

การปฏิรูปด้านสาธารณสุข

กลุ่มงานบริการวิชาการ 3 สำนักวิชาการ
สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร

ปัจจุบัน ระบบสาธารณสุขของประเทศไทย จัดอยู่ในยุคสมัยของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage) ที่ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลได้ โดยไม่ต้องเผชิญกับปัญหาด้านค่าใช้จ่ายที่สูงมาก และรัฐทำหน้าที่ศูนย์กลางในการส่งเสริมและรักษาสุขภาพและรับผิดชอบต่อการเข้าถึงของบริการทางสุขภาพของประชาชนทั่วไป ถึงอย่างไรก็ตาม ระบบประกันสุขภาพของไทยกลับไม่ได้มีเพียงระบบเดียว เนื่องจาก รัฐได้จัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเพื่อเป็นสวัสดิการแก่ข้าราชการและบุคคลในครอบครัว ที่มีกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลังเป็นผู้ดูแล และกองทุนประกันสังคมแก่นายจ้างและลูกจ้างในองค์กรเอกชน ที่มีสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานเป็นผู้รับผิดชอบ ทั้งนี้ กองทุนต่างๆ มีรูปแบบการบริหารจัดการและสิทธิประโยชน์ที่แตกต่างกัน ส่งผลให้เกิดเป็นความเหลื่อมล้ำในระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ดังนั้น เพื่อลดปัญหาด้านความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ ควรมีการทบทวนเตรียมความพร้อม ตามบริบทของระบบสาธารณสุขที่เปลี่ยนแปลงไป ดังนี้

1. ระบบการคลังสาธารณสุข

ในปัจจุบันระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย สามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ระบบกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบกองทุนประกันสังคม และระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2555, น.4) ซึ่งระบบทั้งสาม มีการจัดการ สิทธิประโยชน์ และกฎหมายรองรับที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะการบริหารระบบการคลังของแต่ละกองทุน ขาดเอกภาพการบูรณาการที่ชัดเจน ทั้งนี้ พบว่ากองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีระบบการจ่ายตามปริมาณการใช้บริการโดยไม่จำกัดวงเงิน ในขณะที่กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นการจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว ทำให้สถานพยาบาลมีแรงจูงใจที่จะลดต้นทุนในการให้บริการรักษายาบาลเพราะได้รับจัดสรรค่ารักษายาบาลในอัตราเหมาจ่ายรายปีมาแล้ว (ระบบประกันสุขภาพที่เท่าเทียมของไทยในอนาคต, 2557) นอกจากนี้ ยังส่งผลให้เกิดความแตกต่างในเรื่องการส่งจ่าย ยา เพราะในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีเพดานวงเงินที่ไม่จำกัด จึงมีโอกาสได้รับยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติโดยไม่ต้องมีค่าใช้จ่าย ใดๆ เพิ่มเติม ในขณะที่ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องจ่ายค่ายานอกบัญชียาหลักหรือกลุ่มยาต้นแบบเอง หากมีความจำเป็นต้องได้รับยานั้นๆ (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ บุญยวีร์ เอื้อศิริวรรณ และพินทุสร เหมพิสุทธิ, 2556, น.12)

จากสภาพปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น จึงควรมีการปฏิรูปเพื่อแก้ปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านระบบการคลังสาธารณสุขและหลักประกันสุขภาพ ด้วยการปรับการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพและการเงินการคลังด้านสุขภาพของกองทุนสุขภาพต่างๆ เน้นการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายในการอภิบาลระบบให้มากขึ้น

เพื่อดูแลภาพรวมและความยั่งยืนทางการคลัง ให้เกิดนโยบายการดำเนินการที่เป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำ มีประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ เกิดเอกภาพในการบริการ และให้เกิด “ความเสมอภาคในการรับบริการ ทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐานเท่าเทียมกัน” (สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ, 2557, น.3)

ทั้งนี้ รัฐบาลปัจจุบัน ได้พยายามปฏิรูประบบประกันสุขภาพ โดยการแต่งตั้งคณะกรรมการประสานระบบสุขภาพแห่งชาติสามกองทุนขึ้น โดยล่าสุด คณะกรรมการชุดดังกล่าวได้มีการพิจารณาเรื่องการเบิกจ่าย ค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยในที่ใช้สิทธิจากทั้ง 3 กองทุน โดยมีแนวคิดให้ทุกสิทธิทำเรื่องเบิกจ่ายไปที่หน่วยงานกลาง หรือที่เรียกว่า "เคลียร์ริงเฮาส์" ทั้งนี้ ในเรื่องของกรรวม 3 กองทุนสุขภาพเข้าเป็นกองทุนเดียวกัน แม้มีการผลักดันจากหลายส่วน แต่การรวมกองทุนนั้นมีความซับซ้อนและหากดำเนินการโดยรวบรัด อาจเกิดแรงต่อต้าน จากกลุ่มประชาคมประกันสังคม และกลุ่มประชาคมสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เพราะจะทำให้ผู้ใช้สิทธิจากสอง กลุ่มนี้รู้สึก ว่า เสียสิทธิที่ต้องไปรวมกับกลุ่มบัตรทอง ที่มีงบประมาณน้อย และได้รับงบจากรัฐเพียงทางเดียวเท่านั้น (“อัมมาร” แจงไม่คิดรวม 3 กองทุน เล็งวางระบบ 'เคลียร์ริงเฮาส์' เบิกจ่ายทุกสิทธิ, 2557)

2. การขาดแคลนบุคลากรด้านสุขภาพ

ตั้งแต่ปี 2544 เป็นต้นมา เมื่อรัฐบาลประกาศใช้นโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ดีขึ้น ทำให้ความต้องการกำลังคนในภาครัฐมีเพิ่มมากขึ้น (สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, 2554, น. 19-20) ทั้งนี้ ปัญหากำลังคนด้านสุขภาพถือว่าเป็นปัญหาวิกฤตที่สำคัญของ ระบบสุขภาพโดยรวมของประเทศมาตลอด เพราะมีการกระจายตัวอย่างไม่สมดุลและไม่ทั่วถึง แม้จะมีการเพิ่มกำลังการผลิต แต่ความต้องการบุคลากรในเกือบทุกสาขาวิชาชีพยังต้องได้รับการแก้ไข (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2541, น. 137-8) ซึ่งจากการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาความขาดแคลนแพทย์ในอดีตที่ผ่านมา พบว่านักเรียนแพทย์ที่เรียนจบใหม่ๆ จะต้องกลับมาใช้ทุน 3 ปี โดยการเป็นแพทย์ชนบท แต่เมื่อใช้ทุนเสร็จก็มีแนวโน้มที่จะลาออก เพื่อไปศึกษาต่อเป็นแพทย์ในระดับที่สูงขึ้น นอกจากนี้ การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจกับการขยายตัวของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน ยังทำให้เกิดการไหลออกของบุคลากรด้านสุขภาพจากภาครัฐสู่เอกชน ส่งผลให้เกิดภาวะสมองไหลภายในประเทศขึ้น (กำลังคนด้านสุขภาพของ สธ, 2557) ทั้งนี้ การขาดแคลนแพทย์ โดยเฉพาะแพทย์ในชนบทถือเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขโดยเร่งด่วน เพราะการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ โรคเรื้อรังและโรคเกิดใหม่ ทำให้อัตราส่วนระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการขาดความสมดุลมากขึ้น (ไทยขาดแคลนแพทย์เฉพาะทาง คาดอีก 10 ปี วิกฤติ ระบบสาธารณสุข สะเทือน, 2556)

จากสภาพปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น จึงควรมีการปฏิรูปเพื่อแก้ปัญหาความขาดแคลนบุคลากรด้านสุขภาพ ด้วยการวางแผนผลิตบุคลากร บริหารจัดการปริมาณผู้เชี่ยวชาญรายสาขา ให้เกิดความสมดุลและเป็นไปตามความจำเป็น ควบคู่ไปกับการเพิ่มปริมาณบุคลากรผู้ทำหน้าที่จัดบริการสุขภาพแบบองค์รวมเพื่อพัฒนาการให้บริการสาธารณสุขเป็นรูปแบบของทีมสหสาขาวิชาชีพ นอกจากนี้ ควรให้ความสำคัญกับการสร้าง

ฉันทะ แรงจูงใจ และขวัญกำลังใจ รวมถึงสนับสนุนความก้าวหน้าในวิชาชีพ แก่บุคลากรด้านสุขภาพทุกระดับ พร้อมกับให้ความสำคัญในการพัฒนาระบบการส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการสุขภาพด้วย (สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ, 2557, น.2)

ในการนี้ การแก้ปัญหาด้านการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพ ควรมีการผลักดันกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ในด้านการจัดการกำลังคน จัดทำแผนผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ สร้างขวัญและกำลังใจ โดยการปรับค่าตอบแทนที่เป็นธรรม และมีมาตรการให้ความช่วยเหลือแก่บุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับผลกระทบจากการทำหน้าที่ในชนบท ขณะเดียวกัน การเพิ่มจำนวนบุคลากรเพียงอย่างเดียวอาจจะไม่เพียงพอ จึงควรมีการร่วมออกแบบการทำงาน ให้สามารถใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดได้อย่างมีประสิทธิภาพและทั่วถึง โดยการเพิ่มมาตรการด้านการป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อสนับสนุนให้ประชาชนมีสุขภาพที่แข็งแรง และเจ็บไข้ได้ป่วยน้อยลง เป็นการลดภาระด้านสุขภาพของรัฐไปในตัว

อย่างไรก็ตาม ความเหลื่อมล้ำระหว่างสามกองทุนประกันสุขภาพ และความขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพ เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นเนื่องจากความเปลี่ยนแปลงทางประชากรศาสตร์ และการเกิดขึ้นของระบบสวัสดิการ ซึ่งการให้สิทธิประชาชนทุกคนในการเข้าถึงบริการสุขภาพของภาครัฐ ทำให้จำนวนผู้ป่วยที่ไปใช้บริการทางสุขภาพของภาครัฐมีมากขึ้น ด้วยเหตุนี้ จากเดิมที่มีความขาดแคลนและการกระจายตัวอย่างไม่ทั่วถึงของบุคลากรอยู่แล้วจึงกลายเป็นปัญหาที่หนักหน่วงมากขึ้นและต้องได้รับการแก้ไข ดังนั้น กองทุนประกันสุขภาพต้องมีระบบการจัดการที่เป็นอันหนึ่งอันเดียว ไม่เหลื่อมล้ำซึ่งกันและกัน ส่วนบุคลากรต้องได้รับค่าตอบแทนที่เพียงพอ ต้องมีมาตรการที่ส่งเสริมและสร้างแรงจูงใจให้แพทย์ที่อยู่ในชนบทพึงพอใจกับการทำงานอย่างแท้จริง

บรรณานุกรม

- กำลังคนด้านสุขภาพของ สธ. (23 กุมภาพันธ์ 2557). สืบค้น 14 สิงหาคม 2557 จาก
<http://www.hfocus.org/content/2014/02/6499>
- ไทยขาดแคลนแพทย์เฉพาะทาง คาดอีก 10ปีวิกฤติ ระบบสาธารณสุขสะท้อน. (ตุลาคม 2556). สืบค้น 21 สิงหาคม 2557 จาก <http://www.oknation.net/blog/print.php?id=887615>
- ระบบประกันสุขภาพที่เท่าเทียมของไทยในอนาคต. (2557). สืบค้น 30 กรกฎาคม 2557 จาก
<http://www.dailynews.co.th/Content/economic/94121/%E0/>
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2555). ลดความเหลื่อมล้ำ เพิ่มความเป็นธรรม “3 กองทุนสุขภาพ” รับ
 ความท้าทายในอนาคต. HSRI Forum. สืบค้น 1 สิงหาคม 2557 จาก
<http://www.hsri.or.th/sites/default/files/forum6-website.pdf>
- สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ. (2557). หลักการ ทิศทาง และแนวทางสำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพ ภายใต้
 การปฏิรูปประเทศไทย. กรุงเทพฯ : สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ บุญยวีร์ เอื้อศิริวรรณ และพินทุสร เหมพิสุทธิ. (2556). ความเหลื่อมล้ำระหว่าง
 ระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : อักษรกราฟฟิกแอนดดีไซน์.
- สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ. (2554). กำลังคนด้านสุขภาพ : ที่เป็นมา เป็นอยู่ และจะ
 เป็นไป. กรุงเทพฯ : บริษัท พรินท์แอมมี (ประเทศไทย).
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร. (2541). สถานการณ์การขาดแคลนแพทย์ในประเทศไทย. Health Systems
 Research Journal. สืบค้น 15 สิงหาคม 2557 จาก
<http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/1102>
- “อัมมาร” แจงไม่คิดรวม 3 กองทุน เล็งวางระบบ 'เคลียร์ริงเฮาส์' เบิกจ่ายทุกสิทธิ. (24 พฤศจิกายน 2557)
 สืบค้น 1 ธันวาคม 2557 จาก <http://www.hfocus.org/content/2014/11/8696>