

การติดตามประเมินผลระบบหลักประกันสุขภาพไทย

ข้อเสนอ

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

รศ.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์
(เรียบเรียงและบรรณาธิการ)

ธันวาคม 2548

จัดทำโดย

คณะทำงานจัดทำข้อเสนอ

เพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

และสำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)

ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

โดย คณะทำงานพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
และสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

จัดพิมพ์โดย
สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
อาคารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชั้น 5
ในบริเวณโรงพยาบาลบาราศนราดรุ
ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 0-2965-9616 โทรสาร 0-2965-9617
<http://www.hisro.or.th>

ฉบับพิมพ์ครั้งแรก: มกราคม 2549
จำนวน 3,000 เล่ม

ราคา 60 บาท
สงวนสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ
สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.--นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
2549.
56 หน้า
1.ประกันสุขภาพ 1. ชื่อเรื่อง
ISBN: xxx-xxx-xxx-x

รายนามคณะกรรมการจัดทำข้อเสนอเพื่อพัฒนาระบบ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1. ศ.ดร.อัมมาร	สยามวาลา	สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (प्रधान)
2. นพ.เกรียงศักดิ์	วัชรกุลเกียรติ	โรงพยาบาลภูกะดัง จังหวัดเลย
3. คุณกุลธิดา	จันทร์เจริญ	สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
4. รศ.ดร.ชิตติยา	กรรมสุด	คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ ม.หัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
5. คุณงามจิตต์	จันทร์สาธิต	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสุขภาพ
6. นพ.จเด็จ	ธรรมธัชอารี	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
7. รศ.นพ.จิรุตม์	ศรีรัตนบัลล์	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
8. ผศ.เฉลิมพร	อภิชนาพงศ์	ศูนย์วิจัย ม.ธุรกิจบัณฑิตย์
9. นพ.ชาญวิทย์	เทพ	สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
10. คุณเชิดชัย	มีคำ	กรมบัญชีกลาง
11. นพ.ไชยรินทร์	ทยาวิวัฒน์	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
12. นพ.ทรงยศ	ชัยชนะ	สำนักวิชาการสาธารณสุข
13. ดร.ทิพาภรณ์	โพธิ์ถวิล	คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ ม.หัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
14. นพ.ณรงค์ศักดิ์	อังคะสุวพลา	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
15. นพ.นิพิฐ	พิระเวช	อิสระ
16. คุณบุญยวีร์	เอื้อศิริวรรณ	สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
17. นพ.บุรณชัย	สมุทรักษ์	ที่ปรึกษาผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร
18. คุณพัชนี	ธรรมวันนา	สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
19. นพ.พงษ์พัฒน์	ปธานวนิช	โรงพยาบาลมหาชัย สมุทรสาคร
20. นพ.พงษ์พิสุทธิ์	จงอุดมสุข	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
21. นพ.พงศ์เทพ	วงศ์วัชรไพบุลย์	โรงพยาบาลคลองหลวง จ.ปทุมธานี
22. นพ.พรเทพ	ศิริวนารังสรรค์	สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
23. คุณไพโรจน์	สุขสัมฤทธิ์	สำนักงานประกันสังคม
24. นพ.เมธ	โชคชัยชาญ	โรงพยาบาลศุภมิตร จังหวัดสุพรรณบุรี
25. ภญ.ยุพดี	ศิริสินสุข	คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
26. นพ.ลีอชา	วันรัตน์	สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
27. ดร.วรวรรณ	ชาญด้วยวิทย์	สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย
28. พญ.วิลาวัลย์	จึงประเสริฐ	สำนักตรวจราชการ
29. นพ.วิพุธ	พูลเจริญ	อิสระ
30. ดร.วิโรจน์	ณ ระนอง	สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย
31. นพ.วิโรจน์	ตั้งเจริญเสถียร	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
32. รศ.นพ.ศิริชัย	จินดารักษ์	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
33. นพ.ศิริวัฒน์	ทิพย์ธาดาล	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
34. ศ.นพ.ศุภสิทธิ์	พรณารุโณทัย	คณะแพทยศาสตร์ ม.นเรศวร
35. นพ.สงวน	นิตยารัมภ์พงศ์	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
36. อาจารย์สมบัติ	เหสกุล	แผนงานวิจัยและพัฒนาระบบสร้างเสริมศักยภาพผู้บริหารโรค
37. นพ.สมเกียรติ	ฉายะศรีวงศ์	สำนักงานประกันสังคม
38. นพ.สมศักดิ์	บุญหรัศม์	มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ
39. นพ.สัมฤทธิ์	ศรีธำรงค์สวัสดิ์	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
40. ศ.นพ.สุทธิชัย	จิตะพันธ์กุล	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
41. พญ.สุพัตรา	ศรีวนิชชากร	สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข
42. นพ.สุภกร	บัวสาย	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสุขภาพ
43. นพ.สุชาติ	สรณสภาพร	สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ
44. รศ.ดร.สรชัย	พิศาลบุตร	ศูนย์วิจัย ม.ธุรกิจบัณฑิตย์

45. คุณสุวิภา	สุขวิชชนันท์	กรมบัญชีกลาง
46. นพ.สุรเดช	วลีอิทธิกุล	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
47. นพ.สุวิทย์	วิบูลผลประเสริฐ	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
48. นพ.สุวัฒน์	เขียศิริวัฒนา	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
49. รศ.ดร.เสาวคนธ์	รัตนวิจิตรศิลป์	คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
50. นพ.เสรี	หงษ์หยก	กรมสุขภาพจิต
51. นพ.อมร	รอดคล้าย	โรงพยาบาลหาดใหญ่ จ.สงขลา
52. นพ.อนุวัฒน์	ศุภษติกุล	สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

บทนำ

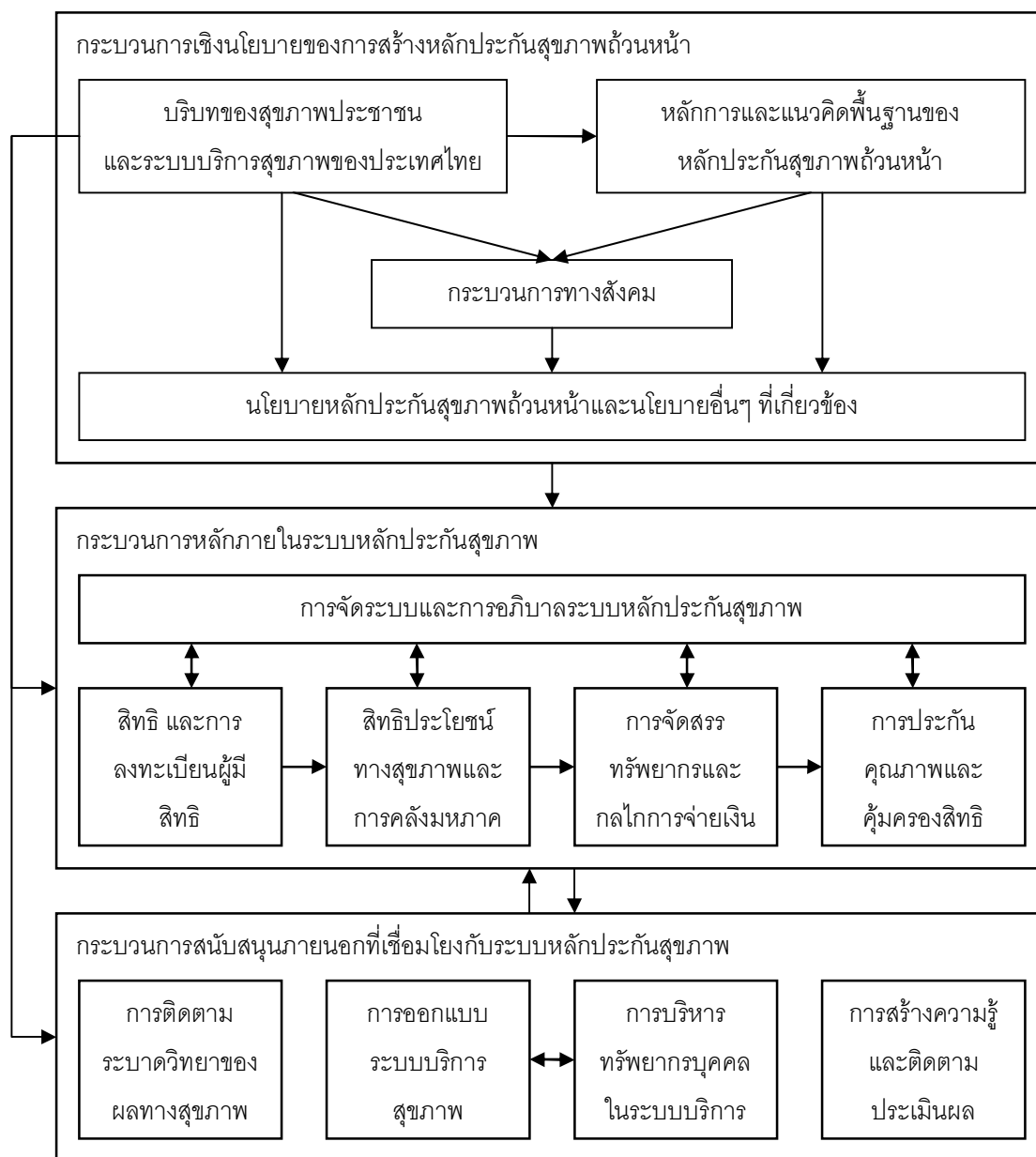
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นปรากฏการณ์ที่อาจถือเป็นพัฒนาการก้าวสำคัญของระบบสาธารณสุขของไทย ในระยะ 3 ปี ที่ผ่านมา ทั้งนี้ด้วยเป็นเครื่องมือสำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพซึ่งที่ผ่านมาเหนี่ยวนำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านสิทธิของประชาชนด้านการรักษาพยาบาล การจัดสรรทรัพยากรสาธารณสุข การบริหารจัดการทางการเงินการคลัง ตลอดจนรูปแบบของการบริการในระดับปฐมภูมิและการส่งต่อผู้ป่วย และสร้างหลักประกันทางสุขภาพที่ให้ความคุ้มครองพื้นฐานแก่คนไทยทุกคน

ก่อนถึงจุดเริ่มต้นการขับเคลื่อนนโยบายหลักประกันสุขภาพสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาลในชุดปัจจุบัน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้พัฒนาข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นรายงานการศึกษาประกอบการปฏิรูประบบสุขภาพและการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.... ที่ดำเนินการโดยสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ซึ่ง สวรส. ได้แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ย่อ “คณะทำงาน”) ขึ้น เพื่อดำเนินงานวิชาการดังกล่าว และได้จัดทำเป็นรายงานการศึกษาเสร็จสิ้นและตีพิมพ์ในปี พ.ศ.2544

ที่ผ่านมาภายหลังการเริ่มต้นผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ข้อเสนอแนะและองค์ความรู้ต่างๆ ที่ได้เสนอไว้ในรายงานฉบับดังกล่าวได้รับการอ้างอิง หลายประเด็นได้รับการนำสู่การปฏิบัติอันเป็นประโยชน์ต่อการออกแบบและบริหารระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ แม้ว่าบางประเด็นที่ไม่ได้รับการนำไปปฏิบัติ ซึ่งอาจด้วยข้อเสนอหลายประการยังไม่สามารถปฏิบัติได้ หรือไม่สอดคล้องกับบริบทของระบบบริการสาธารณสุขของประเทศในขณะนั้น ในขณะเดียวกัน มีการริเริ่มนโยบาย แนวทางการบริหาร และการดำเนินการอีกหลายประการที่เกิดขึ้นที่ไม่อยู่ในรายงาน และมีการเปลี่ยนแปลงในระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไปอีกมากมายหลายประการ ประเด็นเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชน โดยเฉพาะโครงการหลักประกันสุขภาพ 30 บาทรักษาทุกคน เป็นหัวข้อที่สาธารณชนให้ความสนใจเป็นอย่างมากในช่วงเวลา 4 ปีที่ผ่านมา

การดำเนินการเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพดังกล่าวมีความสำเร็จ ความก้าวหน้า ตลอดจนปัญหาอุปสรรคที่เป็นที่กล่าวถึงกันมากมาย ทั้งในวงกว้างของสาธารณะ และในวงวิชาการ มีงานวิจัยตลอดจนบทความวิชาการจำนวนมากที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษา ประเมิน หรือให้ข้อมูลต่างๆ แก่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไม่ว่าจะเป็นในด้านการเมือง การเงินการคลัง การจัดการ คุณภาพและความพึงพอใจ ตลอดจนการพัฒนาบริการรูปแบบใหม่ๆ เพื่อรองรับนโยบายดังกล่าว มีการอภิปรายและเวทีเสนอแนะเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพของไทยเกิดขึ้นในหลายวาระโอกาสเป็นระยะ ทั้งในส่วนของผู้บริหารและกำหนดนโยบาย ผู้ให้บริการ และประชาชนผู้รับบริการ นำสู่การปรับปรุงองค์ประกอบของหลักประกันสุขภาพเป็นเรื่อยๆ ตลอดมา

อย่างไรก็ตาม หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นเรื่องที่ซับซ้อน รูปธรรมที่ปรากฏและสิ่งที่ประชาชนทั่วไปสัมผัสได้ เกิดจากปฏิสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ ที่ต้องทำงานร่วมกัน มีความเชื่อมโยงและเป็นเหตุเป็นผลต่อกันดังภาพ



ด้วยเหตุดังกล่าว สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) โดยสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) จึงร่วมกับองค์กรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลาง และนักวิชาการจากสถาบันต่างๆ ให้มีคณะทำงานจัดทำข้อเสนอเพื่อพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ (คณะทำงานฯ) ขึ้น เพื่อศึกษา วิเคราะห์สถานการณ์และโอกาสพัฒนาในระบบหลักประกันสุขภาพ

ของประเทศอย่างรอบด้าน เพื่อจัดทำข้อเสนอทางวิชาการเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพของประเทศ ให้เป็นแนวทาง เพื่อให้เกิดการผลักดันการเปลี่ยนแปลงและปรับปรุงหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชน นำไปสู่การเข้าถึงบริการ สาธารณสุขที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพและความเป็นธรรมสำหรับทุกคน

การวิเคราะห์สถานการณ์และความท้าทาย ตลอดจนข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาที่จะนำเสนอต่อไปนี้เป็นเพียง ส่วนหนึ่งของข้อมูลและองค์ความรู้ต่างๆ ที่คณะทำงานฯ ได้ประมวลไว้ตลอดระยะเวลาการทำงานกว่า 2 ปี ทั้งนี้หลาย ประเด็นอาจมีรายละเอียดในระดับการปฏิบัติชัดเจน ในขณะที่อีกหลายๆ ประเด็นต้องการการนำไปขยายผลหรือศึกษา จัดทำรายละเอียดต่อการนำไปปฏิบัติ ทั้งนี้เนื่องจากขึ้นอยู่กับความพร้อมและความสมบูรณ์ของข้อมูลและองค์ความรู้ ในขณะที่คณะทำงานฯ จัดทำข้อเสนอ บางประเด็นของข้อเสนอแนะอาจเริ่มมีการนำไปสู่การปฏิบัติแล้ว ด้วยเหตุที่ สมาชิกของคณะทำงานฯ เองมาจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่างๆ ซึ่งเป็นเรื่องที่น่ายินดี

ในนามของคณะทำงานฯ ผู้เขียนหวังว่าข้อมูลในรายงานนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันพัฒนา หลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชนคนไทยทุกคน

สารบัญ

	หน้า
รายนามคณะกรรมการจัดทำข้อเสนอเพื่อพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ	iii
บทนำ	v
บทที่ 1 การพหุภักดิ์ของน้ำแดงในระบบบริการสาธารณสุข	1
บทที่ 2 บริการสาธารณสุข การยกระดับคุณภาพและการคุ้มครองผู้บริโภค	8
บทที่ 3 การคลังของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการจัดสรรทรัพยากรทางการเงิน	31
บทที่ 4 หลักคิดสู่ความเป็นธรรม การอภิบาลและจัดระบบหลักประกันสุขภาพ	45

บทที่ 1

การผลงักยของน้ำแดงในระบบบริการสาธารณสุข

น้ำแดง เป็นราษฎรไทยเต็มชันอายุ 52 ปี อาศัยอยู่ในอำเภอเล็ก ๆ แห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ น้ำแดงแต่งงานมาแล้ว 28 ปีกับลูกดำซึ่งเสียชีวิตไปแล้ว มีรายได้จากการรับจ้างทำนาเพียงอย่างเดียว น้ำแดงมีลูกกับน้ำดำด้วยกัน 3 คน เป็นชายสอง หญิงหนึ่ง อายุอานามไล่เดียวกัน ลูกชายคนโตชื่อนายเหลือง อายุ 27 ปี ปัจจุบันรับราชการอยู่ที่กรุงเทพฯ ลูกสาวคนกลางหนึ่งเดียวอายุ 25 ปี ชื่อนางเขียว ได้แต่งงานไปแล้วกับนายม่วง ปัจจุบันรับจ้างทำงานทั่วไปไม่ค่อยได้พบกัันเพราะย้ายตามสามีไปจังหวัดอื่นแล้ว ส่วนลูกสุดท้องชื่อนายคง อายุ 23 ปี เป็นลูกจ้างบริษัทเอกชนแห่งหนึ่งในอำเภอที่น้ำแดงอาศัยอยู่ ตอนนี้อยู่บ้านเดียวกัน

น้ำแดงมีฐานะค่อนข้างยากจน เคยทำงานในบริษัทเอกชนมาก่อนเมื่อหลายปีมาแล้ว แต่ที่ต้องออกจากงานก็ด้วยเหตุของสุขภาพที่ทรุดโทรมลง ต้องลาป่วยหลายต่อหลายครั้งอยู่บ่อยๆ กระนั้น น้ำแดงก็ยังโชคดียู่บ้างที่พอมีเงินสะสมอยู่ ทำให้มีเงินพอที่จะไปหาหมอในโรงพยาบาลประจำจังหวัดได้ วันหนึ่งนายเหลืองลูกชายหัวแก้วหัวแหวนได้มาบอกว่าเขาสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลให้แก่บุพการีได้ น้ำแดงจึงส่งใบเสร็จจากโรงพยาบาลกลับไปให้นายเหลือง ทว่า.. 3 ปีมาแล้วนายเหลืองก็ยังไม่เห็นจะส่งเงินที่เบิกมาให้ พอถามถึง..นายเหลืองมักอ้างว่า ใบเสร็จที่น้ำแดงส่งไปไม่สามารถเบิกได้ แต่เมื่อน้ำแดงกลับไปถามที่โรงพยาบาล ก็จะได้รับการยืนยันทุกครั้งว่า ใบเสร็จรับเงินที่โรงพยาบาลออกให้ สามารถนำไปเบิกกับกรมบัญชีกลางตามสิทธิการรักษาพยาบาลของข้าราชการได้อย่างแน่นอน มีหน้าซ้ำยังพากันคาดเดาน้ำแดงถูกลูกชายอมเงินที่เบิกได้ไปแล้ว เพราะฉะนั้นน้ำแดงจึงเหมือนจะมีสิทธิในระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ..แต่ก็ไม่มี..

ด้วยเหตุที่อายุมากขึ้น ในระยะนี้สุขภาพของน้ำแดงจึงไม่ค่อยดีนัก แพทย์เคยวินิจฉัยว่าน้ำแดงเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาหลายปีแล้ว เมื่อไปโรงพยาบาลที่น้ำแดงใช้สิทธิประกันสังคมครั้งทำงานในบริษัทเอกชน มักได้ยามารับประทานครั้งละ 1-2 สัปดาห์ แต่ก็ไม่ได้รับประทานอย่างต่อเนื่องเพราะไม่สามารถไปพบแพทย์ได้บ่อยๆ ภายหลังไม่ได้ไปพบแพทย์ในเรื่องนี้เลย การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอะไรก็ไม่ค่อยได้รับคำแนะนำหรือให้บริการเพราะโรงพยาบาลอ้างว่าไม่มีอยู่ในความคุ้มครองตามสิทธิประโยชน์ เห็นก็แต่มีเรื่องการเดินทางแอโรบิก เป็นการออกกำลังกายกัน หลายครั้งน้ำแดงก็สงสัยว่า ทำไมไม่เห็นมีใครรณรงค์หรือชักชวนไปทำอย่างอื่นบ้าง สำหรับน้ำแดงให้เด่นอย่างนั้น รู้สึกว่าจะไม่ไหวแล้ว

วันนี้น้ำแดงรู้สึกปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ตาลายจนไม่สามารถทำงานบ้านได้จึงต้องตัดสินใจเดินทางไปหาหมออนามัยที่สถานีอนามัยใกล้บ้านสักครั้ง โชคดีอยู่บ้างที่ปัจจุบันน้ำแดงมีบัตรทอง “30 บาท” ซึ่งได้รับมาระยะหนึ่งแล้ว จึงคิดว่าไม่น่าจะต้องจ่ายค่ารักษาแพงนัก เขาว่าเพียง 30 บาทเท่านั้น ซึ่งน่าจะดีกว่าไปซื้อยาแพงๆ จากร้านยาในตลาดมารับประทานเอง น้ำแดงไปถึงสถานีอนามัยใกล้ๆ บ้านแต่เช้า เหตุที่ต้องรีบมา เพราะได้ข่าวว่า

สถานื่อนามัยใกล้บ้านมีผู้มารับบริการมาก วันนี้เป็นวันเดียวในสัปดาห์ที่ตามตารางเวลาบริการ แจ้งว่าจะมีแพทย์จากโรงพยาบาลชุมชนใกล้ๆ มาออกตรวจให้ครั้งวัน นอกนั้นในช่วงเวลาอื่นๆ จะมีพยาบาล มาเป็นผู้ช่วยตรวจรักษา จริงๆ แล้วในความคิดน้ำแดง นี่นับว่าดีกว่าสมัยก่อนมาก เพราะหลายปีก่อนสถานื่อนามัยมีความจำกัดในเรื่องยาและเวชภัณฑ์มากกว่านี้มาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีน้อยคน งานก็มาก น้ำแดงไม่ค่อยจะมั่นใจในการรักษาที่จะได้รับที่สถานื่อนามัยสักเท่าไร เดี่ยวนี้สถานื่อนามัยหลายๆ แห่งในอำเภอได้รับการพัฒนาขึ้นในหลายๆ เรื่อง น้ำแดงทราบมาว่าเขาเรียกชื่อใหม่ว่าเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน หรือ พีซียู (PCU) มีบริการที่หลากหลายมากขึ้น มีการเยี่ยมบ้าน น้ำแดงเองก็เคยมีเจ้าหน้าที่ไปเยี่ยมที่บ้านเมื่อปีก่อน ไปพูดคุยเกี่ยวกับสุขภาพ ทำแฟ้มสุขภาพครอบครัว และชักชวนให้ตรวจมะเร็งปากมดลูก แต่น้ำแดงไม่ได้ตรวจ เพราะอายุ “แหม! คนในตำบลเดียวกัน เราก็รู้จักกันดี”

หลังจากนั่งรออยู่ที่ “พีซียู” อยู่พักใหญ่ๆ น้ำแดงก็ได้รับการเรียกเข้าไปตรวจ ทว่าวันนี้กลับไม่มีแพทย์มาตรวจ น้ำแดงได้รับคำชี้แจงจากเจ้าหน้าที่ว่า แพทย์ของโรงพยาบาลเพิ่งลาออกไป ทำให้จำนวนแพทย์ไม่พอที่จะหมุนเวียนออกมา โรงพยาบาลต้องรับผิดชอบพื้นที่ที่มีประชากรกว่า 60,000 คน มีสถานื่อนามัยในเขตพื้นที่กว่า 20 แห่ง แต่มีแพทย์เพียง 3 คน ทั้งที่ตามมาตรฐานควรมี 6 คน หรือ 1 คนต่อประชากร 10,000 คน น้ำแดงรู้สึกไม่มั่นใจบ้างที่ไม่ได้รับการตรวจจากแพทย์ แต่ก็ได้รับคำบอกเล่าให้มั่นใจว่า หากมีปัญหาก็พยาบาลดูแลให้ไม่ได้ น้ำแดงจะได้รับการส่งต่อไปตรวจที่โรงพยาบาลชุมชนประจำอำเภอ

ภายหลังได้รับการตรวจจาก “พยาบาลน้อย” ซึ่งก็รู้จักกันดีกับน้ำแดง ด้วยเป็นเพื่อนบ้านกันมาหลายปี พยาบาลน้อยบอกกับน้ำแดงว่า น้ำแดงมีความดันโลหิต 180/110 ซึ่งนับว่าสูงมาก พยาบาลน้อยพูดว่าไม่น่าแปลกใจนักจากอาการที่น้ำแดงเป็นอยู่ แต่แนะนำว่าควรจะไปรับการรักษาต่อกับแพทย์ที่โรงพยาบาลในทันที พยาบาลน้อยเขียนใบส่งตัวให้น้ำแดง แล้วบอกว่า ให้น้ำแดงรีบเดินทางไปโรงพยาบาลอำเภอ น้ำแดงถามว่า จะต้องเดินทางไปอย่างไร พยาบาลน้อยแจ้งว่า วันนี้ น้ำแดงคงต้องเดินทางไปเอง เนื่องรถตู้ของโรงพยาบาลเดินทางกลับไปแล้ว อย่างไรก็ตาม นับเป็นโชคคืออยู่ข้างที่วันนี้มีรถให้เหมาเดินทางไปโรงพยาบาลได้ แต่น้ำแดงก็ต้องเสียค่ารถอีก 100 กว่าบาท เพื่อเดินทางไปโรงพยาบาลชุมชน ที่อยู่ห่างออกไปประมาณ 30 กิโลเมตร น้ำแดงรู้สึกว่าหุุดหิดไม่น้อยที่ แม้จะเสียค่ารักษาแค่ 30 บาท แต่ค่ารถกลับแพงกว่ามาก นี่ก็เป็นปัญหาหนึ่งที่เพื่อน ๆ น้ำแดงมักบ่นกันอยู่ แต่ก็ยอมทนรับสภาพกันไป

โรงพยาบาลชุมชนประจำอำเภอของน้ำแดงเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็ก พื้นที่ไม่ใหญ่มาก มีประมาณ 30 เตียง แต่ก็มีการจัดภูมิทัศน์ต่างๆ ไว้สวยงามสะอาดตา โดยเฉพาะในระยะหลังๆ มีการพัฒนาไปในหลายๆ ด้าน โชคดีที่นายแพทย์ประสิทธิ์ ผู้อำนวยการ เป็นคนในพื้นที่ (โดยการแต่งงาน) เลยอยู่ทำงานที่โรงพยาบาลนี้มา ยาวนานกว่าผู้อำนวยการคนก่อนๆ และให้ความสำคัญกับการพัฒนาโรงพยาบาล ต่างจากโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอีกหลายแห่งที่ไม่มีแพทย์ที่อยู่ประจำเป็นในระยะยาว ส่วนใหญ่เป็นหมอใหม่อยู่ 2 – 3 ปีก็ลาไปศึกษาต่อหรือลาออกไปทั้งหมด ทำให้โรงพยาบาลขาดการพัฒนาแบบบุคลากรของโรงพยาบาลอื่นๆ คนจะพยายามช่วยกัน น้ำแดงเองก็สงสัยว่าเมื่อไหร่กระทรวงสาธารณสุขจะแก้ปัญหานี้ได้อย่างจริงจังเสียที

วันนี้โรงพยาบาลชุมชนในอำเภอมีผู้มารับบริการมาก คิวยาวออกมาถึงหน้าตึก เจ้าหน้าที่บอกน้ำแดงว่า เนื่องจากวันนี้มีคลินิกเบาหวานและความดันทำให้มีผู้ป่วยมากเป็นพิเศษ หลังจากที่พยาบาลที่คลินิกผู้ป่วยนอก ได้รับใบส่งตัว ก็แจ้งให้น้ำแดงนั่งรอแพทย์ พยาบาลแจ้งว่าอาจต้องรอนานสักหน่อย เพราะมีแพทย์ออกตรวจเพียงคนเดียววันนี้ เนื่องจากอีกแพทย์อีกท่านหนึ่งที่เป็นผู้อำนวยการต้องไปประชุมในจังหวัด และขนาดนี้ก็สายแล้ว ยังมีคนไขรออีกจำนวนมาก เข้านี้มีจำนวนคนไขรวมกันกว่า 150 คน น้ำแดงถามว่าทำไมโรงพยาบาลไม่มีแพทย์หลายๆคน พยาบาลแจ้งว่าเมื่อ 3-4 ปีที่แล้วเคยมีแพทย์หลายคน เนื่องจากโรงพยาบาลได้รับเงินมากตามรายหัวประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ ทำให้มีเงินจ้างแพทย์และบุคลากรอื่นๆ เองเองได้บ้าง แต่ตอนนี้ได้รับเงินน้อยลงมาก เพราะกระทรวงสาธารณสุขตัดเงินก้อนใหญ่เป็นเงินเดือนไว้ที่ส่วนกลาง ทำให้โรงพยาบาลมีเงินไม่พอ ต้องยกเลิกบริการหลายอย่างไป และไม่สามารถจ้างบุคลากรเพิ่มเติมมาได้ แพทย์ที่เคยสามารถไปออกตรวจที่ศูนย์สุขภาพชุมชนได้ ก็ต้องยกเลิกไป หลายๆ โรงพยาบาลเดือดร้อนกว่านี้ด้วยซ้ำเนื่องจากลงทุนขยายงานไว้หลายด้าน แต่ไม่มีเงินมาดำเนินการ บ้างก็เป็นหนี้บริษัทอยู่ ต้องหมุนเงินกันเดือนชนเดือน

น้ำแดงนั่งรออยู่พักใหญ่ เจ้าหน้าที่จึงเรียกเข้าห้องตรวจ นายแพทย์ที่เป็นผู้ตรวจน้ำแดงยังดูอ่อนอาวุโส แต่ก็ดูน่ารักดี เห็นติดชื่อไว้ว่า “นายแพทย์สมชาย” แพทย์ใช้เวลาตรวจเพียงระยะเวลาสั้นๆ แล้วบอกน้ำแดงว่า น้ำแดงเป็นโรคความดันโลหิตสูง น้ำแดงพยายามจะถามแพทย์สมชายว่าเกิดจากสาเหตุอะไร แต่คุณหมอใช้เวลาให้กับน้ำแดงน้อยมาก อยากให้หมอใช้เวลาให้มากกว่านี้ ตรวจละเอียดๆ และได้พูดคุยกัน อย่างไรก็ตามพอเข้าใจได้เนื่องจากคนไข้มีมากเสียเหลือเกิน คุณหมอสั่งยาให้น้ำแดง และนัดน้ำแดงอีก 1 เดือนให้กลับมาดูใหม่ แล้วบอกให้ไปหาพยาบาลข้างนอก ซึ่งให้สูดศึกษาและคำแนะนำกับน้ำแดงอยู่พักใหญ่ ข้อมูลมีมาก น้ำแดงเองก็จำได้ไม่หมด กระนั้นก็ยังดีใจที่มีคนสนใจอธิบายอะไรๆ ให้ฟังมากขึ้น เมื่อหลายปีก่อนยังไม่ค่อยจะมีการให้ข้อมูลผู้ป่วยใช้เช่นนี้นับว่าโรงพยาบาลมีการพัฒนาไปทางที่ดีขึ้นมาก

น้ำแดงไปรับยาที่ห้องยา คราวนี้น้ำแดงใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือ “บัตรทอง” และมีใบส่งตัวมา เลยไม่ต้องจ่ายเงินออกไปก่อน เหมือนครั้งใช้สิทธิของลูกที่อีกโรงพยาบาลหนึ่งเมื่อหลายปีก่อน น้ำแดงได้ยาเม็ดสีขาวๆ มา 1 ตัว จำนวน 30 เม็ด เกสซกรบอกว่า เป็นยาลดความดันโลหิต น้ำแดงข้องใจอยู่บ้างว่า เมื่อแพทย์บอกว่าความดันโลหิตสูงมาก แล้วทำไมได้ยาเม็ดสีขาวๆ ธรรมดาๆ มาแคอย่างเดียว เพื่อนบ้านไปหาหมอที่คลินิกแถวตลาด ซึ่งบอกว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงนิดหน่อย ยังได้ยามาหลายตัว มีทั้งสีส้ม สีเหลือง เม็ดกลมบ้าง สามเหลี่ยมบ้าง หรือเมื่อครั้งน้ำแดงเป็นไข้ต่ำๆ ปวดหัวนิดหน่อยและไปรับการรักษาอีกโรงพยาบาลจ่ายเงินไปเบิกเอง ยังได้ยามาหลายตัว แกมแพทย์ยังบอกอีกว่าเป็น “ยานอก” หรือนี่จะเป็นเพราะน้ำแดงใช้สิทธิ 30 บาทหรือไม่เลยทำให้ได้ยาอีกแบบหนึ่ง น้ำแดงพยายามคาดคั้นถามจากเกสซกรว่ายาที่ได้เป็นยาดีมีคุณภาพหรือไม่ ซึ่งก็ได้รับคำยืนยันกลับมาว่า น้ำแดงได้ยาตามข้อบ่งชี้ที่เป็นมาตรฐานทางการแพทย์แล้ว เป็นยาที่จัดซื้อผ่านระบบของกระทรวงสาธารณสุข แม้จะเป็นยาในประเทศ แต่ก็มีกระบวนการรับรองคุณภาพมาตรฐาน ที่น้ำแดงฟังไม่ค่อยถนัด ว่า “จีเอ็มพี” หรืออะไรทำนองนี้ด้วย ขอให้มั่นใจได้ น้ำแดงก็ได้แต่เชื่อครึ่งไม่เชื่อครึ่ง ก็เพราะรู้ว่า ของของรัฐบาลมักได้มาจาก

การซื้อด้วยวิธีประมูล เคาราคาถูกเข้าว่าเป็นหลัก แต่น้ำแดงเองก็ไม่มีความรู้เพียงพอที่จะบอกว่ายาที่ได้นี้ทันสมัย และเพียงพอสำหรับความเจ็บป่วยนี้แล้วหรือยัง อย่างไรก็ตาม น้ำแดงก็จำต้องรับยาไปก่อน แม้จะยังไม่มั่นใจกับ คุณภาพยา ความจริงน้ำแดงก็มีข้อสงสัยอยู่ในใจไม่น้อยว่า ทำไมอะไรๆ มันถึงดูเหมือนจะไม่เท่าเทียมกันแบบนี้ เวลาใช้สิทธิประกันสังคม สิทธิ 30 บาท หรือสิทธิข้าราชการ รัฐบาลเขาดูแลทั้งสามระบบนี้อย่างไรกัน

ตะวันใกล้ลับขอบฟ้าแล้ว น้ำแดงกลับมบ้านด้วยความเหน็ดเหนื่อย วันนี้ใช้เวลาไปทั้งวันกับการไปรับ บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนและโรงพยาบาล น้ำแดงว่าจะรับประทานยาเสียหน่อย เผอิญเห็นที่ฉลากเขียนไว้ว่าให้ รับประทานวันละ 1 เม็ด ก่อนอาหารเช้า ก็เลยยังมิได้รับประทานยา และรอรับประทานในเช้าวันรุ่งขึ้น ทว่าอาจ ด้วยความเครียด ความเหนื่อยหรือเหตุอื่นใดก็ไม่ทราบ ก่อนพลก่ำ น้ำแดงมีอาการปวดศีรษะมาก ปวดศีรษะมาก จนตาลาย หน้ามืด มีอาการคลื่นไส้อาเจียน เกือบเป็นลมหมดสติไป อย่างไรก็ตามนับว่าโชคดีที่ลุงเซย เพื่อนบ้าน ช่างๆ บ้านกันเห็นเสียก่อน เลยเข้ามาช่วยเหลือ รีบพาขึ้นรถกระบะนำส่งโรงพยาบาลชุมชนในอำเภอ ก่อนที่น้ำแดง จะหมดสติไป

กว่าน้ำแดงไปถึงห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลก็ใช้เวลาไม่น้อย นันก็เกือบสองทุ่มแล้ว ห้องฉุกเฉินของ โรงพยาบาลมีพยาบาลประจำอยู่ ซึ่งรับเข้ามาให้ความช่วยเหลือน้ำแดง น้ำแดงเริ่มรู้สึกตัวบ้าง พอจะเล่าอาการให้ พยาบาลฟังได้ พยาบาลวัดความดันโลหิตของน้ำแดงได้สูงมาก 200/120 จึงรีบโทรศัพท์ตามแพทย์เวรมาดูแล พยาบาลแทงน้ำเกลือให้น้ำแดง และให้ออกซิเจนระหว่างรอแพทย์อยู่นานเกือบ 15 นาทีเนื่องจากขณะนั้นแพทย์ไม่ได้ นั่งประจำอยู่ที่ห้องฉุกเฉิน ภายหลังตรวจแล้วแพทย์เวรจึงบอกกับน้ำแดงและลุงเซยซึ่งยืนอยู่ข้างๆ ว่าน้ำแดงมีความ ดันโลหิตสูงมากๆ น่าจะต้องอยู่โรงพยาบาล แพทย์เวรไม่ได้อธิบายอะไรมากนักบอกแต่เพียงว่าจะให้ยาลดความดัน โลหิตทางเส้นเลือดดำ แล้วน้ำแดงก็ถูกส่งตัวเข้าไปนอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยหญิงรวมของโรงพยาบาล

วันรุ่งขึ้น น้ำแดงอาการดีขึ้นบ้างแต่ก็รู้สึกไม่ค่อยสบายใจนักว่าจะได้การรักษาที่ดีเพียงพอ เพราะยังไม่รู้ว่า น้ำแดงเป็นอะไร แต่เพื่อนๆ หลายคน ตามมาเยี่ยมน้ำแดงที่โรงพยาบาล หลายคนกล่าวว่าแม้โรงพยาบาลจะเล็ก อยู่ มีแพทย์น้อย แต่ในระยะ 2-3 ปีที่ผ่านมา ดูจะพัฒนาไปมากในหลายๆ ด้าน แพทย์และพยาบาลสนใจดูแล คนไข้มากขึ้น มีการมาเดินดูคนไข้ด้วยกัน เจ้าหน้าที่หลายคนในโรงพยาบาลบอกว่าโรงพยาบาลได้รับการสนับสนุน ให้เข้าร่วมเครือข่ายด้านการพัฒนาคุณภาพ ตอนนี้ถือผ่านการพัฒนาที่เขาเรียกกันว่า “บันไดขั้นที่ 1” ไปแล้ว ในไม่ ช้าก็จะได้ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ที่เขาเรียกกันว่า “เอชเอ (HA)” เขามีโรงพยาบาลหลายต่อหลายโรง ผ่านการรับรองกันไปแล้ว น้ำแดงกับเพื่อนๆ ไม่ทราบหรือว่า เอชเอ นี่มันอะไร แต่ฟังเป็นภาษาฝรั่งก็ดูทันสมัยดี อย่างน้อยคงจะมีอะไรดีอยู่บ้าง เพราะเห็นเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลดูกระตือรือร้นดี

ผ่านไปอีกวันหนึ่งที่โรงพยาบาล น้ำแดงถามคุณหมอที่มาตรวจร่างกายเมื่อตอนเช้าว่าน้ำแดงเป็นอะไร คุณ หมอตอบว่าน้ำแดงมีความดันโลหิตสูงมาก ให้ยาแล้วความดันโลหิตยังไม่ลดลง แต่สาเหตุเกิดจากอะไรยังไม่ทราบ คงจะต้องส่งตัวน้ำแดงไปที่โรงพยาบาลศูนย์ในจังหวัดเพื่อรับการตรวจรักษาอย่างละเอียด น้ำแดงรู้สึกหวั่นใจอยู่บ้าง

น้ำแดงไม่เคยไปรับบริการที่โรงพยาบาลศูนย์ในจังหวัด แต่คนในหมู่บ้านหลายคนเคยไป และเล่าว่ามีคนไปรับบริการจำนวนมาก ทำให้ต้องรอคิวนาน แพทย์บางคนก็เก่งบางคนก็ไม่เก่ง น้ำแดงจึงถามคุณหมอบว่าพอจะมีทางเลือกที่จะส่งตัวไปที่อื่น เช่น ไปโรงพยาบาลจังหวัดข้างเคียงหรือไม่ หรือไปโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดก็ได้ คุณหมอบอกว่าตามระบบส่งตัว คงต้องส่งตัวไปโรงพยาบาลศูนย์ในจังหวัด คุณหมอบพยายามสร้างความมั่นใจให้กับน้ำแดงว่าโรงพยาบาลศูนย์นี้เขาได้เป็น “Excellent center” โรคหัวใจด้วย น้ำแดงไม่ค่อยเข้าใจว่าอะไรที่บอกเป็น “Excellent center” นี่มันดีอย่างไร รักษาคนไข้หายดีกว่าที่อื่นอย่างไร จริงๆ แล้วในใจน้ำแดงรู้สึกจะไปโรงพยาบาลเอกชนน่าจะดีเพราะเคยไปใช้บริการสมัยที่ยังมีประกันสังคมอยู่ โรงพยาบาลเอกชนดูสวยกว่า ใหม่กว่าและบริการรวดเร็ว แต่ถ้าจะถามว่าการรักษาเป็นอย่างไร ได้มาตรฐานการรักษาดีกว่าจริงๆ หรือไม่ น้ำแดงก็ไม่มีและไม่เคยได้รับข้อมูลจริงๆ เหมือนกัน เห็นเขาว่าประกันสังคมมาตรวจมาตรฐานของโรงพยาบาล แต่น้ำแดงก็ไม่รู้ว่าใครมาดูแลการรักษายาที่น้ำแดงได้รับหรือไม่ว่าได้มาตรฐานหรือเปล่า จะมีใครคอยติดตามดูแลแทนน้ำแดงหรือไม่ เพราะน้ำแดงไม่ใช่แพทย์ ไม่มีความรู้ ตัวเองไม่เป็น

วันนั้นน้ำแดงได้รับการส่งตัวมาที่โรงพยาบาลศูนย์ในจังหวัด น้ำแดงพยายามขอเจ้าหน้าที่นอนห้องพิเศษ แต่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแจ้งว่าในส่วนของการห้องพิเศษน้ำแดงต้องออกเอง น้ำแดงไม่มีเงินจ่ายจึงต้องนอนเตียงห้องสามัญรวมหญิง อย่างไรก็ตามเจ้าหน้าที่ขอโรงพยาบาลพยายามอธิบายว่า น้ำแดงไม่ต้องเป็นห่วงเรื่องมาตรฐานการรักษาเพราะแพทย์รักษาเหมือนกัน น้ำแดงไม่ค่อยจะเข้าใจนักว่าจะเหมือนกันได้อย่างไร ห้องไม่เหมือนกัน ไม่ได้จ่ายเงินแต่ใช้สิทธิ 30 บาท แพทย์จะรักษาเหมือนกันจริงหรือ ยาที่ใช้จะเหมือนกันหรือไม่ น้ำแดงนึกเปรียบเทียบว่าไม่เหมือนที่เพื่อนคนหนึ่งของน้ำแดงที่เป็นข้าราชการครูที่โรงเรียนแห่งหนึ่งในอำเภอที่เล่าให้ฟังว่า ได้มานอนห้องพิเศษติดแอร์ แคมยังไม่ต้องรีบกลับบ้านอีกด้วย เพราะขอแพทย์นอนอยู่ต่อได้อีกหลายวัน บอกแพทย์ว่าไม่เป็นไร เบิกได้ รัฐบาลออกเงินให้ เขาไม่ต้องควักกระเป๋าออกเงินเองสักแดง พยาบาลและเจ้าหน้าที่ยิ้มแย้มบริการให้อย่างดี เขาพูดกันว่าเพราะช่วยให้โรงพยาบาลได้รายได้เพิ่มเติมมาอุดหนุนโรงพยาบาล มาช่วยจุนเจือส่วนที่โรงพยาบาลขาดทุนในการดูแลคนไข้ 30 บาทที่จ่ายเงินน้อย ไม่พอสำหรับต้นทุนค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล

น้ำแดงมาอยู่โรงพยาบาลศูนย์มา 3 วันแล้ว มีคนมาเจาะเลือดไปบ้าง ได้น้ำเกลือและยาลดความดันโลหิตทางเส้นเลือดดำ วันนี้น้ำแดงดีใจที่ได้พบแพทย์ใหญ่ หลังจากพบแต่คุณหมอเด็กๆ ในช่วงเสาร์-อาทิตย์ที่ผ่านมา น้ำแดงแจ้งให้แพทย์ใหญ่ทราบว่ารู้สึกขาๆ และอ่อนแรงที่แขนและมือข้างซ้ายมากขึ้นในช่วงหลายวันที่ผ่านมา แพทย์ใหญ่ตรวจร่างกายแล้ว จึงสั่งเจาะเลือด และส่งน้ำแดงไปเอกซเรย์หลายอย่าง รวมถึงเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ซึ่งต่อมาพบว่าน้ำแดงมีจุดเลือดออกเล็กๆ ในสมอง แพทย์แจ้งว่าเป็นเพราะความดันโลหิตอยู่ในระดับสูงอยู่นาน นอกจากนี้ ลุงเซยที่วันนี้ก็มาเยี่ยมน้ำแดงด้วย สงสัยว่าเป็นเพราะพบแพทย์ใหญ่เข้าไปใช้หรือไม่ ทำให้ได้รับการรักษาช้า แพทย์ใหญ่บอกไปว่า ไม่ใช่ นี่เกิดมาหลายวันแล้ว ลุงเซยและน้ำแดงกลัวและโกรธมากกว่าทำไมเป็นอย่างนี้ คิดว่าน่าจะเป็นเพราะโรงพยาบาลชุมชนรักษาให้ไม่ดีเป็นแน่ ที่มือและแขนขาและอ่อนแรง คงจะทำให้น้ำแดงไม่สามารถทำงานได้ไปอีกพักใหญ่ น้ำแดงจึงทำเรื่องร้องเรียนถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังมีคนแนะนำให้น้ำแดงทำเรื่องถึงสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ด้วย

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ส่งเจ้าหน้าที่หลายคนลงมาพูดคุย และขอข้อมูลจากน้ำแดง หลังจากมีการสอบสวนกันอยู่หลายวัน เท่าที่ทราบได้มีการสอบถามไปถึงโรงพยาบาลชุมชนด้วย เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลได้พยายามชี้แจงกับน้ำแดงว่า การรักษาที่น้ำแดงได้รับ แพทย์และบุคลากรได้ให้การรักษากันอย่างเต็มที่ เต็มศักยภาพของแพทย์และโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องแล้ว แต่ด้วยภาระงานที่มาก อาจทำให้ไม่ได้มีเวลาให้ข้อมูลและอธิบายทำความเข้าใจกับน้ำแดงได้ ปัญหาที่เกิดขึ้นคงไม่อาจบอกได้ว่าเป็นความผิดของใคร เพราะด้วยตัวโรคเองก็อาจเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะดังกล่าวได้ และทุกคนจะพยายามดูแลน้ำแดงอย่างเต็มที่ นอกจากนี้แพทย์เองยังบ่นให้น้ำแดงฟังอย่างท้อใจว่า โรงพยาบาลได้เงินมาน้อย ไม่พอกับต้นทุนค่าใช้จ่าย ที่อื่นๆ ก็เหมือนๆ กัน ส่วนใหญ่เป็นกันแทบทั่วประเทศ ทำให้ไม่สามารถยกระดับมาตรฐานของการรักษาในอีกหลายๆ ด้านได้ เพราะโรงพยาบาลทำไปก็ขาดทุน คนไข้มีจำนวนมาก แม้อยากใช้เวลากับผู้ป่วยรายหนึ่งๆ มากๆ ก็ทำไม่ได้ ยังมีจำนวนคนไข้มาก คนทำงานน้อย ย่อมทำให้เกิดความล่าช้าและความผิดพลาดได้สูง จะให้เป็นความผิดหรือให้ผู้ปฏิบัติงานมารับผิดชอบได้อย่างไร

น้ำแดงยังไม่ค่อยพอใจกับคำตอบที่ได้มากนัก จริงๆ นึกอยากจะเอาเรื่องมากกว่านี้ แต่ก็ยังใจของตนเองไว้ก่อน ด้วยกลัวว่าจะทำให้แพทย์พยาบาลอาจไม่ชอบไม่สนใจให้การดูแลน้ำแดง และส่วนหนึ่งทางโรงพยาบาลก็ได้ช่วยประสานงานกับ สปสช. ให้ได้รับค่าชดเชยเบื้องต้นอันเนื่องจากความเสียหายจากการรักษาพยาบาล ตามมาตรา 41 ของกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไปแล้ว น้ำแดงคิดว่ามันน่าจะมีใครสักคนที่ต้องรับผิดชอบ แต่จากที่หลายๆ คนได้เล่าเรื่องต่างๆ ให้น้ำแดงฟัง น้ำแดงเองก็สงสัยว่าแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่ต้องทำงานหนักภายใต้ความจำกัดขนาดนี้ ทุกคนจะช่วยเหลือน้ำแดงเท่าที่จะกระทำกันได้อยู่แล้ว น้ำแดงเลยตัดสินใจว่าจะไม่เอาความอะไรต่อแล้ว แต่น้ำแดงก็นึกไปอีกเช่นกันว่า มันน่าจะฟ้องรัฐบาลเสียมากกว่าฟ้องหมอที่ไม่สนใจให้การสนับสนุนทรัพยากรแก่ผู้ปฏิบัติงานและโรงพยาบาลอย่างเพียงพอ

หลังจากอยู่โรงพยาบาลประมาณ 2 สัปดาห์ น้ำแดงได้รับการรักษาจนภาวะความดันโลหิตสูงกลับมาอยู่ในระดับปกติ แพทย์จึงส่งตัวให้กลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน คุณหมอแจ้งน้ำแดงว่าเพื่อให้ได้รับการดูแลแบบ “ใกล้บ้านใกล้ใจ” คุณหมอยังบอกอีกว่าได้สรุปประวัติและการรักษาที่น้ำแดงได้รับ ส่งกลับไปพร้อมกันด้วยแล้ว อย่างไรก็ตาม น้ำแดงพบว่าน้ำแดงต้องรบกวนลุงเซยให้มารับอีกครั้งที่โรงพยาบาลศูนย์อีกครั้ง เนื่องจากโรงพยาบาลไม่มีรถไปส่ง น้ำแดงคิดในใจว่าตอนไม่สบายป่วยหนักต้องส่งตัวจากโรงพยาบาลชุมชนไปโรงพยาบาลทั่วไปที่จังหวัดมีรถพยาบาลไปส่ง แต่ถ้าจะมีการส่งต่อกลับจากโรงพยาบาลจังหวัดมารักษาต่อที่โรงพยาบาลชุมชน คนไข้ต้องเดินทางกันเอง ส่งต่อแบบนี้ทำไมไม่ดูแลกันให้ครบวงจร อย่างไรก็ตามเจ้าหน้าที่หลายคนบ่นให้น้ำแดงฟังว่า ทำอย่างไรได้ คนไม่พอ เงินไม่พอที่จะให้บริการประชาชนได้ทั้งขาขึ้นขาลง เดียวนี้ยังดีที่มีการปรับเปลี่ยนวิธีการจ่ายเงินกัน สมัยก่อนโรงพยาบาลต้นสังกัดต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายตามจ่ายทั้งหมด บางทีเลยส่งต่อคนไข้มารักษาบ่อยลงด้วยซ้ำไป

น้ำแดงกลับมารับการตรวจติดตามอาการที่โรงพยาบาลชุมชนอีกครั้งวันนี้ ครั้งนี้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลตรวจสอบทางคอมพิวเตอร์พบว่า น้ำแดงมีลูกเป็นข้าราชการ เบิกได้ เลยต้องขอ (ยัด) บัตรทอง 30 บาทสุตรักของน้ำแดงคืนไป เจ้าหน้าที่บอกว่า เพิ่งจะตรวจสอบสิทธิเข้าซ้อนกันกรณีของน้ำแดงได้เมื่อไม่นานมานี้เอง ที่ผ่านมาแล้วก็ถือว่าแล้วไปสำหรับน้ำแดง แต่โรงพยาบาลเองยังไม่แน่ใจว่าจะเบิกค่าใช้จ่ายได้หรือป่าว เจ้าหน้าที่แนะนำให้ น้ำแดงใช้เบิกของครอบครัวสิทธิข้าราชการของลูกชาย เรื่องนี้...น้ำแดงก็ได้แต่ปลง เพราะอย่างที่เล่ามาก่อนหน้า น้ำแดงส่งใบเสร็จรับเงินไปให้ลูกชายทำเรื่องเบิก แต่น้ำแดงไม่เคยได้รับเงินกลับมา... เจ้าลูกอกตัญญู... เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลปลอบใจน้ำแดงว่า กรณีของน้ำแดงยังดีกว่าคนไทยอีกหลายคนที่ยังไม่ได้รับสิทธิด้านการรักษาพยาบาลจริงๆ หรือมีปัญหาเรื่องสิทธิ เช่น ชาวไทยภูเขา กลุ่มแรงงานรับจ้างแบบเคลื่อนย้ายไปเรื่อย สำหรับน้ำแดงต่อจากนี้ไม่นานคงจะไม่ใช่ปัญหาแล้ว เพราะคนไข้สูงอายุที่ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลของข้าราชการจะสามารถลงทะเบียนกับโรงพยาบาลได้เลย ไม่ต้องนำใบเสร็จไปเบิกแล้ว โรงพยาบาลจะเบิกจ่ายให้ น้ำแดงได้ยีนดังนี้ ก็ได้แต่สาธุ และกล่าวว่าหวังว่าในอนาคตจะยังมีการพัฒนาอะไรดีๆ อย่างอื่นเกิดขึ้นต่อไปด้วยเพื่อทุกๆ คน

บทที่ 2

บริการสาธารณสุข การยกระดับคุณภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค

สถานการณ์และความท้าทาย

การผจญภัยของน้ำแดงในระบบบริการสาธารณสุขเป็นตัวอย่างที่อาจมีประชาชนคนไทยจำนวนไม่น้อยต้องเผชิญอยู่ อาจเป็นประสบการณ์ที่เหมือนกันทั้งหมด โกลัเดียวกัน หรือมีประเด็นคล้ายคลึงในบางส่วน เรื่องที่เป็นประเด็นสำคัญ พอจะสรุปได้ดังนี้

- น้ำแดงสามารถไปรับบริการสาธารณสุขใกล้บ้านจากศูนย์สุขภาพชุมชนที่ได้รับการพัฒนาให้ดีขึ้น และมีศักยภาพในการบริการมากกว่าสถานีนอนามัยที่มีอยู่เดิม
- การเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้รับการออกแบบให้เริ่มต้นจากการรับบริการในระดับปฐมภูมิ อย่างไรก็ตามขีดความสามารถของการให้การดูแลปัญหาสุขภาพมีจำกัด เนื่องจากทรัพยากรที่จำกัดของประเทศ ทำให้ต้องมีการพัฒนาเครือข่ายของการส่งต่อผู้ป่วยเป็นลำดับขั้น การเดินทางในระบบส่งต่อส่วนใหญ่ผู้ป่วยยังต้องช่วยตนเอง นอกจากกรณีฉุกเฉิน
- น้ำแดงจำเป็นต้องรอคอยเพื่อรับบริการที่โรงพยาบาลของรัฐ ในขณะที่มีเวลาพบแพทย์ที่สั้นมาก ทำให้การวินิจฉัยโรคที่มีความสลับซับซ้อนเกิดโอกาสผิดพลาดหรือไม่สมบูรณ์ได้ง่าย ทั้งนี้เนื่องจากคนไข้ผู้ใช้บริการมีจำนวนมาก แต่แพทย์ผู้ให้บริการมีจำนวนน้อย ซึ่งอาจไม่เพียงพอให้เกิดมาตรฐานในการดูแล
- สิ่งที่ประชาชนผู้ใช้บริการเข้าถึงได้ง่ายในเรื่องคุณภาพของการดูแลรักษาพยาบาล คือ ยา และการประเมินจากบริการที่ได้รับ เช่น พฤติกรรมบริการของบุคลากร ความรวดเร็ว และความสะดวกสบาย ส่วนด้านมาตรฐานการรักษาที่แท้จริงเป็นสิ่งที่ผู้รับบริการรับรู้ได้ยากว่าดีหรือไม่
- น้ำแดงเคยได้รับการรักษาด้วยยาระหว่างใช้การสิทธิประกันสังคม ซึ่งขาดการดูแลอย่างต่อเนื่อง ไม่ได้รับข้อมูลความรู้หรือการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จำเป็น ซึ่งอาจทำให้การเจ็บป่วยที่เป็นน้อยเป็นมากขึ้น หรือโรคที่ป้องกันได้ไม่ได้รับการค้นหาและป้องกันที่เพียงพอ
- เป็นเรื่องปกติ ที่การรักษาพยาบาล แพทย์อาจให้การรักษาและให้ผู้ป่วยกลับบ้านหากอาการเบื้องต้นไม่รุนแรง แต่อาการของผู้ป่วยอาจเป็นมากขึ้นและรุนแรงขึ้นในโอกาสต่อไปได้ ซึ่งหลายครั้งอาจทำให้เกิดความเข้าใจถึงความเพียงพอหรือความสามารถในการรักษาของแพทย์ที่ดูในครั้งแรก

- การเดินทางในกรณีอุบัติเหตุและการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ยังเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยยังต้องช่วยเหลือตนเองอยู่มาก โดยเฉพาะในเขตชนบท หลายๆ ครั้งค่าใช้จ่ายในการเดินทางอาจเป็นจำนวนที่มากกว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล
- สถานพยาบาลในระดับต่างๆ โดยเฉพาะโรงพยาบาลได้รับการสนับสนุนและอยู่ในกระบวนการของการพัฒนาคุณภาพในหลายรูปแบบ โดยเฉพาะกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่เน้นการค้นหาและป้องกันความเสี่ยงให้กับผู้ป่วย อย่างไรก็ตามโรงพยาบาลหลายแห่งยังขาดความมั่นคงด้านทรัพยากร ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการดูแลผู้ป่วยและเป็นข้อจำกัดในการพัฒนาคุณภาพได้
- ภาวะของบุคลากรทางการแพทย์ในหน่วยบริการทางสาธารณสุขมีเพิ่มมากขึ้นในหลายด้าน โครงสร้างของบุคลากรของสถานพยาบาลอาจปรับตัวไม่ทันต่อความเปลี่ยนแปลงของความต้องการของผู้ป่วย ตลอดจนการจัดระบบบริการสาธารณสุขที่เปลี่ยนไปตามการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- การคุ้มครองผู้บริโภคทางสุขภาพและการรับรู้ถึงสิทธิของผู้ป่วยและประชาชนมีมากขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาคุณภาพ แต่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อปัญหาการฟ้องร้องมากขึ้นได้ ปัญหาการฟ้องร้องส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย และผู้ให้บริการ และอาจไม่สามารถนำสู่การแก้ปัญหาที่เจาะลึกลงไปสู่สาเหตุที่เป็นรากเหง้าที่แท้จริง

ประสบการณ์ของน้ำแดงนั้นชี้ให้เห็นว่าไม่ใช่เรื่องที่ย่ายนง่ายสำหรับบุคคลทั่วไป หรือแม้แต่บุคลากรในระบบบริการสาธารณสุขที่ยืนอยู่ ณ จุดๆ หนึ่งจะมองเห็นหรือเข้าใจได้ถึงปัญหา ความเชื่อมโยงของปัญหาต่างๆ ตลอดจนรากเหง้าของสาเหตุของปัญหาซึ่งเป็นความท้าทายอันแท้จริงของการแก้ปัญหาในระบบบริการและสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนคนไทยได้ การฟ้องร้อง ร้องเรียนหรือหาผู้ให้บริการที่เป็นผู้ต้องรับผิดชอบ หรือ “รับผิดชอบ” ในปัญหาของการปฏิบัติที่เกิดขึ้นไม่ว่าที่จะใช้คำตอบที่ดีและเหมาะสม การตามแก้ไขปัญหานั้นจริงๆ เมื่อมีเรื่องราวหรือความผิดพลาดและความเสียหายหนึ่งเกิดขึ้นอาจดูเหมือนเป็นสิ่งที่ผู้กำหนดนโยบายหรือผู้บริหารระดับสูงมองว่าช่วยบรรเทาปัญหาหรือตอบสนองต่อความรู้สึกของประชาชนได้ก็จริง แต่นั่นไม่ใช่วิธีการที่ยั่งยืนที่จะสร้างหลักประกันที่มั่นคงแก่ประชาชนผู้มีสิทธิภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศว่าจะสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานได้

สิ่งที่ควรคำนึงถึงอย่างแท้จริง คือการพิจารณากระบวนการบริการสาธารณสุขในภาพรวมในด้านการออกแบบระบบ การนำสู่การปฏิบัติด้วยทรัพยากรที่เพียงพอ ตลอดจนกลไกในการกำกับดูแล และเสริมพลังให้แก่ประชาชน ผู้บริโภคให้เกิดความเข้าใจอย่างรอบด้าน เพื่อให้เราสามารถสร้างระบบบริการสาธารณสุขที่เป็นที่พึงให้กับประชาชนได้ทุกหมู่เหล่าได้อย่างมีคุณภาพ ประสิทธิภาพและเป็นธรรม ทั้งนี้โดยทำความเข้าใจถึงสถานการณ์และสิ่งที่ท้าทายระบบบริการสาธารณสุขอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งหากจะสรุปเป็นประเด็นหลัก อาจนำเสนอได้ดังนี้

1) มุมมองจากความรู้สึกของประชาชนมีทั้งบวกและลบ

ในช่วงที่ผ่านมา มีการศึกษาวิจัยจำนวนหนึ่งสะท้อนถึงความคิดเห็นและความพึงพอใจของผู้ป่วยและประชาชนต่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า¹ การสำรวจความคิดเห็นของประชาชนต่อการสร้างหลักประกันสุขภาพอย่างกว้างขวาง ที่จัดทำโดย สปสช.ร่วมกับสำนักวิจัยเอแบคโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ (2547) ในกลุ่มตัวอย่าง 13 จังหวัดทั่วประเทศ จำนวน 6,087 คน ระหว่างวันที่ 21 พฤษภาคม – 30 มิถุนายน 2546 พบว่า กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยรวม เฉลี่ย 8.01 เต็ม 10 โดยประชาชนมีความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายในการรับบริการรักษาพยาบาลร้อยละ 79.3 ความสะดวกในการเดินทางจากบ้านมาสถานพยาบาลร้อยละ 71.3 แพทย์ร้อยละ 69.7 พยาบาลร้อยละ 62.7 ยาร้อยละ 55.0 และผลการรักษาร้อยละ 63.8 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างกว่าร้อยละ 85 เห็นด้วยถึงเห็นด้วยอย่างยิ่งต่อการกำหนดให้มีสถานพยาบาลประจำตัวซึ่งทำหน้าที่ติดตามดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง²

อย่างไรก็ตาม หากได้พิจารณาอย่างลึกซึ้งจะพบว่า ยังอาจสรุปในภาพรวมได้ยากกว่าระดับความพึงพอใจดังกล่าวมากกว่าระดับที่ประชาชนมีต่อบริการสาธารณสุขของประเทศมาแต่เดิมหรือไม่ เนื่องจากไม่มีการศึกษาที่เทียบเคียงกันได้ในระยะก่อนและหลังการมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การศึกษาโดยสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ³ พบว่าความพึงพอใจของประชาชนส่วนหนึ่งที่มีต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค อาจไม่มากไปกว่าความพึงพอใจที่มีต่อสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลที่ประชาชนได้รับอยู่เดิม เช่น บัตรประกันสุขภาพ เป็นต้น โดยเฉพาะในด้านความเชื่อมั่นในคุณภาพของยารักษาโรคและการรอคอยที่นานขึ้น ซึ่งแยกประเด็นสำคัญตามความคิดเห็นของประชาชนในภาคต่างๆ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปความคิดเห็นของประชาชนต่อคุณภาพ ที่แสดงความเห็นแยกเป็นรายภาค

ประเด็นที่มีกลุ่มตัวอย่างในแต่ละภาคกล่าวถึงความพึงพอใจ	เหนือ	ใต้	กลาง	ตอ./น.
พึงพอใจคุณภาพการรักษาพยาบาลของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค	♥			
พึงพอใจคุณภาพการรักษาพยาบาลจากการใช้สิทธิเดิม (บัตรประกันสุขภาพ) มากกว่าการใช้สิทธิตามโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค	♥			♥
พึงพอใจคุณภาพการรักษาพยาบาลตามระบบเดิมมากกว่าของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค			♥	
พึงพอใจคุณภาพการรักษาพยาบาลของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ไม่แตกต่างจากก่อนเริ่มดำเนินโครงการ	♥	♥		

¹ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สร้างหลักประกันบนฐานความรู้: รวบรวมผลงานวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างหลักประกันสุขภาพ นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2547.

² สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสำนักวิจัยเอแบคโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ. ผลการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนและผู้ให้บริการในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2547. (เอกสารอัดสำเนา)

³ สังคีต พิริยะรังสรรค์และคณะ. โครงการวิจัยความคิดเห็นของประชาชนต่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้ความรับผิดชอบร่วมกันกรุงเทพฯ: สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2547.

นอกเหนือจากประเด็นดังกล่าว ยังมีงานวิจัยบ่งชี้ถึงปัญหาในด้านสิทธิของประชาชนในเรื่องที่สำคัญอีกบางประเด็น เช่น ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับระบบการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพของไทยในเรื่องสิทธิในการเข้ารับบริการสาธารณสุข (ตามกฎหมาย) 4 ด้าน ได้แก่ สิทธิในการเลือกหน่วยบริการ สิทธิในการใช้บริการกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน สิทธิในการร้องเรียนปัญหาบริการ และสิทธิในการได้รับชดเชย ซึ่งจากการศึกษาโดยการจัดประชุมผู้เกี่ยวข้องจากเครือข่ายภาคประชาชน 22 จังหวัด เพื่อจัดทำข้อเสนอ และทำการสำรวจเบื้องต้นในพื้นที่ 22 จังหวัดเครือข่าย พบว่าสิทธิและการคุ้มครองสิทธิประชาชนในการเข้ารับบริการสุขภาพ พบว่าในระบบประกันสุขภาพในปัจจุบันมีความแตกต่างกันในเรื่อง ดังนี้

- การเลือกสถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (30 บาท รักษาทุกโรค) ยังมีข้อจำกัดของการให้ประชาชนเลือกสถานพยาบาลอยู่มาก โดยเฉพาะในเขตพื้นที่รอยต่อระหว่างจังหวัด แต่ในระบบประกันสังคมไม่มีปัญหา
- กรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน ในระบบ 30 บาทรักษาทุกโรคมีการจำกัดสิทธิของการใช้บริการ โดยระบุว่ากรณีฉุกเฉินต้องไม่เกิน 2 ครั้ง/ปี และต้องใช้บริการในหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น (ซึ่งขณะนี้ยังอยู่ในระหว่างการแก้ไขระเบียบ) ส่วนในระบบประกันสังคมไม่มีปัญหาแต่อย่างใด
- การร้องเรียนปัญหาจากการรับบริการในระบบ 30 บาทรักษาทุกโรคและระบบประกันสังคมมีกำหนดในกฎหมายอย่างชัดเจน แต่ในระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการยังไม่มี ทั้งนี้ในการช่วยเหลือผู้ได้รับความเสียหายจากระบบบริการ มีเฉพาะในระบบ 30 บาทรักษาทุกโรค ซึ่งมีการกำหนดชัดเจนในมาตรา 41 แห่ง พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2547 แต่ประชาชนทั่วไปยังไม่ทราบสิทธินี้มากนัก⁴

2) ผลลัพธ์ต่อสุขภาพที่ดีขึ้นก็มี ที่ยังทำให้เกิดความเสี่ยงก็มาก

การประเมินผลกระทบของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเชิงคุณภาพต่อสุขภาพของประชาชนในระยะสั้น เป็นเรื่องที่ประเมินได้ยาก เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบที่จะมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการให้บริการทางสุขภาพรวมถึงการรักษายาบาลจะผ่านกลไกและระบบต่างๆ หลายขั้นตอน และผลลัพธ์ต่อสุขภาพบางประการ ในโรคหลายโรคโดยเฉพาะในโรคเรื้อรัง มักต้องใช้เวลาระยะหนึ่งกว่าจะเห็นผล นอกจากนี้ยังอาจมีปัจจัยแทรกแซงอีกจำนวนหนึ่ง

ฉะนั้น หากจะยังพยายามประเมินคุณภาพในเชิงผลลัพธ์ในภาพรวม เราอาจพอจะมองจากแนวโน้มของเครื่องชี้วัดสถิติของประเทศบางตัวที่มีความไวต่อการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการ และสะท้อนการดูแลใน

⁴ คณะทำงานภาคประชาชน เครือข่ายรณรงค์เพื่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพ เอกสารประกอบการประชุม คณะทำงานจัดทำข้อเสนอเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 11 พฤศจิกายน 2547. (เอกสารอัดสำเนา)

ระยะเฉียบพลันได้ในระดับหนึ่ง ซึ่งจะพบว่าในระยะ 1 ปีแรกของการขึ้นนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เครื่องชี้วัดของภาวะที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยเฉียบพลันหลายตัวแสดงทิศทางไปในทางที่ไม่ดีนักเมื่อเทียบข้อมูลในปี 2545 – 2546 กับแนวโน้มในช่วงปี 2542 – 2544 เช่น อัตราการตายต่อการเกิดมีชีพ อัตราทารกตายต่อการเกิดมีชีพ อัตราตายของประชากรจากอาการท้องร่วง วัณโรคทางเดินหายใจ ปอดบวม เป็นต้น เช่นเดียวกับ เครื่องชี้วัดของภาวะที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงระยะยาว เช่น เนื่องจากร้ายที่ปากมดลูก ที่ตับและท่อน้ำดีภายในตับ เป็นต้น ในขณะที่เครื่องชี้วัดบางตัวยังอยู่ในระดับใกล้เคียงหรือดีขึ้นเล็กน้อย เช่น ร้อยละของเด็กแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม เป็นต้น ดังรายละเอียดในตารางที่ 2 อนึ่งผลกระทบในช่วงเวลาหลังจากนั้น และผลกระทบระยะยาวคงต้องรอข้อมูลอย่างเป็นทางการเพื่อมาประมวลภาพรวมอีกครั้งหนึ่ง

ตารางที่ 2 เครื่องชี้วัดผลลัพธ์ต่อสุขภาพในภาพรวมจากสถิติชีพของประเทศบางรายการ⁵

	2542	2543	2544	2545	2546
อัตราการตายต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน (Maternal Mortality Rate)	12.3	13.2	12.9	14.7	13.7
อัตราทารกตายต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน (Infant Mortality Rate)	6.6	6.2	6.5	6.5	7.2
ร้อยละของเด็กแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (Low Birth Weight)	13.5	13.2	13.1	12.5	12.1
อัตราตาย ต่อ 100,000 ประชากร ในโรคต่อไปนี้ :					
-อาการท้องร่วง กระเพาะและลำไส้อักเสบซึ่งสันนิษฐานว่าเกิดจากการติดเชื้อ	1.5	1.7	1.9	2.0	1.8
-วัณโรคทางเดินหายใจ	7.6	9.6	9.5	10.0	10.1
-ปอดบวม	14.0	13.5	15.9	18.6	21.4
-ไข้เลือดออก	0.2	0.2	0.5	0.4	0.2
-อุบัติเหตุการขนส่ง	18.9	21.4	20.8	21.5	20.4
-เนื่องจากร้ายที่ปากมดลูก	2.2	2.8	3.5	4.0	5.2
-เนื่องจากร้ายที่ตับและท่อน้ำดีในตับ	12.8	14.7	16.7	17.9	20.2

หมายเหตุ ข้อมูลการตายเสียชีวิตและทารกแรกเกิดเสียชีวิต มีโอกาสต่ำกว่าความเป็นจริง ตัวเลขที่อาจเป็นไปได้ในปี 2545 ตามการประมาณการของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลอยู่ที่ระดับประมาณ 20.6 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน

ข้อมูลอื่นๆ ด้านคุณภาพที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ต่อสุขภาพของการให้บริการภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับที่มีความจำเพาะเจาะจงยังมีไม่มากนัก การศึกษาเบื้องต้นเกี่ยวกับอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากฐานข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และระบบประกันสังคม พบว่าอัตราตายของผู้ป่วยในโรงพยาบาลจากโรคบางโรคน่าจะมีความน่าเชื่อถือ มีจำนวนข้อมูลมากเพียงพอและน่าจะสามารถนำมาใช้ในการคัดกรองปัญหาคุณภาพได้ โดยเฉพาะการประเมินในระดับจังหวัดขึ้น

⁵ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2545. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข. 2546 และ 2548 – ข้อมูลอยู่ระหว่างการรอตีพิมพ์.

ไป แต่ขณะนี้จากข้อมูลเครื่องชี้วัดอัตราการตายของบางโรคที่ติดตามได้ยังไม่พบแนวโน้มที่ทิศทางเกี่ยวกับผลกระทบของคุณภาพชัดเจน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 อัตราตายของผู้ป่วยในโรงพยาบาลจากฐานข้อมูลการเบิกจ่าย⁶

อัตราตายในโรงพยาบาลรายโรค (%)	ปี 2543	ปี 2544	ปี 2545	รวมเฉลี่ย
โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (AMI)	25.77	24.36	24.64	24.87
ภาวะหัวใจวาย (CHF)	8.35	7.20	5.74	7.13
ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร (GI hemorrhage)	5.49	5.34	4.91	5.26
โรคปอดบวม (Pneumonia)	9.74	9.30	9.51	9.50
ภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยง (Stroke)	19.78	17.31	17.00	17.99

นอกเหนือจากประเด็นข้างต้น การศึกษานำร่องที่น่าสนใจเพื่อค้นหาภาวะไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาล โดยการสุ่มตรวจเฉพาะระเบียบของผู้ป่วยในระบบประกันสังคมที่เข้ารับการรักษาในปี 2544 จากทั่วประเทศจำนวน 386 ราย สรุปพบว่ามีภาวะไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น ร้อยละ 9.1 ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทั้งนี้ร้อยละ 71.4 น่าจะเป็นภาวะไม่พึงประสงค์ที่น่าจะสามารถป้องกันได้⁷ กระนั้นการศึกษาดังกล่าวถือเป็นข้อมูลเบื้องต้นซึ่งยังต้องการการศึกษาในเชิงลึกต่อไป

3) การพัฒนาคุณภาพของระบบบริการสาธารณสุขด้วยหลากหลายวิธีการ

แม้ประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพและบริการสาธารณสุขของประชาชนจะมีทั้งที่ดีและยังไม่ดี การยกระดับคุณภาพของบริการการดูแลสุขภาพของคนไทยมีพัฒนาการมาอย่างต่อเนื่องด้วยระบบและกลไกต่างๆ ตั้งแต่ก่อนจะมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาล เช่น การจดทะเบียนและรับใบอนุญาตของผู้ประกอบวิชาชีพและสถานพยาบาล การพัฒนาและยกระดับมาตรฐานของสถานพยาบาลภาครัฐของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งสถานเอนกมัยและโรงพยาบาลชุมชน และการกำหนดมาตรฐานของสถานพยาบาลคู่สัญญาในระบบประกันสังคม เป็นต้น⁸

⁶ จเด็จ ธรรมธัชอารี และสาหร่าย เรืองเดช ตัวชี้วัดคุณภาพ จากข้อมูลผู้ป่วยใน (Administrative data) กับคุณลักษณะของโรงพยาบาล. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2546.

⁷ ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์และคณะ ภาวะไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลในประเทศไทย: ข้อเสนอแนะจากการศึกษานำร่อง วารสารวิชาการสาธารณสุข 2546. 12 (4): 509-521.

⁸ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2544). ระบบประกันคุณภาพของการดูแลสุขภาพในประเทศไทย. ใน: จเด็จ ธรรมธัชอารี (บก.). ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 187 - 197.

เมื่อรัฐบาลมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประเด็นด้านคุณภาพยังคงได้รับความสำคัญแม้ว่าจะได้รับความสนใจไม่มากเท่าด้านการเงินและงบประมาณ และมีการดำเนินการอยู่ในหลายด้าน เช่น การกำหนดมาตรฐานของหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ ระยะ(แนวทาง)การพัฒนาคุณภาพของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ลักษณะบริการ การจัดเครือข่าย และมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิ / ศูนย์สุขภาพชุมชน และแนวทางการจัดหน่วยบริการ สำหรับโรงพยาบาลคู่สัญญาภาครัฐ โดยมาตรฐานและแนวทางเหล่านั้นได้รับการปรับปรุงมาเป็นระยะ^{9,10} การดำเนินการนำมาตรฐานและแนวทางดังกล่าวสู่การปฏิบัติส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับสาธารณสุขจังหวัด มีการจัดตั้งหน่วยบริการระดับปฐมภูมิหรือที่เรียกกันต่อมาว่า ศูนย์สุขภาพชุมชน มีการกระจายบุคลากรและทรัพยากรเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น ในขณะที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ซึ่งมักได้รับทรัพยากรน้อยลง ต้องมีการปรับตัวเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดค่าใช้จ่าย ผู้บริหารสถานพยาบาลต่างๆ มีความตื่นตัวกับคุณภาพมากขึ้น เนื่องจากความคาดหวังของผู้รับบริการที่สูงขึ้น การศึกษาในเขตกรุงเทพมหานครพบว่า นโยบายและการดำเนินการภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะ 2 ปีแรก ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบการให้บริการสุขภาพในเขตกรุงเทพมหานครอย่างมาก มีการประชุมปรึกษาหารือระหว่างหน่วยบริการต่างๆ ตลอดจนหน่วยงานต้นสังกัดอย่างไม่เคยมีมาก่อน มีการพัฒนาระบบบริการแบบเครือข่ายและการส่งต่อขึ้นในพื้นที่ต่างๆ ซึ่งมีการพัฒนาการต่อมาเป็นอย่างดีในหลายพื้นที่ รวมทั้งการส่งผลให้มีการพัฒนาศักยภาพของบริการเชิงรุกของหน่วยบริการ โดยเฉพาะในศูนย์บริการสาธารณสุขและโรงพยาบาลหลายแห่ง¹¹

อย่างไรก็ตาม การดำเนินการดังกล่าวขาดการวางแผนและติดตามประเมินศักยภาพในการปฏิบัติตามมาตรฐานอย่างเป็นระบบจากส่วนกลาง ความเข้าใจเกี่ยวแนวคิดด้านคุณภาพ การดำเนินการเพื่อประกันคุณภาพ ประเมินระดับการปฏิบัติขึ้นอยู่กับที่สาธารณสุขจังหวัดแตกต่างกันไป¹² นอกจากนี้ความสับสนและไม่แน่นอนของการจัดการเชิงระบบและการเงินในช่วงเวลาดังกล่าวทำให้เกิดการชะลอตัวของโรงพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพด้วย¹³

การดำเนินการด้านคุณภาพเริ่มมีแนวทางที่ชัดเจนมากขึ้นเมื่อมีการตรา พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ซึ่งการบรรจุประเด็นด้านคุณภาพของบริการสาธารณสุข (นิยามตามที่ระบุไว้ใน พรบ.ดังกล่าว) โดยในมาตรา 48 กำหนดให้มี “คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข” ขึ้น และมาตรา 50 ได้กำหนดอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการดังกล่าว ครอบคลุมประเด็นที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพที่สำคัญ คือ

⁹ สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน. ผลสรุปคณะทำงานเพื่อพัฒนาระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ 2544

¹⁰ สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน. ฉบับปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติม ครั้งที่ 1 ตามมติที่ประชุมศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ 2545.

¹¹ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์และคณะ. โครงการระบบบริการสุขภาพและการเงินที่เหมาะสมในเขตกรุงเทพมหานคร และบทบาทของกรุงเทพมหานครภายใต้การปฏิรูปครั้งที่ 3 ของระบบสุขภาพของประเทศไทย. รายงานวิจัย. 2547.

¹² กฤษณ์ พงศ์พิฑูณ. การประกันคุณภาพของบริการส่งเสริมสุขภาพในระบบสุขภาพระดับจังหวัด. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2546.

¹³ อนุวัฒน์ ศุภชาติกุลและประดิษฐ์ วงษ์คันธารัตนกุล. การประกันคุณภาพ. ใน: เอกสารวิชาการเพื่อนำสู่การแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในการประชุมวิชาการ “พลังปัญญา: สู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ภาคที่ 4. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2547.

- (1) การควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่าย
- (2) การกำกับดูแลการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการให้มีคุณภาพและมาตรฐาน
- (3) การกำหนดมาตรการควบคุมและส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่าย
- (4) การเสนอแนะอัตราราคากลางของโรค
- (5) การกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการร้องเรียนของผู้ซึ่งถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการ
- (6) การรายงานผลการตรวจตราและการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายต่อ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พร้อมทั้งแจ้งหน่วยบริการและหน่วยงานต้นสังกัดเพื่อปรับปรุงแก้ไข และติดตามผล
- (7) การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตรวจตราและการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่าย ตลอดจนสนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบการเผยแพร่ข้อมูลแก่ประชาชน เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการเข้ารับบริการสาธารณสุข¹⁴

เจตนารมณ์ตามกฎหมาย ชี้ให้เห็นถึงแนวคิดที่มีความก้าวหน้าเกี่ยวกับการจัดการด้านคุณภาพของบริการ ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อันได้แก่ การกำหนดมาตรฐาน การส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพ การประเมิน ติดตามและกำกับควบคุมคุณภาพ การให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อการพัฒนา และการสร้างความร่วมมือร่วมด้านคุณภาพ ตลอดจนการให้ข้อมูลที่จำเป็นเพื่อประกอบการตัดสินใจของประชาชน กระนั้นรูปธรรมของการปฏิบัติ ยังไม่ปรากฏอย่างเป็นเด่นชัด และเป็นสิ่งที่ต้องติดตามต่อไป

ในช่วงเวลา 3 – 4 ปีที่ผ่านมา การสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้สถานพยาบาล โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการต่างๆ ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้มีการพัฒนาคุณภาพให้มีความสอดคล้องตามระบบจัดการคุณภาพที่ได้มาตรฐานและได้รับการรับรองคุณภาพ (Hospital accreditation) โดยสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ (พรพ.) พบว่า มีโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพเป็นจำนวนที่เพิ่มขึ้นทุกปี ในขณะที่มีโรงพยาบาลซึ่งอยู่ระหว่างการพัฒนาที่ผ่านการประเมินในขั้นที่ 1 และ 2 อันแสดงถึงการเป็นโรงพยาบาลที่มีกิจกรรมทบทวนในการป้องกันความเสี่ยงต่อผู้ป่วยและมีกิจกรรมเพื่อประกันคุณภาพที่เข้มแข็ง มีจำนวนเพิ่มขึ้นมาก โดยเฉพาะในปี 2547 ดังแสดงในตารางที่ 4 อย่างไรก็ตามสัดส่วนของโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพ ยังมีสัดส่วนที่น้อยกว่า 1 ใน 10 ของจำนวนโรงพยาบาลทั้งหมดในประเทศไทย ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลยังคงต้องการการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องต่อไป

¹⁴ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕.

ตารางที่ 1 จำนวนโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองโดยสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล¹⁵

	2543	2544	2545	2546	2547	2548 ⁽¹⁾
โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพใหม่	4	12	13	35	30	46
จำนวนสะสมของโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพ	4	16	30	64	92	134
จำนวนสะสมของโรงพยาบาลที่เคยได้รับการรับรองแต่ยังไม่ได้รับการรับรองต่อ	-	-	1	1	2	4
จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านการพัฒนานับได้ขั้นที่ 1	-	-	-	1	346	268
จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านการพัฒนานับได้ขั้นที่ 2	-	-	-	1	10	37

หมายเหตุ (1) ข้อมูลถึงเดือนกรกฎาคม 2548

4) เมื่อบริการมีราคาถูกลง ผู้คนย่อมมีความต้องการและมาใช้บริการเพิ่มขึ้น ภาระงานย่อมเพิ่มขึ้น

การลดภาระค่าใช้จ่ายในการใช้บริการสาธารณสุขโดยการลดค่าแพคเกจค่าบริการสุขภาพหรือการร่วมจ่ายของผู้รับบริการทั้งกรณีผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตลอดจนการปรับเปลี่ยนระบบบริการให้ประชาชนผู้เจ็บป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวกมากยิ่งขึ้นในลักษณะ “ใกล้บ้าน-ใกล้ใจ” ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นได้ง่ายกว่าเดิม ซึ่งจากการติดตามจำนวนผู้ใช้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผ่านการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ระหว่างปี 2544-2546 พบว่า:

- อัตราป่วยแบบผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นร้อยละ 20.1 โดยอัตราการป่วยของประชาชนที่มีการใช้บริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นจาก 4.101 ครั้งต่อคนต่อปี ในปี 2544 เป็น 4.926 ครั้งต่อคนต่อปี ในปี 2546 นอกจากนี้อัตราการให้บริการผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นร้อยละ 8.8
- แนวโน้มการให้บริการในสถานพยาบาลเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 69.4 เป็นร้อยละ 72.0 การเลือกใช้บริการกรณีผู้ป่วยนอกภายนอกสถานพยาบาลลดลงร้อยละ 8.5 ในขณะที่การให้บริการภายในสถานพยาบาลเพิ่มขึ้นร้อยละ 3.7
- การให้บริการสถานพยาบาลภาครัฐในลักษณะผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นร้อยละ 4.4 ส่วนผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นร้อยละ 1.5 การให้บริการสถานพยาบาลภาคเอกชน แบบผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นร้อยละ 1.4 แต่ผู้ป่วยในลดลง 11.8¹⁶

¹⁵ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. <http://www.ha.or.th>. ตุลาคม 2548.

¹⁶ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ. การคลังของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปัจจุบันและอนาคต. ใน: เอกสารวิชาการเพื่อนำสู่การแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในการประชุมวิชาการ “พลังปัญญา: สู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ภาคที่ 2 กลไกทางการเงินการคลังด้านประกันสุขภาพของประเทศไทย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2547.

ปรากฏการณ์ดังกล่าวไม่ได้เกิดขึ้นในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้นสถิติการให้บริการผู้ป่วยนอกในระบบประกันสังคมซึ่งผู้ให้บริการไม่ต้องเสียค่าบริการ ก็มีอัตราสูงเพิ่มขึ้นก่อนหน้านี้เช่นกัน จาก 1.46 ครั้งต่อคนต่อปีในปี 2541 เป็น 2.55 ครั้งต่อคนต่อปี ในปี 2545

สถิติการให้บริการของกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับการให้บริการในสถานพยาบาลในสังกัดของสำนักงานปลัดกระทรวงฯ ซึ่งกระจายอยู่ในพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศ พบดังนี้

- จำนวนผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ เพิ่มขึ้นสูงในปี 2545 แต่จำนวนกลับลดลงในปี 2546 เนื่องจากผู้ป่วยไปใช้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) และสถานีนอนมัยต่างๆ เพิ่มขึ้น เป็นผลให้งบประมาณในปี 2546 ไหลไปยังศูนย์สุขภาพชุมชนและสถานีนอนมัยเพิ่มขึ้นจากประมาณ 1,700 ล้านบาทในปี 2545 เป็นประมาณ 5,000 ล้านบาทในปี 2546 ซึ่งส่งผลดีทำให้สามารถขยายบริการนอกเวลาราชการและวันหยุดได้
- ในปีแรกของการเริ่มโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค (ปี 2545) พบว่า จำนวนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน เพิ่มขึ้นเล็กน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับปี 2544
- เมื่อเปรียบเทียบอัตราตายตลอดระหว่างปี 2544-2546 พบว่า โรงพยาบาลชุมชนมีอัตราตายคลอดสูงในปี 2545 และกลับลดลงในปี 2546 ทั้งนี้คาดการณ์ว่าสาเหตุน่าจะมาจากการส่งต่อมีน้อยลงในช่วงปี 2545

มีการประมาณว่า ภาระงานโดยเฉพาะในการบริการผู้ป่วยนอกของแพทย์ในระดับโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้นจาก 41.80 ล้านครั้งในปี 2544 เป็น 75.77 ล้านครั้งและ 66.16 ล้านครั้งต่อปีในปี พ.ศ.2546 และ 2547 หรือกว่าร้อยละ 81 และร้อยละ 58 ตามลำดับ การให้บริการที่เพิ่มขึ้นดังกล่าว ส่งผลโดยตรงต่อภาระงานของบุคลากรทางสาธารณสุข ยกตัวอย่างที่เห็นในชัดเจนได้ในส่วนของแพทย์ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 5¹⁷

¹⁷ ทักษพล ธรรมรังสี, ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อนำไปสู่การกระจายแพทย์ที่เหมาะสมภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รายงานวิจัยอยู่ระหว่างการดำเนินการ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข2547.

ตารางที่ 5 ภาระงานผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของแพทย์แยกตามระบบหลักประกันสุขภาพเปรียบเทียบระหว่างปีแรกของการเริ่มต้นหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (2544) และปีที่ 3 – 4 (2546 – 47)

	พ.ศ. 2544	พ.ศ. 2546		พ.ศ. 2547	
	ครั้งต่อแพทย์ต่อปี	ครั้งต่อแพทย์ต่อปี	% ภาระที่เพิ่มขึ้น	ครั้งต่อแพทย์ต่อปี	% ภาระที่เพิ่มขึ้น
ผู้ป่วยนอก					
ข้าราชการ	842.11	1,057.75	25.61	1,012.23	20.32
ประกันสังคม	481.32	746.55	55.10	725.36	50.70
30 บาทรักษาทุกโรค	6,529.33	6,925.73	6.07	6,651.22	1.87
รวม	7,852.76	8,730.03	11.17	8,389.82	6.84
ผู้ป่วยใน					
ข้าราชการ	24.76	24.87	0.44	35.84	44.71
ประกันสังคม	13.11	16.83	28.38	20.07	53.09
30 บาทรักษาทุกโรค	184.20	185.32	0.61	181.54	-1.45
รวม	222.08	227.02	2.22	237.44	6.92

ในอดีตไม่มีหลักเกณฑ์ว่าจะต้องส่งแพทย์ไปอยู่โรงพยาบาลใดจำนวนเท่าใด แต่ปัจจุบันเนื่องจากกลไกการจ่ายเงินเป็นแบบรายหัวที่นำมาใช้ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงมีการพิจารณาว่าประชากรแต่ละคน น่าจะต้องการบริการอะไรบ้าง การจัดสรรบุคลากรทางสาธารณสุขในปัจจุบันเริ่มพิจารณาจากฐานประชากรมากขึ้น (ไม่จำกัดด้วยขอบเขตของจังหวัด) เช่น บริการระดับปฐมภูมิต้องใช้แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวในอัตราส่วน 1:10,000 ส่วนระดับทุติยภูมิจะมีบริการแบ่งเป็นระดับย่อยเพื่อกำหนดว่าในฐานประชากรเท่าใดจะต้องการแพทย์เฉพาะทาง เช่น หมอตา หมอเด็ก หรืออายุรกรรมเท่าใด เป็นต้น ทั้งนี้กรอบหลักเกณฑ์ดังกล่าวจัดทำโดยร่วมกับแพทย์สภาและราชวิทยาลัยฯ ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนได้ภายใต้งบประมาณของพื้นที่¹⁸

5) ความต้องการของประชาชนเปลี่ยนแปลงไปทั้งความต้องการทั่วไปและความต้องการทางสุขภาพ

ในระหว่างที่ผ่านมาความต้องการและพฤติกรรมของประชาชนในการใช้บริการสาธารณสุขเองมีแนวโน้มที่เปลี่ยนแปลงไป ทั้งนี้ประชาชนมีแนวโน้มพึ่งพาสถานพยาบาลมากขึ้นดังข้อมูลที่เสนอไปแล้วข้างต้น ประชาชนจำนวนไม่น้อยไปใช้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเพิ่มขึ้นในหลายพื้นที่ ในขณะที่ภาระงานที่ระดับโรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งก็ยังคงมากขึ้นเช่นกัน นอกจากนี้ประชาชนผู้รับบริการยังมีความคาดหวังที่สูงขึ้นต่อบริการต่างๆ ของ

¹⁸ คณะทำงานเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. รายงานการประชุม ครั้งที่ 6/47. ห้องประชุม 1-2 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 27 สิงหาคม 2547.

หน่วยบริการ เช่น การให้คำอธิบาย ความสะดวก รวดเร็ว พฤติกรรมบริการที่ดี สถานที่สวยงามเรียบร้อย และมีแนวโน้มที่จะปกป้องและรักษาสิทธิของตนเองมากขึ้นด้วย¹⁹

นอกเหนือจากความต้องการทั่วไปดังกล่าวที่มักมีการสะท้อนในสื่อมวลชนและเวทีสาธารณะต่างๆ บ่อยครั้งแล้ว มิติของความเปลี่ยนแปลงที่สำคัญเช่นกัน คือ ความต้องการทางสุขภาพ ซึ่งสะท้อนออกมาสู่การจัดระบบบริการสาธารณสุขภายใต้หลักประกันสุขภาพผ่านทางการกำหนดสิทธิประโยชน์และความคุ้มครองทางสุขภาพของระบบหลักประกันสุขภาพ ซึ่งในระยะเปลี่ยนผ่านของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีการจัดกลุ่มของสิทธิประโยชน์และความคุ้มครองโดยพื้นฐาน แบ่งเป็น

- § การรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ ประกอบด้วย บริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยใน บริการกรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และการรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง
- § บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ประกอบด้วยชุดสิทธิประโยชน์ 10 กลุ่ม ครอบคลุม การให้แม่และใช้สมุดบันทึกสุขภาพประจำตัว การตรวจและดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพของหญิงมีครรภ์ การดูแลสุขภาพเด็ก พัฒนาการ และภาวะโภชนาการของเด็ก รวมถึงการให้ภูมิคุ้มกันโรค การตรวจสุขภาพประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง การให้ยาต้านไวรัสเอดส์ กรณีเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก การวางแผนครอบครัว การเยี่ยมบ้าน และการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การให้ความรู้ด้านสุขภาพ การให้คำปรึกษา และการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก
- § มีการกำหนดกลุ่มโรคยกเว้น ที่อยู่นอกชุดสิทธิประโยชน์ ได้แก่ กลุ่มที่ปัจจุบันมีงบประมาณจัดสรรให้เป็น การเฉพาะ กลุ่มที่เกินกรอบความจำเป็น และกลุ่มโรคอื่นๆ เช่น อยู่ในระหว่างการค้นคว้าทดลอง

พื้นฐานการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ดังกล่าว อยู่บนลักษณะงานเดิมที่สถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการอยู่ มากกว่าหลักวิชาการเกี่ยวกับความต้องการบริการสุขภาพของประชาชน อย่างไรก็ตาม บางประเด็นที่สำคัญและมีผลกระทบต่อการจัดระบบบริการสาธารณสุขอย่างมากต่อไปในอนาคต ได้แก่

- 1) โครงสร้างทางอายุของประชากรที่มีอายุยืนขึ้น มีสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ทำให้อาจต้องการบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวมมากขึ้น ต้องมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในโรคที่มักพบในผู้สูงอายุมากขึ้น ต้องมีบุคลากรเพื่อให้บริการเยี่ยมบ้าน บริการเชิงรุกอื่นๆ เพิ่มขึ้น

¹⁹ วิโรจน์ ณ ระนองและคณะ. โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีที่หนึ่ง (2544-45). รายงานวิจัย. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2545.

- 2) โรคที่ไม่ติดต่อที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและทวีความสำคัญเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เช่น อุบัติเหตุ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง และโรคเหงือกและฟัน ทำให้มีความจำเป็นต้องได้บุคลากรที่ทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพและทำงานกับชุมชนเพิ่มขึ้น บุคลากรทางการแพทย์ต้องการความรู้และทักษะใหม่ๆ ตลอดจนการทำงานร่วมกันเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้มากขึ้น ตลอดจนแพทย์และทีมงานสาขาวิชาชีพอื่นๆ เช่น ทันตแพทย์ พยาบาล และเภสัชกรที่เกี่ยวข้องเพื่อดูแลผู้ป่วยเหล่านี้
- 3) โรคติดต่อที่มีปัจจัยเสี่ยงมาจากพฤติกรรม รวมถึงโรคติดต่อข้ามชาติที่มากับการพัฒนาทางเศรษฐกิจยังมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น เช่น โรคเอดส์ โรคมาเลเรีย โรค SARS ทำให้เกิดความต้องการในการให้ข้อมูลความรู้ต่างๆ ที่ถูกต้องแก่บุคลากรต่างๆ อยู่ตลอดเวลา เพื่อให้สามารถจัดการกับสถานการณ์ในพื้นที่ และให้ความรู้ความเข้าใจกับประชาชนได้อย่างถูกต้อง
- 4) โรคหรือภาวะความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการขาดสมดุลในการดำรงชีวิตมีมากขึ้น โดยเฉพาะภาวะความเจ็บป่วยทางจิต รวมถึงปัญหาเสพติดและปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ซึ่งต้องการจิตแพทย์และบุคลากรสายวิชาชีพอื่นๆ ที่เชี่ยวชาญในการจัดการกับปัญหา ทำงานร่วมกันเป็นระบบ และเป็นทีม

นอกเหนือจากความท้าทายข้างต้น ปัจจัยที่สำคัญที่จะมีผลต่อการจัดบริการสุขภาพในอนาคตอีก ได้แก่

- (1) ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ (risk factor) ซึ่งในประเทศไทยอัตราของโรคติดต่อจะสูงยังคงเป็นอันดับหนึ่ง และ (2) เทคโนโลยีรุ่นใหม่ที่น่าสนใจในการรักษาพยาบาลและดูแลสุขภาพในด้านอื่นๆ ความเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทั้งหมดข้างต้นนี้ เป็นความท้าทายอันยิ่งใหญ่ของการปรับเปลี่ยนและพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแก่คนไทย

6) ความซับซ้อนของการออกแบบระบบบริการสาธารณสุขตามแนวคิดใหม่ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ไม่เพียงแต่ความต้องการของประชาชนผู้มีสิทธิและใช้บริการสาธารณสุขภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศที่เป็นความท้าทายที่สำคัญเท่านั้น การออกแบบระบบบริการสาธารณสุขตามแนวคิดของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นยังมีความซับซ้อนและท้าทายอยู่ไม่น้อย การสร้างสมดุลของการทำงานได้ตามเป้าหมายหลักของการจัดระบบบริการสาธารณสุขซึ่งประกอบด้วย (1) การเข้าถึงบริการ (Access) ซึ่งสะท้อนถึงความเป็นธรรม (Equity) (2) คุณภาพ (quality) และ (3) ต้นทุน (cost) ทำได้ไม่ถนัด เนื่องจากการขยายความสามารถในการเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นจะทำให้มีการกระจายทรัพยากรด้านสุขภาพออกไปมากขึ้น ซึ่งอาจทำให้การยกระดับคุณภาพหรือรักษาคุณภาพไว้ทำได้ยากขึ้น หากจะทำให้เกิดคุณภาพเพิ่มขึ้นก็จะต้องมีทรัพยากรและการ

ทำงานที่มีมาตรฐานอย่างเพียงพอ ทั้งคนและเครื่องมือ แต่จะส่งผลให้การเข้าถึงบริการด้อยลงและต้นทุนจะเพิ่มสูงขึ้น แต่หากจำกัดต้นทุนจะทำให้การเข้าถึงและคุณภาพลดต่ำลงได้

การจัดระบบบริการสุขภาพในประเทศตามแนวคิดใหม่ซึ่งจะแบ่งออกเป็น 4 ระดับคือ (1) การดูแลระดับปฐมภูมิ (2) การดูแลระดับทุติยภูมิ (3) การดูแลระดับตติยภูมิ และ (4) ศูนย์ความเป็นเลิศ (Excellent center) โดยมีการแบ่งบริการออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่คือบริการทั่วไป (General service) และบริการเฉพาะ (Highly specific service) จึงต้องคำนึงถึง

- (1) การกระจายการเข้าถึงบริการในส่วนของบริการทั่วไป และเน้นในเรื่องคุณภาพมากขึ้นในส่วนของบริการเฉพาะโดยคำนึงถึงมาตรฐานและทรัพยากรที่เพียงพอ
- (2) พื้นที่ของการให้บริการในส่วนของบริการเฉพาะจะต้องกระจายในระดับภูมิภาคหรือจังหวัด ส่วนบริการทั่วไปควรกระจายในระดับอำเภอหรือตำบล
- (3) หัวข้อของบริการเฉพาะในอนาคตจะมีความจำเพาะมากขึ้น และลงไปตามสภาพปัญหาที่เบ็ดเสร็จ

แนวคิดของการจัดระบบบริการมีความเปลี่ยนแปลงไปจากสภาวะที่เป็นอยู่เดิมก่อนการเริ่มต้นของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าค่อนข้างมาก มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริการต่างๆ ไปจากเดิม มีนวัตกรรมทางการจัดบริการที่ขยายผลไปในวงกว้างอันเนื่องมาจากการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพ และนโยบายในการให้ประชาชนเข้าถึงบริการระดับปฐมภูมิ การส่งต่อผู้ป่วยตลอดจนบริการด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่มีคุณภาพได้ เช่น การกำเนิดและขยายตัวของศูนย์สุขภาพชุมชน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เป็นต้น นอกจากนี้เกิดความต้องการใหม่ในด้านการจัดการเพื่อตอบสนองต่อความต้องการเชิงระบบ เช่น การจัดเครือข่ายบริการ การพัฒนาระบบบัญชีการเงินของโรงพยาบาล การทบทวนและการบริหารทรัพยากร การประกันมาตรฐานและการพัฒนาคุณภาพของบริการและสถานพยาบาลระดับต่างๆ²⁰

การศึกษาที่ผ่านมาโดย นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ สรุปประเด็นในภาพรวมเกี่ยวกับปัญหาในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับหลักประกันสุขภาพดังนี้

- ปัญหาที่สำคัญของระบบบริการสาธารณสุข ได้แก่ หน่วยบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมียังไม่ได้รับการพัฒนาอย่างเพียงพอ ความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และปัญหาคุณภาพการให้บริการ โดยเฉพาะในระบบส่งต่อผู้ป่วยซึ่งยังไม่มีประสานงานระหว่างระดับของการบริการที่ดี
- ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ที่สำคัญได้แก่ (1) กติกาและระบบการจัดสรรเงินให้แก่หน่วยบริการที่ยังไม่ส่งเสริมให้เกิดหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพอย่างแท้จริง ไม่สามารถสร้างแรงจูงใจในการส่งต่อผู้ป่วย ไม่ส่งเสริมให้หน่วยบริการมีประสิทธิภาพในระยะยาว และไม่เพียงพอสำหรับพื้นที่ที่มีประชากรน้อย (2) การขาด

²⁰ เกียรติศักดิ์ เอกพงษ์ และวงศา เลหาหศิริวงศ์. การบริหารระบบบริการภาครัฐระดับพื้นที่. ใน: เอกสารวิชาการเพื่อนำสู่การแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในการประชุมวิชาการ “พลังปัญญา: สู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ภาคที่ 4 การบริหารระบบ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2547.

รูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิที่ชัดเจน มีผลให้มีโรงพยาบาลเป็นจำนวนมากที่ไม่อยากรับดูแลระดับปฐมภูมิและจำกัดบริการของตนเองตามชุดสิทธิประโยชน์เท่านั้น (3) การขาดการพัฒนาศักยภาพในการบริหารจัดการในส่วนของผู้ให้บริการทั้งภาครัฐและเอกชน

นอกจากนี้ (4) การบริหารจัดการในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขยังมีปัญหาทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยระยะสั้นอาจเกี่ยวกับระบบการจัดสรรและจัดการการเงินภายในเครือข่ายของกระทรวงสาธารณสุข ส่วนในระยะยาวเกี่ยวกับการปรับระบบการบริหารสถานบริการภาครัฐโดยเฉพาะในส่วน of กระทรวงสาธารณสุขขึ้นใหม่ ภายใต้การเปลี่ยนแปลงของระบบบริหารราชการในอนาคต (5) ข้อกฎหมายรวมทั้งกติกาต่างๆ เช่น ม.41 และ ม.42 ที่สร้างแรงกดดันและนำไปสู่ความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการและประชาชนได้โดยง่าย และ (6) การขาดกลไกจัดการปัญหาในด้านการบริหารกำลังคนในส่วน of กระทรวงสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล²¹

คณะทำงานฯ ยังมีความเห็นเพิ่มเติมอีกว่าการมีส่วนร่วมของภาคเอกชนในโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคยังมีจุดอ่อนที่ขนาดของกลุ่มประชากรที่ลงทะเบียนมีจำกัด ทำให้ไม่เกิดการประหยัดจากขนาด (Economy of scale) การบริหารจัดการขาดการสนับสนุนอย่างเป็นกลางจากหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขที่รับผิดชอบ ซึ่งต่างจากระบบประกันสังคม อย่างไรก็ตาม ในอีกมุมหนึ่งพบว่ายังมีข้อสงสัยถึงกติกาที่เป็นธรรมเพื่อให้เกิดการแข่งขันในการให้บริการระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนว่าสามารถเป็นรูปธรรมได้ อันเนื่องจากกฎระเบียบทางราชการและบทบาทหน้าที่ในฐานะหน่วยงานของรัฐที่กำกับพันธกิจของหน่วยบริการของรัฐ ตลอดจนระบบประกันคุณภาพและติดตามประเมินการให้บริการจริงที่ยังไม่เข้มแข็ง

7) ปัญหาบุคลากรเป็นปัญหาเรื้อรัง ทั้งเรื่องจำนวนและการกระจาย

ที่ผ่านมาความต้องการทางสุขภาพตามสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพตลอดจนความจำเป็นในการออกแบบระบบบริการตามแนวคิดใหม่ส่งผลให้เกิดความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนการจัดสรรกำลังคนในหน่วยบริการต่างๆ เช่น โรงพยาบาล และระหว่างโรงพยาบาลกับศูนย์สุขภาพชุมชนหรือศูนย์บริการสาธารณสุข ซึ่งส่วนใหญ่มักเป็นการบริหารจัดการกันภายในพื้นที่เอง บุคลากรจำนวนไม่น้อยที่มีปัญหากับบริบทใหม่ของการให้บริการเนื่องจากความไม่เคยชิน และอาจไม่ได้รับการเตรียมพร้อมหรือฝึกอบรมอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะในระยะแรก²² การขยายตัวของกาให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังส่งผลให้การะงานของบุคลากรในระบบบริการของรัฐโดยเฉพาะในกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้นอย่างมาก ทั้งในกรณีทั่วไป และกรณีของแพทย์เฉพาะทาง ปัญหาดังกล่าวกลายเป็นประเด็นสำคัญที่เสริมความรุนแรงของปัญหา

²¹ สมศักดิ์ ชุณหทศม์ และคณะ. ระบบบริการสาธารณสุขกับการประกันสุขภาพ ปัญหาและข้อเสนอในภาพรวม. รายงานการวิจัยสนับสนุนโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2548. (เอกสารจัดสำเนา)

²² จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. ทรัพยากรบุคคลในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะผลิต กระจาย พัฒนา และรักษากำลังคนด้านสุขภาพได้อย่างไร. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2547.

เกี่ยวกับจำนวนบุคลากรที่ไม่เพียงพอ และปัญหาของการกระจายบุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่ต่างๆ ของประเทศที่ไม่เท่าเทียมกันในแต่ละพื้นที่ที่มีสะสมเรื้อรังมานาน โดยเฉพาะในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การกระจายตัวของบุคลากรทางการแพทย์ 1 คนต่อจำนวนประชากรในปี พ.ศ. 2546²³

พื้นที่	แพทย์	ทันตแพทย์	เภสัชกร	พยาบาลวิชาชีพ
กรุงเทพมหานคร	1 : 924	1 : 6,920	1 : 4,765	1 : 285
ภาคกลาง ไม่รวม กทม.	1 : 3,301	1 : 16,851	1 : 7,169	1 : 631
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	1 : 7,409	1 : 26,351	1 : 13,183	1 : 1,145
ภาคเหนือ	1 : 4,766	1 : 17,694	1 : 9,743	1 : 734
ภาคใต้	1 : 4,609	1 : 19,578	1 : 8,801	1 : 692

ภาระงานที่เพิ่มมากขึ้นร่วมกับปัญหาความไม่เพียงพอ และการกระจายตัวของบุคลากรทางการแพทย์ กลายเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะแพทย์ ลาออกจากระบบราชการ ซึ่งนอกเหนือจากปัญหาดังกล่าว ยังมีปัจจัยอื่นๆ ในระบบที่เชื่อได้ว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์สาขาอื่นๆ ลาออกจากระบบราชการอีก เช่น

- การยกเลิกการบรรจุแพทย์และบุคลากรทางสาธารณสุขที่จบใหม่เข้าเป็นข้าราชการตามนโยบายลดขนาดกำลังคนของภาครัฐ มาตั้งแต่ปี พ.ศ.2543 ทำให้บุคลากรจำนวนหนึ่งหันไปเลือกทำงานในภาคเอกชน
- แนวทางที่ใช้ในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ใช้การจัดสรรงบประมาณแบบต่อหัวประชากร ทำให้เกิดความจำกัดของงบประมาณในพื้นที่ที่มีประชากรน้อย แต่เป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ภาระติดตัวมาแต่เดิมมาก ตลอดจนความกลัวปัญหาการถูกฟ้องร้องในกรณีเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วยจากการรักษาพยาบาลตามมาตรา 41 และ 42 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545
- แรงดึงดูดของธุรกิจการแพทย์ภาคเอกชน ซึ่งกำลังเติบโตและขยายตัวอย่างรวดเร็วตามทิศทางนโยบายของรัฐบาล ทำให้มีการให้ค่าตอบแทนที่สูงใจมากกว่า ในขณะที่ภาระงานน้อยกว่า ทำงานในสิ่งแวดล้อมที่สะดวกสบายมากกว่า และได้รับการมองว่ามีความเสี่ยงต่อการฟ้องร้องน้อยกว่า

การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกลุ่มคณะทำงานฯ ยังได้ข้อมูลเพิ่มเติมอีกว่า

- (1) การกระจายแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุขจะกระจายตามพื้นที่ความรับผิดชอบของสถานบริการตามการแบ่งเขตของกระทรวงมหาดไทย ซึ่งผู้รับผิดชอบในพื้นที่ ยังสามารถปรับได้ตามความเป็นจริงและความสะดวกใน

²³ รายงานทรัพยากรสาธารณสุข ประจำปี 2546. กลุ่มงานข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข http://203.157.19.191/index_servey_resource_46.htm.

- การเข้ารับบริการของประชาชน แต่ปัญหาในขณะนี้ คือ การกระจายสถานบริการสอดคล้องกับความต้องการที่เป็นจริง แต่ทรัพยากรไม่สอดคล้องกับภาระงาน
- (2) การควบคุมกำกับกับการกระจายสถานบริการในแต่ละยุคจะแตกต่างกัน การกระจายตามประชากรเกิดขึ้นในช่วงของการปฏิรูปก่อนเกิดโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคได้ระยะหนึ่ง แต่ในปัจจุบันการกระจายจะกลับไปเป็นตามการกระจายสถานพยาบาลอีกครั้ง ซึ่งอาจไม่ได้คิดบนฐานประชากรหรือความต้องการทางสุขภาพแต่อย่างใด
 - (3) โครงสร้างพื้นฐานของประเทศไทยยังไม่เสมอภาค ทำให้แพทย์ในชนบทต้องการไหลเข้าสู่ศูนย์กลางความเจริญ ส่วนความพยายามที่จะให้แรงจูงใจแก่แพทย์เหล่านี้ขึ้นอยู่กับ politic และ leadership ในแต่ละช่วงว่ามีมากน้อยเพียงใด
 - (4) ที่ผ่านมามีหน่วยงานวิจัยและงานทางวิชาการยังไม่ได้ให้ความสำคัญเท่าที่ควรกับส่วนผสมระหว่างวิชาชีพ (Professional mix) และอัตรากำลังของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเพื่อรองรับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพตามนโยบาย

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

1. รูปแบบบริการสุขภาพและเครือข่ายการส่งต่อ

- 1.1) ระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบหลัก ควรมีการทบทวนมาตรฐานของสถานพยาบาลในทุกระดับร่วมกัน เพื่อให้เกิดความสอดคล้อง และเป็นธรรมสำหรับประชาชนผู้มีสิทธิที่อยู่ในกองทุนหลักทั้ง 3 กองทุน ทั้งนี้ควรคำนึงในเรื่อง (1) สร้างการมีส่วนร่วมขององค์กรประชาชนในการกำหนดมาตรฐาน (2) คำนึงถึงความต้องการทางสุขภาพ ความต้องการและความเป็นไปได้ทางทรัพยากร (3) อ้างอิงได้กับสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพที่มีการกำหนดไว้ และ (4) พิจารณาในระดับเครือข่ายพื้นที่ มากกว่าการพิจารณาเป็นรายหน่วยบริการ
- 1.2) ทบทวนและศึกษาแนวทางในการกำหนดหน่วยบริการที่จะเป็นคู่สัญญา (Contracting unit) สำหรับการจัดบริการ สอดคล้องกับความรับผิดชอบในการดูแลกลุ่มประชากร (Unit of accountability) ที่มีการกำหนดไว้ ซึ่งควรเป็นหน่วยงานที่มีอำนาจในการจัดสรรและบริหารทรัพยากรเพื่อการจัดบริการได้ โดยเฉพาะบุคลากร และเงิน
- 1.3) กำหนดนิยาม มาตรฐานและพัฒนาบริการระดับปฐมภูมิอย่างจริงจัง ทั้งชนิดหรือประเภทของบริการ และระดับความสามารถในการรับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชน ตลอดจนให้มีกลไกการจ่ายเงิน

อย่างสมดุล โดยเฉพาะเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการด้านมาตรฐานที่สูงขึ้น ซึ่งควรมีกลไกและกระบวนการทบทวนและเจรจาร่วมกันระหว่างผู้ซื้อ ผู้ให้บริการและผู้ทรงคุณวุฒิ

- 1.4) สนับสนุนการพัฒนาเครือข่ายของสถานพยาบาล เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างบูรณาการ รวมถึงการวางแผนการลงทุน การใช้ทรัพยากรร่วมกัน การผลิต รวมทั้งการกระจายและพัฒนาบุคลากร การส่งต่อผู้ป่วยระหว่างระดับของบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิ ระหว่างประเภทของการบริการ ระหว่างภาครัฐและเอกชน ตลอดจนบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- 1.5) สนับสนุนกิจกรรมการประเมินเทคโนโลยีทางสุขภาพ (Health technology assessment) เพื่อการพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical practice guidelines) ที่เหมาะสมกับบริบทของระบบบริการสุขภาพของประเทศ และส่งเสริมความต่อเนื่องและบูรณาการของการบริการที่ผู้รับบริการที่จะได้รับ ในขณะที่ควรพัฒนาระบบและกลไกที่ส่งเสริมให้มีการประยุกต์ใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการให้การดูแลสุขภาพของประชาชนในรูปแบบที่ง่ายต่อความเข้าใจ และการนำไปใช้ประโยชน์ ตลอดจนสามารถกำกับติดตามได้
- 1.6) พัฒนาระบบ แนวทางปฏิบัติและกลไกติดตามกำกับกับการส่งต่อผู้ป่วยที่มีความชัดเจน สอดคล้องกับมาตรฐานของสถานพยาบาลในระดับต่างๆ โดยเฉพาะการพัฒนาให้เกิดความเชื่อมโยงของข้อมูลและสารสนเทศของผู้ป่วย ตลอดจนทบทวนระบบการซื้อบริการโดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการตามจ่ายในระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะกรณีคลินิกชุมชนอบอุ่น
- 1.7) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในแต่ละพื้นที่ เช่น กรุงเทพมหานคร ควรมีเร่งรัดการพัฒนาระบบบริการอุบัติเหตุและฉุกเฉินในด้านศักยภาพของระบบ กลไก การเคลื่อนย้าย เครื่องมือแพทย์และบุคลากร
- 1.8) การจัดบริการและการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ อาจพิจารณารูปแบบบริการแต่ละกลุ่มที่แตกต่างกันออกไป ให้สอดคล้องกับความต้องการในพื้นที่ บุคลากร รูปแบบและวิธีปฏิบัติ การติดตามประเมินผล เรียนรู้และพัฒนาบริการ ซึ่งจะเอื้ออำนวยต่อการสร้างความชัดเจนของชุดสิทธิประโยชน์ และส่งผลต่อการคำนวณวงเงินงบประมาณ การจัดการกลไกการจ่ายเงินและการติดตามเพื่อประกันคุณภาพ ตลอดจนความซ้ำซ้อนหรือความสับสนกับกิจกรรมด้านสาธารณสุขที่เป็นการปฏิบัติประจำหรือเป็นนโยบายแนวดิ่ง (Vertical public health programs) ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งการจัดบริการด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระบบหลักประกันสุขภาพอาจจะแบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ

- การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีการจัดกลุ่มของบริการหรืองานไว้โดยเฉพาะ (Program-based health promotion and disease prevention)
- บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีการให้แก่ผู้รับบริการระหว่างการให้บริการดูแลสุขภาพหรือการรักษาพยาบาลโดยทั่วไป (Care-based health promotion and disease prevention)
- บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จัดในรูปของโครงการ มีการดำเนินการแบบเฉพาะกิจ (Project-based health promotion and disease prevention)
- การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดำเนินการร่วมกับชุมชนหรือมีการส่งเสริมให้ชุมชนดำเนินการ (Community-based health promotion and disease prevention)

ในทางปฏิบัติ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคส่วนหนึ่งควรจะได้รับพัฒนาไป ร่วมกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และการพัฒนามาตรฐานของศูนย์สุขภาพชุมชน

- 1.9) สิทธิประโยชน์ให้ครอบคลุมถึงยาที่มีความจำเป็นต่อการบริบาลผู้ป่วย ซึ่งแพทย์สั่งจ่ายโดยอ้างอิงตาม บัญชีรายการยาที่จัดทำขึ้นที่สอดคล้องกับลักษณะของระบบหลักประกันสุขภาพแต่ละระบบ และให้มีการจัดการเพื่อสร้างหลักประกันการเข้าถึงยาที่ราคาแพงที่มีความจำเป็นด้วย ระบบหลักประกันสุขภาพแต่ละระบบ อาจใช้บัญชียาคนละบัญชีกัน โดยมีส่วนที่ครอบคลุมความจำเป็นพื้นฐานร่วมกัน (เช่น อ้าอิงบัญชียาหลักแห่งชาติ) เนื่องจากแต่ละระบบควรจะสามารถกำหนดสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพตามบริบทเฉพาะของตนได้ ตลอดจนมียานอกบัญชียาที่รายการยาให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมจ่ายด้วย มีการติดตาม ทบทวนการใช้ยาและกำกับดูแลอย่างระบบ และให้มีการศึกษาการจัดระบบให้ ผู้ใช้บริการผู้ป่วยนอกให้สามารถถือใบสั่งยาไปรับยาได้ที่ร้านยาซึ่งผ่านการรับรองมาตรฐานการ ให้บริการในระบบหลักประกันได้ เพื่อเพิ่มทางเลือกการเข้าถึงบริการในระดับปฐมภูมิ

- 1.10) หน่วยงานวิจัยเชิงนโยบาย เช่น สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) เร่ง ศึกษาและหามาตรการในการสนับสนุนเพื่อลดและป้องกันปัญหาอันเป็นสาเหตุของข้อขัดแย้งระหว่าง ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

2. การประกันคุณภาพ

- 2.1) ส่งเสริมให้หน่วยบริการมีศักยภาพในการพัฒนาคุณภาพของตนเอง มีระบบในการจัดการคุณภาพ ของตนเองอย่างเหมาะสมและรอบคอบ ส่งเสริมกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพที่เปิดกว้างสู่ ทิศทางร่วมกัน ระบบการตรวจสอบควรให้ความสำคัญไปสู่ระบบจัดการคุณภาพภายในหน่วยบริการ มากกว่าที่มีอยู่ในปัจจุบัน

- 2.2) สร้างวงจรการประกันคุณภาพในภาพรวมที่เชื่อมโยงกับระบบการบริหารจัดการอื่นๆ ของหลักประกันสุขภาพ เช่น การซื้อบริการบนพื้นฐานของข้อกำหนดทางคุณภาพ (Quality-based purchasing arrangement) และการให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อปรับปรุงองค์ประกอบอื่นๆ ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพได้ ตลอดจนควรมีการศึกษาในเรื่องมาตรฐานของการรักษาพยาบาลที่เชื่อมโยงความต้องการด้านคุณภาพกับความต้องการและการมีอยู่ของทรัพยากร เช่น การพัฒนา Resource-based practice guidelines
- 2.3) แม้การดำเนินการที่ผ่านมาในการกำกับคุณภาพจะมีทิศทางและพัฒนากลายเป็นที่น่าสนใจในระดับหนึ่ง ระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบควรพัฒนาระบบและกลไกในการกำกับตรวจสอบมาตรฐานด้านการรักษาพยาบาลที่เข้มแข็งร่วมกัน ควรใช้แนวทางที่สอดคล้องกัน และแลกเปลี่ยนข้อมูลกัน และทำงานร่วมกับกลุ่มผู้ให้บริการ เพื่อให้มีการใช้ทรัพยากรร่วมกันเพื่อพัฒนาคุณภาพอย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามการตัดสินใจเกี่ยวกับผลทางสัญญาณบริการยังขึ้นกับการจัดการแต่ละระบบ
- 2.4) พัฒนาระบบในการประเมินคุณภาพของการดูแลสุขภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ ควบคู่ไปกับคุณภาพของบริการทั่วไปที่ตอบสนองความต้องการด้านการบริการของประชาชน (Responsiveness) เช่น ความสะอาด มารยาทในการบริการ เป็นต้น มีการพัฒนากลไกการให้ข้อมูลป้อนกลับแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
- 2.5) เสริมพลังผู้บริโภคในเรื่องคุณภาพเพื่อการตัดสินใจเลือกหน่วยบริการและรับบริการที่ชาญฉลาด ศึกษาวิจัยและพัฒนาระบบการเผยแพร่ข้อมูลด้านคุณภาพของหน่วยบริการและทางเลือกในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมต่อสาธารณะ

3. การมีส่วนร่วมของประชาชนหรือผู้มีสิทธิ

- 3.1) ส่งเสริมการเป็นตัวแทนของประชาชนผู้มีสิทธิในระบบอภิบาลของระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบทั้งในส่วนกลางและท้องถิ่น ทั้งนี้ประชาชนผู้มีสิทธิในระบบนั้นๆ ควรมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย โครงสร้าง ระบบการทำงาน การเสริมพลังผู้มีส่วนร่วม บทบาทในการตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ และมีกลไกในการลดความขัดแย้งทางผลประโยชน์ (Conflict of interest) และมีกระบวนการในการดูแลทางจริยธรรมและธรรมาภิบาล
- 3.2) ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต. อบจ. เทศบาล และองค์กรท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ เช่น กทม. เมืองพัทยา) องค์กรชุมชนและองค์กรภาคประชาชน มีส่วนร่วมในการจัดซื้อบริการสุขภาพและกำกับ

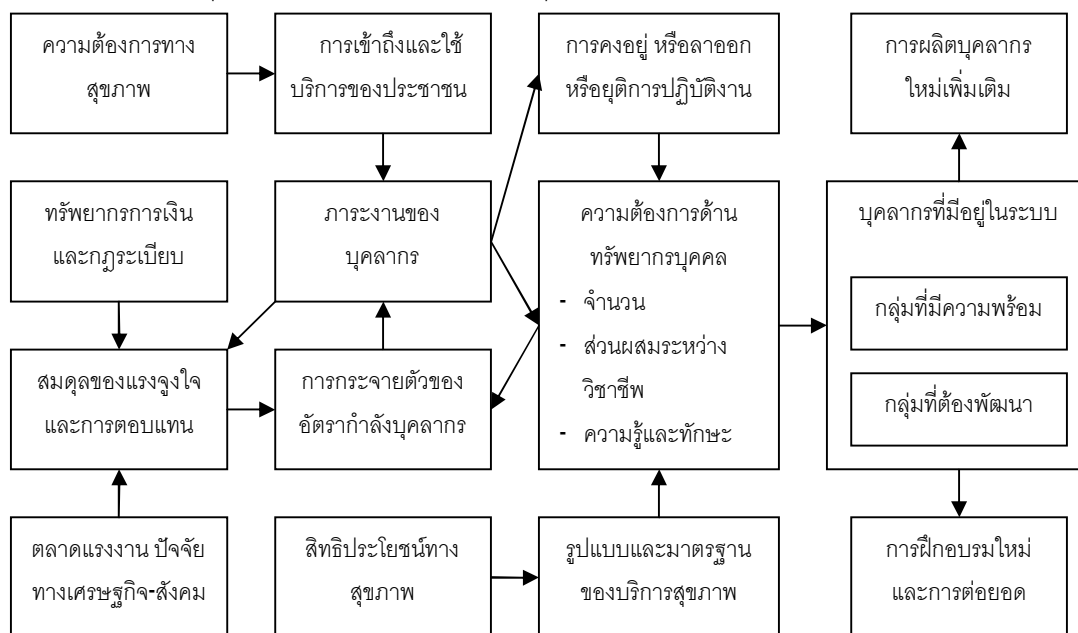
คุณภาพของบริการ โดยมีการกำหนดเส้นทางแผนปฏิบัติการ (Roadmap) ที่ชัดเจน มีการศึกษาการกำหนดทางเลือกและวางบทบาทขององค์กรส่วนท้องถิ่นให้มีความชัดเจนในเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร่วมกับการเตรียมความพร้อมขององค์กรที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจครอบคลุมประเด็นทั้งด้านการคลัง (Financing) การซื้อบริการ (Purchasing) การบริหาร (Administrating) การให้คำปรึกษา (Advising) การกำกับติดตาม (Monitoring) และการให้บริการ (Providing services) ตามความเหมาะสม

- 3.3) การพัฒนาฐานข้อมูลและช่องทางในการรับรู้สำหรับประชาชน โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมายของการใช้ข้อมูล พัฒนาระบบที่จัดทำข้อกำหนดด้านข้อมูล การรวบรวม ฐานข้อมูล ระบบการตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสม ประมวลผล จัดทำข้อมูลด้านต่างๆ และเผยแพร่แก่ประชาชน ควรมีการจัดตั้งศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพของประชาชน (ทั้งในส่วนกลางและชุมชนต่างๆ) เพื่อเป็นแหล่งกระจายข้อมูลและสารสนเทศด้านสิทธิประโยชน์ กฎระเบียบตลอดจนข้อมูลด้านคุณภาพและอื่นๆ แก่ประชาชนผู้มีสิทธิในชุมชนของตน

4. การบริหารทรัพยากรบุคคลทางสุขภาพ

การจัดการกับปัญหาด้านทรัพยากรบุคคลทางสุขภาพเพื่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นสิ่งที่รัฐบาลต้องลงทุน และมีการดำเนินการอย่างจริงจังทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เนื่องด้วยการบริหารทรัพยากรบุคคลเป็นระบบสนับสนุนที่สำคัญที่จะทำให้เกิดการบริการทางสุขภาพตามสิทธิประโยชน์ที่กำหนดไว้ได้ อีกทั้งยังเป็นระบบที่มีความซับซ้อน เกี่ยวข้องและเชื่อมโยงกับปรากฏการณ์ภายในระบบการบริหารทรัพยากรบุคคลเอง และนโยบายอื่นๆ ภายนอกระบบบริการภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วย ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดแสดงความเชื่อมโยงระหว่างประเด็นที่เกี่ยวข้องกับทรัพยากรบุคคลในระบบบริการสุขภาพ และการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า²⁴



- 4.1) กระทรวงสาธารณสุขทบทวนการจัดสรรบุคลากรและกรอบอัตรากำลังของหน่วยบริการระดับต่างๆ ให้ เพื่อให้เกิดความยืดหยุ่นรองรับยุทธศาสตร์การทำงาน ทำให้เกิดการทำงานเป็นทีมครบวงจร และทำงาน ทดแทนหรือสับเปลี่ยนกันได้ เช่น การจัดระบบทีมแพทย์ด้านศัลยกรรมประสาท เป็นต้น ตลอดจนใช้ มาตรการเชิงบริหารที่มีความยืดหยุ่นในการแก้ปัญหาจำนวนบุคลากรปฏิบัติงาน เช่น การจ้างบุคลากร ห่วงเวลา การจ้างบุคลากรเกษียณอายุ การจัดสรรบุคลากรหมุนเวียน และการจัดระบบงานที่มีการ กระจายภาระงานในระดับที่เหมาะสม การวางแผนความต้องการบุคลากรล่วงหน้าเป็นที่ครบ องค์ประกอบของความเป็นทีมที่ตรงกับสถานะเกี่ยวกับภาระงานทั้งในระดับทั่วไป และเฉพาะด้าน
- 4.2) กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องควรยกระดับความรู้และทักษะของบุคลากรผู้ให้บริการ ระดับต่างๆ พัฒนาผู้ประกอบการวิชาชีพทดแทนกรณีผู้ให้บริการหลักตามคุณสมบัติมีจำนวนไม่เพียงพอที่จะ ปฏิบัติหน้าที่ได้ ลงทุนในกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนเจตคติและวัฒนธรรมการทำงานของบุคลากรเพื่อรองรับ แนวคิดใหม่ของการจัดบริการ และการพัฒนาคุณภาพ ตลอดจนการปรับเปลี่ยนส่วนผสมของบุคลากรที่มี ความรู้และทักษะต่างๆ กันที่ปฏิบัติงานเพื่อรองรับรูปแบบใหม่ๆ ของการให้บริการการดูแลสุขภาพแก่

²⁴ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, ทรัพยากรบุคคลในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะผลิต กระจาย พัฒนา และรักษากำลังคนด้านสุขภาพได้อย่างไร. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2547.

ประชาชนภายใต้ข้อจำกัดทางทรัพยากร ครอบคลุมถึงการพัฒนาศักยภาพเชิงบริหารของผู้บริหารระดับต่างๆ ในสถานพยาบาลด้วย

- 4.3) รัฐบาลควรปรับระบบการตอบแทนบุคลากรที่สอดคล้องกับสภาพตลาด ร่วมกับยกระดับความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตในภาพรวมของบุคลากรในระบบสาธารณสุข ทั้งในรูปที่เป็นเงินและสวัสดิการอื่นๆ เพื่อส่งเสริมการกระจายบุคลากรออกไปสู่พื้นที่ที่ต้องการ ซึ่งต้องมีการปรับเปลี่ยนกฎระเบียบราชการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องของหน่วยงานอื่นนอกเหนือจากกระทรวงสาธารณสุข ตลอดจนการจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอต่อการดำเนินการดังกล่าว ทั้งนี้อาจรวมถึงมาตรการทางภาษีด้วย
- 4.4) รัฐบาลควรส่งเสริมให้มีการศึกษาวิจัยและจัดทำฐานข้อมูลทรัพยากรบุคคลทั้งในด้านจำนวน และวิชาชีพ ในภาพรวมทั้งหมดของประเทศ โดยคำนึงถึงการกระจายของบุคลากรตามพื้นที่ และตามความต้องการหรือปัญหาสุขภาพของประชาชน นอกจากนี้ยังควรมีการศึกษาวิจัยและสำรวจความต้องการด้านอัตรากำลัง โดยเฉพาะในส่วนผสมระหว่างวิชาชีพ สาขาเฉพาะทาง ความชำนาญและความรู้ความสามารถตามความต้องการเพื่อรองรับการออกแบบและนวัตกรรมใหม่ของบริการสุขภาพภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยอ้างอิงให้สอดคล้องชุดสิทธิประโยชน์ ระบบบริการสุขภาพและระดับมาตรฐานทางการบริการสุขภาพที่ต้องการและปรับเปลี่ยนไปจากแนวทางเดิม
- 4.5) กระทรวงสาธารณสุขควรทำความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายและระบบการผลิตและเส้นทางวิชาชีพรองรับหลังจบการศึกษาของบุคลากรทางการแพทย์ในระยะยาว เพิ่มการลงทุนในการฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากรอย่างจริงจัง เชื่อมโยงความต้องการด้านบุคลากรกับหน่วยผลิตให้ใกล้ชิดยิ่งขึ้น เพื่อให้กระบวนการผลิตบุคลากรทางสุขภาพสะท้อนความต้องการของระบบบริการสุขภาพของประเทศอย่างแท้จริงทั้งเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ
- 4.6) ในสภาวะที่ทรัพยากรทางสุขภาพของประเทศยังขาดแคลน และไม่เพียงพอในการให้การดูแลประชาชนได้อย่างมีคุณภาพและทั่วถึง รัฐบาลควรชะลอหรือทบทวนนโยบายที่ไม่จำเป็นต่อปัญหาสุขภาพของประชาชนในประเทศที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภาวะแวดล้อมในระบบบริการสุขภาพที่จะส่งผลกระทบกระเทือนต่อปัญหาทรัพยากรบุคคลด้านสาธารณสุขออกไปก่อน โดยเฉพาะนโยบาย Medical hub

บทที่ 3

การคลังของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการจัดสรรทรัพยากรทางการเงิน

สถานการณ์และความท้าทาย

ความสำเร็จอย่างเป็นรูปธรรมของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านับเป็นการปฏิรูปด้านการเงินการคลังครั้งสำคัญของระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทย ทั้งในเชิงระบบของการคลังสาธารณสุขของประเทศในภาพรวมที่หันมาให้ความสำคัญกับแหล่งเงินจากภาครัฐผ่านระบบภาษี ในขณะที่ลดการรับภาระค่าใช้จ่ายของประชาชนเมื่อไปใช้บริการ ร่วมกับการใช้การจัดซื้อบริการสาธารณสุขผ่านหน่วยงานส่วนกลางและขยายการใช้ประโยชน์ของกลไกการจ่ายเงินปลายปิด (Closed-end payment mechanism) แก่สถานพยาบาลต่างๆ มากขึ้น ซึ่งในทางทฤษฎีเชื่อว่าจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากรได้

ประสบการณ์ของประชาชนผู้ใช้บริการอย่างเช่นน้ำแดง สามารถที่จะรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงระบบและกลไกทางการเงินการคลังได้โดยตรงในเรื่องภาระค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายให้แก่สถานพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการที่ไปใช้บริการสาธารณสุขเป็นหลัก ความเปลี่ยนแปลงอื่นๆ ในเรื่องนี้ ส่วนใหญ่เป็นเรื่องที่เกิดขึ้น “หลังจาก” ของการบริการที่ประชาชนได้รับ แม้ว่าจะไม่มีผลกระทบที่ประชาชนสัมผัสได้โดยตรง แต่การคลังและการจัดสรรทรัพยากรทางการเงินเป็นประเด็นสำคัญที่เป็นพื้นฐาน ซึ่งหากได้รับการบริหารจัดการที่ดีย่อมเสริมความแข็งแกร่งและมั่นคงของระบบบริการ ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาคุณภาพในด้านต่างๆ ได้ แต่ในทางตรงกันข้าม ถ้าได้รับการกำกับดูแลที่ไม่เหมาะสม รากฐานของระบบบริการจะสั่นคลอนและถูกกัดกร่อนให้ยุบพังไปได้ในระยะเวลาไม่นานนัก

ประเด็นสำคัญที่ต้องพิจารณาภายใต้สถานการณ์ปัจจุบันของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทางการเงินการคลังอาจแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

- ความเพียงพอของทรัพยากรทางการเงินในระบบ
- ความเป็นธรรม ความเป็นไปได้ และความยั่งยืนของวิธีการทางการเงินการคลัง

1) ความเพียงพอของทรัพยากรทางการเงินในระบบ

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นการเพิ่มบทบาทของกลไกทางการเงินการคลังภาครัฐในการอุดหนุนทรัพยากรทางการเงินในระบบบริการสาธารณสุข ผ่านทาง 3 ระบบหลัก ได้แก่ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(UC) ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ (CSMBS) และระบบประกันสังคม (SSS) ในขณะที่ลดบทบาททางการคลังโดยตรงจากภาคเอกชนและครัวเรือน ทว่าแหล่งที่มาทางการคลังของหลักประกันสุขภาพในระยะแรกมีความซับซ้อนอยู่มาก การดำเนินการในระยะแรกในปีงบประมาณ 2544 และ 2545 ก่อนมีการตรา พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 งบประมาณที่ใช้ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (30 บาทรักษาทุกโรค) ในขณะนั้นได้รับมาจากการแปลงงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งสร้างความยุ่งยากให้แก่การบริหารงบประมาณในระดับหนึ่ง ทำให้เกิดความล่าช้าและไม่แน่นอนในการได้รับงบประมาณ²⁵ ในระยะต่อมาเมื่อมีการตรากฎหมาย ซึ่งมีข้อความที่ระบุถึงการประกันสิทธิของประชาชนและระบุให้การคลังของระบบดำเนินการโดยให้จัดตั้งเป็น “กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” ภายใต้การดูแลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ งบประมาณของ “30 บาทรักษาทุกโรค” จึงได้รับการจัดสรรโดยตรงจากรัฐบาลโดยคำนวณเป็นงบประมาณต่อคนต่อปี ทำให้แหล่งที่มาของงบประมาณมีความชัดเจนขึ้น และให้มีการตราพระราชกฤษฎีกาภายหลังเพื่อผนวกรวมการคลังเพื่อบริการสาธารณสุขจากระบบประกันสังคมและสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ แต่ถึงขณะนี้ยังไม่มี การดำเนินการ

ข้อมูลจากการศึกษาวิจัยและการติดตามประเมินผลจากหลายแหล่งชี้ว่างบประมาณของรัฐที่อุดหนุนให้เกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับประชาชนนั้นอาจไม่เพียงพอ งบประมาณต่อหัวที่ได้รับจริงของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ในปีงบประมาณ 2544 ครึ่งปีหลังคิดเป็น 1,202 บาท เพื่อใช้จ่ายใน 6 จังหวัดนําร่อง แม้ว่าค่าใช้จ่ายต่อหัวของงบประมาณในส่วนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่คำนวณไว้ในเวลาต่อมาจะค่อยๆ เพิ่มขึ้นจากค่าเริ่มต้น 1,202 บาทต่อคนต่อปี ในปี 2544 เป็น 1,487 บาทในปี 2548 ก็ตาม งบประมาณต่อหัวประชากรดังกล่าว ต่ำกว่าที่คณะทำงานเพื่อพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขประมาณการไว้ในปี 2544 อยู่มาก²⁶

ค่าใช้จ่ายจริงในระบบหลักประกันสุขภาพอยู่ในระดับที่ต่ำกว่ากล่าวได้ว่ามากกว่างบประมาณที่กำหนดไว้จากปีงบประมาณ 2545 ภาพรวมของงบประมาณที่ใช้ในระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐทั้ง 3 ระบบหลักอยู่ที่ 84,281 ล้านบาท (UC:CSMBS:SSS = 52,697:21,528:10,056) โดยต้องมีการอุดหนุนงบประมาณเพิ่มเติมให้แก่สถานพยาบาลของรัฐโดยเฉพาะในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุขอันเนื่องมาจากภาวะขาดทุนหรือที่เรียกว่า Contingency fund อีกเป็นจำนวนประมาณ 3,800 ล้านบาท รวมเป็น 88,081 ล้านบาท ในขณะที่ปีงบประมาณ 2546 ระบบทั้งสามใช้งบประมาณเพิ่มเป็น 91,617 ล้านบาท (UC:CSMBS:SSS = 58,056:22,686:10,875) และมี Contingency fund ที่โอนมาจากงบประมาณอื่นๆ ของกระทรวงสาธารณสุข อีกจำนวน 500 ล้านบาท รวมเป็น 92,117 ล้านบาท

²⁵ วิโรจน์ วัฒนวงศ์และคณะ. โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีหนึ่ง (2544-45). รายงานวิจัย. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2545

²⁶ คณะทำงานเพื่อพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2544.

ความเห็นของคณะทำงานฯ ชี้ว่าการวิเคราะห์ต้นทุนค่าใช้จ่ายจำเป็นต้องพิจารณาการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างต้นทุนตลอดจนความสามารถในการควบคุมต้นทุนเพิ่มเติม โดยทั่วไปสำหรับต้นทุนการรักษากรณีผู้ป่วยใน โรงพยาบาลยังสามารถบริหารจัดการได้ดี แต่การบริหารจัดการในส่วนผู้ป่วยนอกทำได้ยากกว่ามาก เมื่อพิจารณาโครงสร้างค่าบริการของโรงพยาบาล จะพบว่าค่าแพทย์ในโรงพยาบาลรัฐจะไม่ได้คิดรวมไว้ และภาระสูงสุดของโรงพยาบาลร้อยละ 70 คือค่ายา ซึ่งบริษัทฯ จะเป็นผู้กำหนด ดังนั้นค่ายาที่เพิ่มขึ้นในแต่ละปีจะเป็นตัวกำหนดให้ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกสูงขึ้น ในขณะที่ต้นทุนสำหรับผู้ป่วยในมักจะเป็นค่ายาจะไม่เกินร้อยละ 30 และยังมีค่ารักษาหลายประเภทที่กำหนดค่าใช้จ่ายไว้ต่ำ

ข้อมูลจากระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการแสดงให้เห็นว่า การรักษาพยาบาลมุ่งเน้นการดูแลแบบผู้ป่วยนอกมากขึ้น คุณภาพยาที่ใช้กับผู้ป่วยนอกดีขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ดังนั้นราคาจึงแพงขึ้นและทำให้สัดส่วนของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกมีการเปลี่ยนแปลงไป เช่น สัดส่วนของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของกลุ่มข้าราชการเปลี่ยนจากอัตราส่วน 7:10 ในอดีตเป็น 12:10 ในปัจจุบัน นอกจากนี้โรงพยาบาลยังจำเป็นต้องนำค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยนอกมาช่วยผู้ป่วยใน เช่น ผู้ป่วยมะเร็งจะมีค่าใช้จ่ายจากการรักษาและใช้ตัวยามีราคาค่อนข้างสูง ต้นทุนการให้บริการจากฐานข้อมูลรายงาน 0110 รง.5 ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 5 ในช่วงปี 2545-2546 และประมาณร้อยละ 20 ในช่วงปี 2546-2547 ในภาพรวมของค่าใช้จ่ายพบว่า

- § ใช้จ่ายผู้ป่วยนอกคิดเป็นประมาณร้อยละ 40 ของรายจ่ายสุขภาพ
- § ใช้จ่ายผู้ป่วยในคิดเป็นประมาณร้อยละ 30 ของรายจ่ายสุขภาพ
- § ใช้จ่ายผู้ป่วยเรื้อรังคิดเป็นประมาณร้อยละ 50 ของรายจ่ายรักษาพยาบาลหรือร้อยละ 25 ของรายจ่ายสุขภาพ (ข้อมูลยังไม่ยุติ)
- § ใช้จ่ายส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคได้รับการจัดสรรให้ร้อยละ 10 ของรายจ่ายรักษาพยาบาลหรือร้อยละ 8 ของรายจ่ายสุขภาพ²⁷

นอกเหนือจากประเด็นข้างต้น ความไม่เพียงพอของทรัพยากรในระบบบริการสาธารณสุข ยังเป็นผลมาจากระบบและกลไกของการจ่ายเงินที่ใช้ในการกระจายทรัพยากรแก่หน่วยบริการ โดยเฉพาะโรงพยาบาล กลไกการจ่ายของระบบประกันสังคมยังคงเป็นแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) รวมบริการผู้ป่วยในและบริการผู้ป่วยนอกเป็นหลัก โดยมีการปรับอัตราตามความเสี่ยงการใช้บริการผู้ป่วยนอกและภาระผู้ป่วยในประเมินโดยภาระรวมอิงตามคะแนนสัมพัทธ์ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม และมีการจ่ายตามรายการ ซึ่งใช้มาเป็นระยะเวลาหนึ่งแล้ว ซึ่งแม้จะควบคุมต้นทุนได้ดี แต่มักมีข้อวิพากษ์วิจารณ์ในเรื่องผลกระทบต่อคุณภาพของการรักษาพยาบาล ส่วนวิธีการจ่ายเงินในระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการเป็นแบบการจ่ายตามบริการที่เรียกเก็บ (Charge-based หรือ Fee-for-

²⁷ ศุภสิทธิ์ พรธนาบุญชัย. การนำเสนอผลการศึกษากับ Payment mechanism. รายงานการประชุมคณะทำงานจัดทำข้อเสนอเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพ ครั้งที่ 18/48. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2 มีนาคม 2548.

service) ซึ่งเข้ามาโดยตลอดและได้รับการกล่าวถึงว่าเป็นวิธีการที่ไม่ส่งเสริมให้เกิดการเพิ่มประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากรในการดูแลรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย²⁸

สำหรับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในระยะเปลี่ยนผ่าน ใช้กลไกการจ่ายเงินสำหรับบริการสุขภาพตามสิทธิประโยชน์ประเภทต่างๆ มีการจัดไว้ดังนี้

- § บริการผู้ป่วยนอก หรือบริการระดับปฐมภูมิ จ่ายเป็นแบบเหมาจ่ายรายหัว ต่อคนต่อปีไปยังหน่วยบริการโดยตรง ยังไม่มีการปรับอัตราตามความเสี่ยง
- § บริการผู้ป่วยใน แยกเป็น 2 วิธีการ ได้แก่ การรวมอยู่กับบริการผู้ป่วยนอก เป็นการเหมาจ่ายรายหัวให้กับหน่วยบริการ (Inclusive capitation) หรือรวมไว้เป็นงบประมาณรวม (Global budget) ที่ระดับจังหวัดและจัดสรรโดยคะแนนสัมพัทธ์คำนวณโดยการนำกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis-related groups, DRG)
- § บริการกรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ให้มีการจ่ายเป็นรายครั้งของการรับบริการ โดยมีการกำหนดอัตราไว้ล่วงหน้า (Fee schedule) ทั้งการบริการทางการแพทย์กรณีผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน การผ่าตัด การรักษาในห้องผู้ป่วยหนัก และกรณีที่ต้องตรวจรักษาด้วยเทคโนโลยีขั้นสูง เช่น CT scan
- § การรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง จะได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุนบัตรประกันสุขภาพโดยตรง ได้แก่ การจ่ายสำหรับการรักษาโรคที่มีราคาแพง การรักษาที่ใช้วัสดุอุปกรณ์ราคาแพง การรักษาทางเลือกที่มีหลักฐานยืนยันว่ามีผลดี การรักษาที่ต้องใช้เทคโนโลยีเฉพาะ ซึ่งจะต้องได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการก่อน และหน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายตามอัตราค่ารักษาพยาบาลที่กำหนดไว้ อย่างไรก็ตามรูปแบบของการปฏิบัติที่แท้จริงจะครอบคลุมในส่วนของการรักษาโรคที่มีราคาแพง วัสดุอุปกรณ์ราคาแพงเป็นหลัก เนื่องจากมีการปฏิบัติอยู่ในส่วนของระบบประกันสังคม และสวัสดิการรักษายาของข้าราชการ
- § บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีรูปแบบหลักของการจ่ายเงินเป็นแบบมีรายการอัตราค่าใช้จ่าย (Fee schedule) ตามผลงาน อย่างไรก็ตามรูปแบบและอัตราที่จ่ายมีความแตกต่างกันไปในแต่ละจังหวัด ซึ่งอาจมีการจ่ายแบบเหมาจ่ายเป็นรายหัวไปส่วนหนึ่ง และมีการจ่ายเป็นรายโครงการอีกจำนวนหนึ่ง
- § การจ่ายให้แก่หน่วยบริการภาคเอกชนที่เป็นโรงพยาบาล เป็นแบบ Inclusive capitation

การปรับเปลี่ยนการจ่ายในระยะต่อมา ได้แก่ การยกเลิกการจ่ายแบบ Inclusive capitation ในทุกจังหวัดที่มีการใช้มาก่อน ปรับเป็น Exclusive capitation ทั้งหมด และมีการปรับในเรื่องการจ่ายเงินสำหรับการรักษาโรคที่มีราคาแพง กำหนดโดยใช้ระดับของคะแนนสัมพัทธ์ DRG ซึ่งมีการตัดจ่ายจากกองทุนหลักประกันสุขภาพส่วนกลางแทนกองทุนระดับจังหวัด เพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระความเสี่ยง นอกจากนี้ยังมีการปรับเปลี่ยนการจัดสรรงบประมาณในส่วนของเงินเดือนของบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุข จากการจัดสรรตรงไปยังพื้นที่ เป็นการตัดส่วนของเงินเดือนไว้ที่ส่วนกลางก่อน แล้วจึงมีการจัดสรรเงินส่วนที่เหลือให้แก่พื้นที่

²⁸ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และสุกัญญา คงสวัสดิ์. ระบบ กลไกและวิธีการจ่ายเงินค่าบริการสุขภาพ นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2544.

การจ่ายเงินสำหรับผู้ป่วยในในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระหว่างปีงบประมาณ 2545-2547 สำหรับโรงพยาบาลในระดับต่างๆ อยู่ในอัตราไม่เท่ากัน โดยมีตัวคูณจำนวนเงินเพิ่มให้แก่โรงพยาบาลบางระดับ เนื่องจากเชื่อว่าจะต้องดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยในระดับที่รุนแรงกว่าในโรคเดียวกัน โดยคูณ 1.4 เท่าสำหรับโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ รวมถึงโรงพยาบาลเอกชน และ 1.6 เท่าสำหรับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เพื่อปรับให้สอดคล้องกับต้นทุน อย่างไรก็ตามที่มาของตัวเลขดังกล่าวได้จากการประมาณการและตกลงกันในภาพรวม และได้ยุติลงในปีงบประมาณ 2548 โดยไม่มีข้อสรุปหรือข้อเสนอแนะทางวิชาการที่ชัดเจน

ผลกระทบจากการใช้กลไกการจ่ายเงินผู้ป่วยในแบบงบประมาณรวม (Global budget) ที่จัดสรรด้วยคะแนน DRG ร่วมกับวงเงินงบประมาณที่ไม่เพียงพอเมื่อเปรียบเทียบกับภาระในการเบิกจ่าย ทำให้อัตราการจ่ายเงินต่อ 1 คะแนนสัมพัทธ์ของ DRG อัตรากลางต่อ 1 คะแนนสัมพัทธ์ไม่แน่นอน ในหลายพื้นที่จะคำนวณได้อัตรากลางต่ำกว่าที่มีการคาดประมาณหรือกล่าวอ้างไว้ในช่วงต้นปีงบประมาณมาก จากระดับที่ประมาณการไว้ก่อนที่ 10,000 บาทต่อ 1 คะแนนในช่วงต้นปี อาจเหลือเพียงประมาณ 3,000-4,000 บาทต่อ 1 คะแนนเท่านั้น โดยเฉพาะการจ่ายเงินสำหรับโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงในช่วงปีงบประมาณ 2547 สะท้อนถึงกรอบวงเงินงบประมาณที่ไม่เพียงพอการจ่ายเงินและส่งผลงบประมาณแก่โรงพยาบาลที่ขาดความแน่นอน สร้างแรงกดดันต่อสภาพคล่อง ส่งผลต่อการจัดการและการบริการเพื่อดูแลสุขภาพผู้ป่วย

ความไม่เพียงพอของงบประมาณส่งผลให้เกิดการอุดหนุนข้ามระบบ (Cross-subsidization) ในระดับของหน่วยบริการด้วย หลักฐานเชิงประจักษ์ประการหนึ่งที่มีผู้อ้างอิงเสมอ คือ การเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายในระบบที่ไม่เคร่งครัดในการควบคุมค่าใช้จ่ายมากนักเช่นระบบสวัสดิการรักษายาของข้าราชการจะพบว่างบประมาณของสวัสดิการรักษายาของข้าราชการในช่วงปี 2542 - 2546 เพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 12 ต่อปี เฉพาะในช่วงปี 2544-2546 ค่าใช้จ่ายจริงเพิ่มขึ้นจาก 19,181 ล้านบาท เป็น 22,686 ล้านบาท²⁹ หรือเพิ่มเฉลี่ยประมาณร้อยละ 9.1 ต่อปี (แม้ว่าค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ต่อหัวในระบบประกันสังคมลดลงเล็กน้อยจาก 1,532 บาทต่อหัว ในปี 2544 เป็น 1,458 บาทต่อหัวในปี 2545) สนับสนุนภาวะกล่าวว่างบประมาณในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ไม่เพียงพอ

การวิเคราะห์สถานะทางการเงินของโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขในระยะแรก (2544-2545) พบว่าโดยเฉลี่ยโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีเครื่องชี้วัดทางการเงินที่ประเมินโดยอัตราส่วนสภาพคล่องทางการเงิน (Current ratio) และอัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน (Quick ratio) ในทิศทางที่ลดลงอย่างชัดเจน ต่อมาเมื่อมีการแยกเงินเดือนไว้ที่ส่วนกลางของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าจากปี 2545-2547 แนวโน้มของเครื่องชี้วัดทางการเงินในกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่เริ่มดีขึ้น แต่โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก ยังคงแนวโน้ม

²⁹ สุชาติ สรรเสถียร. ระบบเบิกจ่ายรักษา สวัสดิการรักษายาของข้าราชการ: ความเปลี่ยนแปลงในระบบสารสนเทศคลังระบบบริการสุขภาพ. ข้อมูลนำเสนอในการประชุมวิชาการ "พลังปัญญา: สู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า". จัดโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2547.

ที่เสื่อมถอยลงอย่างต่อเนื่อง³⁰ โรงพยาบาลหลายแห่งมีความจำเป็นต้องปรับโครงสร้างหนี้ ประenomหนี้หรือขยาย การผ่อนชำระหนี้ โดยเฉพาะค่ายาและเวชภัณฑ์เพื่อเพิ่มกระแสเงินสดของโรงพยาบาล

2) ความเป็นธรรม ความเป็นไปได้ และความยั่งยืนและความยั่งยืนของวิธีการทางการคลัง

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเฉพาะโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรคและโครงการที่เกี่ยวข้อง กับหลักประกันสุขภาพอื่นๆ มีผลต่อการลดลงของภาระค่าใช้จ่ายของครัวเรือนลงเมื่อเปรียบเทียบกับงบประมาณที่ รัฐบาลจัดสรรให้ในสัดส่วนที่ค่อนข้างสูง และมีส่วนสำคัญในการลดลงเป็นจำนวนมากของจำนวนคนจนที่เกิดจากการ ใช้จ่ายด้านสุขภาพ แม้ว่าผู้กำหนดนโยบายจะไม่ได้แสดงเจตนารมย์อย่างแข็งขันให้โครงการเหล่านี้เจาะจงเฉพาะคน จนก็ตาม ข้อมูลบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติปี 2544 พบว่ารายจ่ายภาครัฐต่อรายจ่ายภาคประชาชน เท่ากับ 104:74 พันล้านบาท (58%:42%) ในขณะที่ข้อมูลประมาณการสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพปี 2548 ประมาณ 230,836 ล้านบาท โดยรายจ่ายนอกภาครัฐร้อยละ 36.6 ข้อมูลงบประมาณด้านสาธารณสุข ทั้งของกระทรวง สาธารณสุขและกระทรวงอื่นๆ เพิ่มขึ้นจาก 66,254 ล้านบาทในปีงบประมาณ 2544 เป็น 94,335 ล้านบาทในปี 2545 และ 95,098 ล้านบาทในปี 2546 ในขณะที่ช่องว่างของรายจ่ายสุขภาพต่อรายได้ของครัวเรือนในกลุ่มที่จนที่สุด 1 ใน 10 ลำดับของประเทศ (เดซิล์ที่ 1 ของรายได้) กับกลุ่มที่รวยที่สุด 1 ใน 10 ลำดับ (เดซิล์ที่ 10 ของรายได้) แคลลง จากร้อยละ 8.17 ต่อร้อยละ 1.27 ในปี พ.ศ.2535 ลดลงเหลือ ร้อยละ 2.77 ต่อร้อยละ 1.71 ในปี 2545 นับสำคัญที่ ได้คือการมีหลักประกันสุขภาพที่รับภาระค่าใช้จ่ายจากประชาชนตั้งแต่บาทแรกๆ เป็นระบบที่มีประสิทธิผลในการลด ความยากจนได้ดีกว่าการที่ให้หลักประกันเฉพาะในกรณีที่มีการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน³¹ ส่ง เสริมความเป็นธรรม (Equity) ในการรับภาระทางการเงินในระบบบริการสาธารณสุข

อย่างไรก็ตามคณะทำงานฯ เห็นว่า แม้ว่าจะพบว่าความเป็นธรรมทางการเงินในระบบจะดีขึ้น การจัดสรร ค่าใช้จ่ายของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อหัวให้แก่สถานพยาบาลในระดับที่ต่ำดังที่เสนอไว้ข้างต้น จะส่งผลลบ ต่อความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพของประชาชน ด้วยเหตุที่สภาวะดังกล่าวก่อให้เกิด ความเสี่ยงเป็นอย่างสูงที่จะทำให้หน่วยบริการไม่สามารถรักษามาตรฐานการรักษาพยาบาลไว้ได้ และอาจเกิดระบบ การดูแลสุขภาพแบบ 2 มาตรฐาน (two-tier system) ขึ้นในประเทศ คือ

- (1) กลุ่มประชาชนที่มีกำลังจ่ายที่เลือกใช้บริการภาคเอกชนได้เมื่อเห็นช่องว่างของคุณภาพระหว่างหน่วย บริการภาครัฐกับสถานพยาบาลภาคเอกชน และ
- (2) กลุ่มประชาชนชั้นสองที่จำเป็นต้องพึ่งพาระบบบริการของภาครัฐซึ่งมีมาตรฐานด้อยกว่าได้รับ งบประมาณอุดหนุนอย่างจำกัดจำเขี่ยและไม่สามารถเก็บค่าบริการเพื่อพัฒนาตนเองได้เพียงพอ

³⁰ สมศักดิ์ ชุนทรศรี และคณะ. ระบบบริการสาธารณสุขกับการประกันสุขภาพ ปัญหาและข้อเสนอในภาพรวม. รายงานการวิจัยสนับสนุนโดยสถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุข. 2548. (เอกสารจัดสำเนา)

³¹ วิโรจน์ ณ ระนอง. รายงานการวิจัยผลกระทบโครงการ 30 บาทที่มีต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชน. ตุลาคม 2547.

นอกจากนั้นแล้ว วงเงินงบประมาณที่จำกัดและการจัดสรรค่าใช้จ่ายที่ใช้อยู่ดังกล่าวยังเป็นการบั่นทอนความสามารถในการแข่งขันอย่างเป็นธรรมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและพัฒนาคุณภาพระหว่างสถานพยาบาลภาครัฐและภาคเอกชนในระยะยาวอีกด้วย

งบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีความเหมาะสมและทำให้เกิดความยั่งยืนของระบบควรเป็นเท่าใด เป็นความท้าทายที่สำคัญ คณะทำงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและคณะผู้วิจัยที่ทำงานภายใต้คณะทำงานพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข มีความเห็นสอดคล้องกันที่ระดับงบประมาณประมาณ 2,000 บาทต่อคนต่อปี สำหรับปีงบประมาณ 2549 แต่ในทางปฏิบัติเมื่อมีการเสนอผ่านกระบวนการทางงบประมาณต่อรองเหลือ 1,510 บาทเพื่อเสนอให้แก่รัฐบาล ในขณะที่สุดท้ายได้รับอนุมัติงบประมาณเพียง 1,390 บาทต่อคนต่อปี โดยได้รับแจ้งให้เสนอของงบประมาณเพิ่มเติมภายหลังหากไม่เพียงพอ

ความท้าทายอีกประการ คือการเพิ่มจำนวนของผู้มีสิทธิภายใต้หลักประกันสุขภาพ ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (30 บาทรักษาทุกโรค) ใน 5 ปีข้างหน้าจะมีประมาณ 50-52 ล้านคน ซึ่งหากต้องใช้งบประมาณคนละ 2,000 บาทต่อปี จะต้องใช้เงินประมาณถึง 1-1.36 แสนล้านบาท เมื่อหักลบกับสิ่งที่รัฐอุดหนุนอยู่ในปัจจุบันแล้ว จะต้องการเงินเพิ่มอีกประมาณ 3-4.6 หมื่นล้านบาทใน 5 ปีข้างหน้า³² คำถามสำคัญ คือจะใช้เงินมาจากแหล่งใด

การค้นหากลไกในการจัดสรรทรัพยากรที่ได้รับให้กระจายไปสู่ผู้ให้บริการอย่างเหมาะสม ผ่านกลไกการจ่ายเงินที่มีประสิทธิภาพ ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพของการดูแลสุขภาพและความยั่งยืนของผู้ให้บริการ เป็นความท้าทายที่สำคัญอีกประการหนึ่ง การใช้กลไกการจ่ายเงินผ่านบุคคลที่สามหรือระบบหลักประกันสุขภาพและจำกัดไม่ให้หน่วยบริการเก็บค่าใช้จ่ายในการบริการจากผู้ใช้บริการโดยตรง เปรียบเสมือนผู้ป่วยที่ถูกสั่งให้งดรับประทานอาหารและน้ำทางปาก แต่ได้รับสารอาหารและน้ำผ่านทางน้ำเกลือหรือสารน้ำที่ให้ผ่านหลอดเลือดดำ ความอยู่รอดของระบบบริการจึงขึ้นอยู่กับกำหนัดงบประมาณที่ต้องใช้ และอัตราการจ่ายเงินแก่หน่วยบริการตามกลไกการจ่ายที่กำหนดไว้ แต่ในทางปฏิบัติกำหนัดระดับของอัตราราคากลางยังไม่มีการศึกษาถึงต้นทุนที่แท้จริงที่ครอบคลุมบริการด้านต่างๆ อย่างทั่วถึง ทำให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพของการบริการรักษาพยาบาล ระดับสถานะทางการเงินคลังของหน่วยบริการ โดยเฉพาะโรงพยาบาล ทั้งในเชิงบวกที่มากเกินไปสำหรับโรงพยาบาลบางแห่ง และในเชิงลบกับโรงพยาบาลอีกหลายๆ แห่ง ส่งผลให้เป็นเหตุหนึ่งที่ทำให้โรงพยาบาลประสบปัญหาขาดทุน มีสถานะเงินบำรุงสุทธิติดลบ ดังแสดงในตารางที่ 7 แม้ว่าไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ในวงกว้างว่าคุณภาพของการดูแลสุขภาพเสื่อมถอยลงอันเนื่องมาจากความจำกัดของทรัพยากรเพราะกลไกการจ่ายเงิน แต่สถานะทางการเงินที่

³² วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และคณะ. โครงการวิจัยวิเคราะห์การหาแหล่งเงินเพิ่มเติมสำหรับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ชุดโครงการวิจัยการจัดทำข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย สนับสนุนโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2548. (เอกสารอัดสำเนา)

ไม่มั่นคงของหน่วยบริการโดยเฉพาะโรงพยาบาล และวงเงินการจ่ายที่น้อยและจำกัดนั้นเป็นปัญหาต่อความยั่งยืน และการยกระดับคุณภาพของระบบบริการสาธารณสุขในระยะยาวค่อนข้างชัดเจน

ตารางที่ 7 สถานะของเงินบำรุงสุทธิของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข³³

	เงินบำรุงสุทธิ ณ สิ้นเดือน			
	ตุลาคม 2544	กันยายน 2545	กันยายน 2545(2)	กันยายน 2546
โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) และโรงพยาบาลทั่วไป (รพท.)				
สถานะเป็นบวก	89	81	81	84
สถานะเป็นลบ	3	11	11	8
จำนวนรวม	92		92	
โรงพยาบาลชุมชน (รพช.)				
สถานะเป็นบวก	600	565	536	490
สถานะเป็นลบ	58	93	92	138
จำนวนรวม	658		628	
ไม่มีข้อมูล	64		74	
รวมจำนวนทั้งหมด	722		722	

หมายเหตุ: (2) เป็นข้อมูลของโรงพยาบาลที่มีรายงานข้อมูลเงินบำรุงหรือเงินบำรุงสุทธิครบทุกไตรมาสในปีงบประมาณ 2546

เมื่อเปรียบเทียบกับระบบประกันสังคมที่มีมาก่อน แม้ว่าจะใช้ระบบการจ่ายเงินแบบปลายปิดคล้ายคลึงกัน แต่พบว่ามีปัญหาน้อยกว่ามาก ข้อสังเกตสำหรับการบริหารจัดการระบบประกันสังคมมีดังนี้

1. ประกันสังคมมีการปรับตัวเพิ่มวิธีการจ่ายเงินแก่คู่สัญญาหลักเพื่อแก้ปัญหาเป็นระยะ แต่วิธีจ่ายเงินหลักยังเป็นการเหมาจ่ายรายหัวซึ่งให้ความคล่องตัว รายการที่ได้เพิ่มโดยลำดับได้แก่ เพิ่มเหมาจ่ายตามอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (ตาม percentile) ให้เบิกเพิ่มกรณี 8 โรคราคาสูง เพิ่มเหมาจ่ายกรณี 8 โรคเรื้อรัง ให้เบิกเพิ่มกรณีอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน 72 ชั่วโมงแรก เบิกเพิ่มบริการฟัน 2 ครั้ง/คน/ปี เพิ่มเหมาจ่ายตามคะแนนน้ำหนักสัมพัทธ์ผู้ป่วยใน และปัจจุบันกำลังพิจารณาเพิ่มเหมาจ่ายจาก 8 โรคเรื้อรังเป็น 30 โรคเรื้อรัง นับว่ามีกลไกการจ่ายเงินที่หลากหลาย และพิจารณาถึงภาระเสี่ยงของสถานพยาบาลคู่สัญญาในระดับหนึ่ง

³³ วิโรจน์ วรรณง และคณะ. การเงินโครงการ 30 บาทในปีงบประมาณ 2545 และ 2546. โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระยะที่สอง. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. สนับสนุนโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2547. เอกสารอัดสำเนา

2. ประกันสังคมมีคู่สัญญาหลักทั้งภาครัฐและภาคเอกชน โดยภาคเอกชนใหญ่กว่าภาครัฐ การจ่ายเงินเหมาจ่าย รายหัวและอื่นๆ ทุกกรณี อัตราเดียวกันไม่ว่าจะเป็นรัฐหรือเอกชน ภาคเอกชนถือว่ารายได้จากผู้ประกันตนเป็น รายได้ส่วนเพิ่มขึ้นมา ซึ่งแม้จะไม่มากนักแต่ยังสูงกว่าต้นทุนส่วนเพิ่ม จึงเป็นการช่วยแบ่งเบาต้นทุนโศก (overhead cost) ของโรงพยาบาลเอกชน ส่วนโรงพยาบาลภาครัฐเห็นว่ารายได้ส่วนที่เพิ่มสามารถนำมาจ่าย ค่าแรงของบุคลากรเพิ่มเติมได้มากถึงร้อยละ 40 ของรายรับประกันสังคม จึงเป็นการเสริมค่าแรงบุคลากร สามารถกระตุ้นให้เกิดบริการมากขึ้นได้ ต่างจากข้อกำหนดในงบประมาณของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
3. ระบบทะเบียนผู้ประกันตนของประกันสังคมมีความชัดเจน เป็นส่วนสำคัญในการกำหนดยอดเงินสมทบที่จ่าย เข้าสู่กองทุน กลุ่มประชากรมีลักษณะค่อนข้างคงที่มีการเคลื่อนย้ายไม่มาก
4. ประกันสังคมมีเงินกองทุนสะสมมากพอเป็นสำรองสำหรับกรณีที่มีความจำเป็นหรือให้สิทธิประโยชน์เพิ่มเติม เช่น ในปี 2548 ประกันสังคมให้ความคุ้มครองเพิ่มเติมผ่าตัดเปลี่ยนไตและการให้ยาหลังผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังได้³⁴

นอกจากที่กล่าวมาข้างต้น คณะทำงานฯ ยังมีความเห็นว่าเงื่อนไขในการประมาณการทางการเงิน การกำหนดวงเงินงบประมาณและกลไกการจัดสรรและจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการสำหรับการจัดหลักประกันสุขภาพเป็น ปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อความเป็นไปได้และความยั่งยืนของหลักประกันสุขภาพอย่างแท้จริงสำหรับประชาชน ใน ปัจจุบันความท้าทายในประเด็นดังกล่าวอาจสรุปได้ดังต่อไปนี้

- นโยบายที่เกี่ยวข้องกับหลักประกันสุขภาพยังไม่เป็นเอกภาพ เนื่องจากยังมีการแยกระบบการจัดการ หลักประกันสุขภาพตั้งแต่ระดับนโยบาย งบประมาณและการบริหารระบบของระบบหลักประกันสุขภาพ ของประเทศจากกัน ทั้งนี้รวมถึงที่เกี่ยวข้องกับความคุ้มครองตาม พรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ และ กองทุนเงินทดแทนด้วย
- สำนึกตลอดจนวิธีการและที่มาของการกำหนดงบประมาณต่อหัวของประชากรผู้สิทธิภายใต้ระบบ หลักประกันสุขภาพต่างๆ ยังแตกต่างกัน และยังไม่เห็นหลักการหรือแนวทางที่ชัดเจน กรอบสิทธิประโยชน์มี ความแตกต่างกัน งบประมาณค่าใช้จ่ายภายในของแต่ละระบบผ่านกระบวนการดำเนินการที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ไม่ได้หมายความว่างบประมาณต่อหัวที่จะใช้ในระบบทั้งสามจะต้องอยู่ในระดับที่เท่ากัน
- มีข้อแตกต่างกันอย่างชัดเจนในวิธีการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการระหว่างกองทุน
- ยังไม่มีข้อสรุปหรือหลักฐานที่บ่งชี้ว่าระบบการบริการมีประสิทธิภาพ และมีระบบประกันคุณภาพที่เข้มแข็ง คณะทำงานฯ ยังไม่พบผลงานวิจัย หรือเครื่องชี้วัดที่สามารถแสดงการเพิ่มขึ้น หรือลดลงของประสิทธิภาพ ในระบบสุขภาพของประเทศได้อย่างชัดเจน ทั้งนี้เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างการคลังของ ระบบสุขภาพทั้งในระดับมหภาคและระดับจุลภาค โดยยังไม่พบมีการศึกษาใดที่มุ่งประเมินการ

³⁴ ศุภสิทธิ์ พรณารุณทัช. วิธีจ่ายเงินในระบบสุขภาพ 4 ปีแห่งการเรียนรู้ และ 4 ปีที่ต้องหาคำตอบเพิ่ม. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2548. (เอกสารอัดสำเนา)

เปลี่ยนแปลงของประสิทธิภาพในระบบสุขภาพโดยตรง ทั้งที่ชี้ว่าประสิทธิภาพนั้นเพิ่มขึ้นเนื่องจากผลิตภาพเพิ่มขึ้น หรือการใช้ทรัพยากรต่อหน่วยที่น้อยลง

- ยังไม่มีข้อสรุปหรือหลักฐานที่บ่งชี้ว่างบประมาณที่ได้รับมีความเพียงพอภายใต้มาตรฐานที่กำหนด³⁵
- หากพิจารณาข้อมูลข้างต้นอย่างต่อเนื่องจะเห็นว่าความจำกัดของงบประมาณสำหรับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ได้รับในแต่ละปีไม่ได้เพิ่มขึ้นอย่างเพียงพอ และสามารถชดเชยภาวะขาดทุนสะสมในระบบ ขณะที่รายรับของรัฐบาลสูงขึ้นเป็น 1.2 ล้านล้านบาท แสดงถึงศักยภาพในการจัดสรรทรัพยากรเพื่อหลักประกันสุขภาพของประชาชนเพิ่มเติมได้

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

1. การคลังระดับมหภาคของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1.1) รัฐบาลควรขยายวงเงินงบประมาณต่อหัวประชากรของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่อยู่ในความดูแลของ สปสช. ให้อยู่ในระดับที่เพียงพอ ซึ่งจากการประมาณการของคณะทำงานฯ พบว่าระดับที่ควรจะเป็น จะอยู่ประมาณ 2,000 บาทต่อคนต่อปี และอาจมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นไปได้เรื่อยๆ อันเนื่องสาเหตุหลายประการนอกเหนือไปจากเงินเฟ้อ

ทางเลือกสำหรับงบประมาณเพิ่มเติมสู่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้แก่

- จัดสรรงบประมาณแผ่นดินต่อหัวประชากรเพิ่มเติม ซึ่งมาจากแหล่งการเงินที่มีความยั่งยืน ทางเลือกที่น่าจะเหมาะสมที่สุดจากการศึกษาของคณะทำงาน ได้แก่ ภาษีน้ำมันเชื้อเพลิง (ในช่วงเวลาที่เหมาะสม) เนื่องจากมีฐานภาษีกว้างและก่อให้เกิดภาระทางสังคมน้อยที่สุด (ทางเลือกอื่นที่น่าสนใจอื่นๆ ได้แก่ ภาษีสถานบันเทิง) ภาษีบุหรี่และภาษีสรรพสามิตที่น่าสนใจเช่นกัน แต่ประสิทธิภาพจากการเพิ่มภาษีนี้อาจไม่มากนัก เนื่องจากการใช้สินค้าเหล่านี้จะเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ข้อสมมติที่สำคัญของข้อเสนอ คือ การใช้จ่ายอื่นๆ ของรัฐบาลอยู่ในระดับที่สมเหตุสมผลแล้ว
- ขยายความครอบคลุมในระบบประกันสังคมสู่คู่สมรสและบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะของผู้ประกันตน และโอนย้ายกลุ่มประชากรดังกล่าวจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเข้าสู่ระบบประกันสังคม
- ถ้ายโอนทรัพยากรในกองทุนผู้ประสบภัยจากรถเข้ามาร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลครบวงจร ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

³⁵ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และเจตธีรธรรมธัชอารี. คุณภาพในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คุณภาพดี คนมีหรือคนจนก็ต้องได้ นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2548.

- และเนื่องจากรัฐบาลมีนโยบายที่จะครอบคลุมกลุ่มแรงงานนอกระบบเข้าสู่ระบบประกันสังคม จึงควรให้มีการศึกษาและทบทวนการขยายขอบเขตของผู้ที่จะได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลในระบบประกันสังคมสู่กลุ่มประชากรอื่นๆ ที่ควรคำนึงถึงความสามารถในการเก็บจ่ายด้วย

- 1.2) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสำนักงานประกันสังคมควรพัฒนาระบบในการคำนวณงบประมาณค่าใช้จ่ายทางสุขภาพรายหัวของประชากรให้สะท้อนต้นทุนของการดูแลสุขภาพและการรักษาพยาบาลตามกรอบสิทธิประโยชน์ที่กำหนดไว้ มีการคำนวณต้นทุนที่เพิ่มขึ้นเป็นกรอบวงเงินงบประมาณที่ชัดเจนเมื่อมีการปรับเปลี่ยนสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพ หรือมีการพิจารณาขยายเป้าหมายความครอบคลุมของสิทธิประโยชน์ที่ยังมีการให้บริการในวงจำกัดในอดีต และวางระบบการเพิ่มเติมสิทธิประโยชน์ให้สอดคล้องสัมพันธ์กับการพิจารณางบประมาณประจำปี
- 1.3) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรเร่งพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านสารสนเทศ ระบบ กลไก และเครื่องมือเพื่องานการคลังระบบหลักประกันสุขภาพที่มีความถูกต้องทันสมัย มีความเป็นกลางให้เป็นที่ยอมรับ ครอบคลุมระบบฐานข้อมูลผู้มีสิทธิ ระบบข้อมูลการใช้บริการและระบบบัญชีการเงินของหน่วยบริการ ระบบบัญชีต้นทุนและค่าใช้จ่ายของการบริการ ตลอดจนระบบการตรวจสอบข้อมูลด้วย ตลอดจนส่งเสริมให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมและรับรู้
- 1.4) ควรศึกษาและวางแผนแนวทางการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในระบบการคลังเพื่อจัดหลักประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนในท้องถิ่นด้วย
- 1.5) ควรมีการศึกษาปัญหาสุขภาพ และการแก้ปัญหาทางการคลังในระบบหลักประกันสุขภาพต่างๆ และนำเสนอแผนปฏิบัติการสำหรับแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบและเชื่อมโยง ทั้งนี้เพื่อลดภาระแก่สถานพยาบาลต่างๆ ที่อยู่ภายใต้แรงกดดันด้านทรัพยากรอยู่แล้วในปัจจุบัน และลดปัญหาการเบียดบังทรัพยากรในการดูแลสุขภาพแก่ประชาชนทั่วไป

2. การจัดสรรทรัพยากรและกลไกการจ่ายเงิน

ระบบและกลไกในการจัดสรรทรัพยากรและกลไกการจ่ายเงินแก่เครือข่ายของหน่วยบริการต่างๆ จากกองทุนหลักประกันสุขภาพ เป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างหรือเหนี่ยวนำให้เกิดปรับตัวในระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้เกิดคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความเป็นธรรมในการให้บริการแก่ประชาชนกลุ่มต่างๆ ในประเทศ โดยเฉพาะผู้ยากไร้ที่ขาดโอกาสทางสังคม ระบบและกลไกดังกล่าวควรเหนี่ยวนำให้เกิดผลผลิตภาพของบริการที่พึงประสงค์ กระตุ้นให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพ ในขณะที่ลดทอนโอกาสการให้บริการที่เกินจำเป็น ตลอดจนส่งเสริมให้เกิดการกระจายทรัพยากรทางสุขภาพ ทั้งในด้านบุคลากร เครื่องมือและโครงสร้างพื้นฐาน ไปสู่พื้นที่ที่ขาดแคลนได้

- 2.1) รัฐบาลควรเร่งทบทวนระบบการจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวทั้งหมดสู่จังหวัดและหน่วยบริการในพื้นที่ต่างๆ โดยเฉพาะประเด็นการตัดวงเงินสำหรับเป็นค่าใช้จ่ายเงินเดือนบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขไว้ที่ส่วนกลาง ทั้งนี้ควรจะยกเลิกการตัดวงเงินไว้ที่ส่วนกลางอย่างระมัดระวัง และจัดการจัดสรรงบประมาณเดือนตามรายหัวประชากรแยกตามระดับของบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ ซึ่งมีภาระงานตามขอบเขตของพื้นที่ในระดับที่ไม่เท่ากัน มีเงินทุนสำรองกรณีหน่วยบริการขาดทุนในภาพรวม พร้อมแผนปรับการกระจายบุคลากรระยะปานกลางและระยะยาวเพื่อลดความเสี่ยงในส่วนของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ นอกจากนี้ควรมีการติดตามระยะเวลาและกำหนดเวลาในการจัดสรรเงินสู่หน่วยปฏิบัติที่มีความชัดเจนและแน่นอน เพื่อลดความเสี่ยงทางการเงินของสถานพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการในระบบ
- 2.2) การจัดสรรและจ่ายเงินกรณีผู้ป่วยนอกแบบเหมาจ่ายรายหัวแก่จังหวัดหรือสถานพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการ ทั้งในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและระบบประกันสังคม ควรมีการปรับตามความเสี่ยงทางสุขภาพของกลุ่มประชากร คำนึงถึงปัจจัย เช่น เพศ อายุ โรคเรื้อรัง เป็นต้น ทั้งนี้อาจให้มีการพิจารณาปรับตามโครงสร้างต้นทุนอันเนื่องจากพื้นฐานทางเศรษฐกิจของแต่ละพื้นที่ในระดับหนึ่งด้วย
- 2.3) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรทบทวนการจัดกองทุนงบประมาณรวม (Global budget) สำหรับกลไกการจ่ายเงินผู้ป่วยในให้มีการรวบรวมความเสี่ยงด้วยขอบเขตที่ใหญ่ขึ้นกว่าระดับจังหวัด ตลอดจนทบทวนกลไกการจ่ายเงินผู้ป่วยในแบบงบประมาณรวมที่มีการปันจ่ายตามน้ำหนักคะแนนอิงตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG payment under global budget) ให้มีระบบในการกระจายความเสี่ยงทางการเงินระหว่างกองทุนในระดับพื้นที่ (กองทุนกระจายความเสี่ยง – Risk redistribution fund) และระหว่างกองทุนในพื้นที่กับหน่วยงานส่วนกลาง (กองทุนสำรอง – Reserve fund) เพื่อให้หน่วยบริการต่างๆ ได้รับเงินชดเชยต้นทุนค่าใช้จ่ายในการให้บริการอยู่ในอัตราที่เหมาะสมที่มีการกำหนดไว้ล่วงหน้า มีกรอบต่ำสุดและสูงสุดที่แน่นอนในระดับหนึ่ง ไม่น้อยเกินไปในกรณีที่กองทุนมีภาระมาก หรือไม่มากเกินไปในกรณีที่มีการเบิกจ่ายเป็นจำนวนรายในภาพรวมน้อย โดยรัฐบาลควรเป็นผู้รับผิดชอบงบประมาณเพิ่มเติมหากกลไกทั้งสองไม่สามารถรับประกันได้เพียงพอ ทั้งหมดนี้เพื่อให้สถานพยาบาลมีความมั่นใจมากขึ้นในวงเงินการรักษาพยาบาลที่ได้แน่นอนมากขึ้น
- 2.4) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรทบทวนระดับการจ่ายเงินแก่หน่วยบริการในแต่ละกลุ่มโรค โดยเฉพาะกรณีผู้ป่วยใน ให้มีความเหมาะสมกับต้นทุนตามมาตรฐานของการดูแลรักษาพยาบาลของกลุ่มโรค ทั้งในด้านการตรวจวินิจฉัย การรับดูแลในโรงพยาบาล การทำหัตถการ การใช้ยาและเวชภัณฑ์ กายภาพบำบัด ตลอดจนการรักษาประเภทอื่นๆ ถ้ามี

2.5) ระบบและกลไกด้านงบประมาณ และกลไกการจ่ายเงินสำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมีประเด็นที่ต้องพัฒนาในเรื่องความเพียงพอ ความสอดคล้องกับเป้าหมาย และการจัดสรรจ่ายเงินให้แก่หน่วยบริการในรูปแบบที่การสร้างแรงจูงใจอย่างเหมาะสมในการให้บริการเชิงรุกทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ซึ่งระดับการพิจารณาจะประกอบด้วย

- การจัดสรรงบประมาณสู่พื้นที่ เพื่อให้การจัดสรรงบประมาณเป็นไปตามความจำเป็นทางสุขภาพของพื้นที่ ซึ่งอาจอ้างอิงจากโครงสร้างประชากร เช่น อายุและเพศ ความเสี่ยงทางสุขภาพของบุคคล เช่น พฤติกรรมเสี่ยง และความเสี่ยงทางสุขภาพเนื่องจากสภาวะแวดล้อม เช่น โครงสร้างการผลิตทางเศรษฐกิจในชุมชน การจัดสรรงบประมาณจึงควรอยู่ในรูปของงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวปรับตามกลุ่มอายุ เพศและภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ
- กรอบแนวทางการจัดสรรงบประมาณและการจ่ายเงินค่าดำเนินการภายในเครือข่าย เพื่อให้เป็นแนวทางในการจัดการภายในเครือข่าย เพื่อให้ได้แนวทางที่จะกระตุ้นและส่งเสริมการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีคุณภาพ ต่อเนื่องและยั่งยืนได้ การพัฒนากลอบแนวทางนี้อาจทำได้จากการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการที่หลากหลายที่มีอยู่ในเครือข่ายต่างๆ ในปัจจุบัน แต่โดยภาพรวมอาจดำเนินการตามประเภทของการบริการได้

กลไกการจ่ายเงินที่น่าจะเหมาะสมกับบริการแต่ละรูปแบบอาจพิจารณาได้ตามแนวทางในตารางที่ 8 ต่อไปนี้

ตารางที่ 8 กลไกการเงินสำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	กลไกการจ่ายเงินที่เหมาะสม	หมายเหตุ
การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีการจัดกลุ่มของบริการหรืองานไว้โดยเฉพาะ	การจ่ายตามบริการ โดยกำหนดอัตราค่าบริการล่วงหน้า (Fee schedule)	เป็นการสร้างแรงจูงใจในการให้บริการเชิงรุกตามเป้าหมาย
บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีการให้แก่ผู้รับบริการระหว่างการให้บริการดูแลสุขภาพหรือการรักษาพยาบาลโดยทั่วไป	รวมต้นทุนไว้ในส่วนของการรักษาพยาบาล ไม่จำเป็นต้องมีการจ่ายเพิ่มเติม	หน่วยบริการควรทราบถึงแรงจูงใจเพื่อลดรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลในระยะยาว
บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จัดในรูปของโครงการ มีการดำเนินการแบบเฉพาะกิจ	เสนอของบประมาณจากกองกลาง หรือกองกลางจ่ายเป็นงบประมาณเพื่อดำเนินโครงการเป็นเรื่องๆ โดยเฉพาะ	โครงการแตกต่างกันไปได้ระหว่างพื้นที่ ส่วนกลางติดตามประเมินผลงาน
การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดำเนินการร่วมกับชุมชนหรือมีการส่งเสริมให้ชุมชนดำเนินการ	เสนอของบประมาณจากกองกลาง หรือกองกลางจ่ายเป็นงบประมาณเพื่อดำเนินโครงการเป็นเรื่องๆ โดยเฉพาะ	อาจเป็นโครงการที่ชุมชนหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมรับผิดชอบทางการเงิน

- 2.6) กระทรวงสาธารณสุขควรปรับระบบการจัดสรรเงินแยงบประมาณด้านสาธารณสุขสำหรับโครงการระดับประชากร (Non-UC) ออกอย่างชัดเจนจากงบประมาณเพื่อการบริการสุขภาพระดับบุคคลที่อยู่ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ โดยการปรับปรุงระบบการบริหารทางการเงินและบัญชีของหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข ให้มาตรวจการควบคุมกับการวางยุทธศาสตร์ของภารกิจที่ชัดเจนเพื่อลดข้อขัดแย้งทางผลประโยชน์ในระบบอภิบาล จัดให้มีเวทีวางแผนร่วมกันระหว่าง สปสช. และกระทรวงสาธารณสุข (+องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) ซึ่งกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและควบคุมโรคจำนวนหนึ่งต้องเป็นแผนงานแนวดิ่ง (Vertical program) ที่มีงบประมาณโดยตรง (รวมถึงส่วนของประกันสังคมและสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ)
- 2.7) ทบพทนกลไกและอัตราการจ่ายเงินสำหรับบริการสุขภาพของแต่ละกองทุนให้มีความสอดคล้องกัน อย่างไรก็ตามควรมีการวางแผนการปฏิรูปด้านการจัดสรรทรัพยากรและกลไกการจ่ายเงินภายในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการอย่างรอบคอบ จำเป็นต้องศึกษาและวางแผนรองรับผลกระทบทางการเงินที่จะเกิดขึ้นกับโรงพยาบาลของรัฐขนาดใหญ่ เช่น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข ที่มักได้รับการกล่าวหาว่าใช้เงินจากระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการเป็นแหล่งอุดหนุนทางการเงินข้ามระบบเพื่อลดปัญหาการขาดทุนจากการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติด้วย
- 2.8) เร่งพัฒนาระบบสารสนเทศและฐานข้อมูลเพื่อรองรับการเบิกจ่ายที่มีประสิทธิภาพ

บทที่ 4

หลักคิดสู่ความเป็นธรรม

การอภิบาลและจัดระบบหลักประกันสุขภาพ

สถานการณ์และความท้าทาย

ประสบการณ์ของ น้ำแดง ราษฎรไทยเต็มขั้นคนหนึ่งข้างต้น ถือได้ว่าเป็นตัวอย่างหนึ่งที่ชี้ให้เห็นถึงความ เป็นมาเป็นไปของหลักประกันสุขภาพที่ประชาชนคนไทยได้รับ หลักประกันสุขภาพที่เป็นที่พึงของคนในสังคมไม่ เพียงแต่ยามเจ็บไข้ได้ป่วย แต่ครอบคลุมไปถึงการธำรงรักษาและส่งเสริมสุขภาพของตนในโอกาสต่างๆ ด้วย หลัก คิดที่ใช่วางแนวทางการพัฒนา ตลอดจนการอภิบาลและจัดระบบจะเป็นพื้นฐานที่สำคัญที่จะทำให้เกิดความ เปลี่ยนแปลงและพัฒนาการของระบบในการดูแลสุขภาพและหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนของประเทศใน ภาพรวมทั้งหมด ทั้งประสบการณ์ในด้านบวกที่เป็นเรื่องที่ทำให้เกิดความเจริญ เช่น การเกิดระบบหลักประกันที่ พึงพาได้ การส่งเสริมให้มีการพัฒนาการบริการอย่างเป็นรูปธรรม และด้านที่ยังคงเป็นจุดอ่อนเป็นความทุกข์ที่ทั้ง น้ำแดง ประชาชนผู้ใช้บริการและกลุ่มผู้ให้บริการต้องเผชิญอยู่ เช่น ความไม่เพียงพอของทรัพยากร และการกระจาย ทรัพยากรที่ไม่ทั่วถึง รวมถึงความไม่เป็นธรรมระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพที่แตกต่างกันสำหรับประชาชน

พัฒนาการของหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย มีมาในระยะเวลาหนึ่งแล้ว นับตั้งแต่ความพยายามใน การให้สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลแก่คนกลุ่มต่างๆ ทั้งที่เป็นข้าราชการ ลูกจ้างภาคเอกชน และผู้ยากไร้ ผู้ด้อยโอกาส ผ่านทางการริเริ่มระบบกองทุนเงินทดแทน ระบบสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลของข้าราชการ สวัสดิการรักษายาบาลสำหรับประชาชน (สปร.) ระบบประกันสังคม บัตรประกันสุขภาพ การคุ้มครอง ผู้ประสบภัยจากรถ และอื่นๆ³⁶ จนถึงยุคของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งมีความเคลื่อนไหวผลักดันมาเป็นระยะ จนรูปธรรมที่ชัดเจนได้เริ่มต้นขึ้นในช่วงของการผลักดันการปฏิรูประบบสุขภาพในช่วงปี พ.ศ.2543 – 2544³⁷ พร้อม กับการเข้ามาของรัฐบาลใหม่ด้วยนโยบาย “30 บาทรักษาทุกโรค”

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแสดงเจตนารมณ์ในการประกันสิทธิของประชาชนทุกคนในการเข้าถึง บริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพและมาตรฐานอย่างถ้วนหน้า โดยอ้างอิงจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.

³⁶ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ระบบประกันสุขภาพในภาพรวมของประเทศไทย, ใน: จเด็จ ธรรมธัชอารี (บรรณาธิการ)ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย, นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2544: 32-46.

³⁷ อ่ำพล จินดาวัฒน์ และสุรณี พิพัฒน์โรจนกุล, พัฒนาการทางนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย, ใน: เอกสารวิชาการเพื่อนำสู่การ แลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในการประชุมวิชาการ พลังปัญญา: สู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภาคที่ 1 การดำเนินงานระดับนโยบาย, นนทบุรี: สถาบันวิจัย ระบบสาธารณสุข, 2547: 5-62.

2540 ในมาตรา 52³⁸ ซึ่งต่อมาได้มีการตราพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ.2545 ขึ้น ซึ่งในมาตรา 5 ระบุให้บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนด โดยบุคคลผู้มีสิทธิและประสงค์จะใช้สิทธิ สามารถยื่นคำขอลงทะเบียนต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือหน่วยงานที่สำนักงานกำหนด³⁹ ภายหลังการตรวจกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทำให้ระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศประกอบด้วยระบบที่สำคัญ 3 ระบบ ครอบคลุมประชากร 3 กลุ่มที่มีที่มาแตกต่างกัน ระบบทั้งสามอยู่ในความดูแลของหน่วยงาน 3 หน่วยงานและมีหลักคิดที่มาที่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ระบบหลักประกันสุขภาพหลักของประเทศไทย

หลักประกันสุขภาพ	หน่วยงานกำกับ	ผู้มีสิทธิ	หลักการและสิทธิประโยชน์
ระบบสวัสดิการ รักษาพยาบาลของ ข้าราชการ (สรข. - .CSMBS) ประชากร: ~7 ล้านคน	กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง	ข้าราชการ ข้าราชการ บำนาญและครอบครัว ประกอบด้วยคู่สมรส บิดา มารดา และบุตรที่ยังไม่ บรรลุนิติภาวะ	ให้เป็นสวัสดิการแก่ข้าราชการใน ด้านการรักษาพยาบาล ทั้งในกรณี เจ็บป่วยเฉียบพลัน เรื้อรัง และ อุบัติเหตุฉุกเฉิน มีสิทธิประโยชน์ ด้านการตรวจสุขภาพบางกรณี
ระบบประกันสังคม (ปกส. - SSS) ประชากร: ~10 ล้านคน	สำนักงาน ประกันสังคม กระทรวงแรงงาน	ลูกจ้างของสถาน ประกอบการภาคเอกชน (ยกเว้นบางกรณีตาม กฎหมายกำหนด)	เน้นการส่งเสริมแรงงาน เป็น สวัสดิการรักษายาบาลคุ้มครอง กรณีเจ็บป่วย สำหรับกลุ่มผู้ใช้ แรงงาน(ส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน)
ระบบหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ (30 บาท หรือ UC) ประชากร: ~50 ล้าน	สำนักงาน หลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ	ประชาชนคนไทยทั้งหมด ที่ไม่ได้สิทธิตามระบบ สรข. หรือ สปก. (ตามที่ กำหนดไว้ใน พรบ. หลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ พ.ศ.2545)	เน้นการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มี มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ สำหรับประชาชนผู้มีสิทธิ มีสิทธิ ประโยชน์ครอบคลุมการดูแล สุขภาพอย่างบูรณาการ

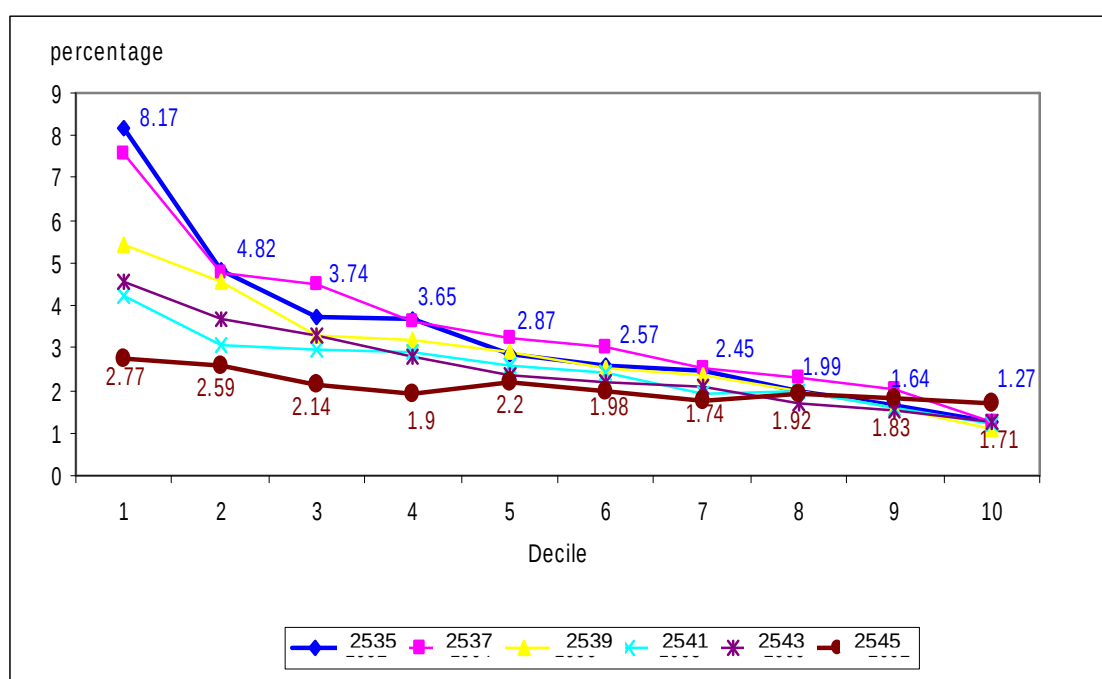
การผลักดันให้เกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับประชาชนคนไทยอย่างต่อเนื่อง ส่งผลอย่างสำคัญให้เกิดความเป็นธรรมทางสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มต่างๆ มากขึ้นโดยเฉพาะผู้ยากไร้ ข้อมูลจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติชี้ว่า คนไทยที่มีรายได้น้อยที่สุด 1 ใน 10 (Decile ที่ 1) ของประชากรในประเทศ มีค่าใช้จ่าย

³⁸ สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน ผลสรุปคณะทำงานเพื่อพัฒนาระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์. 2544.

³⁹ พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545.

ของครัวเรือนทางด้านสุขภาพเป็นส่วนกับรายจ่ายทั้งหมด ลดลงอย่างมาก จากร้อยละ 8.17 ในปี 2535 เป็นร้อยละ 2.77 ในปี 2545 ทั้งนี้เมื่อเทียบกับคนที่มียาได้มากที่สุด 1 ใน 10 (Decile ที่ 10) ซึ่งมีรายจ่ายทางสุขภาพอยู่ที่ร้อยละ 1.27 – 1.71 ดังแสดงในภาพที่ 1 อย่างไรก็ตามในระยะเปลี่ยนผ่าน ยังคงมีการอภิปรายและแสดงความคิดเห็นของกลุ่มคนบางกลุ่มที่ยังเห็นว่าการจัดบริการสำหรับประชาชนโดยรัฐ น่าจะยังคงเน้นไปที่กลุ่มผู้ยากไร้ และเป็นบริการสงเคราะห์เช่นเดิมอยู่บ้างประปราย และยังมีการศึกษาที่พบความแตกต่างของการได้รับการดูแลตามสิทธิประโยชน์ในระดับที่แตกต่างกันระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพอยู่ ประเด็นที่มักมีประชาชนตั้งข้อสังเกตไว้เสมอๆ ได้แก่ เรื่องคุณภาพของยา⁴⁰

ภาพที่ 2 ร้อยละของรายจ่ายด้านสุขภาพ (Percentage) ของครัวเรือนตามกลุ่ม Decile ของกลุ่มประชากรจำแนกตามระดับรายได้⁴¹



นอกเหนือจากประเด็นข้างต้น เมื่อมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นโยบายหันมาให้ความสำคัญกับ “สร้างนำซ่อม” หรือการเพิ่มน้ำหนักความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตลอดจนถึงบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิมากขึ้นกว่าที่เคยเป็นอยู่เดิม นโยบายดังกล่าวถูกนำมาใช้อย่างเป็นรูปธรรมในระบบ

⁴⁰ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสำนักวิจัยแบบเคเอสซีอินเตอร์เนตโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ ผลการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนและผู้ให้บริการในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2547. (เอกสารอัดสำเนา)

⁴¹ Chitpranee Vasavid et al. Financing Universal Coverage in Thailand. นำเสนอในที่ประชุมวิชาการ พลังปัญญา: สู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จัดโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 19 – 20 กุมภาพันธ์ 2547.

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผนวกกับนโยบายเมืองไทยแข็งแรงของรัฐบาล ซึ่งต่อมามีผลเหนี่ยวนำให้ระบบหลักประกันอื่นๆ โดยเฉพาะระบบประกันสังคมหันมาให้ความสำคัญกับเรื่องดังกล่าวเพิ่มขึ้นแม้ว่ากรอบสิทธิประโยชน์ยังไม่ชัดเจน กระนั้นความต้องการด้านการรักษาพยาบาลยังคงเป็นประเด็นที่ประชาชนผู้มีสิทธิโดยทั่วไปยังคงให้ความสำคัญ ความแตกต่างระหว่างกรอบสิทธิประโยชน์สำหรับความคุ้มครองทางสุขภาพระหว่างระบบหลักประกันยังมีอยู่ในหลายด้านที่สำคัญ เช่น การฟอกเลือดล้างไตกรณีไตวายเรื้อรัง การปลูกถ่ายอวัยวะ เป็นต้น อย่างไรก็ตามการริเริ่มสิทธิประโยชน์ใหม่ๆ ในระบบหลักประกันสุขภาพหนึ่ง ส่งผลทางการเมืองให้มีการปรับกรอบสิทธิประโยชน์ในอีกระบบหนึ่งได้เช่นกัน ดังเช่นในกรณีการปรับขยายเพื่อให้ความคุ้มครองกรณีด้านไวรัสเอดส์ ซึ่งเริ่มต้นในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีผลผลักดันให้มีการให้สิทธิประโยชน์ในระบบประกันสังคมด้วย สำหรับกรอบสิทธิประโยชน์ของระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการยังเป็นไปในแนวทางเดิม มีความคุ้มครองครอบคลุมการตรวจสุขภาพบางรายการ แต่ไม่ครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอื่นๆ

พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มีเจตนารมณ์จะผนวกรวบระบบหลักประกันสุขภาพทั้งสามระบบ รวมถึงความคุ้มครองตาม พรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ.2535 เข้ามารวมกันภายใต้การบริหารของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้เพื่อประสานสิทธิประโยชน์ให้เท่าเทียมกัน ตลอดจนประสานกลไกในการอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชนในประเทศทั้งหมด อย่างไรก็ตามถึงขณะนี้ ความพยายามดังกล่าวยังไม่สามารถดำเนินการได้ด้วยเหตุผลทางการเมือง เพียงแต่มีการประสานงานกันในระดับบริหารผ่านที่ประชุมร่วมระหว่างหน่วยงานที่รับผิดชอบ และมีการผลักดันให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติบริหารจัดการระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ทั้งนี้ตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ 2549 เป็นต้นมา ทั้งนี้จากการที่ประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพที่มีที่มา หลักการและกลไกในการอภิบาลที่แตกต่างกัน ข้อมูลจากการศึกษาที่ผ่านมาหลายครั้งจึงพบว่ายังมีความเหลื่อมล้ำกันในระดับหนึ่งระหว่างระบบหลักประกัน 3 ระบบหลักของประเทศ ทั้งในเรื่องงบประมาณที่ใช้ต่อจำนวนประชากร และอัตราการให้บริการสาธารณสุข ดังรายละเอียดในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 งบประมาณ และอัตราการให้บริการสาธารณสุขของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบหลัก

	หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	ประกันสังคม	สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ
ประชากร	~ 50 ล้านคน	~ 10 ล้านคน	~ 7 ล้านคน
งบประมาณต่อประชากร 1 คน ⁴²	~ 1,400 บาท/คน/ปี	~ 1,600 บาท/คน/ปี	~ 3,000 บาท/คน/ปี
อัตราการให้บริการ ⁴³			
- ผู้ป่วยนอก (ครั้งต่อคนต่อปี)	4.976	2.985	4.903
- ผู้ป่วยใน (ครั้งต่อคนต่อปี)	0.086	0.064	0.102

⁴² ศุภสิทธิ์ พรหมารุณทัตย์. เอกสารประกอบการนำเสนอผลการศึกษากับPayment mechanism. การประชุมคณะทำงานจัดทำข้อเสนอเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพ ครั้งที่ 18/48. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2 มีนาคม 2548.

⁴³ Chitpranee Vasavid et al. Financing Universal Coverage in Thailand. นำเสนอในที่ประชุมวิชาการ พลังปัญญา: สู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จัดโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 19 – 20 กุมภาพันธ์ 2547.

โดยหลักการตามข้อกำหนดและการจัดวางระบบหลักประกันสุขภาพ อาจกล่าวได้ว่าในปัจจุบันคนไทยทุกคนมีหลักประกันสุขภาพแล้ว แต่จากข้อมูลของ สปสช. พบว่า ยังมีผู้ไม่ได้รับสิทธิอีกจำนวนหนึ่ง ตัวอย่างในเขตกรุงเทพมหานครพบว่า มีจำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ยังไม่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 30 บาท อีกราว 700,000 คน (จาก 3 ล้านคนทั่วประเทศ) ไม่รวมผู้มีสิทธิในระบบประกันสังคม และสวัสดิการข้าราชการแล้ว ในจำนวนนี้จะเป็นกลุ่มแรงงานย้ายถิ่นกลุ่มหนึ่ง ซึ่งในจำนวนดังกล่าว สปสช. สำรวจโครงการคุ้มครองตัวอย่างมา 70,000 คน พบว่ามีคนที่แสดงความจำนงค์ที่จะใช้บริการ 3,000 คน⁴⁴ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบอีกว่า คนยากจนในเขต กทม. ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพจะมีสัดส่วนมากกว่าคนที่ไม่จน และ 50% ของคนจนที่ไปรับบริการสุขภาพในกทม. จะมีปัญหาทางการเงินมากเป็นอันดับหนึ่ง⁴⁵

การศึกษาเรื่องการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบประกันสุขภาพ⁴⁶ ซึ่งมีรอบการศึกษาครอบคลุมสิทธิในการเข้าถึงบริการของคนไทยที่ไม่มีหลักฐานแสดงสิทธิการเป็นคนไทย สิทธิในการได้รับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ สิทธิในการเข้าร่วมบริหารจัดการระบบหลักประกัน และสิทธิในการรับรู้ข้อมูลของผู้บริโภค โดยอาศัยการทบทวนเอกสาร การทบทวนสถานการณ์และประชุมผู้ที่เกี่ยวข้อง พบประเด็นที่น่าสนใจว่ากลุ่มที่ไม่มีหลักฐานแสดงสิทธิเป็นคนไทยที่ไม่สามารถเข้าถึงหลักประกันสุขภาพยังมีอยู่หลายกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มชาวเขาประมาณ 377,677 คน กลุ่มคนไร้บ้านประมาณ 5,000 คน (1,500 คนเฉพาะใน กทม.: NGO สำรวจ) กลุ่มชาวเลประมาณ 200-500 คน กลุ่มคนไทยพลัดถิ่น ประมาณ 4,939 คน ตลอดจนแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามอีกราว 800,000 คน

กลุ่มคนที่ไม่มีความรู้หลักฐานแสดงสิทธิเป็นคนไทยเหล่านี้ โดยเฉพาะในเขตชายแดน เมื่อมาใช้บริการสาธารณสุขจะทำให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายกับสถานพยาบาลภาครัฐและกระทรวงสาธารณสุขในการให้บริการ ข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขพบว่าในปีงบประมาณ 2546 ภาระค่าใช้จ่ายที่สถานพยาบาลทั่วประเทศให้บริการรักษาโดยไม่สามารถเก็บค่าใช้จ่ายได้แก่แรงงานต่างด้าว มีมูลค่า 226.5 ล้านบาท (ผู้ป่วยใน 199.2 ล้านบาท ผู้ป่วยนอก 27.3 ล้านบาท) โดยกลุ่มจังหวัดที่มีการะสูงที่สุดได้แก่ กลุ่มจังหวัดตามตะเข็บชายแดนในภาคเหนือ และกลุ่มจังหวัดในภาคตะวันตก ได้แก่ แม่ฮ่องสอน กาญจนบุรี เชียงใหม่ สมุทรสาคร ราชบุรี เชียงราย สถานพยาบาลที่อยู่บริเวณชายแดน (เช่น โรงพยาบาลสวนผึ้ง) ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาให้แก่กลุ่มคนที่ไม่มีความรู้ประมาณ 10,000 คน

นอกจากนี้สิทธิในการได้รับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์และปัญหาการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ที่ไม่ครอบคลุมความต้องการทางสุขภาพ (ศึกษาสภาพปัญหาใน 5 กลุ่ม) พบว่ามีปัญหาดังนี้

⁴⁴ คณะทำงานเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. รายงานการประชุม ครั้งที่ 5/47. ห้องประชุม 1-2 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 11 สิงหาคม 2547.

⁴⁵ คณะทำงานเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. รายงานการประชุม ครั้งที่ 18/48. ห้องประชุม 1-2 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2 มีนาคม 2548.

⁴⁶ คณะทำงานภาคประชาชน เครือข่ายองค์กรเพื่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. การคุ้มครองผู้บริโภคในระบบหลักประกันสุขภาพ. เอกสารประกอบการประชุม คณะทำงานจัดทำข้อเสนอเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 11 พฤศจิกายน 2547. (เอกสารัดสำเนา)

1) กลุ่มผู้พิการ ซึ่งมีความซ้ำซ้อนของกฎหมาย 2 ฉบับ ได้แก่ กฎหมายหลักประกันสุขภาพและกฎหมายฟื้นฟูคนพิการ ที่เดิมผู้พิการสามารถไปรับบริการฟื้นฟูจากสถานพยาบาลได้ทุกแห่งทั่วประเทศ แต่เมื่อมีกฎหมายหลักประกันสุขภาพเกิดขึ้นผู้พิการจะต้องไปรับบริการฟื้นฟูในสถานพยาบาลที่ได้ลงทะเบียนไว้เท่านั้น นอกจากนี้ผู้พิการยังไม่ได้รับบริการฟื้นฟูที่เหมาะสม และไม่ได้รับบริการดูแลที่บ้านอย่างพอเพียง

2) กลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV ซึ่งยังพบว่าสถานพยาบาลหลายแห่งยังไม่จ่ายยาที่จำเป็นในการรักษา และไม่ส่งตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ เนื่องจากค่าใช้จ่ายสูง ในระบบประกันสังคม ผู้มีสิทธิยังต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเอง ในกรณีเกิดภาวะดื้อยา แม้แต่ในระบบสวัสดิการข้าราชการ ผู้มีสิทธิที่เป็นผู้ป่วยนอกมักไม่ใช้สิทธิเบิก เนื่องจากกลัวการตกงานและการไม่ยอมรับจากผู้ร่วมงาน สะท้อนปัญหาด้านสิทธิของผู้ป่วย

3) กลุ่มผู้ป่วยโรคไตที่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายสูง เนื่องจากในระบบหลักประกันสุขภาพยังไม่คุ้มครองเรื่องการล้างไตระยะยาว

4) กลุ่มแรงงานนอกระบบ ยังไม่มีการจัดระบบบริการที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ

5) กลุ่มผู้หญิงที่ต้องการบริการอนามัยเจริญพันธุ์ ซึ่งอาจยังไม่ได้รับสิทธิที่เพียงพอ

นอกเหนือจากประเด็นข้างต้น ยังมีประเด็นด้านสิทธิในการมีส่วนร่วมของประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพ ซึ่งในปัจจุบันควรประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่

- สิทธิในการกำหนดนโยบายและการควบคุมคุณภาพ พบว่าทั้งในระบบประกันสังคมและระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดให้ผู้แทนภาคประชาชนสามารถเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการในการกำหนดนโยบายได้ แต่ยังมีปัญหาในเรื่องการกำหนดสัดส่วนของการเข้าร่วมที่ยังเป็นสัดส่วนที่น้อย ผู้แทนจากภาคประชาชนขาดศักยภาพทางด้านเทคนิค และขาดการตรวจสอบมติกรรมการจากสาธารณชน
- สิทธิในการบริหารจัดการของภาคประชาชน มีเฉพาะในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยผ่านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรชุมชน แต่ก็มีปัญหาด้านความรู้ความเข้าใจและความพร้อมขององค์กรท้องถิ่น
- สิทธิในการตรวจสอบและควบคุมคุณภาพบริการโดยประชาชน มีเฉพาะในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมโดยจัดตั้งศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพภาคเอกชน (ปัจจุบันมี 28 ศูนย์ใน 22 จังหวัด)

ประการสุดท้าย ได้แก่ สิทธิในการรับรู้ข้อมูลของผู้บริโภคในปัจจุบันซึ่งมีน้อยมาก คู่มือที่แจกให้ประชาชนมีเนื้อหาสั้น และขาดข้อมูลเพื่อประชาชนผู้บริโภคเฉพาะกลุ่ม เช่น กลุ่มผู้พิการ เป็นต้น

สำหรับภาพรวมของการอภิบาลระบบต่างๆ นั้น ระบบประกันสังคมมีระบบอภิบาลที่มีปัญหาน้อยที่สุด ในขณะที่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และระบบสวัสดิการรักษายาของข้าราชการซึ่งใช้งบประมาณแผ่นดินเป็นหลัก จะเกิดปัญหาในการอภิบาลมากกว่า ทั้งในเชิงนโยบาย การบริหารและสร้างการมีส่วนร่วม กล่าวคือ การมีคณะกรรมการประกันสังคมทำให้กลไกการแข่งขันของประกันสังคม เอื้อต่อการส่งเสริมให้เกิดทางเลือก ตลอดจนมีกลไกในการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้รับสิทธิประโยชน์ได้ในระดับหนึ่ง แม้ว่าคุณภาพของการรักษาที่แท้จริงจะยังเป็นคำถามอยู่ ส่วน

ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการเป็นการจัดสวัสดิการแก่ข้าราชการและครอบครัวของรัฐบาล จึงไม่มีเงื่อนไขของระบบอภีบาลที่ชัดเจน ในขณะที่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีโครงสร้างการอภีบาลตามกฎหมาย แต่ยังมีข้อสงสัยในความสมดุล เนื่องจากผู้กำหนดนโยบายของสถานพยาบาล กล่าวคือรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน มีกรรมการจากหลากหลายที่มาและมีตัวแทนของกลุ่มผลประโยชน์ต่างๆ เข้ามาปฏิบัติหน้าที่ขึ้นาเชิงนโยบาย ซึ่งยังไม่มีการติดตามประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการทำงานที่ชัดเจน ระบบมุ่งการควบคุมค่าใช้จ่ายเคร่งครัด แต่ไม่มีการควบคุมขอบเขตของสิทธิประโยชน์ที่สมดุลกัน

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

1. สถานภาพของระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย

ถึงแม้ว่า พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ได้แสดงเจตนารมย์ของการรวมระบบหลักประกันสุขภาพที่ให้ความคุ้มครองแก่คนไทยไว้เป็นระบบเดียวในอนาคต แต่ด้วยบริบทของระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันที่หลักการและความเป็นมาที่สะท้อนถึงจุดมุ่งหมายของระบบแต่ละระบบ ได้แก่ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ มีความแตกต่างกัน คณะทำงานฯ จึงเห็นว่า รัฐบาลควรคงกองทุนหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชนไว้สามระบบหลักเช่นเดิม อย่างไรก็ตามภายใต้นโยบายดังกล่าว รัฐบาลควรให้มีการดำเนินการอย่างจริงจังในการดำเนินการให้การอภีบาลระบบ การจัดสิทธิประโยชน์ พื้นฐานทางสุขภาพตลอดจนการจัดการระบบในภาพรวม ที่มีความสอดคล้องและเทียบเคียงกันได้เพื่อความเป็นธรรมด้านหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชน การดำเนินการดังกล่าวควรประกอบด้วยการเชื่อมประสานทั้งในระดับนโยบาย ระดับการบริหารระบบ และการส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติในส่วนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

อย่างไรก็ตาม ควรให้มีการศึกษาความเป็นไปได้และกำหนดแนวทางที่เป็นขั้นตอนชัดเจนในการผนวกรวมกองทุนคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพในภาพรวมด้วย ทั้งนี้เพื่อลดความซ้ำซ้อนและความไม่เชื่อมโยงของกระบวนการดูแลผู้ป่วย อันเนื่องมาจากข้อจำกัดหรือความไม่เชื่อมโยงกันของกลไกการจ่ายเงิน (ทางเลือกในการเก็บเบี้ยประกันภัยโดยบริษัทประกันมีต้นทุนสูง ควรมีการศึกษาทั้งระบบสำหรับการเก็บเบี้ยประกันภัยด้วยวิธีการอื่น เช่น การเก็บขณะต่อทะเบียนรถ ภาษีหัวจ่ายน้ำมัน ตลอดจนการจ่ายให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)

2. สิทธิของประชาชนด้านหลักประกันสุขภาพ

แม้รัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบัน และ พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 จะประกันสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นไว้แล้ว ข้อค้นพบของคณะทำงานชี้ให้เห็นประเด็นที่เป็นโอกาสพัฒนาเกี่ยวกับสิทธิของประชาชนด้านหลักประกันสุขภาพ ที่รัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงาน

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องควรนำไปพิจารณาอย่างจริงจัง ด้วยเหตุที่เป็นประเด็นที่มีผลทางปฏิบัติ และต้องการการดำเนินการในหลายส่วนราชการ ตลอดจนปฏิสัมพันธ์กับภาคประชาชน ดังนี้

- 2.1) การจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ต้องมุ่งให้ความสำคัญกับการเป็นระบบหลักประกันสุขภาพที่ให้ความเป็นธรรมแก่ประชาชนทุกคนในการเข้าถึงการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพ ตลอดจนในการรับภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นตามฐานะทางเศรษฐกิจผ่านกลไกทางภาษี ไม่ใช่ระบบที่มุ่งแต่เพียงการให้การดูแลในระดับมาตรฐานขั้นต่ำตามอัตรา หรือเป็นระบบสำหรับช่วยเหลือรองรับคนจนหรือผู้ยากไร้ที่ไม่สามารถเลือกใช้บริการในภาคเอกชนเท่านั้น
- 2.2) สิทธิขั้นพื้นฐานทางสุขภาพสำหรับประชาชนทุกคน ไม่ว่าจะอยู่ภายใต้หลักประกันในระบบใด ซึ่งควรจะได้รับอย่างเทียบเคียงกันได้ อันจะนำสู่การแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้องที่ยังไม่ได้ให้ความคุ้มครอง โดยเฉพาะกฎหมายประกันสังคมให้แสดงเจตนารมณ์ครอบคลุมสิทธิหลักประกันด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างชัดเจน
- 2.3) รัฐบาลควรมีการขยายความครอบคลุมของระบบประกันสังคมสู่ผู้สมรส และบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะของผู้ประกันตน ทั้งนี้แนวคิดดังกล่าวได้รับการสนับสนุนจากข้อมูลการวิเคราะห์ด้านการคลังมหภาคของระบบหลักประกันสุขภาพที่จะช่วยเพิ่มความเป็นไปได้ของการรับภาระทางงบประมาณในอนาคต การลดความซ้ำซ้อนของสิทธิ ตลอดจนความเป็นไปได้ในการจัดระบบบริการสุขภาพที่ครบวงจร สอดคล้องกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว
- 2.4) รัฐบาลพิจารณาทบทวนความชัดเจนเกี่ยวกับหลักประกันสำหรับกลุ่มประชาชนต่อไปนี้ ทั้งนี้เพื่อความเป็นธรรมตามกฎหมาย และการจัดสรรทรัพยากรที่เพียงพออย่างแท้จริงในระบบบริการ
 - § ประชาชนกลุ่มที่ยังเข้าไม่ถึงสิทธิหลักประกันสุขภาพ เช่น กลุ่มประชาชนที่ยังไม่มีหมายเลขบัตรประชาชน 13 หลัก กลุ่มแรงงานเร่ร่อน
 - § ประชาชนกลุ่มผู้เสียสิทธิอันเนื่องจากสิทธิตามกฎหมายซ้ำซ้อน เช่น กลุ่มผู้พิการ กลุ่มครูโรงเรียนเอกชน
 - § ประชาชนกลุ่มที่ยังเข้าไม่ถึงสิทธิประโยชน์ที่ถือว่ามีความจำเป็นทางสุขภาพ ทั้งนี้ควรพิจารณาประเด็นทางมนุษยธรรม ความคุ้มค่า และความสามารถของระบบในการรองรับร่วมกัน เช่น กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น

3. การกำหนดสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพ

ในหลักการ การกำหนดสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพเพื่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรสะท้อนปัญหาและความจำเป็นในการยกระดับสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนคนไทย ภายใต้ข้อจำกัดทางทรัพยากรที่มีความเป็นไปได้ สอดคล้องกับบริบทของระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันและแนวทางการพัฒนาในอนาคต

- 3.1) ด้วยโครงสร้างของระบบหลักประกันสุขภาพของคนไทยที่มีระบบหลัก 3 ระบบ จึงควรมีการตกลงร่วมกันในการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานทางสุขภาพที่จำเป็น เพื่อความเป็นธรรมในการให้หลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนคนไทยทุกคน รัฐบาลควรทบทวนระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ โดยเฉพาะในส่วนของโครงสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
- 3.2) อย่างไรก็ตามระบบหลักประกันสุขภาพแต่ละระบบ ควรจะสามารถกำหนดสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพที่มีองค์ประกอบเหมาะสมสำหรับหลักการและบริบทของระบบแต่ละระบบได้เพิ่มเติมได้
- 3.3) นอกจากนี้ควรมีการศึกษาความเป็นไปได้ในการจัดให้มีสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพเฉพาะถิ่น อันจะสอดคล้องกับการจัดโครงสร้างแบบกระจายอำนาจ เปิดโอกาสให้เกิดมีส่วนร่วมของประชาชนในการอภิบาลระบบและการคลังระดับท้องถิ่นด้วย ซึ่งอาจกระทำโดยการเป็นตัวแทนโดยตรง หรือผ่านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- 3.4) ทุกระบบหลักประกันสุขภาพควรมีการทบทวนสิทธิประโยชน์ที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับบริการกรณีฉุกเฉิน ว่ามีความสอดคล้องกับความจำเป็นทางสุขภาพ และการใช้บริการของประชาชนผู้มีสิทธิมากน้อยเพียงใด
- 3.5) หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสถาบันเครือข่าย ควรศึกษาและทบทวนความเหมาะสม ผลกระทบและความคุ้มค่าตามหลักวิชาการของการรวมบริการการแพทย์แผนไทยเข้าไว้ในชุดสิทธิประโยชน์และให้หน่วยบริการมีการจัดบริการแก่ประชาชน

4. สมดุลของความสำคัญเชิงนโยบายระหว่างการควบคุมต้นทุน การเข้าถึงบริการและคุณภาพ

รัฐบาลควรสร้างความชัดเจนในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับลำดับความสำคัญเชิงนโยบายของการควบคุมต้นทุนหรืองบประมาณภายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ครอบคลุมถึงนโยบายภายในกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับการรักษาสถานะทางการเงินของสถานพยาบาล และการขยายความครอบคลุมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นและมีคุณภาพสำหรับประชาชน รัฐบาลและหน่วยงานผู้รับผิดชอบที่เกี่ยวข้อง อันได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสำนักงานงบประมาณ น่าจะให้ความสำคัญกับนโยบายที่เน้นการเข้าถึง

บริการสุขภาพที่จำเป็นและมีคุณภาพสำหรับประชาชน รวมถึงหันไปให้ความสำคัญกับประสิทธิภาพของการจัดสรร และใช้ทรัพยากรเหนือการควบคุมงบประมาณในภาพรวม

5. การอภิบาลระบบ

ในระยะ 5-10 ปี ข้างหน้า รัฐบาลน่าจะควรระบบในการให้หลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนไว้สามระบบหลักเช่นเดิม ได้แก่ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ทั้งนี้เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของระบบบริการสุขภาพไทยที่มีพัฒนาการมาโดยลำดับ อย่างไรก็ตาม เพื่อให้เป็นไปตามแนวคิดเชิงนโยบายที่มุ่งให้เกิดความเป็นธรรมในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชน รัฐบาลควรมีการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับโครงสร้างในการอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพดังต่อไปนี้

5.1) ควรให้มีการประสานการอภิบาลระบบอย่างน้อยใน 2 ระดับ ได้แก่

- ๘** คณะกรรมการประสานงานระดับนโยบาย เพื่อประสานกรอบการดำเนินงานในเชิงนโยบายให้สอดคล้องกัน (Apex organization) ครอบคลุมทิศทางของสิทธิประโยชน์ การกำกับดูแลระบบ ตลอดจนการคุ้มครองผู้บริโภค เช่น การคุ้มครองความเสียหายเนื่องจากการรักษายาบาลโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด (No-fault liability protection)
- ๘** คณะกรรมการประสานงานเชิงเทคนิค เพื่อพัฒนาให้เกิดความสอดคล้องของสิทธิประโยชน์ ระบบสารสนเทศ ระบบการชำระบัญชีกลไกการจ่ายเงิน และการกำกับดูแลด้านคุณภาพ

5.2) ประธานคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ยังควรเป็น รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในฐานะที่เป็นผู้รับผิดชอบนโยบายของรัฐบาลด้านสุขภาพและสาธารณสุข ซึ่งควรจะเป็นผู้เชื่อมโยงระบบการดูแลสุขภาพของบุคคลภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และงานด้านสาธารณสุขเข้าด้วยกันในระดับนโยบายเพื่อเอกภาพในการยกระดับสุขภาพของประชาชน แต่กระทรวงสาธารณสุขควรเร่งทบทวนบทบาทของกระทรวงภายใต้บริบทใหม่ของระบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานในสังกัดส่วนกลางควรดำเนินงานอย่างเป็นขั้นตอนชัดเจนในการลดบทบาทตนเองที่เกี่ยวข้องกับการจัดสรรงบประมาณหรือกลไกการจ่ายเงินในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อลดปัญหาผลประโยชน์ทับซ้อน (Conflict of interest) ในฐานะที่เป็นเจ้าของหน่วยงานที่ให้บริการ และร่วมพัฒนาแนวทางในการอภิบาลระบบในภาพรวมใหม่

5.3) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขควรแต่งตั้งคณะทำงานที่มีสมาชิกจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุข ศักยภาพหมาย ระเบียบและแนวปฏิบัติของส่วนราชการที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้งหมดโดยเร่งด่วน ครอบคลุมประเด็นที่เชื่อมโยงเพื่อประเมินโอกาส ปัญหาและอุปสรรคต่อการดำเนินการในระดับปฏิบัติ ทั้งในด้าน

การเงิน บุคลากรตลอดจนการจัดการในด้านอื่นๆ โดยให้มีข้อเสนอแนะแนวทางในการแก้ไขปัญหาเป็นทางเลือก ซึ่งอาจได้แก่ การปรับเปลี่ยนการปฏิบัติ หรือการปรับแก้กฎหมายในระดับต่างๆ ตามความเหมาะสม

- 5.4) รัฐบาลควรปรับกระบวนการทางงบประมาณที่เกี่ยวข้องกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่สะท้อนต้นทุนการให้บริการแก่ประชาชนตามสิทธิประโยชน์และความต้องการทางสุขภาพ มากกว่าการต่อรองทางงบประมาณตามระบบที่ใช้กับส่วนราชการทั่วไป ทั้งนี้การปรับทอนงบประมาณควรอยู่บนพื้นฐานของประเด็นใดประเด็นหนึ่งหรือมากกว่าในเรื่องต่อไปนี้

- § การปรับเป้าหมายของปริมาณหรือความครอบคลุมของการให้บริการสุขภาพ หรือ
- § การจำกัดกรอบของสิทธิประโยชน์ที่สามารถให้บริการ หรือ
- § การทอนระดับของคุณภาพ หรือมาตรฐาน (หากระบุได้)

- 5.5) หน่วยงานด้านหลักประกันสุขภาพควรเร่งพัฒนาระบบบัญชีการเงินและต้นทุน ตลอดจนหน่วยงานด้านการตรวจสอบภายในที่เข้มแข็ง มีการรายงานผลการดำเนินงานที่โปร่งใส เปิดเผยมต่อสาธารณะ

- 5.6) รัฐบาลควรศึกษาและทบทวนระบบและกลไกในการอภิบาลระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการใหม่ทั้งระบบเพื่อให้มีระบบในการอภิบาลและการจัดการที่ครบวงจร ซึ่งอาจพัฒนาขึ้นเองหรืออาศัยระบบและกลไกของระบบอื่นที่มีอยู่เป็นระบบทดแทนก็ได้

- 5.7) รัฐบาลควรให้มีการศึกษาความเป็นไปได้และแนวทางในการประสานการอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพทั้งหมดกับส่วนของกองทุนเงินทดแทน และระบบคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ

6. ความสัมพันธ์และความเชื่อมโยงกับการปฏิรูประบบราชการ

รูปแบบของการอภิบาลและการจัดการภายในระบบหลักประกันสุขภาพมีความสัมพันธ์และความเชื่อมโยงกับนโยบายที่เกี่ยวข้องการปฏิรูประบบราชการและการกระจายอำนาจการปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเฉพาะการเข้ามามีส่วนร่วมของท้องถิ่นและประชาชนในการอภิบาลระบบ และหลักการแยกผู้ซื้อ-ผู้ให้บริการของบริการสุขภาพ (Purchaser-provider split)

รัฐบาลควรมีนโยบายและกรอบของแผนปฏิบัติการที่ชัดเจนอย่างน้อยในเรื่องที่สำคัญต่อไปนี้โดยเร็ว

- 6.1) การกระจายอำนาจและระบบงบประมาณด้านสาธารณสุข (Public health) สู่ท้องถิ่น
- 6.2) การออกนอกระบบราชการของโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข เป็นองค์การมหาชน และบทบาทใหม่ของกระทรวงสาธารณสุข

7. ความสัมพันธ์และความเชื่อมโยงกับนโยบายสุขภาพและสาธารณสุข

ด้วยประสบการณ์ที่ผ่านมาชี้ว่า นโยบายของรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขในทางด้านการบริการสุขภาพ ตลอดจนนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขอื่นๆ ที่ผ่านมามีความเชื่อมโยงถึงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้วย เช่น นโยบาย **Healthy Thailand** นโยบายผลิตแพทย์เพิ่ม นโยบายการจัดตั้ง **Excellent center** นโยบาย **Medical Hub** เป็นต้น ดังนั้นในการกำหนดนโยบายของรัฐบาลจึงควรคำนึงถึงความสัมพันธ์และความเชื่อมโยงของนโยบายนั้นๆ ว่ามีความสอดคล้องและ/หรือผลกระทบต่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เชิงบวกและเชิงลบ ทางตรงและทางอ้อมด้วยหรือไม่

ในระยะสั้น กระทรวงสาธารณสุขควรมีการศึกษาและวิเคราะห์เชิงนโยบายที่ครอบคลุมทุกแง่มุมรวมถึงผลกระทบเชิงระบบและผลกระทบทางสังคมในหลายประเด็น เช่น นโยบาย **Medical Hub** การเปิดเขตการค้าเสรี นโยบาย **Healthy Thailand** เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความชัดเจนและความสอดคล้องกันของนโยบายและการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มิใช่การกำหนดนโยบายที่มีผลขัดแย้งกันเอง หรือส่งผลกระทบในเชิงลบให้ระบบบริการสุขภาพของประเทศมีการพัฒนาแบบกระจัดกระจาย ขาดทิศทาง ขาดความเป็นธรรม และช่วยมีการพัฒนามาตรการต่างๆ เพื่อเตรียมพร้อมรับผลกระทบที่อาจจะมีล่วงหน้าได้

8. องค์กรหรือหน่วยงานเพื่อการติดตามประเมินและพัฒนาองค์ความรู้

ด้วยพลวัตของการเปลี่ยนแปลงในระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศที่ผ่านมา และที่จะมีต่อไปอีกในอนาคต รัฐบาล กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรให้การสนับสนุนและส่งเสริมองค์กรที่มีความเป็นกลางทางวิชาการ ที่จะศูนย์กลางในศึกษาติดตามประเมินความเป็นไปในแง่มุมต่างๆ ของระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการพัฒนาเครือข่ายทางวิชาการเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ที่จำเป็นต่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับทุกคนต่อไปในอนาคต