

“ทางเลือกใหม่ ระบบบริการสาธารณสุขในอนาคต”

โดย นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (วันที่ 17 ก.ค. 2541)

คัดจาก เอกสารวิชาการเรื่อง “สุขภาพของประชาชนและบทบาทขององค์กร”*

ระบบบริการสาธารณสุขในปัจจุบัน และอนาคตจะเป็นไปอย่างไรต้องพิจารณาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นในประเทศของเราทั้งที่เปลี่ยนแปลงมาแล้วและกำลังจะเกิดขึ้นในอนาคต ตลอดจนประสบการณ์การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของโลก

เริ่มด้วย “ระบบคิด” ซึ่งมีความสำคัญมากเป็นตัวกำหนดให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆ “ระบบคิด” ที่ต่างกันจะก่อให้เกิดระบบบริการสาธารณสุขที่ต่างกัน เช่น ในสหรัฐอเมริกาบริการสาธารณสุขของประเทศจะใช้เงินมากที่สุดในโลก ประมาณ 13 - 14% ของ GNP ของประเทศ แต่เมื่อเปรียบเทียบกับแคนาดาซึ่งมีระบบบริการสาธารณสุขที่ดีกว่า ใช้เงินประมาณ 9% ของ GNP ของประเทศ การที่แคนาดามีระบบบริการสาธารณสุขที่ดีกว่าสหรัฐอเมริกานั้นเปรียบเทียบจากการที่คนในสหรัฐอเมริกาซึ่งมีอยู่ประมาณ 200 ล้านคน มี 32 ล้านคนเข้าไม่ถึงบริการ ในขณะที่แคนาดา 100 % เข้าถึงบริการได้หมดทุกคน สาเหตุเพราะระบบคิดในการจัดระบบบริการต่างกัน โดย “ระบบคิด” ในสหรัฐอเมริกาเป็นระบบคิดแบบ

“เสรีนิยม” ถือว่าบริการสุขภาพเป็นบริการส่วนบุคคลที่ต้องหาซื้อกันในตลาดเสรี ในขณะที่แคนาดาใช้ระบบคิด “สวัสดิการสังคม” ถือว่าบริการสุขภาพเป็นบริการ “สาธารณะ” ซึ่งรัฐบาลจะต้องแทรกแซงและจัดบริการให้ประชาชน ดังนั้นการตั้งหลักที่ “ระบบคิด” ที่ถูกต้องสำหรับบริการส่งเสริมสุขภาพจึงมีความสำคัญซึ่งจะกล่าวในรายละเอียดต่อไป

ในอดีตราว ชาร์เตอร์ จะกล่าวถึง 5 ข้อ ดังแผนภาพที่ 1 ซึ่งข้อสุดท้ายคือการปรับระบบบริการสาธารณสุขให้สอดคล้องกับการส่งเสริมสุขภาพ ตั้งแต่เรื่องการสร้าง Health Public Policy, และ Supportive Environment ให้เหมาะสมกับการส่งเสริมสุขภาพ การพยายามที่จะให้ประชาชนมีความเข้มแข็ง ตลอดจนการปรับระบบบริการสาธารณสุข

*เอกสารทางวิชาการ “สุขภาพ : สิทธิของประชาชนและบทบาทขององค์กร” กองแผนงานและวิชาการได้เรียบเรียงขึ้นจากส่วนหนึ่งของการประชุมวิชาการประจำปี 2541 ของกรมอนามัย ซึ่งจัดขึ้นระหว่างวันที่ 15-17 กรกฎาคม 2541 ณ อาคารศูนย์สัมมนา สถาบันพัฒนาข้าราชการพลเรือน สำนักงาน ก.พ. จังหวัดนนทบุรี

THE FIVE WAYS FOR HEALTH PROMOTION

- I BUILD HEALTH PUBLIC POLICY
- II CREATE SUPPORTIVE ENVIRONMENT
- III STRENGTHEN COMMUNITY ACTION
- IV DEVELOP PERSONAL SKILLS
- V REORIENT HEALTH SERVICES

การปรับระบบบริการสาธารณสุขนั้นจะปรับอย่างไร?

ระบบบริการสาธารณสุขปัจจุบันที่เป็นอยู่

1. บริการสุขภาพเป็นที่พึงพอใจของประชาชนหรือไม่? จากการสำรวจโดยใช้แบบสอบถามทุกแห่งที่มีการใช้แบบสอบถามจะได้คำตอบที่เหมือนกันทุกแห่ง คือการให้บริการของรัฐบาลนั้นยังไม่มีเป็นที่พึงพอใจเพราะว่าหน้าอ รอนาน แต่มีข้อดีคือทุกคนเข้าถึงบริการหมด ส่วนเอกชนนั้นให้บริการดีเป็นเยี่ยมแต่แพงมากเกินไป โดยสรุปแล้วระบบบริการปัจจุบันที่เป็นอยู่นั้นยังมีปัญหาอยู่

2. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เป็นอยู่ใช้ให้น้อยลง แต่ได้ผลเท่าเดิม หรือใช้เท่าเดิมแต่ได้ผลมากขึ้นได้หรือไม่? ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เป็นอยู่ในภาวะเศรษฐกิจฟองสบู่แตกขณะนี้ เงินที่มีน้อยลงนั้นทำให้เราทำเรื่องสุขภาพได้น้อยลงจริงหรือไม่ อาจจะเป็นโอกาสด้วยเข้าไปที่จะให้เราทำในสิ่งที่ดีขึ้นกว่าเดิมและเมื่อพ้นจากเศรษฐกิจที่แยลงแล้ว เราอาจได้ระบบบริการสาธารณสุขแบบใหม่ที่มีประสิทธิภาพมากกว่าเดิมก็ได้

3. เป็นไปได้หรือไม่ที่ประชาชนไทยทุกคนจะมีหลักประกันด้านสุขภาพ เช่นประเทศที่

เจริญแล้ว ?

4. ใครเป็นเจ้าของ “คนไข้” ที่แท้จริง ?

ระบบการบริหารจัดการที่เป็นอยู่ในปัจจุบันเป็นระบบเจ้าของไข้ไม่ใช่เป็นระบบเจ้าของคนไข้ ซึ่งต่างกับระบบของประเทศที่พัฒนาแล้วบางประเทศ เช่น อังกฤษ จะมีระบบเจ้าของคนไข้ ประชาชนทุกคนต้องไปขึ้นทะเบียนกับแพทย์ ทุกคนต้องมีแพทย์ประจำตัว แต่ประเทศไทยประชาชนไม่มีแพทย์ประจำตัวทุกๆ ที่ จำนวนแพทย์บางพื้นที่ในประเทศไทยจะมีมากกว่าในอังกฤษด้วยซ้ำไป เช่น ในกรุงเทพมหานครจำนวนแพทย์ต่อประชากร = 1: 900 ส่วนอังกฤษมีแพทย์ต่อประชากร = 1:1,000 เป็นต้น ปัญหาจึงอยู่ที่การบริหารจัดการไม่ได้อยู่ที่ทรัพยากร

5. จะสร้างความโปร่งใสในการบริหารและบริการสุขภาพได้อย่างไร ? ประชาชนจะมีส่วนร่วมอย่างไร? ยุคนี้เป็นยุคที่ต้องมีการตรวจสอบโดยประชาชนมีส่วนร่วมในการตรวจสอบ ฉะนั้นระบบบริการที่จะสร้างขึ้นใหม่นั้น อย่างน้อยต้องตอบปัญหาดังกล่าวทั้ง 5 ประการข้างต้นได้ ในภาวะที่เศรษฐกิจตกต่ำนั้น ที่ผ่านมามีทำให้เกิดกระแสการเปลี่ยนแปลงในโลกหลายอย่าง ดังแผนภาพที่ 2

กระแสการเปลี่ยนแปลงในโลก

- 1) การรื้อปรับระบบในภาคธุรกิจ (Re-engineering)
- 2) การยกเครื่องระบบราชการ (Re-inventing government)
- 3) การปฏิรูป (Reform): Health Care Reform, Education Reform

การรื้อปรับระบบในภาคธุรกิจ (Re-engineering) ประกอบด้วย

1. Re-think คือระบบคิดใหม่ เปลี่ยนวิธีคิดจากแบบเดิมๆ เป็นคิดแบบนอกกรอบ

2. Re-design คือ การจัดระบบใหม่

3. Re-tool คือ การติดเครื่องมือใหม่

4. Re-train คือ มีการฝึกอบรมใหม่

การยกเครื่องระบบราชการ (Re-inventing government) ประกอบด้วยหลัก 10 ประการของราชการในฝัน ได้แก่

1. การแนะนำมากกว่าพายุหะเอง คือการส่งเสริมให้คนอื่นทำในสิ่งที่เราอยากทำโดยที่เราไม่จำเป็นต้องไปทำเอง

2. เป็นหนึ่งเดียวกับชุมชน

3. มีการแข่งขันกันในการให้บริการที่ดี

4. ถือผลสำเร็จของงานมากกว่าถือระเบียบเป็นสรณะ

5. หน่วยงานที่ทำได้นั้นมากกว่าหน่วยงานที่รับ

6. รับผิดชอบต่อความต้องการของประชาชนมากกว่าความต้องการของระบบราชการที่ล้าหลัง

7. สร้างรายได้ มากกว่าสร้างรายจ่าย

8. มองการณ์ไกลในการแก้ไขปัญหา มากกว่าแก้ไขปัญหาประจำวัน

9. ปรับจากระบบสั่งการเป็นชั้นๆ เป็นการ

มีส่วนร่วมและการทำงานเป็นทีม

10. ใช้ระบบตลาดเป็นกลไกในการเปลี่ยนแปลงสำหรับในภาคสาธารณสุขนั้น มีการเปลี่ยนแปลงจากปรัชญา 2 กระแสคือ กระแสเสรีนิยมและกระแสสวัสดิการสังคม

กระแสเสรีนิยม ได้แก่ สหรัฐอเมริกา ซึ่งคิดว่าบริการสุขภาพเป็นบริการที่หาซื้อได้ในตลาด เป็นตลาดเสรี ผู้ให้บริการทำตัวเป็นผู้แทนการขาย แต่ผู้ซื้อไม่อาจตัดสินใจว่าจะซื้อหรือไม่ซื้อ จะต้องรับบริการตามที่ผู้ให้บริการจะขาย เช่น X-ray คนไข้ไม่อาจทราบว่าเป็นจริงหรือไม่ ถ้าประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารอย่างเพียงพอ คุณภาพจะดีขึ้นประชาชนสามารถเลือกใช้บริการที่ดีได้

กระแสสวัสดิการสังคม ได้แก่ อังกฤษ แคนาดา สวีเดน และนิวซีแลนด์ เห็นว่าบริการสุขภาพไม่ใช่เรื่องของตลาดเสรี เป็นเรื่องที่รัฐบาลต้องจัดการ

ผลที่เกิดขึ้นทั้ง 2 กระแส พบว่า

1. ในสหรัฐอเมริกาจะพบว่า การให้บริการจะเป็นเยี่ยมที่สุด เทคโนโลยีดีที่สุด เนื่องจากเป็นตลาดเสรีแต่ขณะเดียวกัน คนจนไม่มีสิทธิ์เพราะเป็นตลาดเสรีไม่มีเงินก็ซื้อไม่ได้ ขณะเดียวกันมีการฟ้องร้องกันมาก เนื่องจากไม่ไว้วางใจผู้ให้บริการว่าให้บริการด้วยความซื่อสัตย์ หรือไม่

2. ในอังกฤษ แคนาดา สวีเดน และนิวซีแลนด์ เป็นระบบการให้บริการของรัฐ คนจนเข้าถึงบริการ

ทุกคน เนื่องจากรัฐบาลแทรกแซง ระบบเอกชนไม่ค่อยมี ไม่มีการแข่งขัน ผู้ให้บริการเกิดการเฉื่อยชาในการปฏิบัติงาน เกิดภาพที่ว่า หน้าอ รอนาน

สำหรับประเทศไทยนั้นโรงพยาบาลแห่งแรกคือ โรงพยาบาลศิริราชเกิดในสมัยรัชกาลที่ 5 ซึ่งประเทศไทยขณะนั้นได้รับอิทธิพลในด้านต่างๆจากยุโรปสูง เช่น การประปา ไฟฟ้า รถไฟ เป็นต้น ฉะนั้นระบบการให้บริการสาธารณสุขของไทยในขณะนั้นจึงเป็นระบบแนวคิดแบบยุโรป ซึ่งสอดคล้องกับความคิดแบบไทยๆ ในขณะนั้น โดยเห็นว่าการช่วยให้ผู้ป่วยพ้นทุกข์ควรเป็นภาระของรัฐบาลเป็นการทำความดีอย่างหนึ่ง ต่อมาเมื่อมีแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ทำให้เศรษฐกิจของประเทศดีขึ้น จึงเกิดโรงพยาบาลเอกชน เนื่องจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาตินั้น ได้รับอิทธิพลมาจากประเทศสหรัฐอเมริกา โรงพยาบาลเอกชนก็เป็นอิทธิพลของประเทศสหรัฐอเมริกา ฉะนั้นจึงเกิดเป็นลักษณะที่เรียกว่าตลาดการให้บริการ ซึ่งเป็นระบบของสหรัฐอเมริกา

ต่อมาจึงเกิดแนวคิดที่จะปฏิรูประบบสาธารณสุขของทั้ง 2 กลุ่มประเทศ โดยได้มีการปฏิรูประบบการให้บริการสาธารณสุข ต่างฝ่ายต่างปฏิรูปเข้าหากัน คือสหรัฐอเมริกาปฏิรูปเข้าหาระบบแบบอังกฤษ อังกฤษก็ปฏิรูปเข้าหาระบบแบบสหรัฐอเมริกา

จะเห็นได้ว่าแนวคิดที่ต่างกันก่อให้เกิดระบบที่ต่างกัน กระแสการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะในอังกฤษและสหรัฐอเมริกา แต่เกิดขึ้นทั่วโลก ได้แก่ เกาหลีใต้ ไต้หวัน สิงคโปร์ ชิลี บราซิล โคลัมเบีย ฟิลิปปินส์ ฮองกง และเม็กซิโก

จุดร่วมของการเปลี่ยนแปลง คือการปรับระบบคิดใหม่ (Re-think) โดย

1. Health Public Policy V.S. Public Health Policy ทำอย่างไรจึงจะทำให้เกิด Health Public Policy

ไปทั่ว Health Public Policy นั้นมีความสำคัญมากกว่านโยบายสาธารณสุข (Public Health Policy) เราต้องปรับระบบคิดใหม่ ไม่จำเป็นต้องนำมาจัดเป็นนโยบายของสาธารณสุข เช่น ทำอย่างไรเราจึงจะมีสวนสาธารณะ มีสภาพแวดล้อมที่ดี มีการห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ เป็นต้น

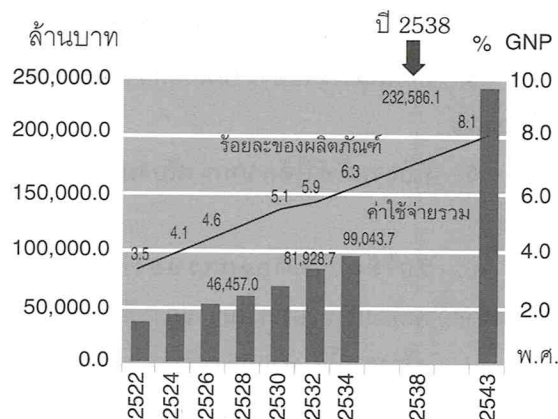
2. Capitation for Curative Care V.S. Fee-for-Service for Prevention and Promotion Care ทำอย่างไรจึงจะปรับระบบคิดในการจ่ายค่าตอบแทนผู้ให้บริการ ให้มาเน้นทางด้านส่งเสริมสุขภาพมากกว่าทางด้านการรักษาพยาบาล

3. Community Initiative V.S. Community Participation ทำอย่างไรจึงจะเปลี่ยนแนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งแต่เดิมหมายถึงการที่เราริเริ่มแล้วชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมกับเรา เป็นการให้ชุมชนริเริ่มแล้วเราไปมีส่วนร่วมกับชุมชน

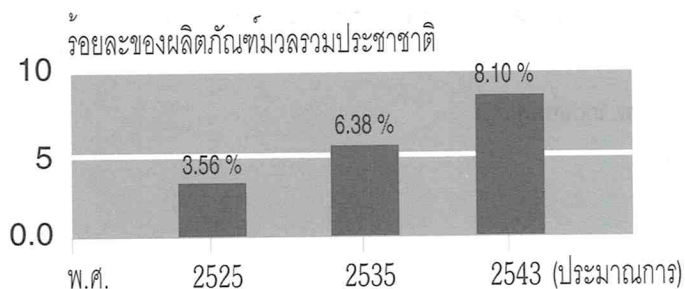
ปัญหาของระบบปัจจุบันที่เป็นอยู่

1. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว (Health Care expenditure) ดังแผนภาพที่ 3, 4 และ 5

แผนภาพที่ 3 กราฟแสดงค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ



แผนภาพที่ 4 ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของไทยมีแนวโน้มสูงขึ้น



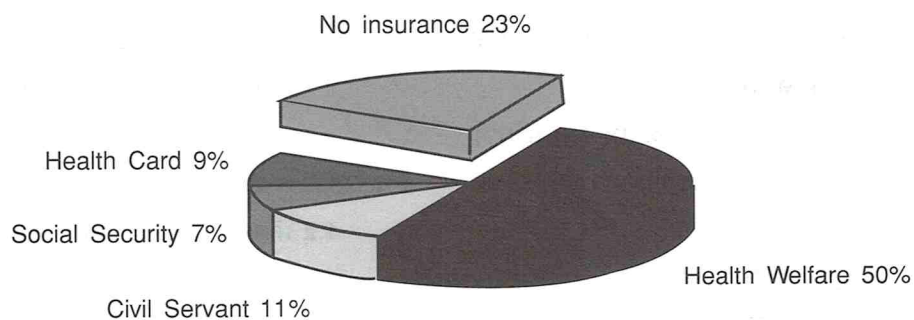
ที่มา : รายงานของกองบัญชีประชาชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

แผนภาพที่ 5 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเปรียบเทียบประเทศต่างๆ ในเอเชีย

ประเทศ	ค่าใช้จ่ายต่อหัว (USD)	% ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ	สัดส่วนการจ่าย รัฐ : ประชาชน
อินโดนีเซีย	12	2.0	35:65
ฟิลิปปินส์	14	2.0	50:50
ศรีลังกา	18	3.7	49:51
มาเลเซีย	67	3.0	43:57
ประเทศไทย	73	5.0	22:78
สิงคโปร์	219	1.9	58:42
เกาหลีใต้	337	6.6	41:59
ฮ่องกง	699	5.7	19:81

ที่มา : WORLD DEVELOPMENT REPORT, WORLD BANK 1995

แผนภาพที่ 6 HEALTH INSURANCE COVERAGE (1996)



แผนภาพที่ 7 ความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพ

ระบบประกันสุขภาพ	ปี 2539(ล้านคน)
1. การรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและบุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล (Health Welfare)	29.65
1.1 ผู้มีรายได้น้อย (Low income)	14.12
1.2 ผู้สูงอายุ (Elderly)	2.73
1.3 ผู้พิการ	1.07
1.4 อื่นๆ	11.73
2. กลุ่มสวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ	6.46
2.1 ข้าราชการและครอบครัว (CSMBS)	5.65
2.2 พนักงานรัฐวิสาหกิจและครอบครัว(State enterprise)	0.81
3. การประกันสุขภาพภาคบังคับ	4.42
3.1 ประกันสังคม (Social Security)	4.42
3.2 กองทุนทดแทนแรงงาน	
4. การประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ	5.28
4.1 บัตรประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข (Health Card)	5.28
4.2 การประกันสุขภาพภาคเอกชน	
รวมผู้ได้รับการประกันสุขภาพ (ร้อยละ)	77.12
ผู้ยังไม่มีหลักประกัน (ร้อยละ)	22.88

2. ประชาชนบางกลุ่มยังเข้าไม่ถึงหลักประกันทางด้านสุขภาพ (groups of people are not covered of certain health benefit) รายละเอียดดังแผนภาพที่ 6 และ 7

3. ประสิทธิภาพของระบบมีปัญหา (efficiency of the system)

4. คุณภาพของการให้บริการ (quality of care)
การปรับแนวทางใหม่โดยใช้มรรค 5

1.การปฏิรูประบบบริการ เน้นให้ระบบบริการเป็นระบบเจ้าของคนไข้ มากกว่ามีเจ้าของไข้เช่นโครงการ สปร. เป็นต้น

2. การปฏิรูประบบกำลังคน

3. การปฏิรูประบบการเงินการคลังและการจัดการ

4. การปฏิรูปการคุ้มครองผู้บริโภค

5. การสร้างความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลง

ได้มีการปรับโครงการ สปร.ดังนี้

1.1 เน้นคนจนเป็นศูนย์กลาง

- มีการจัดสรรรายหัว

- มีการขึ้นทะเบียนกับจังหวัด

- มีสถานพยาบาลประจำครอบครัว

- ประชาชนมีสิทธิเลือกสถานพยาบาล

ประจำครอบครัว

1.2 เกิดความพึงพอใจกับผู้ให้บริการ

- งบประมาณพอ

- คล่องตัวในการบริหาร

- รู้เป้าหมายบุคคลชัดเจน
- ประกันความเสี่ยง (ประกันชั้นที่ 2 - Reinsurance)

1.3 เน้นประสิทธิภาพในการใช้เงิน

- ส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมและป้องกันโรค
- ใช้เงินตามความจำเป็นของคนไข้

1.4 ส่งเสริมการแข่งขันความร่วมมือระหว่างรัฐและเอกชน คือการให้คลินิกต่างๆ เป็นเครือข่ายของรัฐในการให้บริการ

1.5 มีระบบที่ตรวจสอบได้ โดยผู้แทนผู้ได้ประโยชน์

- คนจน
- ผู้สูงอายุ
- ผู้พิการ
- องค์กรเอกชนที่เกี่ยวข้องเด็ก ฯลฯ

สรุปได้ว่าระบบบริการสาธารณสุขในปัจจุบันที่เป็นอยู่ เป็นระบบที่มีปัญหามาก แต่ก็ไม่ได้มากไปกว่าประเทศอื่น อย่างไรก็ตามในภาวะเศรษฐกิจที่เป็นอยู่เราไม่ควรมองว่าเป็นวิกฤติ แต่ควรมองว่าเป็นโอกาส เราควรมองว่าจะทำอะไรไม่ให้บริการแย่ลงกว่าเดิม โดยใช้เงินน้อยกว่าเดิม ระบบบริการต่างๆ ทั้งที่เปลี่ยนแปลงมาแล้ว เช่นระบบประกันสังคม ระบบที่กำลังเปลี่ยนแปลง เช่นสวัสดิการข้าราชการ หรือระบบใหม่ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เช่น ระบบประกันภาคเอกชน เป็นต้นระบบต่างๆ เหล่านี้ก็ต้องเปลี่ยนแปลงในแนวเดียวกันเป็นโอกาสที่เราจะพยายาม shape ทุกระบบเข้ามาและพยายามที่จะมีการประสานการมีส่วนร่วมของรัฐและเอกชนขณะเดียวกันจะเน้น good health ไม่ใช่ ill health ฉะนั้นการกระทำสิ่งที่เป็นอยู่ให้ดีขึ้น จึงเป็นเรื่องที่เป็นไปได้ แต่ทั้งนี้ต้องไม่ติดอยู่ในกรอบเก่า มิฉะนั้นแล้ว การคิดก็คงเป็นแบบเดิม แก้ปัญหาแบบเดิม ปัญหาแบบเดิมก็วนอยู่ที่เก่า สิ่งที่จะมีการเปลี่ยนแปลงในขณะนี้หลายๆอย่าง ขอให้ทุกๆฝ่ายมีส่วนร่วมกัน

คือมีการทำงานในแนวราบซึ่งจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะแตกต่างจากการที่มีการสั่งการมาจากเบื้องบน หรือการทำงานในแนวตั้ง

เกี่ยวกับผู้เขียน

นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์

จบการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี Master of Public Health สถาบันTropic Medicine, Autwerp ประเทศเบลเยียม และประกาศนียบัตรเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข สถาบัน London School of Hygiene and Tropical Medicine ประเทศสหราชอาณาจักร

ปัจจุบัน ดำรงตำแหน่งที่ปรึกษา(ระดับ10) กระทรวงสาธารณสุข ด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข

สถานที่ติดต่อ โครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข 11000 โทร. 5901850-2