

เหลี่ยมหลังแลหน้า เส้นทางเดินของระบบ หลักประกันสุขภาพของไทย

วิโรจน์ ฌ ระนอง

viroj@tdri.or.th

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI)

งานเสวนาสาธารณะที่ดิอาร์ไอ - "คิดใหม่ระบบหลักประกันสุขภาพไทย"

1 กรกฎาคม 2556

ประเด็นหลักที่จะนำเสนอ

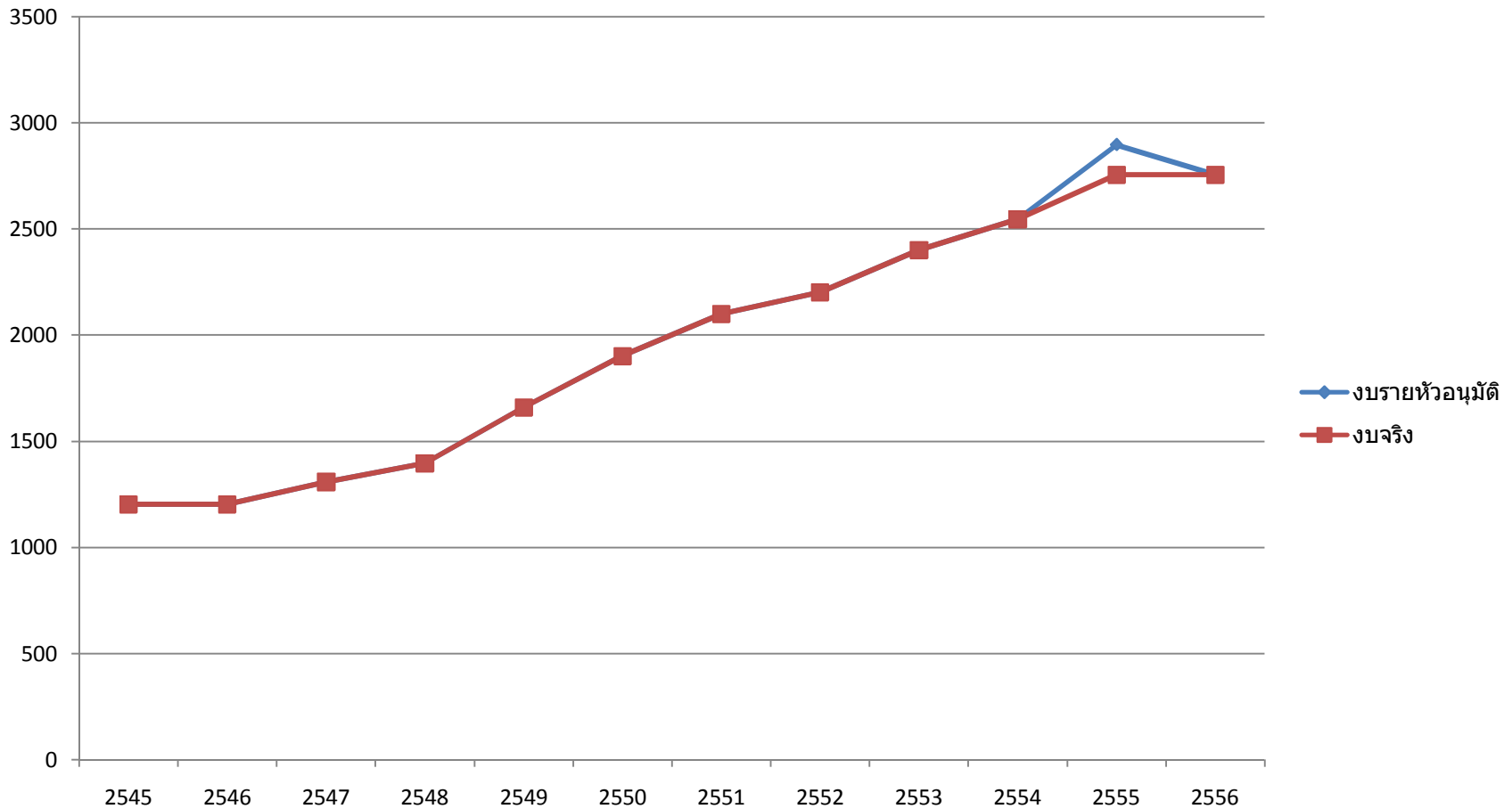
- ปัญหาใหญ่ปัญหาหนึ่งที่เกิดขึ้น (ตั้งแต่อดีตถึงวันนี้) เป็นผลของมายาคติ/ตรรกะที่บกพร่องในวงการสุขภาพ ว่าต้องให้ความสำคัญอันดับแรกๆ กับการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ
 - ความเชื่อ/มายาคตินี้นำไปสู่การกำหนดเป้าหมาย/นโยบายที่สร้างปัญหามาแล้วหลายครั้ง
- อนาคตควรมุ่งไปสู่การปรับปรุงคุณภาพให้เกิดระบบที่ประชาชนเชื่อมั่น/ไว้วางใจ (และตระหนักด้วยว่าคุณภาพจะมาพร้อมกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศที่สูงขึ้น)
- การส่งเสริมหรือละเลยที่จะแก้ปัญหที่เกิดจาก **medical hub** อาจกลายเป็นระเบิดเวลาหรืออุปสรรคสำคัญที่อาจสร้างปัญหาให้กับระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- การสร้างระบบอภิบาลที่ดี— โดยมีระบบการถ่วงดุลย์ที่เหมาะสม—จะเป็นประโยชน์กับทุกฝ่ายมากกว่าการพยายามรวบอำนาจหรือผลักดันการปฏิรูปในแนวทางที่ไม่สามารถสร้างฉันทามติขึ้นมาได้

1. ความเชื่อสำคัญประการหนึ่งที่ปกคลุมวงการ สุข

- “ประเทศจะอยู่ไม่ได้ หรือแข่งขันไม่ได้ ถ้าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มเร็วกว่า (ในอัตราที่สูงกว่า) รายได้ (GDP)”
 - โดยเฉพาะในระยะหลังซึ่งค่าใช้จ่ายของรัฐกลายเป็นส่วนสำคัญมากของระบบสุขภาพ
- ความเชื่อนี้มีมานานมาก (นพ.สงวนระบುವ่าเป็นภูมิปัญญาหน้าเข้า C. Myers)
- ต่อมาถูกตอกย้ำว่าประเทศเราอยู่ใน “วิกฤติสุขภาพ” ทำให้จำเป็นต้องปฏิรูประบบสุขภาพ
- เมื่อเกิดโครงการ 30 บาท ซึ่งเป็นโครงการ “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” เป้าหมายสำคัญกลับอยู่ที่การควบคุมค่าใช้จ่าย (cost containment)
 - “หัวใจของโครงการ 30 บาท คือการปฏิรูประบบการเงินด้านสาธารณสุข” (ฝ่ายหนุน) VS “คุณธรรมนำการเงิน” (ฝ่ายต้าน)

- ความเชื่อนี้มีผลกระทบมากตั้งแต่สิบกว่าปีก่อน และยังมีผลมากในปัจจุบัน
 - การกวดค่าหัวของ 30 บาทให้ต่ำตั้งแต่ต้น (รัดเข็มขัด รัดไขมัน ไม่เพิ่มในปีที่สอง)
 - ซึ่งนำไปสู่การเพิ่มค่าหัวในอัตราที่สูงขึ้นในปีต่อๆ มาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เมื่อ รมท. ตีตลาดมาก
 - นโยบาย “แช่แข็ง” ค่าหัวของโครงการ 30 บาท โดยรัฐบาลนี้ ภายใต้คำขวัญชวนงง “แตกต่างกันอย่างสร้างสรรค์ เหลือมล้อย่างมีความหมาย”?
 - การเกิดโครงการ P4P ที่พยายามรัดประสิทธิภาพโดยไม่ใช้เงินเพิ่ม (เพิ่มให้แค่ 1% แถมยังพยายามเอาส่วนนี้มาจากเงินบำรุงของ รมท. ก่อนด้วย)

งบเหมาจ่ายรายหัวโครงการ 30 บาท 2545-2556 (ปีงบ 2557 2,895 บาท)



มายาคติ/ตรรกที่ผิดพลาด

- ในระยะยาว ถ้าประเทศ (หรือคน) มีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มในอัตราที่สูงกว่ารายได้ที่เพิ่มขึ้น ก็จะอยู่ไม่ได้หรือไม่ยั่งยืนจริง
- แต่การมีค่าใช้จ่ายด้านหนึ่งใดเพิ่มในอัตราที่สูงกว่ารายได้เป็นเรื่องปกติ
 - ข้าวอาจเป็นสินค้าคนจน (**inferior good**) รายได้เพิ่ม กินน้อยลง
 - แต่สุขภาพมักเป็นสินค้าคนรวย (**superior good**) รายได้เพิ่ม จ่ายเพิ่มเร็วกว่า (รวมทั้งมักเป็นสินค้าส่วนตัวที่ไม่ได้ประหยัดจากขนาด **scale**)
 - ประเทศที่รวยกว่าเรามีแนวโน้มที่มีสัดส่วน (และยอด) คชจ สุขภาพที่สูงกว่าเรา
- ประเทศไทยยังจะถูกซ้ำเติมด้วยสังคมผู้สูงอายุ ซึ่งค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจะเพิ่มขึ้น
 - การทำระบบส่งเสริม/ป้องกันโรคจะไม่ช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในระยะยาว

1.1 อนาคตควรมุ่งไปสู่การปรับปรุงคุณภาพให้เกิดระบบ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ประชาชนเชื่อมั่น

- เงินที่อาจเห็นว่า “เหลือ” ใน รพ. รัฐจำนวนไม่น้อย ส่วนหนึ่งสะท้อนสถานะการให้บริการที่ต่ำกว่ามาตรฐาน เพราะปัญหาขาดแคลนบุคลากร
- ถ้าจะสร้างระบบบริการที่ได้คุณภาพ และเป็นมาตรฐานเดียวกัน ค่าใช้จ่าย (และบุคลากร) ยังต้องเพิ่มขึ้นอีกมาก
 - แต่นี้เป็นแนวทางที่ควรจะเป็นในอนาคต ถ้าเราต้องการระบบหลักประกันสุขภาพที่ยั่งยืน และเป็นที่ยั่งยืน/ฝากชีวิตของประชาชนได้จริง ไม่ใช่ปล่อยให้เสื่อมถอยไปเป็นแค่โครงการสำหรับคนจนที่ไม่มีทางเลือก
- ในสถานะการกระจายรายได้ของประเทศเป็นแบบปัจจุบัน ถ้าหวังจะสร้างระบบหลักประกันสุขภาพจริงๆ (ที่ฐานะทางการเงินไม่ใช่อุปสรรคในการเข้าถึงบริการที่จำเป็น) ระบบร่วมจ่าย (**copayment**) จะไม่ใช่ทางออกที่มีนัยสำคัญในการแก้ปัญหาการเงินของระบบ
- การเก็บภาษีเฉพาะ (เช่น ภาษีสุขภาพ) เพิ่มเป็นภาษีต่างหาก (โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าเพิ่มจำนวนครั้งที่เก็บด้วย เช่น เก็บเป็นรายเดือน) มักจะมีต้นทุนในการเก็บสูง และไม่มีความมีประสิทธิภาพมากกว่าการเพิ่มภาษีเงินได้แล้วเก็บตามช่องทางเดิม

2. ปัญหาการมองนโยบายสาธารณสุขแบบตัดขาดจากกัน: กรณี **Medical Tourism/Hub**

- รัฐบาลไทยรักไทย 2546 “Dual track”/“**Medical Hub**”:
“โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ส่งผลให้บริการสาธารณสุขกระจาย
ทั่วถึงทั่วประเทศ ทำให้โรงพยาบาลเอกชนที่มีขีดความสามารถเหลือเป็น
โอกาสที่จะพัฒนาบริการและสิ่งอำนวยความสะดวกทางด้านบริการ
การแพทย์และสุขภาพโดยยกระดับมาตรฐานคุณภาพสู่สากล แล้วไป
นำเสนอในต่างประเทศได้ เพื่อเป็นแหล่งรายได้ใหม่ที่มีประสิทธิภาพและ
ขยายตัวได้อย่างต่อเนื่องให้กับประเทศ”

-- กระทรวงสาธารณสุข 2546

- แผน/ยุทธศาสตร์ (2546) พุดถึง 3 บริการ
 - บริการด้านการแพทย์ (Medical Service) เน้นการรักษาพยาบาลในระดับสูง โดยนำเสนอแง่ความเป็นเลิศในการบริการทางการแพทย์ที่ดีที่สุดในเอเชีย เช่น การผ่าตัดรักษามะเร็ง การรักษาโรคหัวใจ การรักษาด้านทันตกรรม
 - บริการด้านสุขภาพ (Health Service) เช่น การเสริมสวย สปา นวดแผนไทย การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ
 - ผลิตภัณฑ์สุขภาพและสมุนไพร (Herbal Products) เช่น เครื่องสำอาง อาหารเสริม โดยเน้นที่ผลิตภัณฑ์สมุนไพร

โดยมีจุดเน้นอยู่ที่บริการประเภทแรก
- นโยบายดึงคนไข้ต่างชาติ (medical tourist) มีมาตั้งแต่ยุค ปชป. หลังวิกฤติ 40
- เป็นนโยบายที่มีอยู่ในทุกรัฐบาลตั้งแต่ ปชป → ทรท → พปช → คมช → ปชป → พท. (ส่วนหนึ่งน่าจะเป็นอิทธิพลสภาพัฒน์)
 - นายกอภิสิริไปโฆษณาที่ญี่ปุ่น
 - รมว.ประคิชฐ์ ไม่ได้ริเริ่มเรื่องนี้ แต่ก็พยายามผลักดันเรื่องที่ใกล้เคียง (Long Stay)

"หมอประดิษฐ"ควง"นายกฯ"ไปญี่ปุ่น ดูงานต้นแบบดูแล สูงวัย เล็งดึง"ลูกค่ายุ่น"ลونغสเตย์

- นพ.ประดิษฐยังกล่าวถึงเรื่องการให้บริการดูแลผู้สูงอายุญี่ปุ่นแบบพำนักระยะยาว (**Long Stay**) ในประเทศไทยว่า บริการดังกล่าวภาคเอกชนในประเทศไทยมีความพร้อมมาก หากมีโอกาสนายกรัฐมนตรียของไทยอาจหยิบยกขึ้นมาหารือกับทางการญี่ปุ่น แต่อย่างไรก็ตาม มั่นใจว่าประเทศไทยมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุญี่ปุ่นแบบลونغสเตย์ได้ แต่อาจจะต้องมีการปรับปรุงกฎระเบียบต่างๆ รวมทั้งการฝึกอบรมบุคลากรเพิ่มเติม เพื่อให้สื่อสารภาษาญี่ปุ่นได้ โดยเฉพาะกลุ่มแพทย์ พยาบาล ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จะต้องพูดภาษาญี่ปุ่นให้ได้ ซึ่งเรื่องนี้ สธ.จะหารือกับสภาวิชาชีพต่อไป ส่วนเรื่องอื่นๆ ไทยมีความพร้อมอยู่แล้วและอาจจะมีแก้ไขกฎระเบียบอำนวยความสะดวกในการเข้ามาใช้บริการมากขึ้น

http://www.matichon.co.th/news_detail.php?newsid=1369373963&grpId=03&catid=

[03](#) 24 พฤษภาคม พ.ศ. 2556

ความสำเร็จ – มุมมองจากต่างประเทศ

Bloomberg

Our Company | Professional | Anywhere

Search News, Quotes and Opinion



HOME QUICK NEWS OPINION MARKET DATA PERSONAL FINANCE **TECH** POLITICS SUSTAINABILITY LUXURY TV VIDEO RADIO

Top Travel Destinations for Medical Tourism

By Jordan Robertson - Jun 25, 2013 11:05 PM GMT+0700



Photograph by SIME/eStock

9 of 10

[< PREV](#) | [NEXT >](#)

1. Thailand

Long known for sex-change procedures, Thailand offers some of the world's best values for a variety of health care. Major procedures can be 50 to 70 percent cheaper there than in the U.S., according to Patients Beyond Borders. The country had as many as 1.2 million medical tourists last year, making it the top destination.

Special Report: Medical Technology: Electronic Health Records

Advertisement

HIGHFLYERS
WITH HASUNDA AMIN
SHARPER QUESTIONS



ความสำเร็จ — มุมมองจาก รพ. ภายในประเทศ

“ด้านนายแพทย์ปราโมทย์ นิลเปรม รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพ บอกว่า **ขณะนี้ถือว่าประเทศไทย ก้าวเป็น *Medical Hub* อันดับหนึ่งของโลกแล้ว** ยืนยันจากจำนวนนักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพปีละกว่า 1 ล้านคน สร้างรายได้เข้าประเทศกว่า 1 แสนล้านบาท รวมทั้งประเทศไทยยังมีชื่อเสียงด้านการรักษาที่มีคุณภาพ และราคาย่อมเยา

แต่การรักษาแชมป์อันดับหนึ่งของโลก จะต้องปรับเปลี่ยนทัศนคติของคนในสังคมไทย โดยอย่ามองว่าโรงพยาบาลเอกชนเป็นผู้ร้าย หรือผู้กอบโกยผลประโยชน์อย่างเดียว”

“ ‘Medical Hub’ ความเป็นไปได้ในการพัฒนาธุรกิจไทย”

VoiceTV 29 มิถุนายน 2556 เวลา 17:17 น.

<http://news.voicetv.co.th/business/73997.html>

สภาวิชาชีพเรียกร้องภาครัฐช่วย – “เตรียมดันไทยเป็น ศูนย์กลางเมือง 'ศัลยกรรมอาเซียน’”

"แพทยสภา" เตรียมดันไทยเป็นเมืองศัลยกรรมในอาเซียน หลังเปิด **AEC** หวังแข่งเกาหลี เรียกรายได้เข้าประเทศกว่าปีละ 2 แสนล้านบาท

- นายแพทย์สัมพันธ์ บอกอีกว่า ด้วยกระแสความนิยมการทำศัลยกรรม ที่มีแนวโน้มพุ่งสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทางสมาคมที่เกี่ยวข้องกับการศัลยกรรมตกแต่งในประเทศไทยจึงเล็งเห็นว่า ทางรัฐบาลควรใช้โอกาสของการรวมประเทศในภูมิภาค ที่จะเปิดเป็นประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ในปี 2558 ทำการผลักดันให้ประเทศไทยเป็นเมืองหลวงการทำศัลยกรรม (**Surgical hub of Asia**) โดยการสนับสนุนให้มีการประชาสัมพันธ์กับชาวต่างชาติ ถึงความพร้อมและศักยภาพของแพทย์ไทย ไม่ว่าจะเป็นการแปลงเพศ จมูก ตา และหน้าอก พร้อมเสนอเป็นการท่องเที่ยวเชิงความงามแบบเหมาเป็นแพ็คเกจ ซึ่งหากว่าทางรัฐบาลไทยสามารถดำเนินการได้ตามข้อเสนอนี้จะทำให้เม็ดเงินจำนวนมหาศาลไหลเข้ามายังประเทศ ผ่านรูปแบบการท่องเที่ยวเพื่อสุขภาพและเสริมความงาม เฉลี่ยปีละกว่า 2 แสนล้านบาท
- 'ปัญหาคือภาครัฐขาดการสนับสนุนไม่ผลักดันเป็นนโยบายที่เป็นรูปธรรมทั้งที่เรามีความพร้อม'

source : [Newscenter/bangkokbiznews/poppaganda/gasst](http://newscenter/bangkokbiznews/poppaganda/gasst)(image)

<http://news.voicetv.co.th/thailand/63811.html>

มองข้าม/ ไม่ให้ความสำคัญ (play down) ผลกระทบ

- ผลต่อความขาดแคลนบุคลากรที่มีจำกัด และผลิตเพิ่มได้น้อยในเวลาสั้นๆ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของ **medical services**)
 - ภายใต้นโยบายกีดกันแพทย์ต่างชาติ ให้สอบใบประกอบโรคศิลป์เป็นภาษาไทย
 - “แค่หมอทำงานเพิ่มคนละ **10%** ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ก็จะหมดไป”
- ผลต่อราคาค่าบริการและรายได้บุคลากร เช่น แพทย์
- → ผลต่อค่าใช้จ่ายของโครงการประกันสุขภาพต่างๆ ของภาครัฐ (**30 บาท ปกส ขรก**)
- มักหลงคิดว่าจะได้ “เงินฟรี” เข้าประเทศปีละ **1-2** แสนล้าน
- แต่จะพบว่ายิ่งโครงการประสบความสำเร็จ รัฐบาลก็ยิ่งต้องจ่ายมากขึ้นเพื่อแย่งยื้อบุคลากร
- และการปล่อยเสรี โดยไม่คิดจะควบคุมเลย อาจสร้างปัญหาใหญ่ได้ เพราะกำลังซื้อที่มีโอกาสเข้ามาเพิ่มนั้นมีมหาศาล

3. ระบบบริหาร/อภิบาล (governance)

- ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา ระบบ สช เป็นระบบที่มีความพยายามปฏิรูปมากที่สุด
- ผลผลิตของ 14 ตุลาฯ สร้างบุคลากรจำนวนหนึ่งที่มาเป็นผู้นำผลักดันการปฏิรูป
- ทศวรรษที่ผ่านมา มีผลพวงของความสำเร็จตามมาพอสมควร (รวมทั้ง ตระกูล ส.)
- แต่กระบวนการปฏิรูปตามแนวทางนี้ไม่สามารถสร้างฉันทามติได้ และอาจขยายรอยร้าวเพิ่มขึ้นตามภาวะความแตกแยกทางการเมืองในระยะหลังด้วย
- โครงสร้างที่ “สำเร็จ” มาแล้วในทางกฎหมาย เดินต่อไปได้ด้วยตัวเอง (ส. ต่างๆ)
 - แม้ว่าอาจมีอุปสรรคและปฏิกิริยาต่อต้านอยู่บ้าง ซึ่งคงต้องยอมรับด้วยว่าแต่ละฝ่ายอาจมีมุมมองเรื่อง “ความดี/ถูกต้อง/ชอบธรรม” ที่ต่างกัน
 - เช่น ประเด็นการสืบทอดอำนาจ VS แทรกแซง/ครอบงำ
- แต่ความพยายามที่จะสร้างนโยบาย/ธรรมเนียมใหม่มากำกับระบบสุขภาพ (สช.) ไม่สามารถนำไปสู่กระบวนการสร้างนโยบายที่ทุกฝ่ายมีส่วนร่วมได้จริง
 - ส่วนหนึ่งสะท้อนความแตกต่างเชิงอุดมการณ์ ซึ่งบางครั้ง radical+หาเหตุผลอธิบายยาก
 - เช่น การต้านสินค้าทำลายสุขภาพสัญชาติอื่นมากกว่าสินค้าเดียวกันที่มีสัญชาติไทย
 - หรือการต้านการเข้าตลาดหลักทรัพย์อย่างดุเดือด (แต่ด้วยเหตุผลที่อ่อนในทาง ศส.)

- เกิดทั้งปฏิกิริยาต่อต้าน (และการใช้อำนาจ กฎหมายที่มี มาจัดการ)
- และการใช้องค์กรที่ “ชนะ” มาแล้วเป็นเครื่องมือในการต่อสู้
 - ในบางกรณีกลายเป็นสงครามตัวแทนที่พร้อมจะกวาดล้างใครก็ตามที่ขวางทางให้ออกไป (ไต่จนกว่าจะไป ชูวางหรือคิด กล่าวหาว่าเป็นคนของนักการเมือง)
- บางครั้งก็โจมตีด้วยข้อกล่าวหาที่เป็นทฤษฎีสมคบคิด
 - ข้อหาที่ **dramatic** เช่น แผนบันได 4 ขั้นล้มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
 - การทำ **P4P** เพื่อไล่แพทย์ออกจากชนบทเพื่อช่วย **medical hub**
- แต่แนวโน้มก็คือจะไม่เกิดทั้งฉันทามติหรือการชนะกันแบบเด็ดขาด

ทางออกที่ **feasible** กว่าจึงควรอยู่ที่การประนีประนอม และหาทางออก/จุดร่วมที่สมเหตุสมผล

ฝ่ายการเมือง

- เดินออกจากหล่มตรรกวิบัติ (เรื่องประเทศจะไปได้ถ้าไม่แข่งเชิงรายจ่ายด้านสุขภาพ)
- หันไปเน้นการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพที่มีคุณภาพ
 - ซึ่งจะต้องการทั้งคนและเงินเพิ่มในระยะยาว
 - ผู้บริหารฝ่ายการเมือง (รมต.) ต้องทำหน้าที่ทำความเข้าใจและต่อเรื่องงบกับรัฐบาล โครงการ 30 บาท เป็นผลงานที่สร้างควมนิยมอย่างสูงให้พรรค/รัฐบาล ทรท/พปช/พท ถ้ามองการณ์ไกล การรักษาและพัฒนาให้โครงการและระบบบริการมีคุณภาพเป็นที่เชื่อถือของประชาชนจะเป็นประโยชน์กับฝ่ายการเมืองเองในระยะยาว
 - ระบบจะมีคุณภาพได้ต้องสามารถถ่วงดุลย์/แยกบทบาทของผู้กุมกฎ ผู้ซื้อ และผู้ให้บริการ
- ไม่ทำให้ตัวเองทำงานลำบากขึ้นโดยไปสนับสนุนนโยบายที่ขัดกันเองหรือสร้างปัญหาให้ต้องตามแก้
 - การเน้น/promote หรือละเลยไม่ควบคุม medical hub

ฝ่ายที่ต้องการปฏิรูป

- ให้ความสำคัญกับการปฏิรูประบบ เน้นการพัฒนาระบบที่สามารถเดินไปได้ในระยะยาวโดยไม่ต้องยึดติดกับตัวบุคคล “คนดี/คุณประโยชน์ทับซ้อน”
 - ซึ่งในที่สุดแล้ว ในระบอบ ปชต ฝ่ายการเมืองที่มาตามระบบย่อมมีอำนาจพอสมควรในการเลือกตัวบุคคล
- ไม่หลงคิดว่าการเดินหน้าชนแบบเดิมหรือแรงขึ้น (โดยมีผู้สนับสนุนเพียงบางส่วน) จะสามารถทำให้คนที่เลื่อมมาเห็นด้วย หรือจะทำให้ได้นำมาซึ่งชัยชนะอย่างเด็ดขาด
 - ซึ่งนอกจากจะยากแล้ว ยังมีความเสี่ยงที่จะทำให้สูญเสียทุนทางสังคมที่ยังพอมีอยู่โดยเปล่าประโยชน์

ขอบคุณครับ

- E-mail: viroj@tdri.or.th virojtdri@yahoo.com
- โทรศัพท์: 081 382 7846 (02) 718 5460 ต่อ 338, 308
- Fax: 02 7185461-3