีการคัดกรองความเสี่ยงโดยกำหนดเบี้ยประกันอัตราเดียวกันก็มักประสบปัญหาขาดความยั่งยืนด้านการเงินจากการมี

⁴ ความล้มเหลวของกลไกตลาดเกิดจาก (1) การแข่งขันที่ไม่สมบูรณ์ (imperfect competition) จากการผูกขาดโดยธรรมชาติ (natural monopoly) ทั้งจากการณิชาตอิสระในการเข้าหรือออกจากตลาด (ต้องขึ้นทะเบียน) และการรวมศูนย์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของขนาด (Economy of scale) สำหรับบริการที่มีอุปสงค์ไม่มากและต้นทุนสูง กฎหมายสิทธิบัตร (2) ขาดสมดุลย์ข้อมูลของผู้ผลิตและผู้บริโภค (imperfect/ asymmetry of information) รวมถึงความไม่แน่นอนของอุปสงค์เองเนื่องจากถูกกำหนดโดยความจำเป็นด้านสุขภาพ (3) บริการสุขภาพบางอย่างมีผลต่อบุคคลอื่น (Externalities) กล่าวคือไม่เฉพาะคนที่บริโภคได้ได้รับอรรถประโยชน์แต่คนรอบข้างก็ได้รับผลอันนั้นด้วย เช่น การฉีดวัคซีนป้องกันโรค การรักษาโรคติดต่อ รวมถึงอรรถประโยชน์ที่ได้รับจากการเห็นผู้ด้อยโอกาสในสังคมได้รับการดูแลสุขภาพที่จำเป็นและไม่ต้องล้มละลายจากการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ซึ่งโดยทฤษฎีแล้วผู้ที่ได้รับอรรถประโยชน์จากการบริโภคไม่ว่าจะเป็นทางตรงหรือทางอ้อมต้องมีส่วนรับผิดชอบ นอกจากนี้สินค้าบางอย่างก็เป็น สินค้าสาธารณะ (Public goods) ที่ปัจเจกชนไม่ยินดีจ่าย บริการบางอย่างเกี่ยวกับจริยธรรมและมนุษยธรรม เนื่องจากการไม่ได้รับบริการอาจหมายถึงชีวิตของผู้ป่วย

⁵ World Health Organization (2000) The World Health Report 2000: Health System: Improving Performance. WHO, Geneva

⁶ Feldstein, P.J. (1993) The Market for Health Insurance: Its Performance and Structure, Chapter 8 in Health Care Economics, Delmar Publishers Inc, California.



สัดส่วนสมาชิกที่มีภาระความเสี่ยงสูงกว่าประชากรทั่วไป (Selection bias)⁷ เพื่อให้เกิดความเป็นธรรม และแก้ปัญหาด้านประสิทธิภาพ ภาครัฐจึงต้องเข้าแทรกแซงหรือจัดการในลักษณะประกันสุขภาพภาคบังคับโดยอาจใช้เงินจากภาษีหรือเบี้ยประกันภาคบังคับเพื่อให้ประชาชนทุกคนมีหลักประกันสุขภาพ ข้อเสนอสนับสนุนหลักต่อระบบการคลังภาครัฐคือประเด็นด้านความเป็นธรรม⁸ และมีรายจ่ายสุขภาพต่ำกว่าในระบบตลาดเสรี⁹

ข้อโต้แย้งหลักต่อระบบที่รัฐเข้าไปจัดการคือประเด็นด้านประสิทธิภาพ^{9 10} กล่าวคือ มีภาระด้านภาษีสูง และระบบที่การคลังมาจากภาครัฐเป็นหลักเช่นในประเทศที่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามักมีปัญหาเรื่องข้อจำกัดของงบประมาณ (budget constraints) ทำให้ต้องมีการควบคุมค่าใช้จ่ายและส่งผลต่อแรงจูงใจในการให้บริการและการมีคิวยาวสำหรับการผ่าตัดที่ไม่ฉุกเฉิน ขาดแรงจูงใจในการพัฒนา/นำเข้าเทคโนโลยีทางการแพทย์ มีปัญหาการเข้าถึงเทคโนโลยีที่มีราคาแพง ขณะเดียวกันสถานภาพของผู้บริโภคก็ค่อนข้างอ่อนแอเมื่อเทียบกับระบบตลาดเสรี¹¹ ประชาชนเองก็มีข้อสงสัยต่อการเข้าถึงบริการเสรีภาพในการเลือกและคุณภาพบริการ^{12 13}

เพื่อแก้ข้อจำกัดต่างๆ ที่กล่าวข้างต้นของระบบการจัดการภาครัฐต่อมาจึงมีการปฏิรูประบบ/กลไกภาครัฐ (Public sector reform) ภายใต้แนวคิดการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ (New Public Management) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการ/บริการของภาครัฐ โดยมีแนวคิดหลักสำคัญห้าอย่าง¹⁴ คือ (1) การลดขนาดของภาครัฐ- downsizing (2) นำการบริหารจัดการแบบภาคเอกชนมาใช้ในภาครัฐ- managerialism (3) การกระจายอำนาจ - decentralization ให้กระบวนการตัดสินใจไปอยู่ใกล้ผู้รับบริการ (4) ปรับโครงสร้างภาครัฐโดยเน้นผลงานผลลัพธ์มากกว่ากระบวนการทำงาน- debureaucratization และ (5) การถ่ายโอนไปยังภาคเอกชน - privatization

⁷ สัมฤทธิ์ ศรีธีรวงศ์สวัสดิ์ (2544) โครงการบัตรประกันสุขภาพ: ระบบประกันสุขภาพภาคสมัครใจที่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐ, บทที่ 6 ใน จเด็จ ธรรมธัชอารี บรรณาธิการ ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, นนทบุรี

⁸ Doorslaer, E.V. et al (2005) Paying Out-of-pocket in Asia: Catastrophic and Poverty Impact. Equitap Project Working Paper No. 2

⁹ Claude Blanchette and Erin Tolley. (1997 revised 2001) Public and private-sector involvement in health-care systems: A comparison of OECD countries. Retrieved from <http://dsp-psd.pwgsc.ca/Collection-R/LoPBdP/BP/bp438-e.htm> January 23, 2008

¹⁰ Institute For Policy Innovation (2006) The Dangers of Undermining Patient Choice: Lessons from Europe and Canada. Retrieved January 23, 2008 from [http://www.ipi.org/ipi%5CIPublications.nsf/PublicationLookupFullTextPDF/BED00643F2807FC18625720B003DEB12/\\$File/LessonsFromEuropeCanada.pdf?OpenElement](http://www.ipi.org/ipi%5CIPublications.nsf/PublicationLookupFullTextPDF/BED00643F2807FC18625720B003DEB12/$File/LessonsFromEuropeCanada.pdf?OpenElement)

¹¹ Health Consumer Powerhouse (2006) European Health Consumer Index. Retrieved January 23, 2008 from <http://www.healthpowerhouse.com/media/ReportEHCI2006en.pdf>

¹² The Stockholm Network (2004) Impatient for Change. Retrieved January 23, 2008 from <http://www.stockholm-network.org/download/publications/d41d8cd9-Impatient%20FINAL.pdf>

¹³ The Stockholm Network (2005) Poles Apart. Retrieved January 23, 2008 from http://www.stockholm-network.org/download/publications/6d68025a-poles_apart.pdf

¹⁴ Kolthoff, E., Huberts, L., and Heuvel, H.V.D. The Ethics of New Public Management: Is Integrity at Stake? Accepted to be published by Public Administration Quarterly in Winter 2006/2007 issue.



(3) เงื่อนไขของการจะบรรลุธรรมของค่านิยม

เงื่อนไขสำคัญที่จะทำให้การแข่งขันในระบบตลาดทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ คือ การมีตลาดที่สมบูรณ์ (Perfect market) กล่าวคือ ต้องมีการแข่งขันที่สมบูรณ์ ไม่มีการผูกขาดในระบบบริการ (ไม่มีใครสามารถมีอิทธิพลเหนือราคาได้) ผู้ให้และผู้รับมีข้อมูลที่สมบูรณ์ต่อบริการสุขภาพทั้งด้าน ราคา คุณภาพ และปริมาณที่คาดการณ์ได้ บริการสุขภาพนั้นมีคุณภาพไม่ต่างกัน และผู้บริโภคเท่านั้นที่ได้รับอรรถประโยชน์ (private goods) เงื่อนไขที่ต้องการข้างต้นดูเหมือนจะมีจำกัดในระบบบริการสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องการแข่งขันที่สมบูรณ์ เนื่องจากตลาดบริการสุขภาพมีการผูกขาดโดยธรรมชาติจากที่กล่าวในหัวข้อก่อนหน้านี้ การแข่งขันหากมีก็จำกัดเพียงในเขตเมืองที่ประชาชนจำนวนมากมีอำนาจซื้อสูง ในขณะที่ในชนบทที่ประชาชนมีอำนาจซื้อต่ำมีเพียงสถานพยาบาลรัฐจึงมีลักษณะผูกขาดโดยปริยาย ผู้บริโภคส่วนใหญ่มักขาดข้อมูลโดยเฉพาะด้านคุณภาพบริการในการตัดสินใจเลือกใช้บริการ คุณภาพทางคลินิกที่จัดโดยสถานพยาบาลแต่ละประเภทก็มักมีความแตกต่างกัน นอกจากนั้นบริการสุขภาพหลายอย่างมีผลต่อบุคคลภายนอก

เงื่อนไขสำคัญที่จะทำให้ระบบการบริการภายใต้การจัดการภาครัฐเพื่อสังคมบรรลุธรรมของค่านิยมนั้น ประกอบด้วย (1) ต้องมีกฎหมายกำหนดเพื่อให้เกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยอาจเป็นได้ทั้งการประกันภาคบังคับแบบประกันสังคมหรือระบบสุขภาพแห่งชาติที่ใช้เงินจากภาษีเป็นหลัก (2) ศักยภาพของหน่วยงานภาครัฐในการบริหารการคลังภาครัฐสำหรับระบบบริการสุขภาพ ทั้งนี้อาจมีกองทุนเดียวหรือหลายกองทุนที่มีการแข่งขันหรือไม่มีการแข่งขันก็ได้ (3) มีการแยกบทบาทระหว่างผู้ซื้อและผู้ให้บริการเพื่อให้ระบบมีความโปร่งใสและตรวจสอบได้ดีขึ้น (4) ใช้กลไกการคลังในการส่งเสริมให้มีการแข่งขันกันภายในและระหว่างสถานพยาบาลรัฐและเอกชนในการให้บริการกับประชาชน

(4) ผลกระทบต่อค่านิยมอื่น ๆ

การแข่งขันในระบบตลาดที่สมบูรณ์ส่งเสริมให้เกิดประสิทธิภาพในการจัดบริการ มีการแข่งขันด้านคุณภาพบริการ การตอบสนองต่อความต้องการของผู้บริโภค ขณะเดียวกันประชาชนก็มีเสรีภาพในการเลือกใช้บริการหรือซื้อประกันสุขภาพ ผู้ให้บริการก็มีแรงจูงใจในการให้บริการและการลงทุนในการคิดค้นและผลิตเทคโนโลยีทันสมัย แต่ขณะเดียวกันก็มีผลกระทบด้านลบต่อความเป็นธรรมในระบบบริการสุขภาพ

ส่วนในระบบการบริการภายใต้การจัดการของภาครัฐเพื่อสังคมนั้น มุ่งเน้นส่งเสริมด้านความเป็นธรรมให้เกิดขึ้นในระบบบริการสุขภาพ โดยการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การที่ภาครัฐเข้ามาเป็นผู้บริหาร/กำกับการณ์การคลังรวมหมู่เพื่อประโยชน์ของประชาชนส่วนใหญ่จึงย่อมมีผลกระทบต่ออรรถประโยชน์ส่วนบุคคลของปัจเจกชนได้ อย่างน้อยก็ทำให้เสรีภาพของประชาชนในการเลือกอาจมีจำกัดขึ้น ขณะเดียวกันภายใต้งบประมาณที่มีจำกัดทำให้ต้องมีการควบคุมค่าใช้จ่ายด้วยมาตรการทางตรงและทางอ้อมต่างๆ ด้านอุปสงค์และอุปทาน เช่น กำหนดส่วนร่วมจ่าย การต้องใช้บริการตามขั้นตอน การจ่ายค่าบริการแบบปลายปิด ฯลฯ เป็นต้น อิสรเสรีภาพในการตัดสินใจใช้บริการของ



ผู้ให้บริการจึงถูกจำกัดระดับหนึ่ง และอาจมีผลกระทบด้านลบต่อการลงทุนในการคิดค้นและลงทุนในเทคโนโลยีทันสมัย ขณะเดียวกันการจ่ายแบบปลายปิดอาจมีผลกระทบต่อคุณภาพบริการ

(5) สถานการณ์ในประเทศไทยโดยย่อ

การคลังระบบบริการสุขภาพไทยนั้นเป็นลักษณะผสมระหว่างการคลังภาครัฐและเอกชนตั้งแต่ในอดีต และเมื่อเริ่มนำระบบบริการทางการแพทย์แบบตะวันตกเข้ามาและก่อตั้งกระทรวงสาธารณสุขก็กำหนดให้ประชาชนจ่ายค่าบริการเมื่อไปใช้บริการในสถานพยาบาลของรัฐ อย่างไรก็ตามรัฐบาลก็สนับสนุนอยู่กว่าครึ่ง บทบาทรายได้ที่สถานพยาบาลจัดเก็บเองมีบทบาทในการคลังของโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นตามขนาดของโรงพยาบาล กล่าวคือโรงพยาบาลใหญ่ในเขตเมืองจะมีรายได้จากการจัดเก็บค่าบริการที่ประชาชนจ่ายเองมากกว่าโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัย ทั้งนี้บทบาทการคลังภาครัฐมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นลำดับตามการขยายหลักประกันสุขภาพที่จัดโดยภาครัฐ¹⁵ โดยเริ่มจากการมีโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยในปี พ.ศ. 2518 ราชกิจจานุเบกษาสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการในปี 2523 โครงการบัตรสุขภาพในปี 2526 ต่อมาเมื่อมีพระราชบัญญัติประกันสังคมในปี 2533 และในปี 2535 มีการขยายการให้สวัสดิการแก่ผู้สูงอายุและกลุ่มที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูลอื่นในปี 2537 และในปี 2544-5 รัฐบาลก็มีนโยบายให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชน¹⁶ ทั้งนี้การขยายความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนไทยนั้นเป็นบทบาทของภาครัฐเกือบทั้งหมด

สำหรับในด้านการจัดบริการนั้น ภาครัฐมีบทบาทหลักในการจัดบริการโดยเฉพาะในชนบท การขยายโครงสร้างพื้นฐานบริการแก่ประชาชนในชนบทเป็นบทบาทภาครัฐเป็นหลัก ในขณะที่ภาคเอกชนมีบทบาทในกรุงเทพฯ และเมืองเศรษฐกิจ ร้อยละ 80 ของเตียงโรงพยาบาลอยู่ในภาครัฐ อย่างไรก็ตามบุคลากรในภาครัฐของไทยสามารถไปทำงานนอกเวลาในสถานพยาบาลเอกชนได้ ขณะเดียวกันคลินิกของแพทย์ส่วนใหญ่ในต่างจังหวัดให้บริการโดยแพทย์ในสถานพยาบาลรัฐนอกเวลาราชการ การทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐและเอกชนในระบบบริการสุขภาพเป็นระบบมากขึ้นภายใต้ระบบประกันสุขภาพที่ภาครัฐซื้อบริการจากสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน และเมื่อมีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก็ทำในลักษณะเดียวกันคือซื้อบริการจากทั้งภาครัฐและเอกชน ขณะเดียวกันก็มีการแยกบทบาทระหว่างผู้ซื้อและผู้ให้บริการ ได้ปฏิรูปวิธีการจัดสรรและจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลเพื่อกระตุ้นให้พัฒนาประสิทธิภาพและความเป็นธรรมตามหลักแนวคิดการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่

(6) รูปธรรมที่ชีวิตของการตัดสินใจว่าเอนเอียงไปสู่ประเด็นด้านใด

สัดส่วนของบทบาทการคลังภาครัฐในระบบบริการสุขภาพเป็นตัวชี้วัดที่ดีว่าภาครัฐเข้าไปมีบทบาทเพียงใดในระบบบริการสุขภาพ หากการคลังภาครัฐมีบทบาทสูงเช่น ร้อยละ 70-80 แสดงว่าระบบเอนเอียงไปทางระบบบริการโดยการจัดการภาครัฐเพื่อสังคม ซึ่งก็มักควบคู่ไปกับสัดส่วนของประชาชนที่มีหลักประกันสุขภาพ

¹⁵ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2550) บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2537 – 2548 มูลนิธิสำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
นนทบุรี

¹⁶ จเด็จ ธรรมธัชอารี บรรณธิการ (2544) ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข นนทบุรี



ปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

Key System Drivers : KSD

งบประมาณของรัฐเพื่อหลักประกันสุขภาพที่อาจถูกควบคุมเข้มงวดมากขึ้น
ไม่เพียงพอต่อความต้องการในระบบตามกรอบสิทธิประโยชน์ที่กำหนด
และระดับของคุณภาพที่คาดหวัง

ประวิช สุขุม

ประเด็นที่น่าสนใจ

- ประมาณการว่ารายจ่ายสุขภาพแห่งชาติปี 2547 เท่ากับร้อยละ 3.5 ของ GDP และจะเพิ่มเป็นร้อยละ 3.64 และ 3.68 ของ GDP ในปี 2553 และ 2563 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามสัดส่วนดังกล่าวยังต่ำกว่าประเทศอื่นซึ่งโดยเฉลี่ยจะมีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 9 ของ GDP ทำให้แนวโน้มโดยรวมแนวโน้มของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพย่อมจะเป็นไปในทางที่สูงขึ้นอย่างแน่นอน
- ในปีงบประมาณ 2551 รัฐบาลจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปีตามยุทธศาสตร์ของประเทศ 6 ด้าน โดยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นส่วนหนึ่งของยุทธศาสตร์การส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี ซึ่งได้รับงบประมาณรวมทั้งยุทธศาสตร์ร้อยละ 33.9 ของงบประมาณทั้งหมด ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์ที่ได้รับงบประมาณเป็นสัดส่วนมากที่สุดอยู่แล้ว
- หากคาดการณ์ภายใต้กรอบที่เศรษฐกิจไทยจะมีการขยายตัวอย่างยั่งยืน งบประมาณที่ต้องจัดสรรเข้าสู่กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอีก 10 ปีข้างหน้า หักรายจ่ายที่เกี่ยวข้องกับเงินเดือนบุคลากรจะเพิ่มจาก 76,558 ล้านบาทในปี 2552 เป็น 110,527 ล้านบาทหรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 40
- ความเสี่ยงของระบบในมุมมองของรัฐบาลเป็นผลมาจากการขาดระบบบัญชี บัญชีต้นทุน และการจัดเก็บข้อมูลที่เป็นระบบมาตรฐาน มีความเชื่อมโยงกัน

การที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 ได้กำหนดแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐด้านการสาธารณสุขไว้ใน มาตรา 51¹ และ 80 (2)² ให้รัฐจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ เป็นการแปลงหลักการพื้นฐานในการดูแลคุณภาพชีวิต

¹ มาตรา 51 บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐานและผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขจากรัฐซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

บุคคลย่อมมีสิทธิรับการป้องกันและจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสม โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์

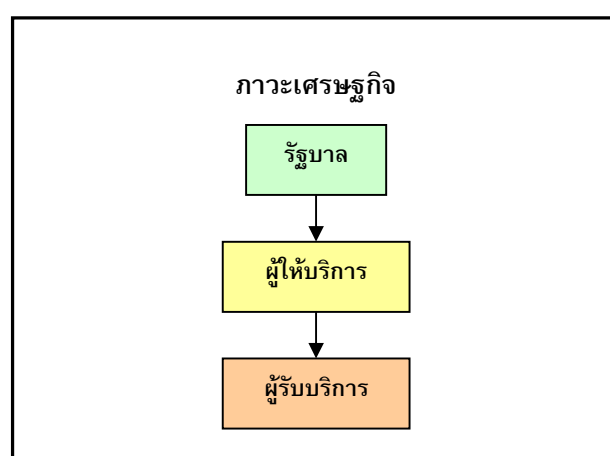
² มาตรา 80 รัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายด้านสังคม การสาธารณสุข การศึกษาและวัฒนธรรมดังต่อไปนี้

(2) ส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืนของประชาชน รวมทั้งจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพและส่งเสริมให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและการจัดการบริการสาธารณสุข โดยผู้มีหน้าที่ให้บริการดังกล่าวซึ่งได้ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานวิชาชีพและจริยธรรมย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย



ของประชาชนให้เป็นกรอบกฎหมาย ซึ่งจะเป็นพื้นฐานของการกำหนดแนวนโยบายของรัฐบาล ยุทธศาสตร์ของหน่วยงานต่างๆ ของภาครัฐ และร่างกฎหมายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยจะครอบคลุมไปถึง การดูแลรักษาสุขภาพของประชาชน และการดำเนินงานของรัฐภายใต้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพ พ.ร.บ.ประกันสังคม พ.ศ. 2533 พ.ร.ฎ.ว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2523 ทำให้แนวนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านการสาธารณสุขของรัฐบาลน่าจะ จำเป็นต้องเพิ่มความครอบคลุม และมีค่าใช้จ่ายสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

1. องค์ประกอบสำคัญที่จะเป็นปัจจัยผลักดันให้ระบบการให้บริการสาธารณสุขได้รับผลกระทบ แบ่งออกได้เป็น 4 กลุ่ม ประกอบด้วย ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ รัฐบาล และสิ่งแวดล้อมด้าน เศรษฐกิจมหภาค



2. ในส่วนของผู้รับบริการในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา ประเทศไทยมีความสำเร็จ ในการดูแลสุขภาพของประชาชนพอสมควร ซึ่งเป็นได้จากตัวชี้วัดด้านสุขภาพ ซึ่งมีแนวโน้มเป็นไปในทางที่ดีขึ้น เช่น ในระหว่างปี พ.ศ. 2527 - 2543 อายุคาดหมายโดยเฉลี่ยของชายเพิ่มขึ้นจาก 55.9 ปี เป็น 69.4 ปี และหญิงเพิ่มขึ้นจาก 62 ปี เป็น 74.1 ปี อัตราการตายของเด็กแรกเกิดลดลงอย่างรวดเร็วจากเดิม จำนวน 84.3 ต่อเด็กเกิดมีชีวิต 1,000 คน ในปี พ.ศ. 2527 เหลือเพียง 26.1 ต่อเด็กเกิดมีชีวิต 1,000 คน เช่นเดียวกับอัตราการตายของมารดาลดลงจาก 374 เหลือเพียง 13.7 คนต่อการเกิดมีชีวิต 100,000 คน นอกจากนั้น ปัญหาด้านสาธารณสุขของประเทศซึ่งเคยประสบปัญหารุนแรงก็มีแนวโน้มลดลงเช่นกัน ได้แก่ โรคขาดสารอาหาร โรคติดเชื้อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ภาวะโลหิตจางในหญิงมีครรภ์ ความผิดปกติจากการขาดสารไอโอดีน โรคมาลาเรีย โรคสมองอักเสบ จากเชื้อไวรัส โรคเรื้อน โรคพิษสุนัขบ้า และการติดต่อโรคทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะการกำหนดนโยบายป้องกันโรคเอดส์ / เอช ไอ วี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533 สามารถป้องกันประชากรจากการติดเชื้อในปี พ.ศ. 2549 ได้มากถึง 7 ล้านคน³

³ O'Donnell et al, The Incidence of Public Spending on Healthcare : Comparative Evidence from Asia, 2007, The World Bank Economic Review, vol. 21, No. 1, pp.91-93.



ประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงในอนาคตของกลุ่มผู้รับบริการ คือ โครงสร้างประชากร ซึ่งจากประมาณการสัดส่วนประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จะเพิ่มขึ้นจากประมาณ 6 ล้านคน หรือร้อยละ 9.4 ของประชากรในปี พ.ศ. 2543 เป็น 9.5 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 13.9 ของประชากรในปี พ.ศ. 2563⁴ และเพิ่มขึ้นเป็นมากกว่า 20 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 30 ของประชากรภายในปี พ.ศ. 2593⁵ การที่จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจะทำให้ผู้ที่พึ่งพิงระบบการให้บริการสาธารณสุขได้รับความกดดัน ทั้งจากปริมาณผู้รับบริการที่เพิ่มขึ้น และความซับซ้อนเรื้อรังของโรคต่างๆ จะเพิ่มมากขึ้นด้วย

อีกประเด็นสำคัญ ซึ่งจะเป็นความเสี่ยงในอนาคต คือ โรคติดต่อร้ายแรง ซึ่งสามารถติดต่อได้อย่างรวดเร็ว ยากต่อการควบคุมโรค ประกอบกับมีค่าใช้จ่ายสูงในการควบคุมโรคและบำบัดรักษาผู้ติดเชื้อโรค เช่น โรคเอดส์ เอชไอวี โรคไข้หวัดนก (Avian Flu) โรค SARS หรือโรคติดต่อร้ายแรงอื่นๆ ซึ่งอาจเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งอาจอุบัติขึ้นในประเทศไทย อย่างไม่คาดคิดก่อให้เกิดภาวะกดดันกับระบบการให้บริการสาธารณสุขโดยกระทันหัน

3. ในส่วนของผู้ให้บริการ ประเด็นสำคัญอยู่ที่ระบบการบริหารจัดการและการผลักดันให้การบริการมีประสิทธิภาพสูงสุด นั่นคือสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ในการให้บริการทั้งด้านคุณภาพและปริมาณ ด้วยค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมที่สุด ประเด็นหลักของกลุ่มนี้ คือ การได้มาซึ่งข้อมูลด้านการบริหารจัดการ ซึ่งจะเป็พื้นฐานในการบริหารจัดการให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดและจะเป็นปัจจัยสำคัญในการติดตามประเมินผลทั้งผลของการบริหารจัดการและความเสี่ยงต่างๆ ที่อาจมีขึ้น รวมถึงจะเป็นกลไกในการวัดความพร้อมในการเผชิญหน้ากับความเสี่ยงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตอีกด้วย เรื่องสำคัญ คือ การจัดทำระบบบัญชีบัญชีต้นทุนและระบบการจัดเก็บข้อมูลที่สามารถเชื่อมโยงกันได้ทั้งระบบ และจัดให้มีกลไกในการติดตามเสริมสร้างศักยภาพการให้บริการ และการเพิ่มประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

4. ในส่วนของรัฐบาลในปีงบประมาณ พ.ศ. 2551 ประเทศไทยได้จัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปี โดยจำแนกเป็นยุทธศาสตร์ต่างๆ จำนวน 6 ยุทธศาสตร์ มีวงเงินงบประมาณทั้งสิ้น 1,660,000 ล้านบาท

หน่วย : ล้านบาท

ยุทธศาสตร์การจัดสรรงบประมาณ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2551	งบประมาณ	
	จำนวน	ร้อยละ
รวมทั้งสิ้น	1,660,000.0	100.0
1. ยุทธศาสตร์การส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี มีคุณธรรมนำความรู้ และสามารถปรับตัวสู่สังคมฐานความรู้	563,262.0	33.9
2. ยุทธศาสตร์การแก้ไขความยากจน กระจายความเจริญสู่ชนบท และลดช่องว่างของรายได้	59,833.3	3.6
3. ยุทธศาสตร์การเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขัน เพื่อให้เศรษฐกิจขยายตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน	182,875.5	11.0

⁴ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

⁵ United Nation, 2004 World Population Respect



ยุทธศาสตร์การจัดสรรงบประมาณ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2551	งบประมาณ	
	จำนวน	ร้อยละ
4. ยุทธศาสตร์การดูแลรักษาทรัพยากรธรรมชาติสิ่งแวดล้อมและการใช้ประโยชน์จากความหลากหลายทางชีวภาพ ให้เป็นประโยชน์ต่อเศรษฐกิจและสังคม	50,744.3	3.1
5. ยุทธศาสตร์การพัฒนาการเมือง และการบริหารจัดการภาครัฐที่มีประสิทธิภาพและเป็นธรรม	409,965.1	24.7
6. ยุทธศาสตร์การรักษาความมั่นคงของชาติและความสงบสุขของสังคม	219,690.3	13.2
7. รายการบริหารจัดการหนี้ภาครัฐ	173,629.5	10.5

ที่มา : สำนักงบประมาณ เอกสารงบประมาณโดยสังเขป

ยุทธศาสตร์ที่ยึดกระบวนการพัฒนาแบบบูรณาการโดยมี คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา ภายใต้แนวคิดการพัฒนาสุขภาพแบบองค์รวม ซึ่งได้แก่ การพัฒนาทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และมีความเป็นอยู่ที่ดี คือ ยุทธศาสตร์ที่ 1 : การส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี มีคุณธรรมนำความรู้ และสามารถปรับตัวสู่สังคมฐานความรู้ ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีมีคุณธรรมนำความรู้ และสามารถปรับตัวสู่สังคมฐานความรู้ โดยขยายโอกาสทางการศึกษา พัฒนาคุณภาพการศึกษา สนับสนุนการกีฬา นันทนาการ และการออกกำลังกาย เสริมสร้างสุขภาวะให้คนไทยมีสุขภาพแข็งแรง พัฒนาคุณภาพการบริการสาธารณสุข สร้างโอกาสเพื่อความมั่นคงในชีวิตของบุคคล สร้างความมั่นคงด้านที่อยู่อาศัยและที่ดินทำกิน จัดสวัสดิการสังคม ดูแลคุ้มครองเด็ก เยาวชน คนพิการ ผู้ด้อยโอกาส เป็นการดูแลคุณภาพชีวิตที่สอดคล้องจูงกันอย่างบูรณาการ ใช้เงินงบประมาณ จำนวน 563,262 ล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 33.9 ของวงเงินงบประมาณทั้งหมด

ภายใต้ยุทธศาสตร์ดังกล่าว แผนงบประมาณปรับปรุงและพัฒนาระบบสุขภาพแห่งชาติ และระบบบริการสาธารณสุข รวมทั้งระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพประมาณร้อยละ 80 โดยไม่นับรวมการดูแลสุขภาพผ่านระบบประกันสังคมและระบบสวัสดิการข้าราชการ ซึ่งประกอบเป็นค่าใช้จ่ายร้อยละ 20⁶ ที่เหลือ ได้รับการจัดสรรงบประมาณจำนวน 193,484.5 ล้านบาท เพื่อปรับปรุงและพัฒนาระบบสุขภาพ และระบบบริการสาธารณสุข รวมทั้งระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้บริการการรักษาพยาบาลและส่งเสริมการฟื้นฟูสุขภาพ เสริมสร้างสุขภาพ ผลิตและพัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งสนับสนุนการปรับปรุงและพัฒนาสิ่งอำนวยความสะดวกด้านการแพทย์ พัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพในสถานบริการภาครัฐและเอกชน พัฒนาการให้บริการระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีคุณภาพมาตรฐานแก่ประชาชน สนับสนุนให้ประชาชนได้ร่วมกิจกรรมกีฬา นันทนาการ และมีการออกกำลังกายเพื่อคุณภาพชีวิต

⁶ สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง, เอกสารประกอบสัมมนาทางวิชาการ ครั้งที่ 4 , 17 กันยายน 2550



งบประมาณของประเทศ	2549		2550		2551	
	ล้านบาท	%	ล้านบาท	%	ล้านบาท	%
1. บริหารทั่วไปและความมั่นคง	241,661	17.8	284,170	18.2	325,881	19.6
2. บริการชุมชนและสังคม	543,505	39.9	655,123	41.8	694,885	41.9
2.1 การศึกษา	295,622		355,241		363,164	
2.2 การสาธารณสุข	101,040		148,704		153,825	
2.3 การสังคมสงเคราะห์	95,559		112,398		115,085	
2.4 การเคหะและชุมชน	41,339		25,689		49,195	
2.5 การศาสนา วัฒนธรรม และนันทนาการ	9,943		13,089		13,614	
3. เศรษฐกิจ	339,783	2.5	332,283	21.2	321,880	19.4
4. อื่นๆ	235,050	17.3	294,624	18.3	317,354	19.1

ที่มา : สำนักงบประมาณ เอกสารงบประมาณโดยสังเขป

จะเห็นได้ว่าในปีงบประมาณ พ.ศ. 2551 รัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณรายจ่าย เพื่อสุขภาพ คิดเป็นประมาณร้อยละ 15 ของงบประมาณทั้งประเทศ และจากบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติระหว่างปี พ.ศ. 2537 - 2545 มีการประมาณการว่ารายจ่ายสุขภาพแห่งชาติในปี พ.ศ. 2547 จะเท่ากับร้อยละ 3.5 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) และเพิ่มเป็นร้อยละ 3.64 และ 3.68 ของ GDP ในปี พ.ศ. 2553 และ 2563 ตามลำดับ ซึ่งยังเป็นสัดส่วนงบประมาณที่ต่ำมาก เมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายในด้านสุขภาพ ซึ่งโดยเฉลี่ยแล้วประเทศทั่วโลก มีสัดส่วนสูงถึง 9% ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) และยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁷ อันเป็นผลจากความต้องการของประชากรมีสูงขึ้น แต่ละคนมีรายได้เพิ่มขึ้น ต้องการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และมีอายุยืนขึ้น ซึ่งทำให้โครงสร้างประชากรมีผู้สูงอายุมากกว่าคนในวันทำงานอีกด้วย นอกจากนี้ เมื่ออายุสูงขึ้นการที่ประชากรจะมีโรคเรื้อรังและมีชีวิตอยู่นานขึ้นก็ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขสูงขึ้นด้วย อีกทั้ง เมื่อโรคภัยและเรื้อรังและซับซ้อนขึ้น การวินิจฉัยรักษาก็ต้องใช้เครื่องมืออุปกรณ์เทคโนโลยีและยาที่มีราคาสูง ซึ่งทำให้โดยรวมแล้วแนวโน้มของค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขย่อมจะเป็นไปในทางที่สูงขึ้นอย่างแน่นอน

5. อย่างไรก็ตาม เพื่อพิจารณาภาระงบประมาณด้านสาธารณสุขในรอบการประมาณการภาวะเศรษฐกิจมหภาค ซึ่งคาดว่าเศรษฐกิจปี พ.ศ. 2552 จะขยายตัวอยู่ในระดับร้อยละ 4.0 - 5.0 โดยมีอัตราเงินเฟ้อที่ระดับร้อยละ 2.5 และหากคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2553 เป็นต้นไป เศรษฐกิจน่าจะขยายตัวในอัตราร้อยละ 5.0 - 5.5 โดยมีระดับเงินเฟ้อที่ระดับร้อยละ 2.5

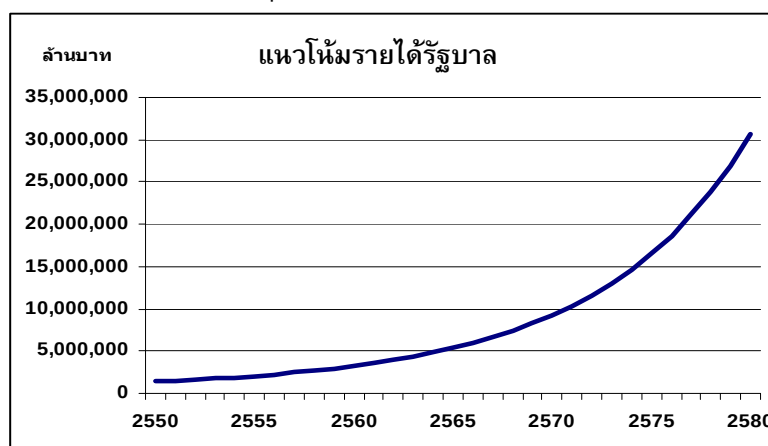
⁷ IFC Advisory Service, Presentation on Issues in PPPs for Health Care, PPPI Conference, Washington DC., June 2007



ปีงบประมาณ	2552	2553	2554	2555
เศรษฐกิจมหภาค				
1. ระดับ GDP ที่เป็นตัวเงิน	9,416,000	10,122,200	10,931,976	11,806,534
(อัตราการขยายตัวของ GDP)	7.00%	7.50%	8.00%	8.00%
2. อัตราการขยายตัวของ GDP ณ ราคาพื้นฐาน (Real GDP)	4.50%	5.00%	5.50%	5.50%
3. การบริโภคภาคเอกชน ณ ราคาพื้นฐาน (Real Private Consumption)	3.50%	3.50%	3.50%	3.50%
4. การนำเข้าสินค้า ณ ราคาพื้นฐาน (ล้านบาท)	2,071,082	2,147,636	2,283,368	2,379,536
5. ดัชนีราคาการลงทุนภาคเอกชน	2.50%	2.50%	2.50%	2.50%
6. ดัชนีราคาการนำเข้าสินค้า	2.00%	2.00%	2.00%	2.00%
7. ปริมาณสินเชื่อภาคเอกชน (พันล้าน)	26,519	27,845	29,237	30,700
8. ราคาน้ำมันดิบดูไบ (เหรียญต่อบาร์เรล)	60.80-66.22	63.86-69.56	67.08-73.06	70.46-76.75
9. อัตราเงินเฟ้อ (Inflation Rate)	2.50%	2.50%	2.50%	2.50%
10. อัตราแลกเปลี่ยน (Exchange Rate)	35.00	35.00	35.00	35.00

ที่มา : ศูนย์พยากรณ์เศรษฐกิจ ศูนย์ยุทธศาสตร์การงบประมาณ

แผนภาพ : รวบรวมรายได้รัฐบาลสุทธิหลังหักจัดสรรให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแล้ว



ที่มา : ศูนย์พยากรณ์เศรษฐกิจ ศูนย์ยุทธศาสตร์การงบประมาณ

จะเห็นว่าแนวโน้มของการขยายตัวของเศรษฐกิจไทยหากคาดการณ์ภายใต้กรอบการเติบโตอย่างยั่งยืน ซึ่งอัตราการขยายตัวของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศไทย (GDP) คาดว่าจะอยู่ที่ระดับร้อยละ 4.5 – 5.5 ต่อปี รายได้ของรัฐบาลก็จะเพิ่มขึ้นตามแนวโน้มที่แสดงตามแผนภาพ ซึ่งเมื่อพิจารณาประกอบกับภาระในการจัดสรรงบประมาณให้กับกองทุนหลักประกันสุขภาพในอัตราต่อหัว 2,157 บาทต่อปี และปรับเพิ่มขึ้นตามอัตราเงินเฟ้อภาคสาธารณสุขโดยประมาณ พบว่าอีก 10 ปีข้างหน้า



ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 งบประมาณที่ต้องจัดสรรเข้าสู่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะเป็นจำนวนประมาณ 110,527 ล้านบาทหรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 40 จากงบประมาณที่ต้องจัดสรรเข้าสู่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปีงบประมาณ 2552 และอีก 20 ปีข้างหน้า ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2572 งบประมาณที่ต้องจัดสรรเข้าสู่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นจำนวนประมาณ 141,317 ล้านบาทหรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 79 จากงบประมาณที่ต้องจัดสรรเข้าสู่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปีงบประมาณ พ.ศ. 2552⁸

ประมาณการเงินอุดหนุนให้แก่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ปีงบประมาณ พ.ศ.	2552	2562	%*	2572	%**
งบประมาณตั้งต้นกองทุนหลักประกันสุขภาพ : ล้านบาท	108,447.79	156,395.05	42.40	209,212.30	90.49
หัก ณ กรมบัญชีกลาง	31,889.06	45,867.73	48.02	67,895.45	119.11
1) รายจ่ายเงินเดือนข้าราชการในสังกัดกระทรวง สาธารณสุข	30,291.12	43,569.33	48.02	64,493.25	119.11
2) รายจ่ายเงินเดือนข้าราชการนอกสังกัดกระทรวง สาธารณสุข	1,544.56	2,221.62	48.02	3,288.53	119.11
3) ค่าเช่าบ้านข้าราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	53.39	76.79	48.02	113.66	119.11
4) ค่าตอบแทนเงินเดือน แพทย์	54.87	78.92	48.02	116.83	119.11
งบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพ	76,558.73	110,527.32	40.19	141,316.85	79.24

* ร้อยละการเปลี่ยนแปลงจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2552 เมื่อเทียบกับปีงบประมาณ พ.ศ. 2562

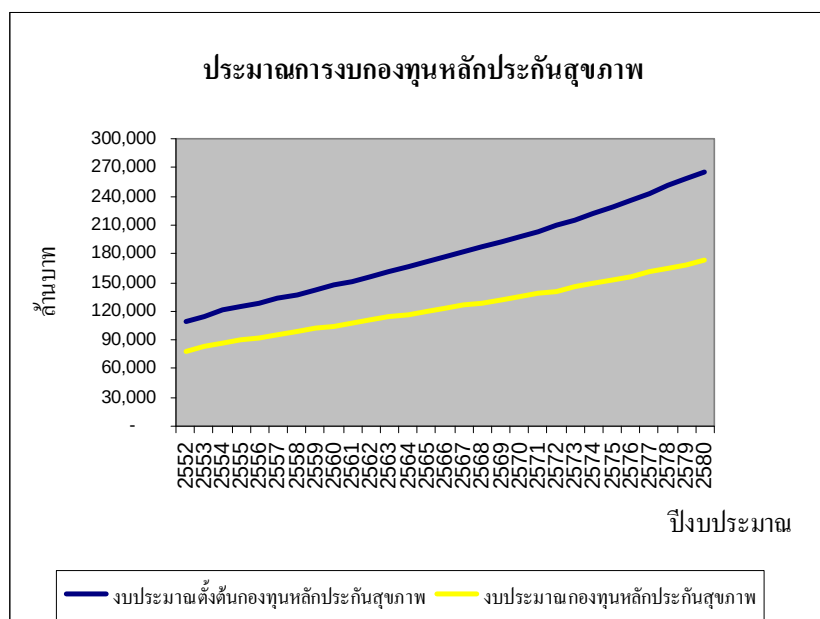
** ร้อยละการเปลี่ยนแปลงจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2552 เมื่อเทียบกับปีงบประมาณ พ.ศ. 2572

ที่มา : ศูนย์พยากรณ์เศรษฐกิจ ศูนย์ยุทธศาสตร์การงบประมาณ

⁸ การประมาณการประชากรตามแบบจำลองย่อยดังกล่าวมีข้อสมมติฐานที่สำคัญ ได้แก่ อัตราการเกิดของประชากรและอัตราการตายของประชากร โดยได้กำหนดให้อัตราการเกิด มีอัตราลดลงเรื่อยๆ โดยในระยะอีก 20 ปีข้างหน้า กำหนดให้อัตราการเกิดเท่ากับ 9 ต่อประชากร 1,000 คน โดยในระยะปานกลาง (ปีงบประมาณ 2552-2555) อัตราการตายของประชากรมีอัตราคงที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลง ในขณะที่ในระยะยาว (ภายใน 80 ปีข้างหน้า) กำหนดให้อัตราการตายของประชากรลดลงจากเดิมคิดเป็นร้อยละ 80 ของอัตราการตายในปัจจุบัน เนื่องจากคาดการณ์ว่า ในอนาคตการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศจะพัฒนาขึ้นจนทำให้อัตราการตายของประชากรลดน้อยลง นั่นก็หมายถึง ประชากรของประเทศในแต่ละช่วงอายุจะมีอายุยืนยาวขึ้น ซึ่งสะท้อนถึงภาวะการณึ่งพึงพิงของประชากรที่เกิดการเปลี่ยนแปลงในอนาคต



แนวโน้มเงินอุดหนุนที่ให้แก่งบประมาณสู่หลักประกันสุขภาพในระยะยาว



ที่มา : ศูนย์พยากรณ์เศรษฐกิจ ศูนย์ยุทธศาสตร์การงบประมาณ

ซึ่งแม้ว่าจะเป็นตัวเลขที่สูงแต่ก็อยู่ในวิสัยที่รัฐบาลน่าจะสามารถให้การสนับสนุนได้โดยไม่มีภาวะกดดันด้านการคลังมากนัก แม้ว่าจะต้องขาดดุลงบประมาณบ้าง แต่โดยทั่วไปแล้วรัฐบาลก็จะดำเนินนโยบายการคลังที่มีการขาดดุลภายใต้กรอบการคลังที่ยั่งยืนอยู่แล้ว ดังปรากฏตามตาราง

หน่วย : ล้านบาท

ปีงบประมาณ \ รายการ	2545	2546	2547	2548	2549*
รายได้	845,410.9	960,622.4	1,125,130.3	1,214,000.3	1,332,099.2
รายจ่าย	1,015,682.7	980,343.0	1,140,121.5	1,245,957.3	1,391,925.7
ดุลเงินงบประมาณ	-170,271.8	-19,720.6	-14,991.2	-31,957.0	-59,826.5

ที่มา : สำนักงบประมาณ เอกสารงบประมาณโดยสังเขป



อย่างไรก็ตาม ประเด็นสำคัญของปัจจัยที่จะมีผลต่อระบบการให้บริการสาธารณสุขในด้านนี้ คือ การจัดทำมีฐานข้อมูลและระบบบัญชีที่เป็นมาตรฐานใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบการตัดสินใจและวางแผนติดตามประเมินผลได้ ความเสี่ยงของระบบในมุมมองของรัฐบาลเป็นผลจากการขาดระบบบัญชีบัญชีต้นทุน และการจัดเก็บข้อมูลที่เป็นระบบมีความเชื่อมโยงกันทำให้ไม่สามารถวัดและติดตามความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในระบบได้

สรุปได้ว่า แม้ว่าฐานะทางการคลังของประเทศจะดูมีขีดความสามารถในการดูแลค่าใช้จ่ายด้านการบริการสาธารณสุขและการดูแลสุขภาพของประชาชนได้อย่างต่อเนื่อง ความเสี่ยงของระบบการให้บริการสาธารณสุขยังคงมีอยู่และเป็นความเสี่ยงที่ในปัจจุบันไม่สามารถประเมินได้อย่างชัดเจน สิ่งสำคัญที่ควรต้องเร่งดำเนินการ คือ การจัดทำมีระบบบัญชี ระบบบัญชีต้นทุน และระบบการจัดเก็บข้อมูลที่มีมาตรฐานสามารถเชื่อมโยงกันได้ทั้งระบบ เพื่อเป็นพื้นฐานของการวางแผนและพัฒนาสนับสนุนการบริหารจัดการระบบการบริการสาธารณสุขของประเทศอย่างมีประสิทธิภาพต่อไปในอนาคต



ปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

Key System Drivers : KSD

ประชากรมีอายุยืนมากขึ้น ภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยมีแนวโน้มไปสู่
ความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลระยะยาวและโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง

ถาวร สกุลพาณิชย์

ประเด็นที่น่าสนใจ

- ในขณะที่ประชากรมีอายุยืนนานขึ้นและเจ็บป่วยน้อยลง สัดส่วนของประชากรไทยวัยสูงอายุ 65 ปีขึ้นไปเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลปี 2548 ชีวอายุที่ประมาณร้อยละ 10.4 อัตราการใช้บริการและค่าใช้จ่ายในภาพรวมสูงขึ้น และผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะพักอาศัยอยู่คนเดียวเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.3 ในปี 2545 เป็นร้อยละ 7.4 ในปี 2548
- การสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Year, DALY) พบว่าผู้สูงอายุประสบปัญหาด้านสุขภาพจากโรคที่ไม่ติดต่อมากกว่าโรคติดต่อถึงเกือบ 8 เท่า โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง เช่น เส้นเลือดสมองอุดตัน หัวใจขาดเลือด เบาหวาน มะเร็งตับและถุงน้ำดี ต้อกระจก ถุงลมโป่งพอง และสมองเสื่อม เป็นต้น
- ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของประชากรจะเปลี่ยนไปตามกลุ่มอายุในลักษณะ J-curve โดยจะสูงขึ้นและสูงสุดในช่วงวัยชรา รวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพด้วย ปัจจัยที่น่าจะมีผลอย่างสำคัญ คือการเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยี เช่น ยาใหม่ การตรวจวินิจฉัยและการรักษาแบบใหม่
- ความท้าทายอีกประการในอนาคต คือการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งที่บ้านและในสถานพยาบาล ซึ่งจากข้อมูลที่มีอยู่อาจต้องใช้เงินกว่า 2,000 – 20,000 ล้านบาทต่อปี

มีหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างชัดเจนว่ามนุษย์ในปัจจุบันมีอายุยืนยาวขึ้น (Longevity) จากหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยทางชีววิทยา ภาวะโภชนาการ ความแข็งแรงของร่างกาย สภาพเศรษฐกิจและสังคม เมื่อศตวรรษก่อนมีประชากรในยุโรปเพียงร้อยละ 25 ที่มีอายุถึง 65 ปี แต่ในปัจจุบันเกือบร้อยละ 90 ของประชากรมีโอกาสมีอายุยืนเกิน 65 ปี และมีสุขภาพดีกว่าประชากรในวัยเดียวกันนี้เมื่อหนึ่งร้อยปีก่อน

รายงานวิจัยจำนวนมากแสดงให้เห็นว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพเปลี่ยนแปลง คือ อายุ เพศ เทคโนโลยี และภาวะสุขภาพ (Health status) และมีข้อมูลชัดเจนว่าค่าใช้จ่ายทางสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นตามอายุเป็นลักษณะตัวอักษร “J” ในภาษาอังกฤษ (J Curve) กล่าวคือ ค่าใช้จ่ายสุขภาพจะสูงในช่วงวัยแรกเกิดจากนั้นจะลดต่ำที่สุดในช่วงหนุ่มสาว จากนั้นจะกลับสูงขึ้นในวัยกลางคนและสูงที่สุดในวัยชรา และถ้าการมีอายุยืนยาวเกิดขึ้นควบคู่ไปกับการลดลงของอัตราเกิด จะทำให้เกิดภาวะที่นัก



ประชากรศาสตร์เรียกกันว่า “ภาวะประชากรสูงอายุ” ซึ่งทำให้มีผู้อยู่ในวัยแรงงานลดลง ในขณะที่ผู้ต้องพึ่งพิงโดยเฉพาะผู้ชราที่มีจำนวนสูงขึ้น อาจทำให้เกิดสถานะทางการเงินการคลังสุขภาพของประเทศไม่มั่นคงได้

แต่เมื่อศึกษาในรายละเอียดเพิ่มเติมพบว่า ในแต่ละกลุ่มอายุนั้นค่าใช้จ่ายสุขภาพของ กลุ่มที่เสียชีวิตต่างจากกลุ่มที่ยังมีชีวิตรอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทำให้เกิดแนวคิดว่าการที่การที่ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของผู้ชราสูงกว่ากลุ่มอื่นนั้นเกิดจากประชากรกลุ่มนี้มีโอกาสเสียชีวิตในช่วงอายุนั้นสูงกว่าไม่ใช่เป็นเพราะอายุมากกว่า นอกจากนั้นจากการวิเคราะห์ยังพบว่าค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้นนั้นมาจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์มากกว่าภาวะชราภาพอย่างชัดเจน

1. สถานการณ์ในประเทศไทย

สำหรับประเทศไทยนั้นประชากรไทยก็มีอายุยืนขึ้นอย่างชัดเจนในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา และเมื่อดูจากเกณฑ์ตามนิยามขององค์การสหประชาชาติซึ่งกำหนดว่าประเทศที่อยู่ในภาวะประชากรสูงอายุจะมีสัดส่วนของประชากรที่มีอายุมาก 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 7 ขณะนี้ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วด้วยปัจจัยทั้ง การมีอายุยืนยาวขึ้น อัตราตายลดลงและอัตราเกิดของประชากรลดลงอย่างต่อเนื่อง

ตามข้อมูลทะเบียนราษฎรมีผู้สูงอายุจำนวนประมาณร้อยละ 10.4 ในปี พ.ศ. 2548 โดยเป็นผู้หญิงร้อยละ 55.2 ทั้งนี้ผู้สูงอายุอยู่นอกเขตเทศบาลมีมากกว่าผู้สูงอายุในเขตเทศบาลประมาณ 2.5 เท่า แต่โครงสร้างอายุคล้ายคลึงกันมากกล่าวคือเป็น ผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี)ประมาณร้อยละ 62.7 ผู้สูงอายุตอนกลาง (70-74 ปี) ประมาณร้อยละ 18.4 สำหรับผู้สูงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 75 ปี มีประมาณร้อยละ 18.9 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตรและญาติ จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ. 2545 มีเพียงร้อยละ 6.3 ที่อาศัยอยู่คนเดียว แต่พบว่าในปี พ.ศ. 2548 มีสัดส่วนผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 7.4

อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด¹ (Life expectancy at birth) ของคนไทยเพิ่มสูงขึ้นทั้งชายและหญิง โดยในช่วงปี พ.ศ. 2543 – 2548 ชายมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด 68.15 ปี และหญิงมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด 72.39 ปี

1.1 สถานการณ์ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ

ในภาพรวมคนไทยป่วยน้อยลง และแบบแผนการเจ็บป่วยและเสียชีวิตเปลี่ยนจากโรคติดต่อเป็นหลักมาเป็นโรคไม่ติดต่อ แต่เมื่อนำเอาอายุคาดเฉลี่ยมาปรับด้วยตัวแปรภาวะสุขภาพซึ่งเรียกว่าอายุคาดเฉลี่ยของภาวะสุขภาพดี(Life expectancy at good health: LEGH) พบว่าอายุคาดเฉลี่ยของภาวะสุขภาพดีของคนไทยจะเป็นเพียง 55.7 ปีสำหรับผู้ชาย และ ผู้หญิงลดเหลือ 62.4 ปี² กลุ่มโรคเรื้อรัง

¹ อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life expectancy at birth) คือจำนวนปีที่คาดว่าจะมีชีวิตอยู่นับตั้งแต่เกิดจนตาย เป็นค่าทางสถิติที่นักประชากรศาสตร์นิยมใช้ในการเปรียบเทียบความยืนยาวของประชากรของประเทศต่างๆ

² จากการคำนวณในรายงานประจำปีขององค์การอนามัยโลกปี 2546

ที่พบมากเป็น 5 อันดับแรกได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคระบบต่อมไร้ท่อ โรคระบบกล้ามเนื้อ เอ็นกระดูก โรคระบบทางเดินอาหาร และ โรคระบบทางเดินหายใจ

ตารางที่ 1 สิบอันดับแรกของ DALY ในผู้สูงอายุ 60+ ปี

ลำดับ	ชาย			หญิง		
	โรค	DALY ('000)	%	%	DALY ('000)	โรค
1	เส้นเลือดสมองอุดตัน	171	12.5	13.0	206	เส้นเลือดสมองอุดตัน
2	ถุงลมโป่งพอง	124	9.1	8.9	141	เบาหวาน
3	มะเร็งตับและถุงน้ำดี	114	8.4	6.1	97	ข้อเสื่อม
4	หัวใจขาดเลือด	94	6.9	6.1	97	หัวใจขาดเลือด
5	เบาหวาน	67	4.9	5.3	85	ต้อกระจก
6	มะเร็งปอด	62	4.6	4.9	78	สมองเสื่อม
7	หุหนวก	49	3.6	4.2	67	มะเร็งตับและถุงน้ำดี
8	ต้อกระจก	46	3.4	3.9	61	หุหนวก
9	สมองเสื่อม	38	2.8	3.8	60	ถุงลมโป่งพอง
10	ตับแข็ง	36	2.6	2.8	44	ไตอักเสบ

ที่มา: คณะทำงานพัฒนาดัชนีชี้วัดภาระโรค สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

อัตราการสูญบุหรืเป็นประจำ และอัตราการต็มสุราของผูสูสูงอายุลดลงจากการสำรวจครั้งก่อน
อย่างไรก็ตามสภาวะสุขภาพของผูสูอายุเป็นผลจากการการใช้ชีวิตที่ผ่านมตลอดช่วงชีวิต

เมื่อพิจารณาการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Year: DALY) พบว่าผูสูอายุสูญเสียปีสุขภาวะถึงร้อยละ 85 จากโรคไม่ติดต่อ โรคติดต่อ ร้อยละ 11 ที่เหลือเป็นอุบัติเหตุ (ตารางที่ 1) ทั้งนี้จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2549 พบว่าผูป่วยชายมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคเรื้อรังมากขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ส่วนผูสูอายุหญิงจะสูงขึ้นจนถึงอายุ 74 ปี นอกจากนั้นภาวะสมองเสื่อมก็พบมากขึ้นในคนที่มียอายุมากขึ้น ในส่วนโรคเอดส์ในผูสูอายุมีแนวโน้มลดลง

ตารางที่ 2 จำนวนผูสูอายุที่ได้รับสวัสดิการรักษายาบาล (หน่วยเป็นพันคน)

อายุ	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ประกันสังคม/กองทุนเงินทดแทน	สวัสดิการข้าราชการ/บำนาญ/วิสาหกิจ	ประกันสุขภาพเอกชน	สวัสดิการโดยนายจ้าง	อื่นๆ
60-64	1727.5	41.1	403.1	36.7	5.9	6.9
65-69	1430.1	14.8	327.0	32.0	3.4	15.2
70-74	1051.5	3.1	238.4	15.3	4.3	10.1
75+	1087.9	3.0	330.5	3.8	0.9	9.7
รวม	5297.0	62.0	1299.0	87.8	14.5	41.9

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2549

ในปี พ.ศ. 2549 ร้อยละ 97.7 ของผู้สูงอายุไทยใช้สวัสดิการรักษายาบาลทั้งของรัฐและเอกชน ในการรักษายาบาล (ตารางที่ 2) และผู้สูงอายุจำนวนร้อยละ 12.7 ใช้บริการผู้ป่วยในซึ่งสูงกว่าทุกกลุ่มอายุ และค่าใช้จ่ายในการรักษามีแนวโน้มสูงขึ้นในกลุ่มอายุที่สูงขึ้น ไม่ว่าจะดูจากจำนวนค่ารักษาที่โรงพยาบาลแจ้ง (Billing) หรือ คำนำนั้หนักสัมพัทธ์ของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (ตารางที่ 3) เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลจากการเปรียบเทียบผลการรักษาสองประเภท คือ ผู้ป่วยที่กลับบ้านได้และผู้ป่วยที่เสียชีวิต ก็พบว่าค่าใช้จ่ายเฉพาะครั้งที่ผู้ป่วยเสียชีวิตสูงกว่าค่าใช้จ่ายเฉพาะครั้งสำหรับการรักษาที่ผู้ป่วยกลับบ้านได้อย่างชัดเจน แม้ว่าข้อมูลยังไม่เพียงพอจะคำนวณ Mortality cost ในแต่ละช่วงอายุ แต่พออนุมานได้ว่ารูปแบบค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลผู้ป่วยในประเทศไทยก็คงคล้ายคลึงกับรายงานอื่นในประเทศในกลุ่มสหภาพยุโรปหรือสหรัฐอเมริกา กล่าวคือ ค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลสูงขึ้นตามอายุในลักษณะ “J Curve” และค่าใช้จ่ายสุขภาพของกลุ่มที่เสียชีวิตต่างจากกลุ่มที่ยังมีชีวิตรอด

ตารางที่ 3 ค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลผู้ป่วยใน พ.ศ. 2549 เปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่กลับบ้านได้ เสียชีวิตและผู้ป่วยที่เสียชีวิต

อายุ	สวัสดิการข้าราชการ				ประกันสังคม				หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า			
	ผู้ชาย		ผู้หญิง		ผู้ชาย		ผู้หญิง		ผู้ชาย		ผู้หญิง	
	รอด	ตาย	รอด	ตาย	รอด	ตาย	รอด	ตาย	รอด	ตาย	รอด	ตาย
ราคาที่เรียกเก็บเฉลี่ยต่อครั้ง การนอนโรงพยาบาล (Admission) x 1,000 บาท												
20-39	16.2	83.5	11.4	90.5	16.9	63.4	10.6	74.6	10.6	32.6	6.4	34.6
40-49	20.2	66.6	16.7	87.7	18.9	66.6	15.5	64.0	11.3	33.2	9.4	37.0
50-59	25.6	73.8	21.3	87.0	22.0	78.4	17.5	80.1	12.2	39.0	10.2	39.6
60-69	27.6	85.9	23.6	89.4	25.5	100.2	20.1	71.3	12.3	46.6	10.6	47.8
70-79	26.3	101.3	22.9	94.8	26.1	153.7	29.8	131.3	11.6	50.4	10.1	47.9
80-89	25.7	103.2	24.1	106.2					10.7	48.9	10.2	49.0
90+	25.1	125.5	28.7	114.6					11.6	39.2	10.6	48.1
Adjust RW เฉลี่ยต่อครั้ง การนอนโรงพยาบาล (Admission)												
20-39	1.10	4.37	0.88	2.78	0.98	2.48	0.67	2.48	1.13	2.42	0.71	2.32
40-49	1.29	3.16	1.16	3.55	1.12	2.51	1.01	2.27	1.22	2.63	1.07	2.62
50-59	1.64	3.67	1.33	4.14	1.29	2.87	1.07	3.26	1.32	2.99	1.13	2.96
60-69	1.72	4.34	1.42	4.30	1.43	3.60	1.11	2.68	1.33	3.43	1.13	3.28
70-79	1.64	4.89	1.42	4.69	1.41	4.98	1.36	4.08	1.25	3.67	1.08	3.41
80-89	1.58	5.42	1.44	5.53					1.18	3.64	1.08	3.67
90+	1.60	5.58	1.67	5.86					1.19	3.44	1.10	3.57

ที่มา: คำนวณจากฐานข้อมูลผู้ป่วยในของกรมบัญชีกลาง สนง.ประกันสังคม และ สนง.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1.2 สถานการณ์การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

ระดับความสามารถของผู้สูงอายุเริ่มจากกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเอง การทำงานบ้านด้วยตนเอง และกิจกรรมทางสังคม เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินระดับความสามารถที่นิยมใช้กันในประเทศต่างๆ คือ การวัด Activity Daily Life (ADL) ในหลายประเทศประยุกต์ใช้ ADL ในการประเมินเพื่อจัดความช่วยเหลือสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ระบบการดูแลอาจจำแนกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกเป็นการดูแลด้วยผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ (Informal care givers) ได้แก่ ครอบครัว ญาติมิตร และ เครือข่าย กลุ่มที่สองเป็นการดูแลด้วยผู้ดูแลที่ทำงานเป็นอาชีพ (Formal care givers) ซึ่งอาจเป็นหน่วยงานของรัฐหรือเอกชนก็ได้ ทั้งนี้อาจเป็นการดูแลที่บ้าน (Home care) หรือ ดูแลในสถานที่เฉพาะ (Institution) ก็ได้

ประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ประกอบกับปัญหาโรคเรื้อรังทำให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพามีจำนวนมากขึ้น และสัดส่วนผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในกลุ่มอายุที่สูงขึ้น (ตารางที่ 4) ในอดีตผู้สูงอายุไทยที่ต้องพึ่งพาจะได้รับการดูแลโดยครอบครัวหรือญาติพี่น้อง แต่ในปัจจุบันสังคมไทยเปลี่ยนแปลงจากสังคมเกษตรกรรมเป็นสังคมอุตสาหกรรม ครอบครัวเปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว มีการอพยพจากเขตชนบทสู่เขตเมืองโดยเฉพาะวัยแรงงาน ผู้หญิงทำงานนอกบ้านมากขึ้น ดังนั้นศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาจึงลดลง ทำให้มีความต้องการการดูแลระยะยาวในสถานบริการมากขึ้นโดยเฉพาะในเขตเมือง

ตารางที่ 4 ภาวะพึ่งพาในกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศและอายุ

อายุ	ชาย			หญิง		
	กิจวัตรพื้นฐาน	การขับถ่าย	งานบ้าน	กิจวัตรพื้นฐาน	การขับถ่าย	งานบ้าน
60-69	1.8	3.7	5.4	2.2	5.6	7.0
70-79	3.8	5.8	12.5	5.1	7.3	19.9
80+	11.7	8.2	36.3	13.2	11.6	46.4
รวม	3.8	4.9	10.2	4.9	7.1	17.5

ที่มา : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของคนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3

พ.ศ. 2548

ในส่วนภาครัฐนั้นกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้ร่วมกับหน่วยงานส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชนในการสร้างความเข้มแข็งของระบบการดูแลด้วยผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ ในท้องถิ่น โดยมีเครือข่ายทางสังคมของการดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อสผ.) รวมถึงโครงการนำร่องอีกหลายโครงการ เช่น การจัดตั้งศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ

แต่ในส่วนของระบบการดูแลแบบเป็นทางการนั้นภาครัฐยังไม่มียุทธศาสตร์ชัดเจนในการจัดตั้งสถาบันสำหรับดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา มีแต่สถานพยาบาลรักษาโรค เช่น โรงพยาบาลซึ่งหน่วยงานทั้งสองประเภทไม่ได้ออกแบบมารองรับบริการดูแลระยะยาว หรือสถานสงเคราะห์คนชราซึ่งออกแบบมารับผู้สูงอายุที่ยังช่วยเหลือตัวเองได้ ดังนั้นจึงพบปัญหาเป็นประจำว่าโรงพยาบาลให้ผู้ป่วยสูงอายุกลับบ้าน เนื่องจากการเจ็บป่วยเฉียบพลันได้รับการบำบัดแล้ว แต่ผู้ป่วยหรือญาติยังไม่พร้อมจะรับกลับเนื่องจากผู้

ป่วยสูงอายุมีระดับภาวะการพึ่งพาสูงกว่าที่ญาติสามารถให้การดูแลต่อ ในทำนองกลับกันผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์บางรายก็มีภาวะพึ่งพาสูงเกินขีดความสามารถของสถานสงเคราะห์

สำหรับการจัดบริการดูแลระยะยาวโดยภาคเอกชนนั้นส่วนใหญ่จดทะเบียนในรูปสถานพยาบาล เอกชน หรือเลี้ยงไปจดทะเบียนกับหน่วยงานอื่น เช่น กระทรวงพาณิชย์ หรือกระทรวงแรงงาน นอกจากนี้ นักกล่าวได้ว่า ยังไม่มีการกำหนดประเภทสถานบริบาลสำหรับการดูแลระยะยาว การควบคุมกำกับ มาตรฐานการเรียนการสอน มาตรฐานบริการ อัตราค่าบริการเริ่มตั้งแต่ประมาณ 8,000 บาทต่อเดือน จนถึงประมาณ 20,000 บาทต่อเดือนในกรณีนอนพักในสถานบริบาล

ปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาอย่างเป็นระบบในการประมาณความต้องการการพึ่งพาของผู้สูงอายุว่ามีจำนวนเท่าใด ต้องการผู้ดูแลทั้งที่เป็นแบบไม่เป็นทางการและที่เป็นทางการเท่าใด ระบบจัดบริการในภาพรวมควรเป็นอย่างไร ต้องจัดระบบการเงินการคลังอย่างไร มีเพียงการประมาณการคร่าวๆ ของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (2549) ว่าในปี พ.ศ. 2550 มีผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวและต้องการคนดูแล 22,348 คน คิดเป็นค่าใช้จ่าย 805 ล้านบาทหากจ่ายค่าตอบแทนอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อสพ) โดยได้ค่าตอบแทน 3,000 บาท ต่อเดือน โดย อสพ 1 คนดูแลผู้สูงอายุ 10 คน

แนวโน้มในระยะ 10 ปี และเหตุผลประกอบ

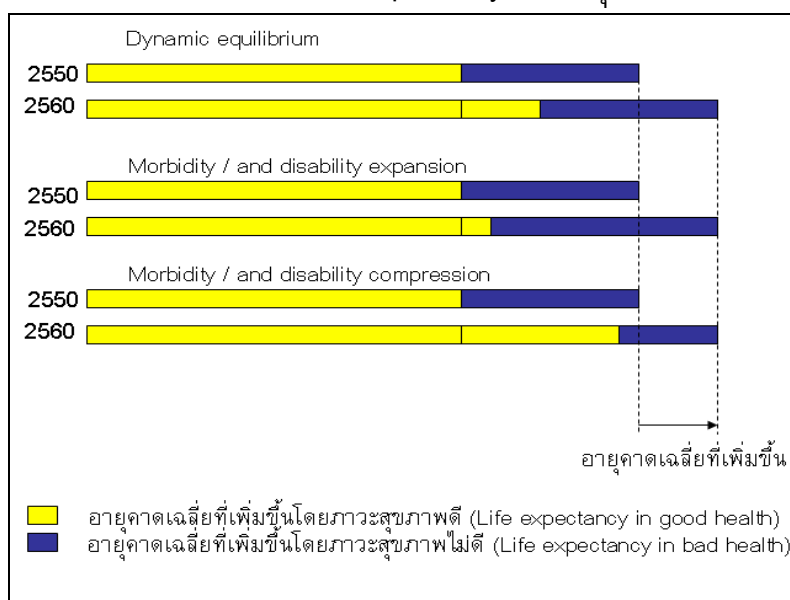
แนวโน้มในระยะ 10 ปีต่อไปนี้ประชากรไทยยังคงจะมีอายุคาดเฉลี่ยยืนยาวขึ้น ในขณะเดียวกัน อัตราการเจริญพันธุ์ก็คงจะลดลงอย่างต่อเนื่อง จากสภาพสังคมที่ผู้หญิงทำงานมากขึ้น แต่งงานช้าลง และตั้งใจมีบุตรน้อยลงซึ่งเป็นผลจากการเลี้ยงดูบุตรในสภาพสังคมปัจจุบันเป็นภาระต่อพ่อแม่มาก อย่างไรก็ตามประเทศไทยยังอยู่ในช่วงที่นักประชากรศาสตร์เรียกว่า ระเบิดานผลประชากร (Population dividend) กล่าวคือ เป็นช่วงเวลาที่อัตราการพึ่งพิง (Dependency ratio) ลดลง ซึ่งเกิดจากจำนวนเด็กเกิดใหม่ลดลงมากกว่าจำนวนประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้น และยังมีประชากรในวัยแรงงานมาก และเป็นประชากรที่ได้รับการศึกษาดีขึ้นกว่าในอดีตทำให้สามารถสร้างผลผลิตทางเศรษฐกิจได้มาก ซึ่งนำไปสู่การขยายตัวทางเศรษฐกิจและสะสมความมั่งคั่งของประเทศ

คาดว่าในช่วง 10 ปีนี้ ประชากรไทยจะมีอายุคาดเฉลี่ยของภาวะสุขภาพดี (Life expectancy at good health: LEGH) เพิ่มขึ้นในสัดส่วนที่สูงขึ้น ในลักษณะที่เรียกว่าเป็น Morbidity / disability compression (รูปที่ 1) ทั้งนี้เนื่องจากผลของการเติบโตทางเศรษฐกิจ และการที่ประชากรมีการศึกษาโดยเฉลี่ยสูงขึ้นทำให้มีรายได้มากขึ้น ประกอบกับกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง และสำนักงานประกันสังคมมีแผนงานที่ชัดเจนในการสร้างเสริมสุขภาพและรณรงค์ลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพ ประกอบกับกระแสสังคมเริ่มตอบรับกับการดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ

ผลของการที่มีอายุคาดเฉลี่ยเพิ่มขึ้นแบบ Morbidity / disability compression จะทำให้อัตราการเจ็บป่วยลดลง อัตราตายในแต่ละกลุ่มอายุลดลง ค่ารักษาพยาบาลต่อคนต่อปีในแต่ละกลุ่มอายุมีแนวโน้มจะลดลง แต่ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลรวมอาจเพิ่มขึ้นเนื่องจากประชากรมากขึ้น อาจมีจำนวนการใช้บริการสุขภาพมากขึ้น

ในการทำงานกลับกันถ้าการรณรงค์ที่หน่วยงานต่าง ๆ ทำไม่ได้ผล ประเทศไทยยังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพมากอยู่ ทั้งด้านเพศสัมพันธ์ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ภาวะน้ำหนักเกิน รวมถึงสภาพสิ่งแวดล้อมที่เสื่อมโทรมลง อายุคาดเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นจะเป็นอายุคาดเฉลี่ยของภาวะสุขภาพไม่ดี (Life expectancy at bad health : LEBH) มากขึ้น เป็นลักษณะ Morbidity / disability expansion pattern ซึ่งทำให้ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพเพิ่มสูงอย่างรวดเร็วได้

รูปที่ 1 แสดงรูปแบบที่เป็นไปได้ของ Health life expectancy ของอายุคาดเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้น ทั้ง 3 แบบ



ที่มา: ดัดแปลงจาก Economic Policy Committee (EPC) (2006)

จากการที่เริ่มมีการตื่นตัวในประเทศไทยทั้งภาครัฐและภาคเอกชนเพื่อรองรับสภาพสังคมผู้สูงอายุ มีการวิเคราะห์วิจัยและทดลองดำเนินการดูแลระยะยาวและกลไกการคลังของเรื่องนี้อย่างเป็นระบบ ดังนั้นจึงเชื่อได้ว่าระบบหลักประกันสำหรับการดูแลระยะยาวเป็นสิ่งที่น่าจะเกิดขึ้นภายใน 10 ปีนี้ ซึ่งระบบที่จะเกิดขึ้นจะใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นแกนหลักในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยมีสถานบริบาลภาครัฐและภาคเอกชนเสริมในกรณีที่ครอบครัวไม่สามารถดูแลได้

ลักษณะผลกระทบและอิทธิพลต่อระบบหลักประกันสุขภาพ

สถานพยาบาลต้องมีการปรับปรุงทั้งในด้านกายภาพและคุณภาพบริการเพื่อรองรับผู้ป่วยสูงอายุที่จะมีมากขึ้นเรื่อยๆ โรคของผู้สูงอายุและวิธีการรักษาก็จะมีความแตกต่างจากโรคในวัยอื่นๆ อยู่บ้าง รวมทั้งสถานพยาบาลจะต้องเตรียมการรองรับปัญหาอื่นของผู้สูงอายุ เช่น การช่วยเหลือตัวเองในกิจวัตรประจำวัน ความพิการ และ ปัญหาทางระบบประสาทและจิตเวช จึงจำเป็นต้องมีการเตรียมการและฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุขให้รองรับการที่ประเทศเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุด้วย

ในส่วนของระบบการดูแลระยะยาวนั้นต้องมีการพัฒนามาตรฐานและระบบคุณภาพสำหรับสถานบริบาลที่รับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาวและมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน และกลไกในการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่เป็น informal care giver.

การมีอายุยืนขึ้นไม่น่าจะเป็นประเด็นหลักที่ทำให้ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพสูงขึ้น เนื่องจากอายุเป็นเพียงปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งในด้านอุปทาน โดยทั่วไปค่าใช้จ่ายทางสุขภาพขึ้นกับปัจจัยหลากหลายทั้งด้านอุปทานและอุปสงค์ จากการวิเคราะห์ฐานข้อมูลการให้บริการและค่ารักษาพยาบาลของทั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม และสวัสดิการข้าราชการพบว่า การกระจายของอายุสมาชิกของแต่ละกองทุน ความรุนแรงของโรค (คะแนนรวมของน้ำหนักสัมพัทธ์ของกลุ่มวินิจฉัยโรครวม) อัตราการใช้บริการ ภาวะเงินเฟ้อ อัตราค่าแรงที่เพิ่มขึ้นมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลน้อย เมื่อเทียบกับการเปลี่ยนแปลง“เทคโนโลยี” (ยาใหม่ การตรวจวินิจฉัยแบบใหม่ การรักษาแบบใหม่) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานวิจัยในต่างประเทศ

แต่ระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีการออกแบบวิธีการจัดการและกลไกการคลังที่ดี เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ทั้งความเท่าเทียมทั้ง Intergenerational equity และ Intragenerational equity และประสิทธิภาพของระบบ จากการวิเคราะห์ของสถาบันวิจัยเพื่อพัฒนาประเทศไทยพบว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะยากจน โดยเฉพาะผู้มีอายุเกิน 60 ปีทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท และครอบครัวที่ ‘แห้ว’ กลาง หมายถึงครอบครัวที่มีเพียงเด็กและคนแก่ แต่ไม่มีรุ่นกลางอยู่เลยนั้น ในเขตเมืองมีโอกาสสูงมาก (2.8 เท่า) ที่จะเป็ครอบครัวยากจน ดังนั้นผู้สูงอายุกลุ่มนี้ถ้ามีภาวะพึ่งพิงและไม่สามารถหาผู้ดูแลในครอบครัวได้จะไม่สามารถเข้าถึงบริการดูแลระยะยาวเนื่องจากไม่มีกำลังเงินที่จะซื้อบริการจากสถานบริการภาคเอกชน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่รัฐต้องเข้ามาจัดระบบการดูแลระยะยาว ในลักษณะการจัดระบบประกันเพื่อเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข และกำกับราคาค่าบริการให้สมเหตุสมผล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีรายงานการวิจัย 2 ฉบับที่ประมาณการความต้องการบริการดูแลระยะยาว คือ รายงานของสุวิทย์ วิบุลย์ผลประเสริฐและคณะ (2540) ประมาณว่าในปี พ.ศ. 2558 จะมีผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ทั้งสิ้น 213,035 คน โดยดูแลดูแลเองภายในครอบครัว 111,843 คน และอยู่ในสถานบริบาล 101,192 คน รายงานฉบับที่สองเป็นของของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (2549) ประมาณการจำนวนผู้สูงอายุที่ควรดูแลจำนวน 448,466 คนในปี พ.ศ. 2558 โดยถ้าใช้ค่าใช้จ่ายในสถานบริบาลเอกชนแบบค้างคืนที่กล่าวไว้ในช่วงต้นของบทความ งบประมาณที่ใช้สำหรับตัวเลขประมาณการในบทความของสุวิทย์จะอยู่ในราวสองหมื่นล้านถึงสามหมื่นล้านบาทเป็นอย่างต่ำ ในขณะที่สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทยประมาณการจำนวนและค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยคิดเฉพาะ ค่าตอบแทนอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อสผ) โดยได้ค่าตอบแทน 3,000 บาท ต่อเดือน คิดเป็นใช้ค่าตอบแทน 2,209 ล้านบาท ซึ่งน่าจะต่ำกว่าความเป็นจริง มากเนื่องจากจะมีผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยที่ต้องเข้าสถานบริบาลเนื่องจากผู้สูงอายุต้องการการดูแลปานกลางหรือดูแลมาก ซึ่งเกินกว่าขีดความสามารถของ อสผ.

สรุป

ประชากรไทยมีแนวโน้มที่มีอายุยืนขึ้น แต่ในช่วง 10 ปีนี้ประเทศไทยยังอยู่ในช่วงปันผลประชากร ซึ่งจะมีกำลังแรงงานในสัดส่วนที่สูงเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุ จึงเป็นช่วงเหมาะที่จะเตรียมตัวรองรับปัญหาสังคมผู้สูงอายุที่จะตามมา จากการวิเคราะห์ข้อมูลในปัจจุบันพบว่าค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลสูงขึ้นตามอายุแต่ก็ไม่มากนัก ปัญหาค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลอยู่ที่ค่าใช้จ่ายก่อน



มรดกมรดกมากกว่า และปัจจัยหลักที่ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลสูงขึ้นเป็นปัจจัยการเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยี ดังนั้นการมีอายุยืนขึ้นไม่น่าจะส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลเปลี่ยนไปมากนัก แต่ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเป็นคนจนสูงและจะยิ่งลำบากมากขึ้นถ้าพึ่งพาตัวเองไม่ได้ จำเป็น ต้องมีการออกแบบวิธีการระบบประกันสำหรับการดูแลระยะยาวที่มีการจัดการและกลไกการคลังที่ดี เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ทั้งความเท่าเทียมทั้ง Intergenerational equity และ Intragenerational equity และประสิทธิภาพของระบบ ซึ่งระบบที่จะเกิดขึ้นควรใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นแกนหลักในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยมีสถานบริบาลภาครัฐและภาคเอกชนเสริมในกรณีที่ครอบครัวไม่สามารถดูแลได้

เอกสารอ้างอิง

- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2550), *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2549* มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย กรุงเทพฯ
- สำนักงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัย (2548), *การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของคนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข นนทบุรี*
- สมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2550), *การประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2550 เรื่อง การดูแลต่อเนื่องและการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย*, โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- อัมมาร สยามวาลา, สมชัย จิตสุชน (2550), *แนวทางการแก้ปัญหาความยากจน: เสรีนิยม ประชานิยม หรือรัฐสวัสดิการ* ในการสัมมนาวิชาการประจำปี 2550 เรื่อง จะแก้ปัญหาความยากจนกันอย่างไร: แข่งขัน แจกจ่าย หรือสวัสดิการ, มูลนิธิชัยพัฒนาและมูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, กรุงเทพฯ
- Ahn, N., R. Genova, J. Herce and J. Pereira (2003), *WP1: Ageing, Health and Retirement in Europe, Bio-Demographic Aspects of Population Ageing*, Final report of WP1 of the AGIR project, FEDEA, Madrid, December.
- Economic Policy Committee (EPC) (2006), *The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, long term care, education and unemployment transfers (2004-2050)*, Special Report n° 1/2006, Brussels.
- Pellikaan, F. and E. Westerhout (2005), *Alternative Scenarios for Health, Life Expectancy and Social Expenditure* (paper prepared as part of the AGIR WP4 project), CPB Document No. 85, CPB, The Hague
- Westerhout, E. and F. Pellikaan (2005), *Can We Afford to Live Longer in Better Health?* (paper prepared as part of the AGIR WP10 project), CPB, The Hague



ปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

Key System Drivers : KSD

ความท้าทายที่เป็นปัจจัยผลักดันด้านทรัพยากรบุคคล ในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ทิณกร โนรี

ประเด็นที่น่าสนใจ

- จากการประเมินในปี 2549 ปริมาณแพทย์ของประเทศยังน้อยกว่าความต้องการ ประมาณ 6,092 คน ในขณะที่สามารถผลิตได้ปีละ 1,500 คน และเสียแพทย์ออกจากระบบของรัฐประมาณ 700 คนต่อปี
- การกระจายของแพทย์ยังกระจุกตัวอยู่ในเขตเมือง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้มีอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร ต่ำกว่าที่อื่นๆ
- ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ความต้องการแพทย์เพิ่มมากขึ้น คือ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเพิ่มปริมาณภาระงานของแพทย์ การเปลี่ยนแปลงด้านประชากรและปัญหาสาธารณสุข การเติบโตของบริการภาคเอกชน และนโยบาย Medical hub of Asia
- ในสถานการณ์ดังกล่าว ผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ คุณภาพบริการที่ด้อยลง และต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านกำลังคนที่สูงขึ้น

“แม้ว่าจะมีความพยายามในการผลิตแพทย์เพิ่ม ภาวะความขาดแคลนอัตรากำลังและการกระจายตัวอย่างไม่เหมาะสม การขยายตัวและการแข่งขันในระบบบริการสุขภาพ ตลอดจนนโยบายให้ไทยเป็นศูนย์กลางด้านสุขภาพของภูมิภาค ซึ่งทำให้เกิดการแข่งขันในการดึงดูดบุคลากรทางสุขภาพ ส่งผลต่อการจัดการบุคลากรทางการแพทย์ในระบบ และต้นทุนค่าแรงค่าตอบแทนในระบบที่เพิ่มขึ้น”

สถานการณ์การขาดแคลนแพทย์ในประเทศไทย : ทิศทางและแนวโน้ม

1.สถานการณ์ความขาดแคลน

ปัญหาความขาดแคลนแพทย์ในประเทศไทยเป็นปัญหาที่ต่อเนื่องและเรื้อรังมานานแม้ว่าภาครัฐโดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขได้มีมาตรการต่างๆในการแก้ไขปัญหาความขาดแคลนแพทย์ แต่ปัญหาดังกล่าวก็ยังมีอยู่อย่างต่อเนื่องและมีแนวโน้มที่รุนแรงมากขึ้นในอนาคต จากปัจจัยแวดล้อมต่างๆที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

เมื่อมองปัญหาความขาดแคลนแพทย์ในภาพรวม จะมีปรากฏการณ์ที่ต้องคำนึงถึงใน 2 นัยยะ นัยยะแรกคือปัญหาของจำนวนแพทย์ที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนที่เพิ่มขึ้น และนัยยะที่ 2 คือการกระจายตัวของแพทย์ที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านภูมิศาสตร์และระหว่างภาครัฐและเอกชน

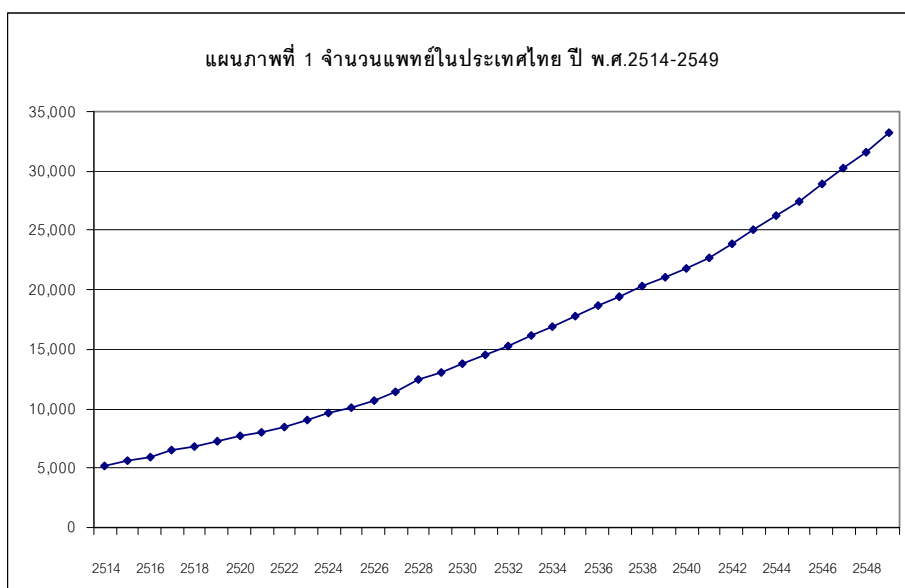


1.1 ด้านจำนวน

ในแง่จำนวนแพทย์ของประเทศที่มีอยู่ในปัจจุบัน จากข้อมูลของแพทยสภา (แผนภาพที่ 1) พบว่าจำนวนแพทย์ของประเทศไทยเพิ่มขึ้นจาก จำนวน 5,222 คน ในปี 2514 เป็น 33,166 คนในปี 2549 โดยมีจำนวนแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนกับทางแพทยสภา ปีละ 3-400 คน ในช่วงปี 2514 เป็น ปีละ 1,500 คนในปัจจุบัน

จากข้อมูล ปี 2547 เมื่อเปรียบเทียบอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้แล้วพบว่าประเทศไทยยังมีจำนวนแพทย์ไม่มากนัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเปรียบเทียบกับระหว่างประเทศที่มีระดับเศรษฐกิจใกล้เคียงกันแล้วประเทศไทยมีจำนวนแพทย์ในระดับที่ต่ำมาก (ตารางที่ 1)

ในขณะที่ความต้องการแพทย์ของประเทศ จากการประมาณการของแผนแม่บทกำลังคนด้านสาธารณสุข ปี 2546 ของกระทรวงสาธารณสุข [1] ที่กำหนดอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรในภาพรวมที่เหมาะสมไว้ที่ 1: 1800 ซึ่งในปี 2549 ประเทศไทยควรมีแพทย์ทั้งสิ้น 39,258 คน ดังนั้นเราจึงมีแพทย์น้อยกว่าความต้องการถึง 6,092 คน



ที่มา : แพทยสภา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร 1,000 คน ในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และกลุ่มประเทศที่มีระดับเศรษฐกิจใกล้เคียงกัน

	<i>GDP per capita (PPP)</i>	<i>Physician/ 1,000 population</i>
South-east Asia		
Singapore	23,730	1.6
Malaysia	8,500	0.7
Thailand	6,890	0.4
Philippines	4,450	1.2
Vietnam	2,300	0.5
Cambodia	1,970	0.3
Lao PDR	1,660	0.2

	<i>GDP per capita (PPP)</i>	<i>Physician/ 1,000 population</i>
Same economic level		
Bulgaria	7,030	3.4
Latin America & Carib.	6,950	1.4
Europe & Central Asia	6,900	3.1
Thailand	6,890	0.4
Namibia	6,880	0.3
Iran, Islamic Rep.	6,690	0.9

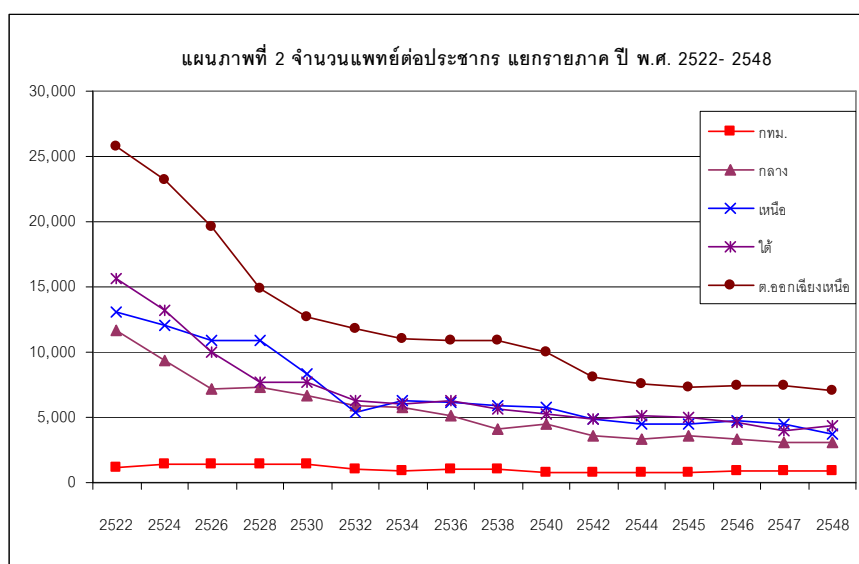
ที่มา: World Development Indicator 2004

1.2 ด้านการกระจาย

นอกจากปัญหาจำนวนแพทย์ที่ไม่เพียงพอกับความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนแล้วแล้ว การกระจายตัวของแพทย์ที่ไม่เหมาะสมจะยิ่งทำให้ปัญหาแพทย์ขาดแคลนมีความรุนแรงยิ่งขึ้น

1.2.1 การกระจายตัวทางด้านภูมิศาสตร์ (Geographical distribution)

แม้ว่าประเทศไทยจะมีการผลิตแพทย์เพิ่มขึ้นทำให้มีจำนวนรวมแพทย์สะสมเพิ่มขึ้น อีกทั้งกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายการกระจายแพทย์ โดยให้แพทย์ที่จบการศึกษาปฏิบัติงานชดใช้ทุนในโรงพยาบาลของรัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลเป็นเวลา 3 ปี เป็นผลให้มีจำนวนแพทย์เพิ่มขึ้นในภาคต่าง ๆ อย่างเห็นได้ชัด ทำให้สัดส่วนแพทย์ต่อประชากรในภาคต่าง ๆ มีจำนวนดีขึ้นเป็นลำดับ (แผนภาพที่ 2)



ที่มา: การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2544-2547

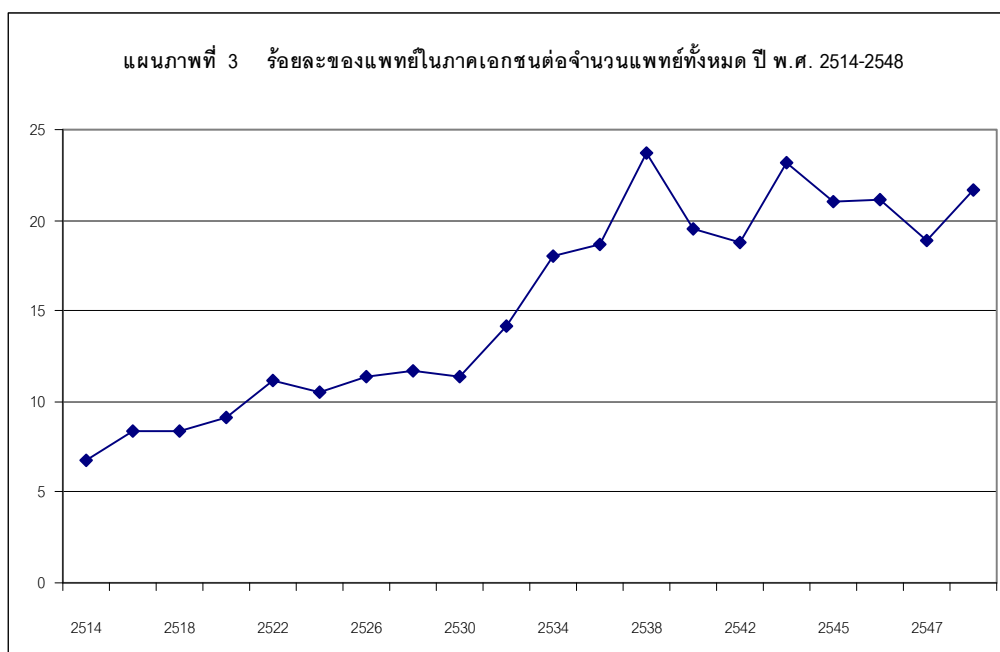
แต่อย่างไรก็ตามยังมีความเหลื่อมล้ำของการกระจายตัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรุงเทพฯ ที่เป็นศูนย์กลางความเจริญของประเทศ และในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่พื้นที่ยากจน ในขณะที่ในภาคกลาง (ที่ไม่รวมกรุงเทพฯ) ภาคเหนือ และภาคใต้มีการกระจายตัวที่ใกล้เคียงกัน

จากรายงานการสำรวจทรัพยากรสาธารณสุข ปี 2547 [2] พบว่าแพทย์มีการกระจุกตัวอยู่ในเขต กรุงเทพฯ และปริมณฑล หรือในเมืองใหญ่โดยเฉพาะจังหวัดที่มีโรงเรียนแพทย์ เช่น เชียงใหม่หรือสงขลา เป็นต้น ในขณะที่จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและจังหวัดเขตชายแดนภาคใต้มีแพทย์อยู่อย่างเบาบาง

ในขณะเดียวกันยังมีความแตกต่างของการกระจายแพทย์ภายในแต่ละภาคด้วย โดยจำนวนแพทย์ต่อประชากรของแต่ละจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือยังมีการกระจายตัวที่แตกต่างกันอย่างมาก โดยในจังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นพื้นที่เจริญและเป็นที่ตั้งของคณะแพทย์ มีจำนวนแพทย์ต่อประชากรเท่ากับ 3,231 คน ในขณะที่จังหวัดศรีสะเกษมีจำนวนแพทย์ต่อประชากรเพียง 11,267 คน

1.2.2 การกระจายตัวระหว่างภาครัฐและเอกชน

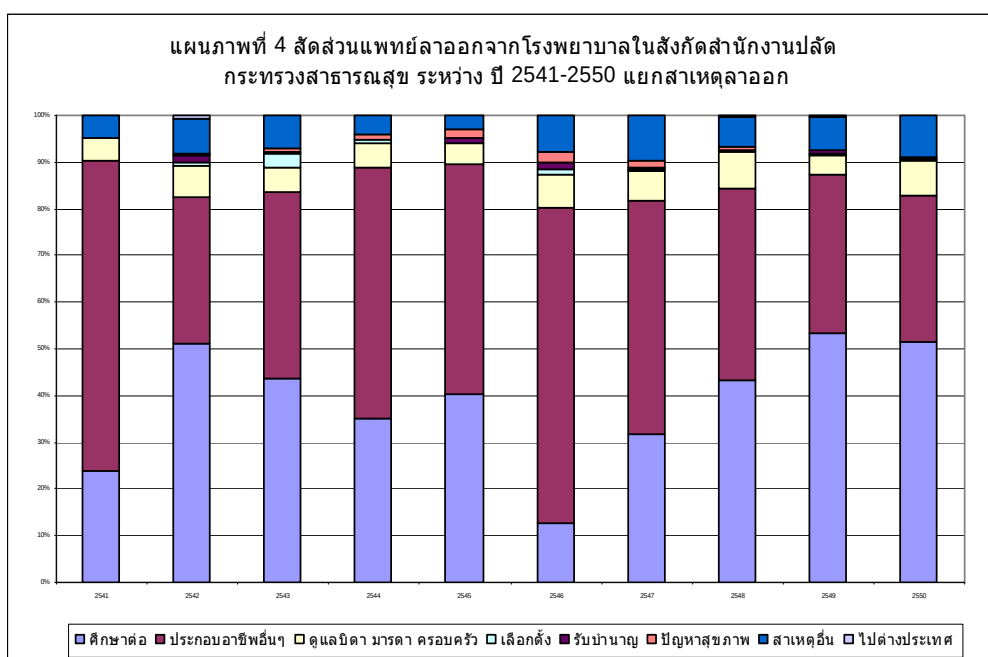
สถานการณ์ด้านเศรษฐกิจของประเทศมีผลการกระจายตัวของแพทย์โดยเฉพาะอย่างยิ่งระหว่างภาครัฐและเอกชน จากแผนภาพที่ 3 จะเห็นได้ว่าจากปี 2514 สัดส่วนของจำนวนแพทย์ในภาคเอกชนค่อยๆ เพิ่มขึ้นจากประมาณ 300 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 7 ของจำนวนแพทย์ทั่วประเทศ และเพิ่มสูงขึ้นมากในช่วงปี 2530-2540 ซึ่งเป็นช่วงที่สถานะทางเศรษฐกิจของประเทศเติบโตสูงมากถึง 3,400 คน คิดเป็นร้อยละ 24 ในปี 2538 เมื่อประเทศตกอยู่ในสภาวะวิกฤติเศรษฐกิจในปี 2540 สัดส่วนของจำนวนแพทย์ในภาคเอกชนก็ลดลง และในช่วงนี้มีแพทย์ขอกลับเข้ารับราชการมากถึง 168 รายในปี 2542 [3] และหลังปี 2543 สภาวะเศรษฐกิจของประเทศเริ่มฟื้นตัวทำให้สัดส่วนของแพทย์ในภาคเอกชนเริ่มสูงขึ้นอีกครั้ง



ที่มา : การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2544-2547

1.2.3 การกระจายตัวระหว่างแพทย์เฉพาะทางและแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป

กระแสความนิยมการเป็นแพทย์เฉพาะทางในวิชาชีพแพทย์ของประเทศไทยมีมาอย่างต่อเนื่องยาวนาน ในขณะเดียวกันระบบการแพทย์ของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มสถาบันการผลิต และองค์กรที่ทำหน้าที่ดูแลมาตรฐานทางวิชาชีพ ต่างมุ่งเน้นการรักษาพยาบาลที่ใช้ความเชี่ยวชาญในระดับสูงจากแพทย์เฉพาะทาง โดยพบว่าจำนวนโควตาการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง เพิ่มจากปีละ 626 ตำแหน่งในปี 2529 [4] เป็น 1,800 ตำแหน่งในปี 2550 ซึ่งคิดเป็นจำนวนที่มากกว่าบัณฑิตแพทย์ที่จบในปีดังกล่าว แม้ว่าหน่วยงานผู้ใช้หลัก คือ กระทรวงสาธารณสุขได้พยายามมุ่งเน้นความสำคัญของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว ซึ่งสามารถดูแลผู้ป่วยที่เป็นประชากรส่วนใหญ่ของประเทศอย่างเป็นองค์รวมได้มากกว่าก็ตาม แต่ทิศทางนโยบายดังกล่าวก็ไม่สามารถต้านทานกระแสความต้องการเป็นแพทย์เฉพาะทางในหมู่แพทย์ได้ จากข้อมูลสาเหตุการลาออกของแพทย์ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าการลาออกเพื่อการศึกษาต่อมีสัดส่วนที่สูงขึ้นจากร้อยละ 12 ในปี 2546 เป็นร้อยละ 53 ในปี 2549 (แผนภาพที่ 4) ซึ่งแนวโน้มดังกล่าวเป็นผลให้สัดส่วนของแพทย์เฉพาะทางต่อแพทย์ทั่วไปเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3 ในปี 2514 เป็นร้อยละ 70 ในปี 2546 [5]

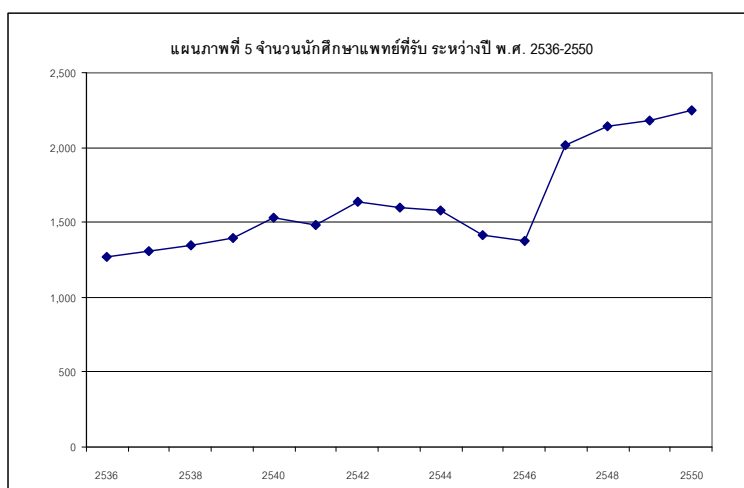


ที่มา ข้อมูลการลาออกของกองการเจ้าหน้าที่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2. สถานการณ์ด้านการผลิตแพทย์

จากนโยบายการเพิ่มปริมาณการผลิตแพทย์อย่างต่อเนื่องตลอดมา ทำให้ความสามารถในการผลิตแพทย์ของประเทศเพิ่มจาก ปีละ 1,528 คนในปี 2540 เป็น 2,400 คนในปี 2550 (แผนภาพที่ 5) โดยสถาบันการผลิตเพิ่มจาก 10 แห่ง ในปี 2540 เป็น 17 แห่งในปัจจุบัน

แม้ว่าจะมีมาตรการการเพิ่มการผลิตแพทย์อย่างต่อเนื่องแต่ดูเหมือนว่ายังไม่สามารถแก้ปัญหาการกระจายตัวของแพทย์ได้ โดยในช่วง 10 ปีที่เศรษฐกิจเติบโตสูง ระหว่างปี 2530-2540 ประเทศไทยมีจำนวนแพทย์ในระบบสูงขึ้นถึงร้อยละ 58 แต่จำนวนแพทย์ที่เพิ่มขึ้นกลับกระจายอยู่ในกรุงเทพมหานครและภาคกลางคิดเป็นร้อยละ 84 และ 79 ตามลำดับ ในขณะที่การเพิ่มในภาคตะวันออกเฉียงเหนือต่ำที่สุดเพียงร้อยละ 43 สาเหตุประการหนึ่งเนื่องจากแพทย์ส่วนมากมิได้มีภูมิลำเนาอยู่ในสถานที่ปฏิบัติงาน ดังนั้นเมื่อแพทย์ปฏิบัติงานได้ระยะหนึ่ง ก็จะขอย้ายเข้าปฏิบัติงานในกรุงเทพหรือเมืองใหญ่ ทางกระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีมาตรการเพื่อคัดค้านักเรียนจากพื้นที่เข้ามาศึกษาได้แก่ โครงการแพทย์ชนบท การรับโควต่านักเรียนในภูมิภาค โครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท หรือกระทั่งโครงการหนึ่งแพทย์ หนึ่งอำเภอ (One district one doctor: ODO) โดยหวังว่าเมื่อแพทย์กลุ่มนี้จบออกมาจะกลับเข้าไปปฏิบัติงานในพื้นที่ภูมิลำเนาของตนเองเพื่อทำให้การกระจายแพทย์ของประเทศมีสัดส่วนที่ดีขึ้น



ที่มา: สำนักนโยบายและแผนอุดมศึกษา สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ

3. สถานการณ์ด้านความต้องการแพทย์

ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความต้องการแพทย์ในปัจจุบันมี 4 ประการ

3.1 นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จากการที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี 2544 จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า โครงการนี้มีผลครอบคลุมประชากรร้อยละ 74.7 ในปี 2546 และเพิ่มเป็นร้อยละ 84.5 ในปี 2549 ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐโดยไม่มีอุปสรรคเรื่องค่าใช้จ่าย ส่งผลให้อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นจาก 3.9 ครั้งต่อคนต่อปี ในปี 2544 เป็น 4.7 ครั้งต่อคนต่อปี ในปี 2547 และอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในเพิ่มจาก 0.078 เป็น 0.09 ครั้งต่อคนต่อปี ในปี 2544 และ 2547 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)



ตารางที่ 2 อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

พ.ศ.	ประชากร (คน)	ผู้ป่วยนอก		ผู้ป่วยใน	
		อัตรา ครั้ง/คน/ปี	จำนวนครั้ง	อัตรา ครั้ง/คน/ปี	จำนวนครั้ง
2544	62,871,000	3.929	247,027,679	0.078	4,928,328
2546	63,884,553	4.719	301,463,859	0.083	5,300,437
2547	65,112,652	4.758	309,820,714	0.090	5,874,073

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, รายงานการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2544, 2546 และ 2547

3.2 การเปลี่ยนแปลงด้านประชากรและปัญหาสาธารณสุข

การเปลี่ยนแปลงด้านประชากรและระบาดวิทยาส่งผลกระทบต่อกำลังคนด้านสุขภาพ กล่าวคือ จากความสำเร็จในการวางแผนครอบครัวทำให้อัตราเพิ่มของประชากรลดลงตามลำดับ และทำให้สัดส่วนการพึ่งพิงของประชากรในวัยเด็ก 0-14 ปีมีแนวโน้มลดลง ในขณะที่อัตราส่วนในการพึ่งพิงของผู้สูงอายุจะเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในวัยผู้สูงอายุ ทั้งการพึ่งพิง การดูแลต่าง ๆ จะเพิ่มขึ้น และขณะเดียวกัน แนวโน้มโรคเรื้อรังบางอย่าง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้น ตลอดจนโรคเรื้อรังบางกลุ่มซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นของคนไทย ได้แก่ หัวใจ มะเร็ง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอันเนื่องมาจากพฤติกรรมกรรมการบริโภค และการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม

3.3 การเติบโตของบริการสุขภาพภาคเอกชนต่อความต้องการภายในประเทศ

จากแผนภาพที่ 6 ในช่วงที่เศรษฐกิจของประเทศมีการเติบโตสูง ตั้งแต่ปี พ.ศ.2530 มีการไหลเข้าของเงินลงทุนจากต่างชาติเป็นผลให้มีการขยายตัวของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนสูงมาก โดยจำนวนเตียงของโรงพยาบาลเอกชนเพิ่มจาก 9,974 เตียงในปี 2530 เป็น 25,298 เตียงในปี 2540 ซึ่งการขยายตัวดังกล่าวมีผลให้ธุรกิจสถานพยาบาลภาคเอกชนมีความต้องการบุคลากรด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มแพทย์เป็นอย่างมาก จากข้อมูลการสำรวจทรัพยากรสาธารณสุขพบว่าในปี 2540 มีจำนวนแพทย์ที่ปฏิบัติงานในภาคเอกชน 3,244 คน ซึ่งสูงขึ้นเป็น 3.2 เท่าจากปี 2530

เมื่อถึงช่วงวิกฤติเศรษฐกิจในปี 2540 เกิดการชะลอตัวของภาคเอกชนเป็นอย่างมาก ทำให้อัตราการขยายตัวของโรงพยาบาลเอกชนลดลงอย่างชัดเจน ในขณะเดียวกันก็ยังมีเพิ่มจำนวนแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชนอยู่อย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2548 มีแพทย์ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลเอกชนทั้งสิ้น 4,229 คน คิดเป็น 1.3 เท่าของจำนวนแพทย์ในปี 2540

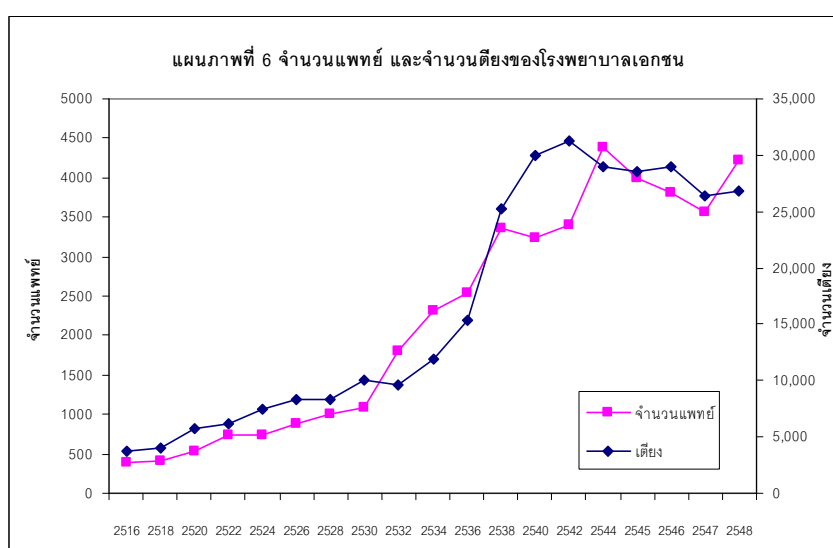
ซึ่งการเติบโตของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนอย่างมาดดังกล่าวส่วนหนึ่งเพื่อรองรับความต้องการในด้านการบริการสุขภาพของประชาชนในประเทศ โดยผลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่าการศึกษาในสถานบริการของเอกชนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15 ในปี 2544 เป็นร้อยละ 26.3 ในปี 2549 (ตารางที่ 3)



ตารางที่ 3 วิธีการรักษาเมื่อเจ็บป่วยของคนไทย กรณีการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก (ร้อยละ)

รูปแบบการรับการรักษา	พ.ศ.			
	2544	2546	2547	2549
ไม่ได้รับการรักษาอะไร	5.4	5.9	5.3	5.1
รักษาแผนโบราณ	2.5	2.9	4.4	0.5
ซื้อยารับประทานเอง	24.2	21.5	20.9	25.1
รักษาที่สถานอนามัย	17.4	23.9	24.6	16.3
รักษาที่โรงพยาบาลรัฐบาล	34.8	33.1	30.2	29.9
รักษาที่โรงพยาบาลเอกชน(รวมทั้งคลินิก)	15	19.4	22.7	26.3

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, รายงานการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

3.4 การเติบโตของบริการสุขภาพภาคเอกชนต่อความต้องการของผู้ป่วยต่างชาติ

ภายหลังวิกฤติเศรษฐกิจของประเทศในปี 2540 สถานพยาบาลภาคเอกชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ได้มีการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ในการดำเนินธุรกิจ โดยมุ่งเน้นการขยายตลาดเพื่อรองรับผู้ป่วยต่างชาติมากขึ้น โดยอาศัยช่องว่างความแตกต่างของค่าใช้จ่ายที่ต่ำกว่าประเทศคู่แข่ง ในขณะที่คุณภาพของการบริการไม่มีความแตกต่าง ประกอบกับอุปนิสัยของคนไทยที่มีความโอ้อวด อารี ยิ้มแย้มแจ่มใส ทำให้มีการขยายตัวของผู้ป่วยต่างชาติที่เข้ามารับบริการด้านสุขภาพในประเทศไทย

ประกอบกับในปี 2546 รัฐบาลมีนโยบายมุ่งส่งเสริมให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางการรักษาพยาบาลของภูมิภาคเอเชีย (Medial hub of Asia) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อเพิ่มปริมาณผู้ป่วยต่างชาติมารับบริการสุขภาพในประเทศไทย เป็นผลให้จำนวนผู้ป่วยต่างชาติเพิ่มปริมาณสูงขึ้นจาก 500,000 คน ในปี 2544 เป็น 1.2 ล้านคนในปี 2548 (ตารางที่ 4) และสามารถสร้างรายได้เข้าประเทศ สูงถึง 33,000 ล้านบาท



จากข้อมูลการสำรวจของกรมส่งเสริมการส่งออกในปี 2546 พบว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยต่างชาติที่มาได้รับการรักษาพยาบาลเป็นพนักงานต่างชาติที่ทำงานในประเทศไทย ขณะที่ร้อยละ 10 เป็นนักท่องเที่ยวที่บังเอิญเจ็บป่วยในขณะที่อยู่ในประเทศไทย และร้อยละ 30 เป็นชาวต่างชาติที่เดินทางเข้ามาใช้บริการในประเทศไทยโดยตรง โดยมุ่งเน้นเข้ามารักษาโรคหัวใจ สมอง ไต และโรคตา

อย่างไรก็ตามแม้ว่าผู้ป่วยต่างชาติที่เพิ่มขึ้นจะเป็นผลให้การไหลเข้ามาของเงินตราต่างประเทศและการขยายตัวเพิ่มขึ้นของบริการที่เกี่ยวข้อง แต่ในทางกลับกันก็ทำให้เกิดผลกระทบต่อระบบสุขภาพภายในประเทศ โดยการขยายตัวดังกล่าวทำให้เกิดความต้องการบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญสูง เป็นผลให้เกิดการแย่งชิงบุคลากรระหว่างภาครัฐและเอกชน โดยบุคลากรที่ได้รับการฝึกฝนมาอย่างดี มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญสูงในการไหลจากภาครัฐเข้าสู่ภาคเอกชน นอกจากนี้การบริการผู้ป่วยต่างชาติยังจะทำให้เกิดการขยายช่องว่างของระบบบริการสุขภาพระหว่างผู้ที่มีกำลังซื้อ (โดยเฉพาะผู้ป่วยต่างชาติ) กับคนไทยทั่วไปอีกด้วย

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนผู้ป่วยชาวต่างชาติที่เข้ามารับบริการในโรงพยาบาลเอกชนไทย

ลำดับ	สัญชาติ	จำนวนผู้ป่วยชาวต่างประเทศในแต่ละปี				
		2544	2545	2546	2547	2548
	รวม	550,161	630,000	973,532	1,103,095	1,249,984

ที่มา: ข้อมูลจากโรงพยาบาลเอกชนไทยจำนวน 30 แห่ง รวบรวมโดย: กรมส่งเสริมการส่งออก

ผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศ

จากสถานการณ์ปัญหาที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น จะเห็นได้ว่าวิกฤติของความขาดแคลนแพทย์ยังคงดำรงอยู่และมีแนวโน้มที่จะรุนแรงมากขึ้นในอนาคต และในขณะที่ความต้องการแพทย์ในอนาคตเพิ่มมากขึ้นจากปัจจัยต่างๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุที่มากขึ้น การเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรัง ความคาดหวังต่อการบริการที่มีคุณภาพสูงขึ้น อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชนในการพึ่งพาตนเองน้อยลงเมื่อมีการเจ็บป่วย แต่จำนวนแพทย์ที่เพิ่มขึ้นดูเหมือนจะไม่เพียงพอต่อความต้องการดังกล่าว อีกทั้งการกระจายแพทย์ที่ไม่เหมาะสมยิ่งทำให้ปัญหาความขาดแคลนแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐในพื้นที่ชนบท ซึ่งทำหน้าที่ดูแลสุขภาพคนส่วนใหญ่ของประเทศ รุนแรงมากขึ้นไปด้วย ซึ่งสภาพปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดผลกระทบต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพดังนี้

1. ความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ

ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นว่าแนวโน้มการกระจายของแพทย์ที่มีสัดส่วนเพิ่มมากขึ้นในภาคเอกชน และสำหรับในภาครัฐเองแพทย์ก็กระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพและจังหวัดใหญ่ ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือไม่สามารถเข้าถึงการบริการสุขภาพ ที่ต้องดำเนินการโดยแพทย์อย่างเท่าเทียมกับประชาชนในเมืองหลวงและจังหวัดใหญ่



2. คุณภาพบริการที่ลดลง

ผลกระทบที่ต่อเนื่องจากการกระจายแพทย์อย่างไม่เที่ยงกัน ส่งผลให้ภาระงานของแพทย์ในระดับบริการต่างๆ และในภูมิภาคต่างๆ มีความไม่เท่าเทียมกัน โดยเมื่อพิจารณาตามภูมิภาคแล้วพบว่าแพทย์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีภาระงานสูงที่สุด ตามด้วยภาคเหนือ ภาคใต้ และภาคกลางตามลำดับ และเมื่อพิจารณาเป็นระดับบริการแล้วพบว่าแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนมีภาระงานให้บริการผู้ป่วยนอกสูงเป็น 4 เท่าของแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ (ตารางที่ 5)

จากปัญหาภาระงานที่มากขึ้นดังกล่าวทำให้เกิดปัญหาแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนจำนวนหนึ่งขอย้ายเข้าปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจังหวัดซึ่งมีภาระงานที่น้อยกว่า และแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนจำนวนไม่น้อยที่เลือกวิถีทางการลาออกจากระบบราชการ (แผนภาพที่ 7) ซึ่งทำให้เกิดวงจรของความขาดแคลนแพทย์รุนแรงมากขึ้นและในที่สุดก็จะกระทบต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลในที่สุด

ตารางที่ 5 ข้อมูลการภาระงานให้บริการผู้ป่วยนอก(ครั้ง) ต่อแพทย์ 1 คน/ปี ในปี 2548

ภาค	แพทย์ต่อ
	ผู้ป่วยนอก (ครั้ง)
แบ่งตามภูมิภาค	
ภาคกลาง	8,706
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	10,926
ภาคเหนือ	10,674
ภาคใต้	9,768
แบ่งตามระดับบริการ	
รพศ.	4,460
รพท.	6,450
รพช.	16,725

ที่มา : การสำรวจทรัพยากรสาธารณสุข ของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ ปี 2548



อ้างอิง: สาเหตุการลาออกของแพทย์ จากหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ.2545-2546

3. ต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านกำลังคนสูงขึ้น

เพื่อแก้ไขปัญหาความขาดแคลนแพทย์ในระยะสั้น ทั้งกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลเอง เลือกใช้มาตรการจูงใจในรูปตัวเงิน (Financial incentive) มาใช้ มาตรการเพิ่มค่าตอบแทนต่างๆ ได้ถูกนำมาใช้อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ การให้ค่าตอบแทนในกรณีที่ไม่ทำเวชปฏิบัติ (ปี 2538) การเพิ่มอัตราค่าตอบแทนนอกเวลาราชการ (ปี 2538) การจ่ายค่าตอบแทนการปฏิบัติงานในพื้นที่ทุรกันดาร (ปี 2540) การจ่ายเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุผลพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข (ปี 2548) ทำให้ในปัจจุบันแพทย์ที่จบใหม่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 40,000-70,000 บาท ซึ่งค่าตอบแทนเหล่านี้ได้ถูกนำมาใช้เพื่อจูงใจให้แพทย์ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐ โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลมากขึ้น อย่างไรก็ตามมาตรการเหล่านี้ทำให้ต้นทุนค่าใช้จ่ายกำลังคนสูงมากขึ้นด้วย

จะเห็นได้ว่าปัญหาความขาดแคลนแพทย์ของประเทศไทยมีความซับซ้อนและมีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องด้วยกันหลายฝ่ายตั้งแต่ผู้ผลิต ผู้ใช้ทั้งภาครัฐและเอกชน ตลอดจนผู้ที่ควบคุมกำกับมาตรฐานวิชาชีพ และปัญหาดังกล่าวได้ก่อให้เกิดผลกระทบต่อการให้บริการด้านสุขภาพอย่างกว้างขวาง สำหรับการแก้ปัญหาดังกล่าวต้องอาศัยความร่วมมือ และความจริงจังของทุกฝ่ายที่จะร่วมแก้ไขปัญหา โดยยึดผลประโยชน์ของประเทศชาติและประชาชนคนไทยเป็นที่ตั้งจึงจะสามารถฝ่าวิกฤติปัญหาความขาดแคลนแพทย์ได้

เอกสารอ้างอิง

1. “แผนแม่บทกำลังคนด้านสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข”. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข 2547.
2. “รายงานการสำรวจทรัพยากรสาธารณสุข ปี 2547”. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข 2547
3. Wibulpolprasert S, Pengpaibon P. *Integrated strategies to tackle the inequitable distribution of doctors in Thailand: four decades of experience*. Hum Resour Health 2003;1(1):12.
4. สมจิต พุกษะรัตนนท์ และคณะ “รายงานการศึกษาวิเคราะห์ความต้องการแพทย์เฉพาะทางของประเทศไทย พ.ศ.2546” แพทยสภา 2546.
5. Editor, Wibulpolprasert S. **Thailand Health Profile 2001-2004. 2005.**
6. วีระศักดิ์ มงคลพร และคณะ. “อุปสงค์และอุปทานต่อการให้บริการทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยชาวต่างชาติ: การศึกษาเพื่อสำรวจผลกระทบที่มีต่อระบบสุขภาพและบุคลากรสาธารณสุขในประเทศไทย”. สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ 2548.
7. ทักษพล ธรรมรังสี, พนา พงษ์ชานะภักย์, ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย “สาเหตุการลาออกของแพทย์จากหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ.2545-2546”. สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ 2548.



ปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

Key System Drivers : KSD

นโยบายการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
และ พรบ.สุขภาพแห่งชาติกับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประเทศไทย

วินัย สีสัมฤทธิ์

ประเด็นที่น่าสนใจ

- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) จะมีบทบาทสำคัญมากขึ้นในการให้บริการสาธารณสุขในพื้นที่ ในขณะที่บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขจะลดลงและเปลี่ยนแปลงรูปแบบไป
- การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นส่งผลต่อระบบสุขภาพของประเทศไทย 4 มิติ ได้แก่ (1) ด้านกฎหมาย ซึ่งในด้านสาธารณสุขยังมีน้อย (2) ด้านการปฏิรูประบบราชการ ซึ่งขณะนี้ยังขาดทิศทางและแนวทางดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมชัดเจน (3) ด้านการคลังสุขภาพ ซึ่ง อปท.จะได้รับงบประมาณด้านนี้มากขึ้น แต่อาจขาดประสบการณ์ในการจัดการทางสุขภาพ (4) การบริหารจัดการทั่วไป ซึ่งอาจมีขอบเขตพื้นที่จัดบริการที่ไม่สอดคล้องกันและมีปัญหาการทับซ้อนของพื้นที่
- แม้ว่าอาจทำให้การตอบสนองความต้องการของท้องถิ่นมีประสิทธิภาพสูงขึ้น แต่มีผลกระทบด้านการคลังจากความเสี่ยงต่อการสูญเสียงบประมาณเพื่อใช้ในกิจกรรมสาธารณสุขในภาพรวมของระบบ การบั่นทอนประสิทธิภาพในการใช้งบประมาณเนื่องจากขาดประสิทธิภาพเนื่องจากขนาด และความไม่เหมาะสมของการใช้เงินทำให้เกิดการทำงานที่ซ้ำซ้อนและมีการแข่งขันในการให้บริการที่ไม่จำเป็น นอกจากนี้อาจส่งผลต่อความเป็นธรรมในการสร้างหลักประกันสุขภาพอันเนื่องมาจากความสามารถและศักยภาพของ อปท.แต่ละพื้นที่ที่ไม่เท่ากัน

บทนำ

ระบบสุขภาพประเทศไทยปฏิรูปรวดเร็วมากหลังปี พ.ศ. 2542 ด้วยปัจจัยผลักดันสำคัญ 3 ประการ คือโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ พรบ.สุขภาพแห่งชาติ การปฏิรูประบบราชการเปลี่ยนแปลงและมีผลกระทบต่อระบบสุขภาพประเทศไทยอย่างมาก ซึ่งสมควรศึกษาทบทวนผลกระทบของปัจจัยทั้ง 3 นั้น บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนนโยบายการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และ พรบ.สุขภาพแห่งชาติที่ส่งผลให้เกิดการสนับสนุนการมีส่วนร่วมและการแสดงบทบาทของประชาชนและ อปท.ด้านสาธารณสุข จนกระทบต่อการกำหนดนโยบายและโครงสร้างการบริหารหน่วยบริการในระบบสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข โดยการศึกษาเน้นถึงสถานการณ์ปัจจุบันและแนวโน้มในระยะ 10 ปีหรือมากกว่า ที่จะส่งผลกระทบต่อค่านิยมสำคัญของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเฉพาะการเข้าถึงบริการ ความเป็นธรรมทางสุขภาพ ประสิทธิภาพ และ คุณภาพของบริการสุขภาพ



การนำเสนอการทบทวนจะแยกประเด็นต่างๆออก เริ่มจากปัจจัยของการผลักดันให้เกิดการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขในประเทศไทย ผลกระทบของการกระจายอำนาจต่อระบบสุขภาพเดิมและเปลี่ยนแปลงไป บทบาทหน้าที่และช่องว่างแนวโน้มการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขสู่ท้องถิ่นปัจจุบัน ซึ่งเกิดจากการเปรียบเทียบกับกลุ่มประเทศนอร์ดิกที่พัฒนาและกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนาเหมือนประเทศไทย บทบาทพรบ.สุขภาพแห่งชาติกับนโยบายสุขภาพที่กระทบต่อระบบประกันสุขภาพ แนวโน้มทางเลือกการกระจายอำนาจและผลกระทบต่อค่านิยมระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า สุดท้ายเป็นข้อเสนอแนะการปรับตัวของทั้ง สปสช.และกระทรวงสาธารณสุขเพื่อให้เกิดการสร้างระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ดีในอนาคต

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขประเทศไทย

พรบ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขถ่ายโอนภารกิจไปสู่ อปท.ทั้ง 5 รูปแบบ (แท้จริงแล้วหมายถึง อบจ. เทศบาล 3 ระดับ และ อบต.เป็นหลัก มากกว่า กทม.และเมืองพัทยา) ตามความพร้อมทั้ง 2 ฝ่ายแต่ภายในปี พ.ศ. 2549⁽¹⁾ การเปลี่ยนจากรูปแบบการแบ่งอำนาจ (deconcentration) ไปสู่การคลายอำนาจ (devolution)^(2,3) อปท.จะมีบทบาทด้านสาธารณสุขที่สำคัญมากขึ้นในขณะที่กระทรวงสาธารณสุขจะลดลงและเปลี่ยนแปลงไป แสดงให้เห็นชัดว่าปัจจัยทางการเมืองเป็นปัจจัยสำคัญที่ผลักดันให้เกิดการกระจายอำนาจในประเทศไทย ตรงกันข้ามเมืองที่เปลี่ยนแปลงและไม่มั่นคงสามารถทำให้การกระจายอำนาจชะงักงันและเกิดผลเสียต่อระบบสุขภาพได้โดยเฉพาะหากนำการกระจายอำนาจไปใช้ในทางที่ไม่ถูกต้อง เช่น เพื่อการรวมศูนย์อำนาจมากขึ้น เป็นต้น⁽⁴⁾ ชัดเจนว่าการกระจายอำนาจมีความไวทางการเมืองอย่างยิ่ง^(5,6) ประเทศไทยเองการเคลื่อนไหวของการกระจายอำนาจเกิดขึ้นรวดเร็วแต่เจียบลงจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและนโยบายการปกครองด้วยผู้ว่าราชการจังหวัดที่เป็นผู้มีอำนาจสูงสุดในจังหวัด (CEO)⁽⁷⁾ และชะงักอีกครั้งเมื่อเกิดปฏิวัติเดือนกันยายน พ.ศ.2549 การกระจายอำนาจจึงดำเนินการตามกฎหมายอย่างต่อเนื่องโดยไม่มีทิศทางชัดเจน

ผลกระทบจากการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นต่อระบบสุขภาพไทย

การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขมีผลกระทบให้เปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพไทยสำคัญๆ 4 มิติ ได้แก่ ด้านกฎหมาย การปฏิรูประบบราชการ การคลังสาธารณสุข และการจัดการทั่วไป การเปลี่ยนแปลงมีวิวัฒนาการมาตั้งแต่ปี 2542-ปัจจุบัน

ด้านกฎหมาย

การกระจายอำนาจเกิดขึ้นจากกฎหมาย ทำนองเดียวกันก็มีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงกฎหมายและระเบียบต่างๆ แต่กฎหมายที่เกิดใหม่และเปลี่ยนแปลงส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับ อปท. กฎหมายสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกระทรวงสาธารณสุขเปลี่ยนแปลงน้อยมาก ยังอาศัยกฎหมายและแนวทางปฏิบัติเดิม เช่น พรบ.สาธารณสุขพ.ศ.2535 เป็นต้น กฎหมายที่เปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในระดับการดำเนินงานและการบริหารจัดการของอปท. เช่น พรบ.องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละรูปแบบ เป็นต้น



⁽⁸⁾ เห็นได้ว่าในอนาคตการแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายสำหรับการถ่ายโอนภารกิจของกระทรวงสาธารณสุขไปสู่อปท.มีความจำเป็นเร่งด่วน โดยเฉพาะกฎหมายระเบียบต่างๆสำหรับให้องค์กรดำเนินการ และเป็นเครื่องมือเพื่อการจัดการที่สอดคล้องกันทั้งระบบกับนโยบายการกระจายอำนาจ

การปฏิรูประบบราชการ

การกระจายอำนาจสู่อปท.ก่อให้เกิดการปฏิรูประบบราชการทั้งส่วนกลางและท้องถิ่น การปฏิรูปขึ้นกับรูปแบบการถ่ายโอนภารกิจ หากกระทรวงสาธารณสุขตัดสินใจถ่ายโอนสถานีนามัยให้แก่ อปท. (แม้ปัจจุบันเป็นเพียงการทดลอง) ซึ่งได้แก่ อบต.เป็นส่วนใหญ่และเทศบาลตำบลบางแห่ง⁽⁹⁾ สถานีนามัยที่โอนไป อบต.และเทศบาลตำบลจะเปลี่ยนแปลงจากระบบราชการส่วนภูมิภาคไปสู่ราชการส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นระบบราชการที่แตกต่างด้วยระเบียบและสายบังคับบัญชาและตัดขาดจากเดิม อปท.ต้องจัดโครงสร้างองค์กรและกำหนดแนวทางปฏิบัติใหม่หลังการถ่ายโอน การตัดขาดของสายบังคับบัญชาไปสู่ระบบใหม่อาจกระทบต่อทั้งคุณภาพบุคลากร บริการ และระบบประกันสุขภาพ เพราะต้องกำหนดแนวทางใหม่ทั้ง สปช.กับ อปท. เพราะการถ่ายโอนมีผลลัพธ์ตามมามากกว่าเพียงการสร้างส่วนร่วมแบบทั่วไปอย่างกรณีกองทุนตำบลเท่านั้น⁽¹⁰⁾ ขณะเดียวกันระบบราชการเดิมก็ต้องมีการปฏิรูปใหม่ทั้งส่วนกลางและภูมิภาค เพื่อกำหนดบทบาทหน้าที่โดยเฉพาะระดับเดียวกับท้องถิ่นที่มีการถ่ายโอนสถานีนามัยไปให้ อปท.หรือที่กำลังจะถ่ายโอน ปัญหาสำคัญคือทั้งกระทรวงสาธารณสุข อปท.และ สปช.เองยังขาดแนวทางดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมชัดเจน ย่อมกระทบระบบประกันสุขภาพอย่างเลี่ยงไม่ได้และขาดทิศทางที่ชัดเจน

ด้านการคลังสุขภาพ

หลังการถ่ายโอนสถานบริการ เช่น สถานีนามัย เป็นต้น ไปสู่ อปท.จะมีผลกระทบอย่างมากต่อการคลังสุขภาพ ตั้งแต่การเก็บรวบรวมเงินรายได้ (revenue collection) การรวมเงินสู่กองทุน (fund pooling) และการซื้อบริการ (purchasing health care)⁽¹¹⁾ แหล่งเงินระบบประกันสุขภาพหลังการกระจายอำนาจยังคงมาจากค่าหัวที่ สปช.จัดสรรตามผู้ลงทะเบียน แต่จะมีเงินท้องถิ่นที่ อปท.สนับสนุนร่วม แต่ อปท.ส่วนใหญ่ก็อาศัยงบประมาณส่วนกลางมากกว่าเงินท้องถิ่นจัดหาเอง ดังนั้นงบประมาณระบบประกันสุขภาพยังคงมาจากภาษีส่วนกลางจัดสรรให้เป็นหลัก ความอิสระการเงินของ อปท. มีทั้งข้อดีและข้อด้อยต่อการคลังและงบประมาณในระบบประกันสุขภาพ เพราะถ้าหาก อปท.นำงบประมาณค่าหัวไปเปลี่ยนแปลงเป็นค่าใช้จ่ายภาคส่วนอื่นนอกเหนือสุขภาพ เช่น ก่อสร้างถนน เป็นต้น ย่อมกระทบความมั่นคงทางการเงินของระบบประกันแน่นอน การกำหนดเงื่อนไขของเงินงบประมาณค่าหัวและสัดส่วนงบประมาณท้องถิ่นด้านสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นในระยะแรกนี้⁽¹²⁾ กองทุนประกันสุขภาพเดิมดำเนินการโดย สปช.สาขาจังหวัดเป็นหลัก บางส่วนและอาจมากขึ้นที่จะเปลี่ยนเป็นกองทุนของ อปท. ดำเนินการแทน การที่เกิดกองทุนจำนวนมากและเล็กเกินไปไม่เป็นการประหยัดต่อขนาด กรณีมีกองทุนมากมายจะสิ้นเปลืองค่าบริหารจัดการ สภาพกองทุนจะแย่งหากบริหารจัดการโดย อปท.ที่มีความรู้และประสบการณ์ด้านประกันสุขภาพน้อยหรือไม่มีเลยจะเกิดผลเสียต่อระบบประกันสุขภาพ การ



รวมกองทุนให้มีขนาดพอเหมาะเป็นเรื่องที่ต้องคิดถึงปัจจัยต่างๆ และเป็นสิ่งดี ดังที่ประเทศต่างๆ ได้ดำเนินการเพื่อลดความสิ้นเปลืองและสร้างความมั่นคง⁽¹³⁾ การซื้อบริการเป็นประเด็นสำคัญในการปฏิรูปการคลังสุขภาพเพราะเป็นบทบาทหลักของ สปสช. เมื่อบทบาทการซื้อบริการถ่ายโอนไปสู่ อปท. การซื้อบริการแทนประชาชนจึงเป็นเรื่องสำคัญที่ อปท.ต้องเรียนรู้ การขาดประสบการณ์จะทำให้เกิดความสับสนและคุณภาพบริการที่ได้ไม่สามารถรับประกันได้ เป็นเรื่องที่ สปสช.ต้องสนับสนุนโดยร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุขพัฒนา อปท. ต่อเนื่อง^(14,15)

การบริหารจัดการทั่วไป

บทบาทกระทรวงสาธารณสุขในการบริหารระบบสุขภาพหลังการกระจายอำนาจต้องเปลี่ยนแปลงจากเดิมจากที่เป็นผู้จัดบริการรายใหญ่ มาเป็นผู้กำหนดนโยบายและสนับสนุนการดำเนินงานของ อปท. โดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้มีบทบาทกับการบริการและฝึกหัดเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ อปท.จะทำหน้าที่จัดการระบบบริการ การบริหารงบประมาณและบุคลากรที่ถ่ายโอน เพื่อให้เกิดการบริการเช่นเดิมที่ก่อนถ่ายโอนมา สิ่งที่เป็นปัญหาสำคัญและเกิดขึ้นหลังการถ่ายโอน คือ ขอบเขตพื้นที่จัดบริการไม่สอดคล้องกันและเกิดปัญหาการทับซ้อนและรอยต่อของการบริการที่ อปท.อยู่พื้นที่ติดกัน กระทรวงสาธารณสุขและ สปสช.ต้องจัดการปัญหาเหล่านี้เพื่อให้ระบบประกันสุขภาพสามารถดำเนินการได้ไม่เกิดผลเสีย และไม่กระทบการเข้าถึงบริการประชาชนผู้มีสิทธิ เมื่อหน่วยบริการสาธารณสุข เช่น สถานีอนามัย ถ่ายโอนไปสู่ อปท.อาจทำให้เกิดการแยกประชาชนเดิมไปอยู่คนละพื้นที่ทำให้เกิดการใช้บริการข้ามพื้นที่ของ อปท. ซึ่งสร้างความไม่เท่าเทียมและขาดความเป็นธรรมทางสุขภาพ ศักยภาพการบริหารจัดการของ อปท.ตั้งแต่ปี 2542-ปัจจุบัน พัฒนาขึ้นอย่างรวดเร็ว ศักยภาพสูงมากขึ้นทั้งด้านการคลังและบริหารจัดการทั่วไป เพราะผู้บริหาร อปท.ปัจจุบันเป็นผู้มีความรู้ความสามารถสูงขึ้น มีระดับการศึกษาที่สูง มีหลาย อปท.ที่ผู้บริหารจบปริญญาโทและเอก นักการเมืองท้องถิ่นมาจากผู้มีประสบการณ์บริหาร หลายคนมาจากนักการเมืองอาชีพระดับประเทศ ขณะเดียวกันเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีจำนวนมากขึ้นและมีคุณภาพเพราะมีประสบการณ์และชำนาญในบทบาทด้านต่างๆรวมทั้งด้านสาธารณสุข บุคลากรจากภาคส่วนอื่นๆ แยกกันโอนย้ายไปสู่ท้องถิ่นมากขึ้นเพราะต้องการมาอยู่ในเขตเมืองที่เจริญและ อปท.สร้างแรงจูงใจเรื่องสวัสดิการ เช่น โบนัส การเดินทางดูงาน เป็นต้น เป็นปัญหาของการไหลของสมองภายใน ซึ่งย่อมกระทบการจัดบริการระยะสั้นและยาวที่ขาดบุคลากรในชนบท เป็นประเด็นสำคัญที่กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานอื่นๆ ที่ผลิตบุคลากรต้องประเมินผลกระทบดังกล่าวในระยะสั้นกลางและยาว

บทบาทหน้าที่และช่องว่างภารกิจด้านสาธารณสุขสำหรับถ่ายโอนสู่ท้องถิ่น

บทบาทหน้าที่ด้านสาธารณสุขหลังจากถ่ายโอนทั้งของ อปท.และกระทรวงสาธารณสุข จำเป็นต้องกำหนดขอบเขตให้ชัดเจนกว่าปัจจุบัน (ซึ่งต้องพิจารณาบทบาทภาครัฐอื่นๆ และเอกชนไปพร้อมๆกัน) จากประสบการณ์ต่างประเทศ อปท.มีบทบาทกว้างขวางมาก ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบบทบาทด้านสาธารณสุขประเทศไทย กลุ่มนอร์ดิกและประเทศกำลังพัฒนา

บทบาท	ประเทศไทย					กลุ่มนอร์ดิก			อื่นๆ
	อบจ.	เทศบาลนคร/เมือง	เทศบาลตำบล	อบต.	กสธ.	เดนมาร์ก	นอร์เวย์	สวีเดน	ฟิลิปปินส์ ไนจีเรียฯ
นโยบาย	+	+	+	+	++++	++++	++++	++++	+
บริการสาธารณสุข	+++	+++	+++	+++	++++	+++	+++	+++	+++
บริการบุคคล	-	+	-	-	++++	+++	+++	+++	+
สวัสดิการสุขภาพสังคม	-	-	-	-	++	+++	+++	+++	+
อุดหนุนเงิน	+	++	+	+	++++	++++	++++	++++	+
เจ้าของสถานบริการ	-	+	-	-	+++	++++	++++	++++	+
ควบคุมกำกับ	-	-	-	-	+++	+++	+++	+++	-
ซื้อบริการ	-	-	-	-	-	++	++	++	-

+ น้อย ++มีบ้าง +++มีค่อนข้างมาก ++++ มีมาก

วินัย ลีสmith และศุภสิทธิ์ พรธนาบุญ, 2546

จากตารางที่1 พบว่าช่องว่างของบทบาทด้านสาธารณสุขระหว่าง อปท.กับกระทรวงสาธารณสุขมีมาก และเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศพัฒนาในกลุ่มนอร์ดิก เห็นชัดว่า อปท.ไทยสามารถจะพัฒนาบทบาทได้อย่างมากในอนาคต และก่อให้เกิดผลดีต่อระบบประกันสุขภาพ โดยจะทำให้เกิดครบวงจรของระบบบริการที่จำเป็น ถ้าหาก อปท.สามารถพัฒนาและแสดงบทบาทด้านสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลกระทบย่อมทำให้ระบบประกันสุขภาพสมบูรณ์ทั้งด้านความครอบคลุม เป็นธรรม สร้างประสิทธิภาพ และเกิดคุณภาพตามที่ต้องการ

ทางเลือกของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขมีส่วนสำคัญต่อการกำหนดทิศทางการพัฒนาบทบาท อปท. อย่างมาก (โรงพยาบาลอาจแยกตัวออกเป็นองค์กรอิสระในกำกับรัฐซึ่งเป็นการกระจายอำนาจคนละรูปแบบกับถ่ายโอนสู่ท้องถิ่น) ทางเลือกปัจจุบันถ่ายโอนแบบแยกส่วนเพราะทดลองถ่ายโอนสถานอนามัย 22 แห่งไปให้ อบต. และเทศบาล ซึ่งมีข้อดีกว่าถ่ายโอนแบบทั้งเครือข่ายสถานบริการด้วยการถ่ายโอนแยกส่วนเกิดได้ง่าย ค่อยๆเปลี่ยนแปลง เล็กเฉพาะ อปท.และสถานบริการที่พร้อมลดปัญหาการต่อต้าน แต่ข้อเสียที่เกิดขึ้นคือทำให้การจัดบริการแตกแยก สร้างความไม่เป็นธรรมและเกิดรูปธรรมเครือข่ายบริการที่ไม่ชัดเจน⁽¹⁶⁾

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติกับการประกันสุขภาพถ้วนหน้า

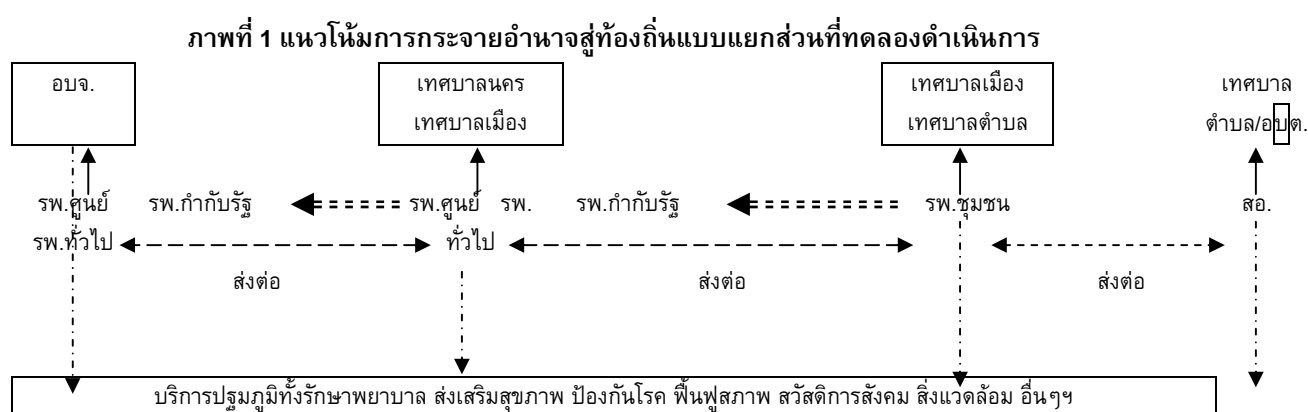
พรบ.สุขภาพแห่งชาติเป็นกฎหมายเชิงนโยบายที่กำหนดสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสุขภาพของประชาชนมีส่วนร่วมที่จะสร้างระบบประกันสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ เป็นธรรม และมีคุณภาพ หลายประเด็นที่กล่าวไว้ใน พรบ.เกี่ยวข้องกับค่านิยมที่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าพึงมีและต้องสร้างให้เกิดรูปธรรม เช่น สิทธิอันชอบธรรมของผู้รับและจัดบริการ การกำหนดความต้องการด้านสุขภาพที่ประชาชนพึงได้รับ เป็นต้น ประเด็นเหล่านี้จะช่วยเสริมจุดเด่นและลดจุดอ่อนของการกระจายอำนาจ การกระจาย



อำนาจอาจก่อให้เกิดผลเลวร้ายลงเมื่อขาดทิศทางการจัดบริการที่จำเป็น เพราะ อปท.มีอิสระมากในการดำเนินการอาจจัดบริการที่ไม่จำเป็น ไม่คุ้มค่าและซ้ำซ้อนกัน แต่พรบ.สุขภาพแห่งชาติจะเสริมความเท่าเทียมประชาชนให้ได้รับบริการตามความจำเป็นเท่าเทียมและเป็นธรรมเมื่อการบริการนั้นตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของประชาชนตาม พรบ.สุขภาพแห่งชาติกำหนดให้มีมาตราสุขภาพสำหรับกำหนดนโยบายที่ต้องการเป็นระยะๆ⁽¹⁷⁾ ดังนั้นการกระจายอำนาจ พรบ.สุขภาพและระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความสัมพันธ์ที่สำคัญในการสร้างค่านิยมที่ดีในระบบประกันสุขภาพไทย

แนวโน้มนการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นในอนาคตและผลกระทบต่อค่านิยมระบบประกันสุขภาพ

บทเรียนต่างประเทศชี้ชัดว่าการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพสู่ อปท.ใช้เวลานานมาก การคาดคะเนช่วงเวลา 10 ปีอาจสั้นไป เช่น สวีเดนใช้เวลาเกือบ 100ปี⁽¹⁸⁾ แนวโน้มประเทศไทยคงต้องมองไกลออกไปมากกว่าตามที่กระทรวงสาธารณสุขทดลองถ่ายโอนสถานีนอ้ามัยแก่ อปท.สามารถสรุปทางเลือกดังภาพที่ 1 และตารางที่ 2 ข้างล่าง



จากทางเลือกดังกล่าวพบว่าสถานการณ์อนามัยจะค่อยๆ ถูกถ่ายโอนไปสู่ อบต.และเทศบาลที่พร้อม (ตามที่กระทรวงสาธารณสุขประเมินโดยเกณฑ์ตัวชี้วัดที่สร้างขึ้นในคู่มือ) รพ.ชุมชน รพ.ทั่วไปและ รพ.ศูนย์มีทางเลือก 2 ทาง คือ อาจจะออกนอกระบบราชการเป็นองค์กรอิสระในกำกับรัฐ ซึ่งเป็นรูปแบบการมอบอำนาจ (delegation) หรือถ่ายโอนไปให้เทศบาลที่พร้อมรับ ส่วน อบจ.เองมีบทบาทสำคัญที่ต้องดูแลทั้งพื้นที่จังหวัด จึงมีความเหมาะสมที่จะดูแลบริการปฐมภูมิโดยรวมเพื่อให้เกิดความครอบคลุมและเป็นธรรม แต่ขณะเดียวกัน รพ.ทั่วไปและ รพ.ศูนย์อาจถ่ายโอนให้ อบจ.ที่พร้อมดำเนินการได้ โดยระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพเชื่อมโยงทั้งระบบเป็นเครือข่ายเดียวกัน



ตารางที่ 2 บทบาทองค์กรปกครองท้องถิ่นตามทางเลือกแบบแยกส่วน

บทบาทด้านสาธารณสุข	อบจ.	เทศบาล	อบต.	สธ.
การกำหนดนโยบายการบริการด้านสุขภาพ	++	++	++	++
การบริการขั้นปฐมภูมิโดยการรักษายาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป	-	++	++	+
การส่งเสริมสุขภาพ เช่น อนามัยโรงเรียนและการเยี่ยมบ้าน	++	+	+	-
การป้องกันโรคทั้งโรคติดต่อและไม่ติดต่อ	++	+	+	+
การฟื้นฟูสมรรถภาพ	++	+	+	+
การรักษาพยาบาลขั้นทุติยภูมิและตติยภูมิโดยแพทย์เฉพาะทาง	-	+	+	++
การดูแลพิเศษสำหรับโรคเรื้อรังและการเจ็บป่วยระยะยาว	++	+	+	+
บริการสวัสดิการสังคมแก่ผู้สมควรเกื้อกูล	++	++	++	-
เป็นเจ้าของสถานอนามัย	-	++	++	-
เป็นเจ้าของโรงพยาบาลทางกาย	+	++	++	+
เป็นเจ้าของโรงพยาบาลทางจิตเวช	-	+	+	++
ควบคุมภาคเอกชนโดยการกำกับดูแลการจัดการบริการ	+	+	+	++
ซื้อบริการจากเอกชนและองค์กรไม่แสวงกำไร	++	++	++	+
จ่ายค่าบริการทางแพทย์คืนแก่สถานบริการ	++	++	++	+
สมทบการคลังด้านการลงทุนสิ่งก่อสร้าง	+	+	+	++

- ไม่มีบทบาท + มีบทบาทน้อย ++ มีบทบาทมาก

ตารางที่ 2 แสดงให้เห็นได้ว่าการถ่ายโอนจะแยกส่วนเพื่อให้เกิดความง่ายและคล่องตัวกับการกระจายอำนาจ บทบาทหน้าที่ของ อบต.แต่ละระดับและรูปแบบ และกระทรวงสาธารณสุขเองก็ไม่สามารถแยกจากกันได้ มีบทบาทบางส่วนคล้ายกันและซ้ำซ้อนบ้างเพียงแตกต่างกันด้านเนื้อหาความเข้มข้น เห็นชัดว่านโยบายการบริการนั้นจำเป็นต้องเกิดสอดคล้องกัน การบริการขั้นปฐมภูมินั้น อบต. และเทศบาลจำเป็นต้องให้บริการในพื้นที่รับผิดชอบ แต่ระยะยาว อบจ.สมควรดูแลทั้งระบบเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมและครอบคลุม การดูแลสุขภาพที่ค่าใช้จ่ายสูงเช่นบริการตติยภูมิ โรคเรื้อรัง และการลงทุนด้านเครื่องมือก่อสร้าง เป็นต้น สมควรให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ดูแลร่วมกับ อบต.ที่เข้มแข็งทางการคลังและขนาดใหญ่พอ เช่น เทศบาลนครหรือ อบจ. การบริการสวัสดิการสังคมเป็นเรื่องที่ท้องถิ่นต้องดูแลเพราะอยู่ใกล้ชิดประชาชน อบต.ทุกรูปแบบทำหน้าที่ซื้อบริการที่มีคุณภาพแก่ประชาชน เทศบาลและ อบต.ที่มีศักยภาพสามารถดูแลบริหารจัดการสถานบริการซึ่งจะทำให้เกิดประสิทธิภาพและการพัฒนา หาก อบต.มีศักยภาพทางการบริหารและการเงินมากขึ้น ซึ่งแนวโน้มก็มีการพัฒนามากขึ้นด้วย เพราะข้อกำหนดของ พรบ.เรื่องงบประมาณ อบต.ที่กำหนดไว้ถึง 35% ของงบประมาณประเทศ (แม้ปัจจุบันจะไม่ถึง 35% ก็มีจำนวนมากกว่าเดิม) และการที่มีสถาบันที่มีชื่อเสียงที่เกี่ยวข้องเข้ามาดูแล เช่น สถาบันพระปกเกล้า เป็นต้น สถานบริการที่ศักยภาพสูงไม่ว่า รพ.ชุมชน รพ.ทั่วไป รพ.ศูนย์ของกระทรวงสาธารณสุขมีทางเลือกไปสู่การเป็นองค์กรอิสระในกำกับรัฐอีกทางเลือกหนึ่งที่เป็นไปได้ องค์กรอิสระสามารถสร้างเครือข่ายบริการที่มีการแข่งขันได้ดีเช่นกัน ขณะเดียวกัน อบต.ที่มีทรัพยากรและความพร้อมอาจจะสร้างหรือซื้อสถานบริการไว้จัดบริการซึ่งปัจจุบันมีเกิดขึ้นหลายจังหวัด แต่ระยะยาว



การแข่งขันกับกระทรวงสาธารณสุขและภาคเอกชนอาจไม่เกิดผลดีเพราะทำให้ซ้ำซ้อนขาดประสิทธิภาพ ปัจจุบันการบริการที่แออัดตาม รพ.ทั่วไปและรพ.ศูนย์ การที่ อปท.จัดสร้างหรือซื้อไว้จัดบริการ อาจเป็นการแบ่งเบาภาระที่สามารถสร้างประสิทธิภาพและประสิทธิผล ถ้าหากมีการดูแลและจัดการให้เกิดเครือข่ายบริการที่ไม่ซ้ำซ้อน สปสช.และกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานที่มีความสำคัญในการดูแลสิ่งเหล่านี้ การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขที่กล่าวในตารางที่ 2 ไม่สามารถดำเนินการทันทีพร้อมกัน ดังนั้นผลกระทบด้านบวกและลบเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นแน่นอน ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยกลไกสำคัญทั้งระดับประเทศและท้องถิ่นเข้ามาแก้ไขพร้อมๆกัน ผลกระทบดังกล่าวที่ชัดเจนพอสรุปได้ดังนี้

ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ

การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นกระทบความเท่าเทียมและเป็นธรรมทางสุขภาพ ทั้ง 2 ด้าน คือ หนึ่งที่ทำให้เกิดความเท่าเทียมขึ้น เช่นประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบได้รับบริการที่เท่าเทียมครอบคลุม แต่จะทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมระหว่างพื้นที่ใกล้เคียงและห่างไกล สิ่งเหล่านี้อาจเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ ความไม่เท่าเทียมด้านวิสัยทัศน์การพัฒนาด้านสาธารณสุขของผู้บริหารท้องถิ่น ฐานะการเงิน และศักยภาพด้านการบริหาร เป็นเรื่องสำคัญที่ อปท.ระดับสูงขึ้นไปโดยเฉพาะ อบจ.ซึ่งมีบทบาทประสาน อปท.ต่างๆ ในจังหวัด และส่วนกลางทั้งกระทรวงสาธารณสุขและ สปสช.ต้องเข้ามาดูแลแก้ไข เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมตั้งแต่ความครอบคลุมบริการ การเข้าถึงบริการและคุณภาพบริการ รวมทั้งการส่งต่อที่เหมาะสมและเชื่อมโยง ความเป็นธรรมมีการศึกษาและวัดหลายมิติ เช่น การจัดสรรและกระจายงบประมาณที่เป็นธรรม⁽¹⁹⁾ การใช้บริการและเข้าถึงบริการ^(20,21)

ประสิทธิภาพการบริการ

การแข่งขันบริการเป็นสิ่งที่ดี การที่อปท.มีส่วนร่วมขยายเครือข่ายบริการทำให้เกิดการแข่งขันและสร้างทางเลือกแก่ประชาชน โดยเฉพาะ อปท.ที่การคลังเข้มแข็งงบประมาณมากสามารถลดภาระการลงทุนที่ส่วนกลางและ สปสช. แต่ทั้งหมดต้องการนโยบายที่ไม่สร้างความซ้ำซ้อนของการแข่งขันจนขาดประสิทธิภาพ บทบาทส่วนนี้ต้องอาศัยกระทรวงสาธารณสุขและส่วนกลางที่จะกำหนดแนวทางการพัฒนามิฉะนั้นจะเกิดสถานบริการตติยภูมิที่ทับซ้อนและขาดประสิทธิภาพ การวัดประสิทธิภาพมีการวัดโดยตัวชี้วัดทางเศรษฐศาสตร์ เช่น ต้นทุนต่อประสิทธิผล (cost-effectiveness) เป็นต้น⁽²²⁾ อาจใช้วัดประสิทธิภาพการจัดการทรัพยากรเช่นบุคลากร⁽²³⁾

คุณภาพบริการ

ผลกระทบของการกระจายอำนาจต่อคุณภาพบริการเป็นเรื่องโต้เถียงเสมอ เนื่องจากความเชื่อว่าการกระจายอำนาจจะทำให้บริการใกล้ชิดประชาชนและตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของประชาชน สำคัญที่ประชาชนสามารถตรวจสอบให้เกิดคุณภาพที่ดีเพราะนักการเมืองท้องถิ่นต้องการคะแนนเสียง จึงมีการวัดคุณภาพบริการทั้งผลลัพธ์บริการ(output)และผลกระทบ(outcome) ทั้งทางตรงและทางอ้อม^(24,25) อย่างไรก็ตามไม่มีผลพิสูจน์ชัดเจนว่าคุณภาพบริการนั้นดีขึ้นหรือเลวลงเพราะปัจจัยการกระจายอำนาจเพียงประการเดียว



การปรับตัวของกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสร้างความซับซ้อนของระบบประกันสุขภาพที่ไม่ได้มีเพียง สปสช.ที่เป็นผู้ซื้อรายใหญ่และกระทรวงสาธารณสุขผู้จัดบริการรายใหญ่นั้น ทั้งการซื้อและจัดบริการมีอุปสรรคที่ศักยภาพสูงมาร่วมในการซื้อและจัดบริการ หรือแม้แต่การเป็นผู้จัดการระบบ การเป็นผู้มีส่วนร่วมและพร้อมด้วยศักยภาพที่มีแนวโน้มจะพัฒนาสูงขึ้นเรื่อยๆ ทั้งด้านการเงินและการจัดการ และความยืดหยุ่นของอำนาจบริหารที่มากกว่า เป็นทั้งโอกาสและการส่งคุกคามแก่ทั้ง สปสช.และกระทรวงสาธารณสุขสำหรับการสร้างระบบประกันสุขภาพและการจัดบริการที่ดี เป็นเรื่องที่ต้องตัดสินใจว่าจะดำเนินการอย่างไรให้เกิดการอภิบาลระบบได้อย่างราบรื่น เพราะทั้ง 3 องค์กรอยู่ภายใต้โครงสร้างการกระจายอำนาจที่แตกต่างกัน การประสานงานภายใต้ระบบราชการที่อาศัยอำนาจบริหารและการออกคำสั่งไม่สามารถดำเนินการได้ แต่จำเป็นต้องใช้การสร้างเครือข่ายความร่วมมือภายใต้ต้นนโยบายสุขภาพของ พรบ.สุขภาพแห่งชาติ และจัดการด้วยความรู้ความเข้าใจของปัญหาที่มี

เอกสารอ้างอิง

1. พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542. ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 116. ตอนที่ 114ก. 17 พฤศจิกายน 2542. กรุงเทพมหานคร; 48-66.
2. MILLS A. Introduction. in Mills A, Vaughan J P, Smith D L and Tabibzadeh I (eds). HEALTH SYSTEM DECENTRALIZATION: concepts, issues and country experience. Geneva: WHO; 1990. pp11-39.
3. COLLINS C. MANAGEMENT AND ORGANIZATION OF DEVELOPING HEALTH SYSTEMS. Oxford: Oxford University Press; 1994.
4. COLLINS C. GREEN A. (DECENTRALIZATION AND PRIMARY HEALTH CARE: SOME NEGATIVE IMPLICATIONS IN DEVELOPING COUNTRIES. International Journal of Health Services. 4 (3); 1994. pp 459-475.
5. BOSSERT T. BEAUVAIS J C. decentralization of health systems in Ghana, Zambia, Uganda and the Philippines: a comparative analysis of decision space. HEALTH POLICY AND PLANNING. 17(1); 2002. p.14-31.
6. BURKI S J. PERRY G E. DILLINGER W R. BEYOND THE CENTER: DECENTRALIZING THE STATE. Washington D.C.: the World Bank; 2002.
7. WEIST D. Thailand's Decentralization: Progress and Prospects. in King Prajadhipok's Institute (ed). Decentralization and local government in Thailand. Bangkok: Thammasat Press; 2002. p.425-456.
8. FRENK J. Dimension of health system reform. Health Policy. 27 ; 1994. p.19-34.
9. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2550



10. สำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. คู่มือระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น). นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2549.
11. MOSSIALOS E. DIXON A. Funding health care: an introduction. in Mossialos E, Dixon A, Figueras J and Kutzin J (eds). Funding health care: options for Europe. Buckingham: Open University Press. 2002; p.1-30.
12. RAMIRO L S. STRUCTURE, PROCESS AND OUTCOMES OF DECISION-MAKING IN HEALTH: CASE STUDIES ON THE EFFECTIVENESS OF CENTER-LOCAL MECHANISMS IN THE PHILIPPINES POST DEVOLUTION. Manila: University of Philippines; 1999.
13. GARPENBY P. Health Care Reform in Sweden in the 1990s: Local Pluralism versus National Coordination. Journal of Health Politics, Policy and Law. 20 (3) Fall. 1995; p.695-717.
14. KOLEHMAINEN-AITKEN R-L. NEWBRANDER W. LESSONS FROM FPMD: DECENTRALIZING THE MANAGEMENT OF HEALTH AND FAMILY PLANNING PROGRAMS. Boston: Management Sciences for Health; 1997.
15. LARIOS T R. MANTALA M J. LORENZO M E. THE EFFECT OF DEVOLUTION ON THE NATIONAL TUBERCULOSIS CONTROL PROGRAM: PHILIPPINE CASE STUDIES. Manila: University of Philippines; 1999.
16. วินัย ลิสมิทธิ์. ศุภสิทธิ์ พรธนาบุญไธย. ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการปฏิรูประบบสุขภาพประเทศไทย: ทางเลือกการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. วารสารสาธารณสุข. ฉบับที่ 12. เล่มที่1; 2546. หน้า27-41.
17. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐. ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่๑๒๔. ตอนที่ ๑๖ก. ๑๙ มีนาคม ๒๕๕๐. กรุงเทพมหานคร; ๑-๓๔.
18. HJORTSBERG C. GHATNEKAR O. Sweden 2001. in Rico A. Wisbaum W. Cetani T. (eds). Health Care System in Transition. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems; 2001.
19. BOSSERT T J. et al. Decentralization and equity of resource allocation: evidence from Colombia and Chile. Bulletin of the World Health Organization. 81: 2. 2003; p.95-100.
20. CHARLES H. An evaluation of decentralization of health services in Zimbabwe. <http://www.insp.mx/ichsri/narra/w2.html>; 1999.
21. Rune Sorensen R.Rongen G. Grytten J. Local government decision – making and access to primary physician services in Norway. International Journal of Health Services. 27:4. 1997; p.697 – 720.
22. Jansson S. Anell A. The impact of decentralized drug – budgets in Sweden – a survey of physicians' attitudes towards costs and cost – effectiveness. Health Policy. 76. 2006; p299-311.



23. Liu X. Martineau T. Chen L. et al. Dose decentralization improve human resource management in the health sector ? A case study from China. *Social Science Medicine*. 63. 2006; p.1836 – 1845.
24. Harris E. Wills J. Developing healthy local communities at local government level: Lessons from the past decade. *Australian and New Zealand journal of public health*. 21:4. 1997; p.403 – 412.
25. GRUNOW D. Customer-oriented service delivery in German local administration. in Barley R and Stoker G (eds). *Local government in Europe: trends and development*. London: Macmillan Press; 1991. p.73-88.



ปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

Key System Drivers : KSD

ความต้องการและความคาดหวังของประชาชนผู้รับบริการที่ไม่สอดคล้องกับศักยภาพของระบบบริการ ก่อให้เกิดความขัดแย้งกับผู้ให้บริการและทำให้เกิดปัญหาการร้องเรียนผ่านกลไกต่าง ๆ ตลอดจนการฟ้องร้องขยายตัวขึ้น

รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์

ประเด็นที่น่าสนใจ

- การร้องเรียนเกี่ยวกับการรักษาที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐานเพิ่มขึ้น การเสนอข้อหาสารเกี่ยวกับผู้เสียหายทางการแพทย์ผ่านสื่อเพิ่มขึ้น การฟ้องร้องคดีแพ่งและอาญากับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์มีมากขึ้น
- ผู้เสียหายยังประสบปัญหาเรื่องภาระในกระบวนการทางศาล ระยะเวลาที่ยาวนาน ค่าใช้จ่ายสูงและผู้ป่วยส่วนน้อยที่ชนะคดี
- การชดเชยผู้เสียหายตามมาตรา 41 ของ พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 เฉลี่ยรายละ 99,925 บาท แต่ปัญหาสำคัญคือการเชื่อมโยงผลสู่การตัดสินใจ “ผิด” “ถูก”
- ผลกระทบต่อคุณภาพของบริการ และค่าใช้จ่ายในระบบ อันเนื่องจากการส่งต่อเพื่อผลภาระ การเหนี่ยวนำให้เกิดเวชปฏิบัติแบบปกป้องตนเอง (Defensive medicine) และการขาดความร่วมมือช่วยเหลือจากฝั่งผู้ให้บริการ
- ขณะนี้อยู่ระหว่างการเสนอร่าง พรบ.คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ซึ่งอาจทำให้ต้นทุนของระบบบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น ข้อมูลประสบการณ์ในต่างประเทศพบว่าทำให้สถิติการร้องเรียนและการร้องเรียนวินัยแพทย์เพิ่มขึ้น

สถานการณ์

แม้ว่าจนถึงปัจจุบันนี้ประเทศไทยจะมีกลไกชดเชยความเสียหายทางการแพทย์กำหนดไว้ในกฎหมายหลายฉบับ ได้แก่ กฎหมายแพ่งและพาณิชย์ว่าด้วยละเมิด กฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคโดยคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (Consumers Protection Board หรือ CPB) กฎหมายควบคุมกำกับสถานพยาบาล กฎหมายเกี่ยวกับควบคุมจรรยาบรรณของผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพ กฎหมายความรับผิดชอบจากละเมิดของเจ้าหน้าที่ และกลไกการชดเชยความเสียหายเบื้องต้นโดยแนวคิดการไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิดตามกฎหมายหลักประกันสุขภาพที่เริ่มดำเนินการในกลางปี พ.ศ.2545 เพื่อป้องกัน ควบคุมและชดเชยความเสียหาย แต่พบว่ายังมีปัญหาที่เกิดขึ้นจากการคุ้มครองสิทธิมากมาย ได้แก่ การร้องเรียนแพทยสภาเกี่ยวกับการรักษาไม่เป็นไปตามมาตรฐานเพิ่มขึ้น (อนงค์ เพียรกิจกรรม, 2546) การเสนอข้อหาสารเกี่ยวกับผู้เสียหายทางการแพทย์ผ่าน หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์มีความถี่เพิ่มมากขึ้น (ฤศตะภาคข่าว

การฟ้องร้องเรียนทางการแพทย์ปี 2545-2549 มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์) การฟ้องร้องคดีแพ่งและอาญากับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์มีมากขึ้น (อำนาจ กุศลนันท์, 2549) ทำให้ในหลายปีที่ผ่านมาได้มีกรณีความเสียหายที่เกิดขึ้นจากบริการทางการแพทย์ ปรากฏให้เห็นเป็นข่าวความขัดแย้งระหว่างแพทย์และผู้ป่วยหรือผู้ได้รับความเสียหายเป็นระยะและเพิ่มมากขึ้นและมีความรุนแรง บางคดีมีข้อมูลว่า ผู้ให้บริการและหรือญาติในคลินิกของผู้ให้บริการเสริมความงามของคลินิกเอกชนอาจไปมีส่วนกับการมาตรการผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายจากการไปรับบริการทางการแพทย์ (หนังสือพิมพ์คมชัดลึก, คุ้ย คุ้ยขาว, 27 กันยายน 2550) บางคดีการฟ้องร้องทางแพ่งมีทุนทรัพย์ที่ฟ้องสูงกว่า 200 ล้านบาท (คำพิพากษาคดีแพ่งทางการแพทย์ ศาลจังหวัดสมุทร) และมีบางกรณีที่มีการฟ้องร้องนั้น ผู้เสียหายชนะคดีในชั้นศาลในคดีแพ่ง (คดีนางดอกรักฟ้องสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข คดีหมายเลขดำที่ ส.108/2547 คดีหมายเลขแดงที่ ส.939/2548) และคดีอาญาโดยเฉพาะการฟ้องร้องคดีอาญาต่อแพทย์ฐานประมาทในการฉีดยาล็อกหลังผู้ป่วยเพื่อผ่าตัดไส้ติ่งโดยขาดความชำนาญเป็นเหตุให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย ศาลชั้นต้นศาลจังหวัดทุ่งสงได้พิพากษาให้จำคุกหมอผู้ผ่าตัดเป็นเวลา 3 ปี โดยไม่รอลงไม่รอลงอาญา (หนังสือพิมพ์ผู้จัดการออนไลน์, 15 ธันวาคม 2550) อย่างไรก็ตาม ในการดำเนินคดีทางศาล ผู้เสียหายเองก็พบกับข้อจำกัดที่เป็นภาระอันหนักในกระบวนการทางศาล การใช้ระยะเวลาในการดำเนินคดีที่ยาวนาน เสียค่าใช้จ่ายมาก ผู้ป่วยส่วนน้อยที่ชนะคดี (สมหญิง สายธนู และคณะ, 2546)

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนประสบการณ์ของประเทศไทยเกี่ยวกับอุบัติการณ์การฟ้องร้องแพทย์ก่อนการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า การเสนอข่าวสารเกี่ยวกับผู้เสียหายทางการแพทย์ผ่าน หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์เริ่มมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น (พรหมมินทร์ หอมหวล, 2542) ในขณะที่ความเสียหายที่เกิดขึ้นจากบริการสุขภาพในบางกรณี เป็นเรื่องที่เป็นความผิดของผู้ให้บริการอย่างชัดเจน เช่น ลืมอุปกรณ์ผ่าตัดไว้ในช่องท้อง ถอนฟันผิดซี่ ในขณะที่ ความเสียหายที่นำไปสู่การพิจารณาคดีในชั้นศาลหลายลักษณะจะไม่เข้าข่ายเป็นการกระทำความผิดฐานละเมิดเพราะผู้ให้บริการมิได้ตั้งใจ (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ และคณะ, 2544) บางคดีมีการฟ้องแพทย์ให้ต้องรับผิดชอบพลอมแปลงเอกสารเพื่อการบริจาคอวัยวะและใช้เอกสารปลอมดังกล่าวผ่าตัดไตและตับออกจากร่างกายของผู้บริจาค (คดีอาญานางหนูแดงฟ้องแพทย์ผู้ประกอบวิชาชีพในโรงพยาบาลวชิรปราการ คดีหมายเลขดำที่ 1242/2545 คดีหมายเลขแดงที่ 407/2548) ซึ่งจากการพูดคุยโดยผู้ทบทวนกับผู้อำนวยการกลุ่มนิติการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขโดยไม่เป็นทางการได้รับข้อสังเกตว่า การร้องเรียนฟ้องร้องในโรงพยาบาลของรัฐมีปริมาณเพิ่มขึ้นหลังจากมีการประกาศใช้กฎหมายความรับผิดชอบจากละเมิดของเจ้าหน้าที่

นอกจากนี้ในเชิงโครงสร้าง หน่วยงานและองค์กรที่มีส่วนได้เสียได้มีการปรับตัวเพื่อรับมือกับความรุนแรงของความขัดแย้งทางการแพทย์ทั้งในส่วนของผู้ให้บริการและผู้เสียหายทางการแพทย์ ได้แก่ การเคลื่อนไหวเพื่อให้มีกฎหมายคุ้มครองแพทย์จากการถูกดำเนินคดีอาญา เข้าพบผู้ช่วยผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ โดยนายกแพทยสภา พร้อมกับการทำหนังสือที่ พงส. 011/1152 ถึง สำนักงานตำรวจแห่งชาติเพื่อหารือเรื่องการถูกฟ้องร้องในคดีอาญาของแพทย์ ซึ่งต่อมา ผบ.ตร. ได้ทำหนังสือที่ 0031 212/191 ถึงผู้บัญชาการตำรวจนครบาล ผู้บัญชาการตำรวจภูธร และผู้บัญชาการตำรวจภูธรภาค 1-9 ให้ดำเนินการในกรณีที่มีการแจ้งความดำเนินคดีต่อแพทย์ ให้เกิดความเป็นธรรมแก่



ทุกฝ่าย โดยให้พนักงานสอบสวนรวบรวมพยานหลักฐานทุกชนิด เพื่อพิสูจน์ความผิดหรือความบริสุทธิ์ของผู้ต้องหา หากมีพยานหลักฐานเพียงพอและแน่ชัด ให้พนักงานสอบสวนดำเนินการตามกฎหมายต่อไป และเมื่อรับคำร้องทุกข์กล่าวโทษ ให้มีหนังสือขอความเห็นไปยังนายกแพทยสภา และกรณีที่ต้องดำเนินการสอบสวนแพทย์ในฐานะผู้ถูกกล่าวหา หรือหากมีความจำเป็นต้องจับกุมหรือควบคุมแพทย์ให้คำนึงถึงเกียรติยศ ศักดิ์ศรีของผู้ถูกกล่าวหา โดยให้ปฏิบัติโดยสุภาพ สะดวก รวดเร็ว ตามสมควร (หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ) การออกประกาศแพทยสภาเกี่ยวกับการรับรองสิทธิของแพทย์ในการที่จะปฏิเสธการรักษาผู้ป่วยในกรณีที่มีไข้เหตุฉุกเฉินเพื่อลดความเสี่ยงของแพทย์จากการถูกฟ้องร้อง และการเสนอร่าง“พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. โดยการกำหนดให้ผู้เสียหายหรือทายาทที่ตกลงยินยอมรับเงินชดเชยตามกฎหมายฉบับนี้แล้ว ต้องทำหนังสือแสดงเจตนาสละสิทธิในการฟ้องร้องดำเนินคดีทางแพ่ง (ร่าง...มาตรา 43) และในขณะเดียวกันในคดีอาญา ผู้ให้บริการสาธารณสุขจะได้รับการคุ้มครองจากการถูกฟ้องคดีอาญาอันเนื่องมาจากการประกอบวิชาชีพโดยประมาท เว้นแต่เป็นการกระทำความผิดโดยเจตนา (ร่าง...มาตรา 44) ในขณะที่ทางด้านประชาชนที่ได้รับการได้รับความเสียหายได้ทำการจัดตั้งเครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์ขึ้นเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้เสียหายทางการแพทย์ในการร้องทุกข์ ร้องเรียน และฟ้องร้องคดีแพ่งและคดีอาญาแก่ ผู้ประกอบวิชาชีพโดยที่สมาชิกของเครือข่ายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และปัจจุบันดูเหมือนว่าเครือข่ายผู้เสียหายในฐานะองค์กรภาคประชาชนกำลังพัฒนาการไปสู่องค์กรซึ่งทำหน้าที่เครือข่ายความปลอดภัยของผู้ป่วยของประเทศไทย

อย่างไรก็ตาม อุบัติการณ์ของการร้องเรียนฟ้องร้องแพทย์และบุคลากรทางสุขภาพตามที่กล่าวมาทั้งก่อนและหลังการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แท้จริงแล้วยังคงเป็นเพียงยอดภูเขาน้ำแข็งของปัญหาที่รอการแก้ไขและการป้องกันจากทุกฝ่าย (อรสม สุทธิสาคร, สงสัย...ตายเพราะหมอ, บริษัททวิทัศน์การพิมพ์,--กรุงเทพ, 2549)

ผลกระทบด้านคุณภาพ และการควบคุมต้นทุน

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้เสียหายเกี่ยวกับความทุกข์ดังกล่าว ผู้วิจัยได้นำปรากฏการณ์ของความทุกข์ที่สะท้อนออกมาจากผู้เสียหายมาจัดกลุ่มพร้อมกับยกตัวอย่างคำพูดประกอบดังต่อไปนี้

1) ความทุกข์จากการจัดบริการ

1.1) พฤติกรรม ผู้เสียหายได้สะท้อนพฤติกรรมบริการเกี่ยวกับผู้ให้บริการและบุคลากรทางการแพทย์รวมทั้งหน่วยงานว่า มีการพูดจา การแสดงกริยาท่าทางที่ไม่สุภาพ มีการสื่อความความไม่ชัดเจน และมีการปกปิดข้อเท็จจริงเกี่ยวกับความเสียหายที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วยและญาติ ตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ที่สะท้อนพฤติกรรมการสื่อความและความรับผิดชอบ

2) ความทุกข์จากกลไกการชดเชย

2.1) ทศนคติ ความเชื่อและพฤติกรรม ผู้เสียหายให้ความเห็นว่า ผู้ให้บริการทั้งในระดับหัวหน้าสถานพยาบาลและผูปฏิบัติยังคงมีทศนะ ความเชื่อที่พยายามหลีกเลี่ยงหรือประวิงเวลาในการเปิดเผยพฤติกรรมแห่งการกระทำและสาเหตุของความเสียหายต่อผู้เสียหายหรือญาติ การพิจารณาตรวจสอบและการอนุมัติวงเงินที่ล่าช้า การอนุมัติวงเงินชดเชยที่น้อยกว่าความเสียหาย การอนุมัติวงเงิน



ที่ไม่ตรงกับเงื่อนไขที่กำหนดไว้โดยกฎระเบียบ การพิจารณาและอนุมัติวงเงินที่ยึดติดกับการอ้างอิงกับระบบการอุทธรณ์ตามรูปแบบที่ปฏิบัติโดยปกติ การขาดการชดเชยเยียวยาผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้เสียหายและครอบครัวหลังเกิดเหตุทั้งการรักษา การขาดงาน และการดำรงชีวิต ตัวอย่างบางกรณีที่สะท้อนความเห็นเกี่ยวกลไกการชดเชยภายหลังได้รับเงินค่าชดเชยแล้วผู้เสียหายยังคงได้รับความทุกข์จากภาระค่าใช้จ่ายแต่ไม่มีความรู้ในการดำเนินคดี

2.2) ความรู้ความเข้าใจต่อกลไกการชดเชยของบุคลากร ผู้เสียหายได้สะท้อนว่า บุคลากรทางการแพทย์ในสถานพยาบาลส่วนใหญ่ยังเข้าไม่ถึงหรือขาดความรู้ ความเข้าใจในแนวคิด วิธีการ และขั้นตอนในการชดเชยความเสียหายเบื้องต้น ส่งผลให้ไม่มีการแนะนำวิธีการและขั้นตอนเกี่ยวกับกลไกการชดเชยต่อผู้เสียหายและญาติที่ถูกต้องทั่วถึงอย่างเป็นระบบ

2.3) ความรู้ความเข้าใจต่อกลไกการชดเชยของผู้เสียหายทั้งในระดับก่อนศาลและศาล ผู้เสียหายเกือบทั้งหมดที่ไม่มีประสบการณ์ฟ้องศาลให้ข้อมูลว่า ตนไม่มีความรู้ ความเข้าใจในวิธีการและขั้นตอนเกี่ยวกับการชดเชยความเสียหาย และวิธีการและขั้นตอนในการดำเนินคดีทางศาลอย่างทั่วถึง บางคนถูกยุยงส่งเสริมให้ทำการอุทธรณ์จากบุคคลที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการชดเชย บางคนถูกหลอกลวงจากเจ้าหน้าที่รัฐในกระบวนการยุติธรรมให้ทำการฟ้องร้องเพื่อการแสวงหาประโยชน์จากกระบวนการอุทธรณ์และการดำเนินคดีทางศาล ในขณะที่ผู้เสียหายบางคนที่มีความรู้ในการดำเนินคดีในศาลยอมรับว่า การดำเนินคดีทางศาลต้องใช้เวลา นาน เข้าถึงได้น้อย ยุ่งยากซับซ้อน มีภาระในการพิสูจน์ แต่ยังคงยืนยันว่าจะดำเนินคดีต่อไปเนื่องจากมีความต้องการที่จะแสวงหาความยุติธรรมในการชดเชยโดยผ่านทางกระบวนการทางศาลที่มีการพิสูจน์ถูกผิด ผู้เสียหายไม่สามารถขอเวาระเบียบได้โดยอิงกับกฎหมายข้อมูลข่าวสารเมื่อมีความเสียหายเกิดขึ้นผู้ป่วยหรือญาติไม่สามารถขอถ่ายสำเนาได้ มีการแก้ไข ทำลาย หรือปกปิดซ่อนเร้นเวชระเบียน

2.4) ข้อเสนอแนะและแนวทาง เกี่ยวกับการปรับปรุงบริการและกลไกการชดเชยความเสียหายโดยสรุป ดังนี้

2.4.1) การปรับปรุงบริการ ควรปรับปรุงให้มีการบริการที่ถูกต้องและรวดเร็ว มีการดูแลช่วยเหลือ การแนะนำอธิบายเกี่ยวกับการรักษากับผู้ป่วยและญาติอย่างต่อเนื่อง การให้บริการควรไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกองทุน เช่น กองทุนประกันสังคมกับกองทุน 30 บาท ควรปรับปรุงอารมณ์ การพูดจา การต้อนรับ และพัฒนาคุณภาพในการรักษาโดยเฉพาะในระดับสถานพยาบาลขนาดเล็ก และควรมีการเพิ่มแพทย์เพื่อให้บริการในวันหยุดในสถานพยาบาลของรัฐหรือการขยายเวลาให้บริการของแพทย์ในคลินิกเอกชนที่ยังคงทำงานอยู่กับโรงพยาบาลรัฐ

2.4.2) การปรับปรุงกลไกการชดเชย ผู้ให้บริการควรกล้าที่จะยอมรับความผิดพลาด และแสดงความจริงใจในการให้การแก้ไขเยียวยา ควรให้การช่วยเหลือแก่ผู้เสียหายตามที่เคยสัญญาไว้ อย่างครบถ้วน เช่น การผ่าตัด การสนับสนุนอวัยวะเทียม การบริการในช่องทางพิเศษ การรับเข้าทำงาน เป็นต้น ควรมีการอนุมัติวงเงินชดเชยที่เพียงพอ และบอกกล่าววิธีการอุทธรณ์ต่อผู้เสียหาย และวงเงินที่ชดเชยแก่ผู้เสียหายควรครอบคลุมถึงการดูแลครอบครัวผู้เสียหาย เช่น เงินรายเดือนหรือรายปีสำหรับบุตรหรือคนพิการ เงินค่าเลี้ยงดูเด็ก เช่น นม เงินช่วยเหลือทางการศึกษา เป็นต้น ควรให้มีบทลงโทษทางอาญาสำหรับการแก้ไข ทำลาย หรือปกปิดซ่อนเร้นเวชระเบียน ควรนำความผิดพลาดที่ได้รับการ



พิสูจน์แล้ว ทำเป็นสถิติ แล้วนำไปเป็นบทเรียนสอนหมอ และให้ความรู้กับสังคมเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาดซ้ำ (รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์, ศุภสิทธิ์ พรธรรมาโณทัย และธนเสฏฐ์ กุลจิรมาพันธ์, 2550)

นอกจากนี้ รายงานการศึกษาติดตามและประเมินผลกระทบของนโยบายและการดำเนินการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 ที่ดำเนินการโดยคณะที่ปรึกษาและติดตามประเมินผล ศูนย์วิจัยสังคมคณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า

1) เจตนารมณ์ กลไกการชดเชยความเสียหายเบื้องต้นที่มีอยู่ไม่ได้เป็นไปตามเจตนารมณ์และว่าด้วยการช่วยเหลือเพื่อมนุษยธรรม กระบวนการทำงานของคณะอนุกรรมการ การตั้งคณะผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์สอบสวนและหาข้อเท็จจริง เกิดแนวโน้มที่จะกลายเป็นการเรียกร้องความเสียหายและการพิจารณาเพื่อบอกความผิดถูก ดังนั้น การพิจารณาออกแบบกลไกและกระบวนการทำงานของมาตรา 41 ใหม่ ที่เน้นย้ำหลักการ “การช่วยเหลือทางมนุษยธรรม” ให้เกิดขึ้นจริงเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้เสียหายได้โดยง่ายหรือสะดวก ลดทอนขั้นตอนการพิจารณาให้น้อยลง ให้ความสำคัญกับข้อมูลมิติทางสังคมของผู้เสียหายและผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการพิจารณามากกว่าเทคนิคทางการแพทย์ รวมทั้งอาจใช้ช่องทางในการให้ความช่วยเหลือที่เริ่มต้นจากการให้แพทย์หรือสถานบริการ เป็นผู้พิจารณาเสนอขอรับการช่วยเหลือแก่ผู้เสียหาย แทนการยื่นคำร้องของผู้เสียหายเอง น่าจะทำให้เจตนารมณ์ข้างต้นเกิดขึ้นได้จริง ซึ่งจากการประเมินของผู้ศึกษา พบว่า การเข้าสู่กระบวนการของมาตรา 41 มีน้อยรายที่แพทย์หรือทางโรงพยาบาลแนะนำหรือดำเนินการให้โดยผู้รับบริการไม่ได้ร้องขอ และมีเพียงรายเดียวที่แพทย์ได้แนะนำหลังจากที่ผู้รับบริการมาร้องเรียนที่โรงพยาบาล เป็นต้น

2) คณะกรรมการและกระบวนการพิจารณา คณะอนุกรรมการและกลไก โครงสร้างและการได้มาของคณะอนุกรรมการ ยังเป็นสิ่งที่ต้องพิจารณาทบทวน ภาพของตัวแทนจากราชการ ฝ่ายวิชาชีพ ผู้ให้บริการ ค่อนข้างชัดเจน ขณะที่ตัวแทนจาก “ผู้รับบริการ” ค่อนข้างมีปัญหา ว่าใครคือตัวแทนผู้รับบริการ กระบวนการในการได้มา ระบบไต่รภาติ ยังต้องการวิเคราะห์ว่า เป็นที่ยอมรับได้หรือไม่อย่างไร การทำงานของคณะอนุกรรมการกับการเข้าใจเจตนารมณ์ของการ “ช่วยเหลือ” มิใช่ “ชดเชย” หรือ “เรียกร้องความรับผิดชอบ” ยังเป็นปัญหา โดยเฉพาะการตั้งคณะทำงานด้านวิชาการเพื่อพิสูจน์ค้นหาข้อเท็จจริง หลักฐานหรือการตัดสินใจ ที่แสดงแนวโน้มของการพิสูจน์ถูกผิด นอกจากนี้ บทบาทของตัวแทนผู้ให้บริการหรือผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นวิชาชีพ พบว่า มักเน้นย้ำความเป็นมาตรฐานหรือมีท่าทีคัดค้านการให้การช่วยเหลือ โดยใช้เหตุผลทางการแพทย์ กระบวนการพิจารณาของคณะอนุกรรมการส่วนมาก มีการระมัดระวังผลกระทบต่อผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น มีการหลีกเลี่ยงการใช้คำหรือใช้คำว่า “เหตุสุดวิสัย” นอกจากนี้ยังพบข้อจำกัดในเรื่องการบริหารจัดการ การนัดหมาย ค่าใช้จ่าย การยอมรับบทบาทและความเป็นกลาง

3) กฎเกณฑ์ ข้อบังคับเกี่ยวกับเกณฑ์การพิจารณาการชดเชยข้อที่ 4 มีนัยที่ทำให้เกิดการตีความในเชิงผิด-ถูก กล่าวคือ การระบุว่า การให้ชดเชยความเสียหายต่อเมื่อความเสียหายนั้น มิใช่สิ่งที่เป็นผลจากพยาธิสภาพของโรค ผลแทรกซ้อนจากการรักษา หรือ ด้วยการรักษาที่เป็นไปตามมาตรฐาน ข้อบังคับนี้ ทำให้มีผลโยงถึงการตัดสิน ความ “ผิด” “ถูก” กล่าวคือ ถ้าตัดสินว่ามีการชดเชย แสดงว่าความเสียหายที่เกิดขึ้นอยู่นอกเกณฑ์ การรักษาจะต้องเกิดความผิดพลาดหรือไม่เป็นไปตามมาตรฐาน



การจ่ายเงินช่วยเหลือจึงถูกเข้าใจเชิงลบด้วยกระบวนการพิพาททางสังคมต่อผู้ให้บริการ โดยเฉพาะ สื่อ การเมืองและสภาพสังคม เป็นต้น

เครื่องชี้วัดระดับที่สำคัญ

ฝ่ายกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รวบรวมสรุปจำนวนร้อยละของผู้เรียกร้องและเงินชดเชยแยกตามประเภทความเสียหายในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 ระหว่างเดือนมกราคม ปี 2547 ถึง เดือนมิถุนายน 2550 พบว่า มีผู้เสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาคำร้องแล้วเข้าเกณฑ์ตามข้อบังคับและได้รับค่าชดเชยไปรวมทั้งสิ้น 940 ราย (เฉลี่ยเดือนละ 22.38 ราย) โดยมีจำนวนเงินที่ชดเชยรวมทั้งสิ้น 93,929,500 บาทหรือผู้เสียหายได้รับการชดเชยเฉลี่ยรายละ 99,925 บาท โดยแยกเป็นประเภทเสียชีวิต/ทุพพลภาพถาวรจำนวน 559 ราย (59.47%) วงเงิน 73,699,000 บาท (78.46%) ประเภทสูญเสียอวัยวะ/พิการจำนวน 164 ราย (17.45%) วงเงิน 13,380,000 บาท (14.24%) และประเภทบาดเจ็บ/เจ็บป่วยต่อเนื่องจำนวน 217 ราย (23.08%) วงเงิน 6,850,500 บาท (7.30%) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าสัดส่วนของผู้เสียชีวิต/ทุพพลภาพถาวร มีจำนวนผู้เรียกร้องสูงถึงร้อยละ 60 ของผู้ได้รับการชดเชยทั้งหมด เนื่องจากการเสียชีวิต/ทุพพลภาพถาวร เป็นความเสียหายที่มีความรุนแรงและกระทบต่อจิตใจและสถานภาพของการดำรงชีวิตในอนาคตที่อาจไม่แน่นอนของผู้เสียหาย (หรือญาติของผู้เสียหายที่เคยได้รับการเลี้ยงดูจากผู้เสียหาย เช่น สามีหรือภรรยา บุตร หรือบิดาและมารดา) มากที่สุด (รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์, ศุภสิทธิ์ พรณารุโณทัย และธนเสฏฐ์ กุลจิรมากันต์, 2550)

นอกจากนั้น ผลการศึกษา กลไกการชดเชยความเสียหายจากบริการสุขภาพ โดยการสัมภาษณ์ความทุกข์ของผู้เสียหายและการจัดเวทีประชาพิจารณ์กับประชาชนทั่วไป ผู้ให้บริการ ตัวแทนหน่วยงานราชการ/องค์กรของรัฐ นักวิชาการ องค์กรเอกชน และผู้มีส่วนได้เสียอื่นๆ พบว่า สถานพยาบาลที่ก่อให้เกิดความเสียหายส่วนใหญ่จะใช้กลไกการชดเชยความเสียหายเบื้องต้นตามมาตรา 41 เมื่อความเสียหายนั้นมีความรุนแรง (เสียชีวิต/ทุพพลภาพถาวร) และมีแนวโน้มว่าผู้เสียหายอาจจะดำเนินคดีทางศาลหากใช้กลไกเดิมที่มีอยู่โดยไม่เป็นทางการทำหน้าที่ไกล่เกลี่ยแล้วจะต้องใช้เงินในปริมาณมาก จึงไม่พอใจที่จะจ่ายหรือมีเงินจ่ายแต่ไม่เพียงพอและไม่สามารถปกปิดเรื่องที่เกิดขึ้น) จึงเป็นมูลเหตุจูงใจให้ผู้เสียหายร้องขอการชดเชยหรือผู้ให้บริการเองตัดสินใจใช้ช่องทางตามมาตรา 41 เพื่อชดเชยความเสียหายเบื้องต้นแก่ผู้เสียหาย ทำให้สัดส่วนของผู้เสียชีวิต/ทุพพลภาพถาวรมีจำนวนมากกว่าความเสียหายประเภทอื่นที่มีความรุนแรงน้อยกว่า ในขณะที่เดียวกันผู้ให้บริการสามารถใช้กลไกที่มีอยู่เดิมยุติปัญหากับผู้เสียหายประเภทอื่นที่มีความรุนแรงน้อยกว่าได้มากกว่า (รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์, ศุภสิทธิ์ พรณารุโณทัย และธนเสฏฐ์ กุลจิรมากันต์, 2550) ซึ่งผลการศึกษาบางส่วนสอดคล้องการศึกษาเพื่อการประเมินผลการชดเชยเบื้องต้นที่พบว่า เมื่อเกิดภาวะไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ แก่บุคคลหนึ่งบุคคลใด บุคคลผู้ได้รับความเสียหายจะใช้ช่องทางเพื่อแก้ไขเยียวยาผ่านกลไกการชดเชย 2 ระดับ คือ กลไกการชดเชยก่อนศาล ที่สถานพยาบาลแต่ละแห่งแต่ละระดับจะมีวิธีการและความสามารถในการช่วยเหลือเยียวยาความเสียหายทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการแตกต่างกัน เช่น การให้การรักษาและฟื้นฟูทางกายภาพแก่ผู้เสียหาย การแก้ปัญหาความขัดแย้งโดยการมีส่วนร่วมของชาวบ้านและเครือข่ายทางสังคม หรือการใช้



กระบวนการเจรจาไกล่เกลี่ยที่เป็นกลไกเดิมของโรงพยาบาลโดยทีมจัดการความเสี่ยง การใช้เงินสวัสดิการของโรงพยาบาลเพื่อชดเชยผู้เสียหาย การให้บริการพิเศษกับบุคคลผู้ได้รับความทุกข์นั้น การร่วมงานหรือช่วยค่าทำศพ และการใช้กลไกการชดเชยเบื้องต้นตามมาตรา 41 ในโรงพยาบาลขนาดเล็กเมื่อไม่สามารถจัดการหรือควบคุมปัญหาในระดับสถานบริการได้ ฯลฯ เป็นต้น (ลือชัย ศรีเงินยวงและคณะ, 2548)

การศึกษา “ภาวะไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลประเทศไทย: ข้อเสนอแนะจากการศึกษานำร่อง” เพื่อศึกษาความเหมาะสมของวิธีวินิจฉัยภาวะไม่พึงประสงค์ เฝ้าระวังและติดตามปัญหา ตลอดจนหาอุบัติการณ์และลักษณะการเกิดภาวะนี้ ผลการศึกษาพบว่า มีภาวะไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นคิดเป็นร้อยละ 9.1 ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (95% C.I. 6.19- 11.94) เป็นภาวะไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้ ร้อยละ 71.4 (ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์, ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย และประดิษฐ์ วงษ์คนารัตนกุล, 2546) และหากนำอัตราภาวะไม่พึงประสงค์ดังกล่าวมาประมาณค่าโดยการสมมุติอัตราภาวะไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้รวม 3 ระดับ (20%, 40% และ 50%) และกำหนดระดับของอัตราภาวะไม่พึงประสงค์ที่ระดับ 2% - 9% พบว่า จะเกิดภาวะไม่พึงประสงค์ที่สามารถป้องกันได้ระหว่าง 38,756 - 174,404 รายต่อปี อย่างไรก็ตาม การนำข้อมูลเหล่านี้ไปใช้อาจมีข้อจำกัดในการนำอัตราภาวะไม่พึงประสงค์ที่ได้จากกลุ่มประชากรเดียวมาใช้ เพื่อประมาณค่าจำนวนผู้ป่วยที่อาจได้รับความเสียหายและค่าชดเชยความเสียหายจากบริการสุขภาพที่อาจยังมีความคลาดเคลื่อนสูง และอาจมีความจำเป็นที่จะต้องศึกษาวิจัยความเป็นไปได้ทางการเงินการคลังในเชิงลึก ได้แก่ การศึกษาวิธีการในการเก็บค่า Premium จากแหล่งที่มาของเงินกองทุน (พร้อมกับการศึกษาคุณลักษณะประชากรในคดีแพ่งที่เกี่ยวกับความเสียหายจากบริการสุขภาพผ่านคำพิพากษาของศาลและการศึกษาคุณลักษณะประชากรของผู้ร้องขอค่าเสียหายจากบริการสุขภาพที่ได้รับการอนุมัติให้การชดเชยเบื้องต้นตามมาตรา 41 ผ่านข้อมูลที่เป็นคำวินิจฉัยของคณะกรรมการชดเชยความเสียหายเบื้องต้น) การสำรวจความเห็นเกี่ยวกับกลไกการชดเชยความเสียหายจากบริการสุขภาพในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน (เช่น สิทธิในการฟ้องคดีแพ่งของผู้เสียหายกรณีที่เป็นการกระทำโดยความประมาท สิทธิของผู้เสียหายในการเข้าถึงเวชระเบียน เกณฑ์การชดเชยความเสียหายที่ไม่ใช่ทางเศรษฐกิจ บทบาทของบริษัทประกันฯ) และการศึกษาความเป็นไปได้ในการจัดตั้งศาลชำนาญพิเศษและหรือวิธีพิจารณาความในคดีทางสุขภาพ เป็นต้น (รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์, ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย และธนแสฐ์ กุลจิรมากันต์, 2550) เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือของกลไกการชดเชยความเสียหายจากบริการสุขภาพที่อาจมีการจัดตั้งขึ้นในอนาคตให้สามารถบริการได้อย่างมีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และเป็นธรรม

อย่างไรก็ตาม การศึกษาทบทวนข้อมูลเพื่อประมาณการวงเงินที่ใช้ในการจัดตั้งกองทุนชดเชยความเสียหายจากบริการสุขภาพโดยใช้ข้อมูลการชดเชยของ สปสช.โดยวิธีการ Moving average ข้อมูลการคำนวณอัตราภาวะไม่พึงประสงค์ที่สามารถป้องกันได้ตามแบบของฮาร์วาร์ด ข้อมูลอัตราการจัดงบประมาณเพื่อเป็นการประกันการชดเชยความเสียหายของประเทศสกอตแลนด์ และข้อมูลอัตราการจัดชดเชยต่อประชากรของกลุ่มประเทศสแกนดิเนเวียและนิวซีแลนด์ พบว่า ประเทศไทยต้องใช้วงเงินเพื่อการดำเนินชดเชยทั้งสิ้นระหว่าง 86.6 – 1,363.3 ล้านบาทต่อปี (รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์, ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย และธนแสฐ์ กุลจิรมากันต์, 2550)



ดังนั้น หากสถานการณ์การจัดบริการทางการแพทย์ยังไม่พัฒนาคุณภาพและมาตรฐานบริการ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไม่พึงประสงค์ แนวโน้มของการร้องเรียนฟ้องร้องแพทย์โดยผู้เสียหาย อาจเพิ่มมากขึ้นและอาจก่อให้เกิดต้นทุนในการให้บริการสุขภาพโดยรวม (ประสบการณ์ของประเทศ นิวซีแลนด์ ซึ่งเป็นประเทศแรกของโลกที่เริ่มนำเอาแนวคิด No-Fault มาดำเนินการอย่างครอบคลุมตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1974 โดยพบว่า มีการร้องเรียนเพิ่มมากขึ้น มีเรื่องร้องเรียนวินัยแพทย์เพิ่มขึ้น แต่ยังไม่มียุติบัตรที่ชี้ชัดว่าเป็นผลมาจากระบบการชดเชยดังกล่าว ผู้ป่วยได้รับการชดเชยมากกว่าที่ได้รับจากระบบ กฎหมาย โดยมีค่าใช้จ่ายในการชดเชยระหว่างปี ค.ศ.1975-1989 ในภาพรวมสูงขึ้นประมาณ 20% ต่อปี เช่นเดียวกันประสบการณ์ของสวีเดน พบว่า มีจำนวนรายที่เรียกร้องเพิ่มขึ้นทุกปีหลังจากมีการใช้ระบบ (Dute, Faure, and Koziol, 2004))

เอกสารอ้างอิง

1. บัตพงษ์ เกษสมบุรณ์ ศุภสิทธิ์ พรธรรุโณทัย และวีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์. ภาวะที่ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลในประเทศไทย: ข้อเสนอแนะจากการศึกษานำร่อง. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2546 ; 12: 509 - 21.
2. ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ พุทธศักราช 2468,ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 169/ตอนที่ 42/หน้า 1/8 เมษายน 2535 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม
3. พระราชบัญญัติความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539, ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 113/ตอนที่ 60 ก/หน้า 25/14 พฤศจิกายน 2539
4. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545, ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 119/ตอนที่ 116 ก/หน้า 1/18 พฤศจิกายน 2545
5. พรหมมินทร์ หอมหวาน, “การร้องเรียนแพทย์กรณีทุพพลภาพปฏิบัติ”: ศึกษาการร้องเรียนในหนังสือพิมพ์ (พ.ศ.2533-2540) วิทยานิพนธ์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล 2542.
6. รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์, ศุภสิทธิ์ พรธรรุโณทัย และธนเสฏฐ์ กุลจิรมาภินันต์, กลไกการชดเชยความเสียหายจากบริการสุขภาพ, ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวรตุลาคม, 2550.
7. ลือชัย ศรีเงินยวง, นฤพงศ์ ภักดี และ และพันธ์ หึง จิรากร ชมศรี, “การชดเชยความเสียหายจากบริการทางการแพทย์โดยไม่ต้องรับผิดชอบ (NO-Fault Compensation Schemes): การทบทวนประสบการณ์ใน 6 ประเทศ, คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2548.
8. ลือชัย ศรีเงินยวงและคณะ, “การศึกษาติดตามและประเมินผลกระทบของนโยบายและการดำเนินการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41” ศูนย์วิจัยสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2548.
9. วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, แสง บุญเฉลิมวิภาส, เอนก ยมจินดา,วีรวรรณ บุญทริก และอภิวัน อินสร, การศึกษาปัญหาการฟ้องร้องคดีเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทย, เรือนแก้วการพิมพ์ -- กทม, 2544.



10. สมหญิง สายธนู รัชตะ ตั้งศิริพัฒน์ วงเดือน จินดาวัฒนะ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. การจัดการความรับผิดชอบจากการรักษาทางการแพทย์. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2546; 12:876-88.
11. อนงค์ เพียรกิจกรรม, "ทำอะไรจึงไม่ถูกฟ้อง เมื่อถูกฟ้องควรทำอะไร", แพทยสมาคม, ปีที่ 32 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน 2546 หน้า 177-188.
12. อำนาจ กุศลนันท์, "แพทย์กับความเสี่ยงการถูกฟ้องร้อง", เอกสารประกอบการประชุมสัมมนาเรื่อง การแก้ไขกฎหมายอาญาเพื่อความเป็นธรรมต่อผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม, ห้องประชุมไพจิตร ปะบุตร, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 24 พฤศจิกายน 2549. หน้า 29-32.
13. Dute J, Faure GM, and Koziol H, Comparative. No-Fault Compensation in the Health Care Sector : Comparative Reports and Conclusions, Tort and Insurance Law Vol.8. Year,2004.



ปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

Key System Drivers : KSD

สถานการณ์และแนวโน้มในอนาคตที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีทางการแพทย์
กับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ยั่งยืน

ยศ ตีระวัฒนานนท์

ประเด็นที่น่าสนใจ

- เทคโนโลยีทางการแพทย์ในที่นี้ครอบคลุมยาและเครื่องมือแพทย์ โดยตลาดยาในประเทศไทยมีมูลค่ากว่า 120,000 ล้านบาท เติบโตเฉลี่ยร้อยละ 12 ต่อปี การขึ้นทะเบียนยาต้องมีข้อมูลด้านความปลอดภัยและประสิทธิผล ในขณะที่การขึ้นทะเบียนเครื่องมือแพทย์ไม่จำเป็นต้องแสดงข้อมูล
- ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ซึ่งเพิ่มค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ได้แก่ ประชากรสูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น โรคติดเชื้อที่ยังเป็นปัญหาสำคัญและต้องการยาปฏิชีวนะที่มีราคาแพง การขยายตัวของอุตสาหกรรมด้านสุขภาพและเทคโนโลยีใหม่ การฟ้องร้องและการเรียกร้องสิทธิสำหรับผู้ป่วย
- เทคโนโลยีใหม่สร้างโอกาสสำหรับหลักประกันสุขภาพในอนาคตได้ เช่น เป็นเครื่องมือในการลดต้นทุนการให้บริการ การเพิ่มความรวดเร็วและการให้บริการนอกโรงพยาบาล ซึ่งคาดว่าจะอาจสามารถทำได้ในปริมาณกว่าร้อยละ 50 ของบริการทั้งหมดใน 5-10 ปีข้างหน้า การป้องกันโรคด้วยวัคซีน การตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคด้วยยีน
- ประเทศไทยต้องพึ่งพิงเทคโนโลยีมากขึ้นเรื่อยๆ และน่าจะต้องการระบบการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เข้มแข็ง

“The desire to take medicine is perhaps the greatest feature which distinguishes man from animals.”

William Osler, In H. Cushing, Life of Sir William Osler 1952

1. คำจำกัดความและกรอบของการวิเคราะห์

คำว่า “เทคโนโลยีทางการแพทย์” หมายถึง วิทยาการที่เกี่ยวกับศิลปะในการนำเอาวิทยาศาสตร์มาประยุกต์ใช้เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อมนุษย์ในด้านการแพทย์ เช่น การตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทำให้เทคโนโลยีทางการแพทย์มีความหมายโดยกว้าง ครอบคลุมตั้งแต่ยา เครื่องมือแพทย์ หัตถการ วิธีการสำหรับส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั้งส่วนบุคคลและสังคม และอาจหมายรวมถึงนโยบายสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยที่วิธีการหรือเทคโนโลยีเหล่านั้น

มีจำเป็นต้องสร้างเพื่อการใช้งานทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว หากรวมถึงสิ่งที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ด้านสุขภาพ เช่น คอมพิวเตอร์และระบบอินเทอร์เน็ต ระบบการขนส่งจราจร เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม การวิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มในอนาคตที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีทางการแพทย์ในครั้งนี้จะจำกัดเฉพาะเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เป็นยาและเครื่องมือแพทย์เท่านั้น โดยผู้วิเคราะห์เริ่มจากการทบทวนสถานการณ์ในปัจจุบันของการใช้และควบคุมเทคโนโลยี จากนั้นวิเคราะห์ถึงแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงปัจจัยที่สำคัญต่อเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตอันใกล้ ข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ในสองส่วนแรกใช้เป็นฐานสำหรับการคาดการณ์ในอนาคตของเทคโนโลยีทางการแพทย์ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพโดยเฉพาะระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในส่วนสุดท้ายผู้วิเคราะห์สรุปข้อมูลทั้งหมดและรวบรวมข้อแนะนำสำคัญสำหรับรับมือสถานการณ์ในอนาคต

2. สภาพการณ์ด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ในปัจจุบัน

จากข้อมูลในรายงาน Thailand Health Profile ในปี พ.ศ.2545 ตลาดยาในประเทศมีมูลค่ากว่า 120,000 ล้านบาท ซึ่งเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยร้อยละ 12 ในรอบ 15 ปีที่ผ่านมา ในจำนวนนี้เกือบร้อยละ 50 เป็นยาที่นำเข้าจากต่างประเทศ และเมื่อเปรียบเทียบพบว่ารายจ่ายด้านยาคิดเป็นร้อยละ 36 ของรายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศโดยรวม ขณะที่ขนาดของตลาดเครื่องมือแพทย์มีขนาดเล็กกว่ามาก กล่าวคือมีมูลค่าประมาณ 15,000-20,000 ล้านบาทเท่านั้น

ในทางกฎหมายทั้งยาและเครื่องมือแพทย์ต้องผ่านการรับรองโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ก่อนที่จะนำมาใช้หรือจำหน่ายได้ในประเทศ อย่างไรก็ตามการขึ้นทะเบียนยาจำเป็นต้องมีข้อมูลด้านความปลอดภัยและประสิทธิผลของยาที่เป็น การทดลองทางคลินิก ในขณะที่การขึ้นทะเบียนเครื่องมือแพทย์ไม่จำเป็นต้องแสดงข้อมูลดังกล่าว¹ นอกจากนี้ในประเทศไทยยังไม่มีระบบทะเบียนเครื่องมือแพทย์ที่เป็นมาตรฐานเช่นเดียวกับระบบยา ที่สำคัญไม่มีรหัสเครื่องมือแพทย์ที่เป็นมาตรฐานสากลที่ใช้สำหรับอ้างอิงระหว่างสถานพยาบาลทำให้การติดตามการกระจายและการใช้งานเครื่องมือแพทย์เป็นไปได้ยาก

สำหรับกลวิธีสำคัญในการควบคุมการใช้ยาในประเทศผ่านพระราชบัญญัติยา ได้แก่ การกำหนดประเภทของร้านขายยา การเบิกจ่ายยาภายใต้ระบบประกันสุขภาพของรัฐมักกำหนดเงื่อนไขที่ผูกโยงกับ “บัญชียาหลักแห่งชาติ” ซึ่งในปัจจุบันฉบับปี พ.ศ. 2547 อยู่ระหว่างการปรับปรุงและจะเปลี่ยนชื่อเป็น “บัญชียาแห่งชาติ ปี พ.ศ.2550” สำหรับเครื่องมือแพทย์ที่ใช้สำหรับสอดใส่เข้าสู่ร่างกายมักมีการประกาศชัดเจนในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพ (เพื่อการเบิกจ่ายนอกเหนือจากการจัดสรรแบบล่วงหน้า) ซึ่งแตกต่างจากเครื่องมือแพทย์ส่วนใหญ่ที่ใช้ในร่างกายซึ่งมักเป็นวิจรณ์ญาณของสถานบริการที่จะเลือกใช้หรือจัดให้มีในสถานพยาบาล

¹ Teerawattananon, Y, et al. (2003). Health sector regulation in Thailand: recent progress and the future agenda. Health Policy 63(3): p.323-38



3. การเปลี่ยนแปลงสำคัญในอนาคตที่ส่งผลต่อเทคโนโลยีทางการแพทย์

สัดส่วนประชากรสูงอายุ (อายุมากกว่า 60 ปี) เพิ่มขึ้น

ซึ่งในปัจจุบันมีสัดส่วนของประชากรสูงอายุคิดเป็นร้อยละ 10 และคาดว่าปี พ.ศ.2563 จะมีสัดส่วนสูงขึ้นเป็นร้อยละ 20 หรือมีผู้สูงอายุกว่า 11 ล้านคน² ขณะที่ประชากรวัยแรงงานมีสัดส่วนลดลง ซึ่งหากผลิตภาพต่อประชากรเพิ่มขึ้นไม่มากพอจะส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจและระบบสุขภาพโดยรวม เพราะรัฐบาลจะมีงบประมาณจำกัดขณะที่ผู้สูงอายุต้องการการดูแลด้านสุขภาพมากขึ้น โดยเฉพาะการดูแลโรคเรื้อรังและการพยาบาลที่บ้าน

ปัญหาประชากรวัยแรงงานมีสัดส่วนลดลงยังมีผลทำให้เกิดปัญหาการขาดแคลนบุคลากรด้านการแพทย์ ทั้งสาเหตุจากด้านอุปสงค์ (ผู้ป่วยมากขึ้น การดูแลโดยญาติน้อยลงเพราะมีบุตรน้อย) และอุปทาน (ประชากรวัยแรงงานลดลง มีทางเลือกและความหลากหลายของงาน) นอกจากนี้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะมีการดูแลประชากรคิดเป็นสัดส่วนเพิ่มสูงขึ้นเพราะระบบประกันสังคมไม่คุ้มครองค่าใช้จ่ายสุขภาพของผู้สูงอายุที่หยุดทำงาน

โรคติดเชื้อมีแนวโน้มเป็นปัญหาสำคัญของระบบสุขภาพ

มักมีการกล่าวอ้างว่าโรคติดเชื้อมีความสำคัญในอนาคตเพราะภาวะสุขอนามัยของประชาชนดีขึ้น อย่างไรก็ตามผู้เชี่ยวชาญพิจารณาว่าโรคติดเชื้อมีแนวโน้มเป็นปัญหาสำคัญของระบบสุขภาพในอนาคต เพราะการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อมีแนวโน้มรุนแรงขึ้นเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงสมดุลของระบบนิเวศและการเคลื่อนย้ายของประชากรอย่างรวดเร็วในระบบโลกาภิวัตน์ทำให้การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อมีความยาก นอกจากนี้ระบบสนับสนุนการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและการควบคุมการจำหน่ายยาตามร้านยา ยังไม่มีประสิทธิภาพจะทำให้ปัญหาการดื้อยาซึ่งจะมีความรุนแรงมากขึ้นและกลายเป็นปัญหาสำคัญของระบบสุขภาพเพราะมีค่าใช้จ่ายที่สูงในการรักษาและมีอัตราตายสูง

3.3 การขยายตัวของอุตสาหกรรมด้านสุขภาพและเทคโนโลยีใหม่

ในรอบหลายปีที่ผ่านมาอุตสาหกรรมยาเป็นหนึ่งในธุรกิจที่ทำกำไรได้ในลำดับต้นๆทั่วโลก ทั้งนี้เพราะประชาชนมีการศึกษาดีขึ้น มีรายได้มากขึ้นจึงเห็นความสำคัญของสุขภาพ การมีอายุยืนขึ้นจึงมีโอกาสเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากขึ้น นอกจากนี้กลยุทธ์และการตลาดของอุตสาหกรรมยาเป็นอีกส่วนหนึ่งที่ทำให้ประชาชนต้องพึ่งพิงยาและระบบสุขภาพมากขึ้น เช่น มีการวินิจฉัยโรคชนิดใหม่ๆ ที่ไม่เคยมีมาก่อนในอดีตและประชาสัมพันธ์ให้โรคเหล่านั้นมีความสำคัญ ให้ประชาชนตื่นกลัว³ จากสาเหตุดังกล่าวจะทำให้อุตสาหกรรมยามีศักยภาพสูงขึ้นและแนวโน้มที่ประชาชนจะต้องพึ่งพิงยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์อื่นๆ มากขึ้นเป็นลำดับ

นอกจากนี้วิทยาการด้านยีน (Genetics) และเซลล์ต้นกำเนิด (Stem cells) จะมีความก้าวหน้าจนสามารถนำมาใช้สำหรับการวินิจฉัยและรักษาโรคได้ในเวชปฏิบัติภายใน 10-20 ปี

² ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

³ อูบายชวยโรด กระชากหน้ากากรูทักทายข้ามชาติ (ภาคสอง) วิชัย โชควิวัฒน์ (บรรณาธิการ) สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน กรุงเทพฯ พ.ศ. 2550



ข้างหน้าซึ่งจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญในการรักษาโรคหลายชนิด⁴ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมและความพิการแต่กำเนิด โรคของความผิดปกติในระดับเซลล์และระบบเมตาบอลิซึม เช่น เบาหวาน ต่อมไทรอยด์ และมะเร็งหลายชนิด การวินิจฉัยโรคหลายชนิดจะทำได้ตั้งแต่แรกเกิด และสามารถรักษาก่อนเกิดพยาธิสภาพในร่างกาย ซึ่งย่อมทำให้เกิดค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นจากการตรวจคัดกรองในประชากรแรกเกิดและการรักษาความผิดปกติที่ตรวจได้ซึ่งต้องใช้เทคโนโลยีขั้นสูงที่มีราคาแพง

3.4 การฟ้องร้องและการเรียกร้องสิทธิสำหรับผู้ป่วย

ประชาชนตระหนักถึงสิทธิในการได้รับการรักษาพยาบาล เรียนรู้โอกาสและวิธีในการเรียกร้องและตรวจสอบการละเมิดสิทธิเหล่านั้น หากองค์กรวิชาชีพ เช่น แพทยสภา ไม่สามารถทำหน้าที่ตามหลักการในการก่อตั้ง ได้แก่ การควบคุมผู้ปฏิบัติวิชาชีพแทนประชาชน ไม่สามารถทำให้สังคมวางใจในความเป็นกลาง ปกป้องประชาชน การฟ้องร้องและการพิสูจน์ในระบบยุติธรรมจะเป็นสิ่งที่เพิ่มสูงขึ้นในอนาคต ผลที่ตามมาคือการปฏิบัติวิชาชีพแบบป้องกันตนเองของแพทย์ (Defensive medicines) กล่าวคือมีการใช้เทคโนโลยีเกินความจำเป็นเพราะต้องการป้องกันความผิดพลาดหรือเพื่อเป็นหลักฐานยืนยันถึงมาตรฐานวินิจฉัยหรือรักษาเหล่านั้นจะมีได้เพิ่มประโยชน์ทางคลินิกแก่ผู้ป่วยเลย ดังเช่นที่เห็นในกรณีของการผ่าตัดคลอดบุตร⁵

4. เทคโนโลยีทางการแพทย์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในอนาคต

เป็นเครื่องมือสำคัญในการลดต้นทุนการให้บริการ

การขาดแคลนบุคลากรด้านสุขภาพดังสาเหตุที่กล่าวข้างต้น จะทำให้ค่าแรงของบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มสูงขึ้นอย่างมากโดยเฉพาะแพทย์และทันตแพทย์ซึ่งมีการะงานที่หนักและต้องรับผิดชอบหลักในกรณีมีการฟ้องร้อง ดังเช่นในหลายประเทศในยุโรปและอเมริกา ความต้องการเทคโนโลยีทางการแพทย์จะเพิ่มสูงขึ้นสำหรับทดแทนบุคลากรทางการแพทย์และเป็นการลดต้นทุนในการจัดบริการ อย่างไรก็ตามการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์เหล่านี้จำเป็นต้องมีระบบการควบคุมคุณภาพและตรวจสอบความเหมาะสมของการใช้งานอย่างมีประสิทธิภาพจึงจักเกิดประโยชน์สูงสุด ซึ่งระบบในปัจจุบันยังขาดศักยภาพทั้งกรณีของการติดตามผลข้างเคียงจากการใช้ยาที่มีข้อบ่งชี้สำหรับยาใหม่และโดยความสนใจสำหรับยาที่ขึ้นทะเบียนเกิน 5 ปีและยังไม่มีระบบสำหรับการประเมินและติดตามผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้เครื่องมือแพทย์ชนิดใหม่ๆ

มีความต้องการเทคโนโลยีที่รวดเร็วและสามารถดำเนินการนอกสถานพยาบาล

เพราะอุปสงค์ของบริการสุขภาพที่สูงขึ้น ความจำกัดของปริมาณบุคลากรทางการแพทย์และต้นทุนที่สูงขึ้นของการจัดบริการภายในสถานพยาบาล การวินิจฉัยและรักษาที่รวดเร็วและสามารถดำเนินการนอกสถานพยาบาลจะเป็นบริการเป็นที่ต้องการของผู้ให้บริการ การจัดบริการดังกล่าว

⁴ Silver, L. (2007). The Year of Miracles. Newsweek. 15 October: p.40-45

⁵ Teerawattananon Y, et al. (2003) Pros and Cons of private obstetrical practice in public hospitals. Journal of Health Science.12(4): p.496-508.



จำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ เช่น เครื่องฟอกเลือดที่บ้านสำหรับผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย เครื่องพ่นยาชนิดพกพาสำหรับผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจ จนถึงการทำตัดบางชนิดนอกสถานพยาบาล ซึ่งคาดว่าปริมาณของบริการนอกสถานพยาบาลอาจสูงถึงร้อยละ 50 ของบริการทางการแพทย์ทั้งหมด ที่หน่วยบริการ เช่น โรงพยาบาล จัดให้แก่ผู้ป่วยในอนาคต 5-10 ปี

ด้วยเหตุดังกล่าวการจัดสรรงบประมาณในระบบประกันสุขภาพจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ เพราะการจัดสรรตามบริการที่จัดให้เฉพาะในสถานพยาบาลในระบบปัจจุบัน เช่น ระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม จะไม่เหมาะสมสำหรับบริการดังกล่าว ระบบการขึ้นทะเบียนและติดตามผู้ป่วย ด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์จะเป็นทางเลือกที่สำคัญของการจัดสรรงบประมาณสำหรับผู้ให้บริการ

ยาปฏิชีวนะชนิดใหม่จะมีราคาแพงอย่างมาก

เพราะการวิจัยและผลิตยาปฏิชีวนะขาดแรงจูงใจอุตสาหกรรมยาต้องการผลิตวัคซีนหรือยารักษาโรคเรื้อรังหรือยาเพิ่มชีวิตร⁶ ซึ่งมีความต้องการที่แน่นอนและมีขนาดของตลาดใหญ่กว่า นอกจากนี้ระบบสนับสนุนการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและการควบคุมการจำหน่ายยาตามร้านยายังไม่มีประสิทธิภาพจะยิ่งส่งเสริมให้ปัญหาเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะรุนแรงยิ่งขึ้น ต้นทุนของการรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อโรคที่ดื้อยาจะสูงมากทั้งที่มีอัตราตายที่สูงเช่นกัน ซึ่งในระบบประกันสุขภาพด้วยความสมัครใจในบางประเทศไม่ครอบคลุมการรักษาภาวะติดเชื้อโรคที่ดื้อยา⁷ ซึ่งหากเป็นเช่นนั้นย่อมจะเป็นภาระสำคัญของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การป้องกันโรคด้วยวัคซีน การตรวจการวินิจฉัยและรักษาโรคด้วยยีน

เนื่องจากความก้าวหน้าด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีโดยเฉพาะคอมพิวเตอร์ จะทำให้วัคซีนสำหรับป้องกันโรคชนิดต่างๆ ถูกพัฒนาขึ้นอย่างรวดเร็ว คาดว่าภายในระยะเวลา 10 ปีข้างหน้าจำนวนวัคซีนใหม่ที่ถูกค้นพบจะมากกว่าสามเท่าของจำนวนวัคซีนที่ค้นพบในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา ขณะเดียวกันวัคซีนส่วนใหญ่จะมีความคุ้มค่าในมุมมองทางเศรษฐศาสตร์มากขึ้นในอนาคตเพราะต้นทุนของการรักษาโรคสูงขึ้นในสัดส่วนมากกว่าราคาของวัคซีน ระบบประกันสุขภาพจึงต้องพิจารณาอย่างรอบคอบทั้งวัคซีนที่ปัจจุบันมีในท้องตลาดแต่ยังไม่ครอบคลุมในระบบประกันสุขภาพและวัคซีนชนิดใหม่ในอนาคต เช่น วัคซีนป้องกันวัณโรค มาเลเลีย ไข้เลือดออก เอชอี (ซึ่งองค์การอนามัยโลกคาดว่าวัคซีนเหล่านี้จะออกสู่ตลาดภายในปี พ.ศ.2554)

⁶ Two definitions given by Gilbert 1999; 1 Any drug intended or used for a condition that falls into the border zone between medical and social definitions of health. 2 Any drug intended to treat a disease that results from a person's lifestyle choices.

⁷ ซึ่งมักเกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาล ดังนั้นบริษัทประกันสุขภาพจึงมักอ้างว่าต้องเป็นความรับผิดชอบของสถานพยาบาลและรัฐบาลโดยตรง



ระบบประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์

ด้วยความก้าวหน้าด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทำให้มีการคิดค้นยาและเครื่องมือแพทย์ชนิดใหม่ๆเกิดขึ้นตลอดเวลา ซึ่งทุกฝ่ายย่อมตระหนักดีว่าเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ถูกคิดค้นใหม่เหล่านี้มักมีทั้งข้อดีและข้อด้อย บางชนิดอาจมีข้อดีเป็นจำนวนมากขณะที่มีข้อด้อยเพียงน้อยนิด และในทางตรงกันข้ามบางเทคโนโลยีอาจมีประโยชน์เพียงกับบุคคลบางกลุ่มหรือบางกรณีแต่อาจมีโทษมากมาย ดังนั้นหากปล่อยให้เทคโนโลยีเป็นไปตามวัฏจักรของเทคโนโลยีกล่าวคือ ค่อยๆ ใช้ไปจนกระทั่งได้รับการยอมรับมากขึ้นเรื่อยๆ หรือจนกระทั่งพบปัญหาและเลิกใช้ไปในที่สุดซึ่งอาจใช้เวลานานหรือเกิดผลเสียอย่างใหญ่หลวง ดังนั้นการประเมินเทคโนโลยีเพื่อคาดการณ์ถึงผลที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้เทคโนโลยีทั้งด้านการแพทย์ สังคม จริยธรรมและศีลธรรม และเศรษฐกิจจึงน่าจะเป็นทางออกที่ดีที่ทำให้บุคลากรทางการแพทย์มีความมั่นใจในเทคโนโลยีที่ถูกประเมินแล้ว ประชาชนมีโอกาสเข้าถึงเทคโนโลยีเหล่านั้นได้รวดเร็วขึ้น

ขณะเดียวกันยังอาจใช้เป็นเครื่องมือสำหรับการต่อรองราคาสำหรับการกำหนดราคาหรือการเบิกจ่ายในระบบประกันสุขภาพเช่นที่ดำเนินการในหลายประเทศในปัจจุบัน เช่น ออสเตรเลีย อังกฤษ และเวลส์ แคนาดา⁸ ซึ่งระบบดังกล่าวได้รับการยอมรับและเหมาะสมสำหรับเป็นทางออกในระยะยาวกว่าการการประกาศใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยาที่ทำในปัจจุบัน

5. นโยบายสำคัญสำหรับการแก้ไขปัญหาเทคโนโลยีทางการแพทย์ในอนาคต

กล่าวโดยสรุปในอนาคตระบบประกันสุขภาพของไทยจำเป็นต้องพึ่งพิงเทคโนโลยีทางการแพทย์มากขึ้นเรื่อยๆ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีนโยบายเพื่อรับมือกับปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ หรือสร้างระบบเพื่อรองรับการใช้เทคโนโลยีเหล่านั้นอย่างสมเหตุผล ลดผลกระทบที่ไม่พึงปรารถนาให้มากที่สุด

- ระบบประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่โยงกับระบบการขึ้นทะเบียน และการครอบคลุมในชุดสิทธิประโยชน์⁹
- ระบบการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยและทบทวนการจัดสรรเงินแก่ผู้ให้บริการที่มีบริการนอกสถานพยาบาล
- นโยบายสำหรับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและระบบเฝ้าระวังเชื้อมีดื้อยาโดยเฉพาะในสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ
- แผนระดับชาติที่เกี่ยวข้องกับการลงทุนด้านเทคโนโลยีและการฝึกอบรมบุคลากรให้มีความเสมอภาค (ด้านการกระจาย) สอดคล้องเหมาะสม

⁸ Harris A., et al. (2001). Using economic evidence in reimbursement decisions for health technologies: experience of 4 countries. Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research.1(1): p.7-12.

⁹ Teerawattananon Y & Tangcharoensathien V. (2004) Designing a reproductive health services package in the universal health insurance scheme in Thailand: match and mismatch of need, demand and supply. Health Policy Plan.19(Suppl1): p.i31-i39.



ปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

Key System Drivers : KSD

โรงพยาบาลต่าง ๆ ให้ความสำคัญกับระบบการบริหารจัดการ และปรับตัวเพื่อประสิทธิภาพขององค์กร รองรับการแข่งขันและเพื่อความอยู่รอดทางการเงินมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากเป็นองค์กรมหาชน

ชาญวิทย์ ทระเทพ

ประเด็นที่น่าสนใจ

- โรงพยาบาลของรัฐมีการปรับปรุงประสิทธิภาพของการบริหารจัดการองค์กร ตลอดจนระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการมาแล้วเป็นระยะ โดยเฉพาะในช่วงวิกฤติเศรษฐกิจของประเทศในปี 2540 และเมื่อเริ่มระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) อันเนื่องมาจากแรงกดดันของกลไกการจ่ายเงินปลายปิดและงบประมาณที่จำกัด ในขณะที่ภาระงานเพิ่มขึ้น
- ความพยายามควบคุมต้นทุนส่งผลต่อขวัญกำลังใจของบุคลากรและปัญหาสมองไหล
- มีการเพิ่มบริการที่อยู่นอกสิทธิประโยชน์ตลอดจนผลักดันการปรับเปลี่ยนกลไกการจ่ายเงินสำหรับบริการที่ยุ่ยากซับซ้อนและที่ต้องใช้เทคโนโลยีราคาแพง และการทำการตลาดในบริการตรวจสุขภาพและสวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการ และบริการข้ามพื้นที่อื่นๆ เพื่อเพิ่มรายได้
- การปรับปรุงประสิทธิภาพยังคงดำเนินต่อไปตามนโยบาย Good Health at Low Cost
- โรงพยาบาลของรัฐในรูปแบบองค์กรมหาชนที่นำร่องไว้ มีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพกว่าโรงพยาบาลในระบบราชการในพื้นที่ใกล้เคียงกัน เมื่อประเมินโดยดัชนีเฝ้าระวังหลายๆ ด้าน

(1) สถานการณ์ในประเทศโดยย่อ แนวโน้มในระยะ 10 ปีและเหตุผลประกอบ

สถานการณ์ในประเทศโดยย่อ

หลังปี พ.ศ. 2529 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและงบประมาณด้านสุขภาพของประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เมื่อมีการขยายตัวทางเศรษฐกิจอย่างมากเกินกว่าร้อยละ 8 ในช่วงเศรษฐกิจฟองสบู่ ทำให้งบประมาณด้านสาธารณสุขของประเทศที่เคยได้รับเพียงร้อยละ 3-4 ของงบประมาณทั้งหมด เพิ่มขึ้นเป็นมากกว่าร้อยละ 5 ของงบประมาณของรัฐ มีการลงทุนพื้นฐานด้านบริการสาธารณสุขอย่างมาก ทั้งการขยายสถานบริการในระดับสถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) การขยายจำนวนเตียงในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป (รพศ./รพท.) รวมทั้งจัดระบบบัตรประกันสุขภาพและระบบ



สวัสดิการรักษายาบาลผู้มีรายได้น้อยครอบคลุมมากขึ้น จนงบประมาณด้านสาธารณสุขเพิ่มเป็นร้อยละ 8 ในปีพ.ศ. 2540 ซึ่งเป็นปีที่เกิดวิกฤตเศรษฐกิจในประเทศไทย

เมื่อมีการประกาศลดค่าเงินบาทในวันที่ 2 กรกฎาคม พ.ศ. 2540¹ ทำให้ต้นทุนการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมาก จึงได้มีการวิเคราะห์ข้อมูลรายรับรายจ่าย เงินบำรุงของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปจากระบบรายงาน 0110 รง. 5 ที่มีการเก็บเป็น Digital Format แล้วในช่วงนั้น โดยคณะของ นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และการศึกษาปัจจัยพยากรณ์ในโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไปในภาวะวิกฤตการเงิน โดย นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และกองโรงพยาบาลภูมิภาค² รวมทั้งมีการตั้งกลุ่มวิเคราะห์สถานการณ์ รพ.รัฐ ในภาวะวิกฤตโดยกองโรงพยาบาลภูมิภาคร่วมกับ สวรส. ซึ่งได้มีการออกเอกสารวิเคราะห์ออกมา 4 ฉบับ ได้แก่ “ล้มทั้งยืน”³, “มาตรการปรับปรุงสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ”, “ข้อมูลสำคัญเพื่อการกำกับการทางการเงิน” เป็นต้น ทำให้เกิดการเร่งพัฒนาประสิทธิภาพโรงพยาบาลของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในหลายด้าน และผลการดำเนินการทั้งหมดนี้ถูกประมวลให้กลายเป็นนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข คือ Good Health at Low Cost มีการกำหนดแนวทางในการดำเนินการที่ได้ผลหลายประการ เช่นการชี้แจงและเร่งรัดให้ รพศ. รพท. ดำเนินการตามนโยบายอย่างเคร่งครัด, การประกาศใช้มาตรการปฏิรูประบบบริหารเวชภัณฑ์ ได้แก่การจำกัด Item ยาใน รพ.แต่ละระดับ การจัดซื้อยาร่วมกันระดับจังหวัด การคุมคลังยาให้มีราคามากเกิน 3 เดือน เป็นต้น⁴ มีการจัดตั้งศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านยาและเวชภัณฑ์ซึ่งเก็บข้อมูลการจัดซื้อยาจากทุกรพ. และรายงานเปรียบเทียบราคาซื้อยาจากบริษัทต่าง ๆ ของรพ.ต่าง ๆ เปรียบเทียบกันทำให้เกิดประสิทธิภาพในการจัดซื้อขึ้นอย่างมาก การเฝ้าระวังและติดตามประเมินผลการดำเนินการของ รพศ. รพท.อย่างใกล้ชิด และแจ้งผลการดำเนินการเปรียบเทียบกับ รพ.ขนาดใกล้เคียงกันทุกไตรมาส ผลการดำเนินการตามนโยบายนี้ทำให้รายจ่ายรวมของ รพศ.รพท.เพิ่มขึ้น ต่ำกว่าที่ประมาณการ เมื่อเทียบกับอัตราเงินเฟ้อจากการลดค่าเงินบาทและปริมาณการให้บริการที่เพิ่มมากขึ้นในระหว่างปี 2540-2542 รวมทั้งทำให้รพ.ที่มีหนี้สินมากกว่าเงินบำรุงจำนวน 13 แห่งลดลงเหลือเพียง 2 แห่ง สถานะการเงินของ รพศ. รพท. มีความมั่นคงขึ้นมาก⁵ มาตรการต่าง ๆ ทั้งหมดนี้กลายเป็นแบบแผนของการพัฒนาประสิทธิภาพโรงพยาบาลในปัจจุบันต่อมา อย่างไรก็ตามนอกเหนือจากการสร้างประสิทธิภาพ โดยใช้มาตรการในการลดต้นทุนต่าง ๆ แล้ว โรงพยาบาลยังหันมาเร่งรัดเรื่องการจัดเก็บรายได้ให้มีความครอบคลุมครบถ้วนมากขึ้น ดังนั้นสถานะเงินบำรุงของโรงพยาบาลต่าง ๆ จึงมีความมั่นคงมากขึ้นอย่างชัดเจน

ผลกระทบจากวิกฤตเศรษฐกิจทำให้ประเทศไทยต้องมีการกู้เงินจากธนาคารโลกและธนาคารพัฒนาเอเชีย ซึ่งมีข้อกำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขต้องดำเนินการให้มีรพ.ในกำกับรัฐขึ้น ซึ่งในปี พ.ศ. 2542 มีการออก พรบ.องค์การมหาชน และได้ออก พรฎ.จนบ้านแพ้วได้กลายเป็น รพ.ในกำกับรัฐ เป็นแห่งแรกในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2543 นอกจากนี้ยังมีข้อกำหนดให้สำนักงานประมาณดำเนินการปฏิรูประบบงบประมาณให้กลายเป็นระบบงบประมาณมุ่งเน้นผลลัพธ์ ผลงาน (Performance based budgeting system) ซึ่งได้มีการเลือกกอง รพ.ภูมิภาคให้เป็นหน่วยงานนำร่อง โดยมีการลงนามในข้อตกลงระหว่างสำนักงานประมาณกับกระทรวงสาธารณสุข ในเดือนกันยายน พ.ศ. 2542 โดยเริ่มมีการปรับเปลี่ยนระบบบัญชีให้เป็นเกณฑ์พึงรับพึงจ่ายนำร่องใน รพศ.ชลบุรี, รพศ.สระบุรี และรพศ.ขอนแก่น



เริ่มมีการหาต้นทุนต่อหน่วยบริการ รวมทั้งการติดตามกำกับประเมินผลลัพธ์ผลงาน ในปี พ.ศ. 2543 การส่งข้อมูลการจัดซื้อยาในศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านยาและเวชภัณฑ์เริ่มมีความครบถ้วน และเป็นที่รู้จักกันแพร่หลายมากขึ้น เริ่มมีหลักฐานการใช้ข้อมูลจากศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านยาและเวชภัณฑ์ สามารถทำให้เกิดประสิทธิภาพในการบริหารเวชภัณฑ์ได้⁶

ปี พ.ศ. 2544 เริ่มนำร่องโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคใน 6 จังหวัด และขยายเป็น 21 จังหวัด ในปีพ.ศ. 2545 โครงการขยายไปครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบการเงินการคลัง สาธารณสุข โดยปรับเปลี่ยนจากการจัดสรรงบประมาณตามขนาดสถานบริการมาเป็นการจัดสรรงบประมาณตามจำนวนประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดเตรียมวิธีการหาต้นทุนผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในอย่างหยาบ และตัวชี้วัดด้านประสิทธิภาพต่าง ๆ รวมทั้งนำเครื่องมือใหม่ ๆ มาใช้ในการวัดประสิทธิภาพ เช่น DEA, RW และ LOS ของ DRG เป็นต้น พร้อมกันนั้นกระทรวงสาธารณสุขได้ออกนโยบายและคู่มือทางบัญชี ให้ปรับเปลี่ยนระบบบัญชีเกณฑ์เงินสดให้เป็นเกณฑ์พึงรับพึงจ่าย เริ่มมีการจัดตั้ง CFO ของ รพศ. รพท. และใน สสจ. ในปีพ.ศ. 2545-2546 พร้อมกับมีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่การเงิน ในปี พ.ศ. 2546 ระบบรายงานกิจกรรมและการเงินการคลัง 0110 รง. 5 ปรับเปลี่ยนเป็นรายงานผ่าน Web และเริ่มจัดทำดัชนีวิเคราะห์ และเฝ้าระวังสถานการณ์การเงินการคลังขึ้น แสดงผลวิเคราะห์ผ่าน Web เช่นเดียวกับโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ก็มีความพยายามที่จะศึกษาต้นทุนต่อหน่วยบริการ ซึ่งก็พบว่าต้นทุนต่อหน่วยบริการรักษาพยาบาลสูงกว่างบประมาณที่ได้รับ⁷ ในปีเดียวกันนี้เอง กระทรวงสาธารณสุขได้ทบทวนอัตราค่ารักษาพยาบาลของหน่วยบริการในกระทรวงสาธารณสุข โดยพยายามใช้ข้อมูลที่เป็น Activity Based โดยแบ่งต้นทุนเป็น Labor Cost, Material Cost, Capital Cost, Indirect Cost และประกาศใช้อัตราค่ารักษาพยาบาลใหม่ในปีพ.ศ. 2547 ทำให้รพ.ของรัฐในสังกัดอื่นพากันปรับค่ารักษาพยาบาลกันไปทั้งหมด พร้อมกันนั้นกระทรวงสาธารณสุขก็ดำเนินการจัดตั้งศูนย์เฝ้าระวังด้านการเงินการคลังในระดับเขตและระดับจังหวัด รวมทั้งวิเคราะห์ข้อมูลการเงินการคลัง โดยแบ่ง รพศ. รพท. รพช. เป็นระดับต่าง ๆ 7 ระดับ เพื่อการเฝ้าระวัง ในปีพ.ศ. 2547 โดยมีการนำเสนอข้อมูลผลการวิเคราะห์ด้านการเงินการคลังในที่ประชุมสำนักงานปลัดกระทรวงทุกเดือน และเสนอผลวิเคราะห์ผ่าน Web ตลอดเวลา จนถึงปีพ.ศ. 2549 จากนั้นผลวิเคราะห์ถูกนำเสนอในที่ประชุมสำนักตรวจราชการทุกเดือน

ปีพ.ศ. 2549 มีความพยายามที่จะนำร่องการพัฒนาระบบบัญชีต้นทุน และการหาต้นทุนต่อหน่วยบริการโดยวิธี Activity based costing ของหน่วยบริการต่าง ๆ รวมทั้งมีการศึกษาการใช้เครื่องมือวิเคราะห์ข้อมูลการเงินการคลังเพื่อแสดงประสิทธิภาพของหน่วยบริการ เช่น DEA เป็นต้น หลังการเปลี่ยนแปลงการปกครองการเพิ่มประสิทธิภาพโดยการลดต้นทุนยิ่งกลายเป็นแนวทางหลัก ดังมีหลักฐานจากการทำ Compulsory Licensing กลุ่มยาที่มีราคาแพงและมีความจำเป็นต้องใช้จำนวนมาก เป็นต้น

แนวโน้มในระยะ 10 ปีข้างหน้า

กระแสความตื่นตัวในเรื่องการเพิ่มประสิทธิภาพในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาได้กลายเป็นกระแสหลัก หลังจากวิกฤตเศรษฐกิจในปี 2540 เป็นต้นมา โดยใช้นโยบาย Good Health at Low Cost เป็นตัวขับเคลื่อน มาตรการต่าง ๆ ที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศใช้ ได้มีการพัฒนาระบบกำกับติดตาม ประเมินผล ทำให้การพัฒนาประสิทธิภาพก้าวหน้าไปได้อย่างรวดเร็ว และมีรายงานการศึกษาผลของการ



ดำเนินการตามมาตรการเหล่านี้ หลังโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบการเงิน การคลังสุขภาพ ส่งผลกระทบต่อสถานบริการต่างๆ ทำให้รายรับที่เคยมาจากภาครัฐและประชาชนร่วมจ่าย กลับกลายเป็นรายรับส่วนใหญ่ต้องมาจากงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว ขณะที่จำนวนผู้รับบริการ ผู้ป่วยนอกเพิ่มมากขึ้น ยิ่งทำให้สถานบริการทุกระดับต้องเพิ่มประสิทธิภาพ ลดต้นทุนกันเป็นการใหญ่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งรายรับจากที่ประชาชนจ่ายหายไปจากระบบจำนวนมากเพราะมีหลักประกันสุขภาพแล้ว เหลือรายรับให้โรงพยาบาลเรียกเก็บเพียงไม่กี่แห่ง ได้แก่ ประกันภัยบุคคลที่สาม และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ดังนั้นโรงพยาบาลต่าง ๆ จึงหันมาเร่งรัดเพิ่มรายรับจากเงินทั้งสองส่วนนี้ ซึ่งนับวันผู้รับผิดชอบงบประมาณทั้งสองส่วนนี้ ก็จะเร่งอกระเบียบให้เกิดความยากลำบากในการเบิกจ่ายมากขึ้น เพื่อไม่ให้งบประมาณในสองส่วนนี้เพิ่มขึ้นรวดเร็วเกินไป การเพิ่มประสิทธิภาพในช่วงหลังจึงมีแนวโน้มที่จะต้องมุ่งเน้นการลดต้นทุนเป็นหลัก

ถึงแม้ว่าเป้าหมายการพัฒนาาระบบสุขภาพพอเพียงของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 (2550-2554) ข้อ 5 กำหนดเป้าหมายหลักไว้ว่า ระบบบริการสุขภาพและการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ มีการใช้เทคโนโลยีอย่างพอประมาณตามหลักวิชาการอย่างถูกต้อง เหมาะสม ทำให้ผู้รับบริการมีความอุ่นใจและผู้ให้บริการมีความสุข แต่การที่ทรัพยากรสาธารณสุขที่สถานบริการได้รับ ส่วนใหญ่มาจากภาครัฐซึ่งมีภาระที่จะต้องใช้จ่ายในการกิจที่หลากหลาย จึงไม่สามารถเพิ่มทรัพยากรสาธารณสุขได้เร็ว เท่ากับปัญหาและความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไปได้ แนวโน้มการสร้างประสิทธิภาพจึงยังคงมุ่งเน้นไปที่การลดต้นทุนเป็นหลัก

(2) ลักษณะผลกระทบและอิทธิพลที่ต่อความพยายามในการบรรลุถึงค่านิยมต่าง ๆ ของระบบหลักประกันสุขภาพที่สำคัญ เช่น คุณภาพ การควบคุมต้นทุน ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ การกระจายภาระทางการเงิน เป็นต้น

ผลกระทบและอิทธิพลต่อความพยายามในการควบคุมต้นทุน

วิธีการหลักในการเพิ่มประสิทธิภาพในสภาวะแวดล้อมด้านสุขภาพปัจจุบัน กลายเป็นการมุ่งจำกัดต้นทุนเป็นหลัก ดังจะเห็นมาตรการของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็น Provider รายใหญ่ จากนโยบาย Good Health at Low Cost เช่น มาตรการบริหารระบบเวชภัณฑ์ การจัดซื้อยารวม, Compulsory Licensing เป็นต้น ขณะที่หน่วยงานที่ดูแลด้านกำลังคนเช่น กพ. ก็ใช้กลวิธีที่ทำให้ลดจำนวนข้าราชการลง เช่น การอนุมัติ ชี 9 ให้สำนักงานปลัดกระทรวงถึง 700 ตำแหน่ง แต่ต้องหาดำแหน่งมายุบเงินเดือนมารวม ทำให้มีข้าราชการจำนวนน้อยลง แม้ว่าจำนวนชีจะสูงขึ้น เป็นต้น หรือสำนักงานงบประมาณก็ใช้วิธีการกำหนดงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขให้มีกรอบวงเงินอยู่ในแต่ละปีไม่ว่างบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพจะเพิ่มเหมาจ่ายรายหัวเท่าไร งบประมาณรวมของกระทรวงสาธารณสุขก็จะเพิ่มในสัดส่วนที่ถูกจำกัด ดังนั้น การเพิ่มเงินเหมาจ่ายรายหัวนั้น ข้อเท็จจริงคือโยกงบประมาณของกรมอื่นมาแทน กรมอื่นจึงจะต้องปรับลดงบประมาณลงตามลำดับ เช่นกัน ผลที่ตามมาคือเกิดความปั่นป่วนในระบบส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคที่ได้รับทรัพยากรลดลง ดังจะเห็นปัญหาโรคที่



เคยควบคุมได้ เริ่มจะควบคุมไม่ได้ เช่น ไข้เลือดออก แม้แต่โรคท้องร่วงรุนแรงก็ยังแพร่ระบาดถึง 30 จังหวัด ในปีพ.ศ. 2550

ในระดับหน่วยบริการเช่นโรงพยาบาลก็มีความพยายามจะลดค่าใช้จ่ายโดยการตัดงบประมาณ ค่าเวรนอกเวลา ค่าน้ำ ค่าไฟ ค่าน้ำมัน เป็นต้น ทำให้ขวัญกำลังใจของบุคลากรที่ทำงานในระบบลดลง เกิดปัญหาสมองไหลตามมา จนเกิดความขาดแคลนบุคลากรหลายวิชาชีพในระบบอย่างมาก

โรงพยาบาลบ้านแพ้วซึ่งเป็นโรงพยาบาลในกำกับรัฐแสดงความสามารถในการบริหาร ประสิทธิภาพในเรื่องการลดต้นทุน โดยการบริหารคลังพัสดุต่าง ๆ ให้มีการหมุนเวียนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด ทั้งนี้โรงพยาบาลแห่งนี้มีมูลค่าวัสดุคงคลังต่ำที่สุด และมีหลักฐานว่ามีการต่อรองราคายาจนซื้อยาได้ในราคาค่อนข้างต่ำที่สุดมาโดยตลอด

ในส่วนของผู้ซื้อบริการที่มุ่งสร้างประสิทธิภาพโดยพยายามที่จะให้มีการจำกัดต้นทุนคือ กรมบัญชีกลางที่ดูแลสวัสดิการรักษายาบาล ซึ่งได้เริ่มปรับปรุงสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลในเชิง ลดทอนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540⁸ ได้สร้างกลไกในการบริหารจัดการที่ซับซ้อนในการเรียกหนี้จากหน่วย บริการ และอาศัยการสร้างอุปสรรค การตรวจสอบต่าง ๆ ทำให้การเรียกหนี้ทำได้ด้วยความยากลำบาก ภายใต้กรอบรายการจ่ายที่จำกัด นอกจากนี้ยังมีการจำกัดยาและเวชภัณฑ์ที่ใช้อีกด้วย

ผลกระทบและอิทธิพลต่อความพยายามในการเพิ่มผลลัพธ์ผลิต

ในส่วนของผู้ให้บริการหน่วยบริการขนาดเล็กที่ไม่สามารถสร้างบริการเพิ่มขึ้นได้เอง ก็มีความ พยายามที่จะเพิ่มผลผลิต โดยเฉพาะผลผลิตนอกสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพต่าง ๆ เช่น การแพทย์แผนไทย, สปา เป็นต้น ทั้งนี้นอกจากจะทำให้ใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดให้เกิดประโยชน์เพิ่มขึ้น แล้ว เป้าประสงค์หลักยังเป็นการเพิ่มรายรับจากบริการที่อยู่นอกสิทธิประโยชน์เหล่านี้อีกด้วย ส่วนสถาน บริการขนาดใหญ่ที่สามารถพัฒนาและมีการลงทุนเทคโนโลยีทางการแพทย์ ก็ผลักดันบริการที่ยุงยาก ซับซ้อน และต้องการใช้เทคโนโลยีที่มีราคาแพง ให้มีการจ่ายเงินในลักษณะ Open End แทนที่จะรวม ภายใต้งบจ่ายรายหัว ได้แก่ Disease Management ต่าง ๆ รวมทั้ง High Cost Care เป็นต้น ส่งผลให้ สัดส่วนเงินด้าน High Cost และ Accident/Emergency เพิ่มขึ้นในสัดส่วนที่สูงที่สุดทุกปี

โรงพยาบาลบ้านแพ้วที่เป็นโรงพยาบาลในกำกับรัฐ ก็มีความพยายามที่จะเพิ่มประสิทธิภาพโดย การเพิ่มผลผลิต ผลลัพธ์ ตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมได้แก่การขยายบริการตรวจสุขภาพข้าราชการ ซึ่งอยู่ใน สิทธิประโยชน์ของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เข้าไปในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑลทำ ให้มีรายรับเพิ่มขึ้นมาก รวมทั้งขยายบริการไปครอบคลุมแรงงานต่างด้าวและประกันสังคมในพื้นที่ จังหวัดสมุทรสาครและจังหวัดข้างเคียงอย่างเข้มแข็ง นอกจากนี้ยังขยายบริการในส่วนโครงการพิเศษ ต่าง ๆ ของสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ เช่น การผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตาในผู้ป่วยต้อกระจกออก นอกพื้นที่เข้าไปในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลอีกด้วย

ในส่วนของผู้ซื้อบริการกองทุนต่าง ๆ มีความพยายามที่จะเพิ่มผลผลิตผลลัพธ์ ในรูปของสิทธิ ประโยชน์ ดังเช่น สปสช. พยายามที่จะขยายสิทธิประโยชน์เพิ่มขึ้น หรือทำสิทธิประโยชน์เดิมอยู่แล้วให้มี ความชัดเจน และเป็นจุดสนใจมากขึ้น เช่นโครงการในกลุ่ม Disease Management หลายๆ โรค เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีความพยายามจะขยายสิทธิประโยชน์ไปยังโรคที่ต้องการใช้ทรัพยากรจำนวนมากในระยะ



ยาว เช่นการล้างไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย การให้ยาต้านไวรัสเอดส์เป็นต้น ในส่วนของประกันสังคมมีความพยายามจะเพิ่มสิทธิประโยชน์ในการให้ความสะดวกต่าง ๆ มากขึ้น หรือเพิ่มวงเงินมากขึ้น เช่น ค่าคลอด จาก 6000 บาทเพิ่มเป็น 12000 บาทเป็นต้น แต่เป็นสิทธิประโยชน์ที่มุ่งตรงไปยังผู้ประกันตนโดยตรง

ผลกระทบและอิทธิพลต่อความพยายามในการกระจายภาระทางการเงิน

ผู้ซื้อบริการที่ใช้วิธีกระจายภาระทางการเงินคือกรมบัญชีกลางที่ดูแลสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โดยใช้กลวิธีหลักผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการให้ไปใช้สิทธิประกันสังคมในกรณีที่มีสิทธิประกันสังคมด้วย ซึ่งสิทธิประกันสังคมนั้นจำกัดบริการอยู่เฉพาะในสถานบริการคู่สัญญาหลัก ขณะที่สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีสิทธิที่จะเข้ารักษายาบาลที่ใดก็ได้ ทำให้เกิดปัญหาการใช้สิทธิในกลุ่มนี้ และกลายเป็นว่าหากต้องการยาเดิม จากโรงพยาบาลเดิม ก็ต้องชำระเงินเอง เพราะมักไม่ตรงกับโรงพยาบาลคู่สัญญาหลักที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดให้

(3) รูปธรรมหรือเครื่องชี้วัดระดับที่สำคัญของปัจจัยนั้น

กระทรวงสาธารณสุขได้ติดตามกำกับตัวชี้วัดด้านประสิทธิภาพผ่าน Web Site ดังตารางที่ 1 แสดงตัวชี้วัดประสิทธิภาพของเขตต่าง ๆ ซึ่งเมื่อเลือกเขตจะแสดงข้อมูลตัวชี้วัดประสิทธิภาพของจังหวัดต่าง ๆ เมื่อเลือกจังหวัด ก็จะแสดงตัวชี้วัดของโรงพยาบาลต่าง ๆ ในจังหวัดนั้น ๆ เป็นต้น

ตารางที่ 1 ดัชนีวิเคราะห์สำหรับการเฝ้าระวังด้านการเงิน

เขต	จำนวน ส่ง / ทั้งหมด	ระดับความ รุนแรงสถานะ ทางการเงิน	Quick Ratio (CF)	Current Ratio (CF)	I/E Ratio (CF)	ค่าใช้จ่ายด้าน บุคลากรต่อ ค่าใช้จ่ายจาก การดำเนินงาน	ต้นทุน เฉลี่ยผู้ป่วย นอก รพช.	ต้นทุนเฉลี่ย ผู้ป่วยนอก รพท./รพศ.	ต้นทุน เฉลี่ยผู้ป่วย ใน รพช.	ต้นทุนเฉลี่ย ผู้ป่วยใน รพท./รพศ.
<u>1</u>	86 / 87	1	0.69	0.78	0.94	51.37	437.43	395.25	6,124.07	7,114.50
<u>2</u>	39 / 39	5	0.79	0.99	0.96	48.76	476.64	423.99	6,673.01	7,631.85
<u>3</u>	36 / 37	7	1.67	1.93	1.07	55.93	360.66	320.92	5,049.26	5,776.61
<u>4</u>	32 / 32	7	1.74	1.90	1.07	60.78	341.25	314.90	4,777.44	5,668.16
<u>5</u>	24 / 28	7	1.02	1.16	1.03	54.72	362.19	327.81	5,070.68	5,900.58
<u>6</u>	35 / 35	7	1.77	2.01	1.17	52.92	390.43	349.01	5,466.02	6,282.15
<u>7</u>	17 / 17	7	1.52	1.63	1.00	49.84	508.48	452.83	7,118.67	8,150.86
<u>8</u>	27 / 28	7	1.17	1.33	0.97	54.40	422.57	376.74	5,915.99	6,781.28
<u>9</u>	33 / 33	7	1.80	1.98	1.04	53.32	406.11	363.53	5,685.60	6,543.49
<u>10</u>	45 / 47	7	1.19	1.41	1.08	51.03	361.75	320.29	5,064.55	5,765.14
<u>11</u>	41 / 46	7	1.22	1.48	1.04	53.99	358.88	319.09	5,024.38	5,743.67
<u>12</u>	43 / 46	7	0.87	1.03	1.10	52.89	390.11	346.73	5,461.53	6,241.13



เขต	จำนวน ส่ง / ทั้งหมด	ระดับความ รุนแรงสถานะ ทางการเงิน	Quick Ratio (CF)	Current Ratio (CF)	I/E Ratio (CF)	ค่าใช้จ่ายด้าน บุคลากรต่อ ค่าใช้จ่ายจาก การดำเนินงาน	ต้นทุน เฉลี่ยผู้ป่วย นอก รพช.	ต้นทุนเฉลี่ย ผู้ป่วยนอก รพท./รพศ.	ต้นทุน เฉลี่ยผู้ป่วย ใน รพช.	ต้นทุนเฉลี่ย ผู้ป่วยใน รพท./รพศ.
<u>13</u>	74 / 74	7	1.43	1.63	1.03	48.06	376.94	334.04	5,277.14	6,012.73
<u>14</u>	51 / 51	7	0.99	1.17	1.03	49.37	357.47	318.42	5,004.59	5,731.61
<u>15</u>	28 / 32	7	1.21	1.36	1.04	60.40	298.44	268.44	4,178.19	4,831.89
<u>16</u>	35 / 35	7	0.82	0.95	0.98	46.01	454.23	403.90	6,359.17	7,270.26
<u>17</u>	17 / 17	7	1.69	1.82	1.18	52.60	468.67	420.49	6,561.39	7,568.77
<u>18</u>	26 / 26	7	1.58	1.70	0.99	63.75	543.20	476.31	7,604.85	8,573.54
<u>19</u>	19 / 21	7	1.49	1.62	1.00	58.43	421.99	375.29	5,907.82	6,755.30
รวม	708 / 731									

แหล่งข้อมูล รายงาน 0110 รง. 5 เดือน กันยายน 2549 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

หมายเหตุ ข้อมูลต้นทุนเฉลี่ยไม่รวมงบลงทุน

เมื่อดูตัวชี้วัดด้านประสิทธิภาพของโรงพยาบาลรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดสมุทรสาคร และโรงพยาบาลบ้านแพ้วซึ่งเป็นโรงพยาบาลในกำกับรัฐ จะเห็นได้ว่าตัวชี้วัดประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร และการจัดการของโรงพยาบาลแพ้วเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยของโรงพยาบาลต่าง ๆ เขต 7 และโรงพยาบาลในจังหวัดสมุทรสาครพบว่าโรงพยาบาลบ้านแพ้วมีการใช้วัสดุหมุนเวียนอย่างมีประสิทธิภาพชัดเจนที่สุด เมื่อเทียบกับโรงพยาบาลอื่น และยังมีการลงทุนในการพัฒนาบุคลากรสูงกว่าโรงพยาบาลอื่น ๆ เช่นกัน ในขณะที่ตัวชี้วัดอื่น ๆ ไม่แสดงความแตกต่างชัดเจน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตัวชี้วัดด้านประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรและการจัดการ

	Return on Assets	Total Asset Turnover	Inventory Turnover	Labor Cost/ Operating Cost	Training, Meeting/ Operating Cost
ค่าเฉลี่ยรพ.ในเขต 7	0.41	19.98	8.70	40.31%	0.65%
รพ.สมุทรสาคร	0.69	12.80	10.23	33.23%	0.75%
รพ.กระทุ่มแบน	0.01	18.06	12.19	29.85%	0.97%
รพ.บ้านแพ้ว	-0.02	16.41	60.46	38.03%	1.39%

แหล่งข้อมูล : 0110 รง. 5 เดือนกันยายน 2549

เมื่อดูตัวชี้วัดด้านคุณภาพบริการพบว่าโรงพยาบาลบ้านแพ้วมีอัตราตายมารดาเท่ากับ 0 และมีอัตราตายผู้ป่วยในต่ำกว่าโรงพยาบาลอื่น ในจังหวัดเดียวกัน และในเขต อย่างไรก็ตามอัตราตายทารกแรกคลอดสูงกว่ารพ.อื่น ๆ ดังแสดงในตารางที่ 3



ตารางที่ 3 ตัวชี้วัดด้านคุณภาพ

	IP Mortality: 1,000	Mather Mortality : 100,000	Stillbirth Rate: 1,000
ค่าเฉลี่ยรพ.ในเขต 7	20.16	15.46	5.03
รพ.สมุทรสาคร	25.29	18.08	3.60
รพ.กระทุ่มแบน	17.49	97.99	4.39
รพ.บ้านแพ้ว	16.24	0.00	5.82

แหล่งข้อมูล : 0110 รง. 5 เดือนกันยายน 2549 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

เมื่อเปรียบเทียบโรงพยาบาลบ้านแพ้วกับโรงพยาบาลอื่นในจังหวัดเดียวกันและค่าเฉลี่ยทั้งเขต พบว่า กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลบ้านแพ้วไม่แตกต่างจากโรงพยาบาลอื่นๆ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ดัชนีชี้วัดด้านการส่งเสริมสุขภาพ

	Average ANC (Visits)	Ratio of Postpartum Follow up
ค่าเฉลี่ยรพ.ในเขต 7	2.68	0.50
รพ.สมุทรสาคร	7.44	0.64
รพ.กระทุ่มแบน	2.05	0.68
รพ.บ้านแพ้ว	4.69	0.53

แหล่งข้อมูล : 0110 รง. 5 เดือนกันยายน 2549 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

เมื่อดูดัชนีเฝ้าระวังด้านการเงินการคลัง จะพบว่าโรงพยาบาลบ้านแพ้วสามารถควบคุมคลังวัสดุได้เป็นอย่างดีดังจะเห็นได้ว่า Quick Ratio และ Current Ratio ใกล้เคียงกันมากชี้ให้เห็นถึงความสามารถในการหมุนเวียนวัสดุคงคลังให้นำไปใช้งานได้จนแทบไม่มีการเก็บวัสดุไว้ในคลังเลย และยังวางแผนรายรับรายจ่ายได้จนเกือบเท่ากัน แต่อาจต้องควบคุมต้นทุนบริการมิให้สูงเร็วกว่านี้

ตารางที่ 5 ดัชนีเฝ้าระวังด้านการเงินการคลัง

	Quick Ratio	Current Ratio	I/E Ratio	Labor cost/Operating cost	Average Cost/OPD Visit (Baht)	Average Cost /IPD Admission (Baht)
ค่าเฉลี่ยรพ.ในเขต 7	1.96	2.07	1.08	50.63%	659.99	10,481.73
รพ.สมุทรสาคร	2.40	2.50	1.09	47.86%	684.25	10,869.93
รพ.กระทุ่มแบน	2.63	2.71	1.06	43.40%	472.71	6,617.87
รพ.บ้านแพ้ว	1.03	1.06	1.01	39.40%	641.10	8,975.40

แหล่งข้อมูล : 0110 รง. 5 เดือนกันยายน 2549 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ



เปรียบเทียบดัชนีเฝ้าระวังด้านการเงินการคลังของโรงพยาบาลบ้านแพ้วในปี 2548, 2549 จะเห็นว่าต้นทุนต่อหน่วยของโรงพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นในปี 2549

ตารางที่ 6 ดัชนีเฝ้าระวังด้านการเงินการคลัง

รพ.บ้านแพ้ว	Quick Ratio	Current Ratio	I/E Ratio	Labor cost / Operating cost	Average Cost / OPD Visit (Baht)	Average Cost / IPD Admission (Baht)
2548	1.01	1.93	1.07	34.41%	434.70	6,085.82
2549	1.03	1.06	1.01	39.40%	641.10	8,975.40

แหล่งข้อมูล: 0110 รง. 5 เดือนกันยายน 2549 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

สรุปในภาพรวม

ภายใต้สถานการณ์สิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพที่เป็นอยู่นี้ การจำกัดรายรับของสถานบริการสาธารณสุขให้ส่วนใหญ่มาจากภาครัฐทำให้สถานบริการทุกแห่งต้องเร่งรัดด้านประสิทธิภาพโดยเน้นการลดต้นทุนเป็นวิธีการหลัก การพยายามเพิ่มผลผลิตก็จะเป็นผลผลิตที่สามารถเพิ่มรายรับให้แก่โรงพยาบาลได้เท่านั้น ซึ่งมักเป็นรายรับนอกสิทธิประโยชน์โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือหากเป็นผลผลิตในสิทธิประโยชน์ก็จะเป็นส่วนที่มีการจ่ายเป็น Open End ส่วนผลผลิตที่อยู่ในสิทธิประโยชน์ที่เหมารวมในเหมาจ่ายรายหัวนั้น ไม่มีข้อมูลบ่งชี้ว่ามีความพยายามเพิ่มผลผลิตแต่อย่างใด ภายใต้สถานการณ์เช่นนี้ โรงพยาบาลในกำกับรัฐอาจยังไม่ใช้รูปแบบในอุดมคติ อย่างน้อยก็ไม่สามารถลดต้นทุนด้านบุคลากรได้ เพราะค่าใช้จ่ายในเรื่องเงินเดือนจะสูงกว่าส่วนของราชการ แต่ก็มีหลักฐานบางอย่างบ่งชี้ว่าโรงพยาบาลในกำกับรัฐมีความพยายามจะพัฒนาประสิทธิภาพและสามารถทำได้ดีกว่าในบางเรื่อง

เอกสารอ้างอิง

- ¹ กระทรวงการคลัง ประกาศกระทรวงการคลัง เรื่องปรับปรุงระบบการแลกเปลี่ยนเงินตรา ประกาศ ณ วันที่ 2 กรกฎาคม 2540
- ² จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, กองโรงพยาบาลภูมิภาค โครงการศึกษาปัจจัยพยากรณ์ภาวะวิกฤติทางการเงินในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปของกระทรวงสาธารณสุข 2541
- ³ จงกล เลิศเกียรติารัง วิชัช เกษมทรัพย์ และวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร วิกฤตการคลัง รพ.รัฐ: ล้มทั้งยืน? โครงการวิเคราะห์สถานการณ์ โรงพยาบาลรัฐในภาวะวิกฤต : 18 กุมภาพันธ์ 2541
- ⁴ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หนังสือที่ สธ 0211/09/ว 70 เรื่อง หลักการและมาตรการปฏิรูประบบบริหารเวชภัณฑ์ ลงวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2541
- ⁵ วีระ อิงคภาสกร มาตรการปฏิรูประบบบริหารเวชภัณฑ์และผลกระทบต่อรพศ./รพท.หลังวิกฤตเศรษฐกิจ วารสารนโยบายและแผนสาธารณสุข 2,1 (ม.ค.-มี.ค. 2542),5-16



⁶ ชาญวิทย์ เทเรเทพ การเพิ่มประสิทธิภาพของการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์โรงพยาบาลเสนาเพื่อรองรับนโยบายหลักประกันสุขภาพ วารสารนโยบายและแผนสาธารณสุข 4,1-2(ม.ค.-มิ.ย. 2544), 24-35

⁷ ทศพร วิมลเก็จ, ภิรมย์ กมลรัตนกุล โครงการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยของระบบบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้ชุดโครงการ “การศึกษาาระบบบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า” The Cost per Unit of Health Services in Health for All: a Case Study of Health Service Center (No. 16) คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2546

⁸ ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, รัตเข็มขัดหรือปฏิรูป สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ บนเส้นทางสู่สุขภาพ ประสิทธิภาพ เสมอภาค? สำนักพิมพ์สถาบันระบบวิจัยสาธารณสุข. 2541 หน้า 1-4



ปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

Key System Drivers : KSD

ปัจจัยผลักดันระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากสถานการณ์ และการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ

สุพัตรา ศรีวณิชชากร

ประเด็นที่น่าสนใจ

- ในประเทศไทยพบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่ายและมากที่สุด โดยเฉพาะประชาชนผู้มีรายได้น้อย
- ปัญหาสุขภาพที่เป็นโรคเรื้อรัง ปัญหาที่สัมพันธ์กับสภาพสังคม พฤติกรรมและวิถีชีวิตที่เพิ่มมากขึ้น ความหนาแน่นในโรงพยาบาลขนาดใหญ่และความต้องการบริการที่ทันสมัยของประชาชน เป็นปัจจัยผลักดันการพัฒนาที่สำคัญ
- จากการศึกษาเปรียบเทียบในนานาประเทศพบว่าคุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิมีผลต่อการเข้าถึง ความเป็นธรรมและประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ
- การสนับสนุนบริการปฐมภูมิในประเทศไทย ยังไม่เพียงพอหากพิจารณาจากอัตราส่วนเจ้าหน้าที่สถานีนอมนัยของกระทรวงสาธารณสุข (กสธ.) ต่อประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ พบว่า ลดลงจาก 1:1390 ในปี 2541 เป็น 1:1637 ในปี 2549 ประมาณครึ่งหนึ่งของหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัด กสธ. ยังมีจำนวนบุคลากรต่ำกว่ามาตรฐาน
- แนวโน้มของการพัฒนาด้านบุคลากรคือ การเพิ่มแพทย์ พยาบาลและพยาบาลเวชปฏิบัติเข้าไปมีส่วนร่วมมากขึ้น ในขณะที่ยังขาดทันตแพทย์และทันตภิบาล ซึ่งยังมีความท้าทายที่สำคัญ คือ การลาออกและผู้ที่จบการศึกษาใหม่ไม่นิยมและมีแนวโน้มถูกจำกัดไม่ให้เข้ามาทำงานในภาครัฐ รวมถึงความร่วมมือและสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ต้องรับการถ่ายโอนภารกิจตามนโยบายกระจายอำนาจ
- ข้อมูลถึงปี 2547 พบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิยังประสบปัญหาขาดทุนอยู่บ้างทั้งที่สถานีนอมนัย (15%) และโรงพยาบาลชุมชน (37%)
- ในเขตกรุงเทพมหานคร การดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่องตามแนวคิดของระบบบริการปฐมภูมิยังทำได้ค่อนข้างจำกัด หน่วยบริการในระบบส่วนใหญ่อยู่ในสังกัดกรุงเทพมหานครซึ่งมีข้อจำกัดที่ต้องปรับปรุงหลายประการ เช่น ภาพพจน์ ระยะเวลาการรับบริการ และคุณภาพบริการต่ำกว่าที่คาดหวัง ระบบส่งต่อยุ่งยากขาดงบประมาณในการพัฒนาให้เกิดความคล่องตัว ตลอดจนการประชาสัมพันธ์
- หน่วยบริการปฐมภูมิภาคเอกชนมีศักยภาพที่จะเข้าร่วมบริการได้มากขึ้น สอดคล้องกับค่านิยมคนเมือง ทั้งร้านยาและคลินิกเอกชน แต่ต้องการระบบในการจัดการที่ดีและคล่องตัว ตลอดจนการดูแลเรื่องความขัดแย้งผลประโยชน์ (Conflict of interest) ของบุคลากร รวมถึงระบบการส่งต่อ การดำเนินการด้านส่งเสริมสุขภาพและการกำกับดูแลคุณภาพ

1. ความสำคัญ และบทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิ ต่อระบบบริการสาธารณสุขและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

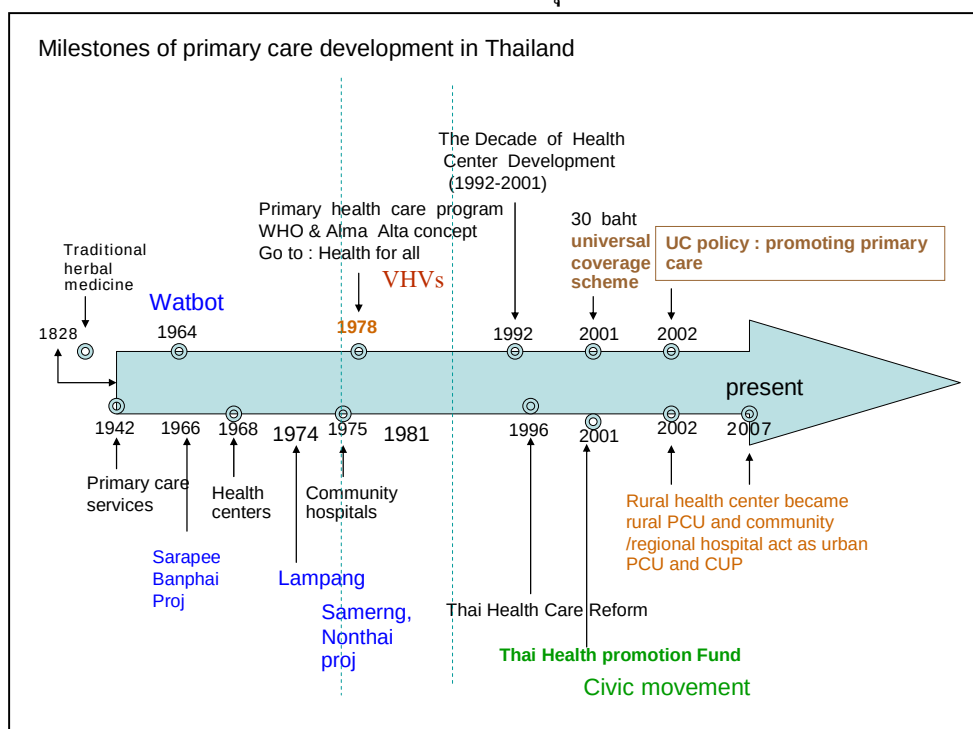
องค์การอนามัยโลก ได้ประกาศที่อัลมาอัลตาให้ PHC เป็นหลักการ และกลยุทธ์ในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขที่เน้น การเข้าถึง เท่าเทียม ด้วยค่าใช้จ่ายและเทคโนโลยีที่เหมาะสม ซึ่งหมายรวมถึงการพัฒนาระบบ



บริการที่ใกล้บ้านใกล้ที่ทำงาน (WHO 1980) ฉะนั้นหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary care) จึงเป็นกลไกและกลยุทธ์ที่สำคัญส่วนหนึ่งภายใต้หลักการและแนวคิดของ Primary Health Care

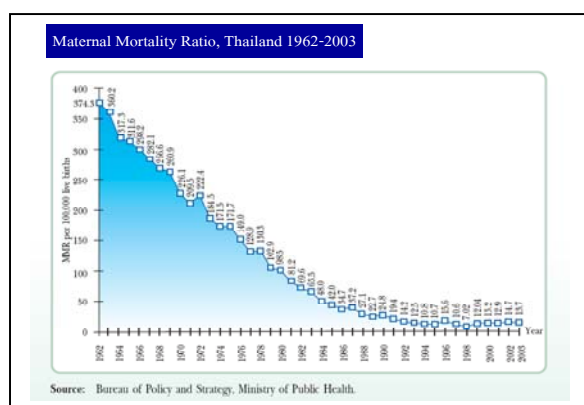
บทเรียนการพัฒนาในประเทศไทยในระยะที่ผ่านมาที่ได้นำหลักการสาธารณสุขมูลฐานมาดำเนินการ ได้ขยายและพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพพื้นฐาน อันได้แก่ สถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน เป็นจำนวนมากอย่างครอบคลุม รวมทั้งสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน ด้วยวิธีการต่างๆ และการพัฒนาให้มีอาสาสมัครสาธารณสุข (ภาพที่ 1) เป็นผลให้ความครอบคลุมของบริการสุขภาพพื้นฐานเพิ่มมากขึ้น และผลลัพธ์สุขภาพของประชาชนดีขึ้น ได้แก่ ด้านอัตราการตายมารดาและทารกลดลง (ภาพที่ 2) รวมทั้งในระยะหลังหลักการสาธารณสุขมูลฐาน ได้นำไปปรับใช้แปรออกมาเป็นกระบวนการพัฒนาที่เปลี่ยนไปทั้งในรูปกองทุนการสร้างเสริมสุขภาพ ระบบสุขภาพแห่งชาติ และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ภาพ 1 วิวัฒนาการของการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในประเทศไทย

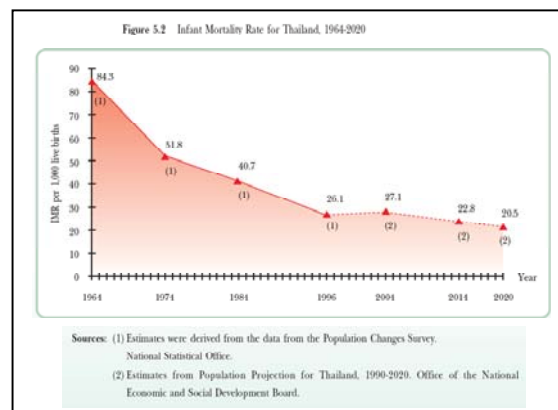


ภาพ 2 : ภาวะสุขภาพของประชาชน

อัตราการตายมารดา

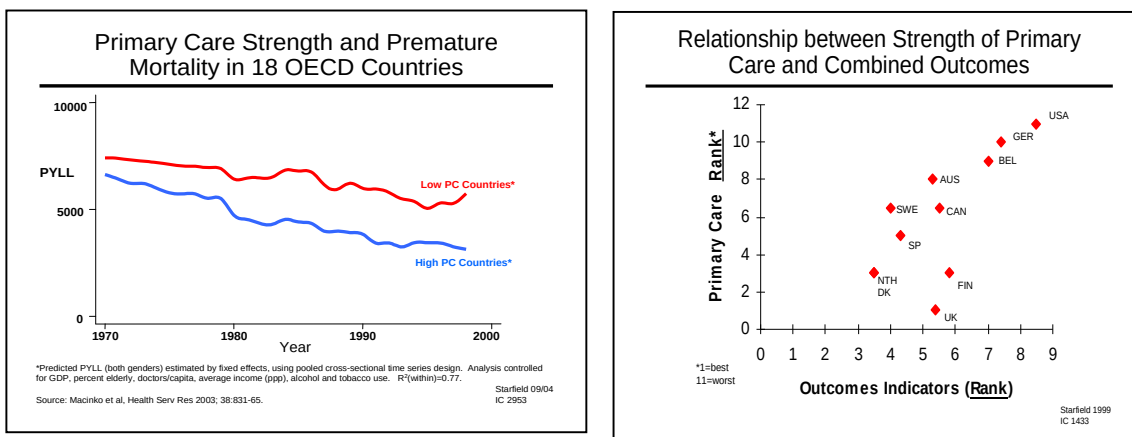


อัตราการตายทารก



จากการศึกษาเปรียบเทียบในนานาประเทศพบว่าคุณภาพของหน่วยปฐมภูมิ มีผลต่อการเข้าถึง ความเท่าเทียม และประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ (Starfield 1998) ประเทศที่มีการสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิ และระบบนี้มีความเข้มแข็ง มีแนวโน้มที่มีค่าใช้จ่ายสุขภาพต่ำกว่า และผลลัพธ์สุขภาพดีกว่าประเทศที่ระบบบริการปฐมภูมิไม่เข้มแข็ง (ภาพ 3)

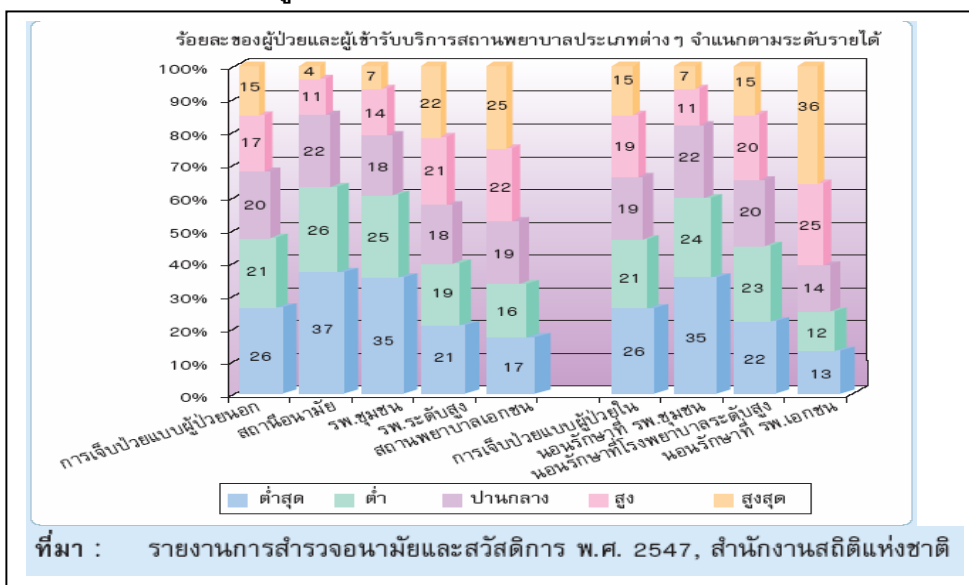
ภาพ 3



ในประเทศไทย ก็พบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย และได้มากที่สุด ดังพิจารณาจากผลการศึกษาที่พบว่าประชาชนผู้มีรายได้น้อยได้ใช้บริการ หรือเข้าถึงบริการที่สถานีนอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนมากกว่าโรงพยาบาลระดับสูง (ภาพที่ 4)

ฉะนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นฐานรากของระบบบริการสุขภาพที่ช่วยประกันให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นตามหลักของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ภาพ 4 สัดส่วนจำนวนผู้รายงานการเจ็บป่วย (หน่วยเป็นร้อยละ)



สถานพยาบาลระดับต้นหรือ Primary Care Unit ถือเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ เพราะเป็นด่านแรกที่เชื่อมระหว่างประชาชนและการดูแลสุขภาพด้วยมืออาชีพ (Professional Care) เป็นบริการที่ครอบคลุมความต้องการบริการสาธารณสุขในสัดส่วนที่สูงเมื่อเปรียบเทียบกับระดับอื่นๆ (ทั้งจำนวนและความเจ็บไข้ได้ป่วย โดยเฉพาะกลุ่มโรคที่ไม่รุนแรงและโรคที่เรื้อรัง) เป็นบริการที่ต่อเนื่องระยะยาวและรับผิดชอบทั้งขณะที่ป่วยและไม่ป่วย ทั้งต่อปัญหาของผู้ป่วยและของชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ เป็นบริการที่กว้างขวางผสมผสาน มีลักษณะเป็นองค์รวม ใช้ความรู้ความสามารถหลายสาขาที่เกี่ยวข้อง (Broad and Comprehensive Range of Responses) เช่น แพทย์ พยาบาล นักฟื้นฟูสภาพ นักกายภาพบำบัด และนักสังคมสงเคราะห์ เป็นบริการที่เป็นไปเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาโรค และฟื้นฟูร่างกาย โดยแตกต่างกันไปในแต่ละท้องถิ่นขึ้นอยู่กับรากเหง้าทางประวัติศาสตร์ ความเชื่อ และวัฒนธรรมของท้องถิ่น (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ 2542)

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่พัฒนาขึ้นในประเทศไทย ได้ให้ความสำคัญต่อระบบบริการปฐมภูมิ และได้ออกแบบระบบที่สัมพันธ์กับหน่วยนี้ อันได้แก่ ให้นหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นหน่วยบริการประจำที่ประชาชนขึ้นทะเบียน หรือเกณฑ์ของหน่วยบริการประจำที่จะขึ้นทะเบียนภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะต้องมีการจัดหน่วยบริการปฐมภูมิได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน รวมทั้งการจัดสรรงบประมาณให้แก่หน่วยบริการเป็นลักษณะเหมาะสมต่อหัวประชากรซึ่งมีผลต่อการจัดบริการแบบผสมผสานโดยหน่วยบริการปฐมภูมิ

2. ความจำเป็นที่ต้องพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้น

ปัญหาสุขภาพที่เป็นโรคเรื้อรัง ปัญหาที่สัมพันธ์กับสภาพสังคม พฤติกรรม และวิถีชีวิตเพิ่มมากขึ้น

แนวโน้มสภาพปัญหาสุขภาพ มีลักษณะที่เป็นโรคเรื้อรัง โรคที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยง ปัญหาทางสังคม มิใช่ปัจจัยทางการแพทย์เป็นหลัก ฉะนั้นการแก้ปัญหาเหล่านี้ได้มีแนวโน้มที่ต้องการหน่วยบริการที่มีความใกล้ชิดกับชุมชน เข้าใจปัจจัยทางสังคมและอื่นๆ ที่เข้ามาเชื่อมโยงมากขึ้น โรงพยาบาลดำเนินการได้บางส่วนแต่ไม่เพียงพอ ต้องการหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ ในการรองรับปัญหาร่วมด้วยอย่าง เป็นเครือข่ายจึงจะทำให้เกิดบริการ ระบบการดูแลที่มีคุณภาพ ทั้งถึง และเข้าถึงประชาชนได้มากขึ้น

โรงพยาบาลใหญ่ แขนงแออัด ให้บริการพื้นฐานได้ประสิทธิภาพต่ำ

เกือบทุกโรงพยาบาลในภาครัฐมีความแออัด ผู้ป่วยที่ไปใช้บริการที่โรงพยาบาล มาด้วยปัญหาที่สามารถดูแลได้ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 แต่กลับไปแออัดที่ รพ.ใหญ่ และให้บริการโดยแพทย์เฉพาะทางซึ่งไม่สอดคล้องกัน

ประชาชนมีความต้องการบริการสุขภาพที่ทันสมัยมากขึ้น

สภาพที่การเดินทางสะดวก ข่าวสารแพร่กระจายได้เร็วมากขึ้น ทำให้ประชาชนทั้งในเมืองและชนบทได้รับข่าวสารที่ใกล้เคียงกัน ประชาชนต้องการได้รับบริการสุขภาพที่ทันสมัยเหมือนกับในเมือง และเมื่อการเดินทางสะดวก ประชาชนที่มีกำลังจ่ายได้ก็จะเดินทางไปรับบริการที่หน่วยบริการที่ตนเองมั่นใจว่าจะให้บริการที่ดีกว่า ตามมุมมองของตน โดยเฉพาะด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย

ทั้งหมดนี้เป็นปัจจัยที่กระทบให้หน่วยบริการปฐมภูมิในประเทศไทย ต้องมีการพัฒนาให้มีขอบเขตการให้บริการที่มากขึ้นกว่าเดิม ทั้งบริการสุขภาพที่เป็นภาวะ acute และบริการดูแลสุขภาพโรคเรื้อรังมากขึ้น ต้องมีขอบเขตบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนเพิ่มมากขึ้น เพื่อสร้างให้เกิดศรัทธาของประชาชนต่อการรับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ นอกจากนี้หน่วยบริการต้องมีการปรับกระบวนการดำเนินงานสุขภาพที่เดิมเน้นเรื่องโรคติดต่อ แต่ต้องปรับให้มีการปรับการส่งเสริมสุขภาพในลักษณะที่กว้างขึ้น ดำเนินการเข้ามามีส่วนร่วมในการปรับพฤติกรรมที่เป็นวิถีชีวิตปกติ เพื่อป้องกันปัญหาในด้านโรคไม่ติดต่อมากขึ้น

3. สถานการณ์ของหน่วยบริการปฐมภูมิในประเทศไทย

ประเทศไทยได้มีการพัฒนาสถานอนามัย ให้ทำหน้าที่หน่วยบริการด่านแรกหรือหน่วยบริการปฐมภูมิของระบบบริการสาธารณสุขมาเป็นระยะเวลายาวนานกว่า 30 ปี รวมทั้งการพัฒนาให้บริการบางส่วนของโรงพยาบาลร่วมทำหน้าที่ให้บริการด่านแรก หรือให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิร่วมด้วย จนกระทั่งไม่อาจแยกบริการปฐมภูมิกับบริการของโรงพยาบาลได้อย่างชัดเจน

การกระจายและพัฒนาสถานอนามัยในประเทศไทย ก่อนระบบ UC

ประเทศไทยในระยะก่อนที่จะมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การพัฒนาและการลงทุนพัฒนาหน่วยบริการของภาครัฐจะดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุข และเน้นการพัฒนาหน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐบาลใต้กระทรวงสาธารณสุข เป็นส่วนใหญ่ มีการพัฒนาหน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐอื่นๆ มีบางส่วนที่ดำเนินการโดยมหาวิทยาลัย และกระทรวงในสังกัดอื่นๆ แต่จำนวนไม่มาก โดยเฉพาะในส่วนของหน่วยบริการปฐมภูมิได้รับการลงทุนและพัฒนาโดยกระทรวงสาธารณสุข เป็นหลัก ซึ่งมีการเพิ่มจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างมากในระยะแผนพัฒนาเศรษฐกิจฉบับที่ 4-5 และมาเน้นการเพิ่มคุณภาพมากขึ้นในระยะหลังแผนฯ 5 แต่ก็มีการพัฒนาบริการเฉพาะทางอื่นๆ เพิ่มขึ้นมากด้วยเช่นกันในระยะแผนฯ 6-9 จึงทำให้สัดส่วนของการลงทุนขยายและพัฒนาสถานอนามัยดำเนินการไปในสัดส่วนที่น้อยและช้ากว่าการพัฒนาของโรงพยาบาล

จากข้อมูลย้อนหลังพบว่าแม้จำนวนสถานอนามัยจะเพิ่มขึ้นจาก 4,088 แห่ง ในปีพ.ศ.2522 เพิ่มขึ้นเป็น 6,992 แห่งในปี 2530, 9,810 แห่งในปี 2545 และ 9,762 แห่ง ในปี 2549 แต่สัดส่วนประชากรต่อสถานอนามัย จาก 1:10,064 ในปี 2522 เป็น 1:4,522, 1:4,872 และ 1:5,106 ในปี 2541, 2545 และ 2549 ตามลำดับ

จำนวนเจ้าหน้าที่สถานอนามัยเพิ่มขึ้นจาก 14,341 คน ในปี 2530 เป็น 31,286 คน 28,835 คน และ 30,441 คน ในปี 2541, 2545 และ 2549 ตามลำดับ แต่เมื่อเทียบกับสัดส่วนประชากรที่เพิ่มขึ้นด้วย พบว่าสัดส่วนประชากรต่อเจ้าหน้าที่สถานอนามัยในระยะหลังกลับเพิ่มขึ้นจากเดิม จากปี 2541, 1:1390, ปี 2545, 1:1657; และปี 2549 1:1637, (การสาธารณสุขไทย, 2548-2550) ความแตกต่างระหว่างภูมิภาคค่อนข้างน้อย

ทั้งหมดนี้แสดงให้เห็นว่ารัฐบาลให้การสนับสนุนการพัฒนาสถานอนามัยโดยรวมในทุกภูมิภาคไม่เต็มที่ ไม่ทันกับจำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้นในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา

หน่วยบริการปฐมภูมิในระยะที่มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC)

เมื่อมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้กำหนดให้มีหน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิตามมาตรฐานเป็นองค์ประกอบหนึ่งในการจัดบริการในระบบ UC หน่วยบริการสุขภาพในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขยังเป็นหน่วยหลักในการให้บริการสุขภาพที่ครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90, สปสช. 2549) และได้เปิดโอกาสให้หน่วยบริการสุขภาพในภาครัฐทุกสังกัดและภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมเพิ่มมากขึ้น นอกเหนือจากกระทรวงสาธารณสุข (ร้อยละ 10) รวมทั้งการผูกเงื่อนไขการจัดสรรงบประมาณเข้ากับการจัดบริการปฐมภูมิ จึงทำให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิเข้ามามีส่วนร่วมเพิ่มมากขึ้น และหน่วยบริการปฐมภูมิได้รับความสนใจและให้ความสำคัญมากขึ้น



ตาราง 1: หน่วยบริการปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียนภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

	ปี 47	ปี 49	
สังกัดของหน่วยบริการปฐมภูมิ	จำนวน PCU	จำนวน	ร้อยละ
ในสังกัดสำนักงานปลัดฯ	12,495	10,852	98.26
นอกสังกัดสำนักงานปลัดฯ	5	5	0.05
ภาครัฐนอกกระทรวง	134	72	0.65
เอกชน/กาชาด	129	116	1.04
รวมทั้งหมด	12,763	11,045	100.00

แหล่งข้อมูล สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่ เป็นหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งส่วนใหญ่เป็นสถานีนอนมัย แต่ขณะเดียวกันคลินิกเอกชนที่เข้าร่วมในระบบหลักประกัน เพิ่มมากขึ้นด้วยเช่นกันแต่ยังมีสัดส่วนที่น้อย (ร้อยละ 1)

หน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

โครงสร้างระบบบริการสุขภาพที่มีฐานเดิมจะปฏิรูปหรือปรับได้จะต้องใช้เวลาในการปรับเปลี่ยน ฉะนั้น โครงสร้างฐานเดิมของหน่วยบริการปฐมภูมิปัจจุบัน คือ สถานีนอนมัยในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งก็มีการพัฒนากระบวนการให้ขอบเขตบริการเพิ่มขึ้นด้วยความร่วมมือกับโรงพยาบาลแม่ข่าย และมีหน่วยบริการที่เพิ่มขึ้นใหม่ คือ ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ดูแลโดยโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาล เอกชน และโรงพยาบาลรัฐสังกัดอื่นๆ แต่จำนวนยังไม่มาก

สภาพการดำเนินงานหลังมีระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้สะท้อนให้ระบบบริการปฐมภูมิมีการขยายตัวมากขึ้น มีหน่วยบริการสุขภาพอื่นๆ ที่นอกเหนือจากสถานีนอนมัยเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการบริการปฐมภูมิมากขึ้น

ปัญหาสำคัญของคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข คือ บุคลากรไม่เพียงพอ

จำนวนบุคลากรของหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเมื่อเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน พบว่า ร้อยละ 70 ของพื้นที่มีจำนวนบุคลากรต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (มาตรฐานประชากร 1,250 คน ต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 คน) (ข้อมูลสำนักตรวจราชการ 2547) และจากการสำรวจโดยสุพัตรา ศรีวิณิชการและคณะ (สค. 2547) พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งมีบุคลากรต่ำกว่ามาตรฐาน และจำนวนบุคลากรโดยเฉลี่ยที่ สอ. คือ 2.9 คน

ประเภทบุคลากรที่ให้บริการ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ

บุคลากรที่ให้บริการส่วนใหญ่ในสถานีนอนมัยเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งมีพื้นฐานการศึกษาในระดับ อนุปริญญา มีพยาบาลวิชาชีพประมาณครึ่งหนึ่ง แต่หน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ในความดูแลของโรงพยาบาลและ ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งแสดงถึงแนวโน้มของประเภทบุคลากรที่มีมากขึ้น รวมทั้งการมีแพทย์ ทันตแพทย์เภสัชกร นักกายภาพบำบัด เข้ามาร่วมให้บริการมากขึ้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นองค์ประกอบหนึ่ง ที่ช่วยทำให้คุณภาพ และบทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิในด้านการดูแลสุขภาพขยายได้เพิ่มขึ้น แม้จะยังมีความขาดแคลนก็ตาม

บทบาทพยาบาล และพยาบาลเวชปฏิบัติ เป็นบุคลากรสาธารณสุขกลุ่มหนึ่งที่เข้ามามีส่วนในการพัฒนาบริการปฐมภูมิในด้านการ care การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเพิ่มขึ้น รวมทั้งขยายการบริการทางการแพทย์ได้มากขึ้น โดยไม่ต้องมีแพทย์ทั้งหมด แต่ในด้านทันตสาธารณสุขยังมีความขาดแคลนบุคลากรทั้งส่วนที่เป็นทันตแพทย์และทันตภิบาล



แนวโน้มสถานการณ์การผลิตและการย้ายออกของบุคลากรปฐมภูมิ

จำนวน พยาบาลผลิตปีละ 3000 คน เจ้าพนักงานสาธารณสุข ปีละ 800 คน แต่ในระยะหลังเริ่มไม่มีทุนการศึกษาตั้งแต่ ปี 2544 และเริ่มจบโดยไม่มีทุน ในปี 2547 ทำให้การรับบุคลากรเข้าทำงานในระบบของกระทรวงสาธารณสุขลดลง เนื่องจากผู้จบแล้วไม่ได้ไปทำงานในระบบภาครัฐ รวมทั้งมีการลาออกจากระบบมากขึ้น จากข้อมูลเบื้องต้นในปี 2549 จากวิทยาลัยพยาบาลได้รู้หลังจบแล้ว มีผู้ที่แจ้งว่าไม่ไปไม่ไปทำงานราชการ 23 % (สพข. 2550: กำลังหาข้อมูลต่อเนื่องและชัดเจนมากขึ้น)

แนวโน้มที่ จนท.สร จะย้ายออกไปอยู่อบต.มีมากขึ้น มีการศึกษาที่พบว่าเจ้าหน้าที่ประสงค์จะย้ายออกไป 30% (นงลักษณ์ 2550) แต่ลาออกจริง หรือโอนย้ายไปเท่าไรยังไม่มีการศึกษา

จากสถานการณ์ที่ ก.พ. เข้มงวดในการเพิ่มอัตรากำลังของข้าราชการ ทำให้อัตราการเข้ามาทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในขณะที่มีแนวโน้มบุคลากรย้ายออกเพิ่มมากขึ้น ฉะนั้นแนวโน้มที่บุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิจะเพิ่มขึ้นน้อย หรืออาจค่อยๆ ลดลงได้ในอนาคต หากสถานการณ์ยังเป็นเช่นปัจจุบัน และไม่มีมาตรการอื่นแก้ไขเพิ่มเติม

ปัจจุบันมีแนวโน้มที่ร่วมมือกับอปท.ในการผลิตบุคลากรและจ้างงานบุคลากรเพื่อการให้บริการสาธารณสุขในสาขาสาธารณสุข และพยาบาล แต่ก็ยังติดขัดบ้างในเรื่องระเบียบ การจัดการสนับสนุนงบประมาณ และตำแหน่งที่รองรับเมื่อจบการศึกษามาแล้ว

การคงอยู่ของเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิได้นาน ส่วนใหญ่เป็นเรื่องสภาพแวดล้อมการทำงาน การได้รับความยอมรับจากชุมชน การได้รับความช่วยเหลือจาก อสม. ท้องถิ่น ความลงตัวในด้านครอบครัว พยาบาลที่อยู่สอ. และยังอยู่ต่อ เพราะมีอิสระจากการทำงาน ได้รับการยอมรับจากชุมชน การสนับสนุนจากอำเภอ ก็เป็นปัจจัยเสริมที่ดี (นงลักษณ์ 2550)

งบประมาณที่หน่วยบริการปฐมภูมิได้รับในลักษณะต่าง ๆ

สถานการณ์เงินบำรุงของสถานพยาบาลที่ทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขหลังจากที่มีระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิ/ฟิซียูที่เป็นสถานื่อนามัยส่วนใหญ่มีเงินบำรุงเพิ่มขึ้น (ตาราง 8) เจ้าหน้าที่สถานื่อนามัยได้รับค่าตอบแทนสูงขึ้น (แต่ความรู้สึกของเจ้าหน้าที่สอ.ก็ยิ่งเห็นว่าค่าตอบแทนน้อยกว่า รพ. และงบประมาณที่จัดสรรลงถึงปลายทางยังน้อย) แต่ฟิซียูที่เป็น รพช. มีทั้งที่เงินบำรุงเพิ่มขึ้น และลดลงในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน และทั้งสองกลุ่มมีแนวโน้มของสถานการณ์เงินบำรุงลดลงในปี 2547 เมื่อเทียบกับปี 45 ซึ่งเป็นปีเริ่มต้น ทั้งนี้เห็นว่าอาจเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงวิธีจัดสรรงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการตัดเงินเดือนรวมในระดับประเทศ

ตาราง 13 : แสดงสถานการณ์เงินบำรุงของสถานพยาบาลที่เป็นฟิซียู คู่สัญญาในระบบหลักประกันสุขภาพ

หน่วย: ร้อยละ

สถานการณ์	ฟิซียู สอ.			ฟิซียู รพช.		
	ปี 2545	ปี 2546	ปี 2547	ปี 2545	ปี 2546	ปี 2547
จำนวนตัวอย่าง (แห่ง)	(379)	(406)	(432)	(67)	(66)	(73)
รายรับ + เงินบำรุงเพิ่ม	30.3	29.3	27.8	17.9	16.7	15.1
เงินเพิ่มจนจ้างบุคลากรได้	46.7	47.8	47.9	34.3	24.2	24.7
รายรับ+เงินบำรุงไม่เพิ่ม	7.9	3.9	3.5	10.4	9.1	6.8
เงินลดลงแต่ไม่กระทบ	4.5	7.6	5.3	14.9	15.2	16.4



สถานการณ์	พีซียู สอ.			พีซียู รพช.		
	ปี 2545	ปี 2546	ปี 2547	ปี 2545	ปี 2546	ปี 2547
เงินลดลงจนมีผลกระทบ	10.6	11.3	15.5	22.4	34.8	37.0
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

การที่สอ. หรือ พีซียู ประเภทต่างๆ มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น และได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นถึงผลกระทบจากระบบ UC รวมทั้งการที่ สอ. เป็นเครือข่ายร่วมกับ รพ. ทำให้มีเจ้าหน้าที่ลงไปเสริมมากขึ้น และได้รับเวชภัณฑ์อย่างเพียงพอ เพราะ รพ. เห็นว่าเป็นงานที่ต้องมีความรับผิดชอบร่วมกัน ฉะนั้นหากตัดขาดให้ สอ. เป็นอิสระไม่เกี่ยวข้องกับ รพ. เลย ก็อาจจะทำให้โอกาสที่จะมีเจ้าหน้าที่ลงไปทำงานที่สอ.ทำได้ยากขึ้น

เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานที่สถานื่อนามัย และโรงพยาบาลชุมชนเห็นด้วยกับการจัดสรรงบประมาณตามหัวประชากร แต่ขอให้มีการพิจารณากรณีประชากรน้อย พื้นที่เฉพาะ เช่น ชายแดน และขอให้มีงบลงที่สอ. โดยตรงตั้งแต่ต้นปี ไม่ต้องรอการเขียนโครงการ และรอการอนุมัติจาก รพ. (ในขณะที่ รพ. ก็เห็นว่าถ้าเงินลงตรงที่ สอ. ก็ทำให้ รพ. ลงไปร่วมจัดการบริหารไม่ได้มาก พัฒนาอะไรได้ยาก)

บทบาทและคุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ

หน่วยปฐมภูมิปัจจุบัน มีบทบาทในด้านการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น แต่บทบาทในด้านการดูแลหญิงตั้งครรภ์ลดลงเนื่องจากประชาชนไปใช้บริการที่โรงพยาบาลเพิ่มขึ้น บทบาทในด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมลดลงเนื่องจาก อบต. เข้ามามีบทบาทมากขึ้น มีบทบาทในการประสานเพื่อการพัฒนาในระดับชุมชนร่วมกับหน่วยงานรัฐอื่นๆ มากขึ้น เนื่องจากเป็นหน่วยงานรัฐที่อยู่ระดับปลายมากที่สุด ร่วมกับโรงเรียน บทบาทในด้านการรักษาพยาบาลปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยยังคงเป็นบทบาทหลัก แต่จำนวนผู้รับบริการมาน้อยเพียงใดขึ้นกับที่ตั้งของสถานื่อนามัย และชุมชนนั้นมีโรงพยาบาลตั้งอยู่ในพื้นที่ใกล้เคียงหรือไม่ บทบาทในด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน ติดตามประสานในชุมชน การป้องกันควบคุมโรคยังเป็นบทบาทหลักของหน่วยบริการระดับนี้ แต่ส่วนใหญ่จะดำเนินการภายใต้การทำงานร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งก็มีผลทำให้งานได้ครอบคลุมประชากรได้มากขึ้น

ในด้านบริการผู้ป่วยเรื้อรังนั้น พบว่า โรงพยาบาลที่มีการจัดให้บริการเป็นเครือข่ายร่วมกับหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างเชื่อมประสานกันได้ดี ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ดีขึ้น และคุณภาพการควบคุมโรคดีขึ้นจากเดิม ในหลายพื้นที่ดังเช่นกรณีตัวอย่างการจัดระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวาน รพ. พุทธชินราช ที่หลังการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนให้เป็นเครือข่ายร่วมให้บริการ พบว่าคุณภาพบริการดีขึ้น ดังตัวชี้วัดในตาราง 14 (รพ. พุทธชินราช 2549)

ตาราง 14: เปรียบเทียบคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนและหลังการพัฒนาบริการเป็นเครือข่ายร่วมกับศูนย์สุขภาพชุมชน

	ก่อน	หลัง
ตัวชี้วัดระบบบริการการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน	2548 (1123 ราย) ร้อยละ	2549 (2024 ราย) ร้อยละ
ได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์	78.6	98.9
ประชากรได้รับการคัดกรองเบาหวานตามมาตรฐาน	60.2	80.2

	ก่อน	หลัง
ตัวชี้วัดระบบบริการการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน	2548 (1123 ราย) ร้อยละ	2549 (2024 ราย) ร้อยละ
ประชาชนได้รับความรู้ในการจัดการกับความเสี่ยง	50.6	88
ผู้ป่วยเบาหวานที่ admit เกี่ยวกับเบาหวานรอบ 1 ปี	1.4	1.1
ผู้ป่วยเบาหวานที่มี Hba1c <7	11.2	21
ผู้ป่วยเบาหวานที่มี Hba1c 7 -8	23.8	21.5
ผู้ป่วยเบาหวานที่เลิกสูบบุหรี่	38.5	64
ผู้ป่วยเบาหวานที่เลิกทานเหล้า	32.6	34.7
ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า	1.1	1
ผู้ป่วยที่คุมได้จากการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย	9.9	15.4

หน่วยบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครมีหน่วยให้บริการสุขภาพจำนวน หลากหลาย แต่ยังไม่ครอบคลุมการให้บริการแก่ประชาชนอย่างทั่วถึง และยังขาดการจัดการ ที่เป็นเอกภาพ โครงสร้างการให้บริการสุขภาพจะแตกต่างจากส่วนภูมิภาค หน่วยบริการปฐมภูมิของรัฐส่วนใหญ่อยู่ในความดูแลของกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ขณะเดียวกันก็มีบริการปฐมภูมิโดยหน่วยบริการของรัฐอื่นๆ ทั้งที่เป็นสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และนอกสังกัดสาธารณสุข ในรูปของแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล และคลินิกเอกชน ร้านยา แต่ที่ดำเนินการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีจำนวนไม่มาก ครอบคลุมประชากรได้ไม่ทั่วถึง แต่ละหน่วยดูแลประชากรจำนวนมาก รวมทั้งมีข้อจำกัดในการจัดระบบให้เป็นบริการที่ผสมผสาน และเป็นการดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่องตามแนวคิดของระบบบริการปฐมภูมิทำได้ค่อนข้างจำกัด

ตาราง 15 : จำนวนสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน จำแนกตามพื้นที่เขตของกรุงเทพมหานคร ปีพ.ศ.2547

	จำนวน ประชากร	ภาคเอกชน			ภาครัฐ			รวม ทั้งหมด
		รพ. เอกชน ¹	คลินิกเวช กรรม ¹	รวม	รพ.รัฐ ²	ศูนย์บริการ สาธารณสุข กทม. ²	รวม ภาครัฐ	
จำนวน รวม	5,782,159	118	1,742	1,860	40	62	102	1,962
อัตราต่อประชากร รวม	5,782,159	49,001.3	3,319.3	3,108.7	144,554.0	93,260.6	56,687.8	2,947.1

แหล่งข้อมูล: ¹ ข้อมูลจากกองประกอบโรคศิลป์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

² ข้อมูลสำนักนโยบายและแผนกรุงเทพมหานคร

ศูนย์บริการสาธารณสุขและสาขา

เป็นหน่วยบริการสุขภาพภาครัฐ ที่มีบทบาทหลักในการให้บริการปฐมภูมิโดยเฉพาะในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค แต่ในด้านการรักษาพยาบาลนั้นหน่วยบริการอื่นๆ ทั้งรัฐ เอกชน มีบทบาทมากกว่า



ข้อดีของศูนย์บริการสาธารณสุข คือ การมีทำเลใกล้ชุมชน ผู้ใช้บริการมีค่าใช้จ่ายน้อย ศูนย์ฯ มีบุคลากรที่เป็นแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคประจำอยู่ หากแต่มีข้อจำกัดที่ควรปรับปรุงในหลายประการเช่นกัน คือ 1. ภาพพจน์ของศูนย์ฯและสาขาในฐานะสถานพยาบาลที่ไม่ทันสมัยด้านเครื่องมือแพทย์ 2. ระยะเวลาการรอรับบริการที่ยาวนาน 3. บุคลากรมีคุณภาพการบริการต่ำกว่าที่คาดหวัง เช่น ระบบการส่งต่อยังมีปัญหาและมีความยุ่งยาก การขาดงบประมาณในการพัฒนาทำให้เกิดความไม่คล่องตัว การขาดการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับความเป็นไปและกิจกรรมต่างๆ ที่มี เป็นต้น ทั้งนี้ กลุ่มประชากรผู้ใช้บริการมักเป็นกลุ่มผู้มีรายได้น้อยและอาศัยอยู่ในชุมชนแออัด และกลุ่มคนด้อยโอกาสผู้ยากจน มีความรู้ชั้นประถมศึกษา หรือ ผู้อพยพย้ายถิ่นมาไม่นานนักเป็นส่วนใหญ่¹

หน่วยบริการปฐมภูมิภาคเอกชน

ร้านยา

จากสถิติปี พ.ศ. 2540 ประเทศไทยมีร้านยา 6 ประเภท ได้แก่ 1. ร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) จำนวน 4,723 ร้าน 2. ร้านขายยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษ (ขย.2) จำนวน 5,147 ร้าน 3. ร้านขายยาแผนโบราณจำนวน 2,149 ร้าน 4. ห้องยาของสถานพยาบาลประเภทต่างๆ 5. ระบบบริการทางยาในรูปแบบอื่น เช่น กองทุนยา และ 6. สถานที่ให้บริการทางยานอกระบบ – ร้านขายของชำและร้านยาเร่ ในเขตกรุงเทพมหานคร มีร้านขายยาทุกประเภทรวมกันจำนวนกว่า 780 แห่ง² (สถิติ ณ วันที่ 4 ตุลาคม 2550)

จากหลักการบริหารเภสัชกรรม (Pharmacy best practice) ร้านยามีบทบาทในด้านต่างๆ คือ 1. ในฐานะเป็นศูนย์ข้อมูลทางยาและด้านสาธารณสุข 2. ในฐานะเป็นผู้ให้คำปรึกษาเรื่องยา 3. ในฐานะเป็นผู้ให้ความรู้ ให้ข้อมูล และให้คำแนะนำแก่ประชาชนเรื่องการดูแลสุขภาพ 4. ในฐานะผู้ดูแลและคัดกรองผู้ป่วยเพื่อส่งต่อไปยังแพทย์ 5. ในฐานะที่เป็นแหล่งกระจายข้อมูลและรับข้อมูลทางยาและการสาธารณสุข 6. ในฐานะเป็นผู้ก่อให้เกิดการใช้ยาที่เหมาะสม 7. ในฐานะเป็นผู้ Refill prescriptions ยกเว้นโรคภัยแรงควรให้เป็นหน้าที่ของแพทย์ และ 8. การออกเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health Care) และจากมาตรฐานร้านยา 5 ประการ ได้แก่ 1. ความพร้อมของสถานที่ อุปกรณ์ และสิ่งสนับสนุนบริการ 2. การบริหารจัดการเพื่อคุณภาพ 3. การบริหารเภสัชกรรมที่ดี 4. การปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ และจริยธรรม และ 5. การให้บริการและการมีส่วนร่วมในชุมชนและสังคม ต่างเป็นตัวอย่างซึ่งถึงความเหมาะสมในการให้ร้านยาเป็น PCU Gatekeeper ของระบบบริการสาธารณสุขไทย เพราะความสามารถในการเข้าถึงง่าย สะดวก รวดเร็ว และราคาไม่แพงนัก

ได้มีนักวิชาการที่พัฒนาข้อเสนอให้ร้านยาเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในระบบหลักประกันสุขภาพ ในฐานะ PCU Gatekeeper (การประชุมเวทีวิชาการครั้งที่ 1, 20 กุมภาพันธ์ 2540 เรื่อง ร้านยาในยุคปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข โดยโครงการจัดตั้งภาควิชาเภสัชศาสตร์สังคม คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ร่วมกับโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข และครั้งที่ 2 ในเดือนเมษายนของปีเดียวกัน) และได้มีการทดลองดำเนินการเพียง 2 แห่ง คือ ที่อำเภอเมือง มหาสารคาม และอำเภอเมือง นครราชสีมา ทั้งนี้มีปัจจัยจากข้อจำกัดเรื่องงบประมาณที่สนับสนุนหน่วยบริการสุขภาพในภาครัฐยังไม่เพียงพอ ทำให้หน่วยบริการไม่ต้องการให้มีการกระจายงบประมาณไปที่หน่วยบริการภาคเอกชน รวมทั้งยังไม่มี ความชัดเจนในเรื่องรูปแบบการจัดการที่ร้านยาเข้าไปเป็นหนึ่งในเครือข่ายบริการ

¹ อรพินท์ บุญนาคและอัจฉรา เอ็นซ์. โครงการศึกษาความพึงพอใจและความต้องการของประชาชนต่อศูนย์บริการสาธารณสุข และโรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดกรุงเทพมหานคร. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กันยายน พ.ศ. 2538. กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

² <http://wwwapp1.fda.moph.go.th/consumer/stat/drug/dstdlc005.asp?rid=5&nm=สถิติจำนวนใบอนุญาตประกอบธุรกิจยาแยกตามภาค>, accessed on 4 October 2007, p. 1.



คลินิกเอกชน

ก่อนระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการดำเนินการให้คลินิกเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการรักษาพยาบาลภายใต้ระบบประกันสังคม พบว่าประชาชนส่วนใหญ่พอใจกับการใช้บริการคลินิกเครือข่ายเพราะสะดวก ในขณะที่ผู้บริหารโรงพยาบาลเองก็มีความพึงพอใจเพราะสามารถแบ่งเบาภาระโรงพยาบาล อีกทั้งยังก่อให้เกิดการแข่งขันด้านคุณภาพบริการที่ดีขึ้นอีกด้วย (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ 2542)

ปัจจุบัน ประเทศไทยมีคลินิกเอกชนประมาณ 16,000 แห่งทั่วประเทศ (ตัวเลขจาก Medical Registration Department กระทรวงสาธารณสุข เสนอในที่ประชุม ESCAP เมื่อวันที่ 9-11 ตุลาคม 2550) ในกรุงเทพมหานครมีประมาณ 2,310 แห่งในปี 2540 ซึ่งเปิดให้บริการบางเวลา เป็นคลินิกประเภททั่วไปในเขตเทศบาล มีบุคลากรที่เป็นข้าราชการประเภทพยาบาลทำงานหลังเลิกงานประจำเป็นส่วนใหญ่ โรคที่ให้บริการเป็นกลุ่มโรคเดียวกับที่พบในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรัฐ ได้แก่ กลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ ทางเดินอาหาร และผิวหนัง เน้นที่การรักษามากกว่าการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค การดูแลต่อเนื่องโดยเฉพาะการส่งต่อผู้ป่วยเป็นไปอย่างไม่ค่อยมีประสิทธิภาพนัก ไม่มีการจัดระบบสถิติข้อมูลด้านการรักษาพยาบาลและด้านยาที่เหมาะสม ไม่มีกระบวนการประเมินคุณภาพบริการตนเองอย่างต่อเนื่อง แม้คลินิกเอกชนบางส่วนได้ถูกนำเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของโครงการประกันสังคมแล้วก็ตาม

จากการศึกษาโดย สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และคณะ (2542) ได้ให้ข้อเสนอแนะหลายประการเพื่อให้คลินิกเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในระบบบริการสุขภาพได้มากขึ้น ได้แก่ (1) สนับสนุนให้มีคลินิกเอกชนเต็มเวลานอกเขตเทศบาลให้มากขึ้นผ่านการอุดหนุน (Subsidy) โดยภาครัฐ (2) ส่งเสริมคลินิกเอกชนเหล่านี้ให้มีบทบาทด้านบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้มากขึ้นโดยการอุดหนุนจากภาครัฐที่เหมาะสม (3) พัฒนาปรับปรุงระบบการส่งต่อระหว่างคลินิกกับโรงพยาบาล และพัฒนาคุณภาพการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ (4) ทบทวนระบบจัดการบุคลากรในระบบรัฐที่ต้องทำงานนอกเวลา ซึ่งอาจก่อให้เกิดความขัดแย้งด้านผลประโยชน์ (Conflict of Interest) กับงานบริการของรัฐ เพื่อหามาตรการด้านการจัดการและการให้แรงจูงใจที่เหมาะสม (5) การผ่อนคลายระเบียบราชการอื่นๆ และปรับการบริหารของรัฐให้มีความคล่องตัว หากต้องการให้คลินิกเอกชนเป็นส่วนหนึ่งของระบบปฎิรูป และการพิจารณาให้ความเท่าเทียมกับคลินิกที่มีแพทย์เป็นข้าราชการปฏิบัติงานในระบบของรัฐ กับแพทย์ที่ไม่ได้เป็นข้าราชการ ให้มีความเท่าเทียมกัน

ในส่วนที่จะประสานให้คลินิกเอกชนเข้าเป็นหน่วยบริการปฎิรูป ในระบบหลักประกันสุขภาพ และเป็นเครือข่ายของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ทั้งที่เป็นสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชนนั้น ได้มีการศึกษาพบว่าคลินิกเอกชนอยู่ 3 ประเภท คือ คลินิกเอกชนที่ต้องการเข้าร่วมในเครือข่ายเพราะต้องการสนับสนุนนโยบายรัฐบาล กลุ่มที่ไม่แน่ใจว่าจะเข้าร่วมหรือไม่ และกลุ่มที่ไม่ต้องการเข้าร่วมเลย เพราะความไม่มั่นใจในระบบบริหารจัดการด้านเอกสารและการเงินที่มีความยุ่งยาก แนวทางการดำเนินงานที่ไม่ชัดเจน และจำนวนเงินที่ได้ไม่คุ้มค่า เป็นต้น (สุพัตรา ศรีวิเศษชากร, 2547)

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้เริ่มให้คลินิกเอกชน เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการให้บริการในระบบฯ ในชื่อโครงการ “คลินิกชุมชนอบอุ่น” โดยรับสัญญาให้บริการที่เป็นบริการผู้ป่วยนอก และบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพที่เป็นบริการตั้งรับในสถานพยาบาล เริ่มต้นในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครเมื่อปี พ.ศ. 2547 (ตาราง 1) และค่อยๆ ขยายออกไปในภูมิภาค ซึ่งคลินิกเอกชนที่เข้าร่วม ส่วนใหญ่เป็นคลินิกที่เกิดขึ้นใหม่ที่เป็นเครือข่ายของโรงพยาบาลเอกชนมากกว่าคลินิกเดิมที่เป็นบุคคลเป็นเจ้าของ ทั้งนี้เพราะมีปัจจัยในด้านเงื่อนไขการบริหารจัดการ และลักษณะการจัดบริการตามมาตรฐาน (สุพัตรา ศรีวิเศษชากร 2547) รวมทั้งพบว่าคลินิกมีข้อจำกัดในการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคที่ดำเนินการในชุมชน



ตาราง 16: คลินิกเอกชนในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีพ.ศ. 2549-2550

คลินิกแยกตามลักษณะ	ปี 2549		ปี 2550		ความเปลี่ยนแปลง	
	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ
คลินิกเวชกรรม	1,818	49.31	1,857	49.11	39	2.15
คลินิกเวชกรรมเฉพาะทาง	183	4.96	188	4.97	5	2.73
คลินิกทันตกรรม	1,157	31.38	1,183	31.29	26	2.25
คลินิกทันตกรรมเฉพาะทาง	1	0.03	1	0.03	0	0.00
คลินิกทันตกรรมชั้นสอง	26	0.71	24	0.63	-3	-11.54
คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์	18	0.49	17	0.45	-1	-5.56
คลินิกการผดุงครรภ์ ชั้นสอง	10	0.27	8	0.21	-2	-20.00
คลินิกกายภาพบำบัด	36	0.98	45	1.19	9	25.00
คลินิกเทคนิคการแพทย์	44	1.19	43	1.14	-1	-2.27
คลินิกการแพทย์แผนไทย	311	8.44	316	8.36	5	1.61
คลินิกการแพทย์แผนไทยประยุกต์	23	0.62	28	0.74	5	21.74
สหคลินิก	60	1.63	71	1.88	11	18.33
รวม	3,687	100.00	3,781	100.00	94	2.55

แหล่งข้อมูล: กองการประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข (ข้อมูล ณ วันที่ 20 กันยายน 2550)

ทั้งคลินิกเอกชน และร้านยา ที่มีจำนวนมากในกรุงเทพมหานคร และเมืองใหญ่ หากสามารถบูรณาการเข้ามาสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ ก็จะช่วยให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้มากขึ้น แต่ปัญหาที่พบในปัจจุบัน คือ การออกแบบการจัดบริการ การกำกับคุณภาพหน่วยบริการเอกชน และการเชื่อมประสานบริการในภาคเอกชนกับบริการของรัฐส่วนอื่นๆ

แนวโน้มที่เอกชนจะเข้ามามีส่วนร่วมในระบบประกันสุขภาพมากขึ้นเพียงใด น่าจะมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ 1) นโยบายของผู้บริหารระบบ UC ว่าจะผลักดันเรื่องนี้เพียงใด ซึ่งจะแปรเป็นระบบวิธีงบประมาณ และการจัดการกับหน่วยบริการภาคเอกชนที่สอดคล้องมากขึ้น 2) งบประมาณที่สนับสนุนการดำเนินงานในระบบ UC หากงบประมาณมากพอ อาจเป็นแรงจูงใจให้ภาคเอกชนเข้าร่วมมากขึ้น และทำให้ภาครัฐแบ่งงบประมาณมาร่วมมือดำเนินการกับภาคเอกชน 3) การจัดการความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยบริการภาครัฐ และภาคเอกชนในการร่วมมือให้บริการ หรือใช้ทรัพยากรร่วมกัน ซึ่งขึ้นกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

สรุปแนวโน้มอนาคตและข้อเสนอ

ปัจจัยกระทบต่อการขยายและการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ

ในเขตชนบท หน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นฐานใหญ่ของหน่วยบริการสุขภาพในเขตชนบท มีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้น และได้รับการพัฒนาไปอย่างช้าๆ หากไม่มีมาตรการในการแก้ไข และพัฒนาที่เข้มข้น และชัดเจนทั้งในด้านการเพิ่มศักยภาพของบุคลากร และการบริหารองค์กรที่มีความเป็นอิสระ คล่องตัวมากขึ้น การพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นเครือข่ายร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนนั้น เป็นทั้งจุดเด่น ปัจจัยด้านบวกในการทำงานได้ผลสมผสาน เชื่อมโยงกันได้ดี แต่ก็มีจุดอ่อนหากโรงพยาบาลชุมชนมีบุคลากรจำกัดเช่นกัน และหากเจตคติของบุคลากรในโรงพยาบาลไม่ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ รวมทั้งการจัดองค์กรบริการที่มีสองสายงาน ทำให้การพัฒนาทำได้ไม่เต็มที่

นโยบายการลดขนาดภาครัฐ เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อการขยายจำนวนบุคลากรในการให้บริการสุขภาพระดับต่างๆ รวมทั้งส่งผลให้ไม่มีระบบนักเรียนทุนที่จะสนับสนุนให้บุคลากรในชนบทไปศึกษาต่อเพื่อกลับมาเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในภูมิลำเนา ทำให้ปัจจุบันพยาบาลที่จบการศึกษากลับเข้ามาปฏิบัติงานในหน่วยงานภาครัฐลดลง ซึ่งจะต้องหาทางออกในการจัดบุคลากรมาปฏิบัติงานเพิ่มโดยวิธีจ้างงานอื่นๆ รวมทั้งการให้มือถาวรรองรับในส่วนของการปกครองส่วนท้องถิ่นแทน

พร้อมกับแนวปฏิบัติในการกระจายอำนาจ ที่จะถ่ายโอนภารกิจ และสถานีนอมาลัยไปให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ยังไม่ชัดเจน ทำให้การลงทุน การสนับสนุนการพัฒนาทำได้ไม่เต็มที่ และหากเตรียมความพร้อมไม่ทันกับการเปลี่ยนแปลง ก็จะทำให้เกิดปัญหาได้ในอนาคต ที่กระทบในด้านคุณภาพบริการ และการเชื่อมประสานบริการระหว่างสถานีนอมาลัยที่มีการถ่ายโอนไปแล้ว รวมทั้งการเชื่อมบริการกับโรงพยาบาลด้วย

ฉะนั้นรูปแบบการสนับสนุนงบประมาณให้แก่เครือข่ายสถานีนอมาลัยร่วมกับโรงพยาบาล และการเชื่อมโยงกับ อบต. ชุมชน ย่อมจะมีผลต่อคุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตชนบท รวมทั้งแนวทางการลงทุนเพื่อสนับสนุนการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิที่สำคัญคือด้านกำลังคน มากกว่าด้านเครื่องมือ อุปกรณ์ จะมีผลต่ออนาคตของหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่เป็นฐานเสริมให้หลักประกันสุขภาพกระจายได้อย่างทั่วหน้า และครอบคลุมได้จริง ยั่งยืน

ส่วนในพื้นที่เขตเมือง มีทางเลือกของหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งที่เป็นของภาครัฐ และเอกชน มีบุคลากรให้บริการมากกว่าชนบท แต่ก็ยังมีปัญหาในการจัดการ การประสานงาน และรูปแบบการจัดการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคที่เหมาะสมกับเขตเมือง รวมทั้งแนวโน้มค่านิยมของประชาชนที่นิยมการใช้บริการที่เป็นสาขาเฉพาะทาง นิยมการใช้บริการที่โรงพยาบาลมากกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิ ฉะนั้นหน่วยบริการปฐมภูมิจำเป็นต้องมีคุณภาพที่เป็นที่ยอมรับของประชาชน การจัดการที่เชื่อมโยงกับคลินิกเอกชน จึงน่าจะเป็นทางเลือกเพิ่มทางหนึ่งในการจัดบริการปฐมภูมิในพื้นที่เขตเมืองนี้ แต่ต้องออกแบบวิธีจัดหาบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับธรรมชาติของหน่วยบริการ รวมทั้งการประสานเชื่อมโยงบริการไม่ให้มีช่องว่าง และทำให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

พร้อมกันนี้ สถานการณ์การเติบโตของโรงพยาบาลเอกชน และ Medical hub ส่งผลให้เกิดภาวะล้นออกของแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐระดับต่างๆ อันมีผลกระทบให้เกิดความขาดแคลนแพทย์สาขาต่างๆ และกระทบต่อมาถึงแพทย์ในเขตเมืองด้วย

แต่ภายในการจัดการเพื่อการเชื่อมโยงเครือข่ายบริการนั้น รัฐควรรวมงบประมาณเป็นก้อนใหญ่ที่จัดสรรให้เป็นพื้นที่เป็นโซน ที่ปรับวิธีการภายในได้เหมาะสม มิใช่คิดแยกและจัดการทั้งหมดจากส่วนกลางทั้งหมด เพื่อให้ยืดหยุ่นจัดการได้ง่ายขึ้น และมีความสอดคล้องกับสภาพพื้นที่มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข การสาธารณสุขไทย 2548-2550
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รายงานผลการดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีพ.ศ.2547, 2548, 2549, 2550
3. สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ รายงานการศึกษาติดตามประเมินสถานการณ์ของหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข ในพื้นที่ 36 จังหวัด, ส.ค. 2547 (เอกสารพิมพ์)
4. สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ โครงการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบที่คลินิกเอกชนเป็นคู่สัญญาดูแลสุขภาพ ภายใต้การประกันสุขภาพแห่งชาติ, ธ.ค. 2547 (เอกสารพิมพ์)
5. สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และคณะ ปัจจุบันและอนาคตคลินิกเอกชนไทย. สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข พ.ศ.2542
6. อรพินท์ บุณนาคและอัจฉรา เอ็นซ์. โครงการศึกษาความพึงพอใจและความต้องการของประชาชนต่อศูนย์บริการสาธารณสุขและโรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดกรุงเทพมหานคร. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กันยายน พ.ศ. 2538. กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
7. Starfield Babara, Primary Care, Balancing Health Needs, Services, and Technology Oxford University Press, 1998
8. Starfield Babara, Global Trends in Primary Care Development , เอกสารประกอบคำบรรยาย, กุมภาพันธ์ 2550
9. นงลักษณ์, 2550



ความไม่แน่นอนของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

Uncertainty Factors : UF

การเปลี่ยนแปลงของระบบอภิบาลและการบริหารหลักประกันสุขภาพภาครัฐ โดยให้ภาคเอกชนเข้ามาดำเนินการ

นิพิฏฐ์ พิรเวช

ประเด็นที่น่าสนใจ

- ระบบประกันสุขภาพเอกชนในประเทศไทยส่วนใหญ่มีลักษณะสัญญา สิทธิประโยชน์ที่คล้ายกัน บนโครงสร้างของสัญญาประกันภัยที่ชัดเจนความเสียหายแบบดั้งเดิม (Traditional indemnity) ไม่รับรองการรับประกัน (Non-guaranteed issuing) และไม่รับรองการต่ออายุสัญญาเมื่อครบกำหนด (Non-guaranteed renewal) แต่เพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายจะมีการนำแนวทางการจัดการใหม่ๆ มาใช้ เช่น แนวทางบริการสุขภาพที่มีการจัดการ (Managed care) การใช้ระบบเครือข่ายสถานพยาบาล หลักแบบ Preferred provider การบริหารการใช้ทรัพยากรการแพทย์ (Utilization management) การบริหารเครือข่ายสถานพยาบาล (Provider management) งานระบบสารสนเทศและข้อมูลเพื่อการบริหาร (Management information) งานบริหารการเบิกจ่ายผลประโยชน์และค่าบริหารสุขภาพ (Claim & Reimbursement management) งานบริหารการเงินประกันสุขภาพ (Financial management) และการต่อต้านทุจริต (Anti-frauds) ทำให้บริษัทรายใหญ่อยู่ในสถานะมีกำไร
- ทิศทางที่ภาคเอกชนอาจมีโอกาเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการหลักประกันสุขภาพภาครัฐ และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ (1) ภาคเอกชนไม่มีส่วนร่วมโดยตรง อันเป็นสถานการณ์ปัจจุบัน
- (2) ภาคเอกชนมีส่วนร่วมแบบองค์กรเอกชนบริหารจัดการโดยไม่รับความเสี่ยงทางการเงิน ซึ่งอาจมีส่วนช่วยเพิ่มความพึงพอใจ คุณภาพและการเข้าถึงบริการได้ แต่ต้นทุนอาจสูงขึ้น
- (3) ภาคเอกชนมีส่วนร่วมแบบองค์กรเอกชนรับความเสี่ยงแบบรับประกันภัยต่อ ซึ่งน่าจะทำให้ความเสี่ยงและเสถียรภาพทางการเงินของกองทุนดีขึ้น ซึ่งหากเป็นแบบรับจ้างบริหารจัดการด้วย คุณภาพและการเข้าถึงบริการอาจดีขึ้น แต่ต้นทุนอาจสูงขึ้นและอาจมีแรงกดดันระหว่างกองทุนรัฐที่เลือกใช้ หรือไม่เลือกใช้ภาคเอกชน
- (4) ภาคเอกชนมีส่วนร่วมแบบองค์กรเอกชนรับความเสี่ยงแบบรับประกันภัยตรง ผู้มีสิทธิอาจมีความเสี่ยงมากขึ้นเนื่องจากการใช้โครงสร้างสิทธิประโยชน์แบบมีเพดานทุกหมวดรายการ และต้องระวังเรื่องเสถียรภาพทางการเงินซึ่งขึ้นกับจำนวนประชากรและโอกาสเกิด Adverse selection และหากเป็นแบบประกันสุขภาพเสริมสิทธิ (Supplemental insurance plan) จะมีประเด็นด้านความเป็นธรรมในการเข้าถึงความคุ้มครอง อย่างไรก็ตามหากใช้แนวทางแบบ Managed care plan ประเด็นส่วนเกินสิทธิอาจน้อยกว่าแบบอื่น
- ในการให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในลักษณะต่างๆ ระบบอภิบาลของกองทุนภาครัฐจะต้องมีการปรับตัว และปรับบทบาทการทำงานให้เหมาะสม สอดคล้องกันด้วย



1. สถานการณ์ทั่วไป

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ประเทศไทยได้รับรองสิทธิการเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานของประชาชนทุกคน (ที่มีได้เกิดจากอุบัติเหตุในการทำงาน หรือจากอุบัติเหตุภัยรถยนต์) โดยพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2544 ซึ่งดำเนินการผ่าน 3 กองทุนรัฐ ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ครอบคลุมผู้มีสิทธิประมาณ 47 ล้านคน) กองทุนประกันสังคม (ครอบคลุมผู้ประกันตนประมาณ 9 ล้านคน) และกองทุนสวัสดิการข้าราชการ (ครอบคลุมผู้มีสิทธิประมาณ 7 ล้านคน) โดยอาศัยแหล่งเงินหลักจากภาษีอากร และมีแหล่งเงินรองจากเงินสมทบของลูกจ้าง-นายจ้างในระบบประกันสังคม

ระบบจ่ายค่าบริการ

ลักษณะสำคัญประการหนึ่งของการบริหารจัดการกองทุนรัฐทั้ง 3 ข้างต้น คือ ระบบจ่ายค่าบริการแก่ผู้ให้บริการ โดยกองทุนประกันสังคมและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เลือกใช้ระบบเหมาจ่าย ทั้งต่อคนต่อปี (Capitation หรือ CAP) หรือต่อโรคต่อครั้ง (ผ่าน Diagnosis Related Group หรือ DRG) บนงบประมาณจำกัด (Global Budgeting) เป็นหลัก ในขณะที่กองทุนสวัสดิการข้าราชการใช้ระบบการจ่ายค่าบริการตามรายการที่ใช้จริง (Fee for Service หรือ FFS) ที่ผ่านมา ค่าบริการสุขภาพของกองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอยู่ภายใต้การควบคุมในระดับต่ำ ในขณะที่ของกองทุนสวัสดิการข้าราชการมีการขยายตัวที่รวดเร็วในระดับสูง

การบริหารความเสี่ยงทางการเงิน

การบริหารจัดการส่วนสำคัญของกองทุนประกันสุขภาพใด ๆ คือค่าใช้จ่ายในการบริหารความเสี่ยงจากการให้บริการที่ไม่เหมาะสม อาทิ ใช้เกิน หรือ ใช้ผิด การใช้ระบบเหมาจ่ายค่าบริการ ซึ่งเป็นระบบที่มีการจำกัดความเสี่ยงทางการเงินกับกองทุน จึงส่งผลให้การบริหารจัดการกองทุนโดยรวมอยู่ในระดับต่ำไปด้วย ซึ่งเป็นสถานการณ์ของกองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ระบบเหมาจ่าย

ในบริบทการรับค่าบริการสุขภาพแบบเหมาจ่าย ผู้ให้บริการจำเป็นต้องมีระบบบริหารความเสี่ยงจากการให้บริการที่ไม่เหมาะสมที่ดีพอ จึงจะสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายให้สอดคล้องกับค่าบริการที่ได้รับ เมื่อความพร้อมและทักษะในการจัดการดังกล่าวยังไม่ดีพอ ย่อมก่อให้เกิดความเสี่ยง 2 ประการ คือ เสี่ยงต่อการใช้จ่ายเกินรายรับ และเสี่ยงต่อการให้บริการที่ด้อยคุณภาพเนื่องจากทรัพยากรไม่พอ ซึ่งกระทบต่อผลลัพธ์และเสถียรภาพระบบได้ และด้วยแรงกดดันดังกล่าว ผู้ให้บริการสุขภาพโดยธรรมชาติจึงมักไม่นิยมระบบเหมาจ่าย

ระบบ FFS

ในบริบทการจ่ายค่าบริการแบบ FFS กองทุนจำต้องลงทุนในงานบริหารเชิงรุกเพื่อดูแลให้บริการของสถานพยาบาลอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม งบประมาณจึงจะอยู่ภายใต้กรอบที่พึงประสงค์ โดยทั่วไป ค่าบริหารจัดการความเสี่ยงของกองทุน FFS จึงมักสูงกว่ากองทุนแบบเหมาจ่าย แต่อันที่จริงแล้วที่สำคัญคือ ผู้ให้บริการในระบบนี้มีแรงกดดันน้อยกว่าในการลดบริการทางสุขภาพแก่ผู้มีสิทธิ ดังนั้น ความเสี่ยงที่ผู้มีสิทธิจะได้รับบริการที่ต่ำกว่าความจำเป็นจึงน้อยลงด้วยโดยปริยาย แต่เนื่องจากกองทุน

สวัสดิการข้าราชการที่ใช้ระบบ FFS ยังมิได้ทำการบริหารความเสี่ยงเชิงรุกเท่าที่ควร ค่าบริหารจัดการจึงยังอยู่ในระดับที่ต่ำ ซึ่งก็อาจถือว่าชดเชยกับค่าบริการสุขภาพที่สูงกว่ากองทุนเหมาจ่ายทั่วไปได้ในบางส่วน โดยธรรมชาติ ผู้ให้บริการสุขภาพจะนิยมรับค่าบริการแบบ FFS

หลักประกันสุขภาพกลุ่มประชากรเฉพาะ

อย่างไรก็ตาม ยังมีกลุ่มประชากรเฉพาะบางกลุ่มที่หลักประกันสุขภาพอยู่นอกระบบปกติข้างต้น ประกอบด้วย กลุ่มข้าราชการการเมืองในส่วนสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภา พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานองค์อิสระในกำกับของรัฐบางแห่ง พนักงานของบริษัทเอกชนที่ได้เข้าร่วมในระบบประกันสังคม ตั้งแต่แรกเนื่องจากมีสวัสดิการที่เทียบเท่า กลุ่มประชากรเฉพาะเหล่านี้ ส่วนใหญ่ใช้ประกันสุขภาพเอกชน (Private Health Insurance หรือ PHI) ร่วมกับระบบสวัสดิการที่องค์กรบริหารเอง (Self Insured, Self Managed)

ระบบประกันภัยภาคบังคับอื่นที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพ

นอกจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าข้างต้นแล้ว ยังมีการประกันภัยภาคบังคับสำคัญอีก 2 ระบบที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองค่ารักษาพยาบาล ได้แก่

1.7.1 ระบบคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ซึ่งจ่ายค่ารักษาพยาบาลเฉพาะการบาดเจ็บที่เกิดจากรถยนต์ ในแบบจำกัดเขตความคุ้มครอง ดำเนินการโดยบริษัทประกันวินาศภัย โดยเจ้าของรถเป็นผู้จ่ายเบี้ยประกัน และใช้วิธีจ่ายค่าบริการสุขภาพแบบ FFS

1.7.2 ระบบกองทุนเงินทดแทน ซึ่งจ่ายค่ารักษาพยาบาลเฉพาะการบาดเจ็บที่เกิดจากการทำงาน ของลูกจ้างในระบบประกันสังคมในแบบจำกัดเขต ความคุ้มครองดำเนินการโดยสำนักงานกองทุนเงินทดแทน โดยนายจ้างเป็นผู้จ่ายเบี้ยประกัน และใช้วิธีจ่ายค่าบริการสุขภาพแบบ FFS

ระบบประกันสุขภาพเอกชน (PHI)

ความเป็นมา

เกิดขึ้นในประเทศไทยไม่น้อยกว่า 20 ปี โดยผู้นำเป็นกลุ่มบริษัทประกันชีวิตที่ขายประกันสุขภาพเป็นสัญญาเพิ่มเติมจากกรมธรรม์ประกันชีวิตหลัก เพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการซื้อประกันชีวิต ต่อมาบริษัทประกันวินาศภัยเริ่มให้ความสนใจและมีส่วนร่วมมากขึ้น และมีบริษัทประกันสุขภาพเฉพาะทางเกิดขึ้นด้วย ลักษณะสัญญาและสิทธิประโยชน์มีลักษณะคล้ายกันแทบทุกบริษัทบนโครงสร้างของสัญญาประกันภัยที่ชดเชยความเสียหายแบบดั้งเดิม (Traditional Indemnity) มีทั้งแบบรายสามัญ (บุคคล) และรายกลุ่ม มีการพิจารณารับประกัน (เว้นรายกลุ่มส่วนใหญ่) ไม่รับรองการรับประกัน (Non-guaranteed Issuing) และไม่รับรองการต่ออายุสัญญาเมื่อครบกำหนด (Non-guaranteed Renewal) มีช่วงอายุเริ่มและสิ้นสุดการคุ้มครอง แม้ในปัจจุบันอายุที่เริ่มรับประกันจะลดต่ำลงมากถึง 1 เดือน และเริ่มมีสัญญาคุ้มครองตลอดชีพบ้างแล้ว สิทธิประโยชน์ส่วนใหญ่เป็นแบบชดเชยตามหมวดบริการสุขภาพที่มีเขตจำกัดในแต่ละหมวด (Itemized Benefits with Inner Limits) แต่ก็มีบริษัทที่เริ่มให้ค่าคุ้มครองแบบตามจริงภายใต้เขตรวม (As Charged within Global Limit) ซึ่งมักเป็นกรณีประกันสุขภาพกลุ่ม สำหรับกรณีรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก การคุ้มครองจะเป็นผลประโยชน์สูงสุดต่อครั้ง 20-30 ครั้งต่อปี มีข้อยกเว้นการคุ้มครองซึ่งคล้ายคลึงกันแทบทุกบริษัทเพื่อให้เบี้ยอยู่เกณฑ์ที่ตลาดยอมรับได้



สำหรับอัตราเบี้ยประกัน ใช้ระบบแปรผันตามชั้นอายุ ในรายที่มีปัญหาสุขภาพก่อนทำประกัน อาจรับประกันโดยเพิ่มเบี้ย หรือกำหนดภาวะที่มีเป็นข้อยกเว้นเฉพาะตัว การพิจารณารับประกันดังกล่าว มีหลักเกณฑ์ที่ชัดเจนเพื่อมิให้เกิดการเลือกปฏิบัติ ในปัจจุบันบริษัทประกันเอกชนยังมีการให้ความคุ้มครองอื่นที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล เช่น สัญญาชดเชยแบบเหมาจ่ายรายวันกรณีผู้ป่วยใน สัญญาโรคร้ายแรงที่จ่ายผลประโยชน์เป็นเงินก้อนหากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหรือภาวะตามที่ระบุ กรมธรรม์ประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือ PA ที่มีหมวดค่ารักษาพยาบาลอันเกิดจากอุบัติเหตุต่าง ๆ เป็นต้น นอกจากนี้ บริษัทบางแห่งยังเริ่มนำบริการด้านตรวจสอบสุขภาพและป้องกันโรคบรรจุเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิประโยชน์อีกด้วย โดยทั่วไปการรับประกันแบบกลุ่มจะมีเบี้ยประกันภัยต่อรายที่ต่ำกว่า ตลอดจนมีความยืดหยุ่นของเงื่อนไขที่มากกว่าแบบรายสามัญ ในการออกกรมธรรม์ใหม่หรือการปรับผังเบี้ยประกันภัยสัญญาเก่าของบริษัท ต้องได้รับการอนุมัติจากหน่วยงานของรัฐที่กำกับธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ประสบการณ์ธุรกิจ

ในช่วงแรก ตลาดประกันสุขภาพเอกชนของไทยมีการเติบโตของเบี้ยประกันอย่างรวดเร็วอันเป็นผลจากการไม่มี หรือความไม่เข้มแข็งของระบบหลักประกันสุขภาพโดยรัฐ ประกอบกับข้อจำกัดของระบบสถานพยาบาลรัฐ และการขยายตัวอย่างรวดเร็วของสถานพยาบาลเอกชน ที่เสนอตัวเป็นทางเลือกแก่ผู้บริโภคที่ต้องการความสะดวกและรวดเร็ว ในทางกลับกัน การเรียกร้องสินไหมประกันสุขภาพมีระดับสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว จนในช่วงคริสต์ทศวรรษที่ 80-90 บริษัทที่ดำเนินงานด้านประกันสุขภาพต่างประสบกับภาวะขาดทุน ในกลุ่มบริษัทประกันชีวิตได้เกิดภาวะประกันชีวิตอุดหนุนประกันสุขภาพขึ้น ซึ่งเป็นสิ่งไม่พึงประสงค์ในการบริหารงานด้านประกันภัย บริษัทที่เป็นผู้นำในขณะนั้น จึงเริ่มปฏิรูประบบ โดยนำการบริหารเชิงรุกเข้ามาจัดการธุรกิจอย่างครบวงจร โดยอิงแนวทางบริการสุขภาพที่มีการจัดการ (Managed Care) ของบริษัทประกันสุขภาพในตลาดสหรัฐอเมริกาเป็นหลัก ประกอบกับการใช้ระบบเครือข่ายสถานพยาบาลหลักแบบ Preferred Providers ทำให้ผลประโยชน์ที่ขึ้นจนเข้าสู่ภาวะมีกำไรโดยไม่ต้องอาศัยการเพิ่มเบี้ยประกันตรงเพื่อหนีขาดทุน สมรรถนะสำคัญที่ได้พัฒนาขึ้นในขณะนั้น รวมถึง การบริหารการใช้ทรัพยากรการแพทย์ (Utilization Management) งานบริหารเครือข่ายสถานพยาบาล (Provider Management) งานระบบสารสนเทศและข้อมูลเพื่อการบริหาร (Management Information) งานบริหารการเบิกจ่ายผลประโยชน์และค่าบริการสุขภาพ (Claim & Reimbursement Management) งานบริหารการเงินประกันสุขภาพ (Financial Management) การต่อต้านทุจริต (Anti-Frauds) ในปัจจุบัน บริษัทที่ทำธุรกิจด้านประกันสุขภาพรายใหญ่ต่างอยู่ในสถานะที่มีกำไร

การเชื่อมโยงระบบรัฐ-เอกชน

ในช่วงที่ประกันสุขภาพเอกชนมีความเข้มแข็งมากขึ้น ได้เคยมีความสนใจที่จะนำระบบประกันสุขภาพเอกชนเข้ามาบทบาทในระบบสวัสดิการข้าราชการ โดยพิจารณาทั้งเป็นกรณีซื้อประกันตรงซื้อประกันภัยต่อ และจ้างบริหารจัดการ แต่ก็มิได้บรรลุข้อสรุป ต่อมาเมื่อต้นปี 2550 ได้มีการพูดคุยกับกลุ่มบริษัทประกันภัยชั้นนำในตลาด พบว่ามีความสนใจและมีความพร้อมในระดับหนึ่งที่บริษัทเหล่านี้จะสามารถเข้ามาเสนอความคุ้มครองตรง (Direct Insurance) ในเงื่อนไขเดียวกันกับระบบประกันสังคม เพื่อเป็นทางเลือกแก่ผู้ประกันตน แต่ตราบจนปัจจุบัน ยังไม่มีการขับเคลื่อนในทิศทางดังกล่าวจากภาค



นโยบาย อย่างไรก็ตามการผลักดันที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของภาคเอกชนเอง ก็ยังไม่ได้อยู่ในระดับที่สูงจนทำให้เกิดแรงกดดันเชิงนโยบายเช่นกัน

2. ทิศทางหลักของปัจจัยความไม่แน่นอน

ภาคเอกชนอาจมีบทบาทในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ในหลายแนวทาง ซึ่งทิศทางและรูปแบบการมีส่วนร่วมยังมีความไม่แน่นอนสูง เนื่องจากแรงขับเคลื่อนและแรงต้านจากผู้มีส่วนในระบบปัจจุบันยังขาดความชัดเจน อย่างไรก็ตาม พอสรุปทิศทางที่ภาคประกันภัยเอกชนจะมีส่วนร่วมในระบบโดยใช้การวิเคราะห์ 2 ขั้วของแกนแห่งความไม่แน่นอนได้ดังนี้

ทิศทาง 1 ภาคประกันสุขภาพเอกชนไม่มีส่วนร่วมตรง (Private Shut-out Scenario)

สรุปภาพทิศทาง 1 ประกันสุขภาพเอกชนคงเป็นระบบที่แยกเป็นอิสระจากหลักประกันสุขภาพภาครัฐ กลุ่มเป้าหมายหลัก ได้แก่ ประชากรรายได้ตั้งแต่ระดับกลางขึ้นไปที่ต้องการใช้บริการจากสถานพยาบาลเอกชนเป็นหลัก และนายจ้างที่ต้องการเสริมภาพลักษณ์องค์กร หรือเพิ่มความสามารถในการดึงดูดพนักงานที่มีศักยภาพสูงรวมถึงผู้บริหารต่างชาติ บริษัทประกันภัยมีความสนใจในการขยายตลาดในระดับปานกลาง เพราะยังมีความกังวลด้านการควบคุมอัตราเงินไหมอยู่บ้าง โดยบริษัทประกันชีวิตยังคงเป็นผู้นำตลาด ด้วยได้อานิสงส์จากการมีช่องทางจัดจำหน่ายที่หลากหลายและมีศักยภาพสูง ตลอดจนเบี้ยประกันที่ได้รับการลดหย่อนภาษีบุคคลธรรมดา 50,000 บาท ต่อปี (รวมในเบี้ยประกันชีวิต) และไม่มีภาษีมูลค่าเพิ่ม ลักษณะสัญญาที่มีความผูกพันระยะยาว (มากกว่าแบบปีต่อปีของประกันวินาศภัย) ทำให้เบี้ยประกันภัยปรับขึ้นช้ากว่า โดยรวมความคุ้มครองจะมีนวัตกรรมเพิ่มขึ้นบ้าง แต่ยังมีรูปแบบขดเชยความเสียหาย (Indemnity) เช่น อาจขยายอายุการคุ้มครอง ปรับโครงสร้างและเพดานด้านสิทธิประโยชน์ เพื่อให้สอดคล้องความเป็นจริง บูรณาการสิทธิประโยชน์เสริมด้านโรคร้ายแรง ทันตกรรม คลอดบุตร ตรวจสุขภาพ ป้องกันโรค ช่วยเหลือฉุกเฉินทางการแพทย์ ประกันภัยการเดินทางและให้การคุ้มครองทั่วโลก เป็นต้น การพิจารณารับประกันภัย และการต่อสัญญาต่าง ๆ ยังคงใช้แนวทางเดิมแม้อาจจะมีแนวโน้มขยายอายุการรับประกันออกไปเรื่อย ๆ จนตลอดชีพ เบี้ยประกันรวมเฉลี่ยต่อผู้เอาประกันภัยมีแนวโน้มสูงขึ้นตามปัจจัยทางเศรษฐกิจ โดยเบี้ยประกันทั้งระบบคงเติบโตได้อัตราไม่น้อยกว่า 10% ต่อปี

หมายเหตุ ทิศทางนี้เป็นสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในระบบปัจจุบันของไทย

ทิศทาง 2 ภาคประกันสุขภาพเอกชนมีส่วนร่วมตรง (Private Participation Scenario)

สรุปภาพทิศทาง 2 กองทุนในหลักประกันสุขภาพของรัฐ อาจเปิดช่องให้บริษัทประกันภัยเข้ามามีส่วนร่วมในระบบของตน โดยอิงแนวคิดการเพิ่มประสิทธิภาพประสิทธิผลด้วยการใช้บริการจากภายนอก หรือ Outsourcing ซึ่งเป็นที่นิยมมากขึ้นของหน่วยงานภาครัฐทั่วโลก กองทุนที่มีโอกาสเลือกใช้แนวทางนี้ก็คือกองทุนที่ยังไม่มีสมรรถนะหลัก หรือขาดบุคลากรในการบริหารจัดการกองทุน หรือในการให้บริการด้านประกันสุขภาพ หรือไม่ต้องการสร้างภาระงานแก่องค์กรในกิจกรรมที่ไม่ใช่งานยุทธศาสตร์ หรือต้องการจำกัดความเสี่ยงทางการเงิน ในการนี้ หน่วยงานผู้ให้บริการจะกำหนดวิธีการกำกับดูแล รวมถึง

ดัชนีชี้วัดด้านคุณภาพมาตรฐานบริการต่าง ๆ ผ่านสัญญาที่ทำกับองค์กรผู้เชี่ยวชาญภาคเอกชนที่เข้ามา รับงาน จากประสบการณ์ในตลาดอื่น ภาคเอกชนอาจสามารถให้บริการได้หลายรูปแบบ ดังต่อไปนี้

ทิศทาง 2.1 องค์กรเอกชนไม่รับความเสี่ยงทางการเงินหากจ้างบริหารจัดการเท่านั้น

(Non-risk Taking Management-Admin Service ONLY)

สรุปภาพทิศทาง 2.1 กองทุนรัฐจ้างบริษัทประกันสุขภาพเอกชน หรือ บริษัทที่รับบริหารจัดการงาน ประกันสุขภาพเป็นการเฉพาะ (Management-Admin Service Organization หรือ MSO) ให้ทำงานด้าน บริหารจัดการกองทุนของตนโดยไม่มีการรับประกันภัยใด ๆ งานที่นิยมจ้างให้เอกชนดำเนินการ ได้แก่ งานทะเบียนและเก็บเงินสมทบ งานบริการผู้มีสิทธิ งานพัฒนาเครือข่ายหน่วยบริการ งานบริหาร การแพทย์ งานเบิกจ่ายค่าบริการสถานพยาบาล งานระบบสารสนเทศและข้อมูลบริหาร งานประเมินและ ตรวจสอบ ตลอดจนงานวิจัยและพัฒนาต่าง ๆ ในการนี้ กองทุนรัฐอาจ Outsource งานบริหารจัดการแก่ เอกชนเพียงส่วนน้อย จนถึงส่วนมาก หรือทั้งหมดก็ได้

หมายเหตุ ทิศทางนี้ยังไม่มีตัวอย่างเทียบเคียงในระบบปัจจุบันของไทย แต่เป็นระบบที่ใช้มากในตลาด ที่หน่วยงานรัฐนิยมจ้างองค์กรภายนอกในงานบริหารจัดการ เช่น สหรัฐอเมริกา

ทิศทาง 2.2 องค์กรเอกชนรับความเสี่ยงแบบรับประกันภัยต่อ (Reinsurance Risk Taking)

สรุปภาพทิศทาง 2.2 กองทุนรัฐซื้อประกันภัยต่อจากบริษัทประกันภัย โดยบริษัทจะเข้ารับความเสี่ยงทาง การเงินเมื่อค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของกองทุนสูงเกินระดับที่กำหนดไว้ในสัญญา ในการนี้ กองทุนรัฐนั้น อาจเลือกทำประกันภัยต่อสำหรับภาระค่าใช้จ่ายทางสุขภาพโดยรวมจากทุกสิทธิประโยชน์ของกองทุน นั้น หรือจะเลือกทำประกันภัยต่อเฉพาะความคุ้มครองเพียงบางสิทธิประโยชน์ก็ได้ เช่น ทำประกันภัยต่อ เฉพาะค่าใช้จ่ายที่เกิดจากโรคร้ายแรงบางโรคที่ระบุ เป็นต้น นอกจากนี้ กองทุนอาจเลือกทำประกันภัย ต่อกับบริษัทรายเดียว หรือจะให้บริษัทหลายรายเสนอกรรมธรรม์ประกันภัยต่อร่วมกันก็ได้ ทิศทางนี้ ยังอาจแยกออกเป็นอีก 2 แนวทางย่อยที่มีความเป็นไปได้มาก ดังนี้

ทิศทาง 2.2.1 องค์กรเอกชนรับประกันภัยต่อ-เท่านั้น (Reinsurance ONLY)

สรุปภาพทิศทาง 2.2.1 กองทุนรัฐซื้อประกันภัยต่อ ไม่ว่าจะเป็นการประกันต่อสำหรับค่าใช้จ่าย สุขภาพโดยรวม หรือเฉพาะบางสิทธิประโยชน์ จากบริษัทประกันสุขภาพเพียงอย่างเดียว บริษัท ไม่มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ หรือให้บริการอื่นใด

หมายเหตุ ทิศทางนี้ยังไม่มีตัวอย่างเทียบเคียงในระบบปัจจุบันของไทย

ทิศทาง 2.2.2 องค์กรเอกชนรับประกันภัยต่อ-พร้อมรับจ้างบริหารจัดการ

(Reinsurance plus Management-Admin Services)

สรุปภาพทิศทาง 2.2.2 กองทุนรัฐซื้อประกันภัยต่อจากบริษัทประกันภัย พร้อมจ้างให้บริษัทนั้น บริหารจัดการงานด้านประกันสุขภาพบางส่วน หรือทั้งหมดด้วย เป็นรูปแบบที่ได้รับความนิยม ในองค์กรภาคเอกชนในต่างประเทศที่บริหารระบบประกันสุขภาพของตนเอง (Self Insured) เนื่องจากบริษัทประกันภัยมีส่วนได้ส่วนเสียกับการที่กองทุนผู้ซื้อประกันภัยต่อ จะมีการอภิบาล

กองทุนที่พึงประสงค์โดยตรง การเข้ามารับบริหารจัดการกองทุนจึงเป็นความร่วมมือแบบครบวงจร ทั้งนี้ กองทุนรัฐต้องกำหนดวิธีการกำกับดูแล และดัชนีชี้วัดผลงานเพื่อคุ้มครองผู้มีสิทธิอย่างเพียงพอ

หมายเหตุ ทิศทางนี้ยังไม่มีตัวอย่างเทียบเคียงในระบบปัจจุบันของไทย แต่เป็นระบบที่มีในตลาดที่ระบบการเงินและการประกันภัยเข้มข้น เช่น สหรัฐอเมริกา และกลุ่มลาตินอเมริกาบางประเทศ ซึ่งความนิยมมีขึ้นและลงตามสถานการณ์ของผลประกอบการ

ทิศทาง 2.3 องค์การเอกชนรับความเสี่ยงแบบรับประกันภัยตรง (Insurance Risk Taking)

สรุปภาพทิศทาง 2.3 กองทุนรัฐเปิดโอกาสให้บริษัทประกันภัยเอกชนรับประกันสุขภาพของผู้มีสิทธิในระบบของตน โดยอาจ (1) ให้เป็นระบบทางเลือก (ยังมีระบบที่ดำเนินการโดยกองทุนรัฐแบบดั้งเดิมอยู่ควบคู่กับการมีระบบที่ดำเนินการโดยเอกชนที่กองทุนรัฐสมทบเบี้ยประกันภัยให้ผู้มีสิทธิทั้งหมด หรือบางส่วน) หรือ (2) ให้เป็นระบบหลัก (ผู้มีสิทธิต้องเลือกระบบที่ดำเนินการโดยเอกชนเท่านั้น กองทุนรัฐเพียงสมทบเบี้ยประกันพื้นฐานให้ทั้งหมด หรือบางส่วน และทำหน้าที่ถือภิบาลระบบ แต่มักให้มีบริษัทประกันภัยเข้าร่วมโครงการมากกว่า 1 รายเพื่อให้เกิดการแข่งขัน) ในการนี้ กองทุนรัฐจะทำหน้าที่เป็นผู้กำกับระบบ แล้วให้บริษัทประกันภัยที่ได้รับการคัดเลือก และยอมที่จะปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดเข้าเสนอแผนประกันสุขภาพโดยรอบ คลุมสิทธิประโยชน์ทั้งหมด หรือเพียงบางส่วนของกองทุนนั้นแก่ผู้มีสิทธิ ทั้งนี้ กองทุนรัฐอาจเลือกร่วมมือกับบริษัทประกันภัยเพียงรายเดียวเพื่อควบคุมเบี้ยประกันภัยให้อยู่ในระดับต่ำด้วยการต่อรองราคา หรือเปิดโอกาสให้มีบริษัทเข้าร่วมมากกว่า 1 รายเพื่อให้เกิดการแข่งขันด้านราคาและบริการ โดยกองทุนรัฐจ่ายเบี้ยประกันพื้นฐานให้บริษัท หากเบี้ยประกันของบริษัทสูงกว่าเบี้ยพื้นฐานดังกล่าว ผู้มีสิทธิที่เลือกบริษัทนั้นต้องจ่ายเบี้ยส่วนเกินเอง แต่มีสิทธิประโยชน์ด้านภาษีส่วนบุคคล และ/หรือองค์กร (Corporate and/or Personal Income Tax Rebate) การเข้าร่วมรับประกันสุขภาพของบริษัท อยู่ภายใต้สัญญาที่มีการกำหนดระยะเวลา และเงื่อนไขที่ชัดเจน ประเทศที่เลือกใช้แนวทางนี้ในการดำเนินงานภาคประกันสังคม หรือประกันสุขภาพภาคบังคับของรัฐ เช่น สหรัฐอเมริกา ในโครงการ Medicare Advantage สวิตเซอร์แลนด์ เนเธอร์แลนด์ โคลัมเบีย ชิลี ซาอุดีอาระเบีย ออสเตรเลีย คานาดา ซึ่งทิศทางนี้ ยังอาจแยกออกเป็นอีก 3 แนวทางย่อยที่มีความเป็นไปได้มาก ดังนี้

ทิศทาง 2.3.1 ประกันสุขภาพกลุ่มครบสิทธิแบบชดเชยความเสียหายที่มีบริหารจัดการ (Managed Indemnity Health Plan)

สรุปภาพทิศทาง 2.3.1 กองทุนรัฐปรับสิทธิประโยชน์ให้เป็นไปตามโครงสร้างชดเชยตามหมวดรายการแบบมีเพดานในแต่ละหมวด (Itemized Benefits with Inner Limits) ซึ่งคล้ายคลึงกับแผนประกันสุขภาพของภาคเอกชนในปัจจุบัน แล้วกำหนดกฎเกณฑ์ให้บริษัทประกันภัยเข้าร่วมในการเสนอแผนประกันสุขภาพแบบกลุ่มแก่ผู้มีสิทธิ ทั้งนี้ อาจรวมข้อกำหนดด้านเบี้ยประกันภัย (แบบอิงประสบการณ์ หรือ Experience Rating หรือแบบอิงกลุ่ม หรือ Community Rating) ด้านแนวทางการรับประกัน ด้านการต่อสัญญา ตลอดจนกรอบข้อยกเว้นความคุ้มครองได้ บริษัท

ประกันภัยจะใช้แนวทางการบริหารบริการสุขภาพเชิงรุกเพื่อรักษาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม นอกจากนี้ บริษัทประกันภัยอาจเสนอสัญญาเสริมสิทธิ (ทิศทาง 2.3.3) แก่ผู้เอาประกันภัยที่เลือกระบบของตนโดยเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มเติม

หมายเหตุ ทิศทางนี้มีลักษณะเดียวกับระบบหลักประกันสุขภาพของข้าราชการการเมืองกลุ่มสมาชิกรัฐสภาและพนักงานรัฐวิสาหกิจบางแห่งของไทยในปัจจุบัน นอกจากนี้ ยังคล้ายคลึงกับระบบคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถด้วย ตัวอย่างในต่างประเทศ เช่น ในประเทศสวิตเซอร์แลนด์และเนเธอร์แลนด์

ทิศทาง 2.3.2 ประกันสุขภาพกลุ่มครบสิทธิแบบบริการสุขภาพที่มีการจัดการ (Managed Care Plan)

สรุปภาพทิศทาง 2.3.2 กองทุนรัฐกำหนดให้บริษัทประกันภัยเอกชนต้องให้การคุ้มครองแบบกลุ่มตามโครงสร้างสิทธิประโยชน์ที่ค่อนข้างเบ็ดเสร็จแบบที่ใช้อยู่ในกองทุนประกันสังคมและกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปัจจุบัน แต่อนุญาตให้เอกชนใช้ระบบหน่วยบริการหลักและการเหมาจ่ายค่าบริการแบบต่าง ๆ แก่ผู้ให้บริการในระบบของตน นอกจากนี้ ยังมีข้อตกลงด้านเบี้ยประกันภัย ด้านแนวทางการรับประกัน ด้านการต่อสัญญา ตลอดจนกรอบข้อยกเว้นความคุ้มครองได้ บริษัทประกันภัยอาจเสนอสัญญาเสริมสิทธิ (ทิศทาง 2.3.3) แก่ผู้เอาประกันภัยที่เลือกระบบของตนโดยเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มเติม

หมายเหตุ ทิศทางนี้ยังไม่มีตัวอย่างเทียบเคียงในระบบปัจจุบันของไทย แต่กลุ่มบริษัทผู้นำในระบบประกันภัยไทยเคยให้ความเห็นในการทำ Focus Group ของ สวป เมื่อต้นปี 2550* ว่า สามารถดำเนินการได้ โดยเบี้ยประกันสุขภาพควรเปิดโอกาสให้มีการแข่งขันระหว่างบริษัทที่เข้าร่วมโครงการ ตัวอย่างในต่างประเทศ เช่น ในโครงการ Medicare Advantage ของสหรัฐอเมริกา

ทิศทาง 2.3.3 ประกันสุขภาพเสริมสิทธิ (Supplement Insurance Plan)

สรุปภาพทิศทาง 2.3.3 กองทุนรัฐเห็นประโยชน์ของการให้มีการเสริมสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบสำหรับบริการที่ยังไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานของรัฐ เช่น การใช้ห้องพิเศษ การใช้นอกบัญชีปกติของกองทุนรัฐ อุปกรณ์การแพทย์ หรือการผ่าตัดด้วยเทคโนโลยีใหม่ที่กองทุนรัฐยังไม่คุ้มครอง การตรวจรักษานอกหน่วยบริการ หรือเครือข่ายบริการหลัก โดยเฉพาะในสถานพยาบาลเอกชน การขยายสิทธิการตรวจรักษาอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ณ นอกหน่วยบริการหลัก บริการทันตกรรมนอกสิทธิประโยชน์หลัก วัคซีนพิเศษ การรักษาภาวะมีบุตรยาก การเลือกแพทย์ผู้รักษา และการตรวจรักษาในต่างประเทศ เป็นต้น นอกจากนี้ ในกรณีกองทุนรัฐที่ใช้การจ่ายค่าบริการแบบตามรายการ (FFS) ประกันสุขภาพเสริมสิทธิยังอาจช่วยจ่ายส่วนเกินสิทธิจากอัตราเพดานที่กองทุนรัฐให้การคุ้มครองอยู่อีกด้วย ทั้งนี้ กองทุนรัฐสนับสนุนให้ภาคประกันภัยเอกชนเข้ามาพัฒนาความคุ้มครองเพื่อเสนอแก่ผู้มีสิทธิอย่างเป็นระบบ และมีการคุ้มครองผู้บริโภค โดยกองทุนดังกล่าวสามารถกำหนดกรอบประเภทความ

คุ้มครองที่เสริมสิทธิได้ ลักษณะเบี้ยประกันภัย การรับประกัน และการต่อสัญญา ทั้งนี้ รัฐให้สิทธิประโยชน์ด้านภาษีในรูปแบบหักลดหย่อนเบี้ยประกันภัย (Tax Rebate) แก่ผู้ซื้อประกันเสริมสิทธินี้ (Corporate and/or Personal Income Tax)

หมายเหตุ ทิศทางนี้คล้ายคลึงการจ่ายค่าบริการกำหนดหน่วยบริการโดยตรงโดยผู้มีสิทธิเมื่อขอรับบริการที่เพิ่มเติมจากสิทธิพื้นฐาน เช่น ห้องพิเศษ หรือ การผ่าตัดด้วยอุปกรณ์พิเศษ แต่เป็นระบบที่ยังมีสิทธิประโยชน์จำกัด ไม่มีการเฉลี่ยความเสี่ยงแบบประกันภัยรองรับ และไม่ได้เชื่อมโยงการลดหย่อนทางภาษี ในประเทศที่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าบางประเทศมีการส่งเสริมให้เกิดระบบเสริมสิทธิอย่างจริงจังด้วยเหตุผลในการเพิ่มประสิทธิภาพการระดมทรัพยากร และการให้ทางเลือกแก่ประชาชน เช่น ประเทศออสเตรเลีย และแคนาดา

3. ผลกระทบ

ในการประเมินผลกระทบของทิศทางความไม่แน่นอนที่เกี่ยวข้องกับการมีบทบาทของภาคประกันภัยเอกชนในระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐ อาศัยการวิเคราะห์ถึงผลกระทบต่อคุณค่าหลัก ได้แก่ การเข้าถึง คุณภาพ ต้นทุน ความเป็นธรรม ผลลัพธ์ทางสุขภาพ ความพึงพอใจ การมีทางเลือก การระดมทรัพยากร การบริหารความเสี่ยงทางการเงินการคลัง และการเฝ้าระวังความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ทั้งในเชิงคุณภาพ (Qualitative) และในเชิงปริมาณ (Quantitative) เชิงรูปธรรม และนามธรรม นอกจากนี้ยังควรประเมินในแง่การแลกเปลี่ยนระหว่างการเพิ่มขึ้นของคุณค่าหลักบางกลุ่ม กับการลดลงของคุณค่าหลักกลุ่มอื่น โดยมองคุณค่าหลักข้างต้นเป็นกลุ่มเป้าประสงค์ที่สัมพันธ์กัน มากกว่าแยกอิสระจากกันอย่างสิ้นเชิง ผลกระทบอาจแยกเป็น 2 ประเด็น คือ (1) ผลกระทบต่อกลุ่มคุณค่าหลัก (2) ผลกระทบต่อระบบอภิบาลและการบริหาร

ทิศทาง 1 ภาคประกันสุขภาพเอกชนไม่มีส่วนร่วมตรง (Private Shut-out Scenario)

สรุปผลกระทบ

1. ผลกระทบต่อคุณค่าหลัก การเข้าถึง คุณภาพ ต้นทุน ความเป็นธรรม ความพึงพอใจ การระดมทรัพยากร และการเฝ้าระวังความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี เป็นไปตามแนวโน้มเดิม เนื่องจากเป็นทิศทางที่ไม่เปลี่ยนแปลงจากสถานการณ์ปัจจุบัน
2. ผลกระทบต่อการอภิบาล ไม่มีผลกระทบโดยตรง เนื่องจากเป็นทิศทางที่ไม่เปลี่ยนแปลงจากสถานการณ์ปัจจุบัน

ทิศทาง 2.1 องค์กรเอกชนไม่รับความเสี่ยงทางการเงินหากรับจ้างบริหารจัดการเท่านั้น

(Non-risk Taking Management-Admin Services ONLY)

สรุปผลกระทบ

1. ผลกระทบต่อคุณค่าหลัก คุณค่าที่เกี่ยวข้องกับบริการของกองทุนรัฐ ทั้งในส่วนที่มีต่อผู้ให้บริการ (ความพึงพอใจ) และผู้มีสิทธิ (การเข้าถึง คุณภาพ ความพึงพอใจ) จะมีแนวโน้มดีขึ้น ทั้งนี้ขึ้นกับประเภทงานที่จ้างให้เอกชนดำเนินการ แต่ต้นทุนอาจสูงขึ้น คุณค่าอื่นไม่กระทบนัก

2. ผลกระทบต่อการอภินิหาร ระบบอภินิหารของกองทุนรัฐต้องปรับให้สามารถกำกับการจ้างงานและทำงานร่วมกับภาคเอกชนได้ดี

ทิศทาง 2.2.1 องค์การเอกชนรับประกันภัยต่อ-เท่านั้น (Reinsurance ONLY)

สรุปผลกระทบ

1. ผลกระทบต่อคุณค่าหลัก การบริหารจัดการความเสี่ยงและเสถียรภาพทางการเงินที่ดีขึ้น ยังผลให้สามารถพัฒนาความคุ้มครองแก่ผู้มีสิทธิได้อย่างมั่นคง แต่ต้นทุนอาจเพิ่มขึ้นในระยะสั้น
2. ผลกระทบต่อการอภินิหาร ระบบอภินิหารของกองทุนรัฐต้องปรับให้มีสมรรถนะในการพิจารณาเลือกซื้อประกันภัยต่อและทำงานร่วมกับภาคเอกชนได้ดี

ทิศทาง 2.2.2 องค์การเอกชนรับประกันภัยต่อ-พร้อมรับจ้างบริหารจัดการ (Reinsurance plus Management-Admin Services)

สรุปผลกระทบ

1. ผลกระทบต่อคุณค่าหลัก การบริหารจัดการความเสี่ยงและเสถียรภาพทางการเงินที่ดีขึ้น คุณค่าที่เกี่ยวข้องกับบริการของกองทุนรัฐ ทั้งในส่วนที่มีต่อผู้ให้บริการ (ความพึงพอใจ) และผู้มีสิทธิ (การเข้าถึง คุณภาพ ความพึงพอใจ) จะมีแนวโน้มดีขึ้น ทั้งนี้ ขึ้นกับประเภทงานที่จ้างให้เอกชนดำเนินการ แต่ต้นทุนอาจสูงขึ้น นอกจากนี้ อาจมีแรงกดดันระหว่างกองทุนรัฐที่เลือกใช้และไม่ใช้บริการจากภาคเอกชน
2. ผลกระทบต่อการอภินิหาร ระบบอภินิหารของกองทุนรัฐต้องปรับให้มีสมรรถนะในการพิจารณาเลือกซื้อประกันภัยต่อ กำกับงานที่จ้างเอกชนทำ และสามารถทำงานร่วมกับภาคเอกชนได้ดี

ทิศทาง 2.3.1 ประกันสุขภาพกลุ่มครบสิทธิแบบชดเชยความเสียหายที่มีบริหารจัดการ (Managed Indemnity Health Plan)

สรุปผลกระทบ

1. ผลกระทบต่อคุณค่าหลัก มีโอกาสสร้างผลกระทบสุทธิทั้งบวกและลบต่อระบบ ขึ้นกับสมรรถนะความชำนาญของบริษัทประกันภัยที่เข้าร่วมโครงการ โดยทั่วไป คุณค่าที่เกี่ยวข้องกับบริการ การเชื่อมต่อความก้าวหน้าทางการแพทย์ ความคล่องตัวน่าจะมีแนวโน้มดีขึ้น ความเสี่ยงทางการเงินคลังภาครัฐน้อยลง แต่ผู้มีสิทธิอาจมีความเสี่ยงมากขึ้นเนื่องจากโครงสร้างสิทธิประโยชน์เป็นแบบมีเพดานทุกหมวดรายการ จึงต้องมีแผนรองรับการเจ็บป่วยชั้นล้มละลาย นอกจากนี้ เสถียรภาพทางการเงินของบริษัทที่รับความเสี่ยงอาจเป็นปัญหา ขึ้นกับจำนวนประชากรที่เข้าสู่ระบบ และโอกาสเกิด Adverse-selection โดยทั่วไป ถ้าเป็นการรับประกันแบบทั้งกลุ่มประชากร ปัญหานี้จะน้อยลงมาก
2. ผลกระทบต่อการอภินิหาร กองทุนรัฐต้องพัฒนาสมรรถนะในการกำกับระบบ เกณฑ์การกระจายอำนาจบางส่วนแก่เอกชน การใช้กลไกการแข่งขันเพื่อประโยชน์ผู้บริโภค และการทำงานร่วมกับเอกชนอย่างมาก ตลอดจนต้องมีแนวทางป้องกัน Adverse Selection ในระบบด้วย ปัญหาที่เกิดขึ้น

กับระบบประกันสุขภาพของสมาชิกรัฐสภา (หาบริษัทเข้าร่วมยาก) และระบบคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ (ปัญหาการใช้สิทธิ การปรับเบี้ยตามประสบการณ์) เป็นกรณีศึกษาที่ดี นอกจากนี้ เมื่อกองทุนรัฐได้เริ่มให้เอกชนเข้ามามีบทบาทในการรับประกันสุขภาพตรง ก็อาจส่งแรงกดดันต่อกองทุนรัฐอื่น ด้วยเหตุผลเชิงเทียบเคียงโดยเฉพาะด้านบริการและทางเลือก

ทิศทาง 2.3.2 ประกันสุขภาพกลุ่มครบสิทธิแบบบริการสุขภาพที่มีการจัดการ

(Managed Care Plan)

สรุปผลกระทบ

1. **ผลกระทบต่อคุณค่าหลัก** คล้ายคลึงกับกรณี 2.3.1 แต่ด้วยโครงสร้างสิทธิประโยชน์ที่ใกล้เคียงหรือเหมือนกับของกองทุนรัฐเดิม ปัญหากรณีส่วนเกินสิทธิจากการเจ็บป่วยจะน้อยกว่า แต่เสถียรภาพทางการเงินของบริษัทที่รับความเสี่ยงอาจเป็นปัญหามากกว่า ขึ้นกับจำนวนประชากรที่เข้าสู่ระบบ และโอกาสเกิด Adverse-selection โดยทั่วไป ถ้าเป็นการรับประกันแบบทั้งกลุ่มประชากร ปัญหาจะน้อยลงมาก
2. **ผลกระทบต่อการอภิบาล** กองทุนรัฐต้องพัฒนาสมรรถนะในการกำกับระบบ เกณฑ์การกระจายอำนาจบางส่วนแก่เอกชน การใช้กลไกการแข่งขันเพื่อประโยชน์ผู้บริโภค และการทำงานร่วมกับเอกชนอย่างมาก ตลอดจนต้องมีแนวทางป้องกัน Adverse Selection ในระบบด้วย นอกจากนี้ เมื่อกองทุนรัฐได้เริ่มให้เอกชนเข้ามามีบทบาทในการรับประกันสุขภาพตรง ก็อาจส่งแรงกดดันต่อกองทุนรัฐอื่น ด้วยเหตุผลเชิงเทียบเคียงโดยเฉพาะด้านบริการและทางเลือก

ทิศทาง 2.3.3 ประกันสุขภาพเสริมสิทธิ (Supplement Insurance Plan)

สรุปผลกระทบ

1. **ผลกระทบต่อคุณค่าหลัก** เนื่องจากสิทธิที่เสริมขึ้นต้องเสียเบี้ยประกันภัยเพิ่ม ซึ่งผู้มีสิทธิบางส่วนอาจไม่สามารถเข้าถึงความคุ้มครองได้ อีกทั้งสิทธิที่เสริมให้ก็มีแนวโน้มในการเพิ่มความสะดวกหรือช่วยให้เข้าถึงเทคโนโลยีที่ใหม่เป็นการเฉพาะ จึงมีความอ่อนไหวในประเด็นความเท่าเทียม แม้การเสริมสิทธิเองจะมีสาเหตุหลักของความไม่เท่าเทียมนี้ ในทางกลับกัน ระบบประกันเสริมสิทธิช่วยการระดมทรัพยากรเพิ่มให้แก่ระบบ โดยเฉพาะในฝ่ายผู้ให้บริการ เพิ่มความพึงพอใจแก่ผู้มีสิทธิ (บางกลุ่ม) และแก่ผู้ให้บริการ พร้อมทั้งเอื้อต่อความก้าวหน้าทางการแพทย์
2. **ผลกระทบต่อการอภิบาล** กองทุนรัฐต้องพัฒนาสมรรถนะในการกำกับระบบ เกณฑ์การกำหนดสิทธิประโยชน์เสริม การใช้กลไกการแข่งขันเพื่อประโยชน์ผู้บริโภค และการทำงานร่วมกับเอกชนอย่างมาก นอกจากนี้ เมื่อกองทุนรัฐได้เริ่มให้เอกชนเข้ามามีบทบาทในการรับประกันสุขภาพเสริมสิทธิ ก็อาจส่งแรงกดดันต่อกองทุนรัฐอื่น ด้วยเหตุผลเชิงเทียบเคียงโดยเฉพาะด้านสิทธิประโยชน์และบริการ

ความไม่แน่นอนของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

Uncertainty Factors : UF

การเกิดเหตุการณ์ Pandemic ของโรคติดต่อที่มีความสำคัญ อย่างต่อเนื่อง และซ้ำซากจนเป็นภาระแก่ระบบ

นรินทร์ หิรัญสุทธิกุล

ประเด็นที่น่าสนใจ

- องค์การอนามัยโลกคาดว่าจะมีการระบาดใหญ่ของโรคติดต่อ โดยเฉพาะไข้หวัดใหญ่ได้อีก แต่ผู้เชี่ยวชาญยังไม่สามารถระบุลงไปได้ว่าเมื่อใด และยังขาดความแน่นอนทางระบาดวิทยาว่าจะเริ่มจากที่ใด จะมีประชาชนเจ็บป่วยเท่าใด หรือความรุนแรงถึงระดับไหน
- การระบาดของไข้หวัดใหญ่ทางเป็นไปได้จะเกิดอย่างรวดเร็ว แพร่กระจายข้ามภูมิภาคและประชากรที่เสี่ยง ในแต่ละพื้นที่ คลื่นการระบาดอาจคงอยู่ประมาณ 4 – 5 เดือน และคลื่นการระบาดต่อไปจะเกิดขึ้นได้ประมาณ 1 – 3 เดือนภายหลังคลื่นแรก
- ผลกระทบระยะสั้น จะต้องให้ความต้องการบริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้นอย่างเฉียบพลัน หากมีการระบาดรุนแรงมาก ประเทศไทยอาจมีผู้ป่วยถึง 20+ ล้านคนและเสียชีวิตราว 5 แสนคน หากการระบาดรุนแรงน้อย จะมีผู้ป่วยราว 15 ล้านคน และชีวิตประมาณ 20,000 คน ส่งผลต่อ GDP ร้อยละ 1.00 - 4.25 ในปีที่เกิดการระบาด ทั้งนี้โดยมีผลกระทบระยะยาวต่อไปถึงพฤติกรรมบริโภค แบบแผนการเข้าสังคม รวมถึงการเพิ่มความต้องการบริการและการดูแลสุขภาพที่บ้าน
- ความสามารถในการป้องกันด้วยวัคซีนอาจไม่เพียงพอในระยะอันใกล้ การค้นหา เติมน้ำยาและจำกัดการแพร่กระจายยังคงเป็นประเด็นสำคัญ

ในปัจจุบัน จากภาวะโลกาภิวัตน์ที่ส่งผลให้ทุกแห่งหนในโลกมีการไปมาหาสู่กัน มีการพึ่งพิงและเชื่อมโยงกันอย่างกว้างขวาง ได้เอื้ออำนวยให้โรคติดต่อและการระบาดของโรคสามารถแพร่กระจายได้อย่างรวดเร็วยิ่งกว่าสมัยใด ๆ ในอดีตที่ผ่านมา ประมาณว่าในปี ค.ศ. 2006 มีผู้โดยสารที่เดินทางโดยเครื่องบินประมาณ 2,100 ล้านคน การระบาดของโรคชนิดหนึ่งสามารถก่อให้เกิดปัญหาในส่วนอื่นของโลกได้ ภายในเวลาเพียง 2-3 ชั่วโมง นอกจากนี้ มีโรคติดต่อที่เป็นโรคอุบัติใหม่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วกว่าสมัยใด ๆ เช่นกัน ตั้งแต่ทศวรรษ 1970 มีโรคติดต่ออุบัติใหม่เกิดขึ้น 1 โรคหรือมากกว่าทุกปี จนปัจจุบันพบโรคอุบัติใหม่เกือบ 40 โรคในช่วงเวลาที่ผ่านมาดังกล่าว ยิ่งไปกว่านั้น ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา องค์การอนามัยโลกได้ยืนยันการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ถึง 1100 ครั้งทั่วโลก¹



โรคติดเชื้อที่มีแนวโน้มจะเกิดการระบาดใหญ่ในระยะเวลาอันใกล้

อหิวาตกโรค (cholera) ไข้เหลือง (yellow fever) และไข้กาฬหลังแอ่น (meningococcal diseases) มีการระบาดเกิดขึ้นใหม่ในช่วงปลายของศตวรรษที่ 20 ทำให้ต้องมีการทบทวนความพยายามในการเฝ้าระวัง การป้องกัน และควบคุมโรค การเกิดการระบาดทั่วโลก (pandemics) ของกลุ่มอาการหายใจเฉียบพลันรุนแรง (severe Acute Respiratory Syndrome or SARS) และไข้หวัดใหญ่ (influenza) รวมถึงไข้หวัดใหญ่สัตว์ปีก (avian influenza) ในมนุษย์ กระตุ้นให้เกิดความกังวลระดับนานาชาติครั้งใหญ่ทั่วโลก ยกกระดับความท้าทายทางด้านวิทยาศาสตร์ ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่มนุษย์ และผลกระทบอย่างรุนแรงต่อภาวะเศรษฐกิจทั่วโลก นอกจากนี้ยังมีโรคติดเชื้ออุบัติใหม่จากไวรัส เช่น โรคอีโบลา (Ebola), ไข้เลือดออกมาร์เบิร์ก (Marburg haemorrhagic fever) และ โรคติดเชื้อไวรัส นีปา (Nipah virus infection) ยิ่งทำให้เกิดภาวะคุกคามต่อความปลอดภัยสาธารณะทั่วโลก จึงจำเป็นต้องมีการควบคุมการระบาดของโรคตั้งแต่ที่แหล่งเกิดโรค และเนื่องจากลักษณะของโรคที่มีการระบาดอย่างเฉียบพลันและจำนวนผู้ป่วยรวมทั้งการตายที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ในขณะที่มีการระบาดของโรคเหล่านี้ การประเมินสถานการณ์และการตอบสนองอย่างรวดเร็วซึ่งมักต้องอาศัยความช่วยเหลือในระดับนานาชาติ เพื่อจำกัดการแพร่กระจายของโรคให้อยู่ในวงแคบที่สุดจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวจะสำเร็จได้จำเป็นต้องอาศัยการเพิ่มขีดความสามารถในการประเมินภาวะคุกคามใหม่ๆ ดังกล่าว ¹

การระบาดทั่วโลกของไข้หวัดใหญ่ (flu pandemic) สามารถก่อให้เกิดผลกระทบอย่างรุนแรงต่อสุขภาพของประชาชนนับล้านคนและผลกระทบต่อเศรษฐกิจในวงกว้าง การระบาดของไข้หวัดใหญ่สัตว์ปีก (avian flu) จาก เชื้อ H5N1 ซึ่งเกิดขึ้นในปี ค.ศ. 2003 และต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบันได้ก่อให้เกิดความตระหนักถึงความเป็นไปได้ของการเกิด การระบาดของไข้หวัดใหญ่ทั่วโลกครั้งใหม่ หลังเกิดการระบาดของโรค severe acute respiratory syndrome หรือ SARS ในจีนและฮ่องกง และตามมาด้วยการระบาดของไข้หวัดใหญ่สัตว์ปีกในสัตว์ และคนในฮ่องกง เวียดนามและไทย สาธารณชนเริ่มตื่นตัวต่อความสำคัญในการควบคุมการระบาดของ avian flu และรัฐบาลของหลายประเทศได้ดำเนินการอย่างจริงจังในการควบคุมและทำลายสัตว์ปีกที่ติดเชื้อหรือสงสัยว่าจะติดเชื้อ H5N1 อย่างไรก็ดีการระบาดครั้งใหม่ในคนที่เกิดขึ้น ในปี 2005 สะท้อนให้เห็นว่ามาตรการดังกล่าวอาจไม่เพียงพอในการควบคุมป้องกันและประชาชนในหลายประเทศ รวมทั้งประเทศไทยยังคงมีความเสี่ยงต่อการติดโรค avian flu ²

โดยธรรมชาติ avian flu เป็นโรคติดต่อในนกและสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมบางชนิดที่แพร่กระจายได้ง่าย นักวิทยาศาสตร์เชื่อว่า สัตว์ปีกทุกชนิดสามารถติดเชื้อ avian influenza virus ได้ แต่บางชนิดจะมีภูมิต้านทานมากกว่าชนิดอื่น พบว่านกน้ำ โดยเฉพาะนกเป็ดน้ำเป็นรังโรคตามธรรมชาติที่สำคัญของ influenza virus รวมทั้ง avian influenza virus นกสามารถที่จะนำพา influenza virus ไปกับตัวได้โดยไม่มีอาการและสามารถที่จะแพร่เชื้อไปได้ในระยะทาง ไกลๆ โดยที่ยังแข็งแรงดี ในขณะที่เป็ดไก่ที่เลี้ยงในฟาร์มหรือตามบ้านเรือน จะไวต่อการติดเชื้อมากและส่วนใหญ่จะเกิดอาการตั้งแต่น้อย เช่น ออกไข่ น้อยลง จนถึงรุนแรง ได้แก่ ตายอย่างรวดเร็ว avian influenza ในสัตว์ปีกชนิดที่รุนแรงซึ่งเป็นที่รู้จักกันดี

เกิดจาก avian influenza virus สายพันธุ์ที่มีพยาธิสภาพสูง (highly pathogenic avian influenza or HPAI) มีความสามารถในการติดต่อสูงมาก และพบว่าเป็นแหล่งแพร่กระจายโรคในการระบาดของ avian influenza. ในเป็ดไก่เลี้ยงที่ผ่านมาหลายครั้ง และพบว่าอัตราการตายในสัตว์เลี้ยงสูงถึงร้อยละ 100 และการตายส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นในวันแรกที่สัตว์เกิดอาการ³

แม้เป็นที่ทราบกันดีว่าการติดต่อของ avian influenza จะทำให้เป็ดไก่เลี้ยงตายเป็นจำนวนมาก และเดิมเชื่อว่าการก่อโรคที่รุนแรงในคนมีโอกาสดำเนินได้ยาก แต่ในปี ค.ศ.1997 สายพันธุ์ที่ก่อให้เกิดพยาธิสภาพที่รุนแรงของ avian influenza ได้ติดต่อจากสัตว์มายังคนในช่วงที่มีการระบาดที่ฮ่องกง วิกฤตการณ์ที่ฮ่องกง มีประเด็นที่น่าสังเกต 2 ประการ คือ 1) จากการศึกษาทางอณูชีววิทยาพบว่า avian influenza virus ที่พบในคนและสัตว์ปีกเป็นชนิดเดียวกัน บ่งชี้ว่ามีการแพร่เชื้อ avian influenza virus โดยตรงจากสัตว์ปีกมาสู่คนได้ 2) H5N1 virus สามารถก่อให้เกิดโรคที่รุนแรงและมีอัตราการตายที่สูงได้ (ร้อยละ 33.3) ในคนได้ การระบาดในครั้งนั้นทำให้ทางการฮ่องกงต้องทำลายเป็ดไก่เลี้ยงทั้งหมด 1 ล้าน 5 แสนตัว⁴

จากการระบาดของ avian influenza ในสัตว์ปีกซึ่งเกิดขึ้นที่ฮ่องกงและสามารถติดต่อจากสัตว์ปีกสู่คนได้ ในปี ค.ศ.1997 ทำให้ทั่วโลกเกิดความตื่นตัวต่อการเกิดการระบาดทั่วโลก เนื่องจากเชื้อ H5N1 มีคุณสมบัติที่เหมาะสม 2 ประการต่อการเกิดการแพร่กระจายทั่วโลกได้แก่ 1) เชื้อเป็นสายพันธุ์ใหม่ที่ประชากรส่วนใหญ่ไม่มีภูมิคุ้มกัน 2) เชื้อไวรัสมีความสามารถที่จะแบ่งตัวและทำให้เกิดโรคที่รุนแรงในคน อย่างไรก็ตาม เชื้อ H5N1 ยังไม่ได้พัฒนาความสามารถจนสามารถติดต่อจากคนสู่คนได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁵ {Arnold R, 2006 #2

หลังการระบาดของ avian flu ในสัตว์ปีกที่ฮ่องกง มีการระบาดของ avian flu จากเชื้อ H5N1 อีกหลายครั้งทั่วโลก ก่อให้เกิดการติดเชื้อในสัตว์ปีกหลายสิบล้านตัวและในคนหลายสิบคน การติดเชื้อในคนจาก เชื้อ H5N1 รายแรกเกิดขึ้นที่ฮ่องกง เช่นกันในปี ค.ศ.2003 โดยติดเชื้อจากสัตว์ปีกทางตอนใต้ของประเทศจีน หลังจากนั้นในปี ค.ศ. 2004 มีการแพร่กระจายของเชื้อจากฮ่องกงไปยังสัตว์ปีกในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และทำให้เกิดการระบาดของ avian flu ในสัตว์ปีก 2 คลื่น คือ คลื่นแรกเกิดขึ้นในเดือนมกราคมถึงกุมภาพันธ์ 2004 ในประเทศ เวียดนาม ญีปุ่น เกาหลี ไทย ลาว กัมพูชา อินโดนีเซีย และจีน ต่อมาเกิดคลื่นการระบาดที่ 2 เกิดขึ้นในช่วงเดือนกรกฎาคม 2004 ถึงปี 2005 ในประเทศที่กล่าวมาแล้ว และแพร่ไปยังประเทศมาเลเซีย รัสเซีย คาซัคสถาน ตุรกี และโรมาเนีย ในเวลาต่อมาโดยไม่มีสัญญาณบ่งชี้ เช่น การปรากฏของสายพันธุ์ HPAI มาก่อน ส่วนการติดเชื้อในคนจากเชื้อ H5N1 ช่วงแรกเกิดขึ้นระหว่างเดือนมกราคม 2004 และสิงหาคม 2005 ในประเทศเวียดนาม ไทย กัมพูชา และอินโดนีเซีย โดยมีจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 112 คน และเสียชีวิต 57 คน ต่อมาเกิดการติดเชื้อในคนเพิ่มขึ้นเรื่อย จนถึง ปี 2007 มีจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 340 ราย เสียชีวิต 209 ราย เท่ากับอัตราป่วยตาย ร้อยละ 61.5 ในขณะที่ประเทศไทย มีจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 25 ราย เสียชีวิต 17 ราย เท่ากับอัตราป่วยตาย ร้อยละ 68.0 อย่างไรก็ตามการคำนวณตัวเลขดังกล่าวอาจมีความคลาดเคลื่อนสูง เนื่องจากเป็นอัตราที่คำนวณจากผู้ป่วยที่ได้รับรายงาน ในความเป็นจริงยังมีผู้ป่วยที่ป่วยเป็น avian flu แต่มีอาการไม่



มากและอาจไม่มาพบแพทย์หรืออาจมารับบริการแต่ไม่ได้รายงานอีกจำนวนหนึ่ง พบว่าผู้ป่วยและผู้ป่วยที่เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นเด็กและผู้ใหญ่ในวัยหนุ่มสาว⁵

จากการระบาดของ SARS ในปี 2003 แสดงให้เห็นว่า โรคที่มีผลต่อสุขภาพของคนที่คุณเหมือนไม่มากนัก แต่สามารถก่อให้เกิดผลกระทบที่รุนแรงตามมาโดยเฉพาะด้านเศรษฐกิจทั่วโลก มีผู้ป่วยด้วยโรค SARS ประมาณ 8,000 คน และเสียชีวิตราว 800 คน⁶ ธนาคารเพื่อการพัฒนาแห่งเอเชียคาดประมาณว่าการระบาดของ SARS ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ผ่านมาก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจประมาณ 18,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐหรือร้อยละ 0.6 ของผลิตภัณฑ์รวมในประเทศ (gross domestic product, GDP)⁷

เมื่อเปรียบเทียบกับ SARS การระบาดของไข้หวัดใหญ่ ยิ่งก่อให้เกิดความเสียหายแก่ระบบสุขภาพและระบบเศรษฐกิจมากกว่าหลายเท่า องค์การอนามัยโลกคาดประมาณว่าถ้าเกิดการระบาดทั่วโลกของไข้หวัดใหญ่ขึ้นอีก จะมีประชากรเสียชีวิตทั่วโลกประมาณ 2-7 ล้านคน (WHO 2005) ในขณะที่หน่วยงานอื่นประเมินว่าสถานการณ์น่าจะเลวร้ายกว่านั้นโดยจะมีผู้เสียชีวิตทั่วโลกมากกว่า 100 ล้านคน⁸

ในศตวรรษที่ 20 มนุษยชาติได้เห็นการระบาดทั่วโลกของ influenza 3 ครั้ง ได้แก่ 1) การระบาดครั้งแรก ในปี ค.ศ 1918-1919 ที่เรียกว่า การระบาด Spanish flu 2) การระบาดครั้งที่ 2 ในปี ค.ศ 1957-1958 ที่เรียกว่า การระบาด Asian flu และ 3) การระบาดครั้งที่ 3 ในปี ค.ศ 1968-1969 ที่เรียกว่า การระบาด Hongkong flu การระบาดทั้ง 3 ครั้ง พบว่า การระบาด Spanish flu มีความรุนแรงมากที่สุด โดยคาดประมาณว่าในครั้งนั้น ร้อยละ 25-30 ของประชากรทั้งโลกเกิดอาการป่วย และเสียชีวิตประมาณ 50-100 ล้านคนทั่วโลก⁹ หรือมีอัตราการตายร้อยละ 11 ทั่วโลก และเท่ากับร้อยละ 2.5 ในสหรัฐอเมริกา¹⁰ แม้ว่าความรุนแรงของการระบาดดังกล่าวจะเห็นได้อย่างชัดเจนแต่ไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบในระยะยาวของการระบาดดังกล่าว นอกจากนี้ยังมีประเด็นของเชื้อก่อโรคที่ทำให้ธรรมชาติของการระบาดของไข้หวัดใหญ่ยังไม่เป็นที่เข้าใจชัดเจน กล่าวคือสายพันธุ์ของ influenza virus ที่เป็นสาเหตุของการระบาด Spanish flu คือ H1N1 ซึ่งไม่แปลกในของการติดต่อกันเป็นไปได้อย่างรวดเร็ว แต่ที่ผิดแปลกจากปกติคือการที่เชื้อมีความรุนแรงมาก โดยมีอัตราการตายสูงและผู้เสียชีวิตจำนวนมากอยู่ในช่วงอายุ 15-35 ปี ส่วนใหญ่ผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่มักเสียชีวิตจากปอดบวมทุติยภูมิจากเชื้อแบคทีเรีย (secondary bacterial pneumonia) แต่ในการระบาด Spanish flu เป็นที่น่าแปลกที่ผู้ป่วยจำนวนมากที่เสียชีวิตเกิดจากเชื้อ influenza virus โดยตรงและจากปฏิกิริยาระหว่างภูมิคุ้มกันของร่างกายกับเชื้อไวรัส และทำให้ผู้ป่วยอายุน้อยซึ่งเดิมแข็งแรงดีเสียชีวิตอย่างรวดเร็วภายใน 48 ชั่วโมง นักวิทยาศาสตร์ยังไม่สามารถหาเหตุผลอธิบายปรากฏการณ์ดังกล่าวได้ ทำให้ไม่การพยากรณ์ความรุนแรงของการระบาดทั่วโลกของไข้หวัดใหญ่ที่จะเกิดขึ้นใหม่ยังขาดความแน่นอน

การระบาดของไข้หวัดใหญ่ในอีก 2 ครั้งหลังมีความรุนแรงน้อยกว่าการระบาดครั้งแรกมากโดยการระบาด Asian flu ในปี ค.ศ. 1957-1958 มีผู้เสียชีวิตทั่วโลก 2 ล้านคน และ 70,000 คน ในสหรัฐอเมริกา ในขณะที่การระบาด Hongkong flu ในปี ค.ศ 1968-1969 มีผู้เสียชีวิตทั่วโลกระหว่าง



1-3 ล้านคน และประมาณ 34,000 คน ในสหรัฐอเมริกา คิดเป็นอัตราตายในการระบาดทั้ง 2 ครั้ง อยู่ในช่วงระหว่าง น้อยกว่าร้อยละ 0.1 ถึง ร้อยละ 0.2¹⁰ เชื่อว่าเชื้อ influenza virus ที่เป็นสาเหตุของการระบาด 2 ครั้งหลัง มีความรุนแรงน้อยกว่า เชื้อที่เป็นสาเหตุของการระบาด Spanish flu นอกจากนี้ เชื่อว่าอาจมีสาเหตุอื่น เช่น ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีในการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่นการให้ยาปฏิชีวนะในการรักษาภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย ระบบการเฝ้าระวังโรคที่พัฒนาขึ้นทั่วโลก การแยกเชื้อไวรัสได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งความสามารถในการผลิตวัคซีนต่อเชื้อไวรัสที่เป็นสาเหตุของการระบาดได้ทันช่วงที่ก่อนการระบาดสิ้นสุดทั้ง 2 ครั้ง นอกจากนี้จากความก้าวหน้าทางไวรัสวิทยา ทำให้ทราบว่า influenza virus ที่ก่อให้เกิดการระบาด Asian flu และ Hongkong flu เกิดจากกระบวนการ genetic reassortment โดยมีการแลกเปลี่ยน ยีนส์ระหว่าง avian และ human influenza virus

ความไม่แน่นอนของการเกิดการระบาดทั่วโลกของไข้หวัดใหญ่

การคาดประมาณผลกระทบต่อประชาชน ระบบสาธารณสุข และระบบเศรษฐกิจ ของการเกิดการระบาดทั่วโลกของไข้หวัดใหญ่มีความไม่แน่นอนสูง และไม่มีผู้ใดสามารถจะประเมินผลกระทบตามหลังการระบาดทั่วโลกครั้งใหม่ของไข้หวัดใหญ่ได้อย่างมั่นใจ เนื่องจากปัจจัยหลายประการดังนี้

1. ผู้เชี่ยวชาญยังไม่ทราบว่าการระบาดทั่วโลกจะเกิดขึ้นจริงหรือไม่เนื่องจากไม่สามารถบอกได้ว่าเชื้อ H5N1 หรือเชื้อสายพันธุ์อื่นจะมีศักยภาพเพียงพอในการแพร่จากคนสู่คนได้หรือไม่หรือคาดการณ์ล่วงหน้าได้ว่าถ้าเกิดการระบาดขึ้นจะเกิดขึ้นเมื่อไร อย่างไรก็ดีจากการที่ avian flu เริ่มแพร่กระจายมากขึ้น ผู้เชี่ยวชาญบางคนจึงคาดว่าอาจมีความเป็นไปได้ที่คนอาจติดเชื้อ human influenza virus และ avian influenza virus ทั้ง 2 ชนิดในเวลาเดียวกัน ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด genetic reassortment และเพิ่มความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายไปยังผู้อื่น²

2. ในกรณีที่เกิดการระบาดขึ้น ยังขาดความแน่นอนทางระบาดวิทยาว่า เมื่อเกิดการระบาดของไข้หวัดใหญ่ขึ้น จะเกิดณที่ใด จะมีประชาชนที่เจ็บป่วยเท่าใด ความรุนแรงของโรคถึงระดับไหน และจะมีผู้เสียชีวิตมากน้อยเท่าใด จากประสบการณ์ของการระบาดในอดีต เชื่อว่าอัตราการจู่โจมในภาพรวมของผู้ป่วยใหม่(gross attack rate) หรืออัตราอุบัติการณ์ของไข้หวัดใหญ่น่าจะสูง ซึ่งโดยทั่วไปน่าจะอยู่ระหว่างร้อยละ 20-40¹¹ ส่วนอัตราตายมีค่าที่แตกต่างกัน จากที่กล่าวมา ในการระบาด Spanish flu อัตราป่วยตายในสหรัฐอเมริกา เท่ากับร้อยละ 2.5 ในขณะที่ภาพรวมของทั้งโลก อัตราป่วยตายเท่ากับร้อยละ 11 ของประชากรทั้งโลก ส่วนการระบาด Asian flu และ Hongkong flu อัตราป่วยตายในสหรัฐอเมริกา อยู่ระหว่างน้อยกว่าร้อยละ 0.1 ถึงร้อยละ 0.2 ทำให้เป็นการยากที่จะระบุจำนวนผู้ป่วยใหม่ที่จะเกิดขึ้นในการระบาดครั้งต่อไป นอกจากนี้ตามธรรมชาติของการเกิดโรคไข้หวัดใหญ่ ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยและอายุมากจะเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่าช่วงอายุอื่น แต่จากลักษณะทางระบาดวิทยาของการระบาดทั่วโลกของไข้หวัดใหญ่แต่ละครั้งที่ผ่านมา พบว่าช่วงอายุของประชาชนที่ป่วยและเสียชีวิตมีความแตกต่างกันและเป็นการยากที่จะทำนายได้ถูกต้องว่าในการระบาดครั้งต่อไปช่วงอายุใดจะมีโอกาสเสียชีวิตมากที่สุด¹²

3. ความไม่แน่นอนในการพยากรณ์ว่าสาธารณสุขจะตอบสนองต่อการระบาดของไข้หวัดใหญ่ครั้งต่อไปอย่างไร จากเหตุการณ์ในอดีตพบว่าระหว่างที่มีการระบาดของไข้หวัดใหญ่ สาธารณชนจะมีการปรับตัวต่อโรคได้และยังสามารถดำเนินกิจกรรมทางด้านเศรษฐกิจได้ อย่างไรก็ตามในด้านอุปสงค์ (demand) การระบาดมีโอกาสมากที่จะกระทบความมั่นใจของผู้บริโภค และทำให้ผู้บริโภคเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคและแบบแผนทางสังคม นอกจากนี้ยังมีผลต่อความมั่นใจของผู้ลงทุน ซึ่งสามารถทำให้เกิดผลกระทบที่สำคัญตามมาในระยะยาวได้ ในด้านอุปทาน (supply) การระบาดจะทำให้อุปทานลดลง เนื่องจากประชาชนจะออกมาจับจ่ายใช้สอยน้อยลง มีผลกระทบกับการได้มาของแรงงาน เนื่องจากแรงงานส่วนหนึ่งจะเกิดเจ็บป่วย นอกจากนี้ขณะที่มีการระบาดแรงงานที่ยังไม่ป่วยจะได้รับคำแนะนำให้อยู่ที่บ้าน เพื่อหลีกเลี่ยงกับติดโรคจากผู้ป่วยและอีกส่วนหนึ่งอาจต้องดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ในกรณีที่มีผู้ป่วยเกิดขึ้นร้อยละ 30 ของประชากร เชื่อว่าจะมีการขาดหายไปของแรงงานในขณะที่มีการระบาดถึงร้อยละ 40-50¹³ (Rudolph 2007) การระบาดยังจะมีผลในทางลบต่อภาคเกษตรกรรม ได้แก่ ปศุสัตว์อย่างต่อเนื่อง รัฐบาลในแต่ละประเทศที่มีการระบาดของโรคจึงจำเป็นต้องมีมาตรการในการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงที่ไม่แน่นอนซึ่งมีผลต่อนโยบายดังกล่าว นอกจากนี้ในขณะที่มีการระบาดอาจเกิดความไม่แน่นอนด้านการตลาด กล่าวคือตลาดมีแนวโน้มที่จะมีการตอบสนองต่อเหตุการณ์ดังกล่าวมากเกินไปเกินกว่าเหตุ ซึ่งอาจส่งผลในทางลบต่อระบบเศรษฐกิจมากยิ่งขึ้น

ทิศทางของปัจจัยที่มีความไม่แน่นอนที่อาจเป็นไปและผลกระทบของการระบาดทั่วโลกของไข้หวัดใหญ่

แม้ว่าปัจจุบันผู้เชี่ยวชาญยังไม่สามารถทำนายความรุนแรงและขอบเขตในกรณีเกิดการระบาดของ influenza ในอนาคตได้แน่นอนดังที่ได้กล่าวมา แต่เชื่อว่ารูปแบบของการระบาดน่าจะมีลักษณะดังนี้

: Influenza virus ที่เป็นสาเหตุของการระบาดเชื่อว่าน่าจะมีการแพร่กระจายอย่างรวดเร็วในเวลาอันสั้น และจากประสบการณ์ที่มีการระบาดของ severe acute respiratory syndrome (SARS) ในปี ค.ศ. 2003 คาดการณ์ได้ว่าการระบาดทั่วโลกของ influenza จะมีการแพร่กระจายข้ามพรมแดนอย่างรวดเร็ว

: จะมีผู้ป่วยใหม่จำนวนมากเกิดขึ้นในแต่ละพื้นที่อย่างรวดเร็วภายในเวลาไม่กี่สัปดาห์ และผู้ป่วยเหล่านี้จะมีจำนวนมากขึ้นแตกต่างกันขึ้นกับความรุนแรงของการระบาด แต่จะมีความต้องการบริการทางการแพทย์ที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในแต่ละพื้นที่

: การระบาดทั่วโลกของ influenza ถ้าเกิดขึ้น มีความเป็นไปได้ที่จะแพร่กระจายข้ามภูมิภาคและประชากรที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคอย่างรวดเร็วต่อเนื่อง ค่อยๆลดลง และเกิดขึ้นใหม่ในลักษณะคล้ายคลื่น ในแต่ละพื้นที่คลื่นการระบาดแต่ละคลื่นน่าจะคงอยู่ประมาณ 4-5 เดือน และคลื่นการระบาดต่อมาอาจเกิดที่ใดก็ได้ในช่วงเวลาตั้งแต่ 1 ถึง 3 เดือนหลังคลื่นแรกหายไปแล้ว⁵ ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นเมื่อมีการระบาดของไข้หวัดใหญ่ แบ่งได้เป็น 2 ระยะ คือ

1. ผลกระทบในระยะสั้น (Short term effect)

ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นรวดเร็วที่สุด คือ ความต้องการบริการทางการแพทย์ที่เพิ่มขึ้นอย่างเฉียบพลัน ในช่วงที่มีการระบาด สถานพยาบาลจะเต็มไปด้วยผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้อง การเฝ้าระวังและสืบสวนสอบสวนแหล่งโรคและการแพร่กระจายโรคจะเป็นไปอย่างยากลำบาก บุคลากรทางการแพทย์จำนวนมากจะมีการสัมผัสเชื้อ ส่งผลให้เกิดการระต่อบุคลากรทั้งด้านร่างกายและจิตใจในระดับบุคคล เช่น บุคลากรจะต้องดูแลผู้ป่วยมากขึ้นในเวลาอันสั้น อาจเกิดการขาดแคลนบุคลากรเนื่องจากบุคลากรเจ็บป่วยเองต้องพักรักษาตัวที่บ้านหรือต้องดูแลครอบครัวที่เจ็บป่วย ความกังวลที่จะติดโรคในบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยเป็นต้น การเพิ่มภาระดังกล่าวอย่างรวดเร็วในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่จะทำให้การให้บริการสาธารณสุขด้านอื่นลดลงอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้และส่งผลกระทบต่อระบบการให้บริการสาธารณสุขในภาพรวม จึงจำเป็นต้องมีการเตรียมมาตรการในการจัดลำดับความสำคัญในการให้บริการรักษาพยาบาลรวมทั้งการให้ยาป้องกันหรือวัคซีนป้องกันโรค (ถ้ามีในขณะนั้น) แก่ผู้ที่ยังไม่ป่วยแต่มีการสัมผัสกับผู้ป่วย โดยเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ที่ทำงานด้านบรรเทาสาธารณภัย เป็นต้น ในช่วงที่มีการระบาดล่วงหน้า

ในช่วงที่มีการระบาดเกิดขึ้น ประชาชนส่วนใหญ่จะอยู่กับบ้านมากขึ้น การจับจ่ายใช้สอยและใช้บริการต่าง ๆ นอกเหนือจากบริการทางการแพทย์จะลดลง

การประมาณผลกระทบในระยะสั้นดังกล่าวยังขาดความแน่นอนเนื่องจากยังไม่สามารถพยากรณ์ได้ว่าการระบาดจะเกิดขึ้นรุนแรงขนาดไหน ครอบคลุมพื้นที่กว้างไกลขนาดใด และจะมีประชาชนเจ็บป่วยมากน้อยแค่ไหน ดังนั้นผู้เชี่ยวชาญด้านโรคระบาดในสหรัฐอเมริกาจึงมีการวิเคราะห์ผลกระทบในระยะสั้น โดยจำลองการระบาดทั่วโลกของไข้หวัดใหญ่ เป็น 2 กรณี คือ

1.1 ในกรณีที่มีการระบาดรุนแรงมาก

จำลองสถานการณ์การระบาดของ Spanish flu ในปี ค.ศ. 1918-1919 คาดประมาณว่าอัตราการอุบัติการณ์ของผู้ป่วยใหม่ทั่วโลกเท่ากับร้อยละ 30 และอัตราป่วยตายเท่ากับร้อยละ 2.5 หรือเท่ากับว่าในสหรัฐอเมริกามีผู้ป่วยใหม่เกิดขึ้นประมาณ 90 ล้านคน (ในประเทศไทยเท่ากับ 20 ล้านคนเศษ) และมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 2 ล้านคน (ในประเทศไทยเท่ากับ 5 แสนคนหรือมากกว่า) และระยะเวลาเฉลี่ยของผู้รอดชีวิตที่ไม่สามารถทำงานได้โดยเฉลี่ยเท่ากับ 3 สัปดาห์ ซึ่งมีสาเหตุจากการเจ็บป่วยของบุคคลนั้นๆเอง หรือต้องดูแลครอบครัวที่เจ็บป่วยที่บ้าน หรือไม่มาทำงานเพราะกลัวว่าจะติดเชื้อในที่ทำงาน โดยเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์ ส่วนในภาคเกษตรกร (ซึ่งเกี่ยวข้องกับไข้หวัดใหญ่สัตว์ปีก) ซึ่งการทำงานจะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นน้อยกว่าผลกระทบจะรุนแรงน้อยกว่า โดยคาดประมาณว่าหนึ่งในสิบของเกษตรกรเท่านั้นที่จะเกิดการเจ็บป่วยและผู้รอดชีวิตจากไข้หวัดใหญ่จะขาดงานโดยเฉลี่ยประมาณ 1 สัปดาห์ และเชื่อว่าจะมีการลดลงของผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศประมาณร้อยละ 4.25 ในปีที่มีการระบาด⁵

1.2 ในกรณีที่มีการระบาดรุนแรงน้อย

จำลองสถานการณ์การระบาดของ Asian flu ในปี ค.ศ. 1957-1958 และ Hongkong flu ในปี ค.ศ. 1968-1969 โดยคาดประมาณว่าอัตราการติดเชื้อของผู้ป่วยใหม่ทั่วโลกเท่ากับร้อยละ 25 และอัตราป่วยตายเท่ากับร้อยละ 0.1-0.2 หรือเท่ากับว่าในสหรัฐอเมริกาจะมีผู้ป่วยใหม่เกิดขึ้นประมาณ 75 ล้านคน (ในประเทศไทย เท่ากับ 15 ล้านคนเศษ) และมีผู้เสียชีวิตประมาณ 100,000 คน (ในประเทศไทย เท่ากับ 20,000 คนหรือมากกว่า) และระยะเวลาเฉลี่ยของผู้รอดชีวิตที่ไม่สามารถทำงานได้โดยเฉลี่ยเท่ากับ 4 วัน หรือประมาณร้อยละ 20 ของระยะเวลาในกรณีที่มีการระบาดรุนแรง และเชื่อว่าจะมีการลดลงของผลิตภัณฑ์มวลรวมประมาณของประเทศประมาณร้อยละ 1 ในปีที่มีการระบาด⁵

ทั้ง 2 กรณี ผลกระทบอื่นที่อาจเกิดขึ้น คือ ผลกระทบต่อระบบประกันสุขภาพโดยเฉพาะในกรณีที่มีการระบาดรุนแรง การระบาดของไข้หวัดใหญ่จะส่งผลกระทบด้านการเงินการคลังของทุกประเทศที่มีระบบการให้บริการทางสาธารณสุขที่รัฐบาลเป็นผู้ให้การสนับสนุน รวมทั้งส่งผลกระทบต่อระบบประกันสุขภาพของภาคเอกชน โดยจะมีการเบิกจ่ายในปริมาณที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วโดยเฉพาะการคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาล

2. ผลกระทบในระยะยาว (Long term effect)

ผลกระทบในระยะยาวโดยเฉพาะผลกระทบด้านเศรษฐกิจจะเกิดขึ้นหลังเกิดกรณีการระบาดและจะส่งผลต่อเนื่องไปอีกหลายปี โดยจะก่อให้เกิดการลดลงของทุนทั้งในด้านทรัพยากรบุคคลและด้านกายภาพ การลงทุนจะลดลงและอยู่ในระดับต่ำไปอีกหลายปี จากการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของประชากรจำนวนมากจากการระบาดของโรค มีการประมาณผลกระทบหลังการระบาดของไข้หวัดใหญ่ เชื่อว่าจะมีการลดลงของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศที่มีการระบาด ร้อยละ 3.6 เมื่อเทียบกับประเทศที่ไม่มีการระบาดในกรณีเกิดการระบาดที่รุนแรง (ส่วนกรณีการระบาดที่ไม่รุนแรง อาจไม่ส่งผลกระทบเท่าไร)⁵ นอกจากนี้อาจเกิดผลกระทบด้านจิตวิทยาต่อนักลงทุนซึ่งการใช้แบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์ก็ยังไม่สามารถประเมินได้ง่าย (Bloom 2005) นอกจากนี้การระบาดทั่วโลกของไข้หวัดใหญ่จะทำให้ครัวเรือนในประเทศที่เกิดการระบาดเกิดภาวะยากจนไปเป็นระยะเวลานานจากการสูญเสียสมาชิกในครัวเรือนและการเสียค่าใช้จ่ายและการกู้ยืมหนี้สินเพื่อนำมาใช้ในการรักษาพยาบาล ซึ่งส่วนหนึ่งจะคล้ายคลึงกับในครัวเรือนที่มีสมาชิกในครัวเรือนป่วยโรคเอดส์¹⁴

เอกสารอ้างอิง

1. <http://www.int.net/whr/2007/overview/en/index.htm>
2. World Health Organization. *Avian Influenza: Assessing the Pandemic Threat*. Geneva, World Health Organization, July 2005.
3. Howell Pugh. "Pandemic, The Cost of Avian Influenza," *Contingencies*, (September/October 2005):22-27.
4. Laurie Garrett. "The Next Pandemic," *Foreign Affairs*, July/August 2005:3-23.



5. Arnold R, De Sa J, Gronniger T, Percy A, Somers J. *A Potential Influenza Pandemic: Possible Macroeconomic Effects and Policy*. Philadelphia, July 27, 2005.
6. Cooper S, Coxe D. *An Investor's Guide to Avian Flu*. Montreal, BMO Nesbitt Burns Research. 2005
7. Fan E. SARS: Economic Impact and Implications. ERD Policy Brief No.15. Manila, 2003
8. Osterholm M. "Preparing for The Next Pandemic": Foreign Affairs; July/August 2005.
9. Barry J. 1918 Revisited: Lessons and Suggestions fo Further Inquiry. In Knobler S, Mack A,Mahmoud A, ed. *The Threat of Pandemic Influenza: Are we Ready?* Washington DC, National Academic Press, 2005.
10. Meltzer M, Cox N, Fukuda K. The Economic Impact of Pandemic Influenza in the United States: Priorities for Intervention. *Emerging Infectious Diseases* 1999;5:659-71
11. Tauberger J. Chasing the Elusive 1918 Virus: Preparing for the Future by Examining the Past. In Knobler S,Mack A,Mahmoud A, ed. *The Threat of Pandemic Influenza: Are we Ready?* Washington DC, National Academic Press, 2005.
12. Simonsen L, Viboud C, Heiman E, Taylor R, Miller M, Reichert T. Pandemic Influenza and Mortality: Past Evidence and Projections for the Future. In Knobler S, Mack A,Mahmoud A, ed. *The Threat of Pandemic Influenza: Are we Ready?* Washington DC,National Academic Press, 2005.
13. Rudolph M. Pandemic Influenza's Impact on Health Systems. *Health Watch* 2007:14-5.
14. Greener R. The Impact of HIV/AIDS on Poverty and Inequality. In *The Macroeconomics of AIDS*. Washington DC: International Monetary Fund; 2004.



ความไม่แน่นอนของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

Uncertainty Factors : UF

ความไม่แน่นอนอันเนื่องมาจากผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงอัตราความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างสำคัญต่อแนวโน้มในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

รพีสุภา หวังเจริญรุ่ง¹

ประเด็นที่น่าสนใจ

- การพึ่งพิงงบประมาณแผ่นดินของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับรายได้ของประเทศเป็นความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับแหล่งเงินทุนของการสร้างหลักประกันสุขภาพด้วย ทั้งนี้อัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศมีปัจจัยที่กำหนดสถานะเศรษฐกิจที่สำคัญ คือ อัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศคู่ค้าหลักของไทย ภาวะและแนวโน้มราคาน้ำมันดิบ อัตราแลกเปลี่ยน อัตราดอกเบี้ยนโยบายของธนาคารแห่งประเทศไทย อัตราค่าจ้างขั้นต่ำและรายจ่ายภาคสาธารณะ
- เงินบาทที่แข็งค่าขึ้นประมาณ 3% จะทำให้การจัดเก็บรายได้ในปีงบประมาณ 2552 ลดลงประมาณ 7 พันล้านบาท
- การลดอัตราดอกเบี้ยนโยบายเพื่อกระตุ้นเศรษฐกิจอาจเป็นผลลบในการจัดสรรงบประมาณเพื่อหลักประกันสุขภาพ ในขณะที่การเพิ่มอัตราดอกเบี้ยเพื่อป้องกันปัญหาเงินเฟ้อจะส่งผลบวก
- ราคาน้ำมันดิบที่เพิ่มขึ้นประมาณ 12% (US\$10/Barrel) จะทำให้จัดเก็บภาษีได้เพิ่มขึ้น 0.7% (ประมาณ 10,000 ล้านบาท) ถ้าปัจจัยอื่นๆ คงที่
- สถานะเศรษฐกิจซบเซา ทำให้รัฐบาลต้องจัดสรรงบประมาณเพื่อกระตุ้นเศรษฐกิจ อันทำให้เกิดความยากลำบากในการจัดสรรงบประมาณเพื่อใช้ในการอื่น
- ภาวะเศรษฐกิจยังทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการสร้างหลักประกันสุขภาพด้านต้นทุนในการจัดบริการ ทั้งที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงชุดสิทธิประโยชน์ การเพิ่มขึ้นของต้นทุนด้านบุคลากร และทรัพยากรอื่นๆ เนื่องจากทำให้งบประมาณสุทธิเพื่อดำเนินการลดลง

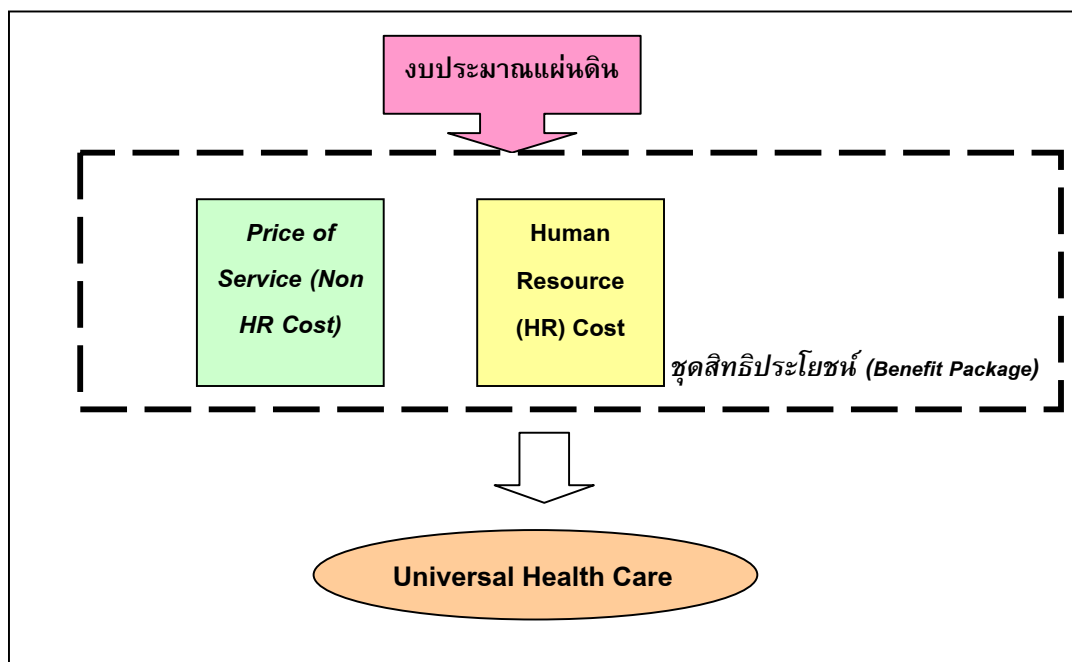
ปัจจัยความไม่แน่นอน (Uncertainty Factor) คือ ปัจจัยหรือเหตุการณ์ใดที่สามารถมีอิทธิพลผลักดันให้เกิดหรือเปลี่ยนแปลงแนวโน้มของการขับเคลื่อนความพยายามในการสร้างหลักประกันสุขภาพไปในทิศทางใดทางหนึ่งได้ แต่ยังไม่ทราบว่าจะเกิดขึ้นหรือไม่ ไปในทิศทางหรือรูปธรรมอย่างไร

¹ นักวิจัยอาวุโส มูลนิธิสถาบันวิจัยนโยบายเศรษฐกิจการคลัง (มูลนิธิ สวค.) กระทรวงการคลัง

ความเห็นต่างๆ ที่แสดงในบทความนี้เป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน มิใช่ความเห็นของมูลนิธิ สวค. หรือ กระทรวงการคลังแต่อย่างใด นอกจากนี้ หากมีข้อผิดพลาดประการใด ผู้เขียนขอรับไว้แต่เพียงผู้เดียว



เพื่อพิจารณาปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจที่คาดว่าจะส่งผลกระทบต่อการเสริมสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยนั้น ก่อนอื่น เราจำเป็นต้องพิจารณาเกี่ยวกับแนวทางของการสร้างการประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยในปัจจุบันเสียก่อน ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทยในปัจจุบันมีแหล่งเงินทุนเพียงแหล่งเดียว (Single Funding System) คือ งบประมาณแผ่นดิน (Budget) ผ่านอัตราเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) ที่ถูกออกแบบมาให้ครอบคลุมค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับประชากรที่ได้รับความคุ้มครองจากระบบ



ภาพที่ 1--การสร้างหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบัน

จากกรอบการดำเนินการดังกล่าว เราสามารถสรุปได้ว่าปัจจัยความไม่แน่นอนทางด้านเศรษฐกิจที่สามารถเกิดขึ้นกับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้นั้น ประกอบด้วย

(1) **ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับแหล่งเงินทุน**--เนื่องจากระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยนั้นมีการพึ่งพิงแหล่งเงินทุนเพียงแหล่งเดียว คือ งบประมาณแผ่นดิน ดังนั้น ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับรายได้ของประเทศ ก็สามารถสรุปได้ว่าเป็นปัจจัยความเสี่ยงกับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วยเช่นกัน ที่มาของผลกระทบในกลุ่มนี้ประกอบด้วยสองปัจจัย คือ

(1.1) **ปัจจัยที่กำหนดสถานะเศรษฐกิจ**² เนื่องจากที่มาของงบประมาณเพื่อนำไปใช้ในการจัดสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น ได้แก่ รายได้ของรัฐบาลซึ่งประกอบไปด้วย รายได้ในรูปของภาษี และที่ไม่ใช่ภาษี (Tax and Non-Tax Revenues) ซึ่งขึ้นอยู่กับสถานการณ์เศรษฐกิจว่าอยู่ในสถานะที่ดีที่ทำให้รัฐบาลสามารถจัดเก็บรายได้ได้มาก หรือสถานะที่ไม่ดีที่ทำให้ความสามารถในการจัดเก็บ

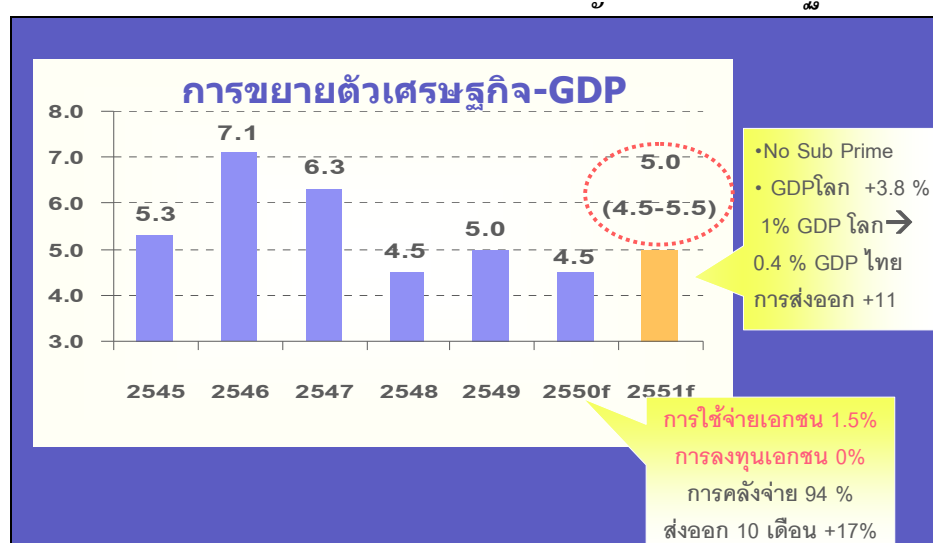
² การพิจารณาผลกระทบที่จะเกิดขึ้น คือ การพิจารณาผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยดังกล่าวเพียงปัจจัยเดียวในขณะที่ปัจจัยอื่นๆ คงที่

รายได้เป็นไปได้น้อยอย่างไร ด้วยเหตุผลดังกล่าว ปัจจัยที่มีผลกระทบต่ออัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างสำคัญ ก็จะกลายเป็นปัจจัยความไม่แน่นอนต่อแนวโน้มในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปด้วย

สำหรับสถานการณ์เศรษฐกิจไทยในช่วงที่ปี 2550 ที่ผ่านมา กระทรวงการคลังได้ประมาณการว่า เศรษฐกิจไทยจะขยายตัวได้ในอัตราร้อยละ 4.5 ต่อปี ซึ่งเป็นอัตราที่ลดลงจากปี 2549 ที่ร้อยละ 5.1 ในขณะที่ประมาณการว่าในปี 2551 อัตราการเจริญเติบโตของเศรษฐกิจจะกลับมาขยายตัวที่อัตราร้อยละ 5.0 ต่อปี โดยมีสมมติฐานหลักในการประมาณการ ดังต่อไปนี้

- อัตราการเจริญเติบโตของประเทศคู่ค้าหลักของไทยในปี 2550 ที่ยังสามารถขยายตัวได้ในระดับสูง (ร้อยละ 4.1 ต่อปี) แต่คาดว่าจะชะลอตัวลง (เหลือร้อยละ 3.8 ต่อปี) ในปี 2551
- ภาวะและแนวโน้มราคาน้ำมันดิบ (ดูไบ)—เนื่องจากน้ำมันเป็นปัจจัยการผลิตที่สำคัญกับการผลิต และการบริโภคของประเทศ กระทรวงการคลังคาดว่าราคาน้ำมันดิบดูไบเฉลี่ยในปี 2550 เท่ากับ 67.8 ดอลลาร์สหรัฐ ต่อ บาร์เรล ขณะที่ประมาณการว่าในปี 2551 ราคาเฉลี่ยน่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 83.0 ดอลลาร์สหรัฐ ต่อ บาร์เรล
- อัตราแลกเปลี่ยน (บาทต่อดอลลาร์สหรัฐ)—ปี 2550 เฉลี่ย 34.6 บาทต่อดอลลาร์ สหรัฐฯ และ ประมาณว่า ในปี 2551 ค่าเงินบาทจะแข็งค่าขึ้นอย่างต่อเนื่องมาอยู่ที่ระดับเฉลี่ยทั้งปี เท่ากับ 33.8 บาทต่อดอลลาร์ สหรัฐฯ
- อัตราดอกเบี้ยนโยบายของธนาคารแห่งประเทศไทยที่ร้อยละ 3.25 ต่อปี ทั้งปี 2550 และ 2551
- อัตราค่าจ้างขั้นต่ำมีการปรับเพิ่ม 1-7 บาทต่อวันในปี 2551
- รายจ่ายภาคสาธารณสุขอยู่ที่ 2.16 ล้านล้านบาทประจำปีงบประมาณ 2550 และเพิ่มขึ้นเป็น 2.26-2.28 ล้านล้านบาทในปีงบประมาณ 2551

ภาพที่1—ผลการประมาณการการเจริญเติบโตของเศรษฐกิจไทยปี 2550-2551



ที่มา—มูลนิธิสถาบันวิจัยนโยบายเศรษฐกิจการคลัง กระทรวงการคลัง

จากสมมติฐานดังกล่าวข้างต้น เราสามารถสรุปได้ว่า ปัจจัยใดก็ตามที่เป็นความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดผลกระทบต่อผลการประมาณการ (สถานการณ์เศรษฐกิจ) ดังกล่าวข้างต้นนี้ควรที่จะเป็นปัจจัยความไม่แน่นอนที่จะเกิดขึ้นกับระบบเศรษฐกิจ อันจะนำไปสู่ความสามารถในการสร้างรายได้ของรัฐบาลซึ่งเป็นแหล่งเงินทุนในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปัจจัยเหล่านั้นได้แก่

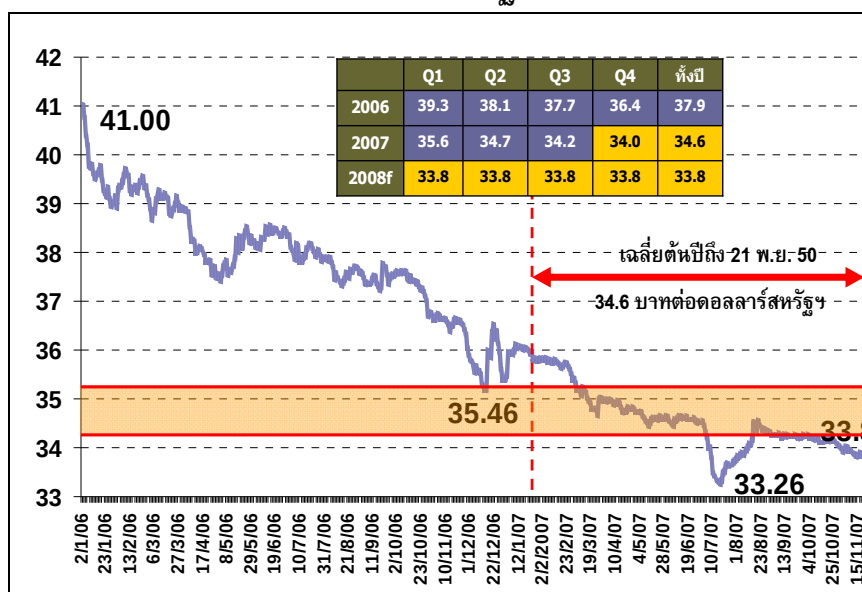
(1) ความไม่สมดุลทางด้านการเงินระหว่างประเทศ—ใน 2-3 ปีที่ผ่านมา ประเทศไทยมีความเชื่อมโยงกับเศรษฐกิจต่างประเทศเป็นอย่างมาก จนอาจกล่าวได้ว่า การเจริญเติบโตในช่วงที่ผ่านมาเป็นการเจริญเติบโตที่มีการพึ่งพิงกับด้านต่างประเทศเป็นสำคัญ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนำเข้าและการส่งออก) ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านการเงินดุลบัญชีเดินสะพัด และการไหลเข้าของเงินทุนต่างประเทศที่ดุลการเงิน ด้วยเหตุผลดังกล่าว การเปลี่ยนแปลงในปัจจัยทางด้านการเงินระหว่างประเทศดังต่อไปนี้ อาจถือได้ว่าก่อให้เกิดความเสี่ยงกับเศรษฐกิจไทย และส่งผลกับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในที่สุด

- อัตราแลกเปลี่ยนเงินตราต่างประเทศ—เป็นเงื่อนไขสำคัญในการค้าระหว่างประเทศ ซึ่งเป็นที่มาของความสามารถในการแข่งขันประการหนึ่งของการส่งออกของประเทศ ซึ่งเป็นที่มาที่สำคัญของรายได้ของประเทศ โดยหากค่าเงินบาทอยู่ในสถานการณ์ที่แข็งค่ามากเกินไปก็อาจทำให้ประเทศไทยสูญเสียความสามารถในการแข่งขัน (การส่งออกลดลง และการนำเข้ามากขึ้น) ซึ่งจะส่งผลต่อดุลบัญชีเดินสะพัด และเสถียรภาพของระบบเศรษฐกิจในที่สุด

สถานการณ์ปัจจุบัน—ในปี 2550 ที่ผ่านมา ค่าเงินบาทมีการแข็งตัวขึ้นอย่างต่อเนื่อง เนื่องจาก 2 สาเหตุหลัก คือ การเกินดุลบัญชีเดินสะพัดในระดับที่สูงและต่อเนื่อง (ปี 2549 เกินดุล 3.2 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ และ 9 เดือนแรกของปี 2550 เกินดุล 9.3 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ) และการมีเงินทุนไหลเข้าสุทธิจากต่างประเทศ โดยเฉพาะในตลาดหลักทรัพย์ เนื่องจากความเชื่อมโยงกับเศรษฐกิจต่างประเทศ และสถานการณ์เศรษฐกิจต่างประเทศที่หดตัว แม้ว่าธนาคารแห่งประเทศไทยได้พยายามเข้ามาควบคุมให้ค่าเงินมีเสถียรภาพทั้งโดยการแทรกแซงในตลาดเงินตราต่างประเทศ และการออกมาตรการเพื่อควบคุมค่าเงินต่างๆก็ตาม ค่าเงินบาทได้มีการแข็งตัวขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในช่วงเริ่มปี 2551 ค่าเงินบาทมีการแข็งค่าขึ้นอย่างมาก ถึง 33.14 บาทต่อดอลลาร์สหรัฐ ซึ่งเป็นการแข็งค่าสูงที่สุดในรอบ 11 ปี ซึ่งมีแนวโน้มอย่างมากที่จะกระทบต่อสมมติฐานที่ใช้ในการประมาณการเศรษฐกิจในช่วงปี 2551



ภาพที่ 2 - อัตราแลกเปลี่ยนเงินบาทต่อดอลลาร์ สหรัฐอเมริกาปี 2549-2550



ที่มา—มูลนิธิสถาบันวิจัยนโยบายเศรษฐกิจการคลัง

ทิศทางการเปลี่ยนแปลง และผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า- การเปลี่ยนแปลงของค่าเงินบาทมีทิศทางที่จะแข็งขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการที่ค่าเงินดอลลาร์ สหรัฐฯ มีแนวโน้มที่จะลดลงเนื่องจากสภาวะการณ์เศรษฐกิจสหรัฐฯ ที่หดตัวลงอย่างต่อเนื่อง จากการประมาณการผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว คาดว่า การที่ค่าเงินบาทแข็งค่าประมาณ 3% จะทำให้การจัดเก็บรายได้ในปีงบประมาณ 2552 ลดลงประมาณ 7 พันล้านบาท ซึ่งจะทำให้รัฐบาลขาดความคล่องตัวในการบริหารงบประมาณ และเกิดข้อจำกัดในการจัดสรรงบประมาณเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

- สถานการณ์เศรษฐกิจต่างประเทศ--จากการที่ประเทศไทยต้องพึ่งพิงเศรษฐกิจระหว่างประเทศเป็นอย่างมากนั้น ทั้งในฐานะคู่ค้าที่สำคัญ และที่มาของเงินลงทุนทั้งในภาคเศรษฐกิจจริง และภาคการเงิน ด้วยเหตุผลดังกล่าว สถานการณ์เศรษฐกิจต่างประเทศก็เป็นปัจจัยที่สำคัญกับการเจริญเติบโตของเศรษฐกิจไทย เมื่อพิจารณาสถานการณ์เศรษฐกิจต่างประเทศในช่วงที่ผ่านมา เราพบว่า การหดตัวของเศรษฐกิจสหรัฐฯ เนื่องจากภาวะวิกฤตสินเชื่อภาคอสังหาริมทรัพย์ด้วยคุณภาพ (Sub-Prime Mortgage Crisis) ที่ได้ลุกลามสู่ภาคการเงิน และกระทบต่อการบริโภคและการลงทุนภายในประเทศสหรัฐฯ รวมทั้งได้ลุกลามส่งผลกระทบไปสู่ประเทศต่าง ๆ นั้น คาดว่าจะส่งผลกระทบที่กว้างขวางกับอัตราค่าเงินบาทของประเทศอื่นๆ รวมทั้งประเทศไทย ในรูปของผลกระทบต่อราคาหลักทรัพย์ในตลาดหลักทรัพย์ให้ปรับตัวลดลง และเกิดการเคลื่อนย้ายเงินทุนออกจากตลาดหุ้นในย่านเอเชียซึ่งรวมทั้งประเทศไทยด้วย

การเปลี่ยนแปลงในเศรษฐกิจต่างประเทศอย่างไม่คาดหมายอย่างเช่นกรณีของประเทศสหรัฐฯ ดังกล่าวมาข้างต้น สามารถที่จะทำให้เกิดภาวะชะงักงันกับสภาวะเศรษฐกิจไทย ซึ่งนอกจากจะส่งผลกระทบต่อ

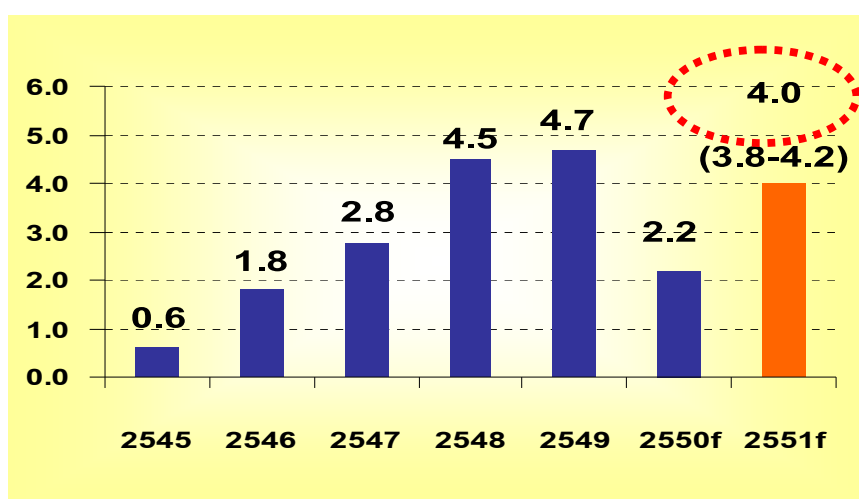
อัตราการเจริญเติบโตของประเทศแล้ว ยังสามารถส่งผลต่อความสามารถในการจัดเก็บรายได้ของรัฐบาล รวมทั้งเป้าหมายในการพัฒนาเศรษฐกิจ เนื่องจากรัฐบาลต้องมีการใช้จ่ายเพื่อแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจ รวมทั้งเพื่อกระตุ้นเศรษฐกิจให้เป็นไปในทิศทางที่เหมาะสม และต้องการ ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่า การเปลี่ยนแปลงในสถานการณ์เศรษฐกิจต่างประเทศจะมีผลต่อแนวทางการใช้จ่ายงบประมาณของรัฐบาล และส่งผลกระทบต่อการตัดสินใจในการใช้งบประมาณเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

(2) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจมหภาคภายในประเทศ—ซึ่งสามารถส่งผลกระทบโดยตรงต่อสถานการณ์เศรษฐกิจของประเทศ รวมทั้ง ความสามารถในการจัดเก็บรายได้ของรัฐบาลประกอบด้วย

- **อัตราดอกเบี้ย**—ปัจจุบันประเทศไทยได้มีการกำหนดนโยบายการเงินในรูปแบบของการกำหนดเป้าหมายเงินเฟ้อ (Inflation Targeting) ผ่านอัตราดอกเบี้ยนโยบายของธนาคารแห่งประเทศไทย หรือ RP 1 วัน เพื่อทำการควบคุมให้อัตราเงินเฟ้อเป็นไปในทิศทางที่กำหนด ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงในอัตราดอกเบี้ยนโยบายจะส่งผลกระทบที่สำคัญตามแนวนโยบายการเงินต่อระบบเศรษฐกิจ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการจัดเก็บ และงบประมาณในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

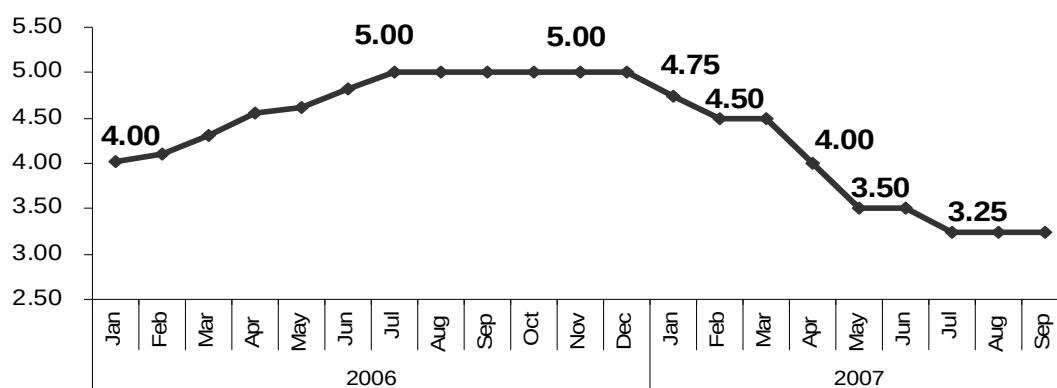
สถานการณ์ปัจจุบัน—ในช่วงสิ้นปี 2550 อัตราดอกเบี้ย อยู่ที่ร้อยละ 3.25 ต่อปี ซึ่งเป็นการปรับลดอย่างต่อเนื่องของคณะกรรมการนโยบายการเงินของธนาคารแห่งประเทศไทย จากเดิมร้อยละ 5.0 ต่อปีในปี 2549 เพื่อกระตุ้นอุปสงค์ภายในประเทศทั้งการบริโภค และการลงทุนภาคเอกชน ซึ่งส่งผลให้ประมาณการว่าอัตราเงินเฟ้อของประเทศไทยในปี 2550 เท่ากับ 2.2

ภาพที่ 3—อัตราเงินเฟ้อประเทศไทย 2545-2551 (ประมาณการ)



ที่มา—มูลนิธิสถาบันวิจัยนโยบายเศรษฐกิจการคลัง

ภาพที่ 4-อัตราดอกเบี้ยนโยบายของธนาคารแห่งประเทศไทย 2549-2550



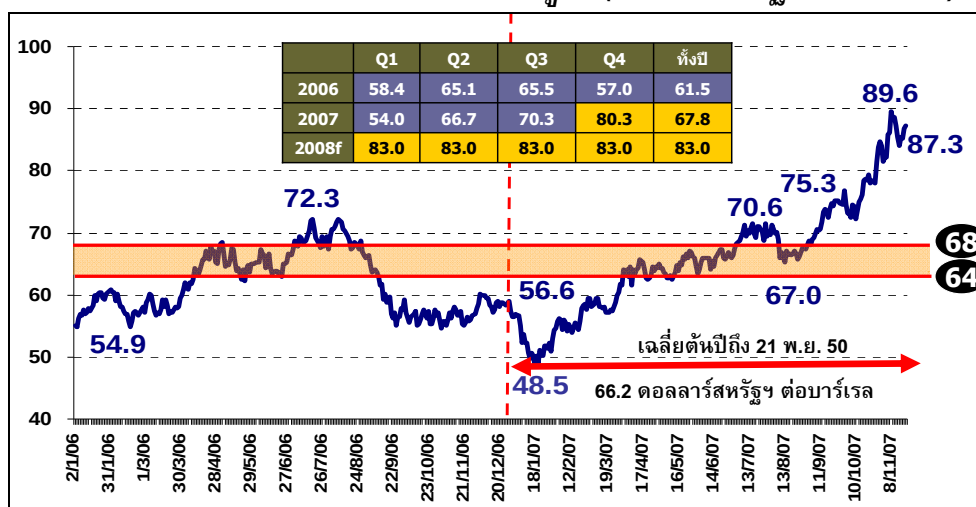
ที่มา—มูลนิธิสถาบันวิจัยนโยบายเศรษฐกิจการคลัง

ทิศทางการเปลี่ยนแปลง และผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า—แม้ว่าในช่วงแรกของการประมาณการ ได้มีการคาดการณ์ว่าอัตราดอกเบี้ยนโยบายจะถูกกำหนดให้คงที่ที่ร้อยละ 3.25 ต่อปีในปี 2551 สถานการณ์ทางเศรษฐกิจระหว่างประเทศ ราคาน้ำมัน และแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของราคาสินค้า (แรงกดดันต่อเงินเฟ้อ) ทำให้ทิศทางการเปลี่ยนแปลงของอัตราดอกเบี้ยนโยบายไม่แน่นอนขึ้นอยู่กับเป้าหมายในการแก้ปัญหาเศรษฐกิจใดจะมีความสำคัญมากกว่ากัน โดยมีการพิจารณาเป็น 2 แนวทาง คือ

- การลดดอกเบี้ยนโยบายเพื่อกระตุ้นเศรษฐกิจ--หากมีการดำเนินการในทิศทางดังกล่าว คาดว่าจะทำให้ความสามารถในการจัดเก็บรายได้ลดลง ซึ่งคาดว่าจะส่งผลกระทบต่อการจัดสรรงบประมาณเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- การเพิ่มดอกเบี้ยนโยบายเพื่อป้องกันปัญหาเงินเฟ้อ—หากมีการดำเนินการในทิศทางดังกล่าว คาดว่าจะทำให้ความสามารถในการจัดเก็บเพิ่มขึ้น ซึ่งคาดว่าจะส่งผลกระทบต่อการจัดสรรงบประมาณในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- ราคาน้ำมันดิบ--เนื่องจากน้ำมันเป็นปัจจัยการผลิตที่สำคัญของประเทศไทย ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงราคาน้ำมันดิบย่อมกระทบต่อต้นทุนในการผลิต และราคาสินค้าในที่สุด การกระทบต่อการเปลี่ยนแปลง

สถานการณ์ปัจจุบัน--ราคาน้ำมันดิบมีการปรับตัวขึ้นอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการบริโภคน้ำมันที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ความตึงตัวของการผลิต การเก็งกำไรในราคาน้ำมัน และสถานการณ์ความไม่มั่นคงระหว่างประเทศที่ยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่อง ทำให้ราคาน้ำมันดิบในช่วงต้นเดือนมกราคม 2551 ขึ้นสูงถึงราคา 100 ดอลลาร์สหรัฐ ต่อบาร์เรล ซึ่งทำให้เกิดการคาดการณ์ว่าแนวโน้มราคาน้ำมันน่าจะสูงกว่าที่ได้ประมาณการเอาไว้เบื้องต้น

ภาพที่ 5—ราคาน้ำมันดิบดูไบ (ดอลลาร์สหรัฐ ต่อบาร์เรล)



ที่มา—มูลนิธิสถาบันวิจัยนโยบายเศรษฐกิจการคลัง

ทิศทางการเปลี่ยนแปลง และผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า-- ในช่วงที่ผ่านมา ราคาน้ำมันดิบได้มีการปรับตัวเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และยังคงมีการคาดการณ์ว่าราคาน้ำมันดิบจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากอุปสงค์ที่มีต่อน้ำมันดิบยังขยายตัวในระดับที่สูง ในขณะที่อุปทานของน้ำมันดิบยังคงตึงตัว เนื่องจากการผลิตที่ใกล้เต็มกำลังการผลิต นอกจากนี้ ความตึงเครียดและความขัดแย้งทางการเมืองระหว่างประเทศ และการเก็งกำไรในตลาดน้ำมัน รวมทั้งการที่ค่าเงินดอลลาร์สหรัฐ ที่อ่อนค่าลง ทำให้คาดว่าราคาน้ำมันดิบน่าจะมีการแข็งค่าขึ้น จากการประมาณการผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว คาดว่า การที่ราคาน้ำมันดิบมีราคาสูงขึ้นประมาณ 12% (ราคาเพิ่มขึ้น 10 ดอลลาร์สหรัฐต่อบาร์เรล) จะทำให้รัฐบาลจัดเก็บรายได้เพิ่มขึ้นประมาณ 0.7% (ประมาณ 1 หมื่นล้านบาท) เนื่องจากความสามารถในการเก็บรายได้ในส่วนของภาษีเงินได้ปิโตรเลียมที่จะเพิ่มขึ้น หากไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงในปัจจัยอื่น รัฐบาลจะมีสภาพคล่องเพิ่มขึ้น และสามารถพิจารณาการจัดสรรเพื่อดำเนินโครงการต่างๆ รวมทั้งโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้มากขึ้น

(1.2) นโยบายรัฐบาลที่เกี่ยวข้องกับการใช้จ่าย

แม้ว่างบประมาณแผ่นดินจะเพิ่มขึ้นทุกปี อย่างไรก็ตาม การจัดสรรงบประมาณก็เป็นไปตามแนวนโยบายของรัฐบาลในแต่ละระยะ รวมทั้ง แนวทางในการจัดหางบประมาณเพื่อให้สามารถบรรลุได้ตามเป้าหมาย เนื่องจากทางเลือกในการใช้เงินเพื่อทำให้สามารถบรรลุได้ตามเป้าประสงค์ของนโยบายนั้นไม่ได้จำกัดอยู่ที่การใช้งบประมาณแผ่นดินแต่เพียงอย่างเดียว³

หากในขณะนั้น มีสถานการณ์ทางด้านเศรษฐกิจและสังคมใดๆ ที่ทำให้รัฐบาลต้องมีการดำเนินนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหาในขณะนั้น หรือต้องจัดสรรงบประมาณเพื่อการลงทุน จะทำให้การจัดสรรงบประมาณไปเพื่อดำเนินโครงการอื่นที่มีความจำเป็นน้อยกว่ามีความยากลำบากมากขึ้น

³ ทางเลือกอื่นได้แก่ การกู้ยืมจากแหล่งเงินทุนภายในประเทศ (ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวจะเป็นการลดความสามารถในการจัดจ่ายของภาคเอกชน (Crowd-Out)) และการกู้ยืมจากแหล่งเงินทุนต่างประเทศ (ทั้งจากรัฐบาล และเอกชน)

ในทางตรงกันข้าม หากสถานการณ์เศรษฐกิจมีเงื่อนไขหรืออุปสรรคในการพัฒนาน้อย เศรษฐกิจมีการขยายตัวอย่างต่อเนื่อง ความจำเป็นในการจัดสรรงบประมาณเพื่อแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจหรือลงทุนในกรณีเฉพาะจะลดลง ซึ่งจะทำให้การจัดสรรงบประมาณเพื่อดำเนินโครงการที่ดำเนินการอยู่ประจำแล้วได้อย่างสะดวกมากขึ้น

สถานการณ์ปัจจุบัน--จากสถานการณ์เศรษฐกิจที่มีอุปสรรค และข้อจำกัดกับการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ ทำให้รัฐบาลได้มีการดำเนินนโยบายงบประมาณแบบขาดดุลต่อเนื่องมาจากปีงบประมาณ 2550 โดยในปีงบประมาณ 2551 รัฐบาลได้มีการกำหนดวงเงินงบประมาณรายจ่ายเท่ากับ 1.6 ล้านล้านบาท (ขาดดุล 165 พันล้านบาท) ซึ่งมีขนาดเท่ากับร้อยละ 1.8 ของ GDP เพื่อใช้จ่ายในการกระตุ้นเศรษฐกิจ

ทิศทางการเปลี่ยนแปลง และผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า--ในช่วงระยะเวลาของการจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปี 2552 เนื่องจากสถานการณ์เศรษฐกิจทั่วโลกที่ประสบกับปัญหาอย่างมาก รวมทั้งการชะลอตัวของเศรษฐกิจที่ผ่านมา ทำให้รัฐบาลเกิดความจำเป็นในการต้องจัดสรรงบประมาณเพื่อใช้ในการกระตุ้นเศรษฐกิจ ผ่านการใช้งบประมาณขาดดุล รวมทั้งวางแผนเพิ่มความสามารถในการผลิตรวมของประเทศผ่านโครงการการลงทุนขนาดใหญ่ภาครัฐ แนวทางทั้งสองประการนี้คาดว่าจะทำให้เกิดความยากลำบากในการจัดสรรงบประมาณเพื่อใช้ในการโครงการอื่น รวมทั้งการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

(2) ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับต้นทุนในการจัดบริการ--หมายถึง ความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในต้นทุนในการจัดบริการในกรอบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เราพบว่า การเปลี่ยนแปลงในต้นทุนในการจัดบริการเพื่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น จะมีที่มาสามารถเป็นไปได้จาก 2 แนวทางที่สำคัญ คือ การเปลี่ยนแปลงค่าใช้จ่ายที่มาจาก การขยายขอบเขตการให้บริการ และการเปลี่ยนแปลงต้นทุนการให้บริการ เราสามารถพิจารณาได้ว่า การทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงที่ประเด็นดังกล่าว คือ ที่มาของความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นเอง

(2.1) การเปลี่ยนแปลงต้นทุนที่มาจาก การเปลี่ยนแปลงชุดสิทธิประโยชน์--ในปัจจุบัน อัตราเหมาจ่ายรายหัวถูกกำหนดให้ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมทั้งในส่วนการตรวจวินิจฉัยโรค การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการควบคุมโรคนั้น โดยชุดสิทธิประโยชน์ได้มีการพัฒนา และขยายขึ้นอย่างต่อเนื่อง เพื่อทำให้เกิดความสามารถในการให้บริการที่ครอบคลุม และเกิดประโยชน์แก่ผู้ที่ได้รับความคุ้มครองจากระบบมากที่สุด เช่นในปัจจุบันได้มีการพิจารณาเกี่ยวกับความเป็นไปได้ในการเพิ่มสิทธิประโยชน์ด้านการฟอกล้างไต และยาต้านไวรัสเอชไอวี (ยาต้านไวรัสเอดส์) เข้ามาในชุดสิทธิประโยชน์ของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การดำเนินการดังกล่าวแม้ว่าจะทำให้ประโยชน์ดังกล่าวมาข้างต้น แต่การดำเนินการดังกล่าวทำให้แรงกดดันในค่าใช้จ่าย โดยหากสิทธิประโยชน์เพิ่มขึ้น ในขณะที่งบประมาณที่ได้รับจัดสรรเพื่อดำเนินการไม่เพิ่มขึ้น และมีแหล่งเงินทุนเพียงแห่งเดียวที่เป็นอยู่จะทำให้ผู้บริหารโครงการต้องจัดสรรงบประมาณในการดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพที่น้อยลง ซึ่งจะส่งผลทำให้การดำเนินการมีประสิทธิภาพที่ต่ำลงที่สุดในที่สุด

(2.2) การเปลี่ยนแปลงต้นทุนที่มาจากการเปลี่ยนแปลงต้นทุนด้านบุคลากรที่ทำหน้าที่ให้บริการ--ในการจัดสรรงบประมาณจากผู้ซื้อบริการ (Service Purchasers) ไปสู่ผู้ให้บริการ (Service Providers) นั้น งบประมาณดังกล่าวได้ถูกกำหนดให้ครอบคลุมค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่ใช้ในการให้บริการ ซึ่งรวมทั้งค่าตอบแทนบุคลากรที่ทำหน้าที่ให้บริการทั้งหมดด้วย อย่างไรก็ตาม ค่าใช้จ่ายในการจัดจ้างบุคลากรเพื่อดำเนินการดังกล่าวนั้นมีการเพิ่มขึ้นทุกปี (การขึ้นเงินเดือนบุคลากร) ในส่วนของภาครัฐ แม้ว่าจะได้มีการกำหนดแนวทางในการจัดสรรค่าใช้จ่ายตอบแทนบุคลากรที่ดำเนินการในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไว้แล้วก็ตาม การเพิ่มขึ้นของค่าตอบแทนบุคลากรดังกล่าวก็เป็นสิ่งกดดันให้งบประมาณสุทธิเพื่อนำไปใช้ในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าลดลง ดังนั้น ในการจัดสรรงบประมาณเพื่อใช้ในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงจำเป็นต้องพิจารณาอัตราการเปลี่ยนแปลงของค่าตอบแทนบุคลากรในการพิจารณาด้วย โดยหากไม่ได้มีการพิจารณาเกี่ยวกับปัจจัยดังกล่าว สัดส่วนของต้นทุนค่าใช้จ่ายบุคลากรในการดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะเพิ่มขึ้น และทำให้ความสามารถในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าลดลงในที่สุด

สถานการณ์ปัจจุบัน--การกำหนดสัดส่วนของค่าตอบแทนบุคลากรที่ให้บริการในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในส่วนของผู้ให้บริการในภาครัฐนั้นมีแนวทางในการพิจารณา 2 แนวทาง ขึ้นอยู่กับประเภทของหน่วยงาน คือ สถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสถานพยาบาลอื่นๆ ในสังกัดหน่วยงานของรัฐที่ไม่ใช่กระทรวงสาธารณสุข โดยในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขนั้น แม้ว่าหน่วยงานในสังกัดจะมีขนาด และขอบเขตในการให้บริการที่หลากหลาย แต่อาศัยหลักการในการกำหนดสัดส่วนเงินเดือนแนวทางเดียวกัน

(2.3) การเปลี่ยนแปลงต้นทุนที่มาจากการเปลี่ยนแปลงต้นทุนในการให้บริการอื่น ๆ (ค่าวัสดุอุปกรณ์ เครื่องจักร เครื่องมือ และอื่น ๆ)--ค่าใช้จ่ายในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอีกส่วนหนึ่งได้แก่ ค่าใช้จ่ายในส่วนของวัสดุอุปกรณ์ ยารักษาโรค และเครื่องมือต่างๆ (Material Cost) เพื่อให้การดำเนินการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ การเปลี่ยนแปลงของราคาของอุปกรณ์เหล่านี้ย่อมทำให้เกิดแรงกดดันในทางที่ลบกับความพยายามในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ทำให้ความสามารถการได้มาซึ่งเครื่องมือเหล่านั้นลดลง) เช่นเดียวกับการเปลี่ยนแปลงของค่าตอบแทนบุคลากร

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงการคลัง, *ประมาณการเศรษฐกิจไทย 2550 และ 2551*, พฤศจิกายน 2550

ดร.คณิต แสงสุพรรณ, *เศรษฐกิจปี 2551: ประมาณการและความเสี่ยง*, เอกสารประกอบการสัมมนา เรื่อง เศรษฐกิจปีใหม่ กับ รัฐบาลใหม่, 20 ธันวาคม 2550.

Busse R., Riesberg A., *Health Care Systems in Transition: Germany*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.



ความไม่แน่นอนของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

Uncertainty Factors : UF

ความไม่แน่นอนจากผลกระทบของภัยธรรมชาติที่รุนแรง ต่อโครงสร้างพื้นฐานระบบบริการสาธารณสุข

ปณิธาน หลักคณะประสิทธิ์¹

ประเด็นที่น่าสนใจ

- แม้ว่าประเทศไทยจะไม่ได้ตั้งอยู่ใกล้บริเวณแหล่งกำเนิดแผ่นดินไหวขนาดใหญ่ กระนั้นหลายเหตุการณ์ยังสามารถส่งผลกระทบต่อประเทศไทย และยังมีรอยเลื่อนของแผ่นดินที่ยังมีพลังอยู่กลุ่มหนึ่ง
- การเกิดแผ่นดินไหวและสึนามิยังเป็นสิ่งที่คาดการณ์ล่วงหน้าไม่ได้และมีความไม่แน่นอนสูง เช่นเดียวกับพายุ ปัจจัยที่ทำให้เกิดความไม่แน่นอน ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงภายในโลก การเกิดสภาวะโลกร้อน และการกระทำของมนุษย์ เช่น การตัดไม้ทำลายป่า
- แม้เหตุการณ์แผ่นดินไหวที่ผ่านมายังไม่รุนแรงพอที่จะทำให้อาคารเสียหายถึงขั้นถล่มลงในประเทศไทย แต่แผ่นดินไหวที่รุนแรงเพียงพอให้อาคารเสียหายขนาดประมาณ 5.5 ริคเตอร์ขึ้นไป สามารถเกิดขึ้นบริเวณรอยเลื่อนที่มีพลังในประเทศ หรือจากแผ่นดินไหวที่รุนแรงจากนอกประเทศได้

บทนำ

ในระยะเวลาไม่กี่ปีมานี้ได้เกิดภัยธรรมชาติ ถี่ขึ้นทั่วโลกและรุนแรงมากขึ้น ทั้งสึนามิ (เช่น สึนามิ มหาสมุทรอินเดีย ปี 2547 ที่คนไทยประสบมา) เฮอริเคนแคทรีนา พายุไต้ฝุ่น ฯลฯ แผ่นดินไหวในประเทศไทยซึ่งคนทั่วไปแม้แต่นักวิชาการส่วนใหญ่เห็นว่าเป็นเรื่องไกลตัว เมื่อ 20 ปีก่อน มิใช่เป็นเรื่องไกลตัวอีกแล้ว ดังจะเห็นได้จากแผ่นดินไหวอำเภอพาน จังหวัดเชียงรายเมื่อ พ.ศ.2537 ซึ่งได้ทำให้เกิดความเสียหายแก่อาคารหลายสิบหลังในอำเภอพาน สึนามิก็เช่นเดียวกัน มหันตภัยสึนามิ มหาสมุทรอินเดีย เมื่อ พ.ศ. 2547 ทำให้ประเทศไทยเปลี่ยนสถานะจากประเทศที่ค่อนข้างปลอดภัยจากภัยธรรมชาติ เป็นประเทศที่มีภัยธรรมชาติรุนแรงประเทศหนึ่งทีเดียว ภัยธรรมชาตินั้นแม้ไม่ให้อาคารเสียหายถึงขั้นพังทลาย แต่ให้อาคารเสียหายจนต้องปิดซ่อมแซมก็จะมีผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งระบบสาธารณสุขภาค และแม้กระทั่งระบบการบริการสาธารณสุขได้

¹ ศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านวิศวกรรมแผ่นดินไหวและการสั่นสะเทือน คณะวิศวกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ คณะกรรมการแผ่นดินไหวแห่งชาติ



บทความนี้รวบรวมข้อมูลภัยธรรมชาติรุนแรงที่ส่งผลถึงประเทศไทย โดยเน้นแผ่นดินไหวเป็นหลัก พร้อมทั้งเสนอมาตรการที่เหมาะสมในการเตรียมพร้อมด้านโครงสร้างพื้นฐาน (infrastructure) เพื่อให้ระบบการบริการสาธารณสุขเป็นไปได้อย่างยั่งยืน

เหตุการณ์แผ่นดินไหวที่สำคัญในประเทศไทย

ประเทศไทยมีได้ตั้งอยู่ใกล้บริเวณรอยต่อแผ่นเปลือกโลก (crustal plate boundaries) ซึ่งเป็นแหล่งกำเนิดแผ่นดินไหวขนาดใหญ่ กระนั้นก็ตามภายในแผ่นเปลือกโลก มีรอยเลื่อน (faults) ซึ่งเกิดขึ้นจากอิทธิพลของการเคลื่อนที่สัมพัทธ์ของแผ่นเปลือกโลกต่างๆ รอยเลื่อนเหล่านี้ที่ยังมี การเคลื่อนตัว (active fault) จะเกิดการสะสมพลังงานในมวลหินและเกิดความเครียด ขึ้น และเมื่อความเครียดที่เกิดขึ้นเกินค่าที่มวลหินจะต้านทานได้ มวลหินจะเกิดแตกหรือแยกจากกันและปลดปล่อยพลังงานมหาศาลออกมา ทำให้เกิดการสั่นไหวอย่างรุนแรงเป็นแผ่นดินไหว

รูปที่ 1 แสดงเหตุการณ์แผ่นดินไหวที่มีขนาดมากกว่า 5.0 หน่วยริกเตอร์* (Petersen 2007) ที่เกิดขึ้นในประเทศไทยและบริเวณใกล้เคียงในช่วง ค.ศ. 1900 -2006 จะเห็นว่าจุดศูนย์กลางของแผ่นดินไหวส่วนใหญ่อยู่นอกประเทศไทย แต่กระนั้นก็ตามหลายเหตุการณ์ส่งผลมาถึงประเทศไทย ดังสรุปไว้ในตารางที่ 1

ตาราง ที่ 1 เหตุการณ์แผ่นดินไหวครั้งสำคัญในประเทศไทย

วัน เดือน ปี	ขนาด (ริกเตอร์)	ตำแหน่ง	บริเวณที่รู้สึกสั่นไหว (เมอร์แคลลี)
พ.ศ. 2088	-	-	ยอดเจดีย์หลวงในเชียงใหม่หัก
12 เม.ย.2510	6.1	สุมาตรา	ภาคใต้
17 ก.พ. 2518	5.6	อ.ท่าสองยาง จ. ตาก	ภาคเหนือ (VI) ภาคกลาง
22 เม.ย. 2526	5.9	กาญจนบุรี	จ.กาญจนบุรี และกรุงเทพฯ
11 ก.ย. 2537	5.1	อ.พาน จ.เชียงราย	ภาคเหนือ (V-VI)
12 ก.ค. 2538	7.2	ประเทศพม่า	ภาคเหนือ (V-VI) รู้สึกได้ที่ กทม.
22 ธ.ค. 2539	5.5	พรมแดนไทย-ลาว	ภาคเหนือ (V-VI)
22 ก.ย. 2546	6.7	พม่า	ภาคเหนือ กทม.
26 ธ.ค. 2547	9.2	สุมาตรา	ภาคกลาง ภาคใต้
8 ต.ค.2549	5.6	พม่า	ประจวบคีรีขันธ์ เพชรบุรี ราชบุรี สมุทรสงคราม
13 ธ.ค. 2549	5.1	อ.แมริม จ.เชียงใหม่	เชียงใหม่ เชียงราย
16 พ.ค. 2550	6.3	ประเทศลาว	ภาคเหนือตอนบน และ กทม. (ในอาคารสูง)

*ค่าบ่งชี้อัตราการเสียรูป (deformation) ที่เกิดขึ้น การเสียรูปมากจะทำให้เกิดความเครียดมาก

**หน่วยริกเตอร์เป็นค่าบอกขนาดของแผ่นดินไหว ค่านี้สัมพันธ์กับพลังงานที่แผ่นดินไหวนั้นปลดปล่อยออกมา เป็นค่าเฉพาะตัวของแผ่นดินไหวนั้น ไม่ใช่ว่าอาคารที่พิจารณาอยู่ที่ใด แผ่นดินไหวที่อ้างถึงก็มีความรุนแรงเท่ากันหมด



รอยเลื่อนสำคัญในประเทศไทย

กรมทรัพยากรธรณีได้ทำแผนที่รอยเลื่อนที่ยังมีพลัง (ยังเคลื่อนตัวอยู่ - active faults) ในประเทศไทย จากผลการศึกษาของนักธรณีวิทยา จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และกรมทรัพยากรธรณี (ปัญญา จารุศิริ และคณะ 2543, 2544) ดังแสดงในรูปที่ 2 รอยเลื่อนที่สำคัญ คือ ภาคเหนือ : รอยเลื่อนแม่จัน รอยเลื่อนแม่ฮ่องสอน รอยเลื่อนแม่ทา รอยเลื่อนเถิน รอยเลื่อนแพร่ ภาคตะวันตก : รอยเลื่อนศรีสวัสดิ์ รอยเลื่อนเจดีย์สามองค์ รอยเลื่อนเมย ภาคใต้ : รอยเลื่อนระนองและรอยเลื่อนคลองมะรุ่ย สำหรับรอยเลื่อนที่มีพลัง เช่น รอยเลื่อนแม่จัน รอยเลื่อนศรีสวัสดิ์ และ รอยเลื่อนเจดีย์สามองค์ นักธรณีวิทยาคาดว่ามีศักยภาพที่จะเป็นแหล่งกำเนิดแผ่นดินไหวขนาด 7 หน่วยริกเตอร์หรือกว่านั้น จากผลการศึกษาเบื้องต้นพบว่าคาบเวลาการเกิดซ้ำยาวนานประมาณ 2,000 ปี หรือกว่านั้น (ปัญญา จารุศิริ 2550) ไม่ใช่ระดับรอยเปื้อนเหมือนในญี่ปุ่นและแคลิฟอร์เนีย อย่างไรก็ตามสิ่งที่ควรคำนึงถึงคือในการศึกษาหาศักยภาพของแหล่งกำเนิดแผ่นดินไหว หรือคาบเวลาการเกิดซ้ำก็ตาม นักธรณีวิทยาต้องทำการขุดร่องลึก (trenching) ในชั้นดิน/ชั้นหินเพื่อหาร่องรอยของการเกิดการเลื่อนของชั้นดิน/หินในอดีต ต้องนำตัวอย่างดิน/หินไปตรวจหาอายุ (dating) โดยกระบวนการที่เหมาะสม อีกทั้งต้องตรวจหาความยาวของรอยเลื่อนจากแผนที่ภาพถ่ายทางอากาศและการสำรวจภาคพื้นดิน กระบวนการเหล่านี้มีความไม่แน่นอน (ค่อนข้างสูงในความเห็นของผู้เขียน) เนื่องจากสิ่งที่ตรวจหาเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นมาในอดีตนับพันๆ ปี

นอกจากรอยเลื่อนดังกล่าวแล้ว ยังมีรอยเลื่อนสะแกง (Sagaing fault) ในพม่าและรอยเลื่อนในทะเลอันดามัน ซึ่งมีศักยภาพที่จะเกิดแผ่นดินไหวระดับ 8 หน่วยริกเตอร์ ได้และส่งผลกระทบมายังประเทศไทยได้ โดยเฉพาะทางภาคตะวันตกและภาคเหนือของประเทศที่ใกล้ประเทศพม่า สำหรับแผ่นดินไหวจากร่องซุนดา (Sunda trench รูปที่ 3) จะมีผลการสั่นไหวกระทบถึงประเทศไทยน้อยมาก แต่มีผลทำให้เกิดภัยสึนามิดังที่ได้เกิดมหันตภัย 2547 มาแล้ว

ความเสียหายต่ออาคารจากเหตุการณ์แผ่นดินไหวในอดีต

แผ่นดินไหวที่ส่งผลกระทบต่อประเทศไทยหลังจากเหตุการณ์เมื่อ พ.ศ. 2088 ซึ่งทำให้ยอดพระเจดีย์หลวงหักลงมาแล้ว ยังไม่ปรากฏความเสียหายต่ออาคารอย่างรุนแรง ยกเว้นแผ่นดินไหวที่ทำให้เกิดสึนามิ 2547 ส่วนใหญ่จะเป็นความเสียหายเล็กน้อยต่อส่วนที่ไม่ใช่ส่วนโครงสร้างหลัก มีไม่กี่ครั้งที่เกิดความเสียหายปานกลางต่ออาคารส่วนที่เป็นโครงสร้างหลักโดยที่อาคารยังไม่วิบัติ สรุปความเสียหายที่เคยเกิดขึ้นมาในประเทศไทยครั้งสำคัญๆ ได้ ดังนี้

11 ก.ย. 2537 แผ่นดินไหวอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ขนาด 5.1 หน่วยริกเตอร์ จุดศูนย์กลางอยู่ห่างจากตัวเมืองอำเภอพาน ราว 25 กม. โรงเรียนและวัดกว่า 50 แห่ง เกิดความเสียหายเล็กน้อย(เป็นส่วนใหญ่) ถึงปานกลาง (บางแห่ง) อาคารผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพานซึ่งเป็นอาคารคอนกรีตเสริมเหล็ก (คสล.) 2 ชั้น เสียหายปานกลาง เกิดการแตกร้าวทแยงแบบการเฉือน (diagonal shear crack) ในเสาสนับสนุนกว่าตัน (รูปที่ 4) ทำให้ไม่ปลอดภัยในการใช้งานอาคารพาณิชย์ คสล. แห่งหนึ่งเสียหาย ปานกลาง โดยเกิดการกะเทาะของคอนกรีตเสาฐานหนึ่ง

12 ก.ย. 2538 แผ่นดินไหวในประเทศพม่า ขนาด 7.2 หน่วยริกเตอร์ เกิดการแตกร้าวเล็กน้อยในส่วนโครงสร้างของอาคารผู้โดยสารสนามบิน หอบังคับการบิน โรงพยาบาล และโรงเรียนบางแห่ง



ในจังหวัดเชียงราย หน่วยวิจัยแผ่นดินไหว จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ร่วมกับกรมโยธาธิการ บันทึกอัตรารั้งสูงสุดที่ชั้นใต้ดิน อาคารโบสถ์ 1 ประมาณ 0.2% ของอัตรารั้งเนื่องจากความโน้มถ่วงของโลก (0.2% g)

22 ธ.ค. 2539 แผ่นดินไหวพรมแดนไทย-ลาว ขนาด 5.5 หน่วยริกเตอร์ เกิดการแตกร้าว เล็กน้อยในส่วนที่ไม่ใช่โครงสร้างหลักของอาคารและวัดราว 13 หลังในจังหวัดเชียงราย ยอดเจดีย์ ประมาณ 6 เมตรของ วัดพระธาตุเจดีย์หลวง อ.เชียงแสน ร่วงหล่นลงมา จากผลการสะสมความเสียหาย จากแผ่นดินไหวครั้งก่อน ๆ

22 ก.ย. 2546 แผ่นดินไหวในพม่า ขนาด 6.7 หน่วยริกเตอร์ จุดศูนย์กลางอยู่ห่างจาก กทม. ราว 850 กม. รู้สึกสั่นไหวรุนแรงในอาคารสูง อาคาร 28-52 ชั้น บางหลังใน กทม. เกิดรอยร้าวในผนังอิฐ ก่อ อาคารเรียนของมหาวิทยาลัยหลังหนึ่ง เกิดรอยร้าวเล็กน้อย หน่วยวิจัยวิจัยแผ่นดินไหวจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย บันทึกอัตรารั้งสูงสุดที่ชั้นใต้ดิน อาคารโบสถ์ 1 ได้ประมาณ 0.5% g

26 ธ.ค. 2547 แผ่นดินไหวสุมาตรา ขนาด 9.2 หน่วยโมเมนต์ แผ่นดินไหวขนาดใหญ่อันดับ 2-3 ในโลก ทำให้เกิดคลื่นสึนามิสูง 5-12 เมตร (รายงานบางแห่งสูงถึง 18 ม.) ชัดเข้าฝั่งใน 6 จังหวัด ภาคใต้ด้านทะเลอันดามัน ทำให้มีผู้เสียชีวิตกว่า 5,300 คน สูญหายราว 3,000 คน อาคารและสิ่งปลูกสร้างพังเสียหายมากมาย เศรษฐกิจเสียหายหลายหมื่นล้านบาท นับเป็นภัยธรรมชาติครั้งใหญ่ที่สุดในประวัติศาสตร์ไทย

13 ธ.ค. 2549 จุดศูนย์กลางแผ่นดินไหวอยู่ที่ อ.แมริม จ.เชียงใหม่ ขนาด 5.1 หน่วยริกเตอร์ รู้สึกได้รุนแรงในเชียงใหม่และเชียงราย เกิดความเสียหายเล็กน้อย แก่องค์อาคารที่ไม่ใช่เป็นส่วนโครงสร้าง (เช่น ผนังอิฐก่อ) ใน อ.แมริม จ.เชียงใหม่ และอำเภอใกล้เคียง

16 พ.ค. 2550 แผ่นดินไหวลาว ขนาด 6.3 หน่วยริกเตอร์ จังหวัดเชียงรายซึ่งอยู่ห่างจากจุดศูนย์กลางแผ่นดินไหวราว 60 กม. ที่จุดใกล้ที่สุดได้รับผลจากแผ่นดินไหวครั้งนี้มากที่สุด ความเสียหายส่วนใหญ่เป็นความเสียหายเล็กน้อยในองค์อาคารที่ไม่ใช่เป็นส่วนโครงสร้าง เช่น อาคารบางหลังใน มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง มีผิวปูนฉาบแตกร้าว ฝ้าเพดานหลุด รอยต่อระหว่างอาคารเกิดการกระแทกกัน ทำให้เกิดรอยร้าว อาคาร 68 ป้อนุสรณ์ โรงพยาบาลจังหวัดเชียงราย ผนังอิฐก่อแตกร้าวขนาดเล็ก รอยต่อระหว่างส่วนของอาคารเกิดการกระแทกกันทำให้เกิดรอยร้าว (รูปที่ 5) ยอดฉัตรพระธาตุจอมกิตติหัก (อ.เชียงแสน) ฐานพระธาตุเกิดรอยร้าวขนาดราว 15 มม. (รูปที่ 6) อย่างไรก็ตามมีอาคารหลังหนึ่งของโรงเรียนเมืงรายมหาราชวิทยาคมเกิดความเสียหายค่อนข้างมากในเสา คสล.2 ต้น โดยเกิดรอยร้าวทแยงแบบการเฉือน กว้างราว 10 มม. (รูปที่ 7) สาเหตุจากการยึดรั้งของผนังที่หล่อติดกับเสาเกือบตลอดความสูงของเสา ทำให้เกิดส่วนของเสาสั้น (เสาอื่นๆ ในแนวเดียวกันที่ไม่เป็นแบบเสาสั้นไม่เกิดการแตกร้าว)

จากเหตุการณ์แผ่นดินไหวในระยะเวลา 100 ปี ที่ผ่านมา มีข้อสังเกต ดังนี้

1. แผ่นดินไหว (ขนาด 5 หน่วยริกเตอร์ ขึ้นไป) ที่ส่งผลกระทบในระดับที่ทำให้ประชาชนรู้สึกพอสมควร จนถึงระดับที่ทำให้เกิดความเสียหายแก่อาคารในประเทศ มีจำนวนราว 10 ครั้ง และน่าสังเกตว่า 9 ครั้งเกิดขึ้นในช่วง 40 ปีที่ผ่านมา แต่ไม่มีอาคารที่เสียหายถึงขั้นพังถล่มลงมา

2. ในจำนวนเหตุการณ์ดังกล่าว ประมาณ 4 ครั้ง ที่จุดศูนย์กลางแผ่นดินไหวอยู่ในประเทศไทย



3. เหตุการณ์ใหญ่ที่มีผลต่อประเทศไทย ซึ่งวัดจากระดับความเสียหายแก่อาคาร มี 3 ครั้ง ในรอบประมาณ 30 ปี รวมเหตุการณ์สึนามิซึ่งมีผู้เสียชีวิตจำนวนมาก

4. หลังเหตุการณ์สึนามิ 2547 ดูเหมือนแผ่นดินไหวในประเทศไทยและประเทศใกล้เคียงมีความถี่เพิ่มขึ้น ซึ่งอาจเป็นผลสืบเนื่องมาจากแผ่นดินไหว ที่ทำให้เกิดสึนามิครั้งนั้น ทำให้เกิดการสะสมพลังงานเพิ่มขึ้นอย่างมาก ภายในแผ่นเปลือกโลกใกล้เคียง

ความไม่แน่นอนของภัยธรรมชาติ

ภัยธรรมชาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งแผ่นดินไหวและสึนามิ เป็นสิ่งที่คาดการณ์ล่วงหน้าไม่ได้ในปัจจุบันและมีความไม่แน่นอนสูงมาก ประจักษ์พยานที่ดีได้แก่ แผ่นดินไหวที่ทำให้เกิดสึนามิในมหาสมุทรอินเดีย 2547 ก่อนหน้าเหตุการณ์นั้น นักวิทยาศาสตร์รู้วาระของแผ่นเปลือกโลกซุนดา (รูปที่ 3) ส่วนที่อยู่ในมหาสมุทรอินเดีย มีศักยภาพที่ทำให้เกิดแผ่นดินไหวระดับ 8 หน่วยริกเตอร์ แต่แผ่นดินไหวเมื่อ 26 ธันวาคม 2547 มีขนาด 9.2 หน่วย ซึ่งใหญ่เกินความคาดหมายของนักวิทยาศาสตร์ (ทุก 1 หน่วยริกเตอร์ที่เพิ่มขึ้น หมายถึง พลังงานที่ปลดปล่อยจากแผ่นดินไหวเพิ่มขึ้นกว่า 30 เท่า) พายุก็เช่นเดียวกัน นักวิทยาศาสตร์เคยเข้าใจว่า อ่าวไทย ซึ่งมีขนาดค่อนข้างเล็ก มีสภาพไม่เอื้อต่อการเกิดพายุไต้ฝุ่น ปรากฏว่าเมื่อต้นเดือนพฤศจิกายน 2532 พายุไต้ฝุ่นเกย์ ก่อตัวขึ้นในอ่าวไทยและใช้เวลาเพียงไม่กี่วันสะสมพลังงานทำให้เกิดเป็นไต้ฝุ่นทรงพลัง เข้าถล่มชุมพรและประจวบคีรีขันธ์ ทำให้เกิดความเสียหายมากมาย

ปัจจัยที่ทำให้เกิดความไม่แน่นอนของภัยธรรมชาติมี อาทิ

- การเปลี่ยนแปลงภายในโลก การเปลี่ยนแปลง ความร้อนภายในโลกทำให้ชั้นลิโทสเฟียร์ (lithosphere) ซึ่งประกอบด้วยส่วนที่เป็นเปลือกโลกและส่วนบนสุดของชั้นแมนเทิล (upper mantle) เคลื่อนที่จากอิทธิพลของการพาความร้อน(convection) ของหินหลอมเหลวภายในโลก (สัมพันธ์ สิงหราชวรพันธ์ 2549) ซึ่งเมื่อรวมกับผลการเคลื่อนที่จากแรงโน้มถ่วงของโลกแล้วก็ทำให้การเปลี่ยนแปลงสภาพภายในโลกเป็นไปอย่างสลับซับซ้อนยากที่จะสร้างแบบจำลองคณิตศาสตร์เพื่อทำนายพฤติกรรมได้แม่นยำ นักวิทยาศาสตร์ยังพบว่าจุดร้อน (hot spot) ในโลกมีการเปลี่ยนตำแหน่งไปตามกาลเวลา
- การกระทำของมนุษย์ เช่น การทดสอบระเบิดนิวเคลียร์ การสูบน้ำมันหรือก๊าซจากพื้นพิภพ ฯลฯ ถึงแม้จะเชื่อว่ามีผลน้อยมากต่อการเกิดแผ่นดินไหว แต่ก็มิอาจมองข้ามได้
การตัดไม้ทำลายป่าทำให้ระบบนิเวศเปลี่ยนแปลงไป เกิดความเสี่ยงของการเกิดอุทกภัยและดินถล่มมากขึ้น
- การเกิดสภาวะโลกร้อน (global warming) มีผลโดยตรงต่อการเกิดวาตภัย ซึ่งนักวิทยาศาสตร์เชื่อว่าสภาวะโลกร้อนจะทำให้พายุไต้ฝุ่นในมหาสมุทรแปซิฟิก หรือเฮอริเคนในมหาสมุทรแอตแลนติก หรือไซโคลนในมหาสมุทรอินเดียมีความรุนแรงมากขึ้นซึ่งจะมีผลเกิดภัย storm surge ภัยน้ำท่วมและดินถล่ม



ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเสียหายจากแผ่นดินไหว

อาคารจะเสียหายจากแผ่นดินไหวเพียงไร ขึ้นกับปัจจัยหลายอย่าง กล่าวคือ แผ่นดินไหวมีขนาดใหญ่เพียงไร มีส่วนประกอบความถี่อย่างไร สั่นไหวนานเพียงไร จุดกำเนิดแผ่นดินไหวเกิดขึ้นที่ระดับตื้นหรือลึก ใกล้กับเมืองไหม สภาพดินที่ตั้งอาคารเป็นอย่างไร (เป็นดินอ่อนหรือดินทรายไม่แน่น หรือไม่) อาคารมีระบบโครงสร้างที่ดีไหม (เช่น มีลักษณะไม่สม่ำเสมอหรือไม่ มีผนังแรงเฉือนเป็นองค์อาคารหลักด้านแรงต้านข้างหรือไม่) และที่สำคัญคืออาคารได้รับการออกแบบและก่อสร้างด้วยมาตรฐานอย่างไร แต่ที่แน่นอน คือ อาคารที่ออกแบบและก่อสร้างโดยไม่ได้มาตรฐานที่ดีพอ มีโอกาสที่จะเสียหายหรือพังทลายได้ หากเกิดแผ่นดินไหวขนาดกลางประมาณ 5.5 หน่วยริกเตอร์ขึ้นไป ใกล้ที่ตั้งอาคาร ตัวอย่างความเสียหายจากแผ่นดินไหวระดับกลางได้แก่ แผ่นดินไหวที่เมือง Newcastle ในประเทศออสเตรเลีย เมื่อวันที่ 28 ธันวาคม 2532 แผ่นดินไหวครั้งนั้นมีขนาดราว 5.6 ตามมาตราริกเตอร์ เกิดขึ้นที่ระดับตื้นใกล้ตัวเมืองทำให้อาคารพังทลายไม่น้อยโดยมีอาคารคอนกรีตเสริมเหล็กสมัยใหม่รวมอยู่ด้วย 2 หลัง มีผู้เสียชีวิต 12 คน และความสูญเสียทางเศรษฐกิจคิดเป็นเงินหลายพันล้านเหรียญออสเตรเลีย (ประเทศออสเตรเลียเคยจัดว่าเป็นประเทศที่ค่อนข้างจะไม่มีภัยจากแผ่นดินไหวคล้ายๆ กับประเทศไทย) สำหรับแผ่นดินไหวที่เกิดขึ้นไกลแต่มีขนาดใหญ่มากก็อาจทำความเสียหายให้แก่อาคารได้หากแผ่นดินไหวเป็นเวลานานและพื้นดินที่ตั้งอาคารเป็นดินอ่อน ดังเช่นแผ่นดินไหวที่เม็กซิโกในปี 2528 แผ่นดินไหวครั้งนั้นมีขนาด 8.1 หน่วยริกเตอร์ เกิดขึ้นห่างจากกรุงเม็กซิโกราว 350 กม. และสั่นไหวนานกว่า 1 นาทีด้วยคาบเวลาการสั่นไหวธรรมชาติเด่นชัด 2 วินาที ในบริเวณที่พื้นดินเป็นดินอ่อน โดยมีการขยายของการสั่นไหวที่พื้นดินอ่อน 5 -7 เท่า เทียบกับที่ชั้นหินแข็ง ผลปรากฏว่าอาคารพังทลายมากมาย และมีผู้เสียชีวิตราว 10,000 คน

เหตุการณ์แผ่นดินไหวที่ผ่านมา ไม่ทำให้อาคารเสียหายถึงขั้นพังถล่มในประเทศไทย เนื่องจากแผ่นดินไหวที่มีขนาดใหญ่ ส่วนใหญ่เกิดขึ้นห่างไกลจากเมืองมาก (เช่น กว่า 200 กม.) ตามที่ได้กล่าวไว้แล้ว นักธรณีวิทยาพบว่าแผ่นดินไหว ขนาด 7 หน่วยริกเตอร์อาจเกิดขึ้นที่รอยเลื่อนที่มีพลังในประเทศไทย แผ่นดินไหวขนาดประมาณ 6 หน่วยริกเตอร์ขึ้นไปเคยทำให้อาคารพังถล่มมากมายในต่างประเทศ หากอาคารตั้งอยู่ใกล้รอยเลื่อนและไม่ได้รับการออกแบบก่อสร้างเพื่อต้านทานแผ่นดินไหวให้เพียงพอ ดังเช่น แผ่นดินไหว ขนาด 6.2 หน่วยริกเตอร์เมื่อ ค.ศ. 2006 ที่เมืองยอร์กจาร์ตา ประเทศอินโดนีเซีย เกิดขึ้นห่างจาก ยอร์กจาร์ตาประมาณ 20 กม. ที่ระดับค่อนข้างตื้น ประมาณ 10 กม. ปรากฏว่าอาคารที่ไม่ได้มาตรฐานพังถล่มมากมาย ผู้คนเสียชีวิตกว่า 5,000 คน (EERI 2006)

การเตรียมพร้อม ด้านโครงสร้างพื้นฐาน เพื่อการบริการสาธารณสุขที่ยั่งยืน

โรงพยาบาลและโครงสร้างพื้นฐานที่เกี่ยวข้องมีความสำคัญต่อการบรรเทาสาธารณภัย และจะต้องใช้งานได้โดยสมบูรณ์แม้ในยามเกิดภัยธรรมชาติที่รุนแรง สำหรับแผ่นดินไหวได้มีกฎกระทรวงฉบับที่ 49 กำหนดให้ออกแบบอาคารต้านทานแผ่นดินไหว ใน 9 จังหวัดภาคเหนือและจังหวัดกาญจนบุรี ตั้งแต่ปลายปี 2540 แต่สำหรับ กทม. สมุทรปราการ นนทบุรี ปทุมธานี และสมุทรสาคร ซึ่งมีชั้นดินอ่อนที่ขยายของการสั่นไหวของพื้นดิน 3 -4 เท่า (ปณิธาน ลักคุณะประสิทธิ์



2543, Ashford et al. 2000) กฎกระทรวง ฉบับใหม่ คือกฎกระทรวงกำหนดการรับน้ำหนัก ความต้านทาน ความคงทนของอาคารและพื้นดินที่รองรับอาคารในการต้านทานแรงสั่นสะเทือนของแผ่นดินไหว พ.ศ.2550 กำหนดให้ออกแบบอาคารใน 5 จังหวัดนี้ให้ต้านทานแผ่นดินไหว โดย มีผลบังคับใช้ตั้งแต่ 1 ธันวาคม 2550 คำถามที่เกิดขึ้นทันที คือ โรงพยาบาลที่ไม่ได้ออกแบบก่อสร้างให้ต้านทานแผ่นดินไหวได้ จะทำอย่างไร

มาตรการที่เหมาะสมในการเตรียมพร้อมโครงสร้างพื้นฐานเพื่อการบริการสาธารณสุขที่ยั่งยืน คือ

1. ควรเลือกที่ตั้งอาคารให้เหมาะสม เช่น หลีกเลี่ยงการสร้างอาคารใกล้แนวรอยเลื่อนที่มีพลัง เพราะหากเกิดแผ่นดินไหวแม้เพียงขนาดปานกลาง พื้นดินก็จะสั่นไหวรุนแรงมาก

หากอาคารอยู่ในเขตเสี่ยงภัยสึนามิ ควรหลีกเลี่ยงบริเวณที่เสี่ยงต่อน้ำท่วมสูง เช่น 3 เมตร ขึ้นไป หากเป็นพื้นที่น้ำท่วมต่ำกว่า 3 เมตร ควรถมดินยกระดับพื้นมีกำแพงกันดินหน้าตั้งฉากกับพื้นดิน และให้ชั้นที่เป็นที่พักคนป่วยอยู่สูงกว่าระดับน้ำท่วมถึง นอกจากนี้ควรออกแบบให้แข็งแรงเสมออาคารอพยพ

หลีกเลี่ยงการก่อสร้างในพื้นที่ที่เสี่ยงต่อดินถล่ม ฯลฯ

2. หน่วยงานของรัฐควรจัดให้มีการประเมินกำลังอาคาร โรงพยาบาลที่ไม่ได้ออกแบบให้ต้านทานแผ่นดินไหว และทำการเสริมความแข็งแรงหากอาคารไม่มีความแข็งแรงเพียงพอ ถ้ามีอาคารจำนวนมากควรจัดลำดับความสำคัญก่อนหลัง
3. การออกแบบและการก่อสร้างต้องดำเนินการโดยวิศวกรและช่างที่มีคุณภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้เขียนขอขอบคุณ รศ.ดร.ปัญญา จารุศิริ สำหรับข้อมูลและการตรวจทานต้นฉบับเกี่ยวกับรอยเลื่อน

เอกสารอ้างอิง

ปณิธาน ลักคุณะประสิทธิ์ (2543). กฎหมายกระทรวงฯ ฉบับที่ 49 กับการออกแบบอาคารต้านทานแผ่นดินไหว, การประชุมวิชาการวิศวกรรมโยธาแห่งชาติ ครั้งที่ 6, หน้า STR 174-185.

ปัญญา จารุศิริ, สุวิทย์ โสสุวรรณ, วิโรจน์ ดาวฤกษ์, บุรินทร์ เวชบันเทิง, และ สุทธิพันธ์ ขุทรานนท์ (2543). รายงานวิจัย แผ่นดินไหวในประเทศไทย และพื้นแผ่นดินเอเชียตะวันออกเฉียงใต้, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.), 171 หน้า.

ปัญญา จารุศิริ, วิโรจน์ ดาวฤกษ์ และสุวิทย์ โสสุวรรณ, แผ่นดินไหวที่ไม่ไกลเกินตัว (2544). วารสารวิทยาศาสตร์, เล่มที่ 43, หน้า 76-91.

ปัญญา จารุศิริ (2550). การสัมมนาเชิงปฏิบัติการ การประเมินความเสี่ยงภัยแผ่นดินไหว, จัดโดย USGSร่วมกับศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านวิศวกรรมแผ่นดินไหวและการสั่นสะเทือน, 19 มิถุนายน 2550.



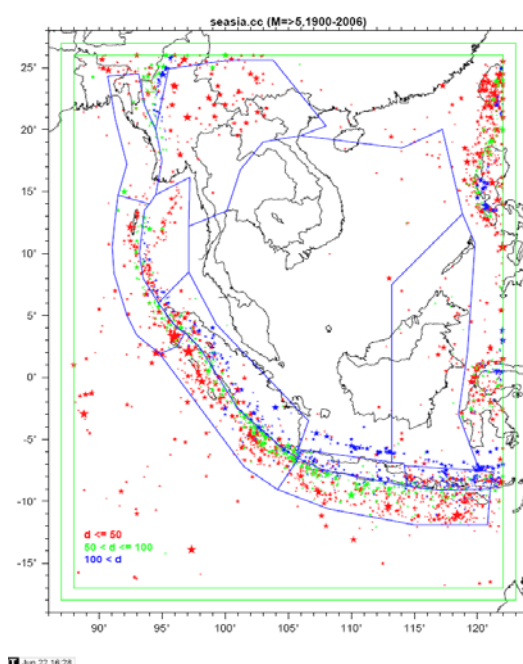
สัมพันธุ์ สิงหราชวรพันธุ์ (2549). พื้บัตัภัยแผ่นดินไหว, ภาควิชาธรณีวิทยา คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 52 หน้า.

Ashford,A.S., Jakrapiyanun, W. and Lukkunaprasit, P (2000) Amplification of Earthquake Ground Motions in Bangkok, Proc. 12th World Conference on Earthquake Engineering , Auckland, New Zealand.

EERI (2006). The Mw 6.3 Java, Indonesia, earthquake of May 27, 2006, EERI Earthquake Special Report.

Petersen, M (2007). Workshop and Training on Seismic Hazard in Thailand, USGS.

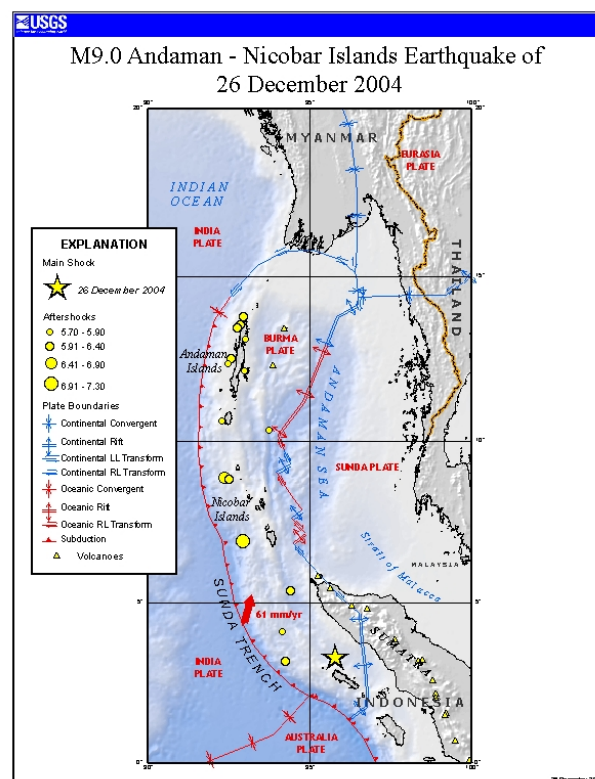
USGS (2005). <http://www.usgs.gov>.



รูปที่ 1 เหตุการณ์แผ่นดินไหวที่มีขนาดมากกว่า 5.0 หน่วยริกเตอร์ในช่วง ค.ศ. 1900 – 2006 (Petersen 2007)



รูปที่ 2 แผนที่รอยเลื่อนมีพลังในประเทศไทย (กรมทรัพยากรธรณี 2547)



รูปที่ 3 แผ่นดินไหวสุมาตรา 26 ธันวาคม 2547 (USGS 2005)



(ก)



(ข)

รูปที่ 4 (ก) อาคารผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย เสียหายจากแผ่นดินไหวขนาด 5.1 ริกเตอร์
 (ข) เสาคอนกรีตแตกร้าวทแยง

อาคาร 68 ป้อนุสรณ์ โรงพยาบาลจังหวัดเชียงราย 5 ชั้น อ.เมือง จ.เชียงราย



(ก)

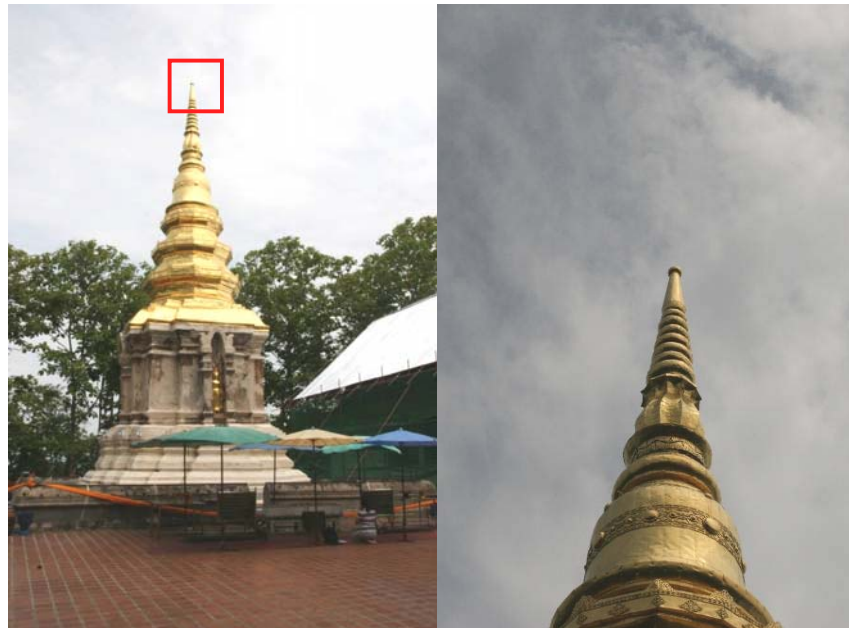
รอยแตกร้าวของคอนกรีตบริเวณพื้นหน้าลิฟต์ชั้น 2 ขนาด 0.8 มม.



(ข)

รูปที่ 5 (ก) อาคาร 68 ปี ป้อนุสรณ์ โรงพยาบาลจังหวัดเชียงราย เสียหายจากแผ่นดินไหวลาว
ขนาด 6.3 หน่วยริกเตอร์
(ข) รอยต่อส่วนอาคารกระแทกกันเกิดรอยร้าว

พระธาตุจอมกิตติ อ.เชียงแสน จ.เชียงราย ยอดเจดีย์หัก



รูปที่ 6 ยอดฉัตรพระธาตุ จอมกิตติ หัก (อ.เชียงแสน จ.เชียงราย)



รูปที่ 7 (ก) อาคารโรงเรียนเมืงรามหาราชวิทยาคม เกิดความเสียหายจากแผ่นดินไหวลาว
(ข) รอยร้าวทแยงในเสา

ความไม่แน่นอนของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

Uncertainty Factors : UF

การขยายวงของปัญหาการก่อการร้ายภายในประเทศ

สมัย ใจอินทร์

ประเด็นที่น่าสนใจ

- สงครามการก่อการร้ายสากลในปัจจุบันสามารถเกิดขึ้นได้ทุกแห่ง ใช้อาวุธที่พัฒนาขึ้นได้อย่างหลากหลาย และที่สำคัญที่สุดนั้นกลุ่มก่อการร้ายสามารถใช้ระบบสื่อสาร คอมพิวเตอร์และอิเล็กทรอนิกส์รวมทั้งระบบอินเทอร์เน็ตในการปฏิบัติการได้
- ความเสียหาย 6 ประการสำคัญที่เห็นได้ชัด ได้แก่ การสูญเสียทรัพยากรสิ้นและกระทบกระเทือนต่อเศรษฐกิจของชาติ การทำให้สูญเสียบุคคลสำคัญหรือผู้เชี่ยวชาญที่เป็นประโยชน์ต่อประเทศ การทำให้กระทบกระเทือนต่อภาพพจน์ของรัฐบาลและของประเทศ ความสั่นเปลี่ยงงบประมาณของประเทศในการเตรียมการต่อต้านการก่อการร้าย การก่อให้เกิดความวิตก ทำลายขวัญประชาชนเสมือนหนึ่งสงครามจิตวิทยา และความบาดหมางในทางการเมืองระหว่างประเทศ
- เหตุการณ์การก่อการร้ายในอนาคตสำหรับประเทศไทยยังมีความเสี่ยงสูง มีแนวโน้มที่จะเกิดเป็นลักษณะดังนี้ (1) การทำลายระบบความปลอดภัยข้อมูลข่าวสารของประเทศทาง Internet (2) การลอบวางระเบิด ลอบยิง ช่มชู้ จี้ตัวประกัน (3) การจู่โจมด้วยวิธีการ หรือ เครื่องมือที่ไม่คาดคิดที่อาจรวมไปถึงการใช้อาวุธเชื้อโรคและเคมีชีวภาพซึ่งต้องการการเตรียมพร้อมของระบบสาธารณสุขของประเทศ

1. สถานการณ์ความมั่นคงในบริบทใหม่

สถานการณ์ความมั่นคงในปัจจุบันนับว่ามีความเสี่ยงในมิติที่แตกต่างจากกรอบความคิดและหลักนิยมเดิมไปแทบทั้งหมด ทั้งนี้เนื่องมาจากผลของการก่อการร้ายทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับข้ามชาติ ในระดับการก่อการร้ายสากลนั้นได้มีการทบทวนสถานการณ์มาโดยตลอดตั้งแต่หลังเหตุการณ์ 9/11 เช่น Mapping The Jihadist Threat : The War on Terror Since 9/11 K.M. Campbell and W.Darsie (Editors) ¹ ซึ่งได้เปรียบเทียบถึงหลักคิดทางยุทธศาสตร์ของมหาอำนาจในช่วงสงครามเย็นที่มหาอำนาจ (สหรัฐอเมริกา และสหภาพโซเวียต) ได้อาศัยการคุมเชิง (Co-exist Under Mutual Deterrent) แต่สามารถยับยั้งสงครามขนาดใหญ่และสงครามนิวเคลียร์ได้ แต่สงครามการก่อการร้ายสากลไม่สามารถใช้หลักคิดเดิมได้เลยเพราะไม่สามารถกำหนดภัยคุกคาม ที่ตั้ง กำลังทหารและอาวุธได้ แต่ข้อสรุปข้อหนึ่งของการศึกษานี้ก็คือการก่อการร้ายสามารถเกิดขึ้นได้ทุกแห่ง ใช้อาวุธที่พัฒนาขึ้นได้อย่างหลากหลาย



และที่สำคัญที่สุดนั้นกลุ่มก่อการร้ายสามารถใช้ระบบสื่อสาร คอมพิวเตอร์และอิเล็กทรอนิกส์รวมทั้งระบบอินเทอร์เน็ตในการปฏิบัติการ นอกเหนือจากอิรักและอัฟกานิสถานอันเป็นแหล่งที่มีความขัดแย้งและแหล่งฝึก-ซ้อมกำลังแล้ว พื้นที่เสี่ยงจึงมีหลายแห่งในขณะเดียวกัน รวมไปถึงภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่เริ่มมีรอยแยกทางวัฒนธรรม-ศาสนา เกิดขึ้น

The Rand Corporation² ได้วิเคราะห์ในการต่อการก่อการร้ายสากล (ตามเอกสาร Beyond Al Queda : Part I, The Global Jihadist Movement, Angel Rabasa et al,³ และ Beyond al-Queda Part II, The Outer Rings of Terrorist Universe, Angel Rabasa et al⁴.) ได้ชี้ถึงการลุกลามและขยายวงของการก่อการร้ายในยุค Post-911 ว่าได้เกิดขึ้นในหลายแนวรบ เช่น Al-queda, Hezbollah, Hamas, GIA (Algeria's Armed Islamic Group), al-Gama'al-Islamiyya (Egypt), Tamil Eelam(Sri Lanka), Basque (Spain), FARC (Colombia), Abu-Sayaf (Philippines), JI (S.E.Asia) รวมทั้งสถานการณ์ในประเทศไทยว่ามีแนวโน้มที่จะเข้ากลุ่มกันทั้งด้านยุทธวิธีและหลักคิดตลอดจนการให้ความช่วยเหลือระหว่างกัน ถึงแม้ว่าในขณะที่ตีพิมพ์ยังจะไม่มีหลักฐานบ่งชี้ได้ชัดก็ตาม

2. สถานการณ์ความมั่นคงของไทยและการขยายวงของการก่อการร้ายสากลและภายในประเทศ

ในมิติของรัฐบาลไทย ได้ให้คำนิยามของคำ การก่อการร้ายสากลไว้ว่า "การปฏิบัติการคุกคาม หรือใช้ความรุนแรงของบุคคล หรือกลุ่มบุคคลที่มุ่งหวังผลตามเงื่อนไขข้อเรียกร้องทางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม ซึ่งส่วนใหญ่จะปฏิบัติการล่องล้าเขตแดนหรือเกี่ยวกับชาติอื่น การกระทำนั้นอาจเป็นไปโดยเอกเทศ ปราศจากการสนับสนุนจากรัฐใด ๆ หรือมีรัฐใดรัฐหนึ่งสนับสนุน เมื่อเกิดขึ้นย่อมมีผลกระทบโดยตรงต่อผลประโยชน์ของชาติ พันธกรณีระหว่างประเทศ นโยบายของชาติทางด้านการเมืองการป้องกันประเทศ เศรษฐกิจ สังคมจิตวิทยา ชื่อเสียง และเกียรติภูมิของชาติ

ความเสียหายของการก่อการร้าย ความเสียหาย จากการก่อการร้ายสากลเท่าที่ประมวลได้มีความเสียหาย 6 ประการสำคัญ ที่เห็นได้ชัดคือ

- การสูญเสียทรัพย์สินและกระทบกระเทือนต่อเศรษฐกิจของชาติ แม้การก่อการร้ายสากลจะไม่เสียหายรุนแรงเหมือนเกิดสงคราม แต่ก็เหมือนกับเป็นการบอยcott และมีผลต่อการชะงักงันทางเศรษฐกิจ
- ทำให้สูญเสียบุคคลสำคัญหรือผู้เชี่ยวชาญที่เป็นประโยชน์ต่อประเทศ บุคคลสำคัญที่ว่านี้ได้แก่ผู้บริหารประเทศ ประมุขของประเทศ ผู้นำทางการเมืองซึ่งตกเป็นเป้าหมายของผู้ก่อการร้ายสากล ในปัจจุบันได้มีการกำหนดมาตรการรักษาความปลอดภัยบุคคลขึ้นเพื่อที่จะช่วยลดปัญหาของการที่จะเป็นเป้าหมายการก่อการร้ายสากลลง
- ทำให้กระทบกระเทือนต่อภาพพจน์ของรัฐบาลและของประเทศ
- ความสิ้นเปลืองงบประมาณของประเทศในการเตรียมการต่อต้านการก่อการร้าย



- ก่อให้เกิดความวิตก ทำลายขวัญประชาชนเสมือนหนึ่งสงครามจิตวิทยา เช่น กรณีสายการบินของสหรัฐอเมริกาถูกจี้บ่อยครั้ง หรือการทำลายสถานทูตสหรัฐฯ ในภูมิภาคต่างๆ เป็นต้น
- อาจจะทำให้เกิดความบาดหมางในทางการเมืองระหว่างประเทศได้

2.1 องค์การและมาตรการแก้ไขปัญหาการก่อการร้ายสากลในไทย

เท่าที่ผ่านมาและจากแนวโน้มการก่อการร้ายในประเทศ สำหรับประเทศไทยแต่เดิมแล้วไม่ใช่เป้าหมายหลักของการก่อการร้ายสากล เพียงแต่อาจใช้ประเทศไทยเป็นทางผ่าน หรือเป็นแหล่งวางแผนหลบซ่อนตัว มากกว่าจะทำให้ประเทศไทยเป็นจุดสนใจของชาวโลก แต่ปัจจุบันประเทศไทยได้รับผลกระทบจากการก่อการร้ายในระดับรุนแรง นับแต่เหตุการณ์ปล้นปืนเมื่อปี 2547 ดังนั้น จึงต้องมีองค์กรที่รับผิดชอบหลักในการต่อต้านการก่อการร้ายในประเทศไทยและต้องกำหนดหน่วยปฏิบัติการให้แน่ชัด รวมทั้งออกกฎหมายให้สอดคล้องกับภารกิจการต่อต้านการก่อการร้ายเพื่ออำนวยความสะดวกต่อเจ้าหน้าที่อีกด้วย

1. หน่วยงานในระดับรัฐบาล

1.1 คณะกรรมการนโยบายและอำนวยการแก้ไขปัญหาการก่อการร้ายสากล (นอก.) ซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานกรรมการ ประกอบด้วย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงกลาโหม, รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย, รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง, รัฐมนตรีว่าการกระทรวงต่างประเทศ, รัฐมนตรีว่าการกระทรวงคมนาคม, เลขาธิการนายกรัฐมนตรี, อัยการสูงสุด, ผู้บัญชาการทหารสูงสุด, ผบ.เหล่าทัพ, ผบ.ตร., อธิบดีกรมสนธิสัญญาและกฎหมาย โดยมีเลขาธิการ สมช. เป็นกรรมการและเลขานุการ มีอำนาจหน้าที่ดังนี้

- พิจารณาปรับปรุงแก้ไขนโยบายและแนวความคิดในการดำเนินการ ตามนโยบายการแก้ไขปัญหาการก่อการร้ายสากลให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป
- เมื่อสถานการณ์การก่อการร้ายเกิดขึ้นในประเทศหรือภายนอกประเทศ กรรมการคณะนี้จะต้องปฏิบัติงาน ณ ที่ที่กำหนดไว้จนกว่าสถานการณ์จะเรียบร้อย หากคณะกรรมการผู้ใดไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ จะต้องมอบหมายผู้แทนหรือผู้มีอำนาจหน้าที่เดิมมาปฏิบัติหน้าที่แทนและคณะกรรมการนี้จะได้พิจารณาและเสนอแนะมาตรการปฏิบัติแก่รัฐบาลเพื่อตกลงใจต่อไป
- มอบหมายมาตรการปฏิบัติและอำนวยการในการแก้ไขปัญหาลแล้วแต่กรณีให้แก่หน่วยในองค์กรระดับปฏิบัติที่ทำหน้าที่ควบคุมสถานการณ์ หรือมอบหมายให้หน่วยกำลังพิเศษอื่นตามความจำเป็นแล้วแต่กรณี
- มีอำนาจแต่งตั้งคณะอนุกรรมการหรือคณะบุคคล เพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่ตามภารกิจที่ได้รับมอบหมาย
- มีอำนาจเชิญบุคคลมาชี้แจงข้อเท็จจริง หรือข้อคิดเห็นเพื่อการปฏิบัติการกิจของคณะกรรมการ
- หากมีปัญหาในทางการบริหารที่จำเป็นและเร่งด่วนให้ประธานคณะกรรมการนี้มีอำนาจในการพิจารณาตกลงใจและสั่งการ และแจ้งให้คณะกรรมการทราบต่อไป



1.2 คณะอนุกรรมการอำนวยการแก้ไขปัญหการก่อการร้ายสากล เป็นคณะอนุกรรมการตั้งขึ้นมา เพื่อให้การปฏิบัติงานในการแก้ไขปัญหการก่อการร้ายสากลดำเนินการไปอย่างต่อเนื่อง และมีองค์การสำคัญรองรับภารกิจของคณะกรรมการนโยบายและอำนวยการแก้ไขปัญหการก่อการร้ายสากล โดยมีผู้บัญชาการทหารสูงสุด เป็นประธานอนุกรรมการ และผู้แทนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นอนุกรรมการ โดยมีเจ้ากรมยุทธการทหารเป็นอนุกรรมการและเลขานุการอำนาจหน้าที่

- ในสถานการณ์ปกติ ศึกษาสถานการณ์และการเคลื่อนไหวของกลุ่มก่อการร้ายต่าง ๆ
- ศึกษาและทบทวนมาตรการป้องกันและตอบโต้การก่อการร้ายสากลให้ถูกต้องเหมาะสมและสมบูรณ์เสมอ
- ศึกษาปัญหา วิเคราะห์ข้อขัดข้องและเสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหหรือข้อขัดข้องต่าง ๆ ของหน่วยปฏิบัติ สามารถปฏิบัติการกิจได้ โดยมีประสิทธิภาพสมบูรณ์
- ในกรณีปรากฏข่าวสารหรือมีสิ่งบอเหตุว่าใกล้จะเกิดการก่อการร้ายสากล ให้พิจารณาถ่วงดุลโดยด่วน เพื่อให้สามารถรายงานต่อเลขานุการของคณะกรรมการนโยบายและอำนวยการแก้ไขปัญหการก่อการร้ายสากล เพื่อจะได้พิจารณาดำเนินการต่อไป
- ในระหว่างที่สถานการณ์ก่อการร้ายสากลอยู่ ให้ปฏิบัติหน้าที่ภายใต้การบังคับบัญชาโดยตรงของคณะกรรมการนโยบายและอำนวยการแก้ไขปัญหการก่อการร้ายสากล เพื่อช่วยเหลือในการพิจารณากำหนดนโยบายหรือมาตรการแก้ไขปัญห ได้ตามความจำเป็นของสถานการณ์
- เมื่อสถานการณ์ก่อการร้ายสิ้นสุดลงแล้ว จัดทำรายงานผลการดำเนินการเพื่อให้ประธานคณะกรรมการฯ เสนอนายกรัฐมนตรีและจัดทำแถลงข่าวเพื่อแจ้งให้สาธารณชนทราบ
- พิจารณากำหนดมาตรการต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้เป็นกรรมการและอนุกรรมการสามารถ ติดต่อกันได้รวดเร็วทันทั่วทั้ง รวมทั้งการจัดทำแนวทางดำเนินการที่จำเป็นอย่างอื่น ๆ เพื่อให้คณะกรรมการนโยบายและอำนวยการแก้ไขปัญหการก่อการร้ายสากลและสามารถปฏิบัติตามภารกิจได้โดยสมบูรณ์
- ปฏิบัติภารกิจอื่นตามที่ได้รับมอบหมายจากประธานหรือเลขานุการคณะกรรมการนโยบายและอำนวยการแก้ไขปัญหการก่อการร้ายสากล

2. ระดับกองบัญชาการทหารสูงสุด

ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการก่อการร้ายสากลเป็นส่วนราชการเฉพาะกิจ ขึ้นตรงกองบัญชาการทหารสูงสุด และให้หน่วยปฏิบัติการพิเศษของเหล่าทัพและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ขึ้นควบคุมยุทธการกับศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการก่อการร้ายสากลเมื่อมีการปฏิบัติการ ทั้งนี้ การที่ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการก่อการร้ายสากล ขึ้นการบังคับบัญชากับกองบัญชาการทหารสูงสุด เพื่อให้มีเอกภาพในการบังคับบัญชา มีความรวดเร็วในการสั่งการและการปฏิบัติ รวมทั้งการนำระบบการควบคุมบังคับบัญชา การสื่อสารและการข่าวกรอง (C2I) ของกองบัญชาการทหารสูงสุดมาใช้สนับสนุนการปฏิบัติงานของศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการก่อการร้ายสากล เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงขึ้น



3. ระดับกองทัพบก

หน่วยที่มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาคือการต่อต้านการก่อการร้ายสากลระดับกองทัพบก ได้แก่ หน่วยบัญชาการสงครามพิเศษ ซึ่งมีหน้าที่ปฏิบัติการสงครามพิเศษ อันประกอบด้วย สงครามนอกแบบ การป้องกันและปราบปรามการก่อความไม่สงบและการปฏิบัติการจิตวิทยา โดยมีหน่วยรองที่เป็นหน่วยปฏิบัติหลักในการปฏิบัติการต่อต้านการก่อการร้ายได้แก่ กรมรบพิเศษที่ 3 ซึ่งประกอบด้วย 1 พัน. จูโจม, 1 พัน.ปฏิบัติการพิเศษ, 1 ร้อย.จก.90 มีหน้าที่ปฏิบัติการต่อต้านและตอบโต้การก่อการร้ายทุกรูปแบบตามที่ได้รับมอบจากหน่วยเหนือ

2.2 แนวโน้มปัญหาการก่อการร้าย

ปัจจุบัน การก่อการร้ายสากลได้กลายเป็นภัยคุกคามต่อความมั่นคงและสันติภาพของโลก ในประเทศไทยของเราก็ได้รับผลกระทบจากการก่อการร้ายสากลเช่นกัน องค์การก่อการร้ายดังกล่าวส่วนใหญ่เป็นกลุ่มในแถบตะวันออกกลางและใช้ยุทธวิธีพิสัย ซึ่งมีความรุนแรงสูง สำหรับกลุ่มก่อการร้ายในประเทศไทยปัจจุบันได้เริ่มเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ มีการสูญเสียของของเจ้าหน้าที่และประชาชนโดยมียอดผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตในแต่ละปีกลับสูงขึ้น ดังเช่นในปี 2547 มีผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจำนวน 1,438 คน ปี 2548 มี 1,643 คน ปี 2549 มี 1,877 คน และในปี 2550 มีถึง 2,295⁵ แม้ว่าในปี 2550 ทหารจะเปิดยุทธการขนาดใหญ่เพื่อสลายโครงสร้างองค์กรก่อความไม่สงบ แต่จำนวนตัวเลขผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตกลับเพิ่มมากขึ้นกว่าทุกปี ซึ่งแสดงว่าความรุนแรงมิได้ลดระดับลงไปด้วย

ภาพของเหตุการณ์การก่อการร้ายในอนาคตสำหรับประเทศไทยมีแนวโน้มที่จะเกิดเป็นลักษณะดังนี้

1. การทำลายระบบความปลอดภัยข้อมูล ข่าวสารของ ประเทศทาง Internet
2. การลอบวางระเบิด ลอบยิง ช่มชู้ จี้ตัวประกัน
3. การจู่โจมด้วยวิธีการ หรือเครื่องมือที่ไม่คาดคิดที่อาจรวมไปถึงการใช้อาวุธเชื้อโรคและเคมีชีวภาพ

สถานการณ์ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ในปี 2551 หากพิจารณาจากพัฒนาการของสถานการณ์ และสภาวะแวดล้อมในห้วงเวลาปัจจุบัน ก็อาจคาดการณ์ได้ว่า กลุ่มก่อความไม่สงบจะยังคงปฏิบัติการทางทหารอยู่ต่อไป และจะยกระดับความรุนแรงในเชิงคุณภาพมากยิ่งขึ้น โดยหวังผลความสูญเสียที่ใหญ่โต และกว้างขวาง สังเกตได้จากการวางระเบิดในระยะหลัง มักหวังผลความเสียหายในวงกว้าง การจู่โจมตีกียกระดับเป้าหมายที่มีตำแหน่งสำคัญในราชการสูงขึ้น ในทางการเมืองคาดว่า กลุ่มก่อความไม่สงบน่าจะใช้ความพยายามทำงานแนวร่วมกับองค์กรสากลเพิ่มขึ้น โดยใช้เงื่อนไขการปราบปราม และการละเมิดสิทธิมนุษยชนของเจ้าหน้าที่รัฐเป็นเงื่อนไขหลัก ประสานกับการเคลื่อนไหวของกลุ่มการเมืองในระบบระดับต่างๆ และองค์กรพัฒนาเอกชนบางองค์กรที่ได้รับข้อมูลซึ่งไม่ชัดเจนเพียงพอทั้งทางตรงและทางอ้อม



ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์ (นักศึกษา วปอ. รุ่นที่ 44)⁶ ได้วิเคราะห์ถึงความเสี่ยงของประเทศไทย มีโอกาสที่จะเกิดการก่อการร้ายด้วยอาวุธชีวภาพเนื่องจากเป็นศูนย์กลางการคมนาคม การเดินทางเข้าออกประเทศมีความสะดวก การตรวจสอบไม่เข้มงวดเท่าที่ควร การลักลอบนำเข้าอาวุธชีวภาพทำได้ง่าย ที่สำคัญเพราะประเทศไทยมีความสัมพันธ์ทางการทูตกับสหรัฐอเมริกาซึ่งเชื่อว่าเป็นเป้าหมายที่สำคัญที่สุดของการก่อการร้ายในทุกรูปแบบโดยเฉพาะอย่างยิ่งการก่อการร้ายด้วยอาวุธชีวภาพ และโดยภาพรวมในด้านการแพทย์และสาธารณสุข ยังอยู่ในระดับที่เสี่ยงอย่างยิ่งทั้งทางด้านบุคลากร อัตราค่าจ้าง โครงสร้างและองค์กรประสานงาน

การชันสูตรโรค (กระทรวงสาธารณสุขสามารถชันสูตรเชื้อแอนแทรกซ์ที่เป็นเชื้อโรคที่สำคัญ แต่หากมีเชื้อตัวใหม่ที่ได้รับการพัฒนาให้เป็นอาวุธชีวภาพ ก็อาจทำให้การชันสูตรโรคมีปัญหา) และที่สำคัญที่สุดนั้นความพร้อมโรงพยาบาลในด้านต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการก่อการร้ายด้วยอาวุธชีวภาพพบว่า โรงพยาบาลมีความพร้อมในการดำเนินการในที่เกิดเหตุ ในระดับปานกลาง และมีการเตรียมการด้านยาและเวชภัณฑ์ในระดับน้อยหรือไม่มีเลย โดยสรุป ความพร้อมทางการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อรองรับการก่อการร้ายด้วยอาวุธชีวภาพยังอยู่ในระดับที่น่าเป็นกังวล

3. สรุป

โดยสรุปแล้วประเทศไทยยังอยู่ในสถานะเสี่ยงต่อการขยายวงของการก่อการร้าย แม้ว่ารัฐบาลและหน่วยงานความมั่นคงจะปรับยุทธศาสตร์และยุทธวิธีมาหลายครั้ง การขยายวงนั้นมีโอกาสที่จะเกิดขึ้นทั้งในมิติของความรุนแรง และขอบเขตของการปฏิบัติการ ดังนั้น การแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อนเช่นนี้อาจจะต้องใช้เครื่องมือหลากหลายในขณะเดียวกันก็ต้องสร้างเศรษฐกิจและสังคมให้เข้มแข็งขึ้นนั้น จำเป็นต้องให้ความสำคัญต่อความมั่นคงของมนุษย์ การสร้างกลไกของรัฐ-ประชาสังคมที่เข้มแข็ง ซึ่งไม่อาจจะเล็งถึงบทบาทของการสาธารณสุขได้เลย

บทบาทที่สำคัญของรัฐด้านหนึ่งคือการพัฒนาศักยภาพทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเพื่อการต่อต้านการก่อการร้าย R.Narasimha, A.Kumar, S.P.Cohen and R.Guenther⁷ ได้วิเคราะห์ถึงบทบาทและแนวทางในการรับมือกับภัยคุกคามใหม่ด้วยการพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี โดยเน้นไปถึงการรับมือใน 2 ระดับคือการต่อต้านการก่อการร้ายในระดับที่มีเป้าหมายทางการเมืองที่มีขอบเขตจำกัด การต่อรอง หรือการข่มขู่ (เช่นการวางระเบิด การข่มขู่ยิง) และการต่อต้านการก่อการร้ายในระดับยุทธศาสตร์ที่มีผลกระทบต่อความมั่นคงในวงกว้าง (เช่น กรณี 9/11 กรณีการใช้ก๊าซซารินของกลุ่มโอมชินริเกียวในโตเกียว) มาตรการที่ต้องใช้จึงแตกต่างกันและมีผลต่อการเตรียมการทางการแพทย์-สาธารณสุขอย่างยิ่ง บทเรียนเหล่านี้จึงมีความสำคัญต่อกรณีศึกษาของประเทศไทยในการเตรียมการรับต่อสถานการณ์ความมั่นคงในอนาคต

บรรณานุกรม

- ¹ K.M. Campbell and W.Darsie (Editors), Mapping The Jihadist Threat : The War on Terror Since 9/11, The Aspen Institute, Washington DC, 2006, ISBN 0-89834-456-4 (www.aspen.org)
- ² WWW.Rand.org
- ³ Angel Rabasa, et al, Beyond Al-Queda Part I, The Global Jihadist Movement, ISBN -13:978-0-8330-3930-9, MG 429, The Rand Corporation, Santa Monica, CA, 2006.
- ⁴ Angel Rabasa, et al, Beyond Al-Queda Part II, The Outer Rings of the Terrorist Universe, ISBN -13:978-0-8330-3932-3, MG430, The Rand Corporation, Santa Monica, CA, 2006.
- ⁵ นายประสิทธิ์ เมฆสุวรรณ ที่ปรึกษาสมาพันธ์ครูจังหวัดชายแดนภาคใต้ ศูนย์เฝ้าระวังสถานการณ์ภาคใต้ (www.deepsouthwatch.org) “วิเคราะห์การรบชายแดนใต้ ‘ยิงรุกทางทหาร ยิงตั้งรับทางการเมือง’ แนวโน้มความรุนแรงเชิงคุณภาพปี 2551”, www.prachatai.com, 2551
- ⁶ ศุภชัย คุณารัตนพฤษ, การเตรียมความพร้อมทางการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อรองรับการก่อการร้ายด้วยอาวุธชีวภาพ, วิทยานิพนธ์นักศึกษา วปอ. รุ่นที่ ๔๔, วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร
- ⁷ R.Narasimha, A.Kumar, S.P.Cohen and R.Guenther (Editors), Science and Technology to Counter Terrorism, Proceedings of Indo-U.S. Workshop, ISBN 0-309-66951-0, (2007), The National Academies Press, Washington D.C., (www.nap.edu)



ความไม่แน่นอนของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

Uncertainty Factors : UF

ความไม่แน่นอนต่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอันเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงหรือความก้าวหน้าของเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพหรือการบริหารจัดการระบบ

นำชัย ชีววิวรรณ

ประเด็นที่น่าสนใจ

- เทคโนโลยีที่เกิดขึ้นใหม่ จะเปลี่ยนแปลงแนวทางการวินิจฉัยโรคที่เพิ่มความถูกต้องแม่นยำในการวินิจฉัยมากขึ้น ซึ่งแม้จะได้ประโยชน์ในด้านต่างๆ จากเทคโนโลยี แต่ก็เป็นเรื่องยากที่จะประเมินความคุ้มค่าของเทคโนโลยีจำนวนมาก
- เทคโนโลยีใหม่ๆ จะส่งเสริมแนวทางการแพทย์เชิงป้องกันส่วนบุคคล ผ่านการค้นพบโรคในระยะแรก การพัฒนาด้านการพยากรณ์โรค อย่างไรก็ตามโรคที่มีความซับซ้อนและยังไม่มีการรักษาที่ได้ผลดี ประเด็นนี้อาจส่งผลกระทบร้ายแรงจนถึงระดับที่มีการฟ้องร้องกันมาแล้วได้
- เทคโนโลยีใหม่ๆ จะเกี่ยวพันกับประเด็นทางชีวจริยธรรมมากขึ้น โดยเฉพาะด้านการบำบัดโรค เช่น การใช้ Stem cell หรือ Therapeutic cloning แต่มักเป็นประเด็นที่มีการโฆษณาประชาสัมพันธ์กันกว้างขวาง
- เทคโนโลยีใหม่ๆ จะเกี่ยวพันกับความลับส่วนบุคคล ทั้งในส่วนของความก้าวหน้าทางอิเล็กทรอนิกส์ที่เอื้อต่อการพัฒนาระบบฐานข้อมูลการแพทย์และสาธารณสุข และความก้าวหน้าด้านสารสนเทศด้านพันธุกรรม ซึ่งมีทั้งประโยชน์และเป็นความเสี่ยงต่อระบบที่จะต้องปกป้องความลับของผู้ป่วย อันเป็นเรื่องที่ต้องพิจารณา
- เทคโนโลยีใหม่จะเปิดโอกาสให้รองรับสังคมชราภาพและทุพพลภาพได้ดีขึ้น เช่น เทคโนโลยีวิศวกรรมเนื้อเยื่อ ความก้าวหน้าด้านวัสดุศาสตร์ โรบोटิกส์ และไบโอนิกส์ ซึ่งเทคโนโลยีเหล่านี้มักต้องนำเข้าจากต่างประเทศ

สถานการณ์ของความไม่แน่นอน

สุขภาพของประชาชนในประเทศใดประเทศหนึ่ง ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่หลากหลายซึ่งครอบคลุมทั้งปัจจัยภายในของประเทศนั้นเอง ไม่ว่าจะเป็นโครงสร้างของประชากร ระดับการศึกษา สุขนิสัย และวัฒนธรรมของการกินอยู่ของประชากร นอกจากนี้ ยังรวมไปถึงเรื่องการบริหารจัดการ ซึ่งครอบคลุมทั้งเรื่องงบประมาณและจำนวนบุคลากร ในขณะที่เดียวกัน ปัญหาเรื่องโรคภัยต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นโรคอุบัติ



ใหม่ (เช่น โรคซาร์สและไข้หวัดนก) โรคอุบัติซ้ำ (เช่น โรคมาลาเรียและวัณโรคชนิดดื้อยา) และโรคสำคัญอื่นๆ (เช่น HIV/AIDS โรคมะเร็ง โรคหัวใจ ฯลฯ) ก็เป็นปัจจัยที่สำคัญยิ่งเช่นกัน และอาจส่งผลกระทบอย่างรุนแรงทั้งต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ และความมั่นคงของประเทศโดยรวม นอกจากนี้แล้วปัจจัยภายนอก เช่น การอพยพผู้คนที่เป็นพาหะของโรคผ่านชายแดนหรือผ่านการท่องเที่ยว ปัญหาการค้า ยาแพ่ง และผูกขาดโดยบริษัทขนาดใหญ่เพียงไม่กี่ราย เนื่องจากต้องอาศัยเทคโนโลยีและการลงทุนสูง ก็ล้วนแล้วแต่มีส่วนสำคัญต่อสุขภาพของคนในชาติได้ทั้งสิ้น

ปัจจัยสำคัญอีกปัจจัยหนึ่งได้แก่เรื่องของความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยี (รวมทั้งการบริหารจัดการเทคโนโลยี) ซึ่งอาจมีลักษณะเป็นทั้งปัจจัยภายในและภายนอกไปในขณะเดียวกัน ดังนั้น การบริหารจัดการเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม จะเป็นทั้งการเสริมสร้างโอกาส และความเข้มแข็งให้แก่ประเทศ รวมทั้งลดความเสี่ยงหรือปัจจัยคุกคามที่ไม่ปรารถนา หากแนวทางการบริหารจัดการทำได้ดีพอ เราอาจปรับเปลี่ยนสถานะจากประเทศผู้บริโภคนวัตกรรมเทคโนโลยีแต่เพียงอย่างเดียว จนเกินพอดี กลายเป็นประเทศที่สามารถเลือกบริโภคนวัตกรรมได้อย่างเหมาะสมและอย่างรู้เท่าทัน รวมไปถึงสามารถใช้หรือต่อยอดเทคโนโลยีใหม่ๆ ได้อย่างเหมาะสมจนเกิดประโยชน์สูงสุด

ทิศทางของเทคโนโลยีและผลกระทบ

เทคโนโลยีใหม่ๆ ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันนี้ แม้ว่าจะมีเป็นจำนวนมากและมีอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วมากขึ้นเรื่อยๆ ตามปริมาณความรู้ที่เพิ่มขึ้นด้วยอัตราเร่งตลอดเวลา แต่ก็มีเพียงจำนวนน้อยที่เป็นเทคโนโลยีใหม่เอี่ยมแกะกล่อง ไม่ได้อาศัยความรู้ วิธีการหรือเทคโนโลยีเดิมๆ ที่มีอยู่หรือใช้ก็น้อยมาก ตัวอย่างเช่น พันธุวิศวกรรม (genetic engineering) และนาโนเทคโนโลยีในระยะแรกเริ่มในทางตรงกันข้าม เทคโนโลยีใหม่ๆ แทบทั้งหมดเกิดจากการต่อยอดจากความรู้วิทยาศาสตร์หรือเทคโนโลยีเดิมที่มีอยู่แล้ว เช่น จากพันธุวิศวกรรมต่อยอดจนได้เป็นจีโนมิกส์ (genomics) และโปรตีโอมิกส์ (proteomics) เป็นต้น หรือไม่ก็เกิดจากการบรรจบกันของสองศาสตร์เดิม เช่น ชีวสารสนเทศ (bioinformatics) กที่เกิดจากการนำความรู้ด้านสารสนเทศเข้ามาประยุกต์ใช้ในการแก้ปัญหาทางอณูชีววิทยา (molecular biology) เป็นต้น

ในการนำเทคโนโลยีใหม่ๆ มาใช้หรือไม่นั้น หากพิจารณาจากประโยชน์สูงสุดที่จะพึงเกิดกับสังคมไทยแล้ว มีข้อควรคำนึงสำคัญ 3 ประการคือ

1. ควรนำเทคโนโลยีอุบัติใหม่เหล่านั้นมาใช้หรือไม่ใช้ และควรจะใช้ “กฎเกณฑ์” ใดในการตัดสินใจเรื่องนี้
2. หากพิจารณาเห็นว่าสมควรนำเทคโนโลยีอุบัติใหม่เหล่านั้นมาใช้ ต้องพิจารณาว่าจะสามารถนำมาใช้ในบริบทของสังคมไทยให้เหมาะสมได้อย่างไร มีข้อจำกัดหรือข้อควรระวัง รวมทั้งข้อเสียอย่างไรบ้างที่อาจเกิดขึ้นหรือจะเกิดขึ้นอย่างแน่นอน
3. มีโอกาสที่จะต่อยอดการพัฒนาจากเทคโนโลยีเหล่านั้นหรือไม่ หากสามารถใช้เทคโนโลยีเหล่านั้นเป็นฐานในการต่อยอดความรู้ทางวิทยาศาสตร์ หรือความสามารถทางวิศวกรรม



จนไม่ได้กลายเป็นผู้บริโภคอย่างเดียวนั้น จะช่วยเพิ่มมูลค่าเชิง-เศรษฐกิจและช่วยเพิ่มองค์ความรู้โดยรวมให้กับสังคมไทยได้

สำหรับแนวโน้มของการเกิดประเด็นใหม่ๆ อันเป็นผลมาจากความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีชีวแพทยศาสตร์ (biomedicine technologies) จนอาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพหรือการบริหารจัดการมีหลายประเด็น ตัวอย่างประเด็นหลักที่ควรพิจารณามีดังนี้

ประเด็น 1: เทคโนโลยีใหม่ๆ จะกระทบแนวทางการวินิจฉัยโรค

เทคโนโลยีใหม่ๆ หลายเทคโนโลยี มีส่วนช่วยและเป็นทางเลือกที่ทำให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ สามารถตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคต่างๆ ได้อย่างละเอียดถี่ถ้วนและถูกต้องมากยิ่งขึ้น เช่น เทคโนโลยี CT scan หรือ CAT (Computed Axial Tomography) และเทคโนโลยีอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องหรือคล้ายคลึงกัน (สร้างภาพแบบดิจิทัล) ทำให้ได้ข้อมูลเสริมจากเทคโนโลยีที่มีอยู่เดิมคือ การฉายรังสีเอกซ์และการทำอัลตราซาวด์ เทคนิคใหม่ๆ เหล่านี้ปัจจุบันได้รับความนิยมเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการใช้ตรวจคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงเป็นโรคมะเร็งบางประเภท [1, 2] แต่อุปกรณ์ที่ใช้ในการทำ CT scan ยังมีราคาสูงมาก และหากเลือกใช้อย่างไม่เหมาะสมจะเกิดผลเสียคือ เพิ่มภาระค่าใช้จ่ายแก่ผู้ป่วย เช่นเดียวกับการเพิ่มความเสี่ยงจากการใช้เทคโนโลยีนั้นๆ โดยไม่จำเป็น (แม้ว่าอาจจะมีความเสี่ยงจากเทคโนโลยีใหม่ๆ เหล่านี้ไม่มากนักก็ตาม) และทำให้เกิดช่องว่างที่กว้างมากขึ้นของการรับบริการด้านสุขภาพที่เป็นผลจากความแตกต่างของฐานะของผู้รับการตรวจอีกด้วย

ตัวอย่างที่ชัดเจนในเรื่องนี้ก็คือ อุปกรณ์การทำ PET (Positron Emission Tomography) scan นั้นมีราคาสูงถึงระดับร้อยล้านบาท การตรวจหนึ่งครั้งจะมีค่าใช้จ่ายสูงถึงราว 4-7 หมื่นบาท สำหรับประเทศไทยมีเครื่องมือนี้แล้ว 4 เครื่องและกำลังนำเข้าอีก 1 เครื่อง ทั้งหมดอยู่ในกรุงเทพฯ โดยกระจายอยู่ตามโรงพยาบาลตามมหาวิทยาลัยต่างๆ และโรงพยาบาลเอกชน [3] มีผลการวิจัยเบื้องต้นที่ระบุว่า เป็นเรื่องยากที่จะประเมินความคุ้มค่าจากการใช้เทคนิคเหล่านี้ เพราะอันที่จริงแล้วเครื่องมือเหล่านี้เพียงแต่เพิ่มความถูกต้องแม่นยำในการวินิจฉัยโรค แต่ยังขาดหลักฐานที่จะแสดงว่าการตรวจแบบนี้จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหรือมีอายุขัยที่ยืนยาวขึ้นจริง เพราะสิ่งเหล่านี้ขึ้นกับปัจจัยสำคัญอื่นๆ ด้วย นั่นก็คือ ตัวแพทย์และผู้ป่วยเองที่เป็นผู้ตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาซึ่งหากไม่มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการรักษา ผลลัพธ์ก็คือไม่มีความแตกต่างกันกับช่วงเวลาก่อนที่จะมีการใช้วิธี PET scan แต่อย่างใด จึงทำให้ไม่เกิดประโยชน์อย่างแท้จริงแต่อย่างใด [3]

ความต้องการอุปกรณ์ที่ใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ ก็มีลักษณะคล้ายคลึงกับกรณีของเครื่อง PET scan ยกตัวอย่างเช่น ประมาณว่าในขณะนี้ก็มีเครื่อง MRI (Magnetic Resonance Imaging) อยู่มากกว่า 40 เครื่องทั่วประเทศ และยังมีแนวโน้มจะมีการสั่งซื้อเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ

ดังนั้น การวิจัยเพื่อหาความเหมาะสมของจำนวนเครื่องมือเหล่านี้ รวมไปถึงการหาระบบการจัดการที่เหมาะสม เพื่อกระจายเครื่องมือเหล่านี้อย่างเหมาะสมไปตามภูมิภาคต่างๆ ของประเทศ รวมไปถึงการสร้างความร่วมมือทั้งภาครัฐและเอกชนเพื่อให้มีการใช้เครื่องมือเหล่านี้ร่วมกัน จะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดและไม่มีลักษณะเป็นความฟุ่มเฟือยทางเทคโนโลยี จนก่อให้เกิดผลเสียเป็นภาระทาง

เศรษฐกิจแก่ประเทศและผู้ใช้บริการ อีกทั้งหากมีระบบที่กระตุ้นให้มีการพัฒนาทางวิศวกรรมที่เกี่ยวข้องกับการซ่อมบำรุง ปรับปรุง หรือแม้กระทั่งผลิตเครื่องมือเหล่านี้ได้เองด้วย ก็จะเป็นอีกแนวทางสำคัญในการปรับปรุงสถานะจากการเป็นผู้บริโภคแต่เพียงอย่างเดียว ให้กลายเป็นผู้ใช้เทคโนโลยีอย่างชาญฉลาดมากขึ้นอีกด้วย

ประเด็น 2 : เทคโนโลยีใหม่ ๆ จะส่งเสริมแนวทางการแพทย์เชิงป้องกันส่วนบุคคล

ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์รวมทั้งเทคโนโลยีใหม่ ๆ จะมีลักษณะมุ่งเน้นการแพทย์ในเชิงการป้องกัน (preventive medicine) มากยิ่งขึ้น ซึ่งส่วนหนึ่งจะเป็นผลมาจากการสะสมความรู้และได้ความรู้ใหม่ ๆ เกี่ยวกับด้านพันธุกรรมของมนุษย์และสิ่งมีชีวิตอื่น ๆ มีการพัฒนาชุดตรวจสำเร็จรูป (diagnostic kit) และเทคนิคที่มีความไวสูงอย่างเช่น เทคนิค PCR ประยุกต์แบบต่าง ๆ ที่ใช้สำหรับตรวจแนวโน้มการเกิดเป็นโรคมะเร็งหลายประเภท เช่น มะเร็งเต้านมและมะเร็งลำไส้ ซึ่งก็ได้รับความนิยมแพร่หลายมากขึ้นเรื่อย ๆ ในต่างประเทศ มีสถิติว่าการพยากรณ์โรคมะเร็งเต้านมอย่างถูกต้องช่วยให้ 88% ของผู้หญิงอเมริกันในกลุ่มเสี่ยง สามารถมีอายุยืนยาวต่อไปได้อีกไม่น้อยกว่า 10 ปีเลยทีเดียว [4]

สำหรับตัวอย่างในประเทศไทยนั้น ได้มีกลุ่มนักวิจัยที่พยายามจะพยากรณ์โรคกระดูกพรุน ซึ่งก็พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับยีนเครื่องหมายบางยีน [5] การตรวจพบแนวโน้มการเกิดโรคแต่เนิ่น ๆ ในกรณีของโรคกระดูกพรุนนี้ มีประโยชน์ช่วยในการวางแผนสุขภาพทั้งในด้านอาหารและปริมาณแคลเซียม ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพชีวิตในบั้นปลายของผู้นั้นเป็นอย่างมาก

การพยากรณ์โรคในปัจจุบัน ไม่ได้จำกัดแต่เพียงการพิจารณาจากรูปลักษณะภายนอกหรืออาการของโรคอีกต่อไป ความรู้ด้านอนุพันธุศาสตร์ (molecular genetics) ทำให้เราสามารถตรวจพบการเปลี่ยนแปลงในระดับยีน ๆ ที่เกิดขึ้นที่ยีนและ DNA และสามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในระดับดังกล่าว จนกระทั่งเห็นอาการของโรคได้ ตัวอย่างของโรคในกลุ่มนี้เช่นโรคมะเร็งลำไส้ชนิดหนึ่ง ที่ถ่ายทอดได้ทางพันธุกรรมที่เรียกว่า FAP (Familial adenomatous polyposis) ซึ่งพบบ่อยราว 1 ใน 5,000 ในกลุ่มประชากรชาวอเมริกัน [6]

ในกรณีของโรคที่พอจะทราบวิธีการป้องกันหรือรักษาแล้ว การพยากรณ์โรคมีความสำคัญและมีประโยชน์มาก แต่ในกรณีของโรคที่มีสาเหตุซับซ้อน ยังไม่มีวิธีการรักษาที่ได้ผลดี รวมทั้งวิธีการรักษาที่มีอยู่ก่อผลเสียข้างเคียงสูงเช่น โรคมะเร็ง ความแม่นยำของเทคโนโลยีหรือวิธีการตรวจ รวมไปถึงเทคนิควิธีการและการตัดสินใจของผู้ตรวจและแพทย์ อาจส่งผลกระทบร้ายแรงได้ ดังเช่นที่มีการฟ้องร้องผลการตรวจและการวินิจฉัยที่ผิดพลาดในต่างประเทศ [7]

กรณีการฟ้องร้องเหล่านี้อาจจะพบได้มากขึ้น หากมีการให้บริการการตรวจพยากรณ์และตรวจคัดกรองโรคจำเพาะบางอย่างมากขึ้นในอนาคต ดังนั้น การเตรียมมาตรการรองรับทั้งในทางคู่มือทางเวชปฏิบัติและข้อกำหนดทางกฎหมาย รวมทั้งการให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้รับการตรวจอย่างครบถ้วนรอบด้าน จึงเป็นเรื่องจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการตรวจพยากรณ์โรคเหล่านี้เช่นกัน

ประเด็น 3: เทคโนโลยีใหม่ ๆ จะเกี่ยวข้องกับประเด็นทางชีวจริยธรรมมากยิ่งขึ้น

เทคโนโลยีใหม่ๆ เช่น การบำบัดด้วยเซลล์ (cell-based therapy) ซึ่งอาศัยเทคโนโลยีการสกัดและเพิ่มจำนวนสเต็มเซลล์ (stem cell) ในห้องทดลอง และบางครั้งอาจรวมไปถึงเทคโนโลยีการทำโคลนนิ่งเพื่อประโยชน์ในการรักษาโรค (therapeutic cloning) จะเกี่ยวพันอย่างใกล้ชิดกับประเด็นด้านชีวจริยธรรม (bioethics) โดยจะเกี่ยวข้อตั้งแต่ต้นกระบวนการคือการศึกษาวิจัย ไปจนถึงปลายกระบวนการคือ การทดสอบทางคลินิกและการใช้รักษาโรค

เรื่องการโคลนนิ่งมนุษย์นั้น ประเทศต่างๆ ทั่วโลกต่างมีข้อห้ามในระดับความเข้มข้น (กฎหมาย กฎระเบียบ และแนวทางปฏิบัติ) แตกต่างกันไป เช่นเดียวกับเรื่องการนำเซลล์ที่ผ่านกระบวนการโคลนนิ่งมาใช้ในการวิจัยนั้น ก็มีความเห็นในรายละเอียดที่แตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ

สำหรับประเด็นเรื่องการใช้สเต็มเซลล์รักษาโรคนั้น มีจุดที่ถกเถียงกันอยู่หลายประการ เช่น ในขั้นตอนการวิจัยนั้น นับตั้งแต่เริ่มมีการสกัดแยกสเต็มเซลล์มนุษย์ได้สำเร็จเป็นครั้งแรกในปี 1998 [8] ก็มีผู้ไม่เห็นด้วยอย่างกว้างขวางในการใช้เอ็มบริโอ (embryo) เพื่อการวิจัยทางวิทยาศาสตร์ เนื่องจากพิจารณาเห็นว่าเอ็มบริโอมนุษย์ (แม้ในระยะหลังการผสมระหว่างอสุจิและไข่และแบ่งตัวกลายเป็นเพียงไม่กี่เซลล์) นั้นมีสถานะเป็นมนุษย์หรือบุคคลแล้ว แต่เนื่องจากข้อมูลการวิจัยแสดงว่าสเต็มเซลล์จากเอ็มบริโอนี้มีความยืดหยุ่นในการประยุกต์ใช้งาน (plasticity) สูงกว่าสเต็มเซลล์ในขั้นตอนการพัฒนาอื่นๆ [9] นักวิทยาศาสตร์จึงนิยมใช้สเต็มเซลล์ในระยะเอ็มบริโอเป็นโมเดลในการวิจัยในสัตว์ทดลอง แม้ว่าในภายหลังจะมีหลักฐานเพิ่มเติมว่าสเต็มเซลล์ในระยะอื่นเช่น adult stem cell ก็มีความยืดหยุ่นไม่น้อยเช่นกัน [10]

สำหรับการทดสอบการใช้สเต็มเซลล์ระดับคลินิกในมนุษย์นั้น แม้ว่าจะมีการทดสอบกันอยู่ในวงจำกัดเป็นส่วนใหญ่ แต่กระนั้นก็ได้เริ่มมีการโฆษณาประชาสัมพันธ์กันอย่างกว้างขวาง รวมทั้งมีการส่งตัวผู้ป่วยไปทำการรักษา ในประเทศที่มีความเข้มงวดในการกระบวนการวิจัยและรักษาทางการแพทย์ต่ำกว่า เช่น ในประเทศแถบยุโรปตะวันออก จีน และอินเดีย เป็นต้น มีตัวอย่างในประเทศสหรัฐฯ ที่หลายบริษัทในจำนวนนี้ ซึ่งไม่ได้ดำเนินการอย่างได้มาตรฐานหรือหลอกลวงผู้ป่วยในข้อมูลเรื่องประสิทธิภาพและผลกระทบอื่นๆ กำลังถูกสอบสวนหรือถูกติดตามตัวเพื่อจับกุมโดยเจ้าหน้าที่เอฟบีไออยู่ [11] ในทำนองเดียวกัน เริ่มพบการแอบอ้างเรื่องการใช้ สเต็มเซลล์ในผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางในประเทศไทยบ้างแล้ว ดังที่พบเห็นโฆษณาได้ไม่ยากนักบนเว็บไซต์ต่างๆ [12] ซึ่งมักจะแอบอ้างสรรพคุณว่าได้รับการรับรองโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) แล้วอีกด้วย อีกแง่มุมหนึ่งที่มีการถกเถียงกันอย่างกว้างขวางได้แก่ เรื่องความจำเป็นและความคุ้มค่าของการเก็บสายสะดือ [13] และรกเด็ก [14] ในรูปแบบของ “ธนาคารสเต็มเซลล์” ที่โรงพยาบาลบางแห่งดำเนินการอยู่

แง่มุมสุดท้ายที่เริ่มมีการถกเถียงถึงความเหมาะสมกันมากขึ้นเรื่อยๆ ก็คือ การตรวจวินิจฉัยโรคก่อนการฝากเอ็มบริโอสู่มดลูก (pre-implantation diagnosis, PID) ซึ่งทำได้หลังการผสมเทียมไขกับอสุจิในจานเลี้ยงและปล่อยให้มีการแบ่งเซลล์ไประยะหนึ่ง เดิม PID ใช้ตรวจในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงของโรคพันธุกรรมที่มีเคยประวัติทางครอบครัว แต่เนื่องจากเทคนิคเดียวกันนี้สามารถใช้ในการตรวจระบุเพศและลักษณะอื่นๆ บางอย่างได้อีกด้วย จึงเกิดความเป็นห่วงว่าจะสนับสนุนจนก่อให้เกิดการกีดกันและเกิดการคัดเลือกเพศทารกมากยิ่งขึ้นได้ในประเทศที่มีค่านิยมความต้องการเด็กเพศใดเพศหนึ่งมากกว่าอีกเพศหนึ่ง



ดังนั้น การประชาสัมพันธ์อย่างกว้างขวางให้ผู้ป่วยทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนรอบด้าน รวมทั้งการจัดตั้งคณะกรรมการเพื่อพิจารณากลับกรองและเพื่อดูแลหรือให้คำแนะนำในเรื่องนี้ ให้เกิดความรู้สึกทั้งในระดับสถาบัน (หรือโรงพยาบาล) และระดับประเทศ ถือเป็นเรื่องจำเป็นและรีบด่วนเพิ่มเติมจากที่ได้มีการทำล่วงหน้าไปบ้างแล้วบางส่วนใน “โครงการชีวจริยธรรมกับการวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่” ของมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติร่วมกับพันธมิตรต่างๆ [15]

ประเด็น 4: เทคโนโลยีใหม่ๆ จะเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ส่วนบุคคลอย่างใกล้ชิด

ความก้าวหน้าใหม่ๆ ด้านอิเล็กทรอนิกส์ ทำให้สามารถบรรจุข้อมูลปริมาณมากลงในชิ้นส่วนอุปกรณ์ขนาดเล็ก เช่น สามารถบรรจุข้อมูลเกี่ยวกับประชาชนแต่ละคนลงในบัตรประจำตัวประชาชนได้ ซึ่งข้อมูลส่วนหนึ่งในจำนวนนี้อาจจะครอบคลุมข้อมูลต่างๆ ทางด้านการแพทย์ด้วย เช่น นอกจากข้อมูลพื้นฐานเช่น หมู่เลือดและการแพ้ยาจำเพาะอย่าง ฯลฯ แล้ว ข้อมูลพันธุกรรม (genetic information) เฉพาะตนของแต่ละคนเช่น ข้อมูลสปีส์ (SNPs, Single Nucleotide Polymorphisms) ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับความแตกต่างในการตอบสนองต่อยาชนิดต่างๆ ของแต่ละบุคคล ก็เป็นข้อมูลอาจจะมีการบรรจุไว้ในอนาคตอันใกล้ เนื่องจากความเป็นไปได้ในเชิงเทคนิคที่เป็นผลมาจากโครงการจีโนมมนุษย์ทำให้ค่าใช้จ่ายในการอ่านรหัส DNA ด้วยเครื่องมืออัตโนมัติลดลงเหลือเพียงหน่วย (เบส) ละไม่ถึง 0.1 เหรียญสหรัฐ [16] และยังคงมีราคาถูกลงเรื่อยๆ จากการพัฒนาเทคโนโลยีใหม่ๆ ที่ใช้ในการอ่านรหัส

นอกจากนี้แล้ว ประเด็นสำคัญที่เกิดขึ้นแล้วก็คือ มีการจดสิทธิบัตรยีนที่ค้นพบใหม่โดยบริษัทฯ และบริษัทเทคโนโลยีชีวภาพในประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งนอกจากจะมีส่วนทำให้ค่าใช้จ่ายในการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่าจากราว 1 พันเป็นกว่า 3 พันเหรียญสหรัฐ นอกจากนี้ ทุกครั้งที่มีการทดสอบหรือคัดกรอง สิทธิบัตรยังครอบคลุมไปถึงการใช้ประโยชน์จากตัวอย่างของเนื้อเยื่อจากผู้เข้าทดสอบ โดยไม่ต้องขออนุญาตจากเจ้าของเนื้อเยื่อนั้นๆ ก่อนอีกด้วย ซึ่งอาจถือได้ว่าเป็นการละเมิดข้อมูลส่วนบุคคล แต่สิทธินี้ได้รับความคุ้มครองจากสิทธิบัตรดังกล่าวด้วย [17]

อีกรูปแบบหนึ่งที่จะพบมากขึ้นในอนาคตก็คือ การเข้าร่วมโครงการวิจัยนานาชาติโดยสมัครใจของประชาชนแต่ละคน เช่น การวิจัยในโครงการจีโนกราฟิก (The Genographic Project) ที่มีมูลนิธิเนชั่นแนลจีโอกราฟิก (National Geographic Foundation) และบริษัทไอบีเอ็ม (IBM) เป็นคู่ร่วมวิจัย [18] เพื่อเป้าหมายในการค้นหารายละเอียดของเส้นทางการเดินทางของบรรพบุรุษมนุษย์ผ่านประเทศและทวีปต่างๆ จนกระจายกันไปอยู่ทั่วโลก การทำวิจัยในลักษณะเป็นไปแบบไร้พรมแดน โดยผู้ที่ต้องการตรวจสอบสายสัมพันธ์ทางโลหิตกับบรรพบุรุษในอดีตและกลุ่มคนในปัจจุบัน สามารถเข้าร่วมโครงการได้โดยตรงผ่านการสั่งซื้อชุดตรวจและส่งตัวอย่าง DNA ไปยังโครงการ

การเข้าร่วมโครงการเหล่านี้ จึงเป็นหน้าที่ของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการแต่ละคนที่จะต้องศึกษาและทำความเข้าใจถึงรายละเอียดของการใช้ประโยชน์จากตัวอย่าง DNA ของตนและข้อมูลที่ได้รับมา รวมไปถึงผลประโยชน์อื่นๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นต่อเนื่องจากข้อมูลเหล่านี้ว่าจะมีส่วนใดที่เกิดประโยชน์แก่ตนเองบ้างหรือไม่

อีกประเด็นหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับกรณีของข้อมูลส่วนบุคคลก็คือ มีการเสนอให้มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูลการแพทย์และสาธารณสุขรวมของประเทศขึ้น เพื่อช่วยในกรณีที่ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องย้าย



จากสถานพยาบาลหนึ่งไปยังสถานพยาบาลอื่น อันจะทำให้แพทย์ในสถาน พยาบาลแห่งใหม่ที่รับผู้ป่วย ไป สามารถรับทราบถึงข้อมูลการแพทย์ของผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์และทันต่อเหตุการณ์มากที่สุด หากมีการนำแนวคิดนี้ไปปฏิบัติจริง การจัดระบบเพื่อปกป้องความลับของคนไข้ จะเป็นเรื่องใหญ่ ที่สุดเรื่องหนึ่งที่ต้องพิจารณา

ความจำเป็นในการรักษาความลับส่วนบุคคลของผู้ป่วยในส่วนของ “ข้อมูลพันธุกรรม (genetic information)” เหล่านี้ ควรจะต้องมีการวางแผนกันอย่างรัดกุม ซึ่งครอบคลุมทั้งเรื่องสิทธิในการเข้าถึง และสิทธิในการนำข้อมูลเหล่านั้นไปใช้ประโยชน์ เช่น สามารถป้องกันไม่ให้บริษัทต่างๆ (รวมทั้งบริษัท ประกันชีวิต) ซึ่งอาจนำข้อมูลเหล่านี้ไปใช้โดยไม่แจ้งบุคคลผู้เจ้าของข้อมูลพันธุกรรมนั้นๆ ได้ เป็นต้น นอกจากนี้แล้วระดับชั้นความลับของข้อมูลพันธุกรรมเหล่านี้ก็ต้องมีการพิจารณาอย่างเหมาะสมรัดกุม เช่นกัน

ประเด็น 5: เทคโนโลยีใหม่ๆ จะรองรับสังคมชราภาพและคุณภาพชีวิต

เทคโนโลยีใหม่ๆ ด้าน regenerative medicines เช่น วิศวกรรมเนื้อเยื่อ (tissue engineering) และชีววิศวกรรม (bioengineering) เพื่อสร้างเสริมทดแทนเซลล์ เนื้อเยื่อ และอวัยวะที่สึกหรอ มีความ คืบหน้าขึ้นมากในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา นอกจากผิวหนังเทียมสำเร็จรูปและผิวหนังเทียมเพาะเลี้ยงจาก เซลล์ของผู้ป่วยเอง ซึ่งมีใช้กันมานานับทศวรรษแล้ว [19] ยังมีความพยายามจะสร้างอวัยวะใหม่ขึ้นทั้งชิ้น อีกด้วย เช่น ในปี 2006 มีการวิจัยในห้องแล็บที่แสดงว่า นักวิจัยสามารถสร้างกระเพาะปัสสาวะทั้งอวัยวะ ขึ้นได้ในห้องทดลองได้ [20] ยิ่งไปกว่านั้น ยังมีงานวิจัยที่ศึกษาการใช้เซลล์สัตว์ในปลูกถ่ายเพื่อรักษาโรค ในมนุษย์ (xenotransplantation) ที่มีแนวโน้มในทางดี เช่น เซลล์สุกรที่ผ่าตัดให้ผู้ป่วยนานถึง 10 ปียังคง มีชีวิตอยู่ และบางส่วนยังคงสามารถผลิตฮอร์โมนอินซูลินได้อีกด้วย [21]

นอกจากนี้แล้ว ความก้าวหน้าด้านวัสดุศาสตร์ (material sciences) ยังทำให้เราสามารถใช่วัสดุ ใหม่ๆ เพื่อประโยชน์ในการแพทย์ได้อย่างหลากหลาย เช่น การใช้วัสดุหลากหลายชนิดรวมทั้งพลาสติก ในการทำหัวใจเทียมชื่อ AbioCor ซึ่งเป็นหัวใจเทียมชนิดฝังในตัวได้ทั้งชิ้น [22] สำหรับประเทศไทยมี งานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่า ไททาเนียมมีความเหมาะสมสำหรับใช้ทำรากฟันเทียมคุณภาพดี [23] เป็นต้น

เทคโนโลยีอีกสองแบบที่น่าจะส่งผลเป็นอย่างมากต่อคนในสังคมสูงวัยและผู้ทุพพลภาพ ได้แก่ โรโบติกส์ (robotics) และไบโอนิกส์ (bionics) เช่น ต้นแบบชุดหุ่นยนต์ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุที่เดินไม่สะดวก สามารถเดินได้สะดวกขึ้น รวมทั้งสามารถยกของหนักกว่าปกติได้ ต้นแบบขาเทียมที่มีวงจรคอมพิวเตอร์ ช่วยรับคำสั่งจากเซลล์กล้ามเนื้อต้นขาโดยตรง และวงจรอิเล็กทรอนิกส์ที่สามารถฝังลงในสมองเพื่อช่วย การมองเห็น สำหรับคนตาบอดจากสาเหตุจำเพาะบางอย่าง เป็นต้น

ความก้าวหน้าเหล่านี้จะมีผลอย่างยั่งยืนในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิต สำหรับคนไทยที่กำลังเข้าสู่ สังคมสูงวัย (aging society) ไม่ต่างจากประเทศส่วนใหญ่ในโลกนี้ เช่นเดียวกับการสนับสนุนผู้ทุพพลภาพ ให้ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เพราะสามารถพึ่งพาตนเองได้มากยิ่งขึ้น ทั้งนี้เทคโนโลยีส่วนใหญ่ในประเด็นนี้ ยังคงเป็นเทคโนโลยีหรือ know-how ที่ต้องนำเข้าจากต่างประเทศ ดังนั้น เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อม เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงในแนวทางดังกล่าวนี้ ควรจะได้มีการเร่งพัฒนาเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้อง และ จัดทำแนวทางหรือกลยุทธ์เรื่องนี้ในระดับประเทศต่อไป



สรุป

จากปัจจัยสถานการณ์ความไม่แน่นอนต่าง ๆ ที่ได้เกริ่นมาแล้วแต่ต้น รวมทั้งทิศทาง แนวโน้ม และผลกระทบที่อาจเป็นไปได้ของเทคโนโลยีในระดับโลก จะเห็นได้ว่ามีแง่มุมประเด็นต่าง ๆ ที่ควรให้ความสำคัญ ในที่นี้ผู้เขียนยก 5 ประเด็นตัวอย่างหลักขึ้นมาพิจารณา จากเหตุผลในเรื่องของความชัดเจนของผลกระทบจากเทคโนโลยีต่อประเด็นนั้นๆ ซึ่งประกอบไปด้วยผลของเทคโนโลยีต่อ 1) แนวทางการวินิจฉัยโรค 2) แนวทางการแพทย์เชิงป้องกัน 3) ชีวจริยธรรม 4) ความลับส่วนบุคคลของข้อมูลพันธุกรรม และสุดท้าย 5) สังคมชราภาพ ทั้งนี้ยังมีประเด็นอื่นๆ ที่มีความสำคัญอยู่อีกที่ไม่ได้กล่าวถึงโดยละเอียดในที่นี้ เช่น เทคโนโลยีใหม่ๆ ช่วยให้เรามีความพร้อมรับมือโรคร้ายต่างๆ รวมทั้งวิถีชีวิตที่ไม่อาจคาดคะเนได้ล่วงหน้า (เช่น ซีนามิ) มากยิ่งขึ้น เช่น ทำให้เราสามารถสร้างชุดตรวจโรคได้รวดเร็วและแม่นยำมากยิ่งขึ้น อาจช่วยให้สามารถสร้างวัคซีนรูปแบบใหม่ที่มีความหลากหลายในเวลาที่สั้นลง (เช่น ด้วยเทคโนโลยี reverse genetics) ฯลฯ ประเด็นในกลุ่มหลังนี้อาจจะกลายเป็นประเด็นสำคัญมากขึ้นได้หากมีปัจจัยเชิงสังคมและการเมืองเป็นปัจจัยผลักดันร่วมด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. MedlinePlus Medical Encyclopedia (4 January 2008);
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/003330.htm>
2. http://en.wikipedia.org/wiki/CT_scan (4 January 2008)
3. http://www.hsri.or.th/achieve/pet_ct-scan-issue.html (4 January 2008)
4. http://www.healthcentral.com/breast-cancer/chemo-000006_6-145.html
5. <http://www.biotec.or.th/biotechnology-th/BIOTEC-Output-list.asp?FilestrPath=งานวิจัยด้านการแพทย์> (การตรวจทางพันธุกรรมเพื่อลดความเสี่ยงและป้องกันการเกิดโรคกระดูกพรุน)
6. Rick Lewis (1999) Human Genetics Concepts and Applications (3rd ed.), pp. 304-306, McGraw-Hill
7. <http://attorneypages.com/hot/breast-cancer-misdiagnosis-settlements.htm>
8. James A. Thomson *et al.* (1998) Embryonic Stem Cell Lines Derived from Human Blastocysts. *Science* 282, 1145-7
9. *Stem Cells: Scientific Progress and Future Research Directions* (2001) Department of Health and Human Services, National Institutes of Health.



10. S. Filip, J. Mokry and I. Hruska (2003) Adult Stem Cells and Their Importance in Cell Therapy, *Folia Biologica (Praha)* 49, 9-14
11. Martin Enserink (2006) Selling the Stem Cell Dream. *Science* 313, 160-163
12. http://www.be2hand.com/scripts/view.php?prod_id=246568
13. <http://www.thaihealth.net/h/article640.html>
14. http://www.consumerthai.org/cms/index.php?option=com_content&task=view&id=612&Itemid=87
15. <http://bio.thainhf.org/index.php>
16. http://www.ornl.gov/sci/techresources/Human_Genome/hg5yp/index.shtml
17. Michael Crichton (2007) Who Owns Your Genes, *International Herald Tribune*, 13 February 2007. Online link: <http://www.iht.com/articles/2007/02/13/opinion/edcrichton.php>
18. <https://www3.nationalgeographic.com/genographic/>
19. http://www.burnsurvivor.com/skin_substitutes.html
20. <http://www.newscientist.com/article/dn8939-bioengineered-bladders-successful-in-patients.html>
21. <http://www.newscientist.com/article/dn11540-mans-pigcell-implants-still-active-10-years-on.html>
22. <http://en.wikipedia.org/wiki/AbioCor>
23. <http://www.mtec.or.th/Th/research/medlab/news/newsdetail1.html>

