

หลักประกันทางด้านสุขภาพ กับระบบบริการสาธารณสุขในอนาคต

TOWARD UNIVERSAL COVERAGE OF HEALTH INSURANCE FOR THAI PEOPLE

•• นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข
Dr. Sanguan Nitayarumphong
Office of The Permanent Secretary for
Public Health
Ministry of Public Health

บทความนี้วิเคราะห์ให้เห็นถึง
ปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างหลากหลาย
ในโครงการต่าง ๆ ของระบบบริการสาธารณสุข
ในประเทศไทย รวมทั้งได้เสนอแนวทาง
ในการพัฒนาและทางเลือกสำหรับ
หลักประกันทางด้านสุขภาพ
ในอนาคตของประเทศไทย
เพื่อให้สอดคล้องกับแนวโน้มของปัญหา
ที่จะเกิดขึ้นต่อไป

บทนำ

การ มีหลักประกันทางด้านสุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนทุกคนควรได้รับ เนื่องจากไม่ว่าประชาชนจะเป็นคนยากจนหรือร่ำรวย ไม่ว่าจะเป็นชนชาติใด ๆ มีโอกาสที่จะเจ็บป่วยและมีความต้องการดูแลสุขภาพได้ในทุกเวลา ชิดกันทางด้านเศรษฐกิจวัฒนธรรม สังคมใด ๆ ไม่น่าจะเป็นอุปสรรคที่ทำให้ประชาชนซึ่งมีความจำเป็นเนื่องจากการเจ็บป่วยไม่ได้รับการดูแลในยามที่ต้องการ

หลักการดังกล่าวเป็นที่ยอมรับทั่วโลก และองค์การสากลอย่างสหประชาชาติก็มีความพยายามที่จะผลักดันให้เกิดเป็นจริงในหลายๆ ประเทศทั่วโลก ไม่ว่าจะในยามสันติ หรือในยามที่มีภาวะสงคราม นอกจากนี้ยังเป็นหลักการที่รัฐบาลทุกประเทศซึ่งเป็นสมาชิกขององค์การอนามัยโลกทุกประเทศได้ยอมรับและให้สัตยาบันร่วมกันที่จะพยายามดำเนินการให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า มีหลักประกันทางด้านสุขภาพทุกคนให้ได้ในปี 2543

ในประเทศไทย รัฐบาลหลายรัฐบาลได้มีนโยบายและความพยายามผลักดันหลักการดังกล่าวเพื่อให้เป็นจริงตั้งแต่ก่อนจะลงสัตยาบันร่วมกับประเทศต่างๆ เสียอีก แต่เนื่องจากอุปสรรคหลายประการ ทั้งทางด้าน การให้ความสำคัญเมื่อเทียบกับนโยบายอื่นๆ ชิดจำกัดทางด้าน

งบประมาณ ฯลฯ ทำให้รูปธรรมการสร้างหลักประกันทางด้านสุขภาพของประชาชนปรากฏชัดเพียงในบางรัฐบาล หลักประกันต่างๆ เหล่านี้มีอยู่ด้วยกันหลายโครงการซึ่งสามารถจำแนกออกเป็น 3 กลุ่มได้แก่

ก) **สวัสดิการรักษายาบาลที่รัฐจัดให้ (Social Welfare)** เป็นสวัสดิการการรักษายาบาลที่รัฐจัดให้แก่บุคคลบางประเภท มีวัตถุประสงค์เฉพาะของแต่ละประเภท โครงการต่างๆ เหล่านี้ ได้แก่

1. โครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษายาบาล
 2. โครงการสงเคราะห์ผู้สูงอายุด้านการรักษายาบาล
 3. โครงการสงเคราะห์เด็กอายุ 0-12 ปี ด้านการรักษายาบาล
 4. สวัสดิการการรักษายาบาลของข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ
 5. สวัสดิการรักษายาบาลเฉพาะตัวอื่น ๆ
- ข) **การประกันสุขภาพเชิงบังคับ (Compulsory Health Insurance)** เป็นการประกันสุขภาพในลักษณะบังคับตามกฎหมายโดยเฉพาะอย่างยิ่งลูกจ้างในภาคอุตสาหกรรมและบริการ ได้แก่

1. กองทุนทดแทนแรงงาน
2. กองทุนประกันสังคม

ค) **ประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ (Voluntary Health Insurance)** เป็นการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจของประชาชนที่สามารถจ่ายค่าเบี้ยประกันได้ โครงการเหล่านี้ ได้แก่

1. การประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชน
2. การประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ (โครงการบัตรประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข)

โครงการการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษายาบาล

โครงการนี้รัฐบาลได้เริ่มให้หลักประกันแก่ประชาชนผู้มีรายได้น้อย ให้สามารถใช้บริการที่สถานพยาบาลของรัฐได้โดยไม่คิดมูลค่าดำเนินการตั้งแต่ พ.ศ. 2518 ในสมัยรัฐบาลหม่อมราชวงศ์คึกฤทธิ์ ปราโมช เป็นนายกรัฐมนตรี และดำเนินการเต็มรูปแบบทั่วประเทศต่อเนื่องกันมาตั้งแต่ พ.ศ. 2524 โดยกำหนดเกณฑ์รายได้ต่อเดือนของครัวเรือนต่ำกว่า 2,000 บาท หรือคนโสดต่ำกว่า 1,500 บาท เป็นเส้นแบ่งระดับความยากจน เกณฑ์นี้ใช้ตั้งแต่ พ.ศ. 2524 และกำลังปรับปรุงเปลี่ยนเป็นเกณฑ์รายได้หัวเฉลี่ยของครัวเรือนต่ำกว่า 2,800 บาท หรือคนโสดต่ำกว่า 2,000 บาทตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537 เป็นต้นไป งบประมาณของโครงการนี้ได้รับเพิ่มขึ้นมาตามลำดับจากปี พ.ศ. 2524 จำนวน 459 ล้านบาท จนถึง 4,273 ล้านบาท ในปีนี้ สำหรับปี พ.ศ. 2538 การได้รับงบประมาณจะรวมถึงโครงการสงเคราะห์กลุ่มอื่นๆ ของรัฐบาล อันได้แก่ ผู้สูงอายุ เด็กอายุ 0 - 12 ปี

โครงการสงเคราะห์ผู้สูงอายุด้านการรักษายาบาล

โครงการนี้ปรากฏเป็นนโยบายตั้งแต่รัฐบาลพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ เป็นนายกรัฐมนตรี แต่เริ่มมีงบประมาณ ดำเนินการอย่างจริงจังใน พ.ศ. 2534 จำนวน 48.5 ล้านบาท ต่อมาได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลรวมเป็นงบประมาณโครงการเดียวกันกับการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย ปัจจุบันสามารถครอบคลุมประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปได้ทั้งหมด 4.2 ล้านคน

โครงการการประกันสุขภาพแก่เด็ก 0 - 12 ปี

การประกันสุขภาพในเด็กนักเรียนได้เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 โดยเด็กนักเรียนเฉพาะในสังกัดสำนักงานประถมศึกษาแห่งชาติอายุ 6 - 12 ปีทุกคนได้รับงบประมาณในการดูแลตัว เมื่อเจ็บไข้ได้ป่วยจะได้รับการดูแล

โดยไม่คิดมูลค่าจากสถานพยาบาลของรัฐ ส่วนเด็กนักเรียนในสังกัดอื่นๆ หรือเด็กซึ่งไม่อยู่ในโรงเรียนจะไม่ได้รับหลักประกันเดียวกัน แต่รัฐบาลของนายกรัฐมนตรีชวน หลีกภัย ได้ขยายหลักประกันทางด้านนี้แก่กลุ่มเด็กไทยโดยได้ขยายไปครอบคลุมเด็กทั้งหมดตั้งแต่ 0-12 ปี ปัจจุบันสามารถครอบคลุมกลุ่มเด็กได้ทั้งหมด 14.2 ล้านคน

โครงการประกันสุขภาพภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม

โครงการนี้ปรากฏเป็นจริงในรัฐบาลสมัยพลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ เป็นนายกรัฐมนตรี และได้เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 ในปีแรกจะบังคับใช้กฎหมายโดยคุ้มครองแรงงานไทยในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป รวมทั้งสิ้นประมาณ 4 ล้านคน ให้มีหลักประกันทางด้านสุขภาพ และด้านอื่นๆ และต่อมาในเดือนกันยายน 2536 ได้ขยายไปสู่สถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป ซึ่งจะทำให้แรงงานไทยได้รับการคุ้มครองเพิ่มมากขึ้นอีกประมาณ 0.5 ล้านคน เป็นจำนวนรวมทั้งสิ้นประมาณ 4.5 ล้านคน โครงการนี้ให้การดูแลประชาชนผู้ประกันตนโดยการทำสัญญาจ้าง (Subcontract) สถานพยาบาลทั้งรัฐและเอกชนในราคา 700 บาทต่อคนต่อปี ดังนั้นจึงงบประมาณทั้งสิ้นประมาณ 3,000 ล้านบาท

โครงการให้สวัสดิการแก่ข้าราชการและครอบครัว ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ

ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และพนักงานรัฐวิสาหกิจที่ทำงานกับภาคราชการจะได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาล ซึ่งคุ้มครองรวมไปถึง บิดา มารดา คู่สมรส และบุตร ซึ่งถือเป็นสวัสดิการที่ชดเชยเงินเดือนที่ข้าราชการและลูกจ้างได้รับต่ำมากในภาคราชการ ขณะนี้มีประชาชนที่ครอบคลุมรวมทั้งสิ้นประมาณ 6.7 ล้านคน

โครงการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ

การประกันสุขภาพโดยเอกชนหรือโดยโครงการบัตรสุขภาพของราชการ ขณะนี้ประเทศไทยมีการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ เป็นโครงการดำเนินการโดยรัฐบาลคือกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีความตั้งใจจะครอบคลุมประชาชนซึ่งไม่ถึงหลักเกณฑ์ระดับรายได้ขั้นต่ำแต่ก็มีรายได้อยู่ในระดับต่ำ ขณะนี้ครอบคลุมประชาชนได้ประมาณ 2.7 ล้านคน นอกจากโครงการบัตรสุขภาพแล้ว ประเทศไทยยังมีการประกันสุขภาพของบริษัทเอกชนที่ได้ดำเนินการมาเป็นระยะเวลามากกว่า 20 ปี โดยครอบคลุมประชาชนในปี พ.ศ. 2535 ประมาณ 9 แสนคน

โครงการประกันสุขภาพของกลุ่มประชาชนอื่น

การประกันกลุ่มประชาชนอื่น ได้แก่ ผู้พิการ ซึ่งเริ่มปรากฏเป็นนโยบายชัดเจน ในรัฐบาลสมัยของนายกรัฐมนตรีชวน หลีกภัย ครอบคลุมประชาชนประมาณ 1.0 ล้านคน กำนัน ผู้ใหญ่ บ้าน และผู้นำชุมชน และครอบครัว ซึ่งเริ่มได้รับหลักประกันเช่นกันในรัฐบาลชุดนี้ ครอบคลุมประชาชนประมาณ 1.5 ล้านคน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งได้รับหลักประกันทางด้านนี้ 0.61 ล้านคน

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าการได้รับหลักประกันทางด้านสุขภาพของประชาชน ได้มีการพัฒนาเรื่อยมา และทำให้ประชาชนกลุ่มต่างๆ ได้รับหลักประกันเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ทำให้ประชาชนทั้งประเทศในขณะนี้ทั้งสิ้นประมาณ 45 ล้านคน ที่มีหลักประกันทางด้านนี้ (ดูตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของหลักประกันด้านสุขภาพชนิดต่างๆ)

อย่างไรก็ตาม โดยผิวเผินแม้ดูเหมือนจะมีความน่าพึงพอใจว่าครั้งหนึ่งของประชาชนในประเทศได้รับหลักประกันทางด้านสุขภาพ แต่ถ้าหากพิจารณาลงไปรายละเอียดแล้วจะพบปัญหาหลายประการดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของหลักประกันด้านสุขภาพ ปีงบประมาณ 2539

โครงการ	องค์กรที่รับผิดชอบ	เป้าหมาย (ล้านบาท)	แหล่งที่มาของเงิน	งบประมาณต่อหัวต่อปี (บาท)	สิทธิประโยชน์	หน่วยงานที่ให้บริการ
1. สวัสดิการข้าราชการลูกจ้างประจำ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ	กระทรวงการคลัง	5.39	งบประมาณ	2,000	- ตรวจร่างกาย - เจ็บป่วยทุกชนิด - การรักษาผู้ป่วยใน	- ผู้ป่วยนอกเฉพาะสถานพยาบาลของรัฐ - ผู้ป่วยในได้ทั้งของรัฐและเอกชน
2. พระราชบัญญัติประกันสังคม	กระทรวงแรงงาน	4.50	นายจ้าง ลูกจ้าง งบประมาณ	700 (+100)	- เจ็บป่วยฉุกเฉิน ทั่วไป ที่ไม่ใช่จากการทำงาน - การรักษาผู้ป่วยใน - การคลอดบุตร - ทุพพลภาพ - การตาย	- สถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชน
3. การประกันสุขภาพเอกชน	บริษัทประกันภัย	0.84	ผู้ประกันตน	1,855	- เจ็บป่วยฉุกเฉิน ทั่วไป - การรักษาผู้ป่วยใน	- สถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชน
4. โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลและกลุ่มที่สังคมควรช่วยเหลือเป็นพิเศษ 4.1 ผู้มีรายได้น้อย 4.2 ผู้พิการ 4.3 ทหารผ่านศึกและครอบครัว	กระทรวงสาธารณสุข	11.96 1.06 0.20	งบประมาณ งบประมาณ งบประมาณ	231 301 231	- เจ็บป่วยฉุกเฉิน ทั่วไป - การรักษาผู้ป่วยใน	- สถานพยาบาลของรัฐเท่านั้น

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของหลักประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ 2539 (ต่อ)

โครงการ	องค์กรที่รับผิดชอบ	เป้าหมาย (ล้านบาท)	แหล่งที่มาของเงิน	งบประมาณต่อหัวต่อปี (บาท)	สิทธิประโยชน์	หน่วยงานที่ให้บริการ
4.4 ผู้นำศาสนา	กระทรวง สธ.	0.30	งบประมาณ	231	- เจ็บป่วยฉุกเฉิน ทั่วประเทศ - การรักษาผู้ป่วยใน	- สถานพยาบาลของรัฐ เท่านั้น
4.5 ผู้นำชุมชนพร้อมครอบครัว		1.274	งบประมาณ	231		
4.6 อาสาสมัครสาธารณสุข (เฉพาะตัว)		0.616	งบประมาณ	231		
5. โครงการสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ด้านรักษาพยาบาล	กระทรวง สธ.	2.50	งบประมาณ	329	- เจ็บป่วยฉุกเฉิน ทั่วประเทศ - การรักษาผู้ป่วยในและ การส่งเสริมสุขภาพ	- สถานพยาบาลของรัฐ เท่านั้น
6. โครงการประกันสุขภาพภาค อายุ 0 - 12 ปี	กระทรวง สธ.	3.24	งบประมาณ	117	- เจ็บป่วยฉุกเฉิน ทั่วประเทศ - การรักษาผู้ป่วยใน	- สถานพยาบาลในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข เท่านั้น
6.1 0 - 5 ปี	กระทรวง สธ.	3.24	งบประมาณ	117		
6.1 6 - 12 ปี (สเปง)	กระทรวง สธ.	5.09	งบประมาณ	30		
6.1 0 - 5 ปี (นอก สเปง)	กระทรวง สธ.	1.16	งบประมาณ	117		
7. โครงการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ	กระทรวง สธ.	6.24	งบประมาณ ผู้ประกันตน	227	- เจ็บป่วยฉุกเฉิน ทั่วประเทศ - การรักษาผู้ป่วยใน	- สถานพยาบาลในสังกัด กระทรวงสาธารณสุขและ ในสังกัดอื่นที่ร่วมโครงการ

1. การขาดหลักประกันทางด้านสุขภาพของประชาชนบางกลุ่ม หากหลักประกันทางด้านสุขภาพเป็นสิทธิมนุษยชนที่ประชาชนคนไทยพึงจะมีแล้ว ประเทศไทยยังมีประชาชนกว่า 15 ล้านคนในขณะนี้ยังไม่สามารถมีหลักประกันทางด้านนี้ และประชาชนกลุ่มเหล่านี้จะได้แก่ ผู้ที่ทำมาหากินเลี้ยงชีพเป็นอิสระมิได้เป็นลูกจ้างของผู้หนึ่งผู้ใด ซึ่งส่วนใหญ่ก็คือเกษตรกร ผู้ที่แม้มิได้ยากจนมากจนถึงระดับที่จะได้รับการสงเคราะห์จากโครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยๆ แต่บ่อยครั้งเมื่อเจ็บไข้ได้ป่วยด้วยโรคอันอาจถึงแก่ชีวิต ก็ไม่มีความมั่นใจที่จะไปรับบริการยังสถานพยาบาลทั้งจากของรัฐและเอกชน เนื่องจากมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ หรือพ่อค้าอิสระ ซึ่งอาจจะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองและครอบครัวในยามเจ็บไข้ได้ป่วยได้มากนัก

2. การที่ผู้ด้อยโอกาสไม่ได้รับหลักประกันอย่างแท้จริง การที่จะได้รับการสงเคราะห์จากโครงการต่างๆ ของรัฐบาล ไม่ว่าจะโดยโครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อย โครงการผู้สูงอายุเด็ก 0 - 12 ปี ฯลฯ ผู้ที่จะได้รับความช่วยเหลือจะต้องผ่านขั้นตอนทางราชการเพื่อให้ได้บัตรสงเคราะห์ต่างๆ ดังนั้นผู้ที่ยากจนจริงๆ ซึ่งด้อยโอกาสที่ต้องการดูแล อันได้แก่ คนจนที่สุดในหมู่บ้านซึ่งเข้าถึงผู้ใหญ่บ้าน ผู้ใช้แรงงานยากจนในเขตเมืองที่ไม่มีแหล่งที่ชัดเจน เด็กเร่ร่อน ฯลฯ มักจะไม่สามารถได้รับบัตรสงเคราะห์ต่างๆ เหล่านี้ การไปรับบริการยังสถานพยาบาลของรัฐต่างๆ จะได้รับการโดยไม่คิดมูลค่าหรือไม่ขึ้นอยู่กับความเมตตาของผู้บริหารสถานพยาบาลต่างๆ เหล่านี้ ซึ่งเป็นปัญหาที่หนักอกของหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

3. ความไม่เท่าเทียมกันในหลักประกันของกลุ่มต่างๆ แม้รัฐบาลจะมีความพยายามที่จะเพิ่มงบประมาณในการดูแลผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ และผู้พิการ ฯลฯ แล้วก็ตาม โดยเพิ่มจาก 3,400 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2536 เป็น 4,100 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2537 แต่เมื่อเปรียบเทียบกับการสนับสนุนต่อข้าราชการภายใต้สวัสดิการการรักษา

พยาบาลของข้าราชการ หรือผู้ใช้แรงงานภายใต้โครงการประกันสังคมแล้วจะพบว่า ผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ฯลฯ จะได้รับงบประมาณโดยเฉลี่ย 231 บาทต่อคน ในขณะที่ข้าราชการนั้นได้รับถึงกว่า 2,000 บาทต่อคน และผู้ใช้แรงงานกว่า 700 บาท ต่อคนตามลำดับ ทำให้ความเป็นจริงที่ปรากฏออกมา กลับกลายเป็นว่าผู้มีฐานะดีกว่าจะได้รับงบประมาณสนับสนุนดูแลที่ดีกว่าคนที่ยากจนหรือผู้ที่มีความจำเป็นมากกว่า ความไม่เท่าเทียมเช่นนี้ทำให้กลุ่มบุคคลต่างๆ ซึ่งรัฐบาลให้ความสนใจ เช่น ผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ฯลฯ ไม่ได้รับการสนับสนุนอย่างเป็นจริงเท่าที่ควร

4. คุณภาพในการให้บริการและความพึงพอใจจากผู้รับบริการ แม้จะพบว่าประชาชนมากกว่า 50% มีหลักประกันทางด้านสุขภาพเมื่อยามเจ็บไข้ได้ป่วย แต่คุณภาพในด้านบริการที่ได้รับก็ยังเป็นสิ่งที่ปรากฏเป็นปัญหาในข่าวหน้าหนังสือพิมพ์หรือในการอภิปรายในสภาอยู่เสมอๆ ไม่ว่าจะเป็นการให้บริการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย เป็นต้น บริการที่ยังไม่มีคุณภาพนี้ทำให้โครงการต่างๆ ที่รัฐให้การเกื้อหนุนมีภาพพจน์เป็นบริการชั้นสองเมื่อเปรียบเทียบกับบริการอื่นๆ

5. การขาดประสิทธิภาพในการบริหารงบประมาณที่เกี่ยวข้องกับการจัดสวัสดิการบางโครงการ โครงการบางโครงการมีการใช้จ่ายเงินที่เพิ่มขึ้นทุกปี และอยู่ในอัตราที่ค่อนข้างรวดเร็ว เช่น โครงการสวัสดิการรักษายาของข้าราชการ ซึ่งมีค่าเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของค่าใช้จ่ายจากงบประมาณทุกปี ปีหนึ่งตกประมาณ 21% ซึ่งสูงกว่าอัตราค่าเพิ่มของงบประมาณของประเทศ การเพิ่มอย่างรวดเร็วของค่าใช้จ่ายมีสาเหตุหลักมาจากการจ่ายเงินที่ขาดประสิทธิภาพ เพราะเป็นการจ่ายแบบปลายเปิด (Open-end) ซึ่งควบคุมค่าใช้จ่ายที่แน่นอนในแต่ละปีไม่ได้ ด้วยอัตราเพิ่มที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ภาระของรัฐบาลในการสนับสนุนคงจะมีมากขึ้นอย่างมากในอนาคต

ระบบบริการสาธารณสุขในประเทศไทย

ในประเทศไทยแม้จะมีความพยายามในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขมากกว่า 40 ปี แต่ก็ยังพบปัญหาต่างๆ มากมาย ซึ่งสามารถจะจำแนกเป็นกลุ่มใหญ่ได้ 2 กลุ่ม คือ

1. ปัญหาด้านประสิทธิภาพของระบบปรากฏการณ์ที่พบความด้อยประสิทธิภาพของระบบ อาจจะได้จาก

ก. บทบาทที่เหมาะสมของบริการซึ่งให้บริการเป็นด่านแรก (first contact) กับบริการซึ่งเป็นระดับรับการส่งต่อ (referral level) โดยปกติโรงพยาบาลส่วนใหญ่ โดยเฉพาะโรงพยาบาลใหญ่ๆ ในจังหวัด และเมืองใหญ่น่าจะมีบทบาทในการรับส่งต่อจากสถานบริการที่ด่านแรกอันได้แก่ คลินิก และสถานอนามัย โดยที่ไม่มีความจำเป็นต้องให้บริการที่เป็นบริการพื้นฐาน (primary care) แก่ประชาชน แต่ปรากฏการณ์ที่ประสบ พบว่า โรงพยาบาลทุกแห่งมีปริมาณงานในการดูแลผู้ป่วยขั้นพื้นฐานเป็นจำนวนมาก จากการศึกษาที่โรงพยาบาลจังหวัดแห่งหนึ่งพบว่า ผู้ป่วยที่มาที่แผนกผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลแห่งนั้นมี ความจำเป็นต้องได้รับการรักษาจากแพทย์ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้เชี่ยวชาญเพียง 5% อีก 95% สามารถรับบริการยังคลินิก สถานอนามัย หรือโรงพยาบาลชุมชน ที่เป็นสถานบริการระดับล่างกว่าได้ ทำให้โรงพยาบาลซึ่งควรจะ มีบทบาทส่วนใหญ่ในการให้บริการด้านการรับการส่งต่อ ถูกใช้อย่างไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

ข. การประสานการให้บริการระหว่างสถานพยาบาลของรัฐเอง และระหว่างรัฐกับเอกชน สถานพยาบาลของรัฐขึ้นกับหน่วยงานหลายหน่วยงาน โดยเฉพาะในเมืองใหญ่ๆ เช่น กรุงเทพมหานครจะมีโรงพยาบาลทั้งของกรุงเทพมหานครเอง กระทรวงสาธารณสุข ทบวงมหาวิทยาลัย กระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย ฯลฯ โดยโรงพยาบาลเหล่านี้ไม่สามารถประสานการบริการเท่าที่ควร บ่อยครั้งทำให้ผู้ป่วย

ต้องเดินทางไปมาระหว่างโรงพยาบาล (shopping around) โดยไม่ได้รับการ ขณะเดียวกันคลินิกและโรงพยาบาลเอกชนก็มีอยู่อย่างกระจัดกระจายทั่วไป และไม่มี การประสานงานที่ดีกับสถานพยาบาลของรัฐเช่นกัน ทำให้ทรัพยากรต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นบุคลากร เครื่องมือแพทย์ โดยเฉพาะเทคโนโลยีขั้นสูง (Hi-tech) ฯลฯ ไม่ถูกใช้อย่างมีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ตัวอย่างที่ชัดเจนได้แก่เครื่องมือเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ซึ่งกรุงเทพฯ มีโดยเฉลี่ยต่อล้าน ประชากร ต่ำกว่าเพียงสหรัฐอเมริกา และญี่ปุ่น แต่มากกว่าประเทศอังกฤษ สวีเดน ฝรั่งเศส ฯลฯ ซึ่งเป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว และจากการศึกษาพบว่า เครื่องมือเหล่านี้โดยส่วนใหญ่ใช้ต่ำกว่าที่ควรจะเป็น (Underutilize)

2. ปัญหาด้านคุณภาพของบริการปรากฏการณ์ที่พบความด้อยคุณภาพของบริการอาจจะดูได้จาก

ก. การขาดการประเมินมาตรฐานของสถานพยาบาลต่างๆอย่างเหมาะสม การประเมินสถานพยาบาล โดยเฉพาะโรงพยาบาล (Hospital accreditation) เป็นกระบวนการที่มีความสำคัญในประเทศที่พัฒนาแล้ว โดยการประเมินนี้จะทำเป็นระยะๆ ตามระดับมาตรฐานที่ต้องการของแต่ละประเทศ ในประเทศไทยกระบวนการนี้ ยังไม่ได้มีการดำเนินการอย่างจริงจัง การเกิดขึ้นของพระราชบัญญัติประกันสังคมทำให้เห็นความจำเป็นทางด้านนี้มากขึ้น ขณะนี้กำลังมีการพิจารณาดำเนินการในเรื่องนี้อย่างจริงจัง

ข. การขาดมาตรการในการควบคุมคุณภาพของ การบริการ กระบวนการในการสร้างคุณภาพการบริการ (Quality assurance) การตรวจสอบการให้บริการ (medical audit) เป็นสิ่งใหม่และไม่มี การดำเนินการอย่างกว้างขวาง ที่ผ่านมามีเฉพาะการตรวจสอบเมื่อมี คำร้องเรียนไปที่องค์กรที่รับผิดชอบ ไม่ว่าจะเป็นกองประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข แพทยสภา สภาการพยาบาล ฯลฯ จึงมีการดำเนินการในเรื่องนี้เป็นกรณีๆ ไป การพัฒนาทางด้านนี้เริ่มปรากฏบ้างในระยะ

2-3 ปีที่ผ่านมา

อย่างไรก็ตาม นอกจากคุณภาพการรักษาพยาบาลแล้ว คุณภาพการบริการที่สร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ เช่น การมีอัธยาศัยดีในการต้อนรับรับส่ง ความสะดวกสบายในการได้รับบริการ ฯลฯ ก็เป็นสิ่งที่สร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ ซึ่งคุณภาพด้านนี้สถานพยาบาลเอกชนจะมีวิธีการที่ดีกว่าในการสร้างความพึงพอใจ เนื่องจากมีแรงจูงใจในระบบที่สูงกว่า

การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในอนาคต

โดยสรุปอาจจะกล่าวได้ว่า ระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทยพบปัญหาทั้ง 3 ด้านด้วยกันคือ

1. การครอบคลุมอย่างทั่วถึง (Universal coverage) เนื่องจากประชาชนกว่า 15 ล้านคนยังขาดหลักประกันทางด้านนี้
2. ประสิทธิภาพการบริการ (efficiency) เนื่องจากบริการระดับต่างๆ ยังไม่ถูกใช้ในบทบาทที่เหมาะสม และขาดการประสานงานที่ดีระหว่างรัฐด้วยกัน และระหว่างรัฐกับเอกชน
3. คุณภาพการบริการ (Quality) เนื่องจากยังขาดมาตรการในการติดตามและควบคุมกำกับอย่างเหมาะสม

การพัฒนาบริการสาธารณสุขในอนาคตจึงควรจะวางหลักการในการพัฒนา เพื่อตอบสนองต่อการแก้ไขปัญหาดังกล่าว 3 ประการ โดย

1. การปฏิรูปการเงินการคลัง (Health Financing) เนื่องจากวิธีการจัดระบบการเงินการคลังจะมีผลอย่างมากต่อพฤติกรรมทั้งของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ทั้งยังเป็นกลไกในการสร้างความเท่าเทียมให้เกิดขึ้น (equity) ทั้งระหว่างคนจนกับคนรวย และภูมิภาคเมืองกับชนบท

2. การปฏิรูประบบบริการ (Health Service Organization) การปฏิรูประบบบริการเพื่อให้ระบบบริการสามารถพัฒนาทั้งประสิทธิภาพและคุณภาพของตนเอง เช่น การสร้างระบบเครือข่ายที่เหมาะสมระหว่างสถานบริการที่เป็นด่านแรก กับสถานพยาบาลที่รับการส่งต่อ และระหว่างรัฐและเอกชน (private-public mix) การพัฒนาระบบบริหารของโรงพยาบาลของรัฐโดยการลดระเบียบข้อบังคับต่างๆ เพื่อให้รัฐสร้างระบบบริการที่สามารถแข่งขันกับเอกชนได้

3. การปฏิรูปสิทธิของผู้รับบริการ (consumer's right) ทั้งนี้เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถมีทางเลือกผู้ให้บริการที่ตนเองพอใจได้ ขณะเดียวกันก็มีสิทธิในการที่จะขอให้มีการปรับปรุงคุณภาพของบริการหากตนเองได้รับบริการที่ไม่เหมาะสม ทั้งนี้วิธีการนี้จะเป็นการประกันคุณภาพของสถานพยาบาลที่ผู้บริการต้องการได้ในระยะยาว

ทางเลือกเพื่อการพัฒนาบริการสาธารณสุขและหลักประกันด้านสุขภาพในอนาคต

เพื่อให้สิทธิขั้นพื้นฐานในด้านสุขภาพของประชาชนทุกคนบรรลุอย่างทัดเทียมกับเช่นดังอารยประเทศทั่วโลก และการพัฒนาระบบบริการสามารถดำเนินการควบคู่กันไป จึงมีข้อเสนอเพื่อการพัฒนาในอนาคต 2 ทางเลือกด้วยกัน ดังต่อไปนี้

ทางเลือกที่ 1 กองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติ

ทางเลือกนี้เป็นทางเลือกที่มีการปรับโครงสร้างประกันสุขภาพ และสวัสดิการที่มีอยู่ทั้งหมดในปัจจุบันให้มีลักษณะที่เป็นเอกภาพกัน และปรับปรุงประสิทธิภาพให้มีการดำเนินการอย่างเกิดประโยชน์สูงสุด โดยการจัดตั้งกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้นมา กองทุนนี้จะเป็นกองทุนรวมที่เกิดจากงบประมาณของโครงการที่มีอยู่ใน

ปัจจุบันมารวมเข้าด้วยกัน และสมทบด้วยงบประมาณจากภาษีสุขภาพ (Health tax) หรือภาษีอื่นๆ ที่จะหาเพิ่มเติมได้ เช่น ภาษีบุหรี่ ภาษีเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นภาษีจากสินค้าที่มีผลต่อสุขภาพ และภาษีส่วนบุคคลสำหรับผู้ที่ไม่ได้มีหลักประกันสุขภาพทางใดทางหนึ่งเลย เป็นต้น

กองทุนรวมนี้จะทำหน้าที่ในการต่อรองเพื่อซื้อบริการ (Purchaser) จากสถานพยาบาลซึ่งสนับสนุนให้เป็นเครือข่ายสถานพยาบาลทั้งรัฐและเอกชน โดยสถานพยาบาลแต่ละแห่งจะมีข้อผูกมัดในการให้บริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่จำเป็น (Basic essential package of health services) แก่ประชาชนตามที่ได้รับมอบหมาย (ดูภาพที่ 1)

รัฐบาลเสนอหลักประกันด้านสุขภาพอะไรให้กับท่านบ้าง ?

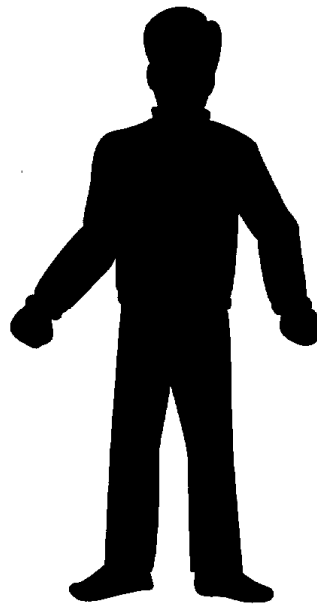
บริการขั้นพื้นฐานที่จำเป็น

(Basic essential package)

ครอบคลุม 99% ของบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีอยู่ปัจจุบัน เป็นการบริการทางด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคที่จะทำให้ทุกคนมีคุณภาพชีวิตอย่างปกติสุข

ตัวอย่างบริการ

- การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย
- การผ่าตัดต่างๆที่มีความจำเป็น
- การผ่าตัดหัวใจ สมองและอวัยวะอื่นๆ
- การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
- การพยาบาลดูแล



บริการอื่นๆ

ประชาชนบางคนต้องการบริการที่นอกเหนือจากบริการขั้นพื้นฐาน ซึ่งสามารถหาได้โดยการซื้อประกันสุขภาพมาเสริมหรือจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลเอง

ตัวอย่างบริการ

- ศัลยกรรมตกแต่ง ทันตกรรมพิเศษ
- การปลูกถ่ายหัวใจ ปอด ตับ ไชกระตุก
- การผ่าตัดเปลี่ยนเพศ การผสมเทียม

ยาและหัตถการ

- ยาตามบัญชียาหลักขององค์การอนามัยโลก
- ยา การตรวจรักษา หัตถการ ที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสั่งการรักษา
- เติงผู้ป่วยสามัญ

บุคลากรที่ดูแล

- แพทย์ทั่วไปและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
- พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ได้รับการรับรองจากสถานศึกษาของรัฐ

บุคลากรที่ดูแล

- แพทย์ทั่วไปและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
- พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ผู้ป่วยจะจงเลือก

ยาและหัตถการ

- ยานอกบัญชียาหลัก
- ยาที่นำมาทดลอง และสารที่ยังไม่ได้รับรอง
- การตรวจรักษาราคาและที่ยังมีการทดลองใช้อยู่
- เติงหรือห้องพิเศษ

ภาพที่ 1 การสร้างหลักประกันให้กับประชาชนเพื่อรับบริการขั้นพื้นฐานที่จำเป็น

* หลักประกันที่รัฐบาลจะให้กับประชาชนทุกคน หรือบริการขั้นพื้นฐานที่จำเป็น

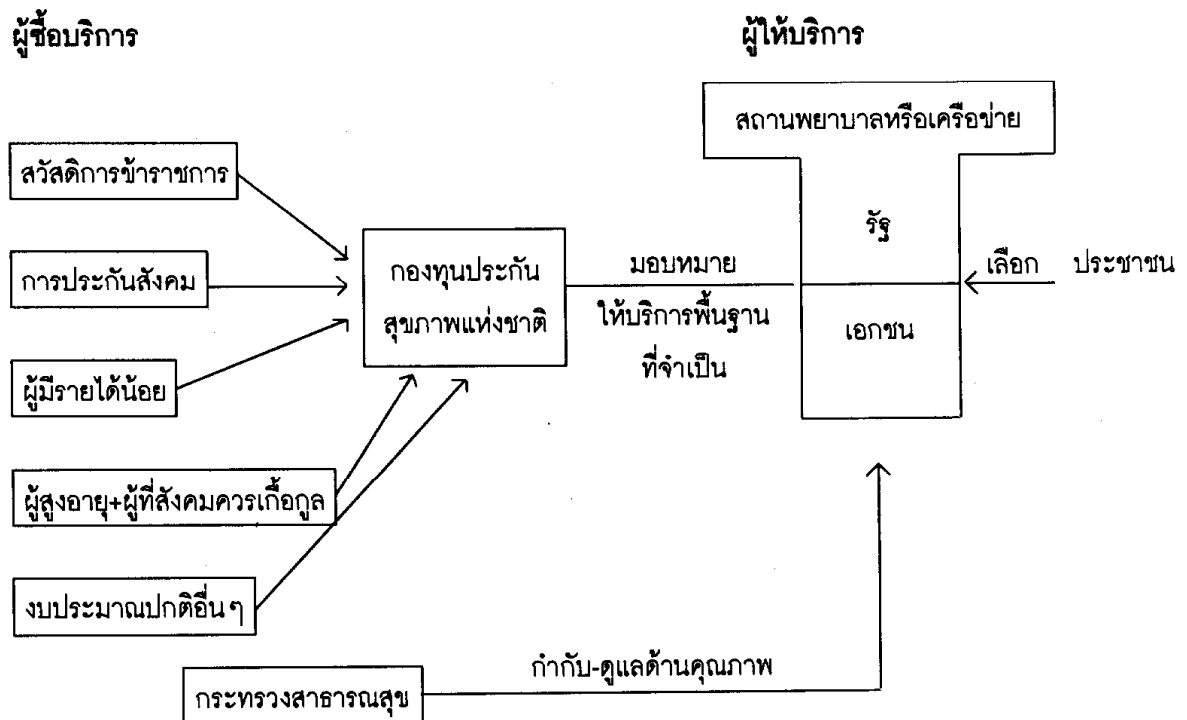
ประชาชนทุกคนมีสิทธิที่จะเลือกสถานพยาบาล หรือ เครือข่ายสถานพยาบาลของรัฐ และเอกชนที่ตนเองพอใจ ในบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่จำเป็น หากประชาชนจะต้อง เป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายเองหรือซื้อประกันจากบริษัทประกัน เพื่อให้ได้บริการเหล่านั้น โดยรัฐบาลจะไม่เข้าไปให้หลักประกันทางด้านนี้ ทั้งนี้บทบาทของรัฐจะเปลี่ยนเป็นผู้ กำกับดูแลด้านคุณภาพโดยการพัฒนากระบวนการประเมิน สถานพยาบาลและการส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ แทนที่จะเป็นผู้ให้บริการโดยตรงดังที่เป็นมา (ดูภาพที่ 2)

ทางเลือกนี้จะเป็นการปฏิรูปทั้ง 3 ด้านไปพร้อมกัน ก่อให้เกิดความเท่าเทียมกันของระบบประกันและ สวัสดิการด้านสุขภาพของประเทศอย่างมาก เนื่องจาก ประชาชนทุกคนจะได้รับหลักประกันจากรัฐบาลโดย เท่าเทียมกัน ขณะเดียวกันการบริหารการเงินสามารถ ดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากการซื้อบริการให้ กับประชาชนสามารถดำเนินการโดยรวมเป็นกลุ่มใหญ่

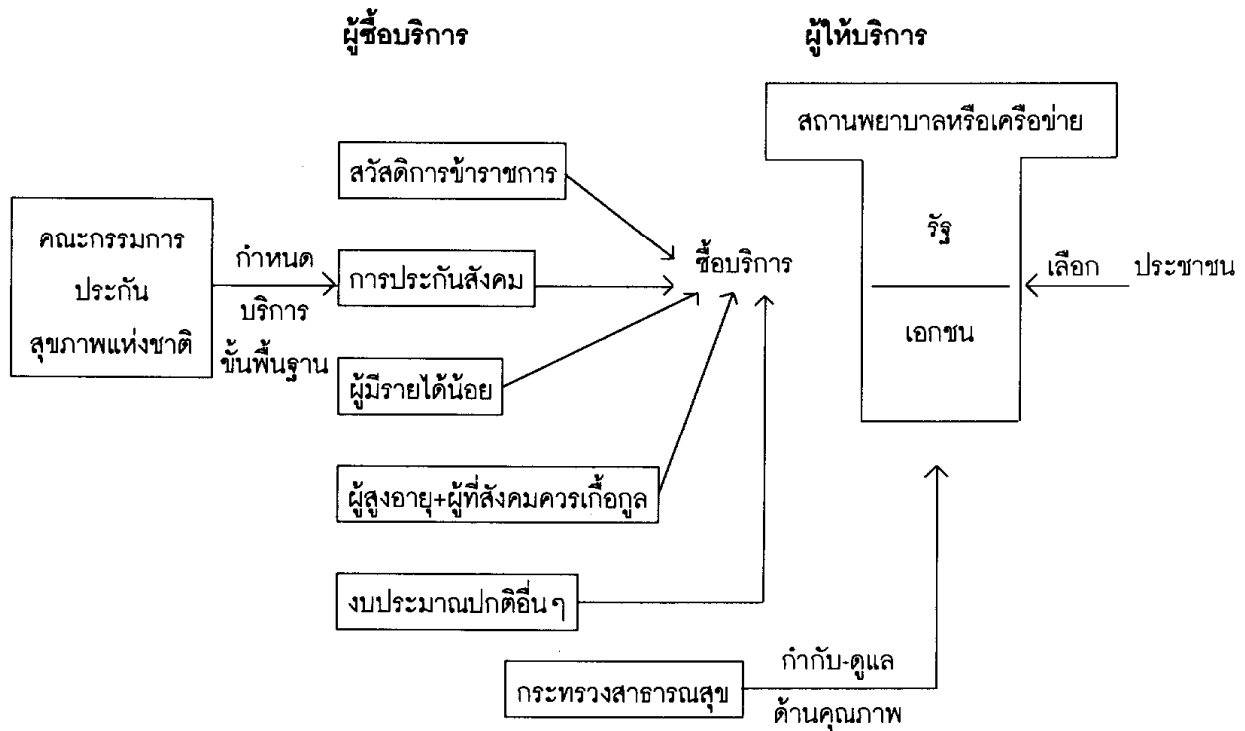
การกำกับดูแลคุณภาพจะเป็นไปได้ดี เพราะสามารถ กำกับให้เป็นไปอย่างมีมาตรฐานเดียวกัน วิธีการเช่นนี้ เคยใช้อย่างได้ผลในหลายประเทศ เช่น ประเทศแคนาดา อังกฤษ เนเธอร์แลนด์ เดนมาร์ก เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นก็คือ หากกองทุนประกันสุขภาพ แห่งชาติเป็นหน่วยงานทางราชการ ดังเช่นหน่วยราชการ ทั่วไปในปัจจุบัน จะมีปัญหาในการบริหารงานจากระบบ ราชการค่อนข้างมาก นอกจากนี้การจะปรับให้ดำเนินการ ตามทางเลือกนี้อาจจะได้รับการคัดค้านจากโครงการ สวัสดิการอื่นๆ ที่มีอยู่ในปัจจุบัน เนื่องจากหน่วยงานบาง หน่วยอาจจะต้องสูญเสียงบประมาณที่ปกติตนเองเป็นผู้ ดูแลอยู่ไปเป็นของกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติ

ทางเลือกที่ 2 คณะกรรมการประกันสุขภาพแห่งชาติ

ทางเลือกนี้เป็นทางเลือกที่มีการประสาน โครงการประกันสุขภาพและสวัสดิการที่มีอยู่ทั้งหมดใน



ภาพที่ 2 รูปแบบของกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติ



ภาพที่ 3 รูปแบบของคณะกรรมการประกันสุขภาพแห่งชาติ

ปัจจุบัน ให้มีลักษณะที่มีเอกภาพในด้านการจัดบริการพื้นฐานที่จำเป็น วิธีการจ่ายค่าตอบแทนบางอย่างแก่สถานบริการ การควบคุมคุณภาพ และอื่นๆ ทั้งนี้โดยประชาชนกลุ่มต่างๆ ไม่จำเป็นจะต้องได้บริการที่เท่าเทียมกัน แต่ทุกคนจะได้รับบริการอย่างน้อยเทียบเท่าบริการพื้นฐานที่จำเป็น ทั้งนี้การบริหารงานจะไม่รวมงบประมาณของโครงการต่างๆ ในลักษณะของคณะกรรมการ ประชาชนกลุ่มที่ยังขาดหลักประกันในปัจจุบัน รัฐจะขยายการครอบคลุมให้ทั่วถึง โดยงบประมาณที่จะต้องหามาเพิ่มเติมจากงบประมาณ หรือจากการเก็บภาษีเพิ่มเติมบางอย่างเช่นเดียวกับทางเลือกแรก (ดูภาพที่ 3)

ทางเลือกนี้มีข้อจำกัดที่คณะกรรมการประกันสุขภาพแห่งชาติไม่สามารถนำเงินจากแหล่งต่างๆ มาถูกรวมกันเพื่อให้โครงการที่มีเงินมากอุดหนุนโครงการที่มีเงินน้อยได้ ดังนั้นการปฏิรูปการเงินการคลังจะเป็นไปได้ไม่มาก จะทำได้เฉพาะการปรับการบริหารการเงินการ

คลังต่างๆ ให้มีจุดมุ่งหมายเดียวกัน ขณะเดียวกันโอกาสที่จะใช้การปฏิรูปการเงินการคลังเป็นกลไกในการปฏิรูประบบบริการจะน้อยลง

สรุป

ปัญหาการขาดการครอบคลุมที่ทั่วถึง การขาดประสิทธิภาพ และคุณภาพของระบบบริการยังเป็นปัญหาสำคัญอยู่ในปัจจุบัน การพัฒนารากฐานของระบบที่ดีในปัจจุบันจะเป็นแนวทางที่จะทำให้เกิดการพัฒนาที่ดีขึ้นต่อไปในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. Ron A, Abel-Smit B, Tamburi G. Health insurance in developing country: the social security approach. Geneva: International Labour Organization, 1990.

2. ปรากรม วุฒิพงศ์ และคณะ. ระบบการประกันสุขภาพของไทย. ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดลและศูนย์บัตรสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2532.
3. เทียนฉาย กิระนันท์ และคณะ. การประเมินผลโครงการบัตรสุขภาพ. กระทรวงสาธารณสุข, 2533.
4. สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และคณะ. หนึ่งปีของการประกันสังคม: ผลกระทบต่อระบบบริการแพทย์และสาธารณสุข. กองแผนงานสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2535.
5. กองแผนงานสาธารณสุข, (2532 ข) แนวนโยบายการดำเนินงานโครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 7 กรุงเทพฯ กระทรวงสาธารณสุข. (เอกสารอัดสำเนา).
6. จลิพร โกลากุล. การประกันสุขภาพและสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลในธุรกิจเอกชน. ใน: ปรากรม วุฒิพงศ์ และคณะ, บรรณาธิการ. ระบบการประกันสุขภาพของไทย. กรุงเทพฯ: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข, มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
7. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, กาญจนา ศิริโกมล. วิเคราะห์โครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล: การให้บริการและการจัดสรรงบประมาณ. จุลสารชมรมแพทย์ชนบท 2532; 12:22-36.
8. สุชาติ กิระนันท์. การประกันสุขภาพและสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลในหน่วยงานของรัฐและรัฐวิสาหกิจ. ใน: ปรากรม วุฒิพงศ์ และคณะ, บรรณาธิการ. ระบบการประกันสุขภาพของไทย. กรุงเทพฯ: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข, มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.

