สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตำนานบัตรทอง

ประวัติศาสตร์การสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทย



นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน



ตำนานบัตรทอง

ประวัติศาสตร์การสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทย

คำนิยมโดย

นายแพทย์ประเวศ วะสี

นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน

ตำนานบัตรทอง

ประวัติศาสตร์การสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทย

เขียนโดย นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน

ISBN 978-616-92524-0-5

พิมพ์ครั้งที่ 1 พฤศจิกายน 2558 จำนวนพิมพ์ 1,000 เล่ม

พิมพ์ครั้งที่ 2 กันยายน 2567 จำนวนพิมพ์ 3,000 เล่ม

จัดพิมพ์โดย **สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**
เลขที่ 120 หมู่ 3 ชั้น 2-4 อาคารรวมหน่วยงานราชการ ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550 ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ฯ 10210

พิมพ์ที่ บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด
โทรศัพท์ 0 2214 4370, 0 2214 4660
smprt1966@gmail.com

ตำนานบัตรทอง

ประวัติศาสตร์การสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทย

โดย

นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน

คำนิยม
การเดินทัพทางไกลเพื่อคนจน
(Long March for the Poor)

“ตำนานบัตรทอง” ความจริง แสดงถึงกระบวนการอันยาวนานของผู้คนมากหลายที่มีหัวใจเพื่อเพื่อนมนุษย์ บรรพชนคนสาธารณสุขสัมผัสความทุกข์ยากของประชาชนที่ทั้งยากจน ทั้งเจ็บป่วย มีความทุกข์แสนสาหัสท่ามกลางความขาดแคลนบุคลากร สถานพยาบาล หยูกยาเครื่องไม้เครื่องมือต่าง ๆ ความทุกข์ยากอันมหาศาลของประชาชนท่วมท้นแผ่นดินเช่นนี้ ได้กระตุ้นจิตสำนึกของคนสาธารณสุขที่จะทุ่มเทสร้างโครงสร้างของระบบบริการ จากเดิมที่ไม่มีแพทย์สักคนเดียวในจังหวัดมาเป็นมีโรงพยาบาลจังหวัดครบทุกจังหวัด โรงพยาบาลอำเภอหรือโรงพยาบาลชุมชนครบทุกอำเภอ มีสถานีอนามัยครบทุกตำบลทั้ง 8,000 ตำบล และมีอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) หมู่บ้านละ 10 คน ทั้ง 80,000 หมู่บ้าน โครงสร้างที่ครอบคลุมทั่วถึงทั่วประเทศเช่นนี้ เป็นสิ่งที่หาได้ยากในโลก แต่บรรพชนคนสาธารณสุขก็ร่วมกันสร้างมา

แต่กระนั้นก็ตาม ความจนของประชาชน และความเป็นระบบราชการที่รวมศูนย์ก็เป็นอุปสรรคต่อการบริการอย่างทั่วถึงและคุณภาพดี คนจนเข้าไม่ถึงหรือต้องขายไร่ขายนาหมดเนื้อหมดตัวเพื่อการรักษาโรคยากๆ คนสาธารณสุขได้พยายามคิดระบบการเงินเพื่อให้คนจนเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยเฉพาะ**นายแพทย์อมร นนทสุต** อดีตปลัดกระทรวงสาธารณสุข นักคิดค้นสำคัญทางสาธารณสุข ที่นำร่องกองทุนสุขภาพ และบัตรสุขภาพ

ในหนังสือ “ตำนานบัตรทอง” เล่มนี้ นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน ได้บันทึกตำนานการที่**นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์** และคณะเข้ามาอุทิศตัวทำงานเรื่องนี้ ซึ่งเป็นกระบวนการอันยาวไกล จนมาเป็น “30 บาท

รักษาทุกโรค” หรือระบบหลักประกันสุขภาพสำหรับคนทั้งมวล ซึ่งเกิดขึ้นโดยพระราชบัญญัติและมีองค์กร คือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ **(สปสช.)** ทำหน้าที่บริหารจัดการ

เดิมงบประมาณการรักษาพยาบาลอยู่ที่กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นระบบอำนาจรวมศูนย์ **สปสช.** เกิดขึ้นมาเพื่อถือเงินจำนวนนี้แทนประชาชนในฐานะผู้ซื้อ แยกจากผู้ขายคือกระทรวงสาธารณสุข ทำให้ผู้ซื้อมีอำนาจต่อรองมากขึ้น แต่เดิมกระทรวงสาธารณสุขเป็นทั้งผู้ซื้อผู้ขายอยู่ในตัวคนเดียวกัน เหมือนปิดประตูตีแมว โดยประชาชนไม่มีศักดิ์ศรีและอำนาจต่อรองอะไรเลย

เมื่อมีความขัดแย้งระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับ **สปสช.** ถ้าดูการวิพากษ์วิจารณ์ การสื่อข่าว การวิเคราะห์ทางการเมืองตามหน้าหนังสือพิมพ์ล้วนเป็นเรื่องที่ตื้นเขินทางปัญญา เพียงแต่ว่าใครเป็นพวกใคร ใครมีศักดิ์ศรีกว่ากัน ขาดการเจาะลึกไปถึงก้นบึ้งของประโยชน์ของประชาชน ศักดิ์ศรีและคุณค่าความเป็นคนของคนเล็กคนน้อย คนยากคนจน และนวัตกรรมของการบริหารจัดการทางการเงิน ที่แยกตัวจากใต้อำนาจรวมศูนย์ของระบบราชการ มาเป็นเครื่องมือของประชาชน ซึ่งเป็นความหมายของการเกิดมี **สปสช.** อันเป็นจิตวิญญาณของคุณหมอสงวน นิตยารัมภ์พงศ์

“เราจะครองแผ่นดินโดยธรรมเพื่อประโยชน์สุขแห่งมหาชนชาวสยาม” ซึ่งเป็นพระปฐมบรมราชโองการนั้นมีความหมายว่า แผ่นดินต้องมีธรรมหรือความถูกต้องครอง ประโยชน์สุขแห่งมหาชนชาวสยามจึงจะเกิดขึ้นได้

สังคมปัจจุบันซับซ้อนและยากมาก ลำพังอำนาจรัฐไม่สามารถเข้าใจและแก้ปัญหาได้ ฝรั่งก็รู้มานานแล้ว ดังที่พูดว่า “Power is less and less effective” (อำนาจได้ผลน้อยลง ๆ) อำนาจอาจใช้ได้ผลในเรื่องง่าย ๆ ตรงไปตรงมาแบบโบราณ แต่ปัจจุบันสรรพสิ่งล้วนซับซ้อนและยากการใช้อำนาจนอกจากไม่ได้ผลแล้ว ยังนำมาซึ่งโรคแทรกซ้อนอีกนานัปการ

ดังที่ผมเคยเตือนคุณทักษิณไว้ล่วงหน้า

สปสช. ก็ดี **สสส.** ก็ดี ได้รับการออกแบบมาเพื่อเป็นเครื่องมือใหม่ของรัฐในการออกแบบจากปัญหาที่ซับซ้อนและยาก ที่ระบบราชการพาออกไม่ได้ เครื่องมือออกจากปัญหาที่ซับซ้อนและยาก คือ **"การเปิดพื้นที่ทางสังคมและพื้นที่ทางปัญญาอย่างกว้างขวาง"**

การจะเปิดพื้นที่ทางสังคมและพื้นที่ทางปัญญาอย่างกว้างขวาง ต้องเริ่มต้นด้วยเปิด **"แนวคิด"**

แนวคิดใหม่เกี่ยวกับสุขภาพก็คือ สุขภาพไม่ใช่เรื่องมดหมอหยูกยาโรงพยาบาลเท่านั้น แต่หมายถึงการพัฒนาทั้งหมด ดังที่ว่า "Health is the whole" ปัจจัยที่กำหนดสุขภาพกว่า 80 เปอร์เซ็นต์ อยู่นอกแวดวงสิ่งที่เรียกว่าการสาธารณสุข เช่น เศรษฐกิจ จิตใจ การศึกษา สิ่งแวดล้อม ความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น นโยบายสาธารณะที่ดี

ขอบเขตการทำงานของ **สปสช.** และ **สสส.** จึงกว้างขวางมาก

แต่ผู้ถืออำนาจรัฐเข้าใจเรื่องสุขภาพแคบมาก สุขภาพของคนทั้งมวลจึงไม่เกิดและก็สะท้อนว่าแผ่นดินขาดธรรมหรือความถูกต้อง ครองธรรมในที่นี้คือปัญญาที่เข้าใจทั้งหมด

หวังว่า ตำนานบัตรทอง โดยนายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน เล่มนี้ จะช่วยให้เพื่อนคนไทยเห็นว่า มีคนไทยจำนวนไม่น้อยที่มีความพยายามอย่างต่อเนื่องยาวนานเพื่อจะช่วยให้ชีวิตของคนจนดีขึ้น ความพยายามอันยาวนานต่อเนื่องนี้ทำให้อาจเรียกว่า เป็น "การเดินทัพทางไกลเพื่อคนจน" หรือ Long March for the Poor ซึ่งเป็นเส้นทางที่ยากลำบาก บ่อย ๆ ครั้งก็ถูกทำร้ายบนเส้นทางนี้ แต่เส้นทางข้างหน้าไม่น่าจะยากลำบากเท่าเส้นทางข้างหลัง เพราะมีผู้ร่วมทางสายนี้เพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ เพื่อคนจนและลดความอยุติธรรมในสังคม น่าจะเป็นสันติวรบทที่คนไทยเป็นเพื่อนเดินทางร่วมกัน ไปสู่สังคมศานติสุข

ประเวศ วะสี

คำนำ

หนังสือ “ตำนานบัตรทอง” เล่มนี้ เกิดขึ้นจากหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ใช้มาตรา 44 ของรัฐธรรมนูญชั่วคราว สั่งพักการทำงานของนายแพทย์วินัย สวัสดิวร เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผมเห็นว่า เป็นคำสั่งที่ไม่ถูกต้อง ไม่ชอบธรรม จึงได้เขียนบทความเรื่อง “คสช. รังแกคนดี” เป็นบทความขนาดยาว 2 ตอน ติดต่อกัน 2 วัน เผยแพร่ทางโซเชียลมีเดีย ซึ่งมีเสียงตอบรับอย่างกว้างขวาง

แทนที่นายแพทย์วินัยจะได้รับความเป็นธรรม ท่านนายกรัฐมนตรี พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา กลับออกมาแสดงท่าที “คุกคาม” ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ ระบบบัตรทอง อย่างจะจะ ด้วยการพูดว่า ระบบบัตรทองไม่มีใครเขาทำกัน ประเทศไทยไม่พร้อม เป็นประชานิยม

ผมได้ยินท่านนายกฯ พูดถึงบัตรทองหลายครั้ง ในสุ้มเสียงที่ค่อนข้างลบต่อระบบนี้ จึงเชื่อว่าท่านนายกฯ น่าจะได้รับข้อมูลผิด ๆ จากคนแวดล้อมท่าน และได้ยิน “ข่าวร้าย” ว่าจะมีการ “เช็คบิล” โดยใช้มาตรา 44 กับระบบนี้ เมื่อได้ยินท่านนายกฯ พูดออกมาจะจะเช่นนี้ก็ไม่สบายใจ

ผมติดตามบทบาทของท่านนายกฯ มานาน ตั้งแต่ก่อนที่ท่านจะมาเป็นผู้บัญชาการทหารบก ได้ฟังเสียงชื่นชมท่านและตั้งความหวังกับตัวท่านมาโดยตลอด เมื่อท่านตัดสินใจเข้ามา “แบกรับ” ตำแหน่งนายกรัฐมนตรีก็ไม่สบายใจ เป็นห่วงท่าน เพราะผมเห็นว่างานนี้ไม่น่าจะเหมาะกับจริตของท่าน

โดยส่วนตัว ผมมีความเชื่อมั่นในตัวท่านนายกฯ ทั้งในความมุ่งมั่นตั้งใจ ทุ่มเท ทำงานหนัก และโดยเฉพาะความซื่อสัตย์สุจริตของท่าน รวมทั้งเชื่อในความ “ใจกว้าง” และ “มีเมตตา” ของท่าน ผมจึงตัดสินใจจะต้องพูดเรื่องนี้กับท่าน “ตรง ๆ” โดยเชื่อมั่นว่าท่านจะมองเห็นเจตนาดีของผม

และเห็นด้วยกับคำพังเพยที่ว่า “หวานเป็นลม ขมเป็นยา”

ด้วยเหตุดังกล่าว บทความนี้ 2 ตอนแรก จึงตั้งชื่อตรง ๆ ว่า “อคติของท่านนายกฯ ต่อระบบบัตรทอง” แต่พอบทความออกไปได้เพียง 2 ตอนติดต่อกัน 2 วัน ท่านนายกฯ ออกมาพูดชัดเจนว่า ไม่คิดจะล้มระบบบัตรทอง เพียงแต่อยากให้ระบบยั่งยืน ผมจึงเปลี่ยนชื่อบทความชุดนี้ใหม่ว่า “ตำนานบัตรทอง”

ผมสนใจเรื่องการสาธารณสุขของประเทศมาตั้งแต่ยังเป็นนักเรียนแพทย์ และสนใจติดตามมาอย่างต่อเนื่อง ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบทั้งระบบบริหาร ระบบบริการ และระบบบัตรทองโดยตรง จึงมีเรื่องราวมากมายที่ต้องการบันทึกไว้ ตามคติ 2 ข้อ คือ 1) คำพังเพยอีสานที่ว่า “ของกินบ่ได้กิน มันเน่า ของเก่าบ่ได้เล่า มันลืม” 2) คติของท่านพุทธทาสภิกขุที่ท่านอาจารย์บรรลุ ศิริพานิช พูดกับผมเสมอใน สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ ที่ผมเป็นประธานอยู่ในเวลานี้คือ ผู้สูงอายุควรมีหน้าที่ “แจกของ ส่องตะเกียง”

บทความนี้เขียนขึ้นแทบจะในลักษณะ “วันต่อวัน” โดยเจียดเวลาจากงานที่แทบจะ “ล้นมือ” อยู่แล้ว เขียนขึ้นจากความจำเป็นส่วนใหญ่ และตรวจสอบจากเอกสารที่มีอยู่มากมาย โดยเฉพาะจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ผมเป็นกรรมการมาเกือบครบ 2 วาระ 7 ปีเศษ รวมทั้งจากการสอบถามเพื่อตรวจสอบข้อมูลจาก “ตัวละคร” ที่เกี่ยวข้องจำนวนหนึ่ง

บทความแต่ละชิ้น มีการแก้ไขเพิ่มเติมหลายรอบ แต่เพราะต้องการ “ตีเหล็กที่กำลังร้อน” ทำให้ข้อมูลและตัวเลขต่างๆ อาจคลาดเคลื่อนไปบ้าง ก็หวังว่าท่านผู้รู้จะช่วยชี้แนะเพื่อแก้ไขให้ถูกต้องในโอกาสต่อ ๆ ไป

โดยที่ชอบพูดชอบเขียนตรง ๆ จึงอาจมีข้อความหลายตอนที่อาจกระทบต่อบุคคล และองค์กรต่าง ๆ บ้าง วิธีการเขียนแบบนี้มิใช่ “ขนบ” แบบไทย ๆ ที่มักจะระมัดระวังการกระทบกระทั่ง จนทำให้การศึกษา

ประวัติศาสตร์ของประเทศไทยทำได้ยาก ผมจึงจงใจ “แหวกขนบ” นี้ด้วย สติสัมปชัญญะ และกราบขออภัยผู้ที่ถูกกระทบกระทั่งมา ณ ที่นี้ ทั้งนี้ด้วย เจตนาเพื่อชี้ “ทุกข์” เพื่อให้เกิด “มรรค” อันจะนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไข เพื่อ “ประโยชน์สุข” ของประชาชนชาวไทย และประเทศไทยโดยรวมต่อไป

ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ข้อมูล และกราบขอบพระคุณท่านอาจารย์ประเวศ วะสี ที่ให้ความเมตตาต่อผมมาโดยตลอด

นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน
กรรมการตัวแทนผู้สูงอายุ
ในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

คำนำในการพิมพ์ครั้งที่ 2

ตำนานบัตรทอง พิมพ์ครั้งแรก เมื่อ พ.ศ. 2558 น่ายินดีที่รัฐบาล คสช. นำโดย พล.อ.ประยุทธ์ จันทร์โอชา ใจกว้างมาก แม้หนังสือนี้จะวิพากษ์วิจารณ์ท่านโดยตรง แต่เมื่อฝ่ายตรวจสอบจาก คสช. ได้เข้าไปตรวจสอบหลักฐาน และได้รับคำชี้แจง “อย่างกล้าหาญและยืนหยัด” จากเจ้าหน้าที่ที่ทำงานเรื่องนี้โดยสุจริต มุ่งประโยชน์เพื่อประชาชนอย่างแท้จริง นอกจากไม่ “ทำลาย” ระบบบัตรทอง แล้วยังได้ออกคำสั่งตาม มาตรา 44 แห่งรัฐธรรมนูญฉบับชั่วคราว เพิ่มหน้าที่และอำนาจให้แก่ สปสช. ให้สามารถทำงานเพื่อประชาชนได้โดยไม่ต้องถูกโต้แย้งในแง่กฎหมาย น่าเสียดายเพียงเรื่องเดียวที่คำสั่งดังกล่าวไม่ยอมให้ สปสช. มีหน้าที่ในการจัดซื้อยารวม ซึ่งมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อประเทศชาติ และประชาชนคนไทยมาโดยตลอด

น่ายินดี ที่ประเทศไทยยังมีผู้มีอำนาจที่เห็นแก่ความถูกต้องดีงาม และยึดถือผลประโยชน์ของประเทศชาติและประชาชนชาวไทยอย่างแท้จริง นับเป็นการดำเนินรอยตามพระยุคลบาทของพระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตรที่ทรงมีพระปฐมบรมราชโองการว่า “เราจะครองแผ่นดินโดยธรรม เพื่อประโยชน์สุขแห่งมหาชนชาวสยาม” และพระบาทสมเด็จพระปรเมนทรรามาธิบดีศรีสินทรมหาวชิราลงกรณวชิรเกล้าเจ้าอยู่หัวรัชกาลปัจจุบัน ก็ทรงมีพระปฐมราชโองการที่จะ “สืบสาน รักษา และต่อยอด และครองแผ่นดินโดยธรรม เพื่อประโยชน์สุขแห่งอาณาราษฎรตลอดไป” คุณธรรมเช่นนี้ คือสิ่งที่จะธำรงรักษาประเทศชาติและสร้างความร่มเย็นเป็นสุขให้แก่ประชาชนชาวไทยได้ยั่งยืนสืบไป

ผู้เขียนได้รับคำบอกเล่าจากเจ้าหน้าที่ผู้ไปชี้แจงกับ ดร.วิษณุ เครืองาม รองนายกรัฐมนตรีที่ดูแลเรื่องนี้ว่า น่าเสียดายที่มีบุคคลผู้หนึ่งที่เข้าไปยืนกรานให้ตัดข้อนี้ออก จากร่างที่ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณนายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเสนอ ซึ่งน่าจะได้มีการตรวจสอบว่า ท่านผู้นั้นมี “แรงผลักดัน” ใดให้ทำเช่นนั้น เพราะเป็นที่รู้กันดีว่า เมื่อ สปสช. สามารถต่อรองราคายาและเวชภัณฑ์ที่มีการผูกขาดเพื่อประโยชน์ของประเทศชาติและประชาชนอย่างมากมาอย่างต่อเนื่องนั้น ใครเป็นผู้เสียประโยชน์

ในฉบับพิมพ์ครั้งที่ 2 นี้ ผู้เขียนยังคงเนื้อหาเดิมไว้แทบทั้งหมด มีเพียงการแก้ไขคำผิดในบางจุดเท่านั้น นอกจากนี้ ได้เพิ่มเติมในส่วนปัจฉิมลิขิต เพื่อให้ข้อมูลทันเหตุการณ์มากขึ้น ขอขอบคุณหลาย ๆ ท่านที่มีส่วนช่วยเหลือในการพิมพ์ครั้งนี้ ได้แก่ คุณพนิต มโนการ กรรมการและผู้จัดการมูลนิธิมิตรภาพบำบัด นายแพทย์กฤช ลี่ทองอิน กรรมการมูลนิธิมิตรภาพบำบัดที่ช่วยทำหน้าที่รองบรรณาธิการ คุณนฤมล ไชยรังสินันท์ ที่ให้ข้อมูลเพิ่มเติมจำนวนมากในส่วนของปัจฉิมลิขิต น.ส.สุภาภรณ์ บุญปก ที่ต้องทำงานทั้งนอกเวลาราชการ และในวันหยุดในการจัดทำต้นฉบับ การพิมพ์ครั้งนี้จัดพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษด้วย ขอขอบคุณอาจารย์โทนี เบนเนตต์ ที่แปลให้อย่างดียิ่ง ขอบคุณนายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และนายแพทย์วิวัฒน์ โรจนพิทยากร ที่ประสานเรื่องการแปลให้อย่างดี ขอบคุณ ดร.อุทัย ดุลยเกษม เพื่อนเก่า ที่ช่วยแนะนำคำแปลบางคำ บางประโยคให้ ขอบคุณนายแพทย์จเด็จ ธรรมธัชอารี เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ช่วยสนับสนุนในการจัดพิมพ์เผยแพร่ครั้งนี้อย่างดียิ่ง นายแพทย์จเด็จเป็นผู้ร่วมงานของนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ มาตั้งแต่ระยะเริ่มต้น จึงรู้งานดีและมีทัศนคติที่รักชาติรักประชาชนอย่างแท้จริง การได้รับการสรรหาเป็นเลขาธิการ สปสช. นับเป็นจังหวะเวลาอันเหมาะเจาะ ที่ประเทศไทยเผชิญกับการระบาดใหญ่ทั่วโลกของโควิด-19

นายแพทย์จเด็จ สามารถนำพา สปสช. ให้ช่วยแก้ปัญหาทุกข์ยากอันใหญ่หลวงของคนไทย ตามบทบาทหน้าที่ของ สปสช. ได้อย่างดียิ่ง

หากมีความผิดพลาด บกพร่อง หรือความไม่สมควรใด ๆ ผู้เขียนกราบขออภัยมา ณ ที่นี้

นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน

28 กรกฎาคม 2567

สารบัญ

คำนิยมโดย นายแพทย์ประเวศ วะสี 5

“การเดินทัพทางไกลเพื่อคนจน (Long March for the Poor)”

คำนำ 8

คำนำในการพิมพ์ ครั้งที่ 2 11

เกริ่นนำ

บทที่ 1 ทั่วโลกกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 19

บทที่ 2 ประสบการณ์จากอังกฤษและญี่ปุ่น 26

บทที่ 3 บทเรียนจากสหรัฐ 34

บทที่ 4 กำเนิดระบบบัตรทอง 45

บทที่ 5 บัตรทองมิใช่ประชานิยม 56

บทที่ 6 ภูเขาวิบาก 4 ลูกแรก 70

บทที่ 7 ภูเขาวิบากลูกที่ 5 79

การพัฒนาสิทธิประโยชน์เพื่อประชาชน

บทที่ 8 การดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ 91

บทที่ 9 วัคซีนไข้หวัดใหญ่ และการล้างไตทางช่องท้อง 100

บทที่ 10 วัคซีน ต้อกระจก โรคหัวใจ 108

บทที่ 11 ยากำพร้า 117

บทที่ 12 การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ 124

บทที่ 13 การผ่าตัดเปลี่ยนตับ 128

บทที่ 14 ธาลัสซีเมีย ฮีโมฟีเลีย นิ่ว โรคกอเชอร์ และการแพทย์แผนไทย 137

บทที่ 15 มะเร็ง เด็กสายตาสั้น คนตาบอด 145

การพัฒนาระบบสนับสนุน
บทที่ 16 ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 155
บทที่ 17 สายด่วน 1330 165
บทที่ 18 การรับฟังทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ และบทบาทท้องถิ่น 171

เสียงชื่นชมจากบุคคลและองค์กรระดับโลก
บทที่ 19 คำชื่นชมของบุคคลและองค์กรระดับโลก 177

บทสรุป
บทที่ 20 บทสรุป 187

มองไปในอนาคต
บทที่ 21 อนาคตระบบบัตรทอง 199
บทที่ 22 การพัฒนาระบบบริการ 209
บทที่ 23 ความยั่งยืนของระบบ 220

คสช. รังแกคนดี 233
คสช. รังแกคนดี (2) 243
ปัจฉิมลิขิต 257

เกริ่นนำ

ผู้บริหารระดับประเทศ และ คสช. ดูจะมีทัศนคติเชิงลบต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ซึ่งต่อไปจะขอเรียกย่อ ๆ ว่า “บัตรทอง”) มาโดยต่อเนื่อง

ผมเดาว่าคงจะเป็นเพราะระบบนี้ใช้เงินงบประมาณ “ก้อนโต” โดยปี 2558 ใช้งบประมาณรวมทั้งสิ้น ถึง 153,151.66 ล้านบาท และทุกปีก็จะมีการของบประมาณเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันก็ยังมีปัญหาว่าแม้รัฐบาลจะต้องจ่ายเงินไปมากขนาดนั้น ก็ยังมีข่าวว่าโรงพยาบาลของรัฐบาลจำนวนหนึ่ง “ขาดทุน” เพราะระบบนี้

ความจริง แม้จะต้องใช้งบประมาณก้อนโต แต่ยังน้อยกว่างบประมาณด้านการศึกษา ซึ่งปี 2558 ใช้ไปถึง 501,326.10 ล้านบาท และยังมีข่าวความล้มเหลวของระบบการศึกษาอย่างต่อเนื่อง ขณะที่มีข่าวชื่นชมระบบบัตรทองออกมาเนือง ๆ คนระดับผู้บริหารประเทศน่าจะวิเคราะห์แยกแยะได้ แต่ก็ยังปรากฏว่าเมื่อท่านพูดถึงระบบนี้ทุกครั้ง มีแต่พูดเชิงลบ แสดงว่า สิ่งแวดล้อมรอบตัวท่านน่าจะเป็นพิษ หรือไม่เช่นนั้นท่านก็คงเลือกรับเลือกเชื่อแต่ข้อมูลที่ผิด เพราะทราบว่า รองนายกรัฐมนตรีฝ่ายสังคม คือ ศาสตราจารย์ ดร. ยงยุทธ ยุทธวงศ์ ศาสตราจารย์นายแพทย์รัชตะ รัชตะนาวิน รัฐมนตรีสาธารณสุข และนายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ รัฐมนตรีช่วยว่าการสาธารณสุขเคยยืนยัน “เถียง” ท่านว่า ระบบบัตรทองของเราถูกต้อง **และได้รับคำชมเชยจากทั่วโลก**

ล่าสุด ผู้บริหารระดับประเทศไปไกลถึงขนาดวิจารณ์ระบบบัตร

ทองว่า เป็นนโยบายที่ผิด “เป็นประชานิยม ประเทศไทยไม่พร้อม ไม่มีประเทศไหนเขาทำกัน” !

เรื่องนี้เห็นจะต้องพูดกันยาว เพราะที่ท่านผู้บริหารระดับประเทศพูดออกมา ผิดทั้งหมด

บทที่ 1
ทั่วโลกกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้อแรก เรื่อง ทั่วโลกเขาไม่ทำเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จากเอกสารวิชาการเพื่อการประชุมระดับโลก เรื่อง การวิจัยระบบสุขภาพ (Background paper for the global symposium on health systems research) เรื่อง “เศรษฐศาสตร์การเมืองของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” (The political economy of universal health coverage) เขียนโดย เดวิด สตัคเลอร์ (David Stuckler) แห่งคณะสาธารณสุขและเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยออกซฟอร์ด และผู้เขียนร่วมอีก 3 คน (จากมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด และมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย) การประชุมนี้จัดที่เมืองมองเทรอซ์ สวิตเซอร์แลนด์ เมื่อ 16-19 พฤศจิกายน 2553 สรุปว่า จากจำนวน 194 ประเทศที่ทำการศึกษา มี 75 ประเทศ ที่มีกฎหมายรับรองพันธกรณี (commitment) ให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งในจำนวนนี้มี 58 ประเทศที่บรรลุเป้าหมาย ครอบคลุมหลักประกันสุขภาพให้แก่ประชาชน เกินกว่า 90% แล้ว

ตัวอย่างรายชื่อประเทศที่มีหลักประกันสุขภาพครอบคลุมประชากรกว่า 90% แล้ว เช่น อาร์เจนตินา อาร์เมเนีย ออสเตรเลีย บอสเนีย แคนาดา ชิลี โครเอเชีย เดนมาร์ค เอสโทเนีย ฟินแลนด์ ฝรั่งเศส ไอร์แลนด์ ไอซ์แลนด์ อิตาลี ญี่ปุ่น ลักเซมเบิร์ก เนเทอร์แลนด์ นอร์เวย์ สาธารณรัฐ

เกาหลี โปรตุเกส สิงคโปร์ สโลเวเนีย สเปน สวีเดน สวิตเซอร์แลนด์ ไต้หวัน ตูนิเซีย อังกฤษ ไทย

น่าสังเกตว่า ไม่มีสหรัฐอเมริกาอยู่ในรายชื่อประเทศเหล่านี้ ทั้ง ๆ ที่สหรัฐอเมริกามีค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพสูงที่สุดในโลก ราวร้อยละ 17.9 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (จีดีพี) ญี่ปุ่นเป็นหนึ่งในประเทศที่มีระบบหลักประกันสุขภาพ และระบบบริการสุขภาพที่ดีที่สุดในโลก ใช้เงินไป 9.5 % ของจีดีพี ขณะที่ประเทศไทย ใช้ไปเพียงร้อยละ 4 ของจีดีพี

ถ้าท่านนายกฯ สนใจ รายละเอียดเอกสารฉบับนี้ ให้ใครสืบค้นในโซเชียลมีเดียก็จะหาได้ไม่ยาก



ข้อที่สอง ข้อกล่าวหาว่า ระบบบัตรทอง “เป็นประชานิยม” ซึ่งมีนัยยะว่าเป็นนโยบายหาเสียงโดยไม่คำนึงถึงฐานะการคลังของประเทศ มุ่งแต่คะแนนนิยมทางการเมือง

เรื่องนี้ขอเริ่มต้นที่ความคิดเห็นของ อมตะ เสน ที่คนไทยชอบเรียกท่านว่า อมาตยา เซน ซึ่งทำให้เข้าใจผิดว่า ชื่อของท่าน หมายถึง “อำมาตย์”

ความจริง ชื่อของท่านผู้นี้ในภาษาอังกฤษ คือ *Amartya Sen* ชื่อต้นทับศัพท์มาจากภาษาสันสกฤต ถ้าถอดเป็นภาษาไทย ควรเป็น *“อมรรตยะ”* ถ้าเขียนเป็นภาษาบาลี ก็จะเป็น *อมตะ* ความหมายในภาษาอังกฤษ คือ immortal หรือ “ไม่มีวันตาย” นั่นเอง เรื่องนี้ ผมเคยถามท่านโดยตรงเมื่อครั้งที่ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เชิญท่านมาแสดงปาฐกถาที่ศูนย์ประชุมแห่งชาติสิริกิติ์ เมื่อไม่กี่ปีมานี้ ท่านตอบทันทีว่า ชื่อของท่านในภาษาสันสกฤต แปลว่า อมตะ (immortal) จึงต่อไปจะเขียนชื่อท่านว่า *อมตะ เสน* เพื่อให้เข้าใจความหมายถูกต้อง

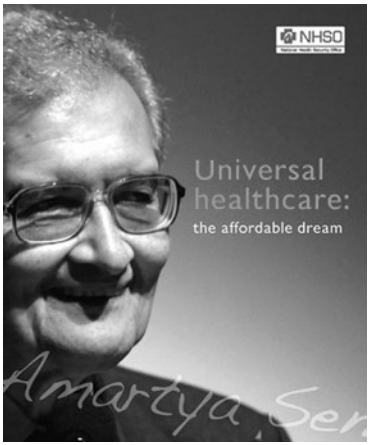
ในบทความเรื่อง “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ความฝันที่สามารถซื้อหาได้” (Universal healthcare: the affordable dream) ของ อมตะ เสน ที่ตีพิมพ์ในหนังสือพิมพ์ ดิการ์เดียน (The Guardian) ฉบับวันที่ 6 มกราคม 2558 มีบทสรุปในย่อหน้าสุดท้ายชัดเจนว่า *“ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไม่เพียงจะเป็นนโยบายที่มีพลัง ทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีเท่านั้น แต่ยังส่งผลลัพธ์ที่ดีด้านอื่น ๆ นอกเหนือจากด้านสุขภาพด้วย นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดระหว่างผลด้านสุขภาพกับผลงานด้านเศรษฐกิจ และพวกเราก็มีเหตุผลสนับสนุนนโยบายสาธารณะบนพื้นฐานของความเข้าใจในธรรมชาติ เพื่อนำไปสู่ความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างกัน ดังนั้นจึงไม่มีข้อสงสัย ที่จะกำหนดให้สุขภาพเป็นศูนย์กลางสำหรับการมีชีวิตที่ดีขึ้น และเพื่อเพิ่มศักยภาพโดยรวมของมนุษย์”*

ในบทความดังกล่าว อมตะ เสน นักเศรษฐศาสตร์ผู้ได้รับรางวัลโนเบล เมื่อ พ.ศ. 2541 เขียนไว้ชัดเจนว่า

> *“เรื่องของสุขภาพ เป็นความวิตกกังวลหลักในประวัติศาสตร์ของมนุษยชาติเสมอมา จึงนำไปสู่ข้อสรุปอย่างไร้ข้อกังขาว่า บริการสุขภาพสำหรับทุกคน (healthcare for all) หรือ “หลักประกันสุขภาพถ้วน*

หน้า" (universal healthcare: UHC) เป็นเป้าหมายทางสังคมที่ชัดเจนของประเทศต่าง ๆ ไม่เว้นแม้แต่ประเทศยากจนที่ขาดแคลน และยังห่างไกลจากการทำให้เกิดบริการสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับทุกคนได้ก็ตาม"

อมตะ เสน ได้ยกตัวอย่างประเทศที่ยากจนที่สุดประเทศหนึ่งในแอฟริกา ซึ่งเริ่มความพยายามเพื่อบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหลังประสบความเสียหายยับเยินจากการฆ่าล้างเผ่าพันธุ์ ดังนี้



"บทเรียนความสำเร็จที่สำคัญในประเทศรวันดาที่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ก่อให้เกิดการพัฒนาผลลัพธ์ด้านสุขภาพอย่างรวดเร็ว ผลของความเสียหายจากการฆ่าล้างเผ่าพันธุ์ในปี พ.ศ. 2537 ทำให้ประเทศรวันดา ต้องฟื้นฟูประเทศ และพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เท่าเทียมกันสำหรับทุกคน ซึ่งเป็นนโยบายระดับประเทศที่เน้นการพัฒนาที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง และการทำงานร่วมกันทางสังคม ซึ่งอัตราการตายก่อนวัยอันควร

ลดลงอย่างมาก และอายุขัยของประชากรก็เพิ่มขึ้นถึงเท่าตัว นับตั้งแต่กลางทศวรรษที่ 1990 (พ.ศ. 2533-2542) เป็นต้นมา จากการทดลองนำร่องการพัฒนาระบบประกันสุขภาพชุมชนและระบบการเงินสาธารณสุขที่เน้นผลงานในสามอำเภอ ส่งผลให้มีการขยายความครอบคลุมด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ครอบคลุมประชากรทั้งประเทศในปี พ.ศ. 2547 และ 2548 จากงานเขียนของ แอกเนส บินากวาโฮ (Agnes Binagwaho) รัฐมนตรีสาธารณสุขของประเทศรวันดา ร่วมกับ พอล ฟาร์เมอร์ (Paul Farmer) นักมานุษยวิทยาการแพทย์ชาวอเมริกัน และนักเขียนร่วมอีกหลายท่าน เรื่อง "รวันดา 20 ปีต่อไป: การลงทุนเพื่อชีวิต" (Rwanda 20 Years on: Investing in Life) ในวารสารการแพทย์แลนเซต (Lancet) เมื่อเดือนกรกฎาคม 2557 สรุปว่า 'การลงทุนในสุขภาพส่งผลต่อการกระตุ้นการพัฒนาเศรษฐกิจเนื่องจากประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น และมีศักยภาพในการสร้างมูลค่าเพิ่มจากการมีชีวิตที่ยาวนานขึ้น' "

การเริ่มนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในภาวะที่ประเทศยังยากจน ไม่ใช่เรื่องแปลกประหลาดแต่อย่างใด ในเอกสารเรื่อง "เศรษฐศาสตร์การเมืองของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า" ที่กล่าวถึงแล้ว ก็มีข้อสรุปจากการศึกษาสถานการณ์ในประเทศต่าง ๆ ว่า

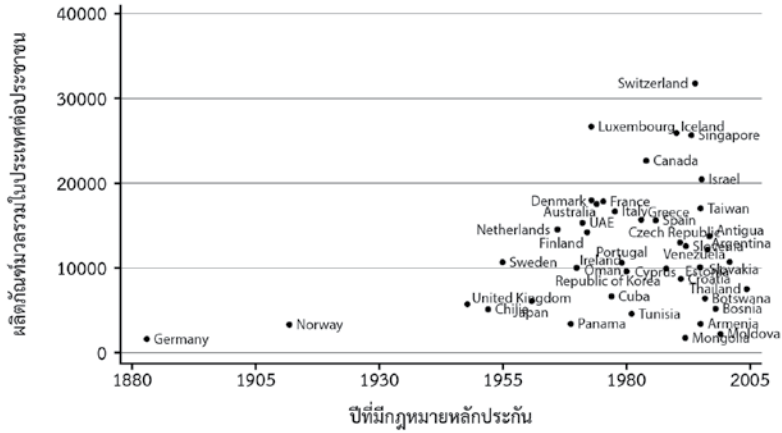
"ความยากจน โดยตัวของมันเอง ดูจะเป็นอุปสรรคขัดขวางการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เหตุผลหลักเนื่องจากการขาดระบบสุขภาพและกลไกของรัฐที่จะสนับสนุน อย่างไรก็ดี ความยากจนมิใช่เหตุผลที่จะปฏิเสธหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และ

ในอดีต ภูมิภาคที่รายได้ต่ำต่างประสบความสำเร็จในการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า”

นอกจากนี้ ยังมีข้อสรุปชัดเจนว่า

“ประเทศต่าง ๆ ส่วนมาก บัญญัติกฎหมายเพื่อรับรองที่จะบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในช่วงที่ประเทศกำลังพัฒนาอยู่ในระดับรายได้ต่ำหรือปานกลาง”

ปีที่มีกฎหมายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และระดับผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศต่อหัว จาก 44 ประเทศ (ที่มีข้อมูล GDP)



REFERENCE: Stuckler D, Feigl A, Basu S and Mckee M 2010, The political economy of universal health coverage. The Global Symposium on Health Systems Research 2010. Switzerland, Montreux

ในบทความวิชาการเรื่อง “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าฯ” ในวารสาร Value in Health ฉบับปีที่ 16 ระบุชัดเจนว่า “ในยุโรป” ระบบบริการสุขภาพของรัฐ “เกิดจากความเชื่อเรื่องการผนึกกำลัง (Solidarity) จากความกลัวการปฏิวัติ และการเปลี่ยนทัศนะเรื่องบทบาทหน้าที่ของรัฐ”

ในส่วนขององค์การอนามัยโลก ก็มีข้อสรุปชัดเจนในเอกสารเผยแพร่เรื่อง “การลงทุนเรื่องสุขภาพ” (Investing in Health) ว่า

“ทุก 1 ดอลลาร์ที่ลงทุนในเรื่องสุขภาพ จะก่อให้เกิดความเจริญเติบโตเป็นรายได้ 9-20 ดอลลาร์ใน 20 ปีข้างหน้า”

บิลล์ เกตส์ อภิมหาเศรษฐีของโลก เมื่อเริ่มคิดโครงการที่จะบริจาคเงินก้อนมหึมา เพื่อการกุศลแก่ชาวโลก ก็ได้ศึกษาหาวิธีว่าจะใช้เงินของตนอย่างไรดี ซึ่งรายงานของธนาคารโลก เรื่อง “การลงทุนเรื่องสุขภาพ” (Investing in Health) คือ เอกสารสำคัญที่คนของบิลล์ เกตส์ ได้ศึกษา และแนะนำให้ใช้รายงานฉบับนั้นเป็นคัมภีร์ หรือลายแทงในการใช้ขุมทรัพย์มหาศาลของตนให้เป็นประโยชน์ ซึ่งบิลล์ เกตส์ ยอมรับจนกระทั่งกลายเป็น มูลนิธิบิลล์-เมลินดา เกตส์ ที่ยิ่งใหญ่ และมีชื่อเสียงก้องโลก ทุกวันนี้

โดยสรุป บริการสาธารณสุขเป็นบทบาทหน้าที่ของรัฐมาช้านานแล้ว โดยในยุโรป ระบบบริการสุขภาพของรัฐ ถือกำเนิดขึ้นเพื่อป้องกันประชาชนลุกฮือขึ้นปฏิวัติโค่นล้มผู้ปกครองที่ไม่ห่วงใยในชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน และปัจจุบัน พบว่า การลงทุนในเรื่องสุขภาพเป็นการลงทุนที่คุ้มค่ามหาศาล และนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นนโยบายที่ถูกต้องที่รัฐพึงกระทำ เพราะนอกจากจะมีผลดีต่อสุขภาพของประชาชนแล้ว ยังมีผลดีต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศด้วย ข้อสำคัญ ประเทศต่าง ๆ ส่วนมาก เริ่มระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในช่วงที่ประเทศยังมีฐานะยากจนหรือรายได้ปานกลาง

เรื่องนี้ ยังมีเรื่องราวที่ต้องกล่าวถึงอีกมาก จะต้องมีตอนต่อ ๆ ไปอีกหลายตอน

บทที่ 2

ประสบการณ์จากอังกฤษและญี่ปุ่น

ระบบ “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” เป็นสวัสดิการสังคม มิใช่ประชานิยมอย่างแน่นอน เพราะประชาชนทุกคนมีโอกาสต้องเจ็บป่วย ซึ่งนอกจากต้องทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยแล้ว ยังต้องประสบปัญหาสำคัญอีก 3 ด้าน คือ (1) ไม่สามารถทำงานหารายได้เหมือนปกติ และ (2) ต้องการการเยียวยารักษา ซึ่งจะอาศัยแต่ “ยาขอหมอวาน” มิได้ เพราะปัจจุบันการแพทย์เจริญขึ้นมาก ราคาค่ารักษาพยาบาลก็แพงขึ้นมากมายมหาศาล (3) ประชาชนที่เจ็บไข้ป่วย**มีโอกาสสูงที่จะถึงขั้นสิ้นเนื้อประดาตัว** และบ่อยครั้งที่ระบบเครือญาติไม่สามารถเข้ามาช่วยเหลือแบกรับได้ จำเป็นที่ประเทศต้องหาหนทางสร้างระบบเพื่อให้ประชาชนมีหลักประกันด้านนี้ให้มากที่สุด และแน่นอนที่สุด หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือคำตอบ

ประเทศแรก ที่เริ่มระบบนี้อย่างจริงจังและสามารถสร้างระบบขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม คือ เยอรมนี ภายใต้การนำของบิสมาร์ค ทำให้ประเทศต่าง ๆ ในยุโรป และประเทศหนึ่งในเอเชีย คือ ญี่ปุ่น พยายามที่จะเดินตาม

ประเทศแรกที่ประสบความสำเร็จในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือ อังกฤษ ซึ่งเริ่มเรื่องนี้ในช่วงปลายสงครามโลกครั้งที่ 2 และประสบความสำเร็จครอบคลุมทั่วประเทศ เมื่อ พ.ศ. 2491 ผมได้เคย

เขียนเรื่องนี้ไว้ในบทกล่าวนำหนังสือเรื่อง “ปราการอุดมคติ” ซึ่งแปลจากนวนิยายเรื่องยิ่งใหญ่ของ นายแพทย์ เอ.เจ.โครนิน เรื่อง The Citadel จัดพิมพ์โดยมูลนิธิหนังสือเพื่อสังคม ขอคัดเนื้อหามา ดังนี้

“เมื่อเริ่มสงครามโลกครั้งที่ 2 ไม่นาน พรรคแรงงานได้เข้าร่วมกับวินสตัน เชอร์ชิล จัดตั้งรัฐบาลแห่งชาติในปี 2483 ถึงกลางปี 2484 เมื่อวันที่ 10 มิถุนายน 2484 อาร์เธอร์ กรีนวูด สส. พรรคแรงงานซึ่งดำรงตำแหน่งรัฐมนตรีลอยด้วย ได้ประกาศแต่งตั้งคณะกรรมการขึ้นคณะหนึ่ง เพื่อสำรวจระบบประกันสังคมและบริการทางสังคมต่าง ๆ มีวิลเลียม บีเวอริดจ์ ซึ่งเป็นนักเศรษฐศาสตร์เป็นประธาน คณะกรรมการชุดนี้ได้จัดทำรายงานออกมาอย่างดี และได้ตีพิมพ์เผยแพร่เมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2485 ซึ่งเป็นที่รู้จักกันอย่างกว้างขวางในนาม “รายงานบีเวอริดจ์” (Beveridge Report)

ก่อนรายงานฉบับนี้จะได้ตีพิมพ์เผยแพร่ มีการอภิปรายกันอย่างเข้มข้นในคณะรัฐมนตรี รัฐมนตรีคลังคัดค้านการตีพิมพ์เพราะเห็นว่าเป็นการเสนอ “พันธะทางการเงินที่ไม่สามารถปฏิบัติได้” และเห็นควรให้ชะลอการเผยแพร่ แต่ในที่สุดก็ทานแรงกดดันไม่ได้ และได้อนุมัติให้ตีพิมพ์เผยแพร่ได้

ทันทีที่รายงานนี้เผยแพร่ออกไป ทางการก็พบว่ารายงานฉบับนี้ “ได้รับการต้อนรับจากเกือบทุกภาคส่วนโดยประชาชนจากทุกฝ่ายและทุกภาคส่วนของชุมชน”

รายงานฉบับนี้ได้เสนอภาพ “สิ่งชั่วร้ายใหญ่ห้าประการ” (Five Giant Evils) ในสังคม ได้แก่ ความสกปรก (Squalor) ความโง่ (Ignorance) ความอยาก

(Want) ความเกียจคร้าน (Idleness) และโรคภัยไข้เจ็บ (Disease) รายงานได้เสนอหลักการและแนวทางการแก้ไขให้ปฏิรูปสวัสดิการสังคมครั้งใหญ่

หลังจากไม่มีการเลือกตั้งมายาวนานถึง 10 ปี เมื่อสงครามในยุโรปสิ้นสุดลง พรรคแรงงานก็ถอนตัวจากรัฐบาลแห่งชาติ พระเจ้าจอร์จที่ 6 ทรงประกาศยุบสภาและกำหนดให้มีการเลือกตั้งในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2488 ก่อนหน้านั้นเพียง 2 เดือน ในเดือนพฤษภาคม เชอร์ชิลได้รับคะแนนนิยมในฐานะวีรบุรุษสงครามผู้ยิ่งใหญ่ สูงถึง 83% ขณะที่พรรคแรงงานได้รับคะแนนนิยมสูงสุดเพียง 18%

แต่ผลการเลือกตั้งกลับพลิกผัน เชอร์ชิลพ่ายแพ้ยับเยิน ได้ที่นั่ง สส. เพียง 197 ที่นั่ง ลดลงถึง 190 ที่นั่ง ขณะที่พรรคแรงงานภายใต้การนำของคลีเมนต์ แอตลี ได้ที่นั่งถึง 393 ที่นั่ง เพิ่มขึ้นถึง 239 ที่นั่ง ส่วนพรรคเสรีนิยมได้เพียง 12 ที่นั่ง ลดลง 9 ที่นั่ง

สาเหตุสำคัญที่เชอร์ชิลพ่ายแพ้ ทั้ง ๆ ที่เป็นวีรบุรุษสงคราม ก็เพราะปฏิเสธนโยบายการปฏิรูประบบสวัสดิการสังคม ขณะที่พรรคแรงงานประกาศนโยบายเดินหน้าการปฏิรูปสวัสดิการสังคมตามแนวทางในรายงานของบีเวอริดจ์อย่างแข็งขัน

หลังได้ชัยชนะ พรรคแรงงานก็เดินหน้าปฏิรูปสวัสดิการสังคมอย่างเต็มที่ พระราชบัญญัติบริการสุขภาพแห่งชาติฉบับแรก ออกมาในปี 2489 เพื่อสถาปนาระบบบริการสุขภาพแห่งชาติในอังกฤษและเวลส์ ปีต่อมาก็ออกพระราชบัญญัติบริการสุขภาพแห่งชาติในสกอตแลนด์

ทำให้เกิดการปฏิรูประบบครอบคลุมทั่วประเทศ ตั้งแต่วันที่ 5 กรกฎาคม 2491 ตามข้อเสนอแนะในรายงานบีเวอริดจ์ คือการสถาปนา "ระบบบริการสุขภาพและการฟื้นฟูสภาพเบ็ดเสร็จทั้งด้านการป้องกันและรักษาโรค" (Comprehensive health and rehabilitation services for prevention and care of disease) บริการการแพทย์ของเอกชนเปลี่ยนมือมาเป็นของรัฐทั้งหมด จัดระบบบริการใหม่เพื่อแก้ปัญหาสำคัญ ๆ ให้เกิดบริการอย่างทั่วถึง เป็นธรรมทั้งในฝ่ายผู้รับบริการและผู้ให้บริการ"

จะเห็นว่า อังกฤษได้ตัดสินใจเริ่มระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในภาวะที่ประเทศชาติและประชาชนอยู่ในภาวะยากลำบาก เนื่องจากความพินาศย่อยยับจากสงครามโลกครั้งที่ 2 แม้อังกฤษจะเป็นประเทศผู้ชนะก็ตาม เชอร์ชิล ซึ่งเป็น "มหาบุรุษ" ของโลก และวีรบุรุษผู้ยิ่งใหญ่ของอังกฤษ ได้รับคะแนนนิยมก่อนการเลือกตั้งเพียง 2 เดือน สูงถึงร้อยละ 83 แต่เพราะคาดการณ์ผิด เกรงว่าประเทศจะไม่มีกำลังพอจะปฏิรูประบบสวัสดิการสังคมของประเทศในช่วงหลังสงครามได้ จึงพ่ายแพ้ยับเยินแก่ คลีเมนต์ แอตลี ผู้นำพรรคแรงงาน ซึ่งก่อนหน้าการเลือกตั้งเพียง 2 เดือน มีคะแนนนิยมสูงสุดแค่ 18% แต่พลิกกลับเป็นผู้ได้ชัยชนะอย่างถล่มทลายได้ และสามารถปฏิรูประบบสวัสดิการสังคมได้จริง สามารถสถาปนาระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service: NHS) โดยซื้อกิจการของเอกชนมาบริหารโดยรัฐทั้งหมด ทำให้สามารถพัฒนาระบบให้เป็น "มาตรฐานแห่งชาติ" มาตรฐานเดียว แก้ปัญหาความอ่อนแอในระบบ ทำให้ประชาชนทั้งประเทศ เข้าถึงบริการยามเจ็บไข้ได้ป่วย โดยมีส่วนร่วมจ่ายเฉพาะค่ายาในอัตราต่ำมาก ไม่มีใครต้องตายไปโดยไม่ได้รับการรักษา

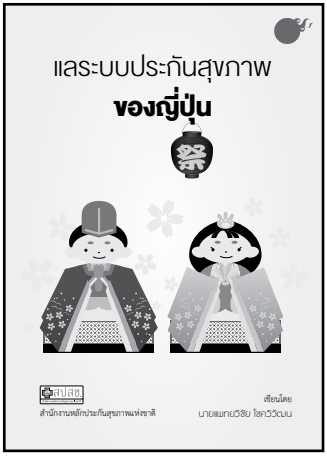
ไม่มีใครต้องล้มละลาย หรือสิ้นเนื้อประดาตัวจากการเจ็บไข้ได้ป่วยด้วยโรคร้ายแรง ข้อสำคัญรัฐบาลซึ่งต้องฟื้นฟูบูรณะประเทศหลังสงคราม สามารถแบกรับภาระค่าใช้จ่ายได้ โดยค่าใช้จ่ายไม่บานปลายเหมือนที่ปล่อยให้ “มือใครยาวสาวได้สาวเอา” อย่างในสหรัฐ ซึ่งปัจจุบันใช้เงินถึงร้อยละ 17.9 ของจีดีพี แต่ในปี พ.ศ. 2553 ก็ยังไม่ติดรายชื่อประเทศที่ครอบคลุมบริการสุขภาพถ้วนหน้ามากกว่าร้อยละ 90 ขณะที่อังกฤษใช้เงินเพียงร้อยละ 9.6 ของ จีดีพีเท่านั้น และทำสำเร็จมาตั้งแต่ พ.ศ. 2491

อย่าเผลอเถียงว่า เพราะอังกฤษร่ำรวยจึงทำได้นะ เพราะอังกฤษเริ่มระบบนี้อย่างกล้าหาญ และฉลาด ในภาวะที่ประเทศยังพินาศย่อยยับจากมหาสงครามโลกครั้งที่ 2 กล้าหาญ และฉลาด เพราะแท้จริงแล้ว การลงทุนในเรื่องสุขภาพ หาใช่การลงทุนที่สูญเปล่า แต่ทำให้ประชาชนของประเทศเข้มแข็งขึ้นทั้งร่างกายและจิตใจ มั่นใจว่าเมื่อเจ็บป่วยจะไม่ถูกทอดทิ้ง เพราะรัฐให้หลักประกันในการเยียวยารักษา โดยไม่ต้องแบกรับค่าใช้จ่ายจนสิ้นเนื้อประดาตัวด้วย

ประชาชนที่เข้มแข็งทั้งร่างกายและจิตใจ คือ พลังสร้างประเทศทั้งเศรษฐกิจ สังคม และความมั่นคงทุกด้าน

กรณีญี่ปุ่น

ญี่ปุ่นเป็นอีกประเทศหนึ่งที่พยายามสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตั้งแต่ยุคปฏิรูปเมจิ ซึ่งเป็นยุคสร้างประเทศให้ทันสมัย ตรงกับรัชสมัยของรัชกาลที่ 5 ของไทย โดยพระจักรพรรดิเมจิเสด็จขึ้นครองราชย์ก่อนรัชกาลที่ 5 หนึ่งปี ในปี พ.ศ. 2410 และสวรรคตหลัง 1 ปี ในปี พ.ศ. 2454 ญี่ปุ่นเริ่มด้วยแรงบันดาลใจจากบิสมาร์คแห่งเยอรมนี จึงเริ่มจากสวัสดิการรักษาพยาบาลของคนงานในภาคอุตสาหกรรมก่อน



ผมเคยไปศึกษาดูงานในญี่ปุ่น และได้เขียนเรื่องนี้ไว้ในหนังสือ “แลระบบประกันสุขภาพของญี่ปุ่น” จะขอตัดบางส่วนมาเสนอ ดังนี้

“ญี่ปุ่นมีพระราชบัญญัติประกันสุขภาพ (Health Insurance Act) ตั้งแต่ พ.ศ. 2465 และมีผลบังคับใช้อย่างเต็มที่ตั้งแต่ พ.ศ. 2470 และใช้เวลาอีกราว 34 ปี จึงสามารถแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายดังกล่าวให้เป็นพระราชบัญญัติสุขภาพ “แห่งชาติ” ให้ประชาชนทั่วประเทศมีหลักประกันถ้วนหน้าตั้งแต่ พ.ศ. 2504 ซึ่งตรงกับปีแรกของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติของประเทศไทย จากนั้นก็มีการ “พัฒนาระบบ” อย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การเริ่ม “ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ” (Elderly Health Care System) เมื่อ พ.ศ. 2526 โดยผูกระบบดูแลนี้กับระบบบริการสุขภาพ เมื่อพบว่าค่าใช้จ่ายการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุมาก จึงเริ่มสร้าง “ความยั่งยืน” ให้แก่ระบบ โดยการตรากฎหมายให้มี “ระบบประกันการดูแลระยะยาว”

(Long-term Care Insurance System) เมื่อปี 2543 และพบว่ากลุ่มคนสูงอายุที่อายุมากกว่า 75 ปี เป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลสุขภาพและมีค่าใช้จ่ายสูงมาก จึงเริ่มมี "ระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้มีอายุเกิน 75 ปี" (Health Insurance System for the aged over 75) เมื่อ พ.ศ. 2551"

"ญี่ปุ่นเพิ่งฉลองครบรอบ 50 ปี ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า เมื่อปี 2554 นี้เอง"

"ญี่ปุ่นมีความภาคภูมิใจในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติของตนเองมาก ประชาชนทั่วไปก็พอใจ และผู้ให้บริการคือแพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ และเภสัชกร เป็นต้น ก็พึงพอใจ ทั้งนี้เพราะจุดเด่น 4 ประการ คือ 1) สามารถครอบคลุมประชากรได้ทั้งประเทศ 2) ประชาชนสามารถเลือกไปใช้บริการที่ไหนก็ได้ตามความพึงพอใจ 3) บริการทางการแพทย์มีคุณภาพสูงโดยสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายจนถือได้ว่ามีราคา "ไม่แพง" เพราะใช้งบประมาณเพียงร้อยละ 9.5 ของจีดีพี 4) มาตรฐานการบริการถือเป็น "มาตรฐานเดียว" ทั่วประเทศ โดยรัฐมีการใช้งบประมาณจากภาษีอากรสนับสนุน (Subsidy) เพื่อให้สามารถครอบคลุมประชากรได้ถ้วนหน้า"

จะเห็นว่า ญี่ปุ่นพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมายาวนาน และสามารถครอบคลุมประชาชนทั้งประเทศ มาตั้งแต่ พ.ศ. 2504 หลังสงครามโลกครั้งที่ 2 เพียง 16 ปี จากที่ประเทศพินาศย่อยยับจากการพ่ายแพ้สงครามไม่นาน

ญี่ปุ่นไม่รอจนประเทศมั่งคั่งร่ำรวยจนล้นเหลือแล้วจึงคิดมาดูแลสุขภาพ เพราะถ้าเช่นนั้น ก็เป็นความคิดที่ผิด และสายเกินไป ญี่ปุ่นเริ่มสร้างระบบหลักประกันสุขภาพตั้งแต่ สมัยปฏิรูปเมจิ เพราะตระหนักดีว่า นั่นคือ สวัสดิการสังคมที่ประเทศชาติพึงกระทำ และต้องกระทำ มิใช่ประชานิยมสามานย์อย่างแน่นอน เพราะถ้าญี่ปุ่นคิดอย่างฉาบฉวย เพียงเพื่อคะแนนเสียงเลือกตั้ง ญี่ปุ่นไม่มีทางที่จะพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของตนจนเป็นที่พึงพอใจ เพราะสามารถครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ ในราคา “ไม่แพง” โดยประชาชนทุกคนได้รับสิทธิประโยชน์เท่าเทียมกัน ไม่ว่าจะเป็นนายกรัฐมนตรี หรือพ่อค้าโมจิริมถนนก็ได้รับบริการ “มาตรฐานเดียวกัน” โดยประชาชนสามารถเลือกไปใช้บริการที่ไหนก็ได้ตามความพึงพอใจ และปราศจากข้อเคลือบแคลงสงสัยใด ๆ

เรื่องนี้ยังต้องพูดกันอีกยาว

บทที่ 3

บทเรียนจากสหรัฐ

ประเทศต่อไปที่จะต้องกล่าวถึง คือ สหรัฐอเมริกา เพราะเป็นประเทศที่ร่ำรวยที่สุดในโลก ใช้เงินเป็นค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพถึงร้อยละ 17.9 ของจีดีพี แต่ก็ยังไม่ติดอันดับมีหลักประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนได้เกินกว่าร้อยละ 90

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

ต่อ % ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP)

สหรัฐ	17.9%
อังกฤษ	9.6%
ญี่ปุ่น	9.5%
ไทย	4%

แม้ใช้เงินไปมากขนาดนั้น แต่ก่อนการปฏิรูป โดยประธานาธิบดี บารัค โอบามา ที่เรียกกันสั้น ๆ ว่า “โอบามาแคร์” สามารถครอบคลุม

ประชากรได้ราวร้อยละ 80 เท่านั้น โดยยังมีประชากรราว 45 ล้านคน ที่ไม่มีประกันสุขภาพใด ๆ และที่มีประกันสุขภาพก็เป็น ประกันสุขภาพของเอกชน ที่กรมธรรม์ในส่วนที่เป็นสิทธิประโยชน์มักจะพิมพ์ตัวโต ๆ แต่ในส่วน “เงื่อนไข ข้อจำกัด” มักจะพิมพ์ด้วยอักษรตัวจิ๋ว และข้อความคลุมเครือ จึงมีคนจำนวนมากที่จ่ายเบี้ยประกันมาหลายปี แต่พอป่วยด้วยโรคร้ายที่ต้องเสียค่ารักษาแพง เช่น เป็นมะเร็ง กลับพบว่า กรมธรรม์ของตนไม่ครอบคลุมโรคที่แพทย์วินิจฉัย !

ปัญหาหลักของสหรัฐที่ใช้เงินแพงที่สุดในโลก เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพ แต่ยังมีปัญหาร้ายแรงในระบบ เพราะระบบประกันสุขภาพในสหรัฐเป็นระบบประกันของเอกชน ซึ่ง อมตะ เสน ได้เขียนไว้ชัดเจน ดังนี้

> *“การไม่มีการจัดการระบบเพื่อการส่งเสริมสาธารณสุขสำหรับทุกคนอย่างเป็นระบบที่ดีพอ ทำให้ประชาชนจำนวนมากต้องเผชิญกับบริการสุขภาพของเอกชนที่ไม่มีประสิทธิภาพและมีราคาแพง จากการวิเคราะห์ของนักเศรษฐศาสตร์หลายท่าน ที่โดดเด่นได้แก่ทฤษฎีตามแนวคิดของเคนเนธ แอร์โรว์ (Kenneth Arrow) ที่กล่าวว่า สังคมไม่สามารถเข้าสู่ภาวะสมดุลตามแนวคิดของตลาดที่มีการแข่งขันอย่างสมบูรณ์ในระบบบริการทางการแพทย์ได้ เนื่องจากเหตุผลที่นักเศรษฐศาสตร์เรียกว่า “ความไม่สมดุลของข้อมูลข่าวสาร” (asymmetric information) ที่ผู้ป่วยมักจะไม่รับทราบข้อมูล เกี่ยวกับการรักษาที่จำเป็นสำหรับเขา ยาที่ใช้ได้ผล หรือแม้กระทั่งสิ่งที่แพทย์สั่งให้เขาคืออะไร ซึ่งไม่เหมือนกับสินค้าอื่น ๆ เช่น เสื้อ หรือ ร่ม ที่ผู้ซื้อการรักษาทางการแพทย์ มักจะรับทราบถึงสิ่งที่ผู้ขาย (ซึ่งก็คือแพทย์) ขายให้กับเขาน้อยมาก ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของตลาดแข่งขัน*

ลดลง ซึ่งกลไกนี้ก็มีผลกระทบในตลาดของประกันสุขภาพเช่นกัน เพราะบริษัทประกันไม่สามารถรับรู้สภาวะทางสุขภาพของผู้ป่วย ทำให้ตลาดประกันสุขภาพเอกชนเป็นตลาดที่ไม่มีประสิทธิภาพอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ แม้แต่ในคำจำกัดความของ narrow logic ของการจัดสรรทรัพยากรในตลาด นอกจากนี้ ปัญหาที่ใหญ่มากถ้าหากไม่มีข้อบังคับใดมาจำกัด ก็คือการแสวงหาผลกำไรของบริษัทประกันเอกชน ทำให้กีดกันผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงออกไป ดังนั้นจึงเป็นเรื่องสำคัญที่รัฐบาลต้องมีบทบาทสำคัญที่จะทำให้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเกิดขึ้นได้จริง

ปัญหาของการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่ไม่เท่าเทียมกัน (asymmetric information) นี้ ก็ยังใช้ได้กับบริการทางการแพทย์เองด้วยเช่นกัน ทำให้เกิดการแสวงหาประโยชน์ จากความไม่รู้ได้ ถึงแม้ว่าจะอยู่ในตลาดที่มีการแข่งขันอย่างมากมายก็ตาม และเมื่อมีการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ ก็ทำให้ไม่เกิดการแข่งขันได้เช่นกัน ซึ่งสามารถทำให้สถานการณ์ของผู้ซื้อบริการทางการแพทย์ยิ่งแย่ลง นอกจากนี้ สถานการณ์จะยิ่งแย่ลง ถ้าผู้ให้บริการไม่ได้รับการฝึกฝนที่เพียงพอ (ซึ่งมักพบในหลายประเทศที่ระบบสุขภาพยังขาดแคลน) ดังนั้นผลลัพธ์ของการไม่มีระบบบริการสาธารณสุขสำหรับทุกคนที่มีการบริหารจัดการที่ดีพอ ก็อาจจะทำให้เกิดการกีดกันการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจำนวนมาก การปฏิเสธผู้ป่วย และกลุ่มผู้ด้อยโอกาสต่าง ๆ"

บทเรียนของสหรัฐ เป็นบทเรียนสำคัญ เมื่อเราพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย เราจึงหลีกเลี่ยงระบบประกันสุขภาพของเอกชน แต่เลือกใช้วิธีตั้งองค์กรภาครัฐในรูปองค์กรมหาชนมาทำหน้าที่แทน คือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งสามารถทำงานได้ผลมาก นั่นคือ (1) สามารถบรรลุเป้าหมายแห่งภารกิจได้ดี (2) โดยมีประสิทธิภาพสูงยิ่ง นอกจากใช้เงินโดยรวมของประเทศไปเพียง 4% ของจีดีพีแล้ว งบค่าบริหารจัดการยังต่ำมาก ราวร้อยละ 1 เท่านั้น

ทั้งนี้ ระหว่างเตรียมศึกษาหาความรู้ เพื่อรอ “หน้าต่างแห่งโอกาส” ที่จะสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้นในประเทศไทย นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เคยจัดประชุมใหญ่ เชิญ ม.ร.ว. จัตุมงคล โสณกุล ที่มักเรียกกันย่อ ๆ จากชื่อเล่นของท่านว่า “หม่อมเต่า” ซึ่งขณะนั้นดำรงตำแหน่งปลัดกระทรวงการคลัง ไปแสดงปาฐกถาพิเศษ วันนั้น หม่อมเต่าไปสาย และใช้เวลาพูดราว 15 นาทีเท่านั้น แต่ได้เสนอสาระสำคัญ ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของเรื่องนี้ นั่นคือ “ถ้าจะทำ อย่าเอาเอกชนมาทำ เพราะเอกชนจะคิดค่าบริหารและกำไรแพงมาก ถึง 50%”

ประเทศไทยก็เคย “พลาด” กรณี “พ.ร.บ. คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535” ที่ “บังคับประกัน” กับรถแล้วให้บริษัทประกันภัยเอกชนเป็นผู้บริหาร ซึ่งประสบปัญหาเช่นเดียวกับที่เกิดในสหรัฐ นั่นคือ ประชาชนไม่ได้รับประโยชน์เท่าที่ควร ค่าใช้จ่ายจำนวนมากถูกผลักเป็นภาระของระบบบัตรทองและประกันสังคม ขณะที่บริษัทประกันได้กำไรเป็นกอบเป็นกำ

ผมเคยเขียนถึงประสบการณ์ของสหรัฐอเมริกาไว้โดยสังเขป รวมพิมพ์ในหนังสือ “ตุลาการภิวัฒน์ในสหรัฐอเมริกา” ขอคัดมาตีพิมพ์ซ้ำ ดังนี้

“ปัญหาใหญ่ของระบบประกันสุขภาพของสหรัฐ
คือ แม้จะใช้จ่ายเงินสูงที่สุดในโลก คือ ราวร้อยละ 17.9

ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศหรือจีดีพี แต่ยังมีประชากรราว 45 ล้านคนที่ไม่มีประกันสุขภาพ และจำนวนมากที่มีกรมธรรม์ประกันสุขภาพแต่เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง และต้องเสียค่ารักษาพยาบาลแพงมาก กลับพบว่า กรมธรรม์ประกันสุขภาพที่ผู้ซื้อประกันต้องจ่ายเบี้ยประกันมาอย่างต่อเนื่องนั้น ไม่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคที่เป็น

ในช่วงหาเสียงเลือกตั้งของ บิล คลินตัน กับ อัล กอร์ มีการเสนอปัญหาและประกาศนโยบายแก้ปัญหานี้ในหนังสือเล่มหนึ่งชื่อ "ให้ประชาชนมาเป็นอันดับแรก" (Put the People First) หนังสือดังกล่าวเล่าประสบการณ์อันเลวร้ายของคนไข้จำนวนมาก เมื่อแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง เท่ากับได้รับคำพิพากษาประหารชีวิตฉบับที่ 1 และเมื่อพบว่ากรมธรรม์ประกันสุขภาพของตนไม่ครอบคลุมโรคที่แพทย์วินิจฉัยก็เท่ากับได้ถูกคำพิพากษาประหารชีวิตฉบับที่ 2

เมื่อคลินตัน และอัลกอร์ได้ชัยชนะเข้าดำรงตำแหน่งประธานาธิบดีและรองประธานาธิบดี ก็ได้รักษาคำมั่นสัญญา เสนอร่างกฎหมายปฏิรูปสุขภาพ พ.ศ. 2536 แต่ตลอด 8 ปี ของการดำรงตำแหน่ง 2 สมัย คลินตันกลับล้มเหลวในการปฏิรูประบบสุขภาพโดยสิ้นเชิง แม้จะได้ฮิลลารี คลินตัน เป็นกำลังสำคัญช่วยผลักดัน

ต่อมามีความพยายามจากอีกหลายคนที่จะปฏิรูปสุขภาพในสหรัฐ เช่น วุฒิสมาชิก จอห์น ชาฟี (John Chafee) จากพรรครีพับลิกัน วุฒิสมาชิกดอน นัคเกิลส์ (Don Nickles) จากพรรครีพับลิกัน และ บ๊อบ เบนเนตต์

(Bob Bennett) จากพรรครีพับลิกัน พยายามเสนอร่างกฎหมายปฏิรูปสุขภาพ แต่ก็ล้มเหลวทั้งหมด มีที่ประสบความสำเร็จน่าพอใจ แต่เป็นการดำเนินการในระดับมลรัฐ คือ มิตต์ รอมนีย์ (Mitt Romney) ผู้ว่าการมลรัฐแมสซาชูเซตส์ ที่สามารถขยายการครอบคลุมหลักประกันสุขภาพของประชาชนในรัฐจาก 90% เป็น 98% นับว่าสูงที่สุดในประเทศ แต่ก็ไม่สามารถขยายผลไปทั่วประเทศได้

ระหว่างรณรงค์หาเสียงเลือกตั้ง โอบามาประกาศชูนโยบายปฏิรูปสุขภาพเป็นหนึ่งในนโยบายสำคัญสูงสุด หลังพิธีสาบานตนเข้ารับตำแหน่งประธานาธิบดีได้เดือนเดียว โอบามาก็ประกาศในเดือนกุมภาพันธ์ที่จะทำงานร่วมกับรัฐสภาเพื่อแปลงนโยบายนี้ให้เป็นการปฏิบัติให้ได้ โอบามาประสบความสำเร็จ แต่ก็ประสบปัญหามากมายจน "บอบช้ำ"

ในการดำเนินการปฏิรูป ประธานาธิบดีโอบามาเริ่มเสนอร่างกฎหมายที่เกี่ยวข้องหลายฉบับต่อสภาผู้แทน ซึ่งได้รับความเห็นชอบ ในวุฒิสภาคณะกรรมาธิการการคลัง ประชุมรวม 31 ครั้ง เพื่อพัฒนาร่างกฎหมายนี้ เดิมโอบามาต้องการใช้หลักการจ่ายเงินสนับสนุนเพื่อจูงใจให้ประกันสุขภาพ แต่หลายคนในฝ่ายเดโมแครตเสนอให้ใช้หลัก "บังคับประกัน" กับทุกคน (individual mandate) ด้วย ซึ่งเมื่อโอบามารับหลักการนี้ ฝ่ายรีพับลิกันก็เริ่มต่อต้านทันที วุฒิสมาชิกจากพรรครีพับลิกันบางคนซึ่งเคยสนับสนุนหลักการให้บังคับประกัน กลับมาคัดค้านและบางคนเริ่มตั้งประเด็นว่าการบังคับประกัน "ขัดต่อรัฐธรรมนูญ"

ในเดือนกันยายน 2552 ประธานาธิบดีโอบามา

แถลงต่อที่ประชุมร่วมของรัฐสภาสนับสนุนการเจรจาเพื่อปรับปรุงร่างกฎหมาย เขาอ้างถึงจดหมายจากอดีตวุฒิสมาชิกเอ็ดเวิร์ด เคนเนดี้ ซึ่งทำงานเรื่องปฏิรูปสุขภาพมายาวนาน ที่ว่า "สิ่งที่เราเผชิญเป็นประเด็นทางศีลธรรม ซึ่งมิใช่เพียงรายละเอียดของนโยบาย แต่เป็นเรื่องหลักพื้นฐานด้านความยุติธรรมในสังคม และอัตลักษณ์ของประเทศเรา"

ในที่สุดสภาผู้แทนผ่านร่างกฎหมาย "บริการสุขภาพที่จ่ายไหวสำหรับอเมริกา" (Affordable Health Care for America Act) ด้วยคะแนนเฉียดฉิว 220 ต่อ 215 เมื่อวันที่ 7 พฤศจิกายน 2552 ส่งให้วุฒิสภาพิจารณาต่อไป

ระบบรัฐสภาของสหรัฐมีความซับซ้อนมาก แทนที่จะพิจารณาร่างที่ผ่านจากสภาผู้แทน วุฒิสภากลับหยิบยกร่างอื่นมาพิจารณา โดยมีการต่อสู้ระหว่างสมาชิกของสองพรรคอย่างถึงพริกถึงขิง กฎหมายหวุดหวิดจะไม่ผ่านออกมา เพราะวุฒิสมาชิกคนสำคัญที่สนับสนุนการปฏิรูปสุขภาพมายาวนาน คือ เอ็ดเวิร์ด เคนเนดี้ เสียชีวิตลงระหว่างนั้น แต่ในที่สุดกฎหมายก็ผ่านวุฒิสภาออกมาเป็นอีกฉบับหนึ่ง คือ กฎหมายคุ้มครองผู้ป่วยและการดูแลที่จ่ายไหว (Patient Protection and Affordable Care Act)

เมื่อกฎหมายเรื่องเดียวกันออกมาจากสองสภาคนละฉบับ มี 2 ทางเลือก คือ สภาผู้แทนรับกฎหมายของวุฒิสภา และยกเลิกกฎหมายของตน หรือเปิดประชุมร่วมระหว่าง 2 สภา ก่อนรับกฎหมายในขั้นสุดท้าย แต่มี

ปัญหาคือหากมีการแก้ไข ก็ต้องส่งกลับไปผ่านวุฒิสภาอีกรอบ ซึ่งมีโอกาส “สะดุด” เพราะคะแนนเสียงมีลักษณะ “ปริ่มน้ำ” ในที่สุดสภาผู้แทน ตกลงรับฉบับของวุฒิสภาโดยมีเงื่อนไขว่าจะต้องมีการออกกฎหมายแก้ไขเพิ่มเติม ซึ่งทุกฝ่ายเห็นชอบตามนั้น และได้ร่างกฎหมายสมานฉันท์บริการสุขภาพและการศึกษา (Health Care and Education Reconciliation Act) กฎหมายของวุฒิสภาผ่านการเห็นชอบของสภาผู้แทนด้วยคะแนน 219 ต่อ 212 เมื่อวันที่ 21 มีนาคม 2553 ประธานาธิบดีลงนามเมื่อวันที่ 23 มีนาคม ส่วนกฎหมายฉบับแก้ไขเพิ่มเติมผ่านวุฒิสภาเมื่อ 25 มีนาคม ประธานาธิบดีโอบามาลงนามเมื่อ 30 มีนาคม

สาระสำคัญของกฎหมายฉบับนี้ ได้แก่ 1) ห้ามบริษัทประกันปฏิเสธผู้เอาประกันที่มีโรคประจำตัว โดยต้องกำหนดอัตราเบี้ยประกันมาตรฐานเดียวในแต่ละกลุ่มอายุและท้องที่ ไม่แบ่งแยกเพศ ยอมให้กำหนดอัตราแตกต่างเฉพาะสำหรับผู้สูบบุหรี่ 2) กำหนดมาตรฐานสิทธิประโยชน์ขั้นต่ำที่ต้องครอบคลุม 3) บังคับให้ทุกคนต้องมีประกัน โดยรัฐจ่ายเงินสนับสนุนลดหลั่นกันตามระดับรายได้สำหรับคนยากจน เป็นต้น

นับถึงเดือนตุลาคม 2557 ประชากรที่ไร้หลักประกันสุขภาพลดลงอย่างชัดเจน ผู้ที่ได้สิทธิช่วยเหลือจากรัฐเสียค่าเบี้ยประกันลดลงร้อยละ 76 ภาคผู้ให้บริการได้รับอานิสงส์จากกฎหมายฉบับนี้เพราะได้ลูกค้าเพิ่มขึ้น

เจตนารมณ์สำคัญของกฎหมายฉบับนี้ไม่เพียงเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชน แต่จะช่วยลดภาวะล้มละลาย

จากค่ารักษาพยาบาลซึ่งเป็นเหตุสำคัญของการล้มละลายของประชาชนในอเมริกา นอกจากนี้ยังเชื่อว่า จะช่วยควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศให้ลดลง ฝ่ายผู้ให้บริการก็จะลดภาระที่ต้อง "ให้การสงเคราะห์" ลงจากการมีผู้ร่วมกระจายความเสี่ยงมากขึ้น

อานิสงส์จากกฎหมายฉบับนี้ ทำให้การประกันสุขภาพแยกสำหรับเด็กลดลง เพราะจะเข้าสู่ระบบประกันร่วมกันในครอบครัวเพิ่มขึ้น สำนักทะเบียนราษฎร์พบว่าการประกันแยกสำหรับ เด็ก และเยาวชน อายุ 19-25 ปี ลดลง 1.6% หรือราว 393,000 คน นับถึงปี 2554

ผลการสำรวจของบรรษัทแรนด์ (Rand Corporation) รายงานเมื่อเดือนมีนาคม 2557 พบว่า ผู้ประกันโดยนายจ้างเป็นผู้จ่าย เพิ่มขึ้น 8.2 ล้านคน ประชากรในโครงการช่วยเหลือผู้มีรายได้น้อยในด้านการรักษาพยาบาล (Medicaid) มีประกันเพิ่มขึ้น 5.9 ล้านคน

ผลการสำรวจของแกลลัปโพลรายงานเมื่อเดือนกรกฎาคม 2557 ประชากรอายุ 18 ปี ขึ้นไปที่ไม่มีประกันสุขภาพลดลงจาก 18.0% ในไตรมาส 1 ของปี 2557 เหลือ 13.4% เมื่อไตรมาส 3 ของปี 2557 ตัวเลขและข้อมูลลักษณะนี้ยังมีอีกมาก

ข้อมูลตัวเลขต่าง ๆ ดูจะสนับสนุนและสร้างคะแนนนิยมให้แก่ฝ่ายโอบามา และน่าจะมีผลให้โอบามาได้รับเลือกตั้งกลับเข้ามาอีกสมัยหนึ่ง เมื่อปลายปี 2555 แม้ขณะนั้นโอบามาจะคะแนนนิยมลดลงจากทั้งปัญหาเศรษฐกิจภายในประเทศและปัญหาด้านการต่างประเทศ โอบามาไม่เพียงชนะเลือกตั้งประธานาธิบดีสมัยที่สอง

เท่านั้น แต่ได้คะแนนเสียงในวุฒิสภาเพิ่มขึ้นด้วย

ฝ่ายรีพับลิกันซึ่งขัดขวางกฎหมายนี้มาตั้งแต่ต้น และทันทีที่กฎหมายนี้ผ่านทั้งสองสภาออกมามีผลบังคับใช้ ฝ่ายรีพับลิกันก็เสนอร่างกฎหมายเพื่อยกเลิก (repeal) กฎหมายนี้ทันที แต่กระบวนการยกเลิกกฎหมายต้องใช้เวลายาวนาน และมีขั้นตอนมากมาย ฝ่ายรีพับลิกันพยายาม "เตะตัดขา" ผ่านกระบวนการกฎหมายงบประมาณประจำปี สภาผู้แทนซึ่งฝ่ายรีพับลิกันครองเสียงข้างมากได้เสนอข้อต่อรองให้ยืดการบังคับใช้กฎหมายออกไปอีก 1 ปี โดยเฉพาะในส่วนของการบังคับประกันแต่ละคน (individual mandate) กระบวนการหน่วงเหนี่ยวบังเกิดผลทำให้วุฒิสภาซึ่งเวลานั้นฝ่ายเดโมแครตครองเสียงข้างมากไม่สามารถผ่านกฎหมายได้ภายในกำหนด คือ ภายในเที่ยงคืนวันที่ 1 ตุลาคม มีผลให้ต้อง "ปิดที่ทำการรัฐบาล" (Government Shutdown) เมื่อต้นปี 2556

สำนักงบประมาณของรัฐสภา วิเคราะห์และเสนอเมื่อเดือนพฤษภาคม 2554 สรุปว่า หากยกเลิกกฎหมายนี้ จะทำให้ขาดดุลงบประมาณในช่วงปี 2554-2564 ราว 210,000 ล้านดอลลาร์

ขณะที่ทั้งสองพรรคชิงไหวชิงพริบต่อสู้กันในรัฐสภา ศาลสูงสุดยังคง "มั่นคง" ในหลักการและแนวทางของตน โดยเมื่อวันที่ 28 มิถุนายน 2555 ศาลได้พิพากษาคดีระหว่าง สหพันธ์ธุรกิจอิสระแห่งชาติ กับ เซเบเลียส (National Federation of Independent Business v. Sebelius) [เซเบเลียส คือ แคธลีน เซเบเลียส (Kathleen Sebelius) รัฐมนตรีสาธารณสุข] สรุปว่า ข้อบัญญัติเรื่อง

การบังคับให้ทุกคนต้องมีประกันสุขภาพ (Individual mandate) ซึ่งเป็นสาระสำคัญในกฎหมายปฏิรูปสุขภาพของรัฐบาล ชอบด้วยรัฐธรรมนูญ ด้วยคะแนนเสียง 5 ต่อ 4

น่าสังเกตว่า ประธานตุลาการศาลสูงสุดคือ จอห์น โรเบิร์ตส์ เป็นหนึ่งในฝ่ายที่ตัดสินสนับสนุนรัฐบาลทั้ง ๆ ที่ท่านผู้นี้ได้รับเสนอแต่งตั้งเป็นประธานตุลาการศาลสูงสุดเมื่อ พ.ศ. 2548 โดยประธานาธิบดี จอร์จ ดับเบิลยู. บุช ซึ่งเป็นฝ่ายรีพับลิกัน และครั้งนั้นมีบุคคลผู้หนึ่งที่ลงคะแนนไม่เห็นชอบกับการแต่งตั้งคือวุฒิสมาชิกจากมลรัฐอิลลินอยส์ ชื่อว่า บารัค โอบามา"

สหรัฐอเมริกาใช้เงินมากมายเพื่อสุขภาพ แต่ยังมีปัญหามากมาย มีความพยายามอย่างต่อเนื่องยาวนานเพื่อปฏิรูป แต่ล้มเหลว ประธานาธิบดี บิล คลินตัน ใช้ความพยายามตลอดเวลา 8 ปี ที่อยู่ในอำนาจก็ทำไม่สำเร็จ ประธานาธิบดีจอร์จ ดับเบิลยู บุช ผู้นำสายเหยี่ยว ไม่สนใจเรื่องนี้ เพิ่งมาสำเร็จในสมัยประธานาธิบดีโอบามา ซึ่งจะสามารถแก้ปัญหาสำคัญของระบบ คือ (1) การครอบคลุมประชากรส่วนที่เหลือร้อยละ 20 ปัจจุบันครอบคลุมเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ คงจะถึงร้อยละ 90 ในไม่ช้า และในที่สุดจะครอบคลุมใกล้ 100% ต่อไป (2) การกำหนดให้กรมธรรม์ต้องคุ้มครองโรคร้ายราคาแพงทั้งหมด

จะเห็นได้ว่า ความร่ำรวยของประเทศมิได้เป็นหลักประกันว่าประชาชนจะมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่จะต้องใช้สติปัญญา และความเพียรพยายามอย่างต่อเนื่องยาวนาน ประชาชนจึงจะมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้

บทที่ 4

กำเนิดระบบบัตรทอง

ต่อไปจะกล่าวถึง พัฒนาการของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย โดยจะกล่าวเป็นลำดับใน 3 หัวข้อ ได้แก่

(1) พัฒนาการของระบบบริการสุขภาพ

(2) พัฒนาการของระบบการเงินการคลัง

(3) พัฒนาการของระบบบัตรทอง

1. พัฒนาการของระบบบริการสุขภาพ

สถานพยาบาลแห่งแรก ๆ ทั้งในกรุงเทพฯ และต่างจังหวัด เป็นของมิชชันนารี ที่เข้ามาเผยแผ่ศาสนาในประเทศไทยในยุคต้นรัตนโกสินทร์

โรงพยาบาลของรัฐแห่งแรกที่สร้างขึ้นคือ โรงพยาบาลศิริราช จากการที่พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ได้เสด็จพระราชดำเนินไปเห็นตัวอย่างที่สิงคโปร์และอินเดีย ทรงสร้างโรงพยาบาลศิริราชขึ้น หลังจากที่ พระโอรส คือ เจ้าฟ้าชายศิริราชกกุธภัณฑ์ สิ้นพระชนม์ด้วยพระโรคบิดตั้งแต่พระชนม์ยังน้อย ทรงปรารภว่า “แต่ลูกเรายังทุกข์ยากถึงเพียงนี้แล้วลูกราษฎรเล่า” จึงโปรดฯ ให้ใช้ไม้พระเมรุไปก่อสร้างแล้วขอเงินก้นถุง



เจ้าฟ้าชายศิริราชกกุธภัณฑ์

ของพระโอรสจากสมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถไปเป็นทุนสร้างโรงพยาบาลศิริราช ตั้งแต่ พ.ศ. 2429 เปิดบริการประชาชนได้ เมื่อ พ.ศ. 2431

หลังจากนั้นมีการสร้างโรงพยาบาลอื่น เช่น โรงพยาบาลสำหรับคนเสียจริต ที่ปากคลองสาน คือ โรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยาในปัจจุบัน เป็นต้น

บริการที่เพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดด เกิดขึ้นหลังเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ. 2475 ได้ 10 ปี เมื่อ จอมพล ป. พิบูลสงคราม ต้องการสร้างความเข้มแข็งของชาติ จึงตั้งกระทรวงสาธารณสุขขึ้นเมื่อ พ.ศ. 2485 หลังจากนั้นก็มีนโยบายสร้างโรงพยาบาลประจำจังหวัดขึ้น โดยเริ่มจากจังหวัดชายแดนก่อน เช่น โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โรงพยาบาลนครพนม โรงพยาบาลหนองคาย ทั้งนี้เพื่อ “อวดธง” ของประเทศไทย แสดงความเจริญแข่งกับประเทศรอบบ้านที่ล้วนเป็นอาณานิคม จุดหมายสำคัญเพื่อดึงความนิยมและความจงรักภักดีของประชาชนตามชายแดน



จอมพล ป. พิบูลสงคราม

ในระดับอำเภอ แต่ก่อนมีเพียงสถานีอนามัย โดยมีเพียงบางอำเภอเท่านั้นที่มีแพทย์ประจำ และแทบทั้งหมดมีแพทย์ประจำเพียงอำเภอละหนึ่งคนเท่านั้น การพัฒนาโรงพยาบาลระดับอำเภอ เริ่มในสมัยรัฐบาล ม.ร.ว. คึกฤทธิ์ ปราโมช เมื่อ พ.ศ. 2518 ที่ประกาศนโยบาย “ช่วงชิงประชาชน” นอกจากเรื่องเงินผัน ประกันราคาพืชผล คนยากจนขึ้นรถเมล์ฟรี รักษาฟรี แล้ว ยังประกาศให้มีโรงพยาบาลอำเภอทุกอำเภอในประเทศไทย นโยบายนี้มาสำเร็จในสมัยพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ ที่มีนโยบายทศวรรษพัฒนาชนบท ประกาศสร้างโรงพยาบาลชุมชนทุกอำเภอ และสร้างสถานีอนามัยทุกตำบล และทำจนสำเร็จในเวลาต่อมา

บริการระดับอำเภอและตำบล ได้รับพระมหากรุณาธิคุณในวโรกาสที่สมเด็จพระบรมโอรสาธิราชสยามมกุฎราชกุมารทรงอภิเษกสมรส รัฐบาลสมัยนายธานินทร์ กรัยวิเชียรได้เชิญชวนประชาชนบริจาคสร้างโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ซึ่งเดิมที่มีเป้าหมายเพียงแห่งเดียว แต่ประชาชนมีศรัทธาอย่างล้นหลาม สร้างได้ถึง 21 แห่ง และต่อมารัฐบาลยังมีโครงการสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์พระบรมราชินีนาถ พัฒนาสถานีอนามัยให้เป็นอาคารขนาดใหญ่ สามารถบริการประชาชนในท้องที่ชนบท ได้มากขึ้น

บริการระดับตำบล ได้มีการพัฒนาอีกครั้ง ในสมัยรัฐบาลนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ ยกฐานะเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพิ่มบุคลากรให้มีจำนวนและขอบขีดความสามารถมากขึ้น

ระบบบริการสุขภาพของรัฐที่กระจายอยู่อย่างทั่วถึงทุกระดับทั่วประเทศ คือพื้นฐานสำคัญที่จะทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการ (Accessible) ตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้อย่างทั่วถึงทั่วประเทศ การพัฒนาถนนหนทาง ระบบสื่อสาร การคมนาคม ไฟฟ้า น้ำประปา ก็มีส่วนสำคัญในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชน

2. พัฒนาการของระบบการเงินการคลัง

แต่เดิมรัฐบาลมีงบประมาณจำกัดมาก ระบบที่ทำให้โรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุขต่าง ๆ สามารถให้บริการประชาชนได้โดยไม่ต้องพึ่งแต่งบประมาณจากรัฐบาล คือ การมีระบบเงินบำรุงโรงพยาบาล

ผู้ที่บุกเบิกเรื่องนี้ คือ ศาสตราจารย์นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว ซึ่งรับนโยบายไปสร้างโรงพยาบาลจังหวัดเชียงรายโดยรัฐบาลไม่มีงบประมาณให้ไปเลย ศ.นพ.เสม ใช้วิธีขอบริจาคจากชาวบ้านคนละบาท นำมาสร้างโรงพยาบาล ซื้อเครื่องมือและเวชภัณฑ์บริการประชาชน เมื่อประชาชนมารับการรักษาก็เก็บเงินแต่พอสมควร เพื่อนำมาใช้เป็นทุนซื้อยาและเวชภัณฑ์มาบริการประชาชนต่อไป การกระทำดังกล่าวผิดระเบียบราชการ เพราะเงินที่เก็บจากประชาชนเป็นค่ารักษา ระเบียบกำหนดให้ต้องส่งเป็นรายได้แผ่นดิน แต่ถ้าทำตามระเบียบประชาชนก็ต้องรองบประมาณจากรัฐบาลย่อมไม่มียาไปใช้รักษาทันเวลา

โชคดี รัฐมนตรีคลังสมัยนั้น คือ พระยาไชยยศสมบัติ ฟังเหตุผลของ ศ.นพ.เสม แล้ว แทนที่จะถือเป็นความผิด กลับออกระเบียบรองรับให้การกระทำดังกล่าวถูกต้อง และต่อมาก็มีการบัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติ

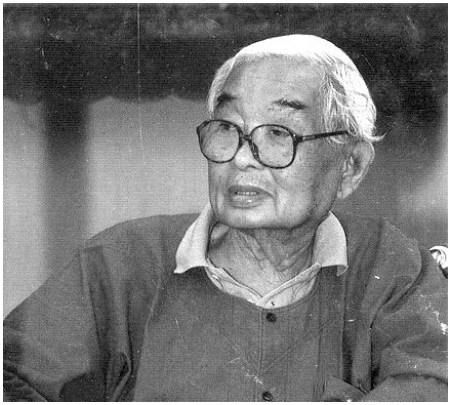


นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว

วิธีการงบประมาณ พ.ศ. 2502 กำหนดให้สถานพยาบาล และสถานศึกษา สามารถเก็บเงินที่หามาได้ไว้เป็นเงินบำรุง ไม่ต้องส่งเป็นรายได้แผ่นดิน โดยให้โรงพยาบาลใช้เงินได้ตามระเบียบที่กระทรวงการคลัง และสำนักงบประมาณให้ความเห็นชอบ

ระบบดังกล่าว ช่วยแก้ปัญหาให้แก่ประชาชนที่มีความสามารถจ่ายได้ แต่ไม่สามารถแก้ปัญหาอีก 2 ปัญหา คือ (1) ปัญหาประชาชนยากจนที่ไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาล แม้เพียงไม่กี่บาทก็ตาม เพราะสมัยที่ผมเริ่มรับราชการ เมื่อ พ.ศ. 2516 พบชาวบ้านในชนบทจำนวนมาก ไม่มีเงินติดบ้านแม้สักบาทเดียว (2) ปัญหาประชาชนที่มีเงินอยู่บ้าง แต่เมื่อต้องจ่ายค่ารักษาราคาแพงก็เกินกำลังที่จะจ่ายได้

ปัญหาดังกล่าวรัฐบาลจึงจำเป็นต้องจัดสรรงบประมาณเพื่อช่วยเหลือประชาชน แต่ในอดีตรัฐบาลมีเงินน้อย สมัยที่ผมเริ่มรับราชการ รัฐบาลมีเงินงบประมาณค่ายาและเวชภัณให้โรงพยาบาลระดับอำเภอเพียงปีละ 1 หมื่นบาท สำหรับประชาชนทั้งอำเภอราว 8 หมื่นคน ! ทำให้โรงพยาบาล



ม.ร.ว.คึกฤทธิ์ ปราโมช

จำเป็นต้อง “รีดเลือดเอาจากปู” ผลคือ มีประชาชนจำนวนมากไม่กล้าไปโรงพยาบาล เมื่อเจ็บหนักจำเป็นต้องเข้าโรงพยาบาล ก็มีจำนวนมากที่ต้องสิ้นเนื้อประดาตัว ขายไร่ ขายนา ขายวัวขายควาย หรือถึงขั้นขายลูกสาวเพื่อมารักษาตัว

เป็นโศกนาฏกรรมที่เกิดขึ้นเป็นประจำ

ในสมัย ม.ร.ว.คึกฤทธิ์ ปราโมช ซึ่งประเทศไทยกำลังถูกภัยคุกคามอย่างหนักจากการพ่ายแพ้ของสหรัฐในสงครามอินโดจีน ความกลัวว่าประเทศไทยจะเป็น “โดมิโน” ตัวต่อไป ทำให้เกิดสงครามช่วงชิงประชาชน ซึ่งหนึ่งในยุทธศาสตร์ของรัฐบาล ม.ร.ว. คึกฤทธิ์ ปราโมช คือ โครงการรักษาฟรี โดยการจัดงบประมาณ “ก้อนใหญ่” ให้แก่โรงพยาบาลต่าง ๆ โดยจัดสรรผ่านกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลระดับอำเภอจึงได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดดจากปีละ 1 หมื่นบาท สูงขึ้นราว 10-20 เท่า แต่ก็ยังไม่เพียงพอ เพราะเฉลี่ยต่อหัวประชากรแล้วก็ได้เพียงคนละราว 2-5 บาท เท่านั้น ปัญหาประชาชนสิ้นเนื้อประดาตัว เพราะเจ็บไข้ได้ป่วยด้วยโรคร้ายแรงยังเกิดขึ้นต่อเนื่อง

ขณะที่ประชากรส่วนใหญ่ของประเทศมีความเสี่ยงต่อการสิ้นเนื้อ

ประดาตัวเพราะเจ็บป่วย มีบุคคลกลุ่มเล็ก ๆ ที่รอดพ้นจากภาวะดังกล่าว กลุ่มแรก คือ ข้าราชการซึ่งรวมถึงพ่อแม่และบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เพราะจะได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลจากรัฐบาล

ประชาชนจำนวนมากสมัยนั้น นิยมรับราชการ แม้เงินเดือนไม่มาก ส่วนหนึ่งเพราะต้องการ “หลักประกันสุขภาพ” จากสวัสดิการรักษาพยาบาลนี้เอง

บุคคลกลุ่มที่สองที่มี “หลักประกันสุขภาพ” คือ ผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม

ระบบประกันสังคม ริเริ่มดำเนินการในประเทศไทย มาตั้งแต่ พ.ศ. 2499 โดยมีกฎหมายออกมาแล้ว แต่กำหนดว่า จะเริ่มใช้ในท้องที่ใด “ให้เป็นไปตามที่กำหนดในกฎกระทรวง” ซึ่งรัฐบาลไม่เคยประกาศกำหนดท้องที่บังคับใช้เลย โดยเฉพาะหลัง พ.ศ. 2500 เมื่อจอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ ทำรัฐประหาร และเริ่มยุคพัฒนาอุตสาหกรรม โดยนโยบายดึงดูดการลงทุนจากต่างประเทศ ด้วยการยอมให้แรงงานราคาถูกและไม่ต้องมีสวัสดิการแรงงาน รวมทั้งยอมให้ทำลายสิ่งแวดล้อม ประกันสังคมจึงไม่เกิดขึ้น และต้องใช้เวลาถึง “34 ปีแห่งการรอคอย” จึงเกิด พ.ร.บ. ประกันสังคม ในปี 2533 ในสมัยรัฐบาลพลเอกชาติชาย ชุณหวัณ และเริ่มมีผลบังคับใช้เมื่อเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2534

ประกันสังคมไทยเริ่มแบบค่อยเป็นค่อยไป จากโรงงานที่มีคนงาน 20 คนขึ้นไป ระยะแรกจึงครอบคลุมแรงงานราว 2 ล้านคนเท่านั้น และ “หลักประกันสุขภาพ” ก็จำกัดเฉพาะตัวของผู้ประกันตนเท่านั้น ไม่ครอบคลุมพ่อ-แม่-ลูก เหมือนสวัสดิการข้าราชการ

ในกระทรวงสาธารณสุข มีความพยายามจะขยายระบบหลักประกันสุขภาพให้แก่ประชาชน โดยระบบสมัครใจ คือ โครงการบัตรสุขภาพ แต่ได้ผลน้อย เพราะเป็นกองทุนขนาดเล็ก สิทธิประโยชน์จำกัด และประชาชนก็มีกำลังซื้อจำกัด

3. พัฒนาการของระบบบัตรทอง

นักวิชาการและนักบริหารที่มีบทบาทสำคัญในการให้กำเนิดระบบบัตรทอง คือ (1) นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ผู้ทุ่มเทอุทิศชีวิต เพื่อสร้างระบบนี้ขึ้น และ (2) นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร ดุษฎีบัณฑิตเกียรตินิยม จาก มหาวิทยาลัยลอนดอน นายแพทย์สงวนได้รับการชักชวนจาก ศาสตราจารย์นิคม จันทรวิทุร ให้ไป “ช่วยวางระบบการรักษาพยาบาล” ของประกันสังคม นายแพทย์สงวน มีทีมงานสำคัญ คือ นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร

นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร เป็นผลผลิตที่เป็น “เพชรน้ำหนึ่ง” จากโครงการพัฒนางานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขขึ้นในกระทรวงสาธาณสุข เริ่มจากการมีที่ปรึกษาคนสำคัญคือ ศาสตราจารย์แอนน์ มิลล์ จากวิทยาลัยสาธารณสุขและเวชศาสตร์เขตร้อนแห่งมหาวิทยาลัยลอนดอน และจากการมองการณ์ไกลของปูชนียบุคคลในวงการสาธารณสุข เช่น นายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ ศ.นพ.ประเวศ วะสี นายแพทย์ยุทธนา ศุขสมิติ นายแพทย์ดำรงค์ บุญยืน เป็นต้น ได้เริ่มโครงการฝึกอบรมวิชาเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ร่วมกับ ดร.สมคิด แก้วสนธิ แห่งคณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และการส่งบุคลากรสาธารณสุขไปศึกษาวิชานี้ในระดับปริญญาเอกในต่างประเทศ นายแพทย์วิโรจน์ เป็นหนึ่งในผลผลิตจากโครงการดังกล่าว

ก่อน พ.ร.บ. ประกันสังคมจะออกมา ผู้เชี่ยวชาญจากองค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labour Organization: ILO) ได้คำนวณแล้วว่า การเก็บเงินสมทบโดยหักเงินค่าจ้างจากผู้ประกันตนร้อยละ 1.5 นายจ้างและรัฐบาลจ่ายสมทบฝ่ายละ 1.5 นำมาใช้ประโยชน์ 4 กรณี คือ (1) ตาย (2) เจ็บป่วย (3) คลอด และ (4) ทุพพลภาพ โดยหักส่วนค่ารักษาพยาบาล ร้อยละราว 0.8 จะสามารถใช้ได้เฉพาะค่ารักษาพยาบาลกรณีคนไข้ในที่โรงพยาบาลรับไว้รักษา (In Patient) เท่านั้น

ไม่พอสำหรับกรณีเป็นคนไข้นอก (Out Patient) ด้วย

นายแพทย์วิโรจน์ เรียนจบกลับมาเดือนธันวาคม 2533 พอมกราคม 2534 ก็ได้ไปพบคุณอำพล สิงหโกวินท์ เลขาธิการประกันสังคมคนแรก เสนอให้ "ปฏิรูป" ครั้งใหญ่ ไม่ใช้ระบบ "จ่ายตามการให้บริการ" (Fee-For-Service) อย่างที่ระบบสวัสดิการข้าราชการทำอยู่ คือ เมื่อเจ็บป่วยก็ให้ไปรับการรักษา ถ้าเป็นคนไข้นอกก็ให้ข้าราชการจ่ายเงินไปก่อนแล้วมาเบิกคืน ถ้าเป็นคนไข้ในก็ให้โรงพยาบาลเรียกเก็บจากต้นสังกัด นายแพทย์วิโรจน์เสนอให้ใช้ระบบ "เหมาจ่ายรายหัว" (Capitation) แทน โดยชี้ให้เห็นข้อดีหลายประการ ได้แก่ (1) ใช้เงินเท่าเดิม แต่สามารถครอบคลุมค่ารักษาได้หมดทั้งคนไข้ในและคนไข้นอก (2) สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ โดยเสนอให้ตั้งอัตราเหมาจ่ายคนละ 750 บาทต่อปี ระยะยาวกองทุนนอกจากจะไม่ล้มละลายแล้ว จะมีเงินเหลือพอกพูนขึ้นเรื่อย ๆ ด้วย (3) ไม่ต้องสร้างระบบการตรวจสอบ การเบิกจ่าย เพราะเป็นระบบเหมาจ่าย สำนักงานประกันสังคม จึงทำหน้าที่หลักเพียงคำนวณจากจำนวนผู้ประกันตนที่เลือกโรงพยาบาลแต่ละแห่ง แล้วทยอยจ่ายให้เป็นรายเดือนเท่านั้น สามารถประหยัดงบประมาณด้านบริหารลงได้มากมาย (4) ผู้ประกันตนไม่ต้องจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลล่วงหน้าเหมือนข้าราชการ กรณีเป็นคนไข้นอก และกรณีเป็นคนไข้ในก็ไม่ต้องเสียเวลาไปทำหนังสือเพื่อให้โรงพยาบาลเรียกเก็บจากกองทุน (5) โรงพยาบาลพอใจที่ได้เงินไปล่วงหน้าไม่ต้องรอการเบิกจ่าย

ข้อดีมากมายเช่นนี้ คุณอำพลพิจารณาแล้วรับข้อเสนอทันที และลดค่าเหมาจ่ายรายหัวลงเหลือคนละ 700 บาทต่อปี เพราะ "ผู้ประกันตนส่วนใหญ่อายุไม่มาก ไม่ใคร่เจ็บป่วย และหากเจ็บป่วยจากการทำงานก็สามารถไปเบิกจากกองทุนทดแทนแรงงานได้"

อัตราคนละ 700 บาทต่อปีนี้ นายกสมาคมโรงพยาบาลเอกชนสมัยนั้น พยายามมา "วิ่งเต้น" กับ นายแพทย์สงวน ขอเพิ่มเป็น 1,200 บาท

โดย “ขู่” ว่าถ้าไม่ได้อัตรา 1,200 บาท โรงพยาบาลที่เป็นสมาชิกสมาคมโรงพยาบาลเอกชนจะไม่เข้าร่วม ทีมงานของเรายืนยันตัวเลข และ “แก้เกม” โดยเสนอคณะรัฐมนตรีให้มีมติให้โรงพยาบาลของรัฐทุกแห่งต้องเข้าร่วม ผมเป็นผู้ได้รับมอบหมายให้นำทีมไปชี้แจงกับ ครม. กลั่นกรองด้วยตนเองจนเรียบร้อย ผลคือโรงพยาบาลเอกชนที่เป็นสมาชิกสมาคมโรงพยาบาลเอกชน พากัน “บอยคอต” ไม่เข้าร่วมโครงการในปีแรก

อัตราคนละ 700 บาทต่อปีนี้ ทั้งโรงพยาบาลรัฐและเอกชน บ่นว่าถูกไป โดยดูแต่ตัวเลขว่าถ้าผ่าตัดรายหนึ่งก็ต้องใช้จ่ายนับพันนับหมื่น หรือนับแสน จะขาดทุน แต่ความจริงมีน้อยรายที่ต้องเสียค่ารักษาแพง ๆ ปรากฏว่าทุกโรงพยาบาลที่เข้าร่วมในปีแรก ต่างก็กำไรอู้ฟู่ ผมเป็นประธานคณะอนุกรรมการข้อมูลข่าวสาร ในคณะกรรมการการแพทย์ของประกันสังคม ดูตัวเลขแล้วชัดเจน โรงพยาบาลแห่งหนึ่งแถวบางนา มีผู้ประกันตนเกือบ 5 หมื่นคน ในช่วงปีแรก ซึ่งมีเวลาเพียง 7 เดือน จากมิถุนายน-ธันวาคม 2534 ได้รับเงินไปราว 19 ล้านบาท ใช้จ่ายไปไม่ถึง 3 ล้าน กำไร “เหนาะ ๆ” ถึงกว่า 16 ล้าน โดยไม่ต้องลงทุนเพิ่มเลย

อัตราเหมาจ่ายรายหัวนี้จึงยืนอยู่ที่ 700 บาท ติดต่อกัน 4 ปี ตอนปลายปีที่ 4 มีกลุ่มคนพยายามจะขอเพิ่มอัตราถึงขนาดแอบไปจัดประชุมคณะกรรมการการแพทย์กันแบบลับ ๆ ที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง โดยหาวิธีทำให้หนังสือเชิญประชุมที่มีไปถึงผมในฐานะกรรมการคนหนึ่งในคณะกรรมการการแพทย์ ไม่ถึงมือผม แต่มีเจ้าหน้าที่ประกันสังคมแจ้งผม ผมตามไปร่วมประชุมในฐานะกรรมการการแพทย์จนได้ และได้ขัดขวางมิให้เพิ่มอัตราเหมาจ่าย เพราะปรากฏชัดเจนว่าอัตราดังกล่าวโรงพยาบาลแทบทุกแห่งมีกำไรมากมาย มีบางแห่งเท่านั้นที่มีปัญหา เพราะเปิดรับผู้ประกันตนจำนวนน้อย

ผลจากการตัดสินใจที่ถูกต้อง เลือกใช้ระบบการเงินการคลังแบบ “เหมาจ่ายรายหัว” และใช้ความสุจริต แข็งใจยืนตัวเลขเริ่มต้นที่คนละ 700

บาท ทำให้กองทุนเฉพาะส่วนนี้พอกพูนขึ้นเรื่อยๆ แม้จะมีการ ฉ้อฉล หาประโยชน์จากกองทุนเกิดขึ้นในเวลาต่อมา เงินกองทุนส่วนนี้ก็ยังเหลือกว่าแสนล้าน

จากการ “ติดกระดุมเม็ดแรก” อย่างถูกต้อง นายแพทย์สงวนและคณะได้ศึกษาเพิ่มเติม โดยขอเงินสนับสนุนจากสหภาพยุโรป (EU) ได้เงินมาราว 50 ล้านบาท ทำการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม อีกหลายเรื่อง เมื่อ “หน้าต่างแห่งโอกาส” เปิดขึ้น จึงสามารถสถาปนาระบบบัตรทองขึ้นได้ จนงอกงามเติบโต สามารถช่วยเหลือประชาชนคนไทยได้อย่างอเนกอนันต์ เป็นที่ชื่นชมไปทั่วโลก

บทที่ 5

บัตรทองมิใช่ประชานิยม

คงจะเป็นเพราะภาพของระบบบัตรทองผูกติดกับภาพของ พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร ทำให้คนที่เป็นฝ่ายตรงข้ามกับ พ.ต.ท.ทักษิณ พยายามมองหา “ด้านลบ” ของระบบบัตรทอง ซึ่งภาพหนึ่งคือการ “มั่ว” โจมตีว่าระบบบัตรทองเป็นส่วนหนึ่งของนโยบาย “ประชานิยม”

แท้จริงแล้วความฝันของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นความฝันของหลาย ๆ คนในวงการสาธารณสุขมาช้านาน ที่สำคัญคือ นายแพทย์อมร นนทสุต ซึ่งพยายามทำเรื่อง “บัตรสุขภาพ” เป็นนโยบายสำคัญตั้งแต่ก่อนมาดำรงตำแหน่งปลัดกระทรวงสาธารณสุข และผู้ที่สานฝันนี้จนสำเร็จคือ นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และนายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร โดยอีกหลายคนสำคัญที่ “รับไม้” มาทำในสมัยเริ่มระบบนี้อย่างเป็นทางการ คือ นายแพทย์มงคล ณ สงขลา ซึ่งเป็นผู้รับนโยบายมาลงมือปฏิบัติขณะดำรงตำแหน่งสุดท้ายในชีวิตข้าราชการประจำ เป็นปลัดกระทรวงสาธารณสุข และ “กุนซือ” คู่ใจคือ นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ซึ่งขณะนั้นเป็นรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้ง “กองทัพสาธารณสุข” อีกมากมาย

ความฝันอันงดงามประดุจ “แสงดาวแห่งศรัทธา” ของนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ แท้จริงแล้วเป็นการสานต่อความฝันของพระปิย

มหาราชเจ้า ที่ทรงริเริ่มสร้างโรงพยาบาลศิริราช เพราะความห่วงใยมุ่งจะขจัดทุกข์บำรุงสุขให้แก่ “ลูกราษฎร” สืบต่อมาถึงสมัยจอมพล ป. พิบูลสงคราม ที่ต้องการสร้างความเข้มแข็งของชนชาติไทยหวังให้เป็นมหาอำนาจ และต่อมาคือความฝันใน “ปฏิทินแห่งความหวังจากครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอน” ของ ดร. ป๋วย อึ๊งภากรณ์ ทำให้มีการบัญญัติไว้เป็นครั้งแรกในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2517 ซึ่งเป็นผลพวงสำคัญของประชาชนคนไทยหลังเหตุการณ์ 14 ตุลาคม 2516 ที่เริ่มจากกำหนดให้รัฐต้องให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ยากไร้โดยไม่คิดมูลค่า และพรรคกิจสังคมของ ม.ร.ว. คึกฤทธิ์ ปราโมช ได้กำหนดนโยบายช่วงชิงประชาชนข้อหนึ่งคือ “รักษาฟรี” ซึ่งไม่มีรัฐบาลไหนในยุคต่อ ๆ มาโจมตีว่าเป็นประชานิยมเลย มีแต่การเพิ่มงบประมาณและขยายการครอบคลุมจากการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย เป็นการสงเคราะห์แก่ “บุคคลที่ควรช่วยเหลือเกื้อกูล” ได้แก่ เด็ก คนชรา คนพิการ เป็นต้น

ความฝันในปฏิทินแห่งความหวังจากครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอนของ ดร.ป๋วย อึ๊งภากรณ์ นั้น กลายมาเป็นธงนำสำคัญในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 พ.ศ. 2540-2544 เมื่อไทยเริ่มเปลี่ยนทิศทางการพัฒนาประเทศครั้งสำคัญจากการมุ่งการสร้างความเติบโตทางเศรษฐกิจมาเป็นการพัฒนาโดยมุ่งประชาชนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา และรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ซึ่งประชาชนมีส่วนในการขับเคลื่อนอย่างกว้างขวาง จนได้ฉายาว่าเป็น รัฐธรรมนูญฉบับประชาชน ก็ได้ขยายเป้าหมาย และหลักการของหลักประกันสุขภาพให้เป็นสิทธิของประชาชน มิใช่เป็นการสงเคราะห์อย่างแต่ก่อน

นายแพทย์สงวน และ นายแพทย์วิโรจน์ เป็นผู้ที่มุ่งมั่น และ “กัดติด” เรื่องนี้มาอย่างต่อเนื่อง วิทยานิพนธ์ปริญญาเอกสาขาเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขของนายแพทย์วิโรจน์ก็ทำเรื่องนี้ และหลังใช้เวลาวางระบบงานด้านการรักษาพยาบาลในระบบประกันสังคมเป็นเวลา 4 ปี โดยเป็นผู้มีส่วน

สำคัญในการเสนอตัวบุคคลประกอบเป็นคณะกรรมการการแพทย์ชุดแรก ตาม พ.ร.บ. ประกันสังคม พ.ศ. 2533 แล้ว นายแพทย์สงวน ก็คิด ฝัน ศึกษาวิจัย และประกาศชัดเจนว่า ในชีวิตนี้งานเดียวที่จะทำต่อไป คือ **การปฏิรูปบริการสุขภาพ** (Healthcare Reform) ซึ่งสาระสำคัญก็คือ **การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า** (Universal Coverage: UC) นี้เอง

นายแพทย์สงวนได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องนี้อย่างเป็นระบบ มี “โครงการอยุธยา” เป็นต้น เป็นการศึกษาวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) หาทางลดความแออัดในโรงพยาบาลจังหวัด โดยการตั้งคลินิกชุมชนขึ้น หวังให้โรงพยาบาลเป็นที่ “สัปปายะ” อย่างแท้จริง ไม่จอแจแออัดเหมือนตลาดสดอย่างที่เป็นอยู่มาจนทุกวันนี้ ความฝันของ นายแพทย์สงวน คือ บริการคนไข้นอกต้องไปอยู่ในชุมชน กระจายออกไปให้ **“ใกล้บ้าน ใกล้ใจ”** ประชาชนมากที่สุด ต้องทำจนกระทั่งปิดแผนกคนไข้นอกในโรงพยาบาลให้หมด เหมือนระบบโรงพยาบาลในประเทศอังกฤษ และเครือจักรภพ รวมทั้งที่ฮ่องกง เป็นต้น

นอกจากระบบบริการแล้ว ยังมีการศึกษาระบบการเงินการคลัง หาตัวเลขที่ชัดเจนว่าจะต้องใช้จ่ายเท่าไร และอย่างไรจึงจะเกิดประสิทธิภาพสูงสุด รวมทั้งจะต้องสร้างองค์กรให้เป็น **“นวัตกรรมการบริหาร”** ให้สามารถบริหารแบบทุกฝ่ายมีส่วนร่วม เพื่อ **“อภิบาลระบบ”** ให้มี “ธรรมาภิบาล” อย่างแท้จริง แน่นอนว่าประสบการณ์อันขมขื่นตลอดชีวิตราชการของนายแพทย์สงวน ซึ่งตำแหน่งสุดท้ายก่อนออกไปรับตำแหน่งเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้เป็นผู้บริหารระดับสูงในตำแหน่งรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข และเกือบ ๆ จะได้เป็นปลัดกระทรวงสาธารณสุขในเวลาต่อมาด้วยซ้ำ แต่นายแพทย์สงวนก็พบว่าพันธนาการของระบบราชการ ไม่มีทางที่จะสร้างธรรมาภิบาลอย่างแท้จริง และข้อสำคัญคือไม่สามารถทำให้เกิด “ประโยชน์สุข” ที่แท้จริงแก่ประชาชนได้ แม้จะทุ่มเทเงินทองลงไปเท่าใดก็ตาม เงินก้อนนั้นก็จะไร้ประสิทธิผล และ

ประสิทธิภาพ และมีโอกาสสูงที่จะมีการทุจริตคอรัปชั่นตามมา ดังที่เกิดขึ้นแล้วในกรณีการทุจริตยา 1,400 ล้าน ที่เกิดขึ้นช่วงหลังจากกลางปี พ.ศ. 2540 ที่เกิดวิกฤตเศรษฐกิจครั้งใหญ่ในประเทศ

"ประโยชน์สุข" ของประชาชนที่ นพ.สงวน มุ่งบรรลุนั้น ก็คือการดำเนินรอยตามพระราชปณิธานของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวที่ทรงประกาศเป็นพระปฐมบรมราชโองการ ในพระราชพิธีบรมราชาภิเษกว่า "เราจะครองแผ่นดินโดยธรรมเพื่อประโยชน์สุขแห่งมหาชนชาวสยาม"

พระปฐมบรมราชโองการนี้ เป็นประโยคเดียวกับที่พระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ทรงประกาศครั้งแรก ว่า "เราจะครองแผ่นดินโดยธรรมเพื่อประโยชน์สุขของมหาชนชาวสยาม" เพียงเปลี่ยนคำว่า "ของ" เป็น "แห่ง" เท่านั้น

สาระสำคัญ คือ จะปกครองแผ่นดินโดยธรรม ซึ่งย่อมหมายถึงทศพิธราชธรรมนั่นเอง และเป้าหมายย่อมกระทำทั้งเพื่อ "ประโยชน์" และ "ความสุข" ของมหาชนชาวสยาม ซึ่งชาวสยามย่อมหมายรวมถึงประชาชนในประเทศทุกเชื้อชาติ ศาสนา ทุกเพศ ทุกวัย และทุกหมู่เหล่า นั่นเอง มิใช่เฉพาะคนที่มีเชื้อชาติไทยเท่านั้น

จากการศึกษาวิจัยอย่างต่อเนื่อง จากการทำงานอย่างมุ่งมั่น ด้วยอิทธิบาทสี่อย่างแท้จริง คือ **ฉันทะ** ความรักในงานนี้อย่างสุดจิตสุดใจ **วิริยะ** คือ ความพากเพียรพยายามอย่างไม่ลดละ **จิตตะ** คือ จิตใจที่ฝักใฝ่หมกมุ่นครุ่นคิด หาความรู้ สร้างปัญญาอย่างต่อเนื่อง และ **วิมังสา** คือ การหมั่นตรวจตรา ตรวจสอบ ทบทวน แก้ปัญหาอยู่เป็นนิจ

ดังนั้น แทนที่จะทำเป็น "โครงการ" เหมือนโครงการรักษาฟรีของ ม.ร.ว.คึกฤทธิ์ ปราโมช ซึ่งยังคงมีสถานะเป็นโครงการตลอด 26 ปี นับตั้งแต่ พ.ศ. 2518 จนถึง พ.ศ. 2544 จึงได้มีการผลักดันจนเกิดเป็นพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

สาระสำคัญที่เป็นหัวใจของพระราชบัญญัติดังกล่าว ได้แก่

ประการแรก คือ การกำหนดให้การได้รับการดูแลสุขภาพเป็นสิทธิ์ของประชาชน มิใช่เป็นการสงเคราะห์อย่างแต่ก่อน หัวใจสำคัญในประเด็นนี้คือการยกฐานะของประชาชนให้เป็นพลเมืองของประเทศ มีศักดิ์ศรีเสมอกันกับบุคลากรที่เป็นผู้ให้บริการ ซึ่งเป็นการสอดคล้องกับหลักการในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ที่บัญญัติในเรื่องศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์และสิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานโดยทั่วถึงไว้ด้วย หัวใจสำคัญของเรื่องนี้คือ การลบภาพการปฏิบัติกับประชาชนที่มารับบริการอย่าง “เปรตมาขอรับส่วนบุญ” ให้หมดไปจากผืนแผ่นดินไทย

ประการที่สอง คือ การสร้าง “นวัตกรรมการบริหาร” คือ การตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อทำหน้าที่เป็น “ตัวแทน” ของประชาชนในการกำหนดสิทธิประโยชน์ และเป็นตัวแทนประชาชนในการคุ้มครองดูแลให้ประชาชนได้รับบริการอย่าง **เท่าเทียม มีคุณภาพ** และ **มีประสิทธิภาพ**

ในอดีต ตั้งแต่ครั้งนโยบายรักษาฟรีของ ม.ร.ว.คึกฤทธิ์ ปราโมช ใช้วิธีการ “เพิ่มเงิน” เข้าสู่ระบบเท่านั้น ยังไม่มีการปฏิรูประบบ งบประมาณที่เพิ่มขึ้นจำนวนมากมอบให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้บริหาร ทำให้ไม่สามารถจะบรรลุเป้าหมายสำคัญ คือ ความเท่าเทียม (Equity) คุณภาพ (Quality) และประสิทธิภาพ (Efficiency) แม้กระทรวงสาธารณสุขจะมีการพัฒนาและปฏิรูประบบบริการโดยต่อเนื่อง และมีการพัฒนาคุณภาพทั้งโดยระบบขององค์การมาตรฐานสากล (International Standard Organization: ISO) และระบบที่พัฒนาขึ้นเองภายในประเทศ คือ ระบบการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation: HA) ซึ่งทำให้บริการโรงพยาบาลมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และมีคุณภาพดีขึ้นมากก็ตาม แต่เพราะถูกครอบงำโดยระบบราชการ จึงทำให้ไม่สามารถบรรลุเป้าหมาย คือ “การปกครองโดยธรรม” และเพื่อ “ประโยชน์สุข” แห่งมหาชนชาว

สยามได้อย่างแท้จริง ทั้งนี้เพราะระบบราชการบริหารโดยอำนาจรวมศูนย์ ทำให้เกิดการทุจริตคอรัปชั่น และการบริหารแบบระบบอุปถัมภ์ มือใครยาวสาวได้สาวเอาโดยง่าย ขณะที่คนที่ตั้งใจทำงานเพื่อประโยชน์สุขที่แท้จริงก็จะถูกระบบพันธนาการจนกระดิกกระเดี้ยได้ยาก เช่น ถูกรัดรึงโดยระเบียบวิธีการงบประมาณ การเพิ่มคนลดคนก็ทำได้ยาก การปรับเปลี่ยนโครงสร้างให้สนองตอบต่อการแก้ปัญหาก็ทำได้ยาก จึงจำเป็นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะต้องตั้งองค์กรใหม่ แยกการบริหารเงินก้อนใหญ่นี้ออกไปจากกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งหลังจากเวลาผ่านไปเพียงทศวรรษเศษก็มีบทพิสูจน์มากมายว่าแนวคิดและวิธีการนี้ถูกต้อง

ในหมายเหตุท้าย พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้เขียนสรุปเหตุผลของการตราพระราชบัญญัตินี้ไว้อย่างชัดเจนว่า

> *“เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ คือ โดยที่มาตรา 52 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยได้บัญญัติให้ชนชาวไทยย่อมมีสิทธิเสมอกัน ในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และ ผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ และการให้บริการสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมเท่าที่จะกระทำได้ และมาตรา 82 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยได้บัญญัติให้รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง ด้วยเหตุนี้ จึงต้องจัดระบบการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตให้มีการ*

รักษาพยาบาลที่มีมาตรฐาน ***โดยมีองค์กรกำกับดูแลซึ่งจะดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมกันระหว่างภาครัฐและภาคประชาชนเพื่อจัดการให้มีระบบการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพทั้งประเทศ และให้ประชาชนชาวไทยมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานด้วยกันทุกคน*** *นอกจากนี้เนื่องจากในปัจจุบันระบบการให้ความช่วยเหลือในด้านการรักษาพยาบาลได้มีอยู่หลายระบบ ทำให้มีการเบิกจ่ายเงินซ้ำซ้อนกัน จึงสมควรนำระบบการช่วยเหลือดังกล่าวมาจัดการรวมกันเพื่อลดค่าใช้จ่ายในภาพรวมในด้านสาธารณสุขมิให้เกิดการซ้ำซ้อนกันดังกล่าว และจัดระบบใหม่ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้”*

ประการที่สาม การอภิบาลระบบของ สปสช. มีการออกแบบให้มีคณะกรรมการ 2 ชุด ทำงานคู่ขนานกัน ได้แก่ (1) คือ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน เพื่อยึดโยงกับอำนาจรัฐ มีผู้บริหารของส่วนราชการที่เกี่ยวข้องเป็นกรรมการโดยตำแหน่ง เพื่อให้เชื่อมโยงและประสานงานกับหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้อง มีกรรมการจากสภาวิชาชีพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และตัวแทนภาคประชาสังคม ทำให้เป็นการบริหารในรูปแบบประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Democracy) แทนการบริหารงานแบบส่วนราชการ ซึ่งตลอดเวลาราว 13 ปี ที่ผ่านมาพบว่ามีผลดีอย่างมาก สามารถป้องกันการใช้อำนาจฉ้อฉล ทำให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชนได้มากมาย ความพึงพอใจของประชาชนเพิ่มขึ้นอย่างน่าพอใจ และความไม่พึงพอใจของผู้ให้บริการก็ลดลงเรื่อย ๆ แม้บางช่วงบางตอน อำนาจ “การเมืองสามานย์” จะแทรกแซง ครอบงำ ก็ไม่สามารถทำลายระบบ หรือ

สร้างความเสียหายให้แก่ระบบได้ไม่มากนัก (2) คณะกรรมการคุณภาพที่ก็ประกอบด้วยหลายฝ่าย โดยประธานมิใช่ทั้งฝ่ายการเมือง หรือข้าราชการประจำ ซึ่งตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาก็สามารถทำหน้าที่ได้ดีพอสมควร

งานนี้ แน่นอนว่า ถ้าเป็นนโยบายมาจากฝ่ายการเมืองโดด ๆ ไม่มี “เทคโนแครต” และคนในระบบช่วยกันทุ่มเททำ ไม่มีทางจะก่อประโยชน์สุขให้แก่ประชาชนได้เท่าที่เป็นอยู่ในเวลานี้ ทั้งนี้มิใช่เพราะนักการเมืองชั่วร้าย หรือ ไร้ฝีมือ แต่เพราะพัฒนาการทางการเมืองของประเทศไทยมีลักษณะล้มลุกคลุกคลานมาโดยตลอด พรรคการเมืองจึงมักมีลักษณะเป็นพรรคเฉพาะกิจ หรือองค์กรจัดตั้งของผู้มีทุนหรือมีอำนาจ และนักการเมืองส่วนมากก็มักเป็นนักเลือกตั้งมากกว่าจะเป็นนักการเมืองอาชีพที่ควรพัฒนาเป็น “รัฐบุรุษ” ที่มุ่งกระทำการเพื่อประโยชน์สุขของประเทศชาติ และประชาชนอย่างแท้จริง

งานนี้ประสบความสำเร็จ เพราะมีบุคคลที่ทุ่มเท มุ่งมั่นทำงานเพื่อประโยชน์สุขของประชาชนอย่างแท้จริง ต่อเนื่อง กัดติด ยอมเหนื่อยยาก และแม้ถูกกล่าวร้าย ทำร้าย ก็อดทนต่อสู้ ไม่ท้อถอย

และแน่นอนว่างานนี้ย่อมไม่สำเร็จถ้าไม่มีใครยอม “เปิดหน้าต่างแห่งโอกาส” ให้

งานนี้ เพื่อความเป็นธรรมต้องให้เครดิตแก่ พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร เพราะนายแพทย์สงวนได้พยายาม “ขายความคิด” ให้แก่ทุกพรรคการเมืองที่สนใจ แต่พรรคการเมืองส่วนมากไม่เอาใจใส่จริงจัง ขณะที่พรรคไทยรักไทยของ พ.ต.ท.ทักษิณ “เอาจริง” กับเรื่องนี้ โดยเมื่อนายแพทย์สงวน และผมได้ไปเสนอเรื่องนี้ และ พ.ต.ท. ทักษิณ รับเป็นหนึ่งในนโยบายที่จะใช้ “หาเสียง” เลือกตั้งแล้ว ก็ไป “ทำการบ้านต่อ”

วันที่ไปเสนอเรื่องนี้กับ พ.ต.ท.ทักษิณ มีทีมงานของ พ.ต.ท.ทักษิณมาร่วมรับฟังด้วยเพียง 3-4 คน ที่สำคัญคือ นายแพทย์สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี และ นายแพทย์ประจวบ อึ๊งภากรณ์ หลังจากนายแพทย์สงวนนำเสนอ

พร้อมฉายพาวเวอร์พอยท์ราว 10 สไลด์ พ.ต.ท. ทักษิณ ถามคำถามสำคัญเพียง 2-3 คำถาม ก็ตัดสินใจ “เคาะ” คำถามแรกคือจะต้องใช้เงินมากไหม นายแพทย์สงวนตอบว่า ไม่มาก เพิ่มจากที่ใช้อยู่แล้วราวหนึ่งหมื่นล้านก็ทำได้แล้ว ซึ่ง พ.ต.ท. ทักษิณ ฟังคำตอบแล้วประหลาดใจ ว่าใช้เงินแค่นั้นทำได้จริง ๆ หรือ **นายแพทย์สงวน ทำเรื่องนี้มานาน มีตัวเลขชัดเจนอยู่ในหัว ยืนยันว่า ทำได้แน่นอน เพราะงบประมาณทุ่มเทลงไปในงานนี้จำนวนมาก มาตั้งแต่สมัย ม.ร.ว. คึกฤทธิ์ ปราโมช แล้ว และเพิ่มมาอย่างต่อเนื่องขณะนั้นประชาชนคนไทยมีหลักประกันสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ 71 แล้ว เหลืออีกเพียงร้อยละ 29 ฉะนั้น ใช้เงินอีกไม่มากก็ทำครอบคลุมร้อยเปอร์เซ็นต์ได้แล้ว**

คำถามต่อไปคือ จะทำอย่างไรให้เป็นรูปธรรม นายแพทย์สงวนตอบทันทีว่า “ทำแบบโรงพยาบาลบ้านแพ้ว” ซึ่งเพิ่งออกนอกระบบจากโรงพยาบาลของราชการ ไปบริหารแบบ “องค์การมหาชน” โดยรัฐบาลที่แล้ว คือ รัฐบาลของคุณชวน หลีกภัย โดยการดำเนินการของคุณอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ รัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรีเพิ่งประกาศเป็นพระราชกฤษฎีกา เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2543 หยก ๆ นั่นเอง โรงพยาบาลบ้านแพ้วได้รับงบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุขไปก้อนหนึ่งในอัตราเท่ากับที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งอื่น ๆ ทั่วประเทศได้รับ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว เลิกใช้วิธีการสงเคราะห์ประชาชนแบบที่กระทรวงสาธารณสุขทำมาตลอด คือยังเรียกเก็บเงินจากประชาชนที่ไม่มีบัตรสงเคราะห์ ทำให้ประชาชนจำนวนมาก ยัง “ฝันร้าย” ตลอดเวลาที่นอนโรงพยาบาล หรือเมื่อกำเงินก้อนหนึ่งไปโรงพยาบาล ก็ไม่รู้ว่าจะพอค่ารักษาหรือไม่ เพราะไม่รู้ว่าจะถูกเรียกเก็บเท่าไร โรงพยาบาลบ้านแพ้วใช้วิธีให้บริการโดยเรียกเก็บเฉพาะ “ค่าธรรมเนียม” ไปรับบริการ ครั้งละ 40 บาท เท่ากันหมด ไม่ต้องสนใจว่าค่ารักษาจะสูงเท่าใดก็ตาม

พ.ต.ท. ทักษิณ ฟังแล้ว ก็ “เคาะ” บอกว่างั้นเก็บแค่ 30 บาทก็พอ จึงนำไปสู่สโลแกน “30 บาท รักษาทุกโรค” ในนโยบายหาเสียงของพรรคไทยรักไทยต่อมา

ข้อสำคัญ ที่ต้องให้เครดิตคุณทักษิณ คือ เมื่อชนะเลือกตั้งคุณทักษิณรักษาสัญญา ราวหนึ่งเดือนหลังชนะเลือกตั้ง ก็มีการจัด “เวิร์คชอป” เรื่องนี้ที่ตึกสันติไมตรีทำเนียบรัฐบาล เดินหน้านโยบายนี้อย่างรวดเร็ว โดยนายแพทย์สงวน ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการสถาปนาระบบ ขณะที่ทางกระทรวงสาธารณสุขมี นายแพทย์มงคล ณ สงขลา ปลัดกระทรวงที่แต่งตั้งโดยคุณกร ทัพพะรังสี ซึ่งมีเวลาอยู่ในตำแหน่งก่อนเกษียณอายุราชการอีกไม่กี่เดือน แต่ด้วยความรวดเร็ว ฉับไว อย่าง “ขิงแก่” ที่ไม่ฝ่อ และมี “มันสมอง” ของอัจฉริยะอย่างนายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ อยู่เคียงข้าง งานนี้จึงเดินหน้าอย่างรวดเร็ว เริ่มจากการนำร่อง 6 จังหวัด แต่เมื่อรัฐบาลประกาศออกไป ก็ “โดนใจ” ประชาชนทั่วประเทศทันที เพราะเป็นการช่วยขจัด “ทุกข์อันใหญ่หลวง” ที่กดทับประชาชนมาโดยตลอด จึงมี สส.หลายจังหวัด เดินเข้าห้องรัฐมนตรีสาธารณสุขเรียกร้องขอให้ขยายโครงการไปยังจังหวัดของตน

งานนี้จึงขยายครอบคลุมทั่วประเทศในเวลาค่อนข้างรวดเร็ว หน้าที่ของคนทำงานอย่าง นายแพทย์สงวน นายแพทย์วิโรจน์ นายแพทย์มงคล นายแพทยสุวิทย์ คือต้องทำให้งานนี้เป็นสวัสดิการสังคมที่ยั่งยืนอย่างแท้จริง ไม่ใช่ “ประชานิยมสามานย์” ให้นักการเมืองใช้หาเสียงเท่านั้น

ปฏิทินแห่งความหวัง จากครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอน

ดร.ป๋วย อึ๊งภากรณ์

“เมื่อผมอยู่ในครรภ์ของแม่ ผมต้องการให้แม่ได้รับประทานอาหารที่เป็นคุณประโยชน์ และได้รับความเอาใจใส่ และบริการอันดีในเรื่องสวัสดิภาพของแม่และเด็ก ผมไม่ต้องการมีพี่น้องมากอย่างที่พ่อแม่ผมมีอยู่ และแม่จะต้องไม่มีลูกถี่นัก

พ่อกับแม่จะแต่งงานกันถูกกฎหมาย หรือธรรมเนียมประเพณีหรือไม่ ไม่สำคัญ แต่สำคัญที่พ่อกับแม่ต้องอยู่ด้วยกันอย่างสงบสุข ทำความอบอุ่นให้ผมและพี่น้อง

ในระหว่าง 2-3 ขวบแรกของผม ซึ่งร่างกายและสมองผมกำลังเติบโตในระยะที่สำคัญ ผมต้องการให้แม่ผมกับตัวผม ได้รับประทานอาหารที่เป็นคุณประโยชน์

ผมต้องการไปโรงเรียน พี่สาวหรือน้องสาวผมก็ต้องการไปโรงเรียน จะได้มีความรู้หากินได้ และจะได้ รู้คุณธรรมแห่งชีวิต ถ้าผมมีสติปัญญาเรียนชั้นสูง ๆ ขึ้นไป ก็ให้มีโอกาสเรียนได้ ไม่ว่าพ่อแม่ผมจะรวย หรือจน จะอยู่ในเมืองหรือชนบทแร้นแค้น

เมื่อออกจากโรงเรียนแล้ว ผมต้องการงานอาชีพที่มีความหมาย ทำให้ได้รับความพอใจว่า ตนได้ทำงานเป็นประโยชน์แก่สังคม

บ้านเมืองที่ผมอาศัยอยู่จะต้องมีขื่อ มีแป ไม่มีการข่มขู่กดขี่ หรือประทุษร้ายกัน ประเทศของผมควรจะมีความสัมพันธ์อันชอบธรรม และเป็นประโยชน์กับโลกภายนอก ผมจะได้มีโอกาสเรียนรู้ถึงความคิด และวิชาของมนุษย์ทั้งโลก และประเทศของผมจะได้มีโอกาสรับเงินทุนจากต่างประเทศ มาใช้เป็นประโยชน์แก่ส่วนรวม ผมต้องการให้ชาติของผมได้ขายผลิตผลแก่ต่างประเทศด้วยราคาอันเป็นธรรม ในฐานะที่ผมเป็นชาวไร่ชาวนา ผมก็อยากมีที่ดินของผมพอสมควรสำหรับทำมาหากิน มีช่องทางได้กู้ยืมเงินมาขยายงาน มีโอกาสรู้วิธีการทำกินแบบใหม่ ๆ มีตลาดดี และขายสินค้าได้ราคายุติธรรม

ในฐานะที่ผมเป็นกรรมกร ผมก็ควรจะมีหุ้นมีส่วนในโรงงาน บริษัท ห้างร้านที่ผมทำอยู่

ในฐานะที่ผมเป็นมนุษย์ ผมก็ต้องการอ่านหนังสือพิมพ์และหนังสืออื่น ๆ ที่ไม่แพงนัก จะฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ก็ได้โดยไม่ต้องทนรบกวนจากการโฆษณามากนัก

ผมต้องการสุขภาพอนามัยอันดี และรัฐบาลจะต้องให้บริการป้องกันโรคแก่ผมฟรี กับบริการการแพทย์รักษาพยาบาลอย่างถูกอย่างดี เจ็บป่วยเมื่อใดหาหมอพยาบาลได้สะดวก

ผมจำเป็นต้องมีเวลาว่างสำหรับเพลิดเพลินกับครอบครัว มีสวนสาธารณะที่เขียวชะอุ่ม สามารถมีบทบาท และชมศิลปะ วรรณคดี นาฏศิลป์ ดนตรี วัฒนธรรมต่าง ๆ เที่ยวงานวัด งานลอยกระทง งานนักขัตฤกษ์ งานกุศลอะไรก็ได้พอสมควร

ผมต้องการอากาศบริสุทธิ์สำหรับหายใจ น้ำดื่มบริสุทธิ์สำหรับดื่ม

เรื่องอะไรที่ผมทำเองไม่ได้ หรือได้แต่ไม่ดี ผมก็จะขอความร่วมมือกับเพื่อนฝูงในรูปสหกรณ์ หรือ สโมสร หรือสหภาพ จะได้ช่วยซึ่งกันและกัน

เรื่องที่ผมจะเรียกร้องข้างต้นนี้ ผมไม่เรียกร้องเปล่า ผมยินดีเสียภาษีอากรให้ส่วนรวมตามอัตภาพ

ผมต้องการโอกาสที่มีส่วนในสังคมรอบตัวผม ต้องการมีส่วนในการวินิจฉัยโชคชะตาทางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคมของชาติ

เมียผมก็ต้องการโอกาสต่าง ๆ เช่นเดียวกับผม และเราสองคนควรจะได้รับความรู้และวิธีการวางแผนครอบครัว



เมื่อแก่ ผมและเมียก็ควรได้ประโยชน์ตอบแทนจากการประกันสังคม ซึ่งผมได้จ่ายบำรุงตลอดมา



เมื่อจะตาย ก็ขออย่าให้ตายอย่างโง่ ๆ อย่างบ้า ๆ คือตายในสงครามที่คนอื่นก่อให้เกิดขึ้น ตายในสงครามกลางเมือง ตายเพราะอุบัติเหตุรถยนต์ ตายเพราะน้ำหรืออากาศเป็นพิษ หรือตายเพราะการเมืองเป็นพิษ



เมื่อตายแล้ว ยังมีทรัพย์สมบัติเหลืออยู่ เก็บไว้ให้เมียผมพอใช้ในชีวิตของเธอ ถ้าลูกยังเล็กอยู่ก็เก็บไว้เลี้ยงให้โต แต่ลูกที่โตแล้วไม่ให้ นอกนั้นรัฐบาลควรเก็บไปหมด จะได้ใช้เป็นประโยชน์ในการบำรุงชีวิตของคนอื่น ๆ บ้าง”



บทที่ 6

ภูเขาวิบาก 4 ลูกแรก

การที่จะสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เป็นระบบสวัสดิการสังคมที่แท้จริง เป็นเรื่องลำบากยากยิ่ง ต้องฟันฝ่าอุปสรรคขวากหนามเปรียบประดุจภูเขาวิบากที่ต้องก้าวข้ามไปให้ได้อย่างน้อย 5 ลูก ได้แก่ (1) ความไม่เป็นธรรมและความเหลื่อมล้ำระหว่างภูมิภาคและจังหวัดต่าง ๆ (2) ความไม่เป็นธรรมและความเหลื่อมล้ำของระบบประกันสุขภาพเดิม 3 ระบบใหญ่ คือ สวัสดิการข้าราชการ ประกันสังคม และสวัสดิการข้าราชการและพนักงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (3) แรงต่อต้านจากวิชาชีพ ธุรกิจยาข้ามชาติ และธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน (4) การเมืองที่สามานย์ และ (5) ปัญหาความยั่งยืนของระบบภายใต้ข้อจำกัดของงบประมาณและปัญหาของระบบบริการ

ภูเขาลูกแรก ความไม่เป็นธรรมและความเหลื่อมล้ำระหว่างภูมิภาคและจังหวัดต่าง ๆ

ระบบบริการภาครัฐ โดยเฉพาะในกระทรวงสาธารณสุข แม้สามารถสร้างระบบบริการกระจายไปอย่างทั่วถึงทุกระดับ แต่ยังมีความเหลื่อมล้ำของการกระจายทรัพยากรอยู่มาก ภาคกลางรวมทั้ง

กรุงเทพมหานครมีสถานพยาบาลและบุคลากรหนาแน่นที่สุด บางจังหวัด เช่น ราชบุรี มีโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ระดับโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไปถึง 4 แห่ง แล้วยังมีโรงพยาบาลอนามัยแม่และเด็กอีกด้วย จังหวัดสิงห์บุรีซึ่งเป็นจังหวัดเล็ก ๆ มีโรงพยาบาลระดับจังหวัดถึง 2 แห่ง ในอำเภอเมือง และที่อำเภออินทร์บุรี ในขณะที่จังหวัดต่าง ๆ ในภาคอีสาน มีสถานพยาบาล จำนวนเตียง แพทย์ พยาบาลต่อประชากรต่ำที่สุด จังหวัดชายแดน เช่น จังหวัดตาก แม่ฮ่องสอน แม้มีประชากรเบาบาง แต่ท้องที่ห่างไกลทุรกันดารมาก สภาพดังกล่าว ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำ และไม่เป็นธรรมในระบบบริการสาธารณสุขมาก คนที่อยู่ในท้องที่อุดมสมบูรณ์ได้รับบริการล้นเหลือ คนที่อยู่ในท้องที่ห่างไกลทุรกันดาร ได้รับบริการไม่เพียงพอ เป็นไปตาม คำพังเพยอีสานที่ว่า “ไหใหญ่ล้น ไหน้อยบ่เต็ม”

การสร้างสวัสดิการสังคม หลักการสำคัญข้อหนึ่ง คือ ต้องพยายามสร้างความเท่าเทียมให้เกิดขึ้น เพราะหากปล่อยให้มีความไม่เท่าเทียมมากเท่าไร ปัญหาสังคมและสุขภาพก็จะยิ่งมากเท่านั้น มีหนังสือที่มีชื่อเสียงชื่อ The Spirit Level ของ Richard Wilkinson และ Kate Pickett ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยแล้วในชื่อ “ความ(ไม่)เท่าเทียม” โดยนักแปลฝีมือดี คือ คุณสฤณี อาชวานันทกุล ศึกษาเปรียบเทียบประเทศต่าง ๆ ที่อยู่ในกลุ่มโออีซีดี (OECD) และมลรัฐต่าง ๆ ในสหรัฐ ได้ข้อสรุปชัดเจนว่าประเทศใดหรือมลรัฐใด มีความไม่เท่าเทียมมากเท่าใด ปัญหาสุขภาพ เช่น โรคอ้วน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ตลอดจนปัญหาสังคม เช่น ท้องวัยรุ่น ยาเสพติด อาชญากรรมจะยิ่งสูง ดังนั้นในการสร้างและพัฒนาระบบบัตรทองต้องมุ่งลดความเหลื่อมล้ำและความไม่เท่าเทียมเหล่านี้ลงเป็นหนึ่งในเป้าหมายหลัก ซึ่งต่อมา พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ก็ได้มีบทบัญญัติในเรื่องนี้ไว้อย่างชัดเจน

การสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ยั่งยืนและให้เป็นสวัสดิการสังคมโดยแท้จริง จึงจำเป็นต้องมีการ “ปฏิรูป” ระบบบริการสุขภาพไป

พร้อมกัน จะใช้วิธี “โยนเงิน” ก้อนใหญ่ลงไปให้ แล้วปล่อยให้ระบบยังคงความเหลื่อมล้ำหรือเพิ่มความเหลื่อมล้ำให้มากขึ้น เหมือนโครงการรักษาฟรีที่โยนเงินก้อนโตลงไปให้กระทรวงสาธารณสุขบริหาร ย่อมไม่ได้ เพราะจะยิ่งเพิ่มความเหลื่อมล้ำ โดยจังหวัดที่มีโรงพยาบาล เตียง บุคลากร มากก็จะยิ่งได้รับงบประมาณมาก แต่จังหวัดที่มีโรงพยาบาล เตียง บุคลากรน้อย ก็จะยิ่งได้งบประมาณน้อย ทีมงานในยุคแรกที่ทำงานเรื่องนี้จึงใช้ความกล้าหาญ **“ปฏิรูประบบงบประมาณ”** ใหม่ แทนที่จะกระจายเงินลงไปในระบบที่เหลื่อมล้ำ ก็ใช้วิธีจัดสรรงบประมาณตามจำนวนประชากรเป็นหลักแทน

แน่นอนว่า นโยบายดังกล่าวย่อมถูกต่อต้านจากโรงพยาบาลที่เคยสบายมานาน แต่ทีมงานก็เตรียมการไว้แล้วโดยการขอตั้งงบฉุกเฉิน (Contingency Fund) ไว้ราว 5-6 พันล้านบาท เพื่อแก้ปัญหาโรงพยาบาลขาดทุน โดยให้แต่ละโรงพยาบาลที่ประสบปัญหา แสดงเหตุผลความจำเป็นเสนอมาเพื่อพิจารณา มีบางโรงพยาบาลขาดทุนจริง จำเป็นต้องได้รับงบฉุกเฉินเพิ่มเติม ก็ได้รับจัดสรร แต่บางโรงพยาบาลใช้วิธี “ตกแต่ง” ตัวเลขตบตาขึ้นมา ทีมงานก็มีทีมตรวจสอบ เมื่อพบความไม่ชอบมาพากลก็ย่อมไม่ได้รับงบฉุกเฉินเพิ่มเติม เรื่องควรจะจบลงโดยดี แต่หาเป็นเช่นนั้นไม่ การได้งบประมาณลดลงและขอเพิ่มแล้วไม่ได้ “อย่างใจ” “วิ่งเต้นติดสินบน” ก็ไม่ได้ ทำให้เกิดขบวนการ “แก้แค้น” จนทีมงานบางคนบาดเจ็บสาหัส ซึ่งจะกล่าวถึงต่อไป

ความกล้าหาญในการตัดสินใจปฏิรูประบบ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขนาดใหญ่ ท้องที่ที่ประชากรมาก แต่เคยมีโรงพยาบาล เตียง บุคลากรน้อย ได้รับความเป็นธรรมทันตาเห็น และระบบการจัดสรรงบประมาณก้อนนี้ก็ค่อย ๆ ปรับตัว จน “ลงตัว” โดยพื้นฐานสืบมาถึงปัจจุบัน

ภูเขาลูกที่สอง ความไม่เป็นธรรมและความเหลื่อมล้ำของระบบประกันสุขภาพเดิม 3 ระบบใหญ่ คือ สวัสดิการข้าราชการ ประกันสังคม และสวัสดิการข้าราชการและพนักงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั่วประเทศกว่า 7,800 แห่ง

โดยหลักการ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรเป็นระบบเดียว นั่นคือ ประชาชนทุกคนมีสิทธิประโยชน์เท่าเทียมกัน อย่างที่เป็นอยู่ในอังกฤษ ญี่ปุ่น ไต้หวัน และเกาหลีใต้ เป็นต้น แต่เนื่องจากสวัสดิการข้าราชการเป็นระบบ “จ่ายตามการให้บริการ” (Fee-For-Service) โดยข้าราชการสามารถเลือกไปใช้บริการโรงพยาบาลต่าง ๆ ได้อย่างกว้างขวาง โดยเกือบไม่ต้องมีส่วนร่วมจ่าย ข้าราชการซึ่งเป็น “พรรคการเมือง” ที่ใหญ่และทรงอิทธิพลที่สุดของประเทศ พอใจกับสถานภาพดั้งเดิม (Status Quo) ไม่ต้องการเข้าสู่ระบบใหม่ ซึ่งเกรงว่าจะแย่ลงกว่าเดิม ข้อสำคัญวิชาชีพธุรกิจยา ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน ต่างได้ประโยชน์เต็มกอบเต็มกำจากระบบดังกล่าว จึงเกิดการ “รวมหัว” ต่อต้านอย่างรุนแรง

ในส่วนของประกันสังคม ซึ่งถูกครอบงำโดยโรงพยาบาลเอกชนและบุคลากรที่มีผลประโยชน์ทับซ้อน ขณะที่ตัวแทนผู้ใช้แรงงานอ่อนแอมาก และส่วนหนึ่งยังมีการทุจริตคอรัปชั่นหาประโยชน์จากระบบด้วย ขณะที่นายจ้างก็ไม่สนใจจริงจังกับสวัสดิการของแรงงานของตน ในที่สุดก็เกิดการต่อต้าน มองระบบบัตรทองว่าเป็นระบบอนาถา ต่ำต้อยด้อยกว่าระบบประกันสังคมที่มีอยู่ ซึ่งเป็นมายาคติที่ผิดอย่างมาก ทำให้ผู้ประกันตนเสียสิทธิเสียโอกาสต่อเนื่องมาจนทุกวันนี้

ในส่วนของสวัสดิการรักษาพยาบาลในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นช่วงนั้นยังไม่มีปัญหา “ล้มละลาย” จนโรงพยาบาลบางแห่งไม่ยอมให้การรักษา อย่างที่เกิดขึ้นในเวลาต่อมา จึงยังพอใจที่จะบริหารงานนี้เอง

ในที่สุด กฎหมายก็ต้องใช้วิธีประนีประนอมให้กองทุนทั้ง 3 ดังกล่าวยังคงสถานะเดิม แต่เปิดช่องให้เข้าสู่ระบบของ สปสช. ได้ในอนาคต

โดยไม่ต้องแก้ไขกฎหมาย แต่ให้ออกเป็นพระราชกฤษฎีกาเท่านั้น ซึ่งต่อมาเมื่อ พ.ศ. 2556 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวนมากโดยเฉพาะ อบต. ขนาดเล็ก ประสบปัญหาใกล้ล้มละลาย ไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาลราคาแพง ในที่สุดก็ตัดสินใจออกพระราชกฤษฎีกามอบโอนภารกิจนี้ให้แก่ สปสช. เป็นผู้บริหาร ซึ่งสามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิผลและประสิทธิภาพยิ่ง นั่นคือ (1) สามารถลดงบประมาณจากปีละ 6 พันล้าน เหลือเพียง 4 พันล้าน (2) ปัญหาโรงพยาบาลไม่ยอมให้การรักษาคนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหมดไป และ (3) มีค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการเพียงร้อยละ 1.5 เท่านั้น ต่ำกว่าที่ อปท. บริหารเองมาก

ความพยายามที่จะ “บรรสาน” (Harmonize) 2 กองทุนที่เหลือมีมาอย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่สำเร็จ เพราะขาดคนทำงานอย่างนายแพทย์สงวน และขาดรัฐบาลที่มีวิสัยทัศน์และกล้าหาญที่จะฟันธงเรื่องนี้ ทั้ง ๆ ที่ส่วนที่ควรเข้าสู่ระบบของ สปสช. โดยเร็ว คือ ประกันสังคม ซึ่งในที่ประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเมื่อเดือน พฤษภาคม 2558 ผู้แทนกระทรวงแรงงานก็ยอมรับว่าที่ประกันสังคมทำอยู่ไม่มีประสิทธิภาพและควรโอนให้ สปสช. บริหาร เหมือนอย่างที่ อปท. โอนมาให้ สปสช. แล้ว

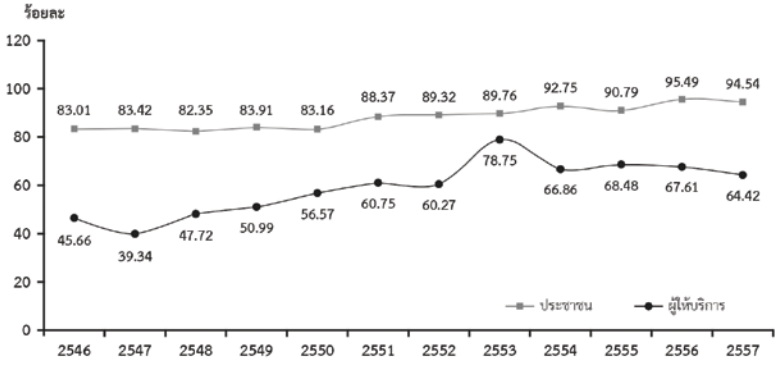
ภูเขาลูกที่สาม แรงต่อต้านจากวิชาชีพ ธุรกิจยาข้ามชาติ และธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน

วิชาชีพที่ออกมาต่อต้านชัดเจนคือแพทย์ โดยกรรมการคนสำคัญของแพทยสภา ซึ่งมีผลประโยชน์ทับซ้อนชัดเจน จากการเป็นเจ้าของโรงพยาบาลเอกชน เกรงว่าหากระบบบัตรทองประสบความสำเร็จ จะกระทบต่อรายได้ของโรงพยาบาลเอกชนของตนและพวกพ้อง จึงพยายามออกมาส่งเสียงคัดค้านว่าจะทำให้วิชาชีพตกต่ำ บริการจะต่ำกว่ามาตรฐานวิชาชีพ จะมีการฟ้องร้องแพทย์และโรงพยาบาลมากขึ้น แต่เมื่อเวลาผ่านไป คำขู่ต่าง ๆ เหล่านั้นก็มิได้เกิดขึ้นเลย จำนวนการฟ้องร้องแพทย์มิได้เพิ่มขึ้นตาม

ที่ขู่ไว้ ประชาชนได้สิทธิประโยชน์มากขึ้น และมีความพึงพอใจมากขึ้นโดยลำดับ จากร้อยละ 83.01 ในปี 2546 เพิ่มเป็นร้อยละ 94.54 ในปี 2557

ในส่วนของบุคลากรวิชาชีพอื่น ๆ ความพึงพอใจต่อระบบใหม่นี้ค่อนข้างต่ำ ดังปรากฏผลสำรวจความพึงพอใจผู้ให้บริการโดยเอแบคโพล เมื่อปี 2546 หลังเริ่มระบบได้ปีเศษ พบความพึงพอใจเพียงร้อยละ 45.6 ปรากฏการณ์ดังกล่าวนี้ไม่ใช่เรื่องแปลก เมื่อรัฐบาลอังกฤษปฏิรูประบบบริการสุขภาพ เมื่อปี 2489 และครอบคลุมทั่วประเทศได้ในปี 2491 ก็มีแรงต่อต้านและความไม่พึงพอใจของผู้ให้บริการในเปอร์เซ็นต์สูงมากกว่านี้ น่ายินดีที่ความพึงพอใจดังกล่าวเพิ่มขึ้นโดยลำดับในปี 2556 ผลการสำรวจของเอแบคโพล พบเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 68.48 ในปี 2555 แต่เมื่อพรรคเพื่อไทยเข้ามามีอำนาจ และมีนโยบาย “จำกัด” เรื่องงบประมาณสนับสนุน ทำให้ระดับ “ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ” ลดลงตามลำดับเป็น 67.41 ในปี 2556 และเหลือ 64.22 ในปี 2557

ร้อยละ (คะแนน) ความพึงพอใจของประชาชนและผู้ให้บริการภาพรวม ปีงบประมาณ 2545 - 2557



หมายเหตุ: ร้อยละของความพึงพอใจได้จากผลรวมร้อยละผู้ที่ตอบว่าพึงพอใจและพึงพอใจมาก

ที่มา : ผลการสำรวจความพึงพอใจ ปี 2546-2556 สำรวจโดยศูนย์เครือข่ายวิชาการเพื่อสังเกตการณ์และวิจัยความสุขชุมชน มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ (สำรวจ พ.ค.-มิ.ย.2546, เม.ย.-มิ.ย.2547, มิ.ย.2548, พ.ค.-มิ.ย.2549, มิ.ย.-ก.ค. 2550-2551, ส.ค.-ก.ย.2552-2553, 9-25 ก.ย.2554, ส.ค.-ก.ย.2555, ส.ค.-ก.ย.2556),

: ปี 2557 สำรวจโดยศูนย์สำรวจความคิดเห็น “นิด้าโพล” สำรวจ ก.ค.-ก.ย.2557

ในส่วนของธุรกิจยาข้ามชาติ เพราะรู้ว่าระบบบัตรทองใช้ระบบ “เหมาจ่ายรายหัว” โดยให้ใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ โรงพยาบาลต่าง ๆ ได้รับงบประมาณตามสัดส่วนจำนวนประชากร มิใช่ตามขนาดโรงพยาบาลเหมือนแต่ก่อน แน่นอนว่าโรงพยาบาลจะต้องหาทางประหยัดค่าใช้จ่าย โดยเฉพาะค่ายา วิธีการ ก็คือ ใช้ยาชื่อสามัญ (Generic Drug) แทนการใช้ยาตามชื่อทางการค้า (Brand Name) ซึ่งราคาจะแพงกว่ามาก

ธรรมดา เชื้อโรคไม่รู้ราคายาอยู่แล้ว และระบบขึ้นทะเบียนยาของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ทั่วโลก รวมทั้งของไทย มีความเข้มงวดมากในการตรวจสอบเรื่องคุณภาพมาตรฐาน จน อย. ได้ชื่อว่า “เอายาก” มิใช่ “อาหารและยา” ฉะนั้นยาที่ได้ทะเบียนจาก อย. จึงเป็นหลักประกันเรื่องคุณภาพมาตรฐานได้ ดังกรณี เมื่อมีการทำการบังคับใช้สิทธิกับสิทธิบัตรยา (ซีแอล-CL-Compulsory Licensing) ก็มีองค์กรตัวแทนบริษัทยาข้ามชาติ คือ USA Innovation ออกมากระหน่ำโจมตีว่ายาเอดส์ชื่อสามัญที่ผลิตโดยองค์การเภสัชกรรมไม่ได้มาตรฐาน ทำให้เกิดเชื้อดื้อยาสูงที่สุดในโลก ซึ่งข้อกล่าวหาดังกล่าวไม่เป็นความจริง เป็นการบิดเบือนใส่ร้าย เพราะผลการศึกษาวิจัยพบว่ายาดังกล่าว อัตราดื้อยาต่ำมาก พอ ๆ กับที่พบในยาราคาแพงที่ใช้ในต่างประเทศ ในที่สุดเสียงโจมตีก็หายไป เมื่อมีการแจ้งความดำเนินคดีกับองค์กรที่ออกข่าวโจมตีนั้น

เมื่อเริ่มนโยบายบัตรทอง บริษัทยาข้ามชาติออกโรงคัดค้านเรื่องนี้ ซึ่งเรารับฟัง แต่ก็ไม่สามารถทำตามเสียงคัดค้านนั้น และเสียงค้านก็ค่อย ๆ เงียบสงบไป เพราะรู้ว่าค้านไปรังแต่จะ “เสียรังวัด” ว่าแทรกแซงนโยบายที่ถูกต้องของไทย โดยมุ่งแต่ผลกำไรสูงสุดของตน

ภูเขาลูกที่สี่ การเมืองที่สามานย์

ขณะที่รัฐบาลมีนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้กุมนโยบายนี้ในขณะนั้น ไม่เคยตั้งผู้บริหารสูงสุดของกระทรวงสาธารณสุข คือ

ปลัดกระทรวงที่สนับสนุนนโยบายนี้อย่างชัดเจนเลย นอกจากนายแพทย์มงคล ณ สงขลา ซึ่งแต่งตั้งโดยคุณกร ทัพพะรังสี ในรัฐบาลก่อนหน้านั้นแล้ว ปลัดกระทรวงคนต่อ ๆ มา นอกจากไม่สนับสนุนนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างจริงจังแล้ว บางคนยังต่อต้านอย่างแข็งขัน พยายามที่จะฝืนกฎหมายดึงงบประมาณกลับมาบริหารเองเหมือนแต่ก่อนทั้ง ๆ ที่ ได้บริหารมายาวนานถึง 26 ปีเต็ม ตั้งแต่ พ.ศ. 2518 ในรัฐบาล ม.ร.ว.คึกฤทธิ์ ปราโมช จนถึง พ.ศ. 2544 เมื่อเริ่มนโยบายบัตรทอง หลังจากนั้นยังมีบทเฉพาะกาลให้กระทรวงสาธารณสุข บริหารเงินก้อนนี้ต่อมาอีก 3 ปี ซึ่งภายใต้การบริหารของกระทรวงสาธารณสุขช่วงนั้น ทำให้เกิดปัญหาโรงพยาบาลขาดทุนจนเกือบเข้าขั้นล้มละลายถึงกว่า 200 แห่ง บริษัทยาเอกชนบางแห่งงดส่งยาไปจำหน่ายให้โรงพยาบาลเหล่านั้น เพราะกลัวเก็บเงินไม่ได้ หรือได้ช้ามาก ขณะที่โรงพยาบาลกว่า 200 แห่ง ร่ำรวยมาก

การใช้จ่ายเงิน ก็มีการฉ้อฉล ดังกรณีทุจริตคอมพิวเตอร์ของ สปสช. 200 ล้าน ที่กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้จัดซื้อ นายแพทย์สงวนรู้ว่า เขาจะโกงกัน จึงไม่ต้องการ “ขวางเรือ” เพราะรู้ว่าน้ำเชี่ยว แต่ไปตั้งกรรมการตรวจรับของอย่างเข้มงวด ผลคือ สินค้าที่ส่งไปกรรมการไม่ยอมตรวจรับจนต้อง “คาย” ปรับปรุงแก้ไขจนได้ของดีในที่สุด

ต่อมามีโครงการคอมพิวเตอร์ 900 ล้าน ก็เตรียมโกงกันอีก จนเป็นเรื่องอื้อฉาวยาวนาน และนายพินิจ จารุสมบัติ เข้ามาปิดตำนานโดยคืนเงิน ล้มโครงการ แต่ก็มีเรื่องราวต่อสู้กันทั้งในศาล และ ป.ป.ช. ซึ่งในที่สุด เรื่องก็โอละพ่อ ป.ป.ช. ปล่อยคนโกงไปทั้งแผง ขณะที่คนที่ไม่ยอมโกงถูกศาลชั้นต้นสั่งจำคุก “โดยไม่รอลงอาญา”! ดีที่ศาลอุทธรณ์ยกฟ้อง และศาลฎีกาก็พิพากษายืนตามศาลอุทธรณ์

รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขคนหนึ่งสมัยนั้น คือ นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ซึ่งมุ่งมั่นการปฏิรูประบบบริการอย่างแข็งขัน จึงชนตอมากมาย ในที่สุดโดนเรื่องหมิ่นพระบรมเดชานุภาพ จนมีผู้ใหญ่

นำเรื่องกราบบังคมทูล ทรงพิจารณาแล้วมีพระราชกระแสว่า “เรื่องไม่เป็นเรื่อง ไม่ถือโทษ” มีการไปแจ้งความดำเนินคดีกับเจ้าหน้าที่ตำรวจ ซึ่งเมื่อตำรวจได้รับพระราชกระแส ก็ยุติเรื่อง แต่ในกระทรวงสาธารณสุขยังมีการตามแก้แค้น โดยให้คณะกรรมการสอบสวน สรุปว่าเป็นความผิดวินัยร้ายแรง แล้วจึงให้ยุติเรื่องตามพระราชกระแส

ขณะที่แม่ทัพใหญ่ในงานนี้ คือ นายแพทย์สงวน เมื่อเริ่มนโยบายนี้ไม่นาน ก็พบว่าเป็นมะเร็งเยื่อหุ้มปอด ซึ่งเป็นมะเร็งร้าย โดยทั่วไปจะอยู่ได้ไม่เกิน 1 ปี แต่บุญกุศลที่นายแพทย์สงวน ประกอบไว้มากมาย และเป็นบุญของประชาชนชาวไทย ทำให้นายแพทย์สงวนมีชีวิตยืนยาวต่อมาถึง 5 ปี สามารถสร้างระบบบัตรทองจนเข้มแข็ง สร้างสำนักงานหลักประกันสุขภาพที่เป็นองค์กรธรรมาภิบาลอย่างแท้จริง จนได้รับรางวัลเกียรติยศติดต่อกันมาหลายปี โดยทีมงานที่นายแพทย์สงวนเลือกมากับมือ สร้างและบ่มเพาะให้ทุกคนทำงาน ทั้งด้วยสมองและหัวใจของความเป็นมนุษย์อย่างแท้จริง สามารถฟันฝ่าก้าวข้ามภูเขาวิบากมาได้อย่างสง่างามทั้ง 4 ลูก และลูกที่วิบากมากที่สุดคือลูกที่ 5 ที่จะกล่าวถึงต่อไป

บทที่ 7

ภูเขาวิบากลูกที่ 5

ภูเขาวิบากลูกสุดท้ายซึ่งเป็นลูกสำคัญ คือ การต้องคิดถึงความยั่งยืนของระบบท่ามกลางข้อจำกัดของงบประมาณ และปัญหาของระบบบริการ

เมื่อเริ่มระบบประกันสังคมโดยกำหนดอัตราค่าเหมาจ่ายรายหัวคนละ 700 บาทต่อปีนั้น เป็นตัวเลขที่คิดรวมเงินเดือนเจ้าหน้าที่ด้วยแล้ว ดังจะเห็นได้ว่าอัตราดังกล่าวจ่ายให้โรงพยาบาลของรัฐและโรงพยาบาลเอกชนเท่า ๆ กัน

เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลของรัฐที่เป็นข้าราชการและลูกจ้างประจำได้รับเงินเดือนจากทางราชการอยู่แล้ว ฉะนั้นอัตรา 700 บาท ควรหักเงินเดือนออกส่วนหนึ่ง แต่ไม่มีการหักเพราะจำนวนผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมในช่วงเริ่มต้นมีเพียง 2 ล้านคน นับเป็นสัดส่วนน้อยมากในภาพรวม แต่สำหรับโรงพยาบาลบางแห่ง เช่น โรงพยาบาลสมุทรปราการ ซึ่งมีผู้ประกันตนกว่าแสนคน จึงเป็นสัดส่วนประชากรที่สูงมาก การได้รับเงินเหมาจ่ายรายหัวในอัตรา 700 บาทต่อปี ทำให้โรงพยาบาลมีกำไรมากมาย เช่นเดียวกับโรงพยาบาลเอกชนจำนวนมากที่ตัดสินใจเข้าร่วมโครงการตั้งแต่ต้น และสามารถทำการตลาดให้มีผู้ประกันตนในโรงพยาบาลจำนวนมาก

ดังนั้น ในช่วง 4 ปีแรก จึงไม่มีการขึ้นอัตราค่าเหมาจ่ายรายหัวเลย และโรงพยาบาลส่วนใหญ่ก็มีกำไรมาก โรงพยาบาลเอกชนบางแห่งสามารถใช้ผลกำไรจากประกันสังคมขยายสาขาออกไปมากมาย อัตราเหมาจ่าย 700 บาท จึงควรยืนไว้ได้อีกหลายปี

แต่ธรรมชาติของธุรกิจ ที่ต้องเอากำไรสูงสุด ความพยายามที่จะขอเพิ่มอัตราเหมาจ่ายรายหัว จึงมีมาอย่างต่อเนื่อง โดยการริเริ่มผลักดันของฝ่ายโรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลของรัฐก็สนับสนุน เพราะย่อมยินดีที่จะมีรายได้เพิ่มขึ้น

ผู้เขียนเป็นกรรมการในคณะกรรมการการแพทย์ประกันสังคมได้ 2 สมัย 4 ปี ก็ต้อง “เว้นวรรค” ตามที่กฎหมายกำหนดไว้ หลังจากนั้นก็ไม่มีใครเป็น “ก้างขวางคอ” อีก อัตราเหมาจ่ายรายหัวประกันสังคมจึงค่อย ๆ เพิ่มขึ้น ถึงปี พ.ศ. 2545 อัตราเหมาจ่ายได้เพิ่มขึ้นเป็นคนละ 1,100 บาทต่อปี และคณะกรรมการการแพทย์ยังคิดค้นหาวิธีเพิ่มอัตราเหมาจ่ายโดยคิด “ค่าภาระเสี่ยง (โรคเรื้อรัง)” อีกคนละ 150 บาทต่อปี อัตราเหมาจ่ายรวมจึงเป็นคนละ 1,250 บาทต่อปี

แต่อัตราเหมาจ่ายรายหัวระบบบัตรทองในปีเดียวกันคิดเพียง 1,202.40 บาทเท่านั้น โดยครอบคลุมรายจ่ายมากกว่าประกันสังคมอีก อีก 5 รายการ ได้แก่ (1) ครอบคลุมการเจ็บป่วยทั้งหมด ขณะที่ประกันสังคมจ่ายให้เฉพาะการเจ็บป่วย “นอกงาน” เท่านั้น หากเจ็บป่วยจากการทำงานสามารถเบิกจ่ายจาก “กองทุนทดแทนแรงงาน” ต่างหาก (2) รวมค่าคลอด (3) รวมค่าทันตกรรม (4) รวมค่าใช้จ่ายด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และ (5) รวมค่าเสียหายเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการตามมาตรา 41 ด้วย

ด้วยเหตุเหล่านี้ จึงไม่แปลกที่มีนักเศรษฐศาสตร์ คนสำคัญ และนักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขบางคนวิจารณ์ตัวเลขดังกล่าวว่าต่ำไปมาก และเสนอตัวเลขสูงถึงคนละ 2,500 บาทต่อปี ซึ่งดูเผิน ๆ ก็เป็นตัวเลขที่ไม่สูง เพราะประกันสุขภาพเอกชนคิดอัตราสูงกว่านี้มาก อัตรา 1,202.40

บาท จึงถูกบางคนวิจารณ์รุนแรงว่า จะทำให้ โครงการ “30 บาท รักษาทุกโรค” กลายเป็น “30 บาท ตายทุกโรค”

อย่างไรก็ดี ทีมงานก็ยืนยันตัวเลข 1,202.40 บาท เพราะเป็นตัวเลขจากการศึกษาวิจัยมาอย่างต่อเนื่อง มิใช่ “มโน” เอา ข้อสำคัญเพื่อความยั่งยืนของระบบที่จะต้องไม่มุ่งดึงงบประมาณมาใช้ตามอำเภอใจ หรือใช้อย่างสุรุ่ยสุร่าย แต่จะต้องใช้อย่างประหยัด ตัวเลข 1,202.40 บาท จึงเป็นตัวเลขที่รวมเงินเดือนของเจ้าหน้าที่ด้วย

ในปี 2545 มีประชากรในระบบบัตรทองราว 45 ล้านคน ได้งบเหมาจ่ายรวม 51,407.09 ล้านบาท หักเงินเดือนไป 23,795.79 ล้านบาท เหลือเงินเข้าสู่ระบบบัตรทอง เพียง 27,611.30 ล้านบาทเท่านั้น จึงเป็นค่าเหมาจ่ายรายหัวสุทธิเพียงคนละ 613.50 บาท ต่ำกว่าประกันสังคมกว่าครึ่ง โดยต้องใช้จ่ายครอบคลุมมากกว่าประกันสังคมอีกถึง 5 รายการดังกล่าวแล้ว จะทำได้อย่างไร

นี่หรือที่จะเรียกว่า ประชานิยม

ยิ่งกว่านั้น ยังมีปัญหาของระบบบริการที่ส่วนหนึ่งพัฒนามาในลักษณะ “มือใครยาวสาวได้สาวเอา” ทำให้แต่ละภาคมีสัดส่วนจำนวนเตียงโรงพยาบาลต่อประชากร และแพทย์พยาบาลต่อประชากรแตกต่างกันมาก กรุงเทพฯ และปริมณฑล และจังหวัดต่าง ๆ ในภาคกลางซึ่งอยู่ใกล้ศูนย์กลางความเจริญ จึงมีโรงพยาบาล แพทย์ พยาบาล มาก เช่น จังหวัดราชบุรี มีโรงพยาบาลขนาดใหญ่ระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปถึง 4 แห่ง และยังมีโรงพยาบาลแม่และเด็กอีกหนึ่งแห่ง จังหวัดสิงห์บุรี มีโรงพยาบาลระดับจังหวัดถึง 2 แห่ง ที่อำเภอเมือง และอำเภออินทร์บุรี ขณะที่จังหวัดที่ห่างไกลทุรกันดาร เช่น แม่ฮ่องสอน ตาก มีโรงพยาบาล แพทย์ พยาบาล อยู่น้อย

เมื่อเปลี่ยนระบบการจัดสรรงบประมาณโดยคิดจากจำนวนประชากร โดยอัตราเหมาจ่ายรายหัวสุทธิเหลือเพียง 613.50 บาท ทำให้

โรงพยาบาลบางแห่งถูกหักเงินเดือนแล้วแทบไม่มีเงินเหลือเป็นค่ายาและเวชภัณฑ์ให้คนไข้เลย โดยเฉพาะในจังหวัดที่มีประชากรไม่มาก แต่มีโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่มาก บางแห่งถึงขั้นหักเงินเดือนแล้วไม่เหลืองบค่ายาและเวชภัณฑ์เลย เรียกว่า “ติดลบตัวแดง”

ดังนั้น ในการประชุมเวิร์คชอปที่ตึกสันติไมตรีทำเนียบรัฐบาล จึงมีการเสนอขอตั้งงบฉุกเฉิน (Contingency Fund) ไว้ราว 6 พันล้านบาท เพื่อแก้ปัญหาเหล่านี้ นั่นคือ กำหนดให้โรงพยาบาลใดที่เห็นว่า “ขาดทุน” หรืออยู่ไม่ได้ ให้แสดงเหตุผลความจำเป็น เพื่อของบประมาณก้อนนี้ได้ แต่เพื่อให้ใช้เงินก้อนนี้อย่างประหยัด ตามเหตุผลความจำเป็นที่แท้จริง ทีมงานได้ตั้งทีมวิชาการไว้หลายทีมเพื่อตรวจสอบโครงการต่าง ๆ อย่างรวดเร็ว

ด้วยการทำงานอย่างทุ่มเท ฉับไว ถึงลูกถึงคน แม้มีปัญหามากมาย แต่ก็สามารถพัฒนาระบบขึ้นได้ในเวลาค่อนข้างรวดเร็ว ทั้ง ๆ ที่มีงบประมาณจำกัดมาก และต้องมีการปรับระบบบริการให้ลดความเหลื่อมล้ำลงด้วย

งบฉุกเฉินที่ตั้งไว้ราว 6 พันล้านบาท ได้มาจริงเพียง 5,473.46 ล้านบาท แต่ก็พอเพียง และใช้ไม่หมดด้วย

พ.ต.ท.ทักษิณ เป็นผู้ที่มีความ “จัดเจน” เรื่องตัวเลขมาก คอยติดตาม และ “บีบ” ตัวเลข เพื่อ “รีดไขมัน” อย่างต่อเนื่อง ตลอดระยะเวลาที่ พ.ต.ท.ทักษิณ ยังอยู่ในอำนาจ งบบัตรทองถูกบีบไว้โดยตลอด มีการเพิ่มน้อยมาก ดังนี้

	2545	2546	2547	2548	2549
ประชากรที่ครอบคลุม (ล้าน)	45.00	46.00	46.82	47.00	47.75
อัตราเหมาจ่ายรายหัว (บาท)	1,202.40	1,202.40	1,308.50	1,396.30	1,659.20
งบประมาณรวม(ล้าน)	51,407.09	56,091.23	61,212.39	67,582.60	82,023.00
หักเงินเดือน(ล้าน)	23,795.79	25,552.83	27,639.52	26,692.65	27,594.37
คงเหลือสุทธิ (ล้าน)	27,611.30	30,538.40	33,572.87	40,889.95	54,428.63
รายหัวสุทธิ (บาท)	613.50	663.88	717.06	870.21	1,139.87
งบฉุกเฉิน (ล้าน)	5473.46	5,000.00	3,845.33	4,963.33	14,761.83
งบบริหารจัดการ (ล้าน)	1,597.00	1,600.00	1,021.00	625.00	647.00

จะเห็นว่า งบประมาณตามนโยบายบัตรทอง ถูกบีบอย่างต่อเนื่อง งบฉุกเฉิน ลดลงเกือบทุกปี หลังปีงบประมาณ พ.ศ. 2549 งบก้อนนี้ถูกตัดไปทั้งหมด เพราะถือว่าระบบ “เข้าที่” แล้ว ส่วนงบบริหารจัดการ คงตัวใน 2 ปีแรก หลังจากนั้นถูกตัดลงอย่างมาก เหลือไม่ถึงครึ่งของปีแรก ในปี 2548 และ 2549

แต่ระบบก็สามารถเดินมาได้ด้วยดี ประชาชนมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นโดยลำดับ และความพึงพอใจของผู้ให้บริการที่แม้จะต้องแบกรับภาระเพิ่มขึ้น แต่สัดส่วนความพึงพอใจก็สูงขึ้นโดยลำดับเช่นกัน

ต้องให้เครดิต พ.ต.ท.ทักษิณ ที่ตัดสินใจเริ่มระบบบัตรทอง แต่ต้องไม่ “มั่ว” ว่าเป็นประชานิยม เพราะเป็นสิ่งที่รัฐบาลไหน ๆ ก็ควรกระทำ

ในด้านงบประมาณ รัฐบาลภายใต้การนำของ พ.ต.ท.ทักษิณ เดินตามแนวทางการใช้ “วินัยทางการเงิน” ในเรื่องนี้อย่างเข้มงวด ทำให้มีการ “รีดไขมัน” และมีการ “ปฏิรูประบบ” จนสามารถลดความเหลื่อมล้ำทำให้เกิดความเท่าเทียมขึ้นได้ในระดับหนึ่ง

งบประมาณบัตรทองเกือบไม่เพิ่มเลยตลอด 3 ปีแรกของรัฐบาลทักษิณ เพิ่งมาเพิ่มในปีงบประมาณ 2549 อย่างเป็นกอบเป็นกำ จากอัตราเหมาจ่ายรายหัว 1,396.30 บาท ในปี 2548 เป็น 1,659.20 บาทในปี 2549

เท่ากับเพิ่มถึง 18.8% และงบฉุกเฉินก็เพิ่มขึ้นมากจากการที่นายแพทย์สงวนนำทีมไปขอเจรจากับ พ.ต.ท.ทักษิณ ที่ทำเนียบรัฐบาล จน พ.ต.ท.ทักษิณ “ใจอ่อน”

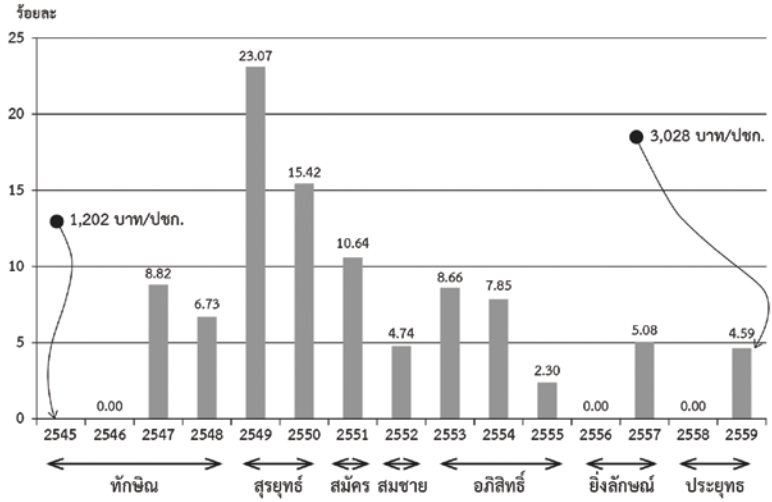
ปีต่อมา หลังรัฐประหาร 19 กันยายน 2549 งบเหมาจ่ายรายหัวเพิ่มขึ้นเป็นกอบเป็นกำอีกครั้งเป็น 1,899.69 บาท เท่ากับเพิ่ม 14.5% น้อยกว่าตอนปีสุดท้ายของรัฐบาลทักษิณ แต่ “เม็ดเงิน” ที่เข้าสู่ระบบของ สปสช. เพิ่มขึ้นอีกส่วนหนึ่ง จากการที่รัฐบาลยุคนั้น ยอมปรับลดการหักส่วนที่เป็นเงินเดือนเจ้าหน้าที่จากที่เคยหักร้อยละ 79 ของเงินเดือนรวม เหลือหักเพียงร้อยละ 60 เท่านั้น

งบเหมาจ่ายรายหัว กลับเพิ่มน้อยลงอีกในสมัยรัฐบาลนายสมัคร สุนทรเวช จาก 2,100 บาท เป็น 2,202 บาท เท่ากับเพิ่มเพียง 4.85% สมัยรัฐบาลอภิสิทธิ์ เพิ่มจาก 2,202 บาท เป็น 2,401.33 บาท เท่ากับเพิ่ม 9.05% และปีต่อมาเพิ่มเป็น 2,546.48 เท่ากับเพิ่ม 6.04% เมื่อพรรคเพื่อไทยกลับมามีอำนาจ ในปี 2555 เพิ่มเป็น 2,755.60 บาท เท่ากับเพิ่ม 8.2% แต่ปีต่อมารัฐบาลยิ่งลักษณ์เพิ่มงบเหมาจ่ายรายหัว น้อยมาก เป็น 2,895.09 บาท ในปี 2557 เพิ่มเพียง 0.05% และในปี 2558 ไม่เพิ่มจากปี 2557 เลย

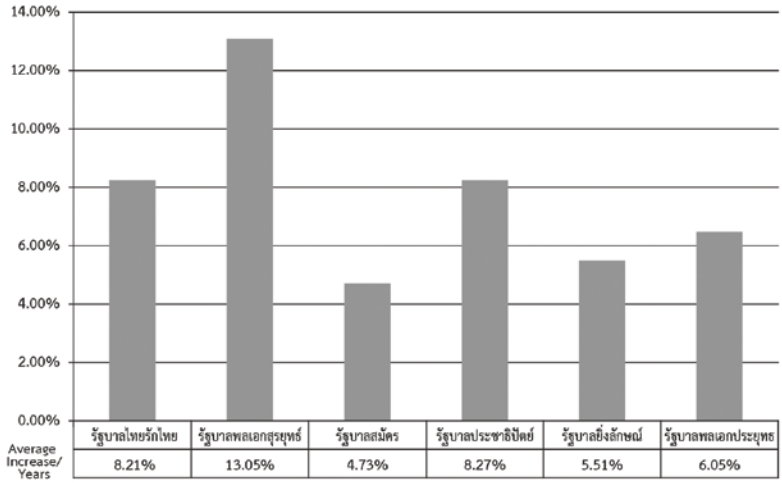
หลัง คสช. เข้า “ควบคุมอำนาจ” เมื่อ 22 พฤษภาคม 2557 ปลัดกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่เป็นรัฐมนตรี น่าเสียดายที่น่าจะเป็นเพราะมี “ระเบียบวาระซ่อนเร้น” (Hidden Agenda) ที่จะทำลายภาพลักษณ์ของ สปสช. เพื่อดึงเงินกลับมาให้กระทรวงสาธารณสุขบริหาร เป็นผลให้ไม่มีการขอเพิ่มงบประมาณในระบบบัตรทองเลยในปี 2558 น่ายินดีที่พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา แม้จะกล่าวถึงระบบบัตรทองในทางลบ แต่ก็เพิ่มงบประมาณในปี 2559 ให้แก่ระบบบัตรทอง 1 หมื่นล้าน หักเงินเดือนไปราว 2 พันล้าน เหลือเม็ดเงินให้ระบบบัตรทองราว 8 พันล้าน

เมื่อคิดเฉลี่ยภาพรวมแล้ว รัฐบาลที่จัดสรรงบประมาณสนับสนุนบัตรทองในเปอร์เซ็นต์สูงสุด คือ รัฐบาลสุรยุทธ ส่วนพรรคไทยรักไทย และพรรคประชาธิปัตย์ เพิ่มในอัตราใกล้เคียงกัน ราว 8 เปอร์เซ็นต์เศษ รัฐบาลยิ่งลักษณ์ เพิ่มเพียง 5.51% ขณะที่รัฐบาลสมัครเพิ่มให้น้อยที่สุดคือ ไม่ถึง 5%

เปรียบเทียบร้อยละการเพิ่มขึ้นของงบเหมาจ่ายรายหัว
ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้รัฐบาลชุดต่าง ๆ



อัตราการเพิ่มงบประมาณในแต่ละรัฐบาล ปี 2545-2557



น่าสนใจว่า รัฐบาลพลเอกสุรยุทธ์ ซึ่งเป็นรัฐบาลทหารกลับเป็นรัฐบาลที่ให้การสนับสนุนกับระบบบัตรทองสูงสุด

สำหรับรัฐบาลพลเอกประยุทธ์ ถ้าไม่ “ถูกหลอก” ให้ไม่เพิ่มงบในปี 2558 ก็มีโอกาสที่จะเป็นรัฐบาลที่สนับสนุนระบบบัตรทองในอัตราสูงเช่นกัน

ย้อนไปทบทวนเหตุการณ์ในอดีต จะพบว่า รัฐบาลที่ให้ความสำคัญกับการลงทุนทางสุขภาพอย่างชัดเจน โดยลงทุนในการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน เพื่อความเข้มแข็งของประเทศอย่างแท้จริง คือ รัฐบาล “ประชาธิปไตยครึ่งใบ” ของพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ ซึ่งตัดสินใจใช้ความกล้าหาญ สร้างโรงพยาบาลจนครบทุกอำเภอ และสร้างสถานีอนามัยจนครบทุกตำบล เป็นความกล้าหาญอย่างยิ่ง เพราะเริ่มดำเนินการในช่วง “วิกฤติเศรษฐกิจ” ที่ต้องมีการลดค่าเงินบาท จนต้องกู้เงินจากไอเอมเอฟ และรัฐมนตรีคลัง คือ ท่าน “ซามูไรสมหมาย” ใช้มาตรการทางการคลังอย่างเข้มงวดเพื่อกู้วิกฤต



พลเอกเปรม ติณสูลานนท์

แต่รัฐบาลพลเอกเปรมกล้าตัดสินใจดำเนินนโยบาย ที่สามารถลดความเหลื่อมล้ำด้วยการกระจายความเจริญออกสู่ชนบท โดยชะลอการสร้างโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในกรุงเทพฯ และเมืองใหญ่เป็นเวลาถึง 5 ปี ติดต่อกัน

สำหรับรัฐบาลอภิสิทธิ์ สนับสนุนระบบบัตรทองใกล้เคียงกับรัฐบาลไทยรักไทย แต่มีข้อเท็จจริงว่า ภาวะเศรษฐกิจช่วงนั้น ชะลอตัว งบประมาณรวมของประเทศเกือบไม่เพิ่มเลย แต่ระบบบัตรทองก็ได้รับการสนับสนุนเพิ่มถึงกว่าร้อยละ 8

ปัจจุบันในปี 2558 งบประมาณบัตรทองตัวเลขสูงเกินแสนล้าน ทำให้ดูเป็นงบประมาณก้อนโต แต่เมื่อวิเคราะห์ตัวเลขจะเห็นความจริงที่น่าสนใจ เปรียบเทียบกับงบประมาณของสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ และประกันสังคมได้ ดังนี้

	บัตรทอง	ข้าราชการ	ประกันสังคม
ประชากร (ล้านคน)	**48.606**	**4.95**	**10.77**
งบรวม (ล้านบาท)	**153,151.66**	**59,556.50**	**25,320.30**
หักเงินเดือน (ล้านบาท)	38,188.02	-	-
คงเหลือสุทธิ	114,963.64	59,556.50	25,320.30
เหมาจ่ายรายหัว (บาท)	**2,895.09**	**12,031.52**	**2,532.00**
หักเงินเดือน (บาท)	785.66	-	-
คงเหลือสุทธิ(บาท)	2,109.43	12,031.52	2,532.00

จะเห็นได้ว่า ประกันสังคม จ่ายในอัตราแพงกว่าบัตรทองเฉลี่ย 422.57 บาท/คน เท่ากับแพงกว่าถึง 20% ทั้ง ๆ ที่ไม่ครอบคลุมการเจ็บป่วยจากการทำงาน คลอด และอื่น ๆ โดยที่โครงสร้างประชากรเป็นคนวัยฉกรรจ์ เจ็บป่วยน้อยกว่ามาก

ส่วนสวัสดิการข้าราชการ ซึ่งโครงสร้างประชากรคล้ายคลึงกับบัตรทอง และเศรษฐฐานะดีกว่า แต่ค่าใช้จ่ายแพงกว่าถึง 5.7 เท่า

จึงเห็นได้ชัดเจนว่า ระบบไหนเป็นภาระต่อสังคมมากกว่ากัน ระบบไหนมีประสิทธิภาพมากกว่ากัน ระบบไหนควรจะปฏิรูปมากกว่ากัน

อันที่จริงแล้ว รัฐบาลจะต้องมองว่า งบประมาณในระบบหลักประกันสุขภาพ คือการลงทุนเพื่อให้คนไทยมีสุขภาพดี แข็งแรง สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และไม่ต้องออมเงินมากมายเพื่อเอาไว้จ่ายค่ารักษาพยาบาล ทำให้มีเงินจับจ่ายใช้สอยมากขึ้น เป็นการกระตุ้นเศรษฐกิจด้วย

ดังนั้นแทนที่ท่านนายกฯ ประยุทธ์ จะมาเพ่งเล็งเอากับระบบบัตรทอง ลองตั้งสติศึกษาปัญหาให้ชัดเจน แล้วใช้ความกล้าหาญ สร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำให้กับระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศโดยรวมจะไม่ดีกว่าหรือ



การพัฒนาสิทธิประโยชน์เพื่อประชาชน

บทที่ 8

การดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์

หลักฐานอีกประการหนึ่งของการไม่มุ่งหาคะแนนนิยมเป็นหลักในระบบบัตรทอง คือ เรื่องการให้ยาต้านไวรัสเอดส์แก่คนไข้นับแสนคนทั่วประเทศ แม้ในทางสากลการให้ยาต้านไวรัสเอดส์สูตรค็อกเทล คือ สูตรผสมของยาตั้งแต่สามชนิดขึ้นไป จะเป็น “มาตรฐานการรักษา” แล้ว เพราะมีประสิทธิผลการรักษาสูง สามารถขจัดเชื้อไวรัสจนลงไปต่ำกว่าระดับที่ตรวจพบได้ (undetectable level) แม้ไม่หายขาด แต่ก็ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นจนใกล้เคียงกับคนปกติ และโดยที่ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ส่วนมาก เป็นคนวัยฉกรรจ์ เป็นกำลังหลักของครอบครัว ทีมวิชาการได้ทำการศึกษาถึงความคุ้มค่าของการลงทุนให้ยาต้านไวรัสแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้มาแล้ว พบว่าหากสามารถลดราคายาลงได้ถึงขีดหนึ่งก็จะถึงจุด “คุ้มทุน” เมื่อเทียบกับ “ปีสุขภาพชีวิต” ของคนไข้และค่ารักษา “โรคติดเชื้อฉวยโอกาส” ที่เมื่อปล่อยให้เป็นเอดส์เต็มขั้นรัฐก็จะต้องให้การรักษา และเป็นภาระของโรงพยาบาลอย่างมาก จนมีคนไข้ล้นโรงพยาบาล

ตอนเริ่มต้นระบบบัตรทองในปี 2544 ยาเอดส์โดยเฉพาะสูตรค็อกเทลยังมีราคาแพงมาก ระบบบัตรทองก็รอจนองค์การเภสัชกรรมสามารถผลิตยาสามัญสูตรผสมดังกล่าว คือ จีพีโอเวียร์ (GPOvir) ออกมา

ได้ในราคาถูกกว่ายาชื่อทางการค้าถึง 25 เท่า ระบบบัตรทองจึงเริ่มให้สูตรยาดังกล่าวอยู่ใน “ชุดสิทธิประโยชน์” โดยเริ่มตั้งแต่ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2546

ทีมงานขณะนั้น มิได้มุ่งแต่แบมือของบประมาณเท่านั้น นอกจากหาทางประหยัดสุด ๆ และศึกษาอย่างรอบคอบ จนเห็นว่าควรลงทุนเรื่องนี้ เพราะองค์การเภสัชกรรมโดย ดร.กฤษณา ไกรสินธุ์ และทีมงานสามารถผลิตยาราคาถูกลงมากแล้ว ทีมงานยังพยายามหา “แหล่งเงิน” มาสนับสนุนด้วย

ขณะนั้นประเทศต่าง ๆ นำโดยนายโคฟี อันนัน เลขาธิการสหประชาชาติ ได้ร่วมระดมเงินทุน ได้หลายพันล้านเหรียญสหรัฐมาตั้งเป็น “กองทุนโลกเพื่อเอดส์ วัณโรค และมาลาเรีย” (Global Fund for HIV/AIDS, TB, And Malaria) ทีมงานโดยกรมควบคุมโรคและองค์กรภาคประชาสังคม ได้ประสานงานทำโครงการขอทุนสนับสนุนจากกองทุนโลกฯ ซึ่งในการพิจารณารอบแรก ปรากฏว่า โครงการของประเทศไทย “เกือบได้” แต่ด้วยวิสัยทัศน์และความกล้าตัดสินใจของปลัดกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น คือ นายแพทย์มงคล ณ สงขลา สนับสนุนโดย รองปลัด สธ. คือนายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และนายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร ซึ่งก็คือแกนนำในการขับเคลื่อนระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้ตัดสินใจส่ง รศ.ดร.ชื่นฤทัย กาญจนจิตรา จากมหาวิทยาลัยมหิดล ไปเป็นเจ้าหน้าที่กองทุนโลกฯ จึงทำให้สามารถพลิกสถานการณ์ จาก “เกือบได้” เป็น “เกือบตก” และในที่สุดก็ได้รับการสนับสนุนสามปีแรก 125 ล้านดอลลาร์สหรัฐ คิดเป็นเงินไทยประมาณ 3,800 ล้านบาท ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ช่วง 3 ปีแรก เป็นเงินจากกองทุนโลกแทบทั้งสิ้น รัฐบาลไทยแทบไม่ต้องควักกระเป๋าเลย

แต่เพื่อความยั่งยืนของระบบการรักษาผู้ติดเชื้อเอดส์ นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ได้ผลักดันให้รัฐบาลไทยตั้งงบประมาณเป็น “ค่าบริการ

สุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์” ครั้งแรกในปี พ.ศ. 2549 เป็นเงิน 2,796.20 ล้านบาท

ช่วง 5-6 ปีแรก การบริหารงบประมาณ “ค่าบริการสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์” ซึ่งครอบคลุมทั้งการรักษาพยาบาล การตรวจคัดกรอง การตรวจระดับเม็ดเลือดขาว ซีดี 4 การตรวจวัดระดับปริมาณเชื้อ การตรวจเชื้อดื้อยา และการรณรงค์ป้องกันโรค บริหารโดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เพราะทำงานเรื่องนี้มานาน มีโครงสร้างและบุคลากรมากมาย อยู่ทั้งในกรมและกระจายอยู่ระดับเขตทั้ง 12 เขต รวมแล้วหลายร้อยคน การให้ยาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์นั้น หัวใจสำคัญคือคนไข้ต้องกินยาอย่างสม่ำเสมอ อย่างถูกต้อง และต่อเนื่องจึงจะได้ผลดี และไม่เกิดภาวะเชื้อดื้อยาซึ่งทำให้ต้องใช้ยารักษาสูตรใหม่ที่มีราคาแพงลิบลิ่ว เป็นภาระแก่งบประมาณ และเสี่ยงต่อการป่วยเป็นเอดส์เต็มขั้น จนต้องเสียค่ารักษาก้อนโต เป็นภาระแก่โรงพยาบาล และในที่สุดก็มักต้องเสียชีวิต ฉะนั้น จะใช้วิธีง่าย ๆ เพียง “โยนเงิน” ลงไปเท่านั้นไม่ได้ นอกจากระบบการจัดหาจัดส่งยาจะต้องมีประสิทธิภาพ ได้ยาคุณภาพกระจายอย่างทั่วถึง ไม่มีปัญหายาขาดแล้ว ยังต้องพัฒนาระบบการดูแลรักษาทั่วประเทศให้เข้มแข็ง ทีมงานทั้งแพทย์และพยาบาลจะต้องได้รับการฝึกอบรมเรื่องการรักษาที่ถูกต้อง ภาควิชาการทั้งในกระทรวงสาธารณสุข และภาคเอกชนคือสมาคมโรคเอดส์ จะต้องติดตามความก้าวหน้าทางวิชาการของโรคร่วมกับกรมควบคุมโรค ปรับปรุง “มาตรฐานการรักษา” เป็นระยะ ๆ องค์การเภสัชกรรมจะต้องปรับปรุงสูตรยาให้ทันกับมาตรฐานการรักษา ระบบข้อมูลจะต้องดี ทั้งการ วางระบบ การรายงาน การวิเคราะห์ ประเมินผลและการใช้ประโยชน์จากข้อมูล และข้อสำคัญผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วย จะต้องช่วยตนเองและช่วยเหลือกันให้ทุกคนไปรับการรักษา และกินยาอย่างถูกต้อง ต่อเนื่องสม่ำเสมอ ถึงขั้นบางครั้งต้องตั้งนาฬิกาเตือนให้กินยาตรงเวลา ซึ่งน่ายินดีที่องค์กรเอกชนด้านเอดส์ของประเทศไทยเข้มแข็งมาก ประสิทธิผล

การรักษาของเราจึงสูงน่าพอใจ

หากเปรียบเทียบกับระบบการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในอีก 2 ระบบใหญ่ คือ สวัสดิการข้าราชการ และประกันสังคม ระบบบัตรทองพัฒนาดีกว่ามาก ระบบที่แย่ที่สุดและแย่มาจนทุกวันนี้คือ สวัสดิการข้าราชการ เพราะมักไปรับการรักษาโดยปกปิด ไม่มีการรวมตัวกันของผู้ป่วย ทำให้ขาดการสนับสนุนจาก “เพื่อนร่วมทุกข์” (Peer Group) รวมทั้งขาดการรายงาน ติดตาม โดยมักปกปิดรายงานเป็นโรคอื่นแทน ระบบประกันสังคมมีปัญหารองลงไป เพราะระบบนี้ให้บริการโดยโรงพยาบาลเอกชนกว่าครึ่ง ซึ่งแพทย์ที่ให้บริการในโรงพยาบาลเอกชนส่วนมาก ถูกใช้งานเพื่อทำรายได้ให้โรงพยาบาลเป็นหลัก มีเวลาไปรับการฝึกอบรมเพื่อติดตามความก้าวหน้าทางวิชาการค่อนข้างน้อย ขณะที่วงวิชาการด้านนี้มีพลวัตสูง การปรับตัวเรื่องมาตรฐานการรักษาก็ติดขัด จากระบบที่เป็นราชการ และมีคณะอนุกรรมการ/คณะกรรมการ หลายชั้น จึงตามการพัฒนาของระบบบัตรทองไม่ทัน ประสิทธิผล/ประสิทธิภาพของการดูแลรักษาจึงย่อหย่อนไป

ช่วงที่ผมเป็นกรรมการในคณะกรรมการการแพทย์ของประกันสังคม ได้รับมอบหมายให้เป็นประธานอนุกรรมการเรื่องเอดส์ ขณะเดียวกันก็เป็นประธานอนุกรรมการเรื่องเอดส์ในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติด้วย ได้พยายาม “บรรสาน” (Harmonize) เรื่องการดูแลรักษาเอดส์ให้ 2 กองทุนนี้ ทำให้ปัจจุบันมาตรฐานและประสิทธิผล การดูแลรักษาเอดส์ของประกันสังคมใกล้เคียงกับระบบบัตรทองมาก ข้อสำคัญคือระบบการรายงานได้เชื่อมโยงเข้ามาสู่ระบบเดียวกัน ขณะที่ระบบบริการในสวัสดิการข้าราชการยัง “กู่ไม่กลับ”

อย่างไรก็ดี ดังที่ลอร์ด แอคตัน ได้กล่าวไว้กว่าร้อยปีมาแล้วว่า “อำนาจทำให้ฉ้อฉล อำนาจเบ็ดเสร็จ ทำให้ฉ้อฉลเบ็ดเสร็จ” (Power tends to corrupt, absolute power corrupts absolutely) ระบบราชการ

เป็นระบบอำนาจรวมศูนย์จึงเกิดการฉ้อฉลได้ง่าย งบประมาณเอดส์ในระบบบัตรทอง เพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดดจากปีแรกมีงบประมาณแผ่นดิน 2,796.20 ล้านบาทในปี 2549 กระโดดขึ้นเป็น 3,855.50 ล้านบาท ในปี 2550 และเพิ่มเป็น 4,382.40 ล้านบาท ในปี 2551 การบริหารงบประมาณก้อนนี้ในกระทรวงสาธารณสุข บ่งชี้ว่าขาดประสิทธิภาพและมีการฉ้อฉลด้วย

หลักฐานการฉ้อฉลปรากฏชัดเจนหลังการรัฐประหารเมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2549 รัฐบาลขิงแก่เลือกนายแพทย์มงคล ณ สงขลา ผู้ร่วมริเริ่มบุกเบิกโครงการบัตรทองมาเป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข มีทีมงานแพทย์ชนบทเข้าไปช่วยเป็นกำลังสำคัญ ปัญหายาเอดส์ราคาแพงซึ่งเป็นปัญหาหนักมาต่อเนื่องยังไม่หมดไป แม้องค์การเภสัชกรรมจะผลิตสูตรยาจีพีโอเวียร์ ซึ่งเป็นยารักษาสูตรพื้นฐานราคาถูกลงถึง 25 เท่า แต่ยาอื่นโดยเฉพาะยาสูตรดื้อยา เป็นยาติดสิทธิบัตรราคาแพงมาก นายแพทย์สงวนเสนอว่าจะต้องใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิ์ ซึ่งเป็นมาตรการที่เป็นไปตามกฎเกณฑ์สากลขององค์การการค้าโลก และเป็นไปตามกฎหมายไทย คือ พ.ร.บ.สิทธิบัตร พ.ศ. 2535 รัฐบาลจากการเลือกตั้งได้รับข้อเสนอแล้ว ลังเลไม่กล้าประกาศศักดิ์ศรีของชาติที่เป็นอิสระ จนกระทั่งรัฐบาลขิงแก่เข้ามารับหน้าที่ มาตรการแรกที่นายแพทย์มงคล ณ สงขลา จับขึ้นมาทำคือการประกาศทำซีแอลยาเอดส์ที่ติดสิทธิบัตร 2 ชนิด ที่มีราคาแพง ทำให้ยาสูตรดื้อยามีผู้เป็นเอดส์เข้าถึงยาสูตรนี้เพียง 69 คนจากผู้ป่วยที่ดื้อยาหลายพันคน ที่เหลือส่วนมากต้องกลายเป็นเอดส์เต็มขั้น ต้องเสียค่ารักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสจำนวนมาก และในที่สุดก็มักเสียชีวิตไป ทำให้ครอบครัวเดือดร้อน เพราะจำนวนมากที่เสียชีวิตเป็นหัวหน้าครอบครัว

หลังประกาศทำซีแอล ยาสูตรดื้อยาราคาถูกลงมาก ทำให้คนไข้ที่ดื้อยา “เข้าถึง” ยามากขึ้น จากที่เคยได้เพียง 69 คน เพิ่มเป็นกว่าหมื่นคนในเวลาราวปีเศษ แปลว่าคนไข้เอดส์ที่ดื้อยารอดชีวิต เป็นกำลังของ

ครอบครัวกว่าหมื่นคน

แต่ปรากฏว่าแม้มีการประกาศทำซีแอลเป็นข่าวใหญ่ไปทั่วโลก ไม่เฉพาะในประเทศไทย แต่หน่วยงานรับผิดชอบยัง “แอบ” เสนอขอซื้อยาตัวเดียวกับที่กำลังทำซีแอล แต่เสนอขอซื้อยาราคาแพงจากบริษัทยาต่างประเทศ สวนทางขึ้นมาอีกหลายร้อยล้าน

ซื้อมาทำไม ทำไมจึงซื้อเป็นเรื่องรู้กันดีในวงการ เพราะก่อนหน้านั้นมีข่าวการสั่งซื้อยาราคาแพงในโรงพยาบาลบางแห่งทางภาคอีสานโดยมีการจัดซื้อยาไว้มากมายจนยาล้นสต็อค หมดอายุ ต้องเอาไปฝังดินทำลายหลักฐาน เป็นข่าวฉาวโฉ่มาแล้ว

ในเรื่องประสิทธิภาพ เพราะเป็นระบบราชการ เมื่อตั้งหน่วยงานขึ้นแล้ว ยุบเลิกยาก ตรงข้าม แต่ละหน่วยงานจะพยายามขยายบทบาทหน้าที่ออกไปตาม “กฎพาร์กินสัน” (Parkinson’s Law) ซึ่งผมเคยเขียนเรื่องนี้ไว้ในบทความเรื่อง “การบริหารเวลา” และขอคัดมา ดังนี้

> *กฎพาร์กินสันคือ “งานจะขยายออกไปให้เต็มตามเวลาที่กำหนดให้ (Work expands so as to fill the time available for its completion.) นั่นคือ ถ้าให้เวลามาก คนทำงานก็อาจรอจนใกล้กำหนดจึงลงมือทำเพื่อให้เสร็จตามกำหนด ถ้าให้เวลาน้อยก็จะเร่งทำโดยเร็ว ตัวอย่างที่ชัดเจน เช่น งานพิธีศพ ประเพณีไทยมีทั้งแบบเร็วและช้า เช่น สวด 3 วันแล้วเผา หรือสวดร้อยวันแล้วเก็บไว้อีกระยะหนึ่งจึงเผา แต่อิสลามจะกำหนดให้แล้วเสร็จในวันเดียว ก็สามารถทำได้ตามกำหนดทั้งสิ้น*
>
> *ตัวอย่างที่คลาสสิก คือ นักธุรกิจที่รู้จักบริหารเวลา จะสามารถส่งบัตรอวยพรให้ลูกค้าได้ภายในสองสามนาที แต่คุณนายสูงอายุที่ว่างงาน อาจใช้เวลาทั้งวันเพื่อเขียนบัตรอวยพรส่งให้หลานสาว โดยใช้เวลาหนึ่งชั่วโมง*

เพื่อหาบัตรอวยพรที่ถูกใจ อีกหนึ่งชั่วโมงเพื่อหาแว่นตาที่ไม่รู้ไปวางไว้ที่ไหน ครึ่งชั่วโมงเพื่อหาที่อยู่หลานสาว หนึ่งชั่วโมงสิบห้านาทีเพื่อเขียนข้อความอวยพร ยี่สิบนาทีเพื่อตัดสินใจว่าติดร่มไปดีไหมระหว่างไปหย่อนบัตรอวยพรลงตู้ไปรษณีย์

ที่น่าวิตกคือ หน่วยงานจำนวนมาก ทั้งราชการและเอกชนต่างตกอยู่ในวังวนของ กฎพาร์กินสัน นอกจากขยายเวลาทำงานแล้ว ยังขยายหน่วยงาน ขยายจำนวนคนทำงาน เพื่อเพิ่มความสำคัญขององค์กรหรือหน่วยงาน แต่ทำสิ่งที่ไม่จำเป็นและไม่เป็นประโยชน์ เข้าลักษณะ "โยนกระดาษกันไปมา" ทำให้งานซับซ้อนมากขึ้น และยุ่งยากมากขึ้น แถมเสร็จช้าลง เป็นปัญหาใหญ่ของหน่วยงานต่าง ๆ โดยเฉพาะหน่วยงานราชการ ที่จะต้องแก้ไข ถึงขั้นปฏิรูปกันต่อไป"

ธรรมชาติของหน่วยงานที่มักจะเป็นไปตามกฎพาร์กินสัน การบริหารยาเอดส์ก็ไม่พ้นกฎข้อนี้ แทนที่จะส่งยาตรงถึงโรงพยาบาลแต่ละแห่ง กรมควบคุมโรคกลับมีสต็อคของยาเอาไว้ในจุดที่ไม่จำเป็น 3 จุด คือ ในกรมที่สำนักงานควบคุมโรคเขต และที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด การมีสต็อคยาไว้ใน 3 จุดดังกล่าวไม่มีประโยชน์ใด ๆ เลย มีแต่โทษ เพราะเป็นการเพิ่มขั้นตอน ทำในสิ่งที่ไม่จำเป็น ไม่มีประโยชน์ ทำให้สิ้นเปลืองกับการนำยาไปกองไว้ เสียค่าใช้จ่ายทั้งการขนส่ง การหาที่เก็บ การจัดทำสต็อคและอื่น ๆ ทำให้มีโอกาสที่ยาจะค้างสต็อคและหมดอายุ รวมทั้งอาจมีปัญหายาเสื่อมคุณภาพ เพราะในหน่วยงานบางแห่งสถานที่คับแคบ ต้องเอาไปกองไว้ตามซอก ตามระเบียง ตากแดด โดนอากาศร้อน โดยไม่มีการตรวจสอบควบคุมคุณภาพเลย แต่ต้องมีการเก็บสต็อคไว้ในที่ต่าง ๆ เหล่านี้เพียงเพราะ

เพื่อให้หน่วยงานแต่ละแห่งมี “บทบาทหน้าที่” และมี “อำนาจ” ในการบริหารยา ทำกันเช่นนี้มานานโดยไม่มีใครรู้สึกว่าเป็นความผิด

จุดพลิกผันที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคือผู้บริหารกรมควบคุมโรคบางคน “เล่นตัว” เพราะรู้สึกว่า สปสช. ต้องพึ่งพาศักยภาพของตน จึงเรียกร้อง “โน่นนี่” เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ สร้างความขมขื่นให้กับนายแพทย์สงวนเป็นอันมาก จนวันหนึ่งนายแพทย์สงวนโทรศัพท์ปรึกษาผมว่า สปสช. อยากจะเป็นผู้บริหารจัดการยาเอดส์เอง แต่เกรงจะทำไม่ได้เพราะไม่มี “มือไม้” เหมือนอย่างกรมควบคุมโรค กลัวมีปัญหายาไม่ถึงมือคนใช้ จะทำให้เกิดปัญหาร้ายแรงตามมา คือคนไข้ขาดยาและทำให้เชื้อโรคดื้อยา ต้องไปใช้ยาราคาแพงที่ติดสิทธิบัตร เป็นภาระแก่งบประมาณของประเทศ ผมตอบทันทีว่า “เดินหน้าเลย” ผมอยู่กรมนี้มานาน 5 ปี รู้องคาพยพและรู้จักคนในกรมไม่น้อย หากมีปัญหาติดขัดจะช่วยแก้ไขให้ ขณะนั้นผมเป็นประธานองค์การเภสัชกรรม ผู้จัดหายานี้ส่งให้อยู่แล้ว จึงควรจะมีส่วนช่วยแก้ปัญหาได้มาก

คุณหมอสงวนเวลานั้นเจ็บป่วยด้วยมะเร็งโรคร้าย ร่างกายทรุดโทรมลงมาก แต่จิตใจยังแข็งแกร่งประดุจเหล็กเพชร พร้อมทีมงานคุณหมอสงวนที่เข้มแข็งทั้งร่างกายและกล้าหาญทางจริยธรรม เช่น เภสัชกรหญิงเนตรนภิส สุชนวนิช และเภสัชกรหญิงปนัดดา ลี่สถาพรวงศา ภรรยานายแพทย์ประวิทย์ ลี่สถาพรวงศา กรรมการ กสทช. (ปัจจุบัน ภญ.ปนัดดา ถึงแก่กรรมแล้วจากโรคมะเร็ง) รวมทั้งทีมงานคนอื่น ๆ ปรึกษาหารือกับทางฝ่ายองค์การเภสัชกรรม “รื้อปรับระบบ” (Reengineer) การจัดหายาเอดส์ให้แก่ สปสช.

องค์การเภสัชกรรมได้พัฒนาระบบการจัดส่งยาเอดส์ให้โรงพยาบาลต่าง ๆ อยู่แล้ว ที่เรียกว่า Vender-Managed Inventory หรือระบบ VMI (วีเอ็มไอ) คือมีการคำนวณปริมาณการใช้ยาของโรงพยาบาล แต่ละระดับกำหนดเพดานขั้นสูงเพื่อไม่ให้ยาล้นสต็อค/ค้างสต็อค และกำหนดเพดานขั้นต่ำ เพื่อไม่ให้ยาขาดสต็อค มีระบบข้อมูลอยู่ที่ส่วนกลาง โรงพยาบาล

แห่งใดใช้ยาถึงขีดเพดานขั้นต่ำ ก็จะมีระบบส่งยาไปเพิ่มให้ถึงเพดานขั้นสูงในเวลาอันรวดเร็ว ระบบดังกล่าวดำเนินการมาระยะหนึ่งจนเข้าที่เข้าทางแล้ว การรื้อปรับระบบที่สำคัญคือ ยกเลิกสต็อคที่ส่วนกลาง ที่เขต และที่จังหวัดลงทั้งหมด ส่งตรงให้โรงพยาบาลเท่านั้น

ผลที่เกิดขึ้นทันที นอกจากตัดภาระที่ไร้สาระและไม่จำเป็นของการมีสต็อคในที่ไม่สมควร และไม่จำเป็น มีสต็อคไว้เพียงแห่งเดียวที่องค์การเภสัชกรรม ทำให้ประหยัดงบประมาณที่จะต้องซื้อยาไปกองไว้ลงได้มาก การเปลี่ยนแปลงผู้บริหารการจัดหายา ทำให้มีการเข้าไปตรวจสต็อค (Take stock) และเลิกแอบซื้อยานอกที่ไม่จำเป็นลง ทำให้ประหยัดงบประมาณลงได้ทันทีราว 1,000 ล้านบาท ผลคือปีต่อมา งบประมาณเอดส์ของ สปสช. ลดลงจาก 4,382.40 ล้านบาท ในปี 2551 เหลือเพียง 2,983.773 ล้านบาท ในปี 2552 ลดลงไปถึง 31.91%

เงินที่ประหยัดได้ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2551 ราว 1 พันล้านบาท ได้นำไปใช้ประโยชน์คือ การเริ่มการล้างไตทางช่องท้อง ซึ่งใช้เงินในปีแรกราว 500 ล้านบาท อีก 500 ล้านบาท สามารถนำไปริเริ่มการใช้วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ให้แก่ประชากรกลุ่มเสี่ยง ซึ่งจะกล่าวถึงต่อไป

บทที่ 9

วัคซีนไข้หวัดใหญ่ และการล้างไตทางช่องท้อง

การประหยัดเงินค่ายาเอดส์ได้ทันทีราว 1 พันล้านบาท โดยไม่ได้ลดคุณภาพและปริมาณยาที่คนไข้ควรได้รับเลย แต่ใช้วิธีปฏิรูประบบการจัดซื้อและจัดส่งยาเท่านั้น คำถามต่อไปคือเงิน 1 พันล้านบาทที่ประหยัดได้ ควรนำไปใช้ทำอะไร

คำตอบคือ นำไปใช้ให้เกิดประโยชน์กับประชาชน ให้เข้าถึงบริการที่พึงควร และสร้างความยั่งยืนให้แก่ระบบมากขึ้น

คำตอบที่เป็นรูปธรรม คือ นำไปใช้กับ 2 โครงการ ซึ่งมีการเตรียมการมาแล้ว ได้แก่ (1) ฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่แก่ประชากรกลุ่มเสี่ยง (2) เริ่มโครงการล้างไตทางช่องท้อง ซึ่งมีรายละเอียดโดยสังเขปดังนี้

1. การฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่แก่ประชากรกลุ่มเสี่ยง

การฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่เป็นการป้องกันโรค ข้อพิจารณาคือ วัคซีนมีความปลอดภัยหรือไม่ มีประสิทธิผลเพียงใด ราคาสูงต่ำแค่ไหน ควรฉีดให้แก่ประชากรกลุ่มใด คุ้มค่าหรือไม่

ก่อนหน้านั้น ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ (Thailand-US

Collaboration Center: TUC) ซึ่งเป็นศูนย์ความร่วมมือทำงานวิจัยระหว่างรัฐบาลไทย กับศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งชาติของสหรัฐ (US-CDC: Centers for Disease Control and Prevention) ซึ่งเดิมเป็นศูนย์ความร่วมมือวิจัยโรคเอดส์ (HIV/AIDS Collaboration Center: HAC) และขยายเป็นการศึกษาวิจัยในขอบเขตกว้างขวางขึ้น ศูนย์แห่งนี้ได้ทำการศึกษาวิจัยวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ใน 2 จังหวัด คือ จังหวัดสระแก้ว และนครพนม วัคซีนนี้มีการศึกษาวิจัยว่าปลอดภัยและมีประสิทธิผลจนสามารถขึ้นทะเบียนจำหน่ายได้ทั่วไปแล้ว การศึกษาใน 2 จังหวัดดังกล่าวเพื่อศึกษาผลในประชากรไทย ซึ่งจากข้อมูลการศึกษาดังกล่าว นักวิจัยของไทยได้ทำการศึกษาเพิ่มเติมหาความคุ้มค่าว่าถ้าใช้ในประชากรกลุ่มต่าง ๆ จะมีความคุ้มค่ามากน้อยเพียงใด เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ หญิงตั้งครรภ์ เด็ก ผู้มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน หัวใจ ความดันโลหิตสูง ที่ต้องทำการศึกษาเพราะประชากรกลุ่มต่าง ๆ มีอัตราป่วย และความรุนแรงจากโรคนี้แตกต่างกัน

การศึกษาความคุ้มค่า จะดูว่า ถ้าฉีดวัคซีนให้แก่ประชากรแต่ละกลุ่มจะต้องลงทุนเท่าใด สามารถป้องกันการเกิดโรคจริงในชุมชนเท่าใดเทียบกับที่ไม่ฉีด เมื่อเจ็บป่วยจะต้องใช้เงินในการรักษาพยาบาลเท่าใด ซึ่งพบว่า ในประชากรกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ หากไม่ได้รับวัคซีน จะมีความรุนแรงของโรคสูง มักต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล มีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูง เป็นภาระแก่โรงพยาบาล แพทย์ พยาบาล และเพิ่มความแออัดในโรงพยาบาล ในด้านผู้ป่วยก็ต้องทุกข์ทรมาน เสียเวลาในการรักษาตัวและฟื้นฟูสภาพ อัตราการเสียชีวิตก็สูง และยังเป็นภาระแก่ญาติ ทั้งด้านการดูแล เยี่ยม ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และอื่น ๆ การให้วัคซีนนี้ในประชากรกลุ่มเสี่ยงจึงมีความคุ้มค่าสูง

นอกจากนี้ยังเป็นการช่วยแก้ปัญหาในระดับนโยบาย เนื่องจากก่อนหน้านั้นมีการระบาดของไข้หวัดนก และรัฐบาลมีนโยบายสร้างความมั่นคงเรื่องวัคซีนโดยการมอบให้องค์การเภสัชกรรมก่อสร้างโรงงานวัคซีน

ไข้หวัดใหญ่/ไข้หวัดนก ระดับอุตสาหกรรม ให้มีศักยภาพในการผลิตวัคซีนขึ้นใช้ได้ในกรณีเกิดการระบาดใหญ่ทั่วโลก สิ่งหนึ่งที่จำเป็นต้องทำคือ ต้องให้โรงงานสามารถผลิตวัคซีนไข้หวัดใหญ่ที่ใช้ป้องกันโรคตามฤดูกาลทุกปีจำหน่ายได้ แม้อาจไม่สามารถแข่งขันด้านราคากับบริษัทข้ามชาติได้ แต่ต้องกระทำเพื่อว่าเมื่อมีการระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่ทั่วโลก (Pandemic Flu) โรงงานจะสามารถปรับเปลี่ยนไปผลิตวัคซีนป้องกันการระบาดใหญ่ทั่วโลกได้โดยรวดเร็ว เพื่อให้สามารถลดการสูญเสียชีวิตของประชาชนคนไทยลง เพราะในภาวะดังกล่าว มีโอกาสน้อยมากที่จะซื้อวัคซีนได้จากต่างประเทศ

ฉะนั้น การริเริ่มโครงการให้วัคซีนไข้หวัดใหญ่แก่ประชากรกลุ่มเสี่ยง จะสอดรับกับแผนการสร้างโรงงานวัคซีน โดยในอนาคตจะลดหรือเลิกการนำเข้าวัคซีนนี้จากต่างประเทศลงได้ด้วย

ในที่สุด เงินราว 500 ล้านบาท จึงนำไปเพิ่มสิทธิประโยชน์ โดยการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ให้กับประชากรกลุ่มเสี่ยง โดยเชื่อมั่นว่าเป็นการลงทุนที่คุ้มค่า สามารถลดงบประมาณในส่วนที่จะไม่ต้องไปใช้รักษาประชากรกลุ่มนี้ เพราะประชาชนที่ได้รับวัคซีนจะป่วยด้วยโรคนี้น้อยลง

การลงทุนให้วัคซีนไข้หวัดใหญ่แก่ประชากรกลุ่มเสี่ยงจึงเป็นการลงทุนที่คุ้มค่า เป็นสวัสดิการสังคมที่มีเหตุผล สมควรทำ และพึงกระทำ มิใช่ประชานิยมอย่างแน่นอน แม้มีภาระผูกพันงบประมาณในปีต่อ ๆ มา ก็เป็นการลงทุนที่สมควร โดยในปีต่อ ๆ มาได้ใช้งบประมาณจากในส่วนของการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยตรง

2. การล้างไตทางช่องท้อง

ก่อนหน้านั้น รัฐบาล “ขิงแก่” ได้ตัดสินใจทางนโยบาย ให้การล้างไตแก่ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของคนไข้บัตรทอง

โดยสิทธิดังกล่าวมิใช่สิทธิที่เพิ่มขึ้นมาใหม่ แต่เป็นสิทธิที่สวัสดิการข้าราชการและประกันสังคมให้อยู่แล้ว การใช้สิทธินี้จึงเป็นเพียงการเปิดโอกาสให้ประชากรส่วนใหญ่ของประเทศมีสิทธิเท่ากับข้าราชการ และผู้ประกันตน ทั้งนี้ในการพิจารณาเรื่องนี้ มีการศึกษาถึงค่าใช้จ่ายที่ต้องผูกพันระยะยาวอย่างชัดเจน ผ่านการพิจารณาอย่างเป็นขั้นตอน นั่นคือ

(1) การศึกษาความปลอดภัย ประสิทธิผล และความคุ้มค่าโดยทีมนักวิชาการ
(2) นำเข้าพิจารณาในคณะอนุกรรมการสิทธิประโยชน์ของ สปสช. เมื่อเห็นสมควรแล้วจึงเข้าสู่การพิจารณาขั้นที่ (3)
(3) นำเข้าพิจารณาในคณะอนุกรรมการการเงินการคลังดูภาระค่าใช้จ่าย ผลกระทบทั้งระยะสั้น และระยะยาว
(4) นำเข้าพิจารณาในคณะอนุกรรมการประสานยุทธศาสตร์ เพื่อให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องได้ร่วมพิจารณากลั่นกรอง
(5) นำเข้าพิจารณาในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
(6) นำเสนอคณะรัฐมนตรี

มีข้อสังเกตคือ ข้อกำหนดของระบบบัตรทองคำนึงถึงการประหยัดงบประมาณของประเทศอย่างเข้มงวด นั่นคือ มีการกำหนดอัตรา “ฟอกไต” ในสถานพยาบาล ที่ครั้งละ 1,500 บาท โดยกำหนดเงื่อนไขให้สถานพยาบาลที่เข้าร่วมต้องไม่เรียกเก็บเงินเพิ่มจากผู้ป่วย เพราะพิจารณาแล้วว่า ราคาดังกล่าวเป็นราคาที่สถานพยาบาลมีกำไรพอสมควร ไม่ควรให้เป็นภาระแก่ประชาชนที่ต้องทุกข์ยากมากอยู่แล้ว หากยอมให้เก็บเพิ่มครั้งละ 500-1,000 บาท สัปดาห์หนึ่งต้องฟอกไต 2-3 ครั้ง เดือนละ 8-12 ครั้ง จะต้องเสียเงินเดือนละ 4,000-12,000 บาท ไหนจะค่ารถอีก ปีหนึ่งเป็นเงินขั้นต่ำสุด 48,000 บาท ถึง 144,000 บาท ครอบครัวที่ยากจนจะลำบากมาก

น่าสังเกตว่า สวัสดิการข้าราชการ ยอมให้เรียกเก็บได้ถึงครั้งละ 2,000 บาท สูงกว่าบัตรทองครั้งละ 500 บาท และประกันสังคมยอมให้เรียกเก็บจากผู้ประกันตนเพิ่มได้ครั้งละ 500 บาท โดยผู้แทนกระทรวงการคลัง สำนักงบประมาณและกระทรวงแรงงาน นั่งอยู่ในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในฐานะกรรมการโดยตำแหน่ง แต่ไม่มีการเสนอให้ปรับลดอัตราที่สวัสดิการข้าราชการยอมให้เรียกเก็บ และประกันสังคมยอมให้เก็บเพิ่มเลย

ตรงกันข้าม กลับมีกรณีกรรมการสมาคมโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งเป็นกรรมการในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ออกหนังสือเวียนถึงสมาชิก มิให้เข้าร่วมโครงการกับ สปสช. โดยข้ออ้างคือ จะทำให้ “เสียราคา” กรณีดังกล่าวแสดงถึงปัญหา “ผลประโยชน์ทับซ้อน” (Conflict of Interest) อย่างชัดแจ้ง จึงมีการร้องเรียน และตั้งคณะกรรมการสอบสวนกรรมการทั้ง 2 คนนั้น และได้ข้อสรุปว่า มีความผิด แต่ก็ไม่มีการดำเนินการจนถึงที่สุด และกรรมการหนึ่งในสองคนนั้นก็ยังนั่งเป็นกรรมการทำหน้าที่ปกป้องผลประโยชน์ และบางครั้งยังบ่อนทำลายระบบบัตรทองเป็นครั้งคราว

โครงการล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis) เกิดขึ้นเพื่อประโยชน์ของประชาชนที่เดือดร้อน โดยมีการศึกษาเตรียมการอย่างรอบคอบ ทั้งจากนักวิชาการ ผู้บริหาร กรรมการ และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ โดยดำเนินการอย่างเป็นขั้นตอน ได้แก่

(1) ศึกษาข้อดีของการล้างไตทางช่องท้อง ซึ่งพบว่ามีข้อดีกว่าการล้างไตทางหลอดเลือด ได้แก่

ก. เป็นวิธีการรักษาที่ใกล้เคียงธรรมชาติ คือ ได้ล้างไตทุกวัน วันละ 4 รอบ เหมือนการได้ปัสสาวะวันละ 4 ครั้ง เทียบกับการล้างไตทางหลอดเลือด ซึ่งล้างเพียงสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ทำให้ของเสียในร่างกายหมักหมมคั่งค้างใน

ร่างกายอยู่ถึง 3-4 วัน ก่อนจะถึงกำหนดล้างแต่ละครั้ง

ข. ประชาชนสามารถทำได้เองที่บ้าน ไม่ต้องเสียค่ารถและเสียเวลาไปทำที่โรงพยาบาล

ค. ลดการลงทุนในโรงพยาบาล ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ล้วนต้องนำเข้าจากต่างประเทศ และลดความแออัดในโรงพยาบาลด้วย

อย่างไรก็ดี วิธีการรักษานี้ก็มีข้อจำกัด คือ บางรายล้างไม่ได้ เช่น มีแผ่นพังผืดในช่องท้อง และอาจมีปัญหาเรื่องการติดเชื้อ ซึ่งจะต้องมีวิธีป้องกันและแก้ไข ให้เกิดน้อยที่สุด

(2) ศึกษาความปลอดภัย และประสิทธิผลของการรักษา ซึ่งพบว่า หลายประเทศทั่วโลกดำเนินการแล้วได้ผลดี ทั้งในประเทศเจริญแล้วอย่างสิงคโปร์ และฮ่องกง และโดยเฉพาะคือในประเทศยากจนอย่างอินเดีย ที่ประชาชนจำนวนมากมีการศึกษาน้อย มีปัญหาเรื่องภาษาท้องถิ่นหลากหลาย และถนนหนทางส่วนมากที่ยังทุรกันดาร แต่อินเดียก็ทำได้ดี

(3) ศึกษาเรื่องค่าใช้จ่าย เปรียบเทียบกับการล้างไตทางหลอดเลือดในโรงพยาบาล

ในที่สุด โดยความร่วมมือของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และการประสานงานเป็นทีมอย่างดี ระหว่าง สปสช. กับ องค์การเภสัชกรรม สามารถเจรจาต่อรองเรื่องราคากับโรงงานผลิตน้ำยาล้างไตทางช่องท้องที่ต้องสั่งซื้อมาจากต่างประเทศแทบทั้งสิ้น ทำให้สามารถลดราคาน้ำยาจากถุงละประมาณ 120 บาท ลงเหลือเพียงถุงละ 95 บาท โดยให้จัดส่งถึงบ้านผู้ป่วยด้วย

การที่สามารถเจรจาลดราคาลงได้เช่นนั้น เพราะ (1) เราสามารถเสนอข้อมูลให้แต่ละบริษัท เชื่อมั่นได้ว่า เราจะเป็นลูกค้ารายใหญ่ จำนวนการใช้น้ำยาจะเพิ่มสูงขึ้นต่อเนื่องอย่างชัดเจน (2) เป็นการเจรจาอย่างโปร่งใสเพื่อประโยชน์ของประเทศชาติอย่างแท้จริง จึงเกิดการแข่งขัน

“สู้ราคา” กันเต็มที่ ราคาที่ลดลงเป็นไปตามหลักการค้าของชาวจีนที่ว่า “ขายน้อย ๆ กำไรมาก ๆ กำไรไม่มาก ขายมาก ๆ กำไรน้อย ๆ กำไรไม่น้อย”

น่ายินดีที่โครงการนี้ประสบความสำเร็จอย่างน่าพอใจ มีผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากโครงการนี้เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ อัตราการติดเชื้อ หรือโรคแทรกซ้อนอื่นมีบ้าง แต่ก็ไม่สูงกว่าในประเทศเจริญแล้วทั่วไป และสามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ไปได้ด้วยดี แม้จะมีเสียงโจมตีบ้างจากผู้เสียผลประโยชน์ แต่โครงการก็เดินหน้าไปได้ด้วยดี

นอกจากประชาชนจะได้รับความสะดวก และสามารถลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางลงได้มาก เมื่อเกิดน้ำท่วมใหญ่เมื่อปี 2554 ผู้ป่วยที่ล้างไตในโรงพยาบาลจำนวนมากเผชิญวิกฤต เพราะโรงพยาบาลบางแห่งน้ำท่วมมากจนต้องปิดบริการ บริการล้างไตก็ปิดไปด้วย คนไข้จะไปขอล้างไตที่โรงพยาบาลอื่นส่วนใหญ่ก็เต็มหมด ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งติดน้ำท่วมเดินทางไม่ได้ ขณะที่ถ้าถึงรอบต้องล้างไตแล้วไม่ได้ล้าง ของเสียก็จะคั่งค้างเพิ่มขึ้น บางคนถึงกับเสียชีวิตไปก็มี แต่ผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้อง แทบไม่ประสบปัญหาเหล่านี้เลย แม้น้ำท่วมรอบบ้าน ถ้ายังไม่ท่วมบ้าน ก็ยังแขวนถุงน้ำยาล้างไตข้างฝาบ้านล้างอยู่ที่บ้านได้ เมื่อน้ำท่วมจนต้องอพยพไปอยู่ตามสถานที่พักพิงต่าง ๆ เช่น บนศาลาวัด ก็เพียงตอกตะปูที่เสาหรือข้างฝา ล้างไตบนศาลาวัดนั้นเอง

เหมือนคนไข้ไตวายรายหนึ่งที่สิงคโปร์ มีอาชีพขับแท็กซี่ ถึงเวลาที่ต้องล้างไต ก็หาที่จอดรถ แขวนถุงน้ำยาล้างไตกับตะขอที่ขอบหลังคารถ ล้างไตด้วยตนเอง เสร็จ ขับรถต่อได้

โครงการล้างไตทางช่องท้องนี้ ไม่ได้เพิ่มงบประมาณรวมของโครงการล้างไตให้แก่ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย แต่ในการเริ่มโครงการปีแรก ต้องมีงบประมาณในการเตรียมระบบ และจัดซื้อน้ำยา จึงจำเป็นต้องมีงบประมาณก้อนหนึ่งมาใช้ ซึ่งเงิน 500 ล้านบาทที่ประหยัดได้ จากการ

โอนการจัดซื้อยาเอดส์มาให้ สปสช. บริหารเอง สามารถทำให้โครงการนี้เริ่มต้นได้ และทำต่อเนื่องมาจนทุกวันนี้

เรื่องดี ๆ อย่างการประหยัดเงินได้พันล้านจากการจัดซื้อยาเอดส์ของ สปสช. รวมทั้งการนำเงินไปใช้ประโยชน์เรื่องวัคซีนไข้หวัดใหญ่และการล้างไตทางช่องท้องเช่นนี้ สตง. น่าจะตรวจพบและแสดงความชมเชยไว้ แทนการมุ่งจับผิดในเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ โดยบางกรณีเป็นการตีความกฎหมายผิด ๆ ด้วย

บทที่ 10

วัคซีน ต้อกระจก โรคหัวใจ

นอกจากยาต้านไวรัสเอดส์แล้ว กรมควบคุมโรค ยังมีหน้าที่จัดซื้อวัคซีนในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ติดต่อกันมาเป็นเวลายาวนาน ซึ่งความจริงก็มิใช่บทบาทหน้าที่โดยตรงของกรมควบคุมโรคที่แต่ก่อนชื่อว่ากรมควบคุมโรคติดต่อ เพราะโดยสถานะตั้งแต่แรกก่อตั้ง กรมนี้มีสถานะเป็นกรมวิชาการ มิใช่กรมที่สนับสนุนการจัดบริการ หน้าที่ในการจัดซื้อวัคซีน ควรเป็นหน้าที่ของอีกกรมหนึ่งคือ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แต่เพราะเป็นธรรมชาติของหน่วยงานที่ชอบทำเรื่องการจัดซื้อจัดจ้าง กรมหรือกองวิชาการทั้งหลายจึงมีความพยายามดึงงานจัดซื้อจัดจ้างไปไว้ในมือ บางหน่วยงานที่มีสถานะเป็นหน่วยวิชาการ เช่น สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน ก็พยายามทำหน้าที่ในการจัดทำตำรา คู่มือ และสื่อรณรงค์ต่าง ๆ

สมัยหนึ่ง กองแผนงานสาธารณสุข ซึ่งปัจจุบันยกฐานะเป็นสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ โดยนักวิชาการหนุ่มคนหนึ่ง ได้พยายามผลักดันให้เรื่องการจัดซื้อวัคซีนกลับไปอยู่ถูกที่ถูกทาง คือ ที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.) แต่ด้วยความเกรงใจอธิบดีกรมควบคุมโรคติดต่อ ปลัดกระทรวงสาธารณสุขขณะนั้นไม่ปฏิเสธว่าการจัดซื้อวัคซีนควรอยู่ที่ สป. แต่ก็ขอร้องให้คงอยู่ที่กรมควบคุมโรคติดต่อต่อไป นักวิชาการ

หนุ่มไฟแรงผู้นั้น คือ นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

การที่ สปสช. ดำเนินการจัดซื้อยาเอดส์โดยตรงจากองค์การเภสัชกรรม และสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านงบประมาณลงได้ทันทีกว่าพันล้านบาท กรมควบคุมโรคซึ่งทำหน้าที่จัดซื้อวัคซีน ควรปรับปรุงแก้ไขระบบการจัดซื้อวัคซีนและระบบสต็อคเสียใหม่โดยเร็ว แต่หาได้มีการดำเนินการไม่ ในฐานะกรรมการคนหนึ่งในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผมจึงแนะนำให้ สปสช. เป็นผู้จัดซื้อวัคซีนด้วยตนเอง เหมือนการจัดซื้อยาเอดส์ เพราะเป็นการจัดซื้อรวมโดยส่วนกลางเหมือนกัน มิได้กระจายให้โรงพยาบาลต่าง ๆ จัดซื้อเนื่องจากการจัดซื้อโดยส่วนกลางจะได้ผลดีกว่าทั้งคุณภาพและราคา การเสนอให้ สปสช. จัดซื้อวัคซีนเอง นอกจากเพื่อประหยัดงบประมาณแล้ว ยังต้องการให้กรมควบคุมโรคกลับไปทำหน้าที่ของ “กรมวิชาการ” ให้ถูกฝาถูกตัวด้วย

กระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่ดูแลเรื่องการฉีดวัคซีนให้แก่ประชาชนทั่วประเทศมายาวนาน ปัญหาใหญ่เรื่องหนึ่งที่ “หนักอก” กันมานาน คือ เรื่องคุณภาพของวัคซีน เพราะในอดีตเมื่อมีรายงานผู้ป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน เช่น โปลิโอ คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก เมื่อมีการออกไป “สอบสวนโรค” บ่อยครั้งที่พบว่าเด็กที่ป่วยด้วยโรคเหล่านั้นได้รับวัคซีนครบถ้วน แต่ก็ยังป่วยเป็นโรค

เหตุการณ์เช่นนั้น เกิดขึ้นได้จาก 2 สาเหตุหลักคือ (1) วัคซีนทุกชนิดป้องกันโรคไม่ได้ 100% การป่วยอาจเกิดจากเด็กคนนั้นอยู่ในเปอร์เซ็นต์ที่วัคซีนป้องกันไม่ได้ (2) เกิดจากวัคซีนที่ฉีดให้เสื่อมคุณภาพ ซึ่งสาเหตุหลัก คือ ระบบห่วงโซ่ความเย็น (Cold chain) ไม่ดี เช่น ตู้เย็นไม่สามารถรักษาอุณหภูมิได้ตามที่กำหนด การขนส่งวัคซีนโดยกระติกน้ำแข็ง อุณหภูมิไม่เย็นพอ เป็นต้น

น่าเชื่อว่า สาเหตุสำคัญน่าจะมาจากกรณีที่สอง

การที่มีปัญหาเช่นนั้น เพราะกรมควบคุมโรค ซึ่งควรมีหน้าที่ทาง

“วิชาการ” คือ การควบคุมระบบห่วงโซ่ความเย็นให้ดี แต่กลับทำหน้าที่หลัก คือ การจัดซื้อจัดหาวัคซีน ทำให้กำลังคนที่มีอยู่จำกัดมาให้ความเอาใจใส่เรื่องคุณภาพน้อยไป การที่เสนอให้ สปสช. จัดซื้อวัคซีนเอง จึงเป็นเรื่องที่กรมควบคุมโรคควรยินดี เพราะจะสามารถไปให้ความสนใจเรื่องคุณภาพวัคซีน ซึ่งเป็นหน้าที่โดยตรงได้เต็มที่ แต่ความจริงหาเป็นเช่นนั้นไม่ เพราะกรมควบคุมโรคมีหนังสือ “คัดค้าน” เรื่องนี้ ทันที

แต่เรื่องนี้ก็ดำเนินการจนสำเร็จ โดยอาศัยจังหวะดำเนินการตอนเดือนกันยายน ซึ่งผู้บริหารของกรมควบคุมโรคกำลังจะเกษียณอายุ

ผลเป็นไปตามที่คาดไว้ คือ (1) สามารถประหยัดงบประมาณลงได้ทันทีราวร้อยละ 30 จากการตัดสต็อคที่กรม สำนักงานควบคุมโรคติดต่อ เขต และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (2) กรมควบคุมโรคหันไปทำหน้าที่ควบคุมคุณภาพวัคซีนอย่างจริงจัง มีการพัฒนาการควบคุมกำกับดูแลเรื่องห่วงโซ่ความเย็นอย่างเข้มงวดขึ้น มีการให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feed back) แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะคือองค์การเภสัชกรรมผู้ทำหน้าที่จัดหาและจัดส่งวัคซีน และหน่วยงานปลายทาง คือ โรงพยาบาล และสถานีอนามัย ซึ่งปัจจุบันคือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการเคร่งครัดในการบันทึกอุณหภูมิตู้เย็นเข้มงวดขึ้นมาก เชื่อว่า โดยระบบดังกล่าว จะทำให้คุณภาพวัคซีนดีขึ้นอย่างแน่นอน

ที่สำคัญ การตัดสต็อคที่กรม เขต และ จังหวัด ทำให้วัคซีนไม่ต้อง “เดินทางยอกย้อน” และไป “แวะพัก” ระหว่างทาง รวมทั้งการขนเข้าขนออกจากตู้เย็นหนึ่งไปยังอีกตู้เย็นหนึ่ง ย่อมทำให้วัคซีนอยู่ในระบบห่วงโซ่ความเย็นได้ดีกว่า

ก่อนหน้าจะดำเนินการเรื่องยาเอดส์และวัคซีน สปสช. ได้เข้าไป "บริหารจัดการ" งานอื่น ๆ มาแล้ว ที่สำคัญคือ การจัดการเรื่องเลนซ์ตา รักษาต้อกระจก และขดลวด (Stent) รักษาโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน

ปัญหาต้อกระจก เป็น ปัญหาเรื้อรังมายาวนาน นั่นคือ คนไข้ที่เป็นต้อกระจกจนตาบอดมองไม่เห็น ต้องรอคิวผ่าตัด (Backlog) กว่าแสนคน นอกจากเพราะหมอตามีจำกัด ยังเพราะมีการ "ทำมาหากิน" กับความทุกข์ยากของประชาชน ในช่วง 26 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2518-2544 นับตั้งแต่นโยบายรักษาฟรี ของ ม.ร.ว.คึกฤทธิ์ ปราโมช เป็นต้นมา งานนี้อยู่ในมือของกระทรวงสาธารณสุขมายาวนาน แต่ไม่มีการแก้ปัญหาอย่างจริงจัง

เมื่อ สปสช. รับไม้มาทำหน้าที่ ก็เริ่มวิเคราะห์และหาทางแก้ปัญหาอย่างมียุทธศาสตร์ ซึ่งพบว่า ปัญหาใหญ่ของเรื่องนี้อยู่ที่ 2 จุด คือ (1) หมอตาที่มีอยู่ยังมิได้มีการบริหารจัดการให้ใช้ศักยภาพอย่างเต็มที่ (2) เลนส์เทียมในท้องตลาดราคาแพงมาก ซึ่งการแก้ปัญหา คือ (1) จะต้องจัดระบบจูงใจให้หมอตามาระดมกันเร่งผ่าตัดลดคิวยาวเหยียดลงให้ได้ โดยมีระบบการจูงใจ (Motivation) อย่างถูกต้องและเหมาะสม และ (2) จะต้องหาทางจัดซื้อเลนส์ตาที่มีคุณภาพดี ราคาถูก เพื่อให้สามารถเร่งรัดการผ่าตัดตามข้อ (1) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลของการร่วมมือกับจักษุแพทย์ส่วนหนึ่งที่สมัครใจ โดยเฉพาะกับโรงพยาบาลบ้านแพ้ว ซึ่งลงทุนพัฒนาหน่วยผ่าตัดต้อกระจกเคลื่อนที่ขึ้น ออกให้บริการทั่วประเทศ ซึ่งต่อมามีโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งเข้ามาร่วมโครงการอย่างแข็งขันและมีประสิทธิภาพสูง คือ โรงพยาบาลศุภมิตร จังหวัดสุพรรณบุรี ขณะเดียวกัน สปสช. โดยการสนับสนุนของจักษุแพทย์ที่ร่วมโครงการได้ดำเนินการกำหนดสเปค หาแหล่งผลิตและจำหน่ายเลนส์ที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน แต่ราคาย่อมเยา เพราะจัดซื้อในปริมาณมาก

เข้าตำราการค้าของจีนที่ว่า “ขายน้อย ๆ กำไรมาก ๆ กำไรไม่มาก ขายมาก ๆ กำไรน้อย ๆ กำไรไม่น้อย” ดังกล่าวแล้ว

จากราคาเลนส์ราว 6 พันบาท สปสช. ซื้อได้ในราคาเพียง 800 บาท ทำให้สามารถให้บริการแก่ประชาชนได้อย่างกว้างขวาง หน่วยผ่าตัดตาเคลื่อนที่ของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว และโรงพยาบาลศุภมิตร ยินดีออกไปให้บริการตามราคาที่ สปสช. กำหนด ซึ่งถูกกว่าราคาที่ผ่าตัดกับโรงพยาบาลเอกชนราว 20-50 เท่า ขณะเดียวกันแพทย์ที่ให้บริการก็ได้ค่าตอบแทนมากพอสมควรเพราะสามารถให้บริการได้คราวหนึ่ง ๆ จำนวนมาก ปัจจุบันมีการปรับปรุงมาตรฐานของเลนส์ ทำให้ราคาขยับขึ้นเป็น 2 พันกว่าบาท ซึ่งก็ถูกกว่าราคา “ท้องตลาด” มาก โดยมาตรฐานเลนส์เป็นชนิดเดียวกันกับที่ผ่าให้ข้าราชการ

เรื่องขดลวดหัวใจ (Stent) ก็เช่นเดียวกัน จากราคาที่กรมบัญชีกลางกำหนดให้โรงพยาบาลต่าง ๆ เบิกให้แก่คนไข้สวัสดิการข้าราชการได้ชิ้นละ 85,000 บาท สปสช. ได้ขอให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจมาช่วยกำหนดสเปค และหาแหล่งจำหน่าย ได้ราคาเพียงชิ้นละ 35,000 บาท สปสช. จึงสามารถให้บริการรักษาโรคหัวใจให้แก่ประชาชนได้อย่างกว้างขวาง โดยมีโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนเข้าร่วมหลายแห่ง ทั้งโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการรักษาโรคหัวใจอยู่เดิม และโรงพยาบาลบางแห่งในส่วนภูมิภาคที่ สปสช. ไปลงทุนพัฒนาให้สามารถรักษาได้ เรียกว่าไปช่วยพัฒนา “ศูนย์ความเป็นเลิศ” (Excellent Center) ขึ้นในส่วนภูมิภาค เพื่อลดความแออัดของโรงพยาบาลใหญ่ ๆ ในกรุงเทพฯ และเพื่อให้ประชาชนไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายมากมายในการเดินทางเข้ามารับบริการในกรุงเทพฯ ด้วย

แต่หนทางก็ “มิได้โรยด้วยกลีบกุหลาบ” เมื่อปี 2552 มีโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง เข้าร่วมโครงการรักษาโรคหัวใจ แต่เบิกเงินกับ สปสช. โดยคิดค่าขดลวดหัวใจ ที่ราคา 85,000 บาท แทนที่จะเบิกเพียง 35,000 บาท

รวมเบิกเกินไปถึง 27.7 ล้านบาท สปสช. ตรวจพบ ทำให้เกิดเป็นกรณีพิพาทและเรียกเงินคืน สามารถรักษาเงินภาษีของประชาชนไว้ได้ จากการดำเนินการตามหลักธรรมาภิบาลอย่างแท้จริงของ สปสช. แทนที่อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์เหล่านี้ ราคาจะสูงขึ้นเรื่อย ๆ เหมือนที่แล้ว ๆ มา กลับซื้อได้ในราคาถูกลงมาก กล่าวคือ ปัจจุบัน สปสช. สามารถซื้อขดลวดชนิดอาบน้ำยา (Drug-eluting stent) ได้ในราคาเพียงชิ้นละ 12,000 บาท แต่กรมบัญชีกลางซึ่งดูแลสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ยังยอมให้เบิกได้ในราคาถึง 35,000 บาท ขดลวดไม่อาบน้ำยา (Bare metal stent) สปสช. จัดซื้อได้ในราคาชิ้นละ 5,000 บาท แต่กรมบัญชีกลางให้เบิกได้ในราคาชิ้นละ 12,000 บาท

ผลจากการลดราคาในการจัดซื้อเช่นนี้ ประชาชนได้ประโยชน์ชัดเจน แต่ย่อมมีผู้เสียผลประโยชน์ ซึ่งนอกจากจะไม่ได้รับคำชมเชยจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะหน่วยตรวจสอบอย่าง สตง. สปสช. กลับมีศัตรูเพิ่มขึ้น เพราะเป็นตัวการทำให้ “เสียราคา” ลดกำไรเป็นกอบเป็นกำที่เคยได้รับสบาย ๆ แต่ก่อนลงไปเป็นอันมาก

ยุทธวิธีหนึ่งของ “ศัตรู” เหล่านี้คือการตั้งประเด็นกล่าวหาว่า สปสช. ไม่มีอำนาจหน้าที่ในการจัดซื้อจัดหายูกยาและเวชภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์ต่าง ๆ วิธีการคือการเปิดกฎหมาย คือ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เมื่อไม่พบว่ามีการเขียนไว้ชัด ๆ ในเรื่องนี้ ก็ “หาเรื่อง” กล่าวหาโดยเริ่มต้นจากการเข้าหาผู้มีอำนาจในระบบการเมืองสามานย์ตั้งประเด็น ซึ่งก็มีการ “รับลูก” ต่อมา

น่าสังเกตว่า คนเหล่านี้ไม่เคยตั้งประเด็นกับกรมควบคุมโรค ที่จัดซื้อยาเอดส์และวัคซีนเลย ทั้ง ๆ ที่กรมควบคุมโรค ก็มิได้มีหน้าที่โดยตรงในการจัดซื้อวัคซีนป้องกันโรคพื้นฐาน ขอให้ดูภารกิจและอำนาจหน้าที่ของกรมควบคุมโรคตาม “กฎกระทรวง แบ่งส่วนราชการกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552” ดังนี้

“ข้อ 2 ให้กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มีภารกิจเกี่ยวกับการพัฒนาวิชาการเพื่อการควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพ ***โดยมีการศึกษา วิจัย พัฒนา รวมทั้งการถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม วินิจฉัย และรักษาโรค และภัยที่คุกคามสุขภาพ*** *เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีจากการป้องกันและการควบคุมโรค และภัยที่คุกคามสุขภาพ โดยให้มีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้*

(1) ดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ กฎหมายว่าด้วยการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ กฎหมายว่าด้วยการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อนุสัญญาหรือกฎข้อบังคับระหว่างประเทศ และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง

(2) ศึกษา วิเคราะห์ วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีในการเฝ้าระวัง ป้องกันและการควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพของประชาชน

*(3) เป็นศูนย์กลางใน****การส่งเสริม สนับสนุนและประสานงาน****ทางด้านวิชาการ เวชภัณฑ์ และวัสดุอุปกรณ์ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม วินิจฉัย และ****รักษาโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ***

(4) กำหนดและพัฒนานโยบาย กฎหมาย มาตรการและคุณภาพมาตรฐานการดำเนินงานในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และการควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพของประชาชน

(5) ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และการควบคุมโรคและภัยที่คุกคาม

สุขภาพให้แก่หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและประชาชน

(6) จัด ประสาน และพัฒนาระบบ กลไกและเครือข่ายในการเฝ้าระวัง สอบสวน ป้องกัน และการควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพ รวมทั้งสื่อสัญญาณเตือนภัยการระบาดของโรคแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและสาธารณชน

(7) จัดให้มีบริการเพื่อรองรับการส่งต่อผู้ป่วยโรคติดต่อเฉพาะ โรคติดต่อสำคัญ และโรคติดต่อร้ายแรงในระดับตติยภูมิ และกักกันผู้ป่วยโรคติดต่ออันตรายตามข้อตกลงระหว่างประเทศ

(8) จัดให้มีบริการป้องกัน ควบคุม รักษา และฟื้นฟูสภาพโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพ ตลอดจนแหล่งแพร่โรค เพื่อให้ได้องค์ความรู้ในการพัฒนาวิชาการตามภารกิจของกรม

(9) ดำเนินการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และการควบคุมโรค และภัยที่คุกคามสุขภาพกรณีที่เป็นปัญหาวงกว้าง เกิดโรคระบาดรุนแรง หรือมีแนวโน้มที่จะขยายตัวเป็นปัญหารุนแรง

(10) ดำเนินการร่วมกับนานาประเทศหรือองค์การระหว่างประเทศในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคและปัญหาสุขภาพระหว่างประเทศ

(11) พัฒนาระบบและกลไก เพื่อให้มีการดำเนินการบังคับใช้กฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบ

(12) ปฏิบัติการอื่นใดตามที่กฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของกรม หรือตามที่รัฐมนตรีหรือคณะรัฐมนตรีมอบหมาย

จะเห็นว่า กฎกระทรวง มิได้กำหนดภารกิจให้กรมควบคุมโรคมีหน้าที่ในการ**จัดซื้อ**เวชภัณฑ์เลย และในอำนาจหน้าที่ ก็มีกำหนดไว้ในข้อ (3) เพียงให้ “เป็นศูนย์กลางในการ**ส่งเสริม สนับสนุนและประสานงาน**ทางด้านวิชาการ **เวชภัณฑ์ และวัสดุอุปกรณ์**ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม วินิจฉัยและรักษา**โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ**” เท่านั้น ไม่มีคำใดระบุให้เป็นผู้ “จัดซื้อ หรือ จัดหา” เลย เพียงให้เป็นศูนย์กลางในการ “ส่งเสริม สนับสนุน และประสานงาน” เท่านั้น และจำกัดเฉพาะ “โรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ” เท่านั้นด้วย แต่กรมควบคุมโรคก็ทำหน้าที่ในการจัดซื้อเวชภัณฑ์ และวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ มาโดยตลอด

ขณะที่ สปสช. มีกำหนดไว้ในกฎหมายมาตรา 38 ใช้คำว่า “สนับสนุน” เหมือนกัน คือ**ให้จัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ “มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ”** โดยในมาตรา 3 ได้กำหนดคำจำกัดความ “ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข” ให้หมายความครอบคลุมค่าใช้จ่ายต่าง ๆ รวม 12 รายการ ซึ่งในข้อ (5) คือ “ค่ายา เวชภัณฑ์ ค่าอวัยวะเทียม และค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์”

การดำเนินการของ สปสช. จึงเป็นสิ่งที่ควรชื่นชมยินดี และสนับสนุนให้ “เดินหน้า” ต่อไป เพราะเดินมาถูกทางแล้ว สามารถใช้เงินภาษีอากรของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงยิ่ง และแก้ปัญหาทุกข์ยากของประชาชน เพื่อ “ประโยชน์สุข” ของประชาชนอย่างแท้จริง

บทที่ 11

ยากำพร้า

เรื่องดี ๆ ที่โครงการบัตรทองได้ริเริ่มและดำเนินการโดยใช้เงินอย่างประหยัดและคุ้มค่ายังมีอีกมาก เรื่องต่อไปที่จะกล่าวถึง คือ การดำเนินการเรื่อง “ยากำพร้า” (Orphan Drugs)

ยากำพร้าคือยาที่ไม่มีพ่อไม่มีแม่ เพราะแม้เป็นยาจำเป็น หรือจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อช่วยชีวิต แต่บริษัทยาโดยมากไม่ผลิตหรือไม่สั่งนำเข้ามาจำหน่าย เนื่องจากนาน ๆ จึงจะมีโอกาสได้ใช้ จึงบ่อยครั้งที่ยาที่สั่งนำเข้ามาจำหน่ายไม่มีใครซื้อจนยาหมดอายุ ต้องทำลายทิ้งไป โอกาสขาดทุนจึงมีอยู่สูง จึงเป็นธรรมดาที่ธุรกิจเอกชนไม่สามารถแบกรับความเสี่ยงนี้ได้ และเป็นหน้าที่ของรัฐที่จะต้องเข้ามาดูแลจัดการเรื่องนี้

นิยามหรือคำจำกัดความที่เป็นทางการของยากำพร้าของ สปสช. คือ *“ยาที่มีความจำเป็นเพื่อใช้วินิจฉัย บรรเทา บำบัด ป้องกัน หรือรักษาโรคที่พบได้น้อย หรือโรคที่เป็นอันตรายร้ายแรง หรือโรคที่ก่อความทุพพลภาพอย่างต่อเนื่อง หรือยาที่มีอัตราการใช้ต่ำ โดยไม่มียาอื่นมาทดแทนได้ และมีปัญหาการขาดแคลน”*

ในอดีต วงการสาธารณสุขทราบปัญหานี้ดี แต่ไม่มีใครสนใจที่จะจัดการอย่างจริงจัง สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการซึ่งใช้เงินไปในอัตราที่สูงสุด แพงที่สุด แต่เพราะดูแลโดยกรมบัญชีกลาง ซึ่งไม่มีเจ้าหน้าที่ที่รู้

เรื่องนี้ จึงทำงานแต่ในลักษณะตั้งรับ คอยถูก “ล็อบบี้” จากโรงพยาบาล ธุรกิจยาและเครื่องมือแพทย์ คอยเสนอเพิ่มรายการ และราคาเป็นหลัก ไม่เคยมีความพยายามในเรื่องยากำพร้านี้เลย

กองทุนประกันสังคม ก็ทำงานในลักษณะตั้งรับ คอยถูกล็อบบี้เช่นกัน

ส่วน สปสช. มีเจ้าหน้าที่ที่นายแพทย์สงวน หล่อหลอมให้เป็น “ข้าราชการในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว” อย่างแท้จริง ให้ทำงานด้วย **“หัวใจมนุษย์”** (Humanized Care) จึงมีความฉับไว (Sensitive) ต่อปัญหา และ **“อาทร”** ต่อการแก้ปัญหา และในที่สุดก็มีการเข้ามาแก้ปัญหานี้ ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลเรื่องนี้โดยตรงคือ เภสัชกรหญิง ปนัดดา ลี่สถาพรวงศา ซึ่งล่วงลับไปแล้วจากโรคมะเร็ง

โครงการนี้เริ่มตั้งแต่ก่อนปีงบประมาณ พ.ศ. 2553 และนำเสนอคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 19 เมษายน พ.ศ. 2553 มีมติให้ สปสช. จัดซื้อยากำพร้ามาสำรองไว้ รวม 6 รายการ โดยใช้งบเหลือจ่ายจาก ปี 2552 วงเงิน 5 ล้านบาท

ยาทั้ง 6 รายการนั้น ได้แก่

(1) ยาฉีดไดเมอร์คาพรอล (Dimercaprol inj. หรือ BAL) เป็นยารักษาพิษจากสารหนู ปรอท และตะกั่ว

(2) ยาฉีดโซเดียมไนไตรต์ (Sodium nitrite inj.) ใช้รักษาพิษจากไซยาไนด์

(3) ยาฉีดโซเดียมไธโอซัลเฟต (Sodium thiosulfate inj.) ใช้รักษาพิษจากไซยาไนด์

(4) ยาฉีดเมทิลีนบลู (Methylene blue inj.) ใช้รักษาภาวะเมธเฮโมโกลบินนีเมีย (Methemoglobinemia)

(5) ยาฉีดกลูคากอน (Glucagon inj.) ใช้รักษาภาวะที่ได้รับยาโรคหัวใจเกินขนาดรุนแรง (Severe β-blocker and calcium

channel blocker overdose)

(6) ยาแคปซูลซัคซิเมอร์ (Succimer cap: DMSA) รักษาภาวะพิษจากสารหนู ปรอท ตะกั่ว

โรคหรือภาวะดังกล่าวอาจเกิดขึ้นกับใครก็ได้ ไม่ว่ายากดีมีจน หรือมียศตำแหน่งสูงต่ำแค่ไหน ยาเหล่านี้มีการผลิตและจำหน่ายในบางประเทศที่เจริญแล้ว หากไม่มีการซื้อมาสำรองไว้ เมื่อจำเป็นต้องใช้ จะต้องเสาะหาว่ามีจำหน่ายที่ใด แล้วสั่งซื้อโดยช่องทางพิเศษ ขนขึ้นเครื่องบินมา จึงมีโอกาสสูงที่จะไม่ทันการณ์ การมียาเหล่านี้สำรองไว้จึงเป็นความจำเป็นอย่างยิ่งยวด

นอกจากการสั่งซื้อมาสำรองไว้ จะต้องมีการเตรียมการเพื่อกระจายยาไปตามจุดต่าง ๆ ทั่วประเทศ เพราะไม่มีทางรู้ว่าจะเกิดความต้องการใช้ที่ใด เมื่อไร จากการสำรวจและทำแผนที่ (mapping) มีหน่วยบริการทั่วประเทศประมาณ 107 แห่ง ที่ควรมียาเหล่านี้ไปสำรองไว้ นอกจากนี้จะต้องมีการทำงานใกล้ชิดกับศูนย์พิษวิทยา โดยเฉพาะที่คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี ซึ่งมีศักยภาพในการตรวจวินิจฉัยภาวะเป็นพิษเหล่านี้

หลังดำเนินการมาได้ปีเศษ มีหน่วยบริการเข้าร่วมโครงการรวม 95 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 88 และข้อมูล ณ ช่วงปลายเดือนธันวาคม 2553 มีผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับยาเหล่านี้ 7 ราย

ถึงต้นปี 2554 ได้มีการเพิ่มการสำรองยากำพร้าอีก 4 รายการ ได้แก่

(1) ยาแก้พิษโบทูลินั่ม (Botulinum antitoxin) ใช้รักษาผู้ได้รับพิษจากหน่อไม้ปี๊บ เนื้อดิบ ถั่วเน่า เป็นต้น

(2) ยาแก้พิษจากโรคคอตีบ (Diphtheria antitoxin)

(3) ยาฉีดรักษาพิษจากการได้รับยารักษาโรคหัวใจไดกอกซิน

(Digoxin-specific antibody fragment inj.) ใช้รักษาภาวะเป็นพิษจากยาดังกล่าว และพิษจากพืชที่มีสารดังกล่าว เช่น รำเพย

(4) ยาแคลเซียม ไดโซเดียม เอดีเตต (Calcium disodium edetate) ใช้รักษาภาวะพิษจากสารตะกั่ว สังกะสี แมงกานีส

การเสนอเพิ่มการสำรองยากำพร้าเหล่านี้ เพราะมีเหตุผลความจำเป็น เช่น ยาแก้พิษโบทูลินั่ม เคยมีคนไข้จำนวนมากที่จังหวัดน่าน ได้รับพิษจากการกินหน่อไม้ปี๊บเมื่อหลายปีมาแล้ว ขณะนั้นผมเป็นรองอธิบดีกรมควบคุมโรคติดต่อ ทำงานกับศูนย์ความร่วมมือวิจัยโรคเอดส์ ซึ่งเป็นหน่วยวิจัยของศูนย์ควบคุมโรคแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา ผมทำงานร่วมมือกับศูนย์นี้มาหลายปีไม่เคยขออะไรเขาเลย ไม่เคยแม้แต่ขอไปดูงานที่ศูนย์ควบคุมป้องกันโรคแห่งชาติของสหรัฐที่กรุงแอตแลนตา มลรัฐจอร์เจีย วันหนึ่งนายแพทย์ศุภมิตร ชุณห์สุทธิวัฒน์ ผู้ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรคติดต่อโทรศัพท์หาผม แจ้งว่ามีผู้ป่วยโรคนี้จำนวนมาก ต้องรักษาโดยเครื่องช่วยหายใจ และต้องการยาแก้พิษนี้โดยด่วน ขอให้ผมช่วยติดต่อศูนย์ดังกล่าวเพื่อหายาแก้พิษโดยเร็ว ผมติดต่อนายแพทย์ครรชิต ลิมปกาญจนารัตน์ ซึ่งลาออกจากราชการในสำนักระบาดวิทยา ที่ผมเคยเป็นผู้อำนวยการและคุ้นเคยกัน นายแพทย์ครรชิต ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ของศูนย์ดังกล่าว รีบติดต่อผู้อำนวยการศูนย์ซึ่งเป็นชาวอเมริกัน ท่านรับเป็นธุระทันที ค้นหาทางอินเตอร์เนตตั้งแต่ตอนบ่าย ๆ และค้นพบเมื่อราวตีสองว่ายานี้มีจำหน่ายที่อังกฤษจึงรีบติดต่อซื้อมาทันที รีบขนขึ้นเครื่องบินมาลงที่สนามบินดอนเมือง โดยกระทรวงสาธารณสุข ให้เจ้าหน้าที่ไปรับแล้วขนไปจังหวัดน่านโดยเร็ว

พอฉีดยานี้ให้คนไข้เพียงครู่เดียว คนไข้ก็เริ่มหายใจได้ และค่อย ๆ ทยอยถอดเครื่องช่วยหายใจได้ โชคดีโรงพยาบาลน่าน ที่นายแพทย์บุญยงค์ วงศ์รักมิตร พัฒนาไว้อย่างดี ผู้อำนวยการคนต่อ ๆ มา ล้วนเป็นศิษย์รักของ

นายแพทย์บุญยงค์ทุกคน รวมทั้งทีมงานในโรงพยาบาลมีจิตใจให้บริการอย่างดี คนไข้รอดชีวิตทุกราย

ราวสิบปีต่อมา ก็มีกรณีเช่นนี้เกิดซ้ำอีก และต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการหายาแก้พิษมาช่วยชีวิตคนไข้

เมื่อคราวเกิดน้ำท่วมใหญ่ในปี 2554 มีข่าวคน “อุตริ” นำงูพิษร้ายชนิดหนึ่งมาเลี้ยงไว้ แล้วเกิด “หลุด” ออกไป งูดังกล่าวคือ “งูเขียวแอฟริกันแมมบา” (African Green Mamba) เป็นงูพิษร้ายถึงตาย และไม่มีเซรุ่มแก้พิษในประเทศไทย เพราะไม่ใช่งูประจำถิ่นในบ้านเรา อย่างงูเห่า งูจงอาง งูสามเหลี่ยม งูแมวเซา งูกะปะ และงูเขียวหางไหม้ เราจึงไม่มีการผลิตเซรุ่มแก้พิษงูนี้ไว้ เมื่อมีข่าวงูพิษดังกล่าวหลุดออกไป ทำให้เกิดการแตกตื่น (panic) อย่างมาก เพราะไม่รู้ว่างูจะเพ่นพ่านไปที่ใดและกัดเอาใครเข้า จึงจำเป็นต้องหาเซรุ่ม แก้พิษมาสำรองไว้ นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ซึ่ง “กว้างขวาง” มากในวงการสาธารณสุขนานาชาติ ได้ลงมือค้นหา และพบว่ามีเซรุ่มนี้จำหน่ายในสหภาพแอฟริกาใต้ จึงรีบติดต่อขอซื้อ ขณะเดียวกันก็ติดต่อประสานกับ นายแพทย์วินัย สวัสดิวร เลขาธิการ สปสช. ขอให้ สปสช. เป็นผู้รับผิดชอบจ่ายเงินค่าเซรุ่มนี้ ซึ่งนายแพทย์วินัย รับปากทันที โดยมอบให้องค์การเภสัชกรรม เป็นหน่วยรับผิดชอบจัดซื้อ ขณะนั้นผมเป็นประธานองค์การเภสัชกรรม สามารถ “รับลูก” ได้ทันที ต่อมามีการค้นหาว่ามีคนไทยเดินทางไปแอฟริกาใต้ เพื่อให้ช่วย “หิ้ว” ยากลับมาหรือไม่ จนพบและติดต่อประสานงานได้ ปัญหาต่อไปพบว่าเซรุ่มนี้มีปริมาณรวมเกิน 1,000 ซีซี จึงขัดต่อกฎการบิน ไม่สามารถ “หิ้ว” ติดตัวขึ้นเครื่องบินได้ นายแพทย์สุวิทย์ติดต่อผู้จัดการใหญ่ (Managing Director: MD) บริษัทสายการบินกาตาร์ แอร์ไลน์ ขออนุญาตกรณีพิเศษ จนนำเซรุ่มมาได้ องค์การเภสัชกรรมได้แบ่งยาสำรองไว้ที่โรงพยาบาล 2 แห่ง คือ 1) ที่โรงพยาบาลศิริราช 2) โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า นนทบุรี ซึ่งอยู่รอบ ๆ ใกล้ ๆ บริเวณที่มีข่าวว่างูหลุดออกไป

เหลือส่วนหนึ่งสำรองไว้ที่องค์การเภสัชกรรม พร้อมส่งให้โรงพยาบาลแห่งใดก็ได้ที่พบผู้ป่วยและต้องการใช้ โชคดีไม่มีผู้ใดถูกงูนี้กัด ต่อมาเซรุ่มนี้ก็หมดอายุและทำการทำลายทิ้งไป

ตัวอย่างการสั่งซื้อยาแก้พิษหน่อไม้ปี๊บ และเซรุ่มแก้พิษงูเขียวแอฟริกันแมมบา เช่นนี้ ไม่ใช่ตัวอย่างที่ดี เพราะมีโอกาสสูงที่จะไม่สามารถแก้วิกฤตได้ การสำรองยานี้ไว้ใช้ในประเทศโดยไม่ต้องรอให้เกิดเหตุการณ์ก่อน จึงจำเป็นและสมควรอย่างยิ่ง

ยาแก้พิษโรคคอตีบก็เช่นกัน โรคนี้สงบไปนานหลังจากความสำเร็จในแผนงานขยายการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (Expanded program on Immunization: EPI) ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งตอบสนองต่อแผนระดับโลกขององค์การอนามัยโลก แต่โรคนี้กลับมา “ระบาด” ใหม่เป็นโรค “อุบัติซ้ำ” (Re-emerging disease) เกิดขึ้นประปราย โรคนี้มีพยาธิสภาพโดยตรงที่หลอดลมส่วนบน ทำให้ “คอตีบ” คืออุดกั้นทางเดินหายใจ ต้องรักษาโดยการเจาะคอให้หายใจได้ แต่เด็กมักจะเสียชีวิตเพราะเชื้อโรคนี้จะสร้างสารพิษ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ ผลคืออาจถึงขั้นหัวใจวายและเสียชีวิต จำเป็นต้องมียาแก้พิษ จึงจะช่วยให้คนไข้มีโอกาสรอดได้

โรคที่กลับมาอุบัติซ้ำนี้ ไม่เกิดเฉพาะในเด็กเล็กเท่านั้น แต่เกิดกับเด็กโตและผู้ใหญ่ได้ เคราะห์ดีที่เกิดขึ้นเพียงประปราย แต่เมื่อเกิดขึ้นก็ต้องมียาแก้พิษเตรียมไว้ จึงจำเป็นและสมควรอย่างยิ่งที่จะต้องสำรองยานี้ไว้

ยาแก้พิษคอตีบนี้ ผลิตขึ้นครั้งหนึ่ง จะใช้ได้กับคนไข้หลายพันราย แต่ราคาไม่สูงมาก การสำรองไว้แต่ละคราวจึงมีโอกาสที่จะใช้ไม่หมด ที่ผ่านมาประเทศเพื่อนบ้านอาเซียนมีการระบาดของโรคนี้ ยาดังกล่าวได้ส่งไปช่วยเหลือตามคำร้องขอ ทำให้การสำรองยานี้ ไม่เป็นประโยชน์เฉพาะกับคนไทยเท่านั้น แต่ส่งอานิสงส์ไปยังประเทศเพื่อนบ้าน ซึ่งย่อมทำให้ประเทศไทยได้รับความนิยมยกย่องในสายตาชาวโลกด้วย

ล่าสุด ปี 2558 มีรายงานการพบโรคคอตีบแล้ว 7 ราย นับว่าไม่น้อย แต่ก็ยังไม่มาก ยาแก้พิษโรคคอตีบ จึงยังคงสถานะเป็นยากำพร้าที่ต้องมีการสำรองไว้ใช้ต่อไป

นโยบายการสำรองยากำพร้า โดย สปสช. นี้ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดไว้ชัดเจนให้ใช้กับผู้ป่วยนอก ความรับผิดชอบของ สปสช. คือให้ใช้กับสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ประกันสังคม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และประชากรกลุ่มอื่น ๆ ด้วย หวังว่า สตง. จะไม่ทักท้วงว่าเป็นมติที่ “ผิดกฎหมาย” เพราะ “เกินอำนาจ”

ยอดเงินงบประมาณที่ได้รับตามแผนงานโครงการนี้ในปี 2553 และ 2554 รวม 25 ล้าน ใช้ซื้อยาไปแล้ว 5,104,100 บาท สนับสนุนศูนย์พิษวิทยา 2 ล้านบาท ใช้ซื้อยาทดแทนที่จะหมดอายุและสำรองเพิ่มรวม 4,455,000 บาท ยังเหลือเงินช่วงนั้น 13,331,000 บาท

สิ่งดี ๆ เช่นนี้ ท่านนายกรัฐมนตรีคงไม่เคยรับทราบ นักวิชาการบางคนที่ออกมาโจมตีทำร้าย สปสช. ก็คงไม่ทราบ

บทที่ 12
การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ

ระบบบัตรทองได้สร้างสิ่งดี ๆ ให้แก่ประเทศอีกมาก

เรื่องต่อไปที่จะกล่าวถึงคือ เรื่อง**การปลูกถ่ายหัวใจ**

ประเทศไทยสามารถพัฒนาจนสามารถผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ หรือปลูกถ่ายหัวใจได้ตั้งแต่ปี 2530 จนถึงปี 2554 มีโรงพยาบาลที่สามารถผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจได้ 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลโรคทรวงอก (ซึ่งปัจจุบันเปลี่ยนชื่อเป็นสถาบันทรวงอก)

ถึงปี 2554 สถานการณ์การผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจกำลังอยู่ในขั้นวิกฤต เพราะแต่ละแห่งมีการผ่าตัดน้อยมาก เนื่องจากผู้ที่มีสิทธิได้รับบริการนี้คือ สวัสดิการข้าราชการราว 4.96 ล้านคน และคนที่มีฐานะร่ำรวยจำนวนน้อยเท่านั้น ที่จะแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดและการรักษาต่อเนื่องตลอดชีวิตหลังการผ่าตัดได้ไหว การมีคนไข้ให้ผ่าตัดน้อยราย ทำให้ศัลยแพทย์และทีมงาน “เฉามือ” หากไม่จัดการแก้ไข ในไม่ช้า ศักยภาพด้านนี้ของประเทศไทยจะร่วงโรย และ “ล้มหายตายจาก” ไปในที่สุด ในอนาคตหากคนไทยจำเป็นจะต้องรับการรักษาโดยการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ ก็จะต้องเดินทางไปรับการรักษาในต่างประเทศ ซึ่งย่อมต้องเสียค่าใช้จ่ายแพงมาก และมีความเสี่ยงสูง ทั้งจากการเดินทาง และ “กำแพง”

วัฒนธรรม โดยเฉพาะเรื่องภาษา อาหาร รวมทั้งดินฟ้าอากาศและเวลาที่แตกต่างกัน ข้าราชการทั่วไปที่เคยได้สิทธิ ก็จะหมดสิทธิไปโดยปริยาย มีแต่คนมีเงินร่ำรวยมาก ๆ บางคนเท่านั้น ที่จะมีโอกาสรอดชีวิตจากเทคโนโลยีการผ่าตัดรักษานี้ได้

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้รับการ “ปรับทุกข์” จากบรรดาอาจารย์ที่ห่วงใยในปัญหานี้ จึงได้ทำการศึกษาอย่างเป็นระบบ เห็นว่า ทางแก้ไข คือ ต้องขยายสิทธิคุ้มครองเรื่องนี้ให้แก่คนไข้ในระบบบัตรทองราว 48 ล้านคน ไม่ว่ายากดีมีจน จึงจะมีจำนวนคนไข้แต่ละปีเพียงพอให้ประเทศไทยสามารถรักษา “ขีดความสามารถของประเทศ” ในเรื่องนี้ไว้ได้

หลังจากนั้น ได้ศึกษาผลการรักษาเปรียบเทียบกับในสหรัฐอเมริกา และศึกษาภาระค่าใช้จ่าย เนื่องจากคนไข้เหล่านี้ นอกจากค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดที่สูงมากแล้ว ยังต้องให้ยากดภูมิคุ้มกันต่อเนื่องตลอดชีวิตด้วย ในที่สุดก็ได้นำเสนอเรื่องนี้เข้าสู่การพิจารณาของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 14 มีนาคม 2554

มีข้อมูลสำคัญที่พิจารณา ดังนี้

อัตราการรอดชีวิต

	สหรัฐ (%)		รพ.จุฬาฯ (%)
	ชาย	หญิง	
ใน 1 ปี	88	77.2	79
ใน 2 ปี	79.3	77.2	-
ใน 3 ปี	73.1	67.4	75
ใน 5 ปี	-	-	64

คุณภาพชีวิตหลังการปลูกถ่าย พบว่าร้อยละ 90 มีคุณภาพชีวิตเทียบเท่าคนปกติ ร้อยละ 75 สามารถทำงานได้ ร้อยละ 80 ออกกำลังกายได้สม่ำเสมอ สามารถมีครอบครัวและมีบุตรได้ และเกือบทั้งหมดสามารถดูแลตัวเองได้

ค่าใช้จ่าย

ระยะเตรียมผู้ป่วย	ประมาณ	30,000	บาท
ระหว่างการผ่าตัด	ประมาณ	350,000	บาท
หลังการผ่าตัด			
1 ปี	ประมาณ	330,000	บาท
2 ปี	ประมาณ	240,000	บาท
มากกว่า 2 ปี	ประมาณ	100,000	บาท
10 ปี	ประมาณ	2,400,000	บาท

จำนวนผู้ป่วย นอกจากจำนวนผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรักษาโดยการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจแล้ว จะผ่าตัดได้จำเป็นต้องมีผู้เสียชีวิตที่ยินดีบริจาคหัวใจ ที่เข้ากันได้ดีกับผู้ป่วยด้วย จากการประมาณการคาดว่าจะมีผู้ได้รับการผ่าตัดเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากปีละ 2-3 ราย เป็น 200 ราย ในสิบปีต่อมา ทำให้ประเทศไทยสามารถรักษาและพัฒนาศักยภาพการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจในประเทศไทยไว้ได้ด้วยดี โดยมีค่าใช้จ่ายในปีที่ 10 เป็นต้นไป ราวปีละ 350 ล้านบาท

คณะกรรมการพิจารณาแล้วเห็นว่า

1. การรักษาดังกล่าวเป็นการรักษามาตรฐานที่สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยได้ ทำให้มีชีวิตยืนยาวต่อไป โดยมีคุณภาพชีวิตที่ดีพอสมควร

2. การรักษาดังกล่าวมีค่าใช้จ่ายสูงเกินกว่าที่ประชาชนทั่วไปจะแบกรับได้ เป็นการเจ็บป่วยที่ทำให้ประชาชนส่วนมากอาจถึงขั้นล้มละลาย (Catastrophic illness) สมควรที่รัฐจะช่วยดูแล
3. ผลกระทบต่องบประมาณโดยรวมไม่สูง เพราะมีผู้ป่วยแต่ละปีจำนวนไม่มาก
4. สามารถรักษาและพัฒนาศักยภาพทางการแพทย์ด้านนี้ของประเทศไว้ได้ หากปล่อยไว้ไม่ดูแลแก้ไขจนร่วงโรยไป จะฟื้นฟูให้กลับมามีความสามารถดังเดิมยากมาก ต้องใช้เวลายาวนานและมีค่าใช้จ่ายสูงมาก
5. สามารถช่วยเสริมระบบรับบริจาคอวัยวะ ให้เข้มแข็งมากขึ้น เป็นประโยชน์แก่การขยายการปลูกถ่ายไต ซึ่งประสิทธิผลการรักษาดี ออกไปได้ด้วย

ในที่สุด ที่ประชุมก็มีมติเห็นชอบเป็นเอกฉันท์

ผมเล่าเรื่องนี้ค่อนข้างละเอียด เพื่อให้เห็นว่าระบบบัตรทองแม้มุ่งดูแลคนส่วนใหญ่ของประเทศที่ฐานะปานกลางหรือยากจน แต่มิได้ละเลยการรักษาที่ต้องใช้เทคโนโลยีระดับสูงและมีค่าใช้จ่ายสูงด้วย โดยการพิจารณาและตัดสินใจในเรื่องดังกล่าวมีผลสำคัญต่อการสนับสนุนการรักษาขีดความสามารถของประเทศ เพื่อประโยชน์สุขของประชาชนโดยรวม และเป็นชื่อเสียงอันดีของประเทศ และข้อสำคัญมีการพิจารณาชั่งน้ำหนักระหว่างผลประโยชน์ที่จะได้รับกับภาระค่าใช้จ่ายอย่างรอบคอบ ให้เงินภาษีอากรของประชาชนได้เกิดประโยชน์โดยมีประสิทธิภาพสูงสุดด้วย

บทที่ 13
การผ่าตัดเปลี่ยนตับ

เรื่องต่อไปที่จะกล่าวถึงคือเรื่องการให้**บริการผ่าตัดเปลี่ยนตับ**หรือ**ปลูกถ่ายตับ**ในเด็กที่เป็นโรคท่อน้ำดีตีบตันมาแต่กำเนิด

โรคนี้พบน้อย ถ้าคิดเป็นเปอร์เซ็นต์ก็น้อยมากราว 1 ใน 15,000 รายของทารกที่คลอดมีชีวิตรอด หรือราวร้อยละ 0.007 เท่านั้น แต่ถ้าเกิดกับครอบครัวใดครอบครัวนั้นก็รับไป 100 เปอร์เซ็นต์เต็ม ๆ เป็นทุกข์ทรมานแสนสาหัสของพ่อแม่ การรักษาที่ได้ผลดีน่าพอใจคือการผ่าตัดเปลี่ยนตับหรือปลูกถ่ายตับ ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงมาก ยากที่ครอบครัวประชาชนทั่วไปจะแบกรับได้ แต่ถ้ากระจายภาระแก่ประชาชนทั้งประเทศ ก็จะสามารถดูแลรักษาผู้ป่วยเหล่านี้ให้มีชีวิตรอดได้

ในอดีต หากมีการทำเป็นข่าวและ “จุดติด” จนสังคมให้ความเห็นใจและสงสาร ก็อาจมีเงินบริจาคหลั่งไหลเข้ามาจนพอสำหรับการผ่าตัดรักษา แต่ถ้าบริหารจัดการไม่ดี ก็จะยุ่งยากเพราะผ่าตัดแล้วยังต้องให้การดูแลรักษาต่อเนื่องไปตลอดชีวิต วิธีการสร้างกระแสสังคมเป็นคราว ๆ จึงไม่ใช่วิธีการที่ดี ในมุมกลับยังจะสะท้อนถึงความล้มเหลวของรัฐในการแก้ปัญหาเหล่านี้ด้วย

ระบบบัตรทองได้มีการศึกษาเรื่องนี้อย่างเป็นระบบ ซึ่งพบว่า แม้จะมีค่ารักษาแต่ละรายแพงมาก แต่เพราะแต่ละปีมีผู้ป่วยไม่มาก ค่าใช้จ่ายโดยรวมจึงอยู่ในภาวะที่สามารถแบกรับได้ และประเทศไทยก็มีศักยภาพในการผ่าตัดรักษาโรคนี้ได้ดี ใน 4 โรงพยาบาลคือ จุฬาฯ รามาธิบดี มหาราชนครเชียงใหม่ และศิริราช จึงสมควรที่จะ “ลงทุน” ในเรื่องนี้ ทั้งเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย และเพื่อรักษาและพัฒนาศักยภาพในการผ่าตัดของประเทศ รวมทั้งส่งเสริมการบริจาคอวัยวะด้วย

เพื่อให้เห็นบรรยากาศ และวิธีการพิจารณาเรื่องนี้ ขอคัดรายงานการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการประชุมเมื่อวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2554 ซึ่งพิจารณาเรื่องนี้ในระเบียบวาระเพื่อพิจารณาเรื่อง 3.4 ดังนี้

3.4 การให้บริการผ่าตัดปลูกถ่ายตับในเด็กเป็นสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

นายสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ประธานคณะอนุกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการ ให้ข้อมูลการผ่าตัดปลูกถ่ายตับในเด็กกรณีท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิด ซึ่งผลการศึกษาวิจัยพบว่ามีภาระค่าใช้จ่ายที่ไม่สูงและหน่วยบริการมีความพร้อมที่จะรองรับการดำเนินการได้

จากนั้นนายจเด็จ ธรรมธัชอารี ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและแผน นำเสนอข้อเสนอการผ่าตัดปลูกถ่ายตับในเด็กกรณีท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิด เพื่อบรรจุเป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนี้

พยาธิสภาพและแนวทางการรักษา

- *โรคท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิด (Biliary Atresia) เป็นพยาธิสภาพที่มีการอักเสบและเกิดเนื้อเยื่อพังผืดของระบบทางเดินน้ำดีในทารกแรกเกิด ทำให้ทางเดินน้ำดีทั้งในและนอกตับตีบตันอย่างถาวร*
- *ทำให้เกิดอาการตัวเหลืองและตับแข็งในทารก ซึ่งต้องได้รับการวินิจฉัยอย่างถูกต้องรวดเร็ว และต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ*
- *การผ่าตัดปลูกถ่ายตับในเด็ก (Liver transplantation in children) เป็นวิธีการรักษาที่จำเป็นสำหรับเด็กที่ป่วยเป็นโรคท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิด (biliary atresia) และยังไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์*
- *ในปัจจุบันความก้าวหน้าทางการผ่าตัดและการให้ยากดภูมิคุ้มกัน ทำให้การผ่าตัดปลูกถ่ายตับในเด็กได้ผลเป็นที่น่าพอใจ โดยเฉพาะการบริจาคจากผู้มีชีวิต (พ่อ แม่) ทั้งนี้ หากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดแก้ไข ร้อยละ 95 จะเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนภายใน 2 ปี*

อุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิด

ผู้ป่วยเด็กเป็นโรคท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิด (Biliary atresia) มีอุบัติการณ์ประมาณ 1 ใน 15,000

ของทารกคลอดมีชีวิต (ร้อยละ 0.007) และจากการประมาณการพบว่า มีอุบัติการณ์ราว 60-80 คนต่อปี ในจำนวนนี้ ร้อยละ 50 ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ กล่าวคือ ประมาณ 30-40 รายต่อปี (รวมทุกสิทธิ)

จำนวนผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ

โรงพยาบาล	***จำนวนผู้ป่วย (ราย)***
จุฬาลงกรณ์	*43 (2537-2553)*
รามาธิบดี	*36 (2533-2553)*
มหาราชนครเชียงใหม่	*9 (2551-2553)*
ศิริราช	*4 (2541-2553)*

การมีชีวิตรอดหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ

ผู้ป่วยเด็กหลังจากที่รักษาด้วยการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ มีอัตราการรอดชีวิตในปีแรกสูงถึงร้อยละ 83-94 และอัตราการรอดชีวิตในปีที่ 5 อยู่ระหว่างร้อยละ 82-92

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ

ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ยังไม่มีการประเมินอย่างเป็นระบบในประเทศไทย อย่างไรก็ตาม จากการติดตามผลหลังการผ่าตัด พบว่าเด็กส่วนใหญ่เติบโตและมีพัฒนาการเหมือนเด็กปกติ และสามารถเข้าเรียนได้ เช่น

- *ผู้ป่วยรายแรกของ รพ.จุฬาลงกรณ์ อายุขณะผ่าตัดปลูกถ่ายตับ 1 ขวบ 10 เดือน ปัจจุบันยังมีชีวิตอยู่ อายุ 14 ปี สภาพร่างกายแข็งแรงดี*

- *รพ.รามาธิบดี ได้ผ่าตัดปลูกถ่ายตับผู้ป่วยโรคท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิดรายแรกของประเทศไทย เมื่อวันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2533 ขณะที่เด็กมีอายุ 2 ขวบ ปัจจุบันอายุ 20 ปี กำลังศึกษาคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล*
- *ผู้ป่วยรายแรกของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ได้รับการผ่าตัดตั้งแต่ปี 2551 ปัจจุบันอายุ 4 ปี 9 เดือน*

การผ่าตัดปลูกถ่ายตับ: ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคนต่อปี และค่าใช้จ่ายสะสม (ปีที่ 0-30)

ปีที่	ค่าใช้จ่าย / ปี	Discount Rate (3%)	ค่าใช้จ่ายสะสม	ค่าเฉลี่ยต่อปี
0	1,000,000	1,000,000	1,000,000	1,000,000
1	252,000	252,000	1,252,000	645,684.21
2	144,000	135,734	1,387,734	481,771.58
3	144,000	131,780	1,519,514	396,638.59
:	:	:	:	:
30	144,000	59,326	3,934,658	134,182.02

การประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ

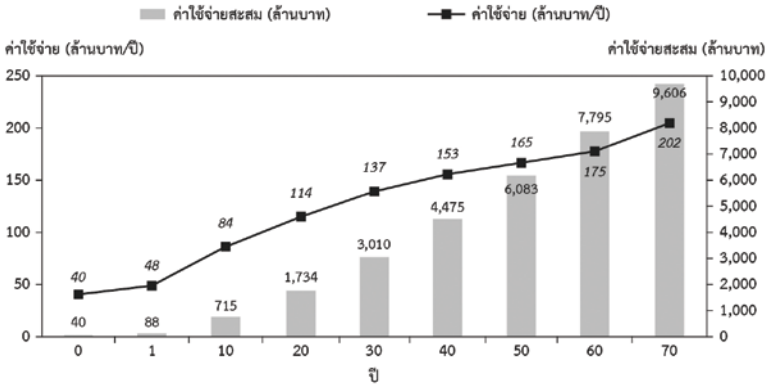
การประเมินต้นทุนประสิทธิผล-อรรถประโยชน์ (Cost-utility analysis) พบว่า

- *ต้นทุนเฉลี่ยที่แตกต่างกันของรักษาด้วยการผ่าตัดปลูกถ่ายตับเมื่อผู้ป่วยมีชีวิตรอดถึงปีที่ 20 เท่ากับ 2.676 ล้านบาท ได้ปีสุขภาวะเพิ่มขึ้นประมาณ 10.53 ปี*
- *ในการวิเคราะห์ประสิทธิผลต้นทุนส่วนเพิ่ม (Incremental Cost-Effectiveness Ratio:*

ICER) มีต้นทุน 254,120.28 บาทต่อปีสุขภาวะ (QALY) นั่นคือ การลงทุนสำหรับการผ่าตัด ปลูกถ่ายตับในเด็กมีต้นทุนอยู่ระหว่าง 1-3 เท่าของ GDP/QALY และถือว่าอยู่ในเกณฑ์ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ตามเกณฑ์ประสิทธิผลต้นทุนที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบแล้ว

ภาระงบประมาณของกองทุนฯ

จากการวิเคราะห์ภาระงบประมาณ โดยใช้ Model ที่มีเด็กต้องการปลูกถ่ายตับ 40 รายต่อปี และมีอัตราการรอดชีวิตในปีที่ 1 ร้อยละ 85 ปีที่ 5 ร้อยละ 82 และปีที่ 10 ร้อยละ 82 และเด็กมีชีวิตรอดจนถึงอายุ 70 ปี จะมีภาระค่าใช้จ่ายในปีแรกโดยรวมประมาณ 40 ล้านบาท ปีที่ 30 ประมาณ 137 ล้านบาท และปีที่ 70 ประมาณ 201-202 ล้านบาท



ความพร้อมของระบบบริการที่รองรับ

ด้าน Supply side

- *ปัจจุบันมีโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 4 แห่งที่สามารถให้บริการผ่าตัดปลูกถ่ายตับในเด็กได้ รวมประมาณ 40 ราย/ปี ประกอบด้วย โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลรามาธิบดี และโรงพยาบาลศิริราช*
- *การสนับสนุนโครงการนี้ จะทำให้มีการพัฒนาศักยภาพของระบบบริการเฉพาะด้านการปลูกถ่ายตับ และพัฒนาวิชาการที่เกี่ยวข้องเพิ่มมากขึ้นในอนาคต*

ด้าน Demand side

- *ผู้ป่วยจะสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเป็นธรรม เนื่องจากกุมารแพทย์จะมีแนวทางเวชปฏิบัติชัดเจน หากพบผู้ป่วย จะส่งต่อเพื่อรับการรักษาเฉพาะทาง จะไม่รักษาเองหรือไม่ส่งต่อเพราะความไม่รู้*
- *ในส่วนของ Donors พบว่า ส่วนใหญ่พ่อแม่จะพร้อมบริจาคตับให้ลูก (Living donor) ซึ่งช่วยลดปัญหาการขาดแคลนอวัยวะได้*

ข้อเสนอเพื่อพิจารณา

1. เห็นชอบการเพิ่มสิทธิประโยชน์การผ่าตัดปลูกถ่ายตับในเด็ก (อายุไม่เกิน 18 ปี) สำหรับผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิด และโรคอื่น ๆ ที่ทำให้เกิด

ภาวะตับวาย โดยการปลูกถ่ายทั้งจาก ผู้บริจาคที่ยังมีชีวิต และจากผู้เสียชีวิต และให้มีผลตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2554 เป็นต้นไป

โดยดำเนินงานภายใต้ "โครงการเฉลิมพระเกียรติ 84 พรรษา: ผ่าตัดปลูกถ่ายตับในเด็กที่มีภาวะตับวายแต่กำเนิด เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัว" เพื่อร่วมเฉลิมพระเกียรติในโอกาสครบรอบ 84 พรรษาของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ

2. มอบสำนักงาน ดำเนินการจัดทำข้อกำหนดหลักเกณฑ์การรับบริการ โดยพิจารณาความรุนแรงของโรคและออกแบบการจ่ายชดเชยค่าบริการ ข้อกำหนดต่าง ๆ รวมทั้งระบบติดตามประเมินผล ก่อนนำไปสู่การปฏิบัติตามเวลาที่กำหนดต่อไป ดังรายละเอียดตามเอกสารหมายเลข 3.4

ความเห็นและข้อเสนอแนะ

ไม่มี

มติที่ประชุม

1. เห็นชอบการเพิ่มสิทธิประโยชน์การผ่าตัดปลูกถ่ายตับในเด็ก (อายุไม่เกิน 18 ปี) สำหรับผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิด และโรคอื่น ๆ ที่ทำให้เกิดภาวะตับวาย โดยการปลูกถ่ายทั้งจากผู้บริจาคที่ยังมีชีวิตและจากผู้เสียชีวิต และให้มีผลตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2554 เป็นต้นไป

โดยดำเนินงานภายใต้ “โครงการเฉลิมพระเกียรติ 84 พรรษา: ผ่าตัดปลูกถ่ายตับในเด็กที่มีภาวะตับวายแต่กำเนิด เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัว” เพื่อร่วมเฉลิมพระเกียรติในโอกาสครบรอบ 84 พรรษาของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ

2. มอบสำนักงาน ดำเนินการจัดทำข้อกำหนดหลักเกณฑ์การรับบริการ โดยพิจารณาความรุนแรงของโรคและออกแบบการจ่ายชดเชยค่าบริการ ข้อกำหนดต่าง ๆ รวมทั้งระบบติดตามประเมินผล ก่อนนำไปสู่การปฏิบัติตามเวลาที่กำหนดต่อไป

บทที่ 14

ธาลัสซีเมีย ฮีโมฟีเลีย นิ่ว โรคกอเชอร์ และการแพทย์แผนไทย

โรคทางกรรมพันธุ์โรคหนึ่งที่พบไม่น้อยในคนไทยคือ**โรคธาลัสซีเมีย** โรคนี้พบมากในภาคอีสานตอนล่าง พยาธิสภาพสำคัญของคนที่ป่วยเป็นโรคนี้คือเม็ดเลือดแดงจะแตกง่าย ทำให้มีอาการของโรคโลหิตจาง ต้องให้เลือดเป็นประจำ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน คือ มีเหล็กเกินในร่างกาย จนต้องได้รับยาขับเหล็กเป็นประจำ

ยานี้มีราคาแพงไม่มาก แต่ก็แพงมากสำหรับคนไข้ส่วนใหญ่ซึ่งมีฐานะปานกลาง หรือยากจน

ความฝันอย่างหนึ่งของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคนี้คือการให้คนไข้ได้รับยาขับเหล็กเป็นประจำ อาจารย์แพทย์ท่านหนึ่งที่พยายามทำเรื่องนี้มาจนผ่านเข้าสู่วัยชรา คือ ศาสตราจารย์แพทย์หญิงสุดสาคร ตู้จินดา ซึ่งในปี 2558 นี้ ท่านมีอายุถึง 93 ปีแล้ว

การที่คนไข้จะได้ยาขับเหล็กอย่างสม่ำเสมอเป็นประจำคือ ต้องทำให้ยาราคาถูกลง ซึ่งองค์การเภสัชกรรมได้ใช้ความพยายามจนสามารถผลิตยานี้ขึ้นเองได้สำเร็จ ยานี้ชื่อสามัญคือ ดีเฟอริโพรน (Deferiprone) องค์การเภสัชกรรมตั้งชื่อทางการค้าว่า จีพีโอ-แอล-วัน (GPO-L-ONE)

ในปี พ.ศ. 2551 ยานี้ยังไม่ได้รับการจัดเข้าไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ จึงยังไม่อยู่ในสิทธิประโยชน์ของคนไข้บัตรทองตามที่กฎหมายกำหนด ทั้งนี้เพราะอยู่ในระหว่างการศึกษาวิจัยในเรื่องความปลอดภัยและประสิทธิผล โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในสมาคมธาลัสซีเมียแห่งประเทศไทย นำโดยศาสตราจารย์แพทย์หญิงสุดสาคร ตู้จินดา และคณะได้ร่วมกันศึกษา



แพทย์หญิงสุดสาคร ตู้จินดา

เพื่อให้คนไข้เหล่านี้ได้รับประโยชน์จากยานี้เร็วขึ้น ได้มีการศึกษาถึงต้นทุนประสิทธิผลแล้วนำเข้าพิจารณาในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 10 กันยายน 2551 ที่ประชุมพิจารณาแล้วมีมติเรื่องการเข้าถึงยาดีเฟอริโพรน ในผู้ป่วยธาลัสซีเมีย โดยดำเนินการเป็นขั้นตอน คือ นำร่องให้ยานี้แก่ผู้ป่วยไม่เกิน 5 พันรายในปี 2552 และให้ผู้เกี่ยวข้องดำเนินการเพื่อบรรจุยานี้เข้าในบัญชียาหลักแห่งชาติ รวมทั้งให้คณะอนุกรรมการการเงินการคลังพิจารณาตั้งงบประมาณในงบเหมาจ่ายรายหัวในปีต่อ ๆ ไป

หลังจากการดำเนินการตามมตินี้ ได้มีการติดตามอย่างใกล้ชิด พบว่า ยานี้ใช้ได้ผลดีในเด็กอายุ 2 ปี ขึ้นไปส่วนใหญ่ มีบางรายที่มีผลข้างเคียง (side effect) บ้าง ต้องใช้ยาที่นำสั่งเข้าจากต่างประเทศ

สำหรับในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี จำเป็นต้องใช้ยาฉีด ซึ่งไม่สะดวก เพราะต้องคาปั๊มสำหรับฉีดยา (infusion pump) ไว้ เพื่อให้สะดวกจึงต้องใช้ยาเม็ดจากต่างประเทศซึ่งมีราคาสูง สปสช. ได้พยายามต่อรองราคา จนได้ราคาถูกลงพอสมควร ที่ประมาณโด๊สละ 200 บาท แต่ปัญหาก็ยังไม่หมด เพราะตั้งแต่มีนักการเมืองที่มี “เลศนัย” มา “รับลูก” ตั้งคำถามในเชิงข่มขู่เรื่องที่ สปสช. เป็นผู้จัดซื้อยาเอง ทำให้ทั้งคณะอนุกรรมการ และคณะกรรมการ “ระมัดระวังตัว” ขออยู่ใน “บริเวณปลอดภัย” (comfort zone) โดยถือหลักปลอดภัยไว้ก่อน จึงไม่มีการเสนอให้ยาตัวนี้เข้าอยู่ใน “บัญชี จ. 2” ของบัญชียาหลักแห่งชาติ

ยาในบัญชี จ. 2 คือยาที่จำเป็นต้องเข้าถึงเป็นพิเศษ (Special access) ซึ่งมักมีราคาแพง สปสช. จึงเห็นความจำเป็นต้องเป็นผู้จัดซื้อเอง เพื่อประโยชน์ทั้งในด้านราคา และการบริหารยาให้มีอยู่อย่างทั่วถึง ให้คนไข้ที่จำเป็นต้องใช้ยาโดยสม่ำเสมอ สามารถ “เข้าถึง” ยาได้โดยสะดวก ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งทั้งต่อประเทศชาติ และประชาชน เป็นประโยชน์ต่อประเทศชาติเพราะได้ยาราคาถูก จากการจัดซื้อในปริมาณมาก บริษัทยาไม่จำเป็นต้องเสียค่าใช้จ่ายทั้งในการ “ทำตลาด” และการจัดส่งยาให้แก่ลูกค้ารายย่อยแต่ละราย ประเทศชาติจึงสามารถประหยัดงบประมาณได้เป็นกอบเป็นกำ เป็นประโยชน์ต่อประชาชน เพราะสามารถเข้าถึงยาได้จริง และจะไม่มีปัญหาเรื่องยาขาด

หลังเกิดปัญหาจากข้อทักท้วงเรื่องนี้ เพื่อ “ความปลอดภัยของกรรมการและผู้เกี่ยวข้อง” ยาประเภทนี้จึงมักถูกจัดเข้าอยู่ใน “บัญชี ง.” ให้สถานพยาบาลต่าง ๆ เป็นผู้จัดซื้อยาเอง ซึ่งหลายแห่งก็จะใช้หลัก “ปลอดภัยไว้ก่อน” คือ ไม่สำรองยาไว้ เนื่องจากมิใช่ยาที่ใช้บ่อย แม้จะมีคนไข้ประจำ แต่หากสำรองยามาไว้ คนไข้เกิดเสียชีวิตหรือย้ายที่อยู่ ยาก็อาจไม่ได้ใช้ ทำให้ขาดทุน บาปที่เกิดจากผู้มีอำนาจ แต่ “เคราะห์กรรม” ไปตกกับประชาชน

ปัญหาลักษณะนี้ ถ้าท่านหัวหน้า คสช. จะใช้ความกล้าหาญ ใช้อำนาจตาม มาตรา 44 ในรัฐธรรมนูญฉบับชั่วคราว ออกคำสั่งให้มีการแก้ไข ก็จะช่วยปลด “บ่วงบาป” นี้ออกไปได้ ประเทศชาติก็จะได้ประหยัด ประชาชนก็จะได้ประโยชน์

อีกโรคหนึ่งที่พบน้อย แต่ใครเป็นโรคนี้ก็รับไปเต็ม ๆ คือ **โรคฮีโมฟีเลีย** มีอาการคือ เลือดออกแล้วหยุดยาก เช่น โกนหนวด หรืออะไรขีดข่วนเป็นแผลเล็ก ๆ เลือดก็จะหยุดยากมาก โรคนี้มียารักษาหลักคือแฟคเตอร์ 8 กับ 9 (Factor 8 & 9) ซึ่งเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ แต่มีราคาแพงมาก ดังนั้นแม้จะอยู่ในสิทธิประโยชน์ของคนไข้ทั้งประกันสังคมและบัตรทอง โรงพยาบาลก็มักไม่อยากรักษา เพราะต้อง “ลงทุน” ในการรักษาสูงกับคนไข้แต่ละราย ซึ่งการรักษาแต่ละครั้งใช้เงินค่ายาหลักหมื่นหรือกว่าแสน โรงพยาบาลจึงมักรู้สึกว่า “ไม่คุ้ม” กับค่าเหมาจ่ายรายหัวซึ่งได้เพียงหลักพันคือราว 2 พันกว่าบาทเท่านั้น

เพื่อแก้ปัญหาโรคที่ต้องการการดูแลรักษาที่ซับซ้อน และมีราคาแพง เพื่อช่วยให้คนไข้ได้รับบริการที่ดี ระบบบัตรทองได้แก้ปัญหาโดยการจัดให้มี “ระบบบริหารจัดการเฉพาะ” โดยจ่ายเพิ่มให้แก่โรงพยาบาล ที่มีคนไข้โรคนี้ลงทะเบียนไว้ คนละ 72,000-144,000 บาท ต่อปี สำหรับคนไข้อายุ 10 ปี ขึ้นไป กรณีเลือดออกรุนแรงหรือต้องผ่าตัดฉุกเฉิน จ่ายเพิ่มให้ในวงเงิน 120,000 บาท ต่อครั้งการนอนโรงพยาบาล โดยไม่จำกัดจำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาล ซึ่งขณะนั้นประกันสังคมยังให้รวมอยู่ในค่าเหมาจ่ายรายหัว และให้อยู่ในดุลพินิจของสถานพยาบาล ซึ่งผู้ประกันตนย่อมมีโอกาสสูงที่จะไม่ได้รับบริการที่ดี เพราะโรงพยาบาลมักจะพยายาม “เขียม” ค่าใช้จ่าย

โรคหนึ่งที่เป็นกันมากในภาคอีสานมานาน คือ **นิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ** แม้โรคนี้จะลดน้อยลงมาก เมื่อศาสตราจารย์นายแพทย์อารีย์ วัลยะเสวี ศึกษาวิจัยพบสาเหตุที่แท้จริงของโรคนี้ว่ามิได้เกิดจากการดื่มน้ำขุ่น ๆ ตามที่เข้าใจกันมานาน แต่เกิดเพราะการขาดสารอาหารโปรตีน เมื่อมีการแก้ปัญหาตรงจุด โดยการแก้ปัญหาเรื่องการขาดอาหารโปรตีน โรคนี้ก็ลดน้อยลงมาก แต่ถึงศตวรรษนี้ ก็ยังพบผู้ป่วยโรคนี้ไม่น้อย สปสช. จึงเข้าไป “บริหารจัดการ” สร้างระบบจูงใจให้มีการเร่งให้วินิจฉัยและรักษาโรคนี้มากขึ้น ทั้งโดยวิธีการผ่าตัด และการใช้เครื่องสลายนิ่ว ปรากฏว่าได้ผลดีมาก ประชาชนที่ป่วยด้วยโรคนี้ได้รับการรักษาจำนวนมาก แต่ก็มีปัญหาคือมีโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งทางภาคอีสาน สร้างหลักฐานเบิกจ่ายเท็จเป็นเงินนับสิบล้าน แต่ สปสช. ก็ตรวจสอบพบและเรียกเงินคืนสำเร็จ

อีกโรคหนึ่งที่ระบบบัตรทองเข้าไปดูแลคือ **โรคกอเชอร์** (Gaucher’s Disease) โรคนี้เกิดจากความผิดปกติของ “การครองธาตุ” (Metabolism) ทำให้มีสารไขมันบางอย่างคั่งค้างในร่างกาย สารนี้จะไปจับในอวัยวะต่าง ๆ รวมทั้งสมองตั้งแต่ยังเป็นเด็กทารก ทำให้เป็นโรคปัญญาอ่อน โรคนี้ทางการแพทย์พบว่าสามารถรักษาได้โดยใช้ยาชื่อ อิมิกลูเซอเรส (Imiglucerase) โดยให้ในช่วงเด็กอายุ 2 ปีแรก แล้วรักษาให้หายขาดโดยการปลูกถ่ายไขกระดูก ซึ่งเป็นวิธีการรักษามาตรฐาน ปัญหาคือยานี้มีราคาแพงมาก ต้องใช้ยาในราคาคนละ 3.5 ล้านบาทต่อปี ไม่มีทางที่ประชาชนทั่วไปจะแบกรับได้ ระบบบัตรทองได้ตัดสินใจเข้าไปดูแลจนเรียบร้อย แต่ถูกกรรมการแพทยสภาคนหนึ่งวิจารณ์ว่าเป็นการใช้เงินโดยไม่สมควร

กรรมการแพทยสภาท่านนี้ เป็นคนเรียนเก่ง มีความสามารถสูง แต่เห็นแก่ตัวรุนแรง ชอบวิจารณ์คนไข้ในระบบบัตรทองว่า ชอบไปใช้บริการ

พร่ำเพรื่อ เพราะชอบของฟรี โดยกล่าวหาว่า “พวกนี้” ไม่เคยเสียภาษี ซึ่งถูกคุณบุญยืน ศิริธรรม (กรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งต่อมาลาออกไปสมัครเป็นสมาชิกวุฒิสภาครั้งแรก และได้รับเลือก) “ตอกหน้า” สวนว่า พูดออกมาได้อย่างไรว่าคนพวกนี้ไม่เสียภาษี เพราะประเทศไทยใช้ระบบภาษีมูลค่าเพิ่มร้อยละ 7 มาตั้งแต่ พ.ศ. 2535 จึงไม่มีประชาชนคนไทยที่ไม่เสียภาษี

ญี่ปุ่นมีการเก็บ “ภาษีสุขภาพ” จากแรงงานนอกระบบ และผู้ประกอบการรายเล็กรายน้อยอย่างทั่วถึง เพื่อนำไปใช้ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ก็มีประชากรราวร้อยละ 1.7-1.8 คือราว 2 ล้านคน ที่ไม่ต้องเสียภาษีสุขภาพ แต่สามารถไปรับบริการโดยได้รับสิทธิประโยชน์เท่าคนอื่น โดยญี่ปุ่นมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ให้บริการทุกคนเสมอหน้ากัน ไม่ว่าจะมีตำแหน่งบริหารสูงสุดคือนายกรัฐมนตรี หรือ คนยากจน ที่ไม่ต้องเสียภาษีสุขภาพ แต่ไม่ปรากฏว่าจะมีกรรมการแพทยสภาออกมาประณามประชาชนที่ไปใช้บริการรักษาพยาบาลเช่นนี้เลย

ที่กล่าวหาประชาชนว่าชอบไป “ช็อปปิ้ง” ใช้บริการพร่ำเพรื่อก็เป็นการพูดอย่างเลื่อนลอย เพราะคนไข้บัตรทองไปใช้บริการเมื่อ พ.ศ. 2546 เฉลี่ยปีละแค่ 1.7 ครั้ง ถึงปี 2557 ไปใช้บริการเฉลี่ยเพียงปีละ 3.7 ครั้ง ขณะที่คนญี่ปุ่นไปใช้บริการเฉลี่ยปีละ 12 ครั้ง ไม่มีกรรมการแพทยสภาของญี่ปุ่นออกมาวิจารณ์ว่าไปใช้บริการพร่ำเพรื่อ

คนไข้โรคกอเชอร์ เป็นผู้ที่ควรได้รับความเห็นใจ เพราะไม่มีใครอยากเป็น เมื่อเป็นแล้วสังคมควรให้ความช่วยเหลือเกื้อกูล สปสช. เข้าไป “บริหารจัดการ” เจรจาต่อรองกับบริษัทที่จำหน่ายยา เนื่องจากพบโรคนี้น้อยมาก สปสช. จึงขอรับภาระค่ายาเพียง 5 ราย ในวงเงินปีละ 20 ล้านบาท ที่เหลือบริษัทยายินดีรับภาระค่ายาทั้งหมด

กรรมการแพทยสภาผู้นี้ วางแผนอย่างเป็นขั้นตอน เปลี่ยนระบบการปฏิบัติงานชดใช้ทุนของแพทย์จบใหม่ เพื่อให้ลูกของตนไม่ต้องไปทำงาน

ชดใช้ทุนในโรงพยาบาลชุมชน และเมื่อลูกเขยซึ่งได้รับทุน ก.พ. เรียนจบจากต่างประเทศกลับมาชดใช้ทุนตามสัญญา ก็วิพากษ์วิจารณ์ว่าเป็นสัญญาที่ไม่ถูกต้อง และในที่สุดก็ชดใช้ทุนแล้วลาออกไปทำงานต่างประเทศ

น่าสงสัยว่า ถ้าลูกหลานของท่านผู้นี้เป็นโรคกอเชอร์ จะวิพากษ์วิจารณ์เช่นนี้หรือไม่

เมื่อเริ่มระบบประกันสังคม ด้วยความกลัวว่ากองทุนจะแบกรับภาระไม่ได้ กฎหมายจึงกำหนดไม่ให้การคุ้มครอง**กรณีเจ็บป่วยจากการฆ่าตัวตาย** และ **"โรคหรือประสบอันตรายเนื่องจากการใช้สารเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด"** ทั้ง ๆ ที่โดยหลักการแพทย์ การฆ่าตัวตายเกิดจากโรคซึมเศร้าเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งโรคนี้มีอุบัติการณ์สูงในคนทั่วโลก รวมทั้งคนไทย และปัญหาการใช้สารเสพติดก็เป็นโรคตามการจัดกลุ่มโรคสากล (International Classification of Disease: ICD) และเป็นโรคอันเกิดจากพยาธิสภาพสังคม (Social pathology) เมื่อเริ่มระบบบัตรทอง ได้ตัดข้อจำกัด 2 เรื่องนี้ มิให้ปรากฏในกฎหมาย ระบบบัตรทองจึงครอบคลุมการรักษา 2 กลุ่มโรคนี้มาตั้งแต่ต้น ประกันสังคมเพิ่งแก้ไขกฎหมายให้สามารถครอบคลุมการรักษาผู้ป่วย 2 กลุ่มนี้ได้ ในปี 2558 นี้เอง

นอกจากตัดข้อจำกัดในลักษณะดังกล่าวออกแล้ว พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ยังเปิดกว้างให้แก่การรักษาโดยการแพทย์ทางเลือก ที่กฎหมายไทยรองรับ กล่าวคือได้กำหนดไว้ในมาตรา 3 ให้ครอบคลุม **"การบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ"** ด้วย

ข้อกำหนดในกฎหมายดังกล่าวทำให้การรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย เริ่มเข้าไปมีบทบาทในระบบบัตรทองตั้งแต่ ปี 2550 โดยเริ่มไว้เพียงคนละ 1 บาท ต่อปี ซึ่งแม้จะน้อย แต่เมื่อคิดเป็นเม็ดเงินก็ได้ถึง

46 ล้านบาท ในปีแรก ปัจจุบันได้เพิ่มเป็นคนละ 8.19 บาทต่อปี ทำให้ได้งบประมาณในส่วนนี้จากประชากร 48 ล้านคน ราว 393 ล้านบาท ยาแผนไทยในบัญชียาหลักแห่งชาติ ก็เพิ่มขึ้นเกือบถึงหนึ่งร้อยรายการแล้ว

บทที่ 15

มะเร็ง เด็กสายตาสั้น คนตาบอด

ทุกข์อันใหญ่หลวงของประชาชนทุกคนในโลก รวมทั้งประชาชนคนไทยไม่ว่ายากดีมีจน คือ การป่วยด้วยโรคมะเร็ง ซึ่งปัจจุบันเป็นสาเหตุการตายอันดับแรก ๆ ของคนไทย

ดังที่เคยกล่าวแล้วว่า ในสหรัฐอเมริกา สมัยที่ประธานาธิบดีคลินตัน และรองประธานาธิบดีอัลกอร์หาเสียงเพื่อชิงชัยในตำแหน่งประธานาธิบดี จนได้ชัยชนะได้เป็นผู้นำประเทศสมัยแรกนั้น เรื่องหนึ่งที่ทั้งสองท่านหยิบยกขึ้นมาเป็นประเด็นหาเสียง และต่อมาได้ประกาศเป็นนโยบายสำคัญ คือ การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ

ปัญหาหนึ่งที่ทั้งสองท่านเขียนในเอกสารหาเสียงสำคัญ ในหนังสือ “ให้ประชาชนมาเป็นอันดับแรก” (Put the People First) คือ เรื่องมะเร็ง ที่ท่านได้กล่าวถึงประสบการณ์ของชาวอเมริกันจำนวนมากว่า การถูกแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง เปรียบเสมือนการถูกคำพิพากษาประหารชีวิตฉบับแรก และเมื่อพบว่า กรมธรรม์ประกันสุขภาพที่ตนได้จ่ายค่าเบี้ยประกัน (Premium) มาอย่างต่อเนื่องนั้น “ไม่ครอบคลุม” โรคมะเร็งที่เป็น ก็เสมือนถูกคำพิพากษาประหารชีวิตซ้ำสองนั่นเอง

กรณีที่กรมธรรม์ประกันสุขภาพของเอกชนไม่ครอบคลุมโรคที่ร้ายแรงและต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงนี้ เป็น “ธรรมชาติ” ของระบบประกันสุขภาพ

เอกชน ที่ข้อความในกรมธรรม์ส่วนที่แสดงถึงสิทธิประโยชน์ของผู้เอาประกัน รวมทั้งที่ตัวแทนบริษัทประกันมักหยิบยกขึ้นมาจูงใจลูกค้า มักจะเขียนหรือพิมพ์ด้วยอักษรตัวโต อ่านได้ชัดเจน แต่ข้อความที่แสดงถึง “ข้อจำกัด” สิทธิต่าง ๆ มักเขียนหรือพิมพ์ด้วยอักษรขนาดจิ๋วหรือมีข้อความกำกวมทำให้เข้าใจหรือตีความยาก

เรื่องเช่นนี้เป็นไปตามหลักการที่ อมตะ เสน ได้กล่าวไว้ว่า “การไม่การจัดระบบเพื่อการส่งเสริมสาธารณสุขสำหรับทุกคนอย่างเป็นระบบที่ดีพอ ทำให้ประชาชนจำนวนมากต้องเผชิญกับบริการสุขภาพของเอกชนที่ไม่มีประสิทธิภาพและมีราคาแพง” ระบบบัตรทอง ตระหนักดีถึงปัญหานี้ จึงศึกษาและแก้ปัญหานี้อย่างเป็นระบบ เพื่อให้ประชาชนที่ประสบเคราะห์กรรมจากโรคมะเร็ง ได้รับการดูแล จากความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างมีคุณภาพ และประสิทธิภาพ

มีคุณภาพ คือ ได้รับการดูแลรักษาด้วยยาที่พิสูจน์แล้วว่าปลอดภัยและมีประสิทธิผล

มีประสิทธิภาพ คือ สามารถใช้เงินภาษีอากรของประชาชนได้อย่างประหยัด มีเหตุมีผล ไม่ใช้จ่ายตามใจชอบหรือในลักษณะ “เห็นช้างขี้ ขี้ตามช้าง”

การดำเนินการพัฒนาทำอย่างเป็นระบบและขั้นตอน ดังนี้

ประการแรก การพัฒนาระบบบริการ

เริ่มจากการพัฒนาเครือข่ายการบริการและ รับ-ส่งต่อ ตั้งแต่ในปี 2548 มีเครือข่ายการให้บริการรวม 29 แห่ง ใน 10 เขต ยังขาดอยู่อีก 2 เขต ในส่วนภูมิภาค และอีก 1 เครือข่ายในกรุงเทพมหานคร ถึงปี 2556 เครือข่ายการบริการเพิ่มเป็น 36 แห่ง กระจายไปทั่วทั้ง 12 เขต ในภูมิภาค และ กทม. เป็นเขตที่ 13 ด้วย

มีการพัฒนาเป็นข่ายการรักษามะเร็ง 22 แห่ง เชื่อมโยงกับลูกข่ายทั่วประเทศ 641 แห่ง ในปี 2556

นอกจากเครือข่ายรักษามะเร็งแล้ว ยังมีการพัฒนาเครือข่าย “การดูแลรักษาแบบประคับประคอง” (Palliative Care) ขึ้น เป็นแม่ข่าย 63 แห่ง ลูกข่าย 549 แห่ง

ประการที่สอง การพัฒนาศูนย์ส่งเสริมมิตรภาพบำบัด

นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ มีประสบการณ์ตรงจากการป่วยเป็นโรคมะเร็ง พบว่าลำพังบริการจากบุคลากรวิชาชีพในโรงพยาบาลนั้นไม่เพียงพอ เพราะแพทย์-พยาบาล ส่วนมากแม้จะมีความรู้ความสามารถสูง ในการดูแลรักษาคนไข้มะเร็ง แต่ไม่เคยมีประสบการณ์เป็นมะเร็งด้วยตนเอง ฉะนั้นจึงมิได้รู้ถึง “หัวอก” ของคนเป็นโรคมะเร็งอย่างแท้จริง ว่าคนไข้เหล่านี้มีความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจเพียงไร และอย่างไร อาการ “เบื่ออาหาร” นั้น แพทย์-พยาบาล โดยมากจะถือเป็นเพียงอาการเล็กน้อย ไม่เหมือนอาการช็อค หมดสติ แขน-ขา ขาด เป็นต้น แต่อาการดังกล่าวในคนไข้มะเร็งนั้นรุนแรงมาก โดยเฉพาะกับคนไข้ที่ต้องรับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและรังสีรักษา คนไข้จะ “ผ่าน” ความทุกข์ทรมานเหล่านี้ไปได้อย่างไร หรือคำแนะนำเรื่องอาหารการกิน ก็ไม่ใช่เรื่องง่ายสำหรับคนไข้จะไปปฏิบัติ จะซื้อของไปปรุงอาหารได้จากที่ไหน จะปรุงหรือหุงหาอย่างไร ล้วนเป็นคำถามที่ต้องหาคำตอบให้ได้ชัดเจน

เรื่อง “เล็ก ๆ น้อย ๆ” เหล่านี้ คนไข้มะเร็งที่เคยมีประสบการณ์ คือ “เพื่อนร่วมทุกข์” ที่รู้หัวอกของคนไข้ดี สามารถให้คำแนะนำ และช่วยเหลือทั้งทางจิตใจและสังคมแก่คนไข้และญาติคนไข้ได้เป็นอย่างดี ในต่างประเทศจึงมีการก่อตั้งกลุ่มให้ความช่วยเหลือ (Support Group) คนไข้เหล่านี้ ในที่สุดจึงเกิดกลุ่ม “มิตรภาพบำบัด” ขึ้นในโรงพยาบาลต่าง ๆ เพื่อเสริมการดูแลรักษานี้

งานนี้เริ่มตั้งแต่ พ.ศ. 2549 เริ่มจากก่อตั้งได้ 14 แห่ง เพิ่มเป็น 17 และ 35 แห่ง ในปี 2550 และ 2551 ตามลำดับ จนถึงปี 2555 มีศูนย์มิตรภาพบำบัดรวม 363 แห่ง โดยมีเครือข่ายภาคประชาชนรวม 1,618 เครือข่าย ขยายขอบเขตงานจากมะเร็ง เป็นโรคเรื้อรังหรือโรคร้ายแรงอื่น ๆ เช่น เครือข่ายผู้ป่วยมะเร็ง 231 เครือข่าย เครือข่ายคนไข้โรคหัวใจ 183 เครือข่าย เครือข่ายผู้พิการ 253 เครือข่าย เครือข่ายโรคไต 200 เครือข่าย เครือข่ายเอดส์ 285 เครือข่าย เครือข่ายเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง 337 เครือข่าย

เมื่อนายแพทย์สงวนเสียชีวิต ก็ได้นำเงินจากการช่วยงานศพ และเงินบริจาคเพิ่มเติมมาก่อตั้ง “มูลนิธิมิตรภาพบำบัด” เพื่อรำลึกถึงคุณงามความดีของนายแพทย์สงวน และเพื่อส่งเสริมงานนี้อีกทางหนึ่งด้วย

ประการที่สาม การพัฒนาการบริการ

โดยที่ยาจำเป็นในบัญชียาหลักแห่งชาติ สำหรับรักษามะเร็งมีราคาแพงมาก เพื่อให้ประชาชนสามารถ “เข้าถึง” ยาเหล่านี้ จึงมีการเสนอให้กระทรวงสาธารณสุขประกาศทำซีแอล เมื่อต้นปี 2550 และสามารถได้ยาราคาถูกมาให้คนไข้ได้รวม 3 รายการ รายการที่ 4 บริษัทยายินดีบริจาคยาให้ **ผลจากการทำซีแอล ทำให้สามารถเจรจาต่อรองเรื่องราคายาในเวลาต่อมาได้มาก เป็นผลให้สามารถขยายการเข้าถึงยาเหล่านี้ได้เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ**

เริ่มจากการขยายการเข้าถึงยาจำเป็นที่มีราคาแพงให้แก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลาม มะเร็งปอดระยะลุกลาม และมะเร็งต่อมลูกหมากที่ดื้อต่อยาฮอร์โมนในปี 2552 ปีต่อมาขยายครอบคลุมเป็น 8 ชนิด และถึงปี 2556 เพิ่มเป็น 10 ชนิด

เพื่อควบคุมค่าใช้จ่าย มิให้มีการจ่ายยา “ตามใจชอบ” หรือตาม “ดุลพินิจ” ของแต่ละคน จึงมีการกำหนด โปรโตคอล (Protocol) การรักษาโดยการพิจารณาของคณะผู้เชี่ยวชาญโรคมะเร็ง โดยเฉพาะจากราชวิทยาลัยแพทย์ที่เกี่ยวข้อง กำหนดรายการยาให้เป็นมาตรฐานการรักษาตามผลการศึกษาวิจัยทั้งด้านความปลอดภัย ประสิทธิผล ความคุ้มค่า และความสามารถที่กองทุนจะรับภาระได้ ปัจจุบันมีโปรโตคอลการรักษาครอบคลุมมะเร็ง 10 กลุ่ม ได้แก่

(1) มะเร็งเต้านม
(2) มะเร็งปากมดลูก
(3) มะเร็งรังไข่
(4) มะเร็งโพรงหลังจมูก
(5) มะเร็งปอด
(6) มะเร็งหลอดอาหาร
(7) มะเร็งลำไส้ใหญ่
(8) มะเร็งตับและท่อน้ำดี
(9) มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ
(10) มะเร็งต่อมลูกหมาก

ตลอดระยะเวลาตั้งแต่ปี 2548 จนถึงปัจจุบัน มีผู้ป่วยมะเร็งได้รับการดูแลรักษาโดยแบกรับภาระเฉพาะเรื่องความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย และผลแทรกซ้อนรุนแรงจากการรักษา ซึ่งก็เป็นความทุกข์ทรมานอย่างแสนสาหัสแล้ว การที่ไม่ต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่าย จึงเป็นสิ่งที่สมควรอย่างยิ่ง ดังนี้

		พ.ศ. 2553	พ.ศ. 2557
ผู้ป่วยนอก	คน	40,100	92,154
	ครั้ง	300,024	222,503
ผู้ป่วยใน	คน	44,146	106,956
	ครั้ง	437,868	272,848
ค่าใช้จ่าย			
• ผู้ป่วยนอก (ล้าน)		666.6	896.4
• ผู้ป่วยใน (ล้าน)		4,910.3	6,106.2
รวม (ล้าน)		**5,576.9**	**7,002.6**

ค่าใช้จ่ายเหล่านี้ รวมอยู่ในค่าเหมาจ่ายรายหัวแล้วทั้งสิ้น เป็นการเจียดจ่ายจากเงินยอดรวมที่ได้รับอย่างจำกัดจำเขี่ย แต่นำมาบริหารจัดการ เพื่อช่วยบรรเทาทุกข์ให้แก่คนไข้ที่ทุกข์ยากแสนสาหัสเหล่านี้

ค่าใช้จ่ายเหล่านี้ คือ ค่าใช้จ่ายเพื่อ “บำบัดทุกข์” ของประชาชน ซึ่งย่อมเป็นหน้าที่โดยตรงของรัฐ มิใช่หรือ

ความพยายามที่จะใช้เงินภาษีอากรของประชาชนให้เกิดประโยชน์แก่ประชาชนที่ได้ทุกข์ยาก โดยระบบที่มีธรรมาภิบาลอย่างแท้จริง ไม่มีการรั่วไหล ไม่ยอมให้มีใครเบียดบังเอาเข้าพกเข้าห่อ โดยคนที่มุ่งมั่นทำงานเหล่านี้มิได้มีผลประโยชน์ส่วนตัวใด ๆ จึงเป็นเรื่องที่ควรได้รับการชมเชยและสนับสนุน ไม่ควรถูกข่มขู่ คุกคาม หรือหาเรื่องจับผิดใด ๆ ทั้งสิ้น

ยังมีเรื่องดี ๆ เช่นนี้อีกมาก ขอกล่าวถึงอีกเรื่องหนึ่ง คือเรื่องการแก้**ปัญหาเด็กสายตาสั้น**ในโรงเรียน เรื่องนี้คณะอนุกรรมการสิทธิประโยชน์และระบบบริการ ได้ศึกษาและมีข้อเสนอดังนี้

(1) ภาวะสายตาผิดปกติเป็นสาเหตุสำคัญของความผิดปกติในการมองเห็น

(2) ประชากรไทยที่มีความพิการทางสายตา สาเหตุอันดับหนึ่งเกิดจากสายตาผิดปกติ มีมากกว่า 15 ล้านคน

(3) การวินิจฉัยและรักษาภาวะสายตาผิดปกติไม่ยุ่งยาก แต่การเข้าถึงกลุ่มเด็กยังเป็นปัญหา และหากไม่ได้รับการแก้ไขจะมีผลกระทบในเชิงลบต่อการศึกษา และโอกาสในการทำงานในอนาคต

(4) การศึกษาโดยองค์การอนามัยโลก สรุปว่า การคัดกรองภาวะสายตาผิดปกติในเด็กเป็นเรื่องเร่งด่วน และควรทำในระดับชุมชนร่วมกับงานอนามัยโรงเรียน

(5) วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการคัดกรองภาวะสายตาผิดปกติและจัดหาแว่นสายตาให้กับเด็กนักเรียนในวัยก่อนประถมศึกษาและเด็กวัยประถมศึกษาในประเทศไทย

คณะอนุกรรมการฯ มีมติ เห็นควรศึกษาข้อมูลเพิ่มเติม โดยมอบให้กรมการแพทย์ กรมอนามัย สำนักบริหารการสาธารณสุข สถาบันเด็กแห่งชาติมหาราชินี และ สปสช. ให้ร่วมกันพิจารณาความเป็นไปได้ เพื่อนำมาสู่การปฏิบัติต่อไป น่าเสียดายที่เรื่องนี้ยังทำไปได้ไม่สุดทาง หวังว่าจะมีการผลักดันให้สำเร็จต่อไป เพราะมีเด็กจำนวนมากที่ครูเห็นว่า “หัวทึบ” หรือ “เกเร” แต่แท้จริงแล้วเกิดจากสายตาสั้น เมื่อได้รับแว่นสายตา ชีวิตเด็กก็มักเปลี่ยนไปโดยสิ้นเชิง ในทางดีขึ้น ๆ

เรื่องสุดท้าย ที่ขอกล่าวถึง เป็นเรื่องน่ายินดี คือ เรื่องการอบรมการใช้ไม้เท้าขาวให้แก่คนตาบอด เพื่อให้สามารถออกมาใช้ชีวิตนอกบ้านได้เหมือนคนทั่วไป เรื่องนี้เริ่มต้นจากการพัฒนารูปแบบการอบรมโดย สสส. จนได้รูปแบบที่ดี แล้ว สปสช. “รับไม้ต่อ” มาดำเนินการ โดย

เริ่มดำเนินการตั้งแต่ พ.ศ. 2553 ขณะนี้อบรมไปได้ราว 2 หมื่นคนแล้ว ยังขาดอีกราว 5 หมื่น เพราะมีปัญหาอุปสรรคมาก



การพัฒนาระบบสนับสนุน

บทที่ 16

ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

เรื่องที่เป็นปัญหาหนักอกของผู้อยู่ในวงการสาธารณสุขมานาน คือ ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อช่วยชีวิต ลดความพิการ และเยียวยาคนไข้อุบัติเหตุและฉุกเฉินอย่างทันท่วงที มีคุณภาพและประสิทธิภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้ใช้ความพยายามในเรื่องนี้มานาน มีการตั้ง “ศูนย์นเรนทร” ขึ้น ซึ่งสามารถแก้ปัญหาได้ส่วนหนึ่ง แต่ก็ยังอยู่ในวงแคบ สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ซึ่งกรมบัญชีกลางดูแลทำงานแบบตั้งรับมาโดยตลอด ไม่เคยจับเรื่องนี้ ประกันสังคมมีคณะกรรมการการแพทย์ และสำนักประสานการแพทย์ดูแล ก็ไม่เคยทำเรื่องนี้เช่นกัน คณะกรรมการการแพทย์ในปัจจุบันให้ความสนใจในการดึงเงินเข้าสู่ระบบบริการมากกว่ามุ่งประโยชน์ของผู้ประกันตน ไม่ต้องพูดถึงการพัฒนาระบบเพื่อประชาชนในวงกว้าง

เรื่องนี้มาสำเร็จเมื่อเกิดระบบบัตรทอง โดยเริ่ม “คิคออฟ” (Kick off) ตั้งแต่ปีแรก ผมเคยเขียนเรื่องนี้มาแล้ว ครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ พอสมควร ขอคัดมาเผยแพร่ซ้ำ ดังนี้

กำเนิด สพฉ.

บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service หรือ EMS) คือ บริการการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินตั้งแต่ ณ จุดเกิดเหตุจนถึงโรงพยาบาล

การเจ็บป่วยฉุกเฉินครอบคลุมทั้งอุบัติเหตุ (Accident) หายนภัย (Mass casualty) และการเจ็บป่วยจากโรคภัยไข้เจ็บ เช่น หมดสติจากหลอดเลือดในสมองแตก หัวใจวายจากหัวใจขาดเลือด ช็อคจากการตกเลือดหรือท้องร่วงอย่างแรง เป็นต้น

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ดี มีคุณภาพและประสิทธิภาพจะช่วยลดการสูญเสียจากความพิการหรือการตายลงได้มาก เพราะสามารถให้การปฐมพยาบาลอย่างถูกต้อง นำส่งโรงพยาบาลอย่างถูกต้องและรวดเร็ว มีการประสานกับโรงพยาบาลให้เตรียมรับผู้ป่วยอย่างเหมาะสมแต่เนิ่น ๆ

ตัวอย่างเช่น นักกีฬาบาดเจ็บจากการปะทะ มีกระดูกสันหลังหักแต่กระดูกยังไม่ทิ่มทำลายไขสันหลัง วิธีการช่วยเหลือที่มักกระทำกันแต่ก่อน คือ เข้าไปอุ้มนักกีฬาออกจากสนาม ซึ่งมีโอกาสสูงที่กระดูกสันหลังที่หักจะไปทิ่มทำลายไขสันหลังจนทำให้เกิดอัมพาตทันที จึงเป็นสิ่งต้องห้าม การช่วยเหลือที่ถูกต้องจะป้องกันโรคแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายร้ายแรงได้

คริสโตเฟอร์ รีฟว์ ดาราผู้แสดงเป็นซูเปอร์แมน ประสบอุบัติเหตุตกม้า คอหัก กระดูกคอที่หักทิ่มทำลายไขสันหลังตรงต้นคอจนเกือบขาด เขาหมดสติและหยุดหายใจไปประมาณ 2-3 นาที แต่ได้รับการช่วยเหลือจาก

ทีมกู้ชีพอย่างถูกต้อง ทำให้รอดชีวิตมาได้ และยังสามารถทำประโยชน์ได้มากมาย ทั้งสร้างและกำกับภาพยนตร์ และรณรงค์หาทุนทำงานกุศลสาธารณประโยชน์เพื่อวงการแพทย์และสาธารณสุขมากมายได้อีกราว 9 ปี จึงเสียชีวิต

เมื่อราวสามสิบกว่าปีมาแล้ว ผู้เขียนไปศึกษาดูงานที่ญี่ปุ่น ได้ไปดูบริการการแพทย์ฉุกเฉินด้วย พบว่าญี่ปุ่นสร้างระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไว้อย่างดียิ่ง มีรถพยาบาลพร้อมอุปกรณ์ คนขับ และพนักงานกู้ชีพพร้อมให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง ทุกวัน กระจายอยู่ทั่วประเทศ โดยอยู่กับสถานีดับเพลิง รถพยาบาลเหล่านี้เรียกใช้ได้ง่ายและรวดเร็วกว่าเรียกรถแท็กซี่เสียอีก

ประเทศไทย มีความพยายามในการสร้างระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมานาน โดยมีบริการหลักใน 3 ส่วน คือ 1) บริการรถพยาบาลของโรงพยาบาลซึ่งมักทำหน้าที่ "ส่งต่อผู้ป่วย" (Refer) เป็นหลัก ทำหน้าที่ "การแพทย์ฉุกเฉิน" (Emergency Medical Service หรือ EMS) บ้าง 2) บริการของมูลนิธิสาธารณกุศล เช่น ปอเต็กตึ๊ง ร่วมกตัญญู ซึ่งส่วนใหญ่ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเช่นเดียวกับ 3) บริการขององค์กรในพื้นที่ เช่น อปพร. บริการเหล่านี้ช่วยบรรเทาปัญหาได้ระดับหนึ่ง แต่ยังต้องพัฒนาอีกมากในเรื่องต่าง ๆ เช่น 1) การครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ 2) คุณภาพของรถพยาบาล อุปกรณ์ และบุคลากรกู้ชีพประจำรถ 3) การเชื่อมโยงประสานกับโรงพยาบาลที่รับส่งต่อ 4) ปัญหาธรรมาภิบาลของระบบ เช่น การเลือกส่งผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาลที่มีการจ่ายใต้โต๊ะ

แทนที่จะส่งโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด และการที่โรงพยาบาลไม่ยอมรับผู้ป่วย อ้างเหตุ “เตียงเต็ม” เป็นต้น

กระทรวงสาธารณสุขก็ได้มีความพยายามขยายระบบ “รถพยาบาล” เป็นระบบ “การแพทย์ฉุกเฉิน” โดยการตั้ง “ศูนย์นเรนทร” ซึ่งให้บริการประชาชนได้ดีพอสมควร แต่อยู่ในวงจำกัด

เมื่อเกิดระบบ “บัตรทอง” และ สปสช. ขึ้น ผู้ที่ทำงานเรื่องนี้มานานเห็นเป็น “โอกาส” ที่จะพัฒนาระบบนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น จึงมีการเสนอขอใช้งบประมาณจากระบบบัตรทองเพื่อนำไปพัฒนาระบบนี้ แต่เนื่องจากเมื่อเริ่มระบบบัตรทองใหม่ ๆ รัฐบาลตกลงให้ค่าบริการ “เหมาจ่ายรายหัว” เพียง 1,202.40 บาท ซึ่งนักเศรษฐศาสตร์คนสำคัญบางท่านวิจารณ์ว่าต่ำเกินไป ไม่เพียงพอ อาจทำให้คุณภาพบริการตกต่ำ แต่โชคดี ที่ขณะนั้นนายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ได้รับความไว้วางใจทั้งจากฝ่ายการเมือง และฝ่ายข้าราชการประจำให้มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาระบบบัตรทอง จึงเสนอให้ “เจียดเงิน” จากค่าเหมาจ่ายรายหัวไปคนละ 10 บาท ซึ่งทุกฝ่ายไม่มีใครขัดข้อง เพราะเห็นว่า “แค่ 10 บาท เท่านั้น” แต่เมื่อคูณจำนวนประชากรราว 45 ล้านคน ทุนประเดิมสำหรับงานนี้จึงเป็นกอบเป็นกำถึงราว 450 ล้านบาท

ปัญหาแรกที่เกิดขึ้น คือ “การต่อสู้สองแนวทาง” ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องการเป็น “พระเอก” สร้างระบบรถพยาบาล “ชั้นเลิศ” ขึ้น กับ สปสช. ซึ่งต้องการสร้าง “ความเป็นธรรม” (Equity) ด้วยการพัฒนาระบบพื้นฐานให้กระจายไปทั่วประเทศ

แนวคิดของกระทรวงสาธารณสุข คือ มุ่งจัดหารถพยาบาลตามมาตรฐาน “สากล” ทั้งตัวรถ อุปกรณ์ และบุคลากร ซึ่งคงทำได้จำนวนไม่มาก ให้บริการคนไข้ได้จำกัด ข้อสำคัญจะผูกโยงระบบไว้กับโรงพยาบาล เป็นหลัก นอกจากนี้ยังมีความพยายามจากฝ่ายการเมืองที่จะนำเงินไปซื้อเรือ “โอเวอร์คราฟท์” ราคาร่วมร้อยล้าน เพื่อให้บริการที่เกาะแห่งหนึ่งด้วย ขณะนั้นทางฝ่าย สปสช. คือ นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ไม่เห็นด้วยกับแนวทางดังกล่าว เพราะเห็นว่าจะมีผลเพียงการสร้างภาพลักษณ์หรือโฆษณาหาเสียงเป็นหลัก แต่บริการประชาชนได้จำนวนน้อย เป็นผลให้ปีแรก งบประมาณที่เจียดมาเพียงหัวละ 10 บาท ใช้ไปเพียง 6 บาท เท่านั้น และเป็นเช่นนั้นถึง 3 ปี ติดต่อกัน

โครงการจัดหารถพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข ในที่สุดก็ “หางโผล่” มีการทุจริต “ล็อคสเปค” เป็นข่าวฉาวโฉ่ จนต้องมีการล้มเลิกการจัดซื้อครั้งนั้นและจัดซื้อใหม่ โดยพยายาม “ปลดล็อค” ให้มีการแข่งขันได้ แต่ผู้เสียผลประโยชน์ก็กลับมาขัดขวางในลักษณะ “ขโมยร้องจับขโมย” กล่าวหาผู้ที่พยายามจัดซื้ออย่างโปร่งใสว่าจะซื้อรถพยาบาลมาตรฐานต่ำ จนเกิดการร้องเรียนวุ่นวายกันอยู่นานกว่าเรื่องจะยุติ เรื่องดังกล่าวชมรมแพทย์ชนบทได้ออก “สมุดปกแดง” สรุปเรื่องราวและเสนอหลักฐานเอกสารการล็อคสเปคอย่างชัดเจน แต่เรื่องก็เงียบหายไปจนบัดนี้

การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

ขณะที่กระทรวงสาธารณสุขเดินหน้าพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินตามแนวทางของตนเอง คือ มุ่งพัฒนาระบบรถพยาบาลของโรงพยาบาล สปสช. ก็เดินหน้าพัฒนา "ระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศ" โดยยุทธศาสตร์หลัก 4 ยุทธศาสตร์ได้แก่ 1) การสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) พัฒนาระบบ "รถการแพทย์ฉุกเฉิน" ขึ้น 2) สร้างระบบการจ่ายค่าตอบแทนเพื่อให้หน่วยงานทั้งที่ทำงานอยู่แล้ว ได้แก่ หน่วยฉุกเฉินขององค์กรการกุศลสาธารณประโยชน์ และที่พัฒนาขึ้นใหม่ใน อปท. รวมทั้งยานพาหนะของหน่วยงานของรัฐและของเอกชน ให้ทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ มีความเข้มแข็งและยั่งยืน 3) พัฒนาศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการให้รถการแพทย์ฉุกเฉินออกไปรับผู้ป่วยจากที่เกิดเหตุให้มีประสิทธิภาพ 4) พัฒนามาตรฐาน รถการแพทย์ฉุกเฉิน อุปกรณ์ช่วยชีวิต และบุคลากร

งานต่าง ๆ เหล่านี้เป็นงานที่ต้องใช้ความรู้และการตัดสินใจเลือกแนวทางที่ถูกต้องเหมาะสม และอาจต้อง "ลองผิดลองถูก" (Trial and Error) เพื่อหารูปแบบวิธีการที่เหมาะสม เช่น ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ เริ่มต้นด้วยแนวคิด รวมศูนย์ไว้ที่กรุงเทพฯ แห่งเดียว แต่ในที่สุดก็ต้องกระจายออกไปอยู่ตามจังหวัดต่าง ๆ ทั่วประเทศ เรื่องมาตรฐาน ก็ต้องจัดสมดุลให้เหมาะสมระหว่างการส่งเสริมให้มีรถและอุปกรณ์ชั้นเลิศ (Excellent) กับการยอมให้มีรถการแพทย์ฉุกเฉินหลายระดับ เพื่อให้เกิดการกระจายอย่างทั่วถึง (Equity) ก่อนในขั้นแรก เรื่อง

มาตรฐานบุคลากรก็ต้องจัดสมดุลระหว่างการใช้บุคลากรวิชาชีพเช่น แพทย์ พยาบาล ซึ่งขาดแคลนอยู่แล้วกับ "เวชกรฉุกเฉิน" (Paramedics) ซึ่งสามารถสร้างขึ้นได้จำนวนมาก

ปัญหาใหญ่ที่เกิดขึ้นตลอดมา คือ การที่กระทรวงสาธารณสุขต้องการทั้งความ "เป็นหนึ่ง" และ "เป็นหนึ่งเดียว" ในเรื่องนี้ ซึ่งเป็นความคิด "ย้อนยุค" ทวนกระแสโลกยุคปัจจุบัน ซึ่งเป็นยุค "โพสต์โมเดิร์น" (Postmodern) หรือ "ยุคหลังสมัยใหม่" ที่ต้องการความหลากหลายให้ทุกฝ่ายมี "ที่ยืนอย่างมีเกียรติมีศักดิ์ศรี" เช่น ความพยายามที่จะใช้ตราศูนย์นเรนทรของกระทรวงเป็นตราสัญลักษณ์ แต่ในที่สุดก็ได้เป็นตรา "ดาวหกแฉก" (Star of Life) ซึ่งเป็นตราสากล และเป็นที่ยอมรับของทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐและเอกชนที่มาร่วมงานนี้ หรือการมุ่งเน้น "มาตรฐาน" ทั้งรถพยาบาล-อุปกรณ์-บุคลากร ระดับสูง ซึ่งยากที่จะทำได้อย่างกว้างขวางทั่วประเทศ

ในที่สุดหลังจากพัฒนาระบบมาได้ระยะหนึ่ง สปสช. ก็ได้เตรียมการสำหรับยุทธศาสตร์สำคัญขั้นต่อไป คือ การออกพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อวัตถุประสงค์หลัก 2 ประการ คือ 1) เพื่อให้บริการครอบคลุมผู้ป่วยในระบบประกันสังคมและสวัสดิการข้าราชการด้วย ไม่จำกัดอยู่แต่ในระบบบัตรทองของ สปสช. เท่านั้น 2) เพื่อให้มีองค์กรระดับชาติเป็นผู้รับผิดชอบที่เป็นอิสระทั้งจากกระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. จนกฎหมายออกมาเมื่อ พ.ศ. 2551

ปัจจุบัน ระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติสามารถ “ลงหลักปักฐาน” ได้ระดับหนึ่ง จนสามารถขยายบริการได้เพิ่มขึ้นมากจากเดิมก่อนเริ่มต้นระบบ มีการให้บริการเพียงปีละ 7-8 พันครั้ง เท่านั้น ปีที่ผ่านมามีการให้บริการถึง 1.2 ล้านครั้ง อปท. ทั่วประเทศ 7,800 กว่าแห่ง มีการจัดบริการรถการแพทย์ฉุกเฉินกว่า 5 พันแห่งแล้ว นอกเหนือจากหน่วยงานในภาครัฐและองค์กรการกุศลสาธารณะต่าง ๆ ที่ทำงานนี้มานานแล้ว ภาคธุรกิจเอกชนก็เข้ามามีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญ เช่นในจังหวัดแม่ฮ่องสอน ซึ่งเป็น เขตภูเขา การเดินทางทางถนนต้องใช้เวลามาก สายการบินกานต์แอร์ของเอกชน ซึ่งเป็นสายการบินพาณิชย์ ได้เข้ามาให้บริการขนส่งผู้ป่วยฉุกเฉินช่วยชีวิตคนไข้ถึงปีละกว่า 20 ครั้ง

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติมีโอกาส “เปล่งประกาย” อย่างโดดเด่นในช่วงมหาอุทกภัย พ.ศ. 2554 สามารถขนส่งผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งทางบก ทางเรือ และทางอากาศ โดยไม่ต้องลงทุนจัดซื้อ รถ-เรือ-เครื่องบิน แต่ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ของหน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปัจจุบันได้ใช้งบประมาณเพื่อการนี้ปีละราวพันกว่าล้านเท่านั้น ช่วยชีวิตผู้ป่วยให้รอดและลดความพิการได้มากมาย

ตลอดเวลาสิบปีเศษที่มีการเริ่มระบบนี้ที่ สปสช. และทำอย่างต่อเนื่องโดย สพฉ. ภาพอัน “เลวร้าย” ต่าง ๆ เช่น การออกไปแย่งชิงรับคนเจ็บ การแอบขโมยของมีค่าของผู้บาดเจ็บ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างผิดหลักวิชาจนเกิดความพิการแทรกซ้อน ฯลฯ ได้รับการแก้ไขจนกลาย

เป็นอดีตที่ไม่ควรหวนกลับคืนมาอีกแล้ว

อย่างไรก็ดี ยังมีปัญหาให้ต้องแก้ไขอีกมาก ที่สำคัญคือ ใน อปท. ทั่วประเทศ 7,800 กว่าแห่ง มีรถการแพทย์ฉุกเฉินเพียง 5 พันกว่าแห่ง ซึ่งในจำนวนดังกล่าวมีที่ปฏิบัติงานอย่างเข้มแข็งราวครึ่งเดียว จังหวัดต่าง ๆ โดยเฉพาะในมหานครอย่างกรุงเทพฯ แม้มีบริการอยู่มากแต่ก็ยังให้บริการได้จำกัด และเมืองเล็ก ๆ โดยเฉพาะในท้องที่ห่างไกลทุรกันดารบริการก็ยังไม่ทั่วถึง ระบบการรับแจ้งเหตุและสั่งการ ก็ยังต้องการการพัฒนาอีกมาก และมาตรฐานทั้งรถ อุปกรณ์ และบุคลากร ก็ยังต้องการการพัฒนาอย่างค่อยเป็นค่อยไป

การแก้ปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้เป็นภารกิจหลักของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ แต่ต้องได้รับ ความร่วมมือและสนับสนุนอย่างเข้มแข็งจากกระทรวงสาธารณสุข ข้อสำคัญกระทรวงสาธารณสุขจะต้อง ปรับบทบาทให้เหมาะสม หน่วยงานที่ตั้งขึ้นมาอย่าง "สำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน" (สธฉ.) ควรพิจารณาว่า เป็นการซ้ำซ้อนกับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติหรือไม่

ในอดีต กระทรวงสาธารณสุขได้แสดงตนเป็นแบบอย่างของคนที่ "ใหญ่จริง" เช่น งานวางแผนครอบครัว กระทรวงมีบทบาทในความสำเร็จถึงกว่าร้อยละ 90 แต่กระทรวงไม่เคยออกมา "โวยวาย" เลยว่าถูก "แย่งซีน" โดยบุคคลหรือหน่วยงานนอกกระทรวง ทั้งนี้เพราะ "ผู้ใหญ่" ในอดีต ของกระทรวงสาธารณสุขล้วนมีวุฒิภาวะและต่างยึดมั่นในพระราโชวาทของสมเด็จฯ พระบรมราชชนก ที่จารึกไว้ ณ ฐานพระราชานุสาวรีย์ของพระองค์ท่าน

ที่ประดิษฐานเด่นเป็นสง่าหน้า กระทรวงสาธารณสุขที่ว่า ***“ขอให้ถือผลประโยชน์ส่วนตัวเป็นที่สอง ประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์เป็นกิจที่หนึ่ง ลาภ ทรัพย์ และเกียรติยศจะตกมาแก่ท่านเอง ถ้าท่านทรงธรรมแห่งอาชีพไว้ให้บริสุทธิ์”***

บทที่ 17

สายด่วน 1330

เรื่องที่สมควรกล่าวถึงต่อไป คือ เรื่อง **สายด่วน 1330**

เรื่องนี้เกิดขึ้นตั้งแต่วันแรก ๆ ของระบบบัตรทอง จากความคิดที่ว่าเมื่อประชาชนเจ็บไข้ได้ป่วย ย่อมกังวลว่าจะเป็นมากน้อยแค่ไหน จะไปรับบริการที่ไหนอย่างไร โดยเฉพาะเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินจะทำอย่างไรดี จะได้รับบริการฟรีจริงหรือไม่ จะต้องเสียค่าใช้จ่ายอย่างไร จะไปใช้สิทธิได้ที่ไหน ไปทำงานที่อื่นยังไม่ได้ย้ายสำมะโนครัวตามตัวไป จะมีปัญหาหรือไม่ ไปเรียนหนังสืออยู่ต่างจังหวัด จะใช้สิทธิของโรงเรียนหรือมหาวิทยาลัย หรือสิทธิบัตรทอง ฯลฯ

และที่สำคัญ คือ เมื่อไปรับบริการแล้วเกิดปัญหา เช่น ทางโรงพยาบาลไม่รับรักษา บอกให้กลับไปเอาใบส่งตัวมาก่อน หรือรับไว้รักษาแล้วคนไข้อาการหนักขึ้น ไม่มีหมอมาดู จะทำอย่างไร ฯลฯ

คำตอบเบื้องต้นคือ จะต้องเปิดหน่วยรับเรื่องร้องเรียนขึ้นอย่างเป็นกิจลักษณะในแต่ละโรงพยาบาล รวมทั้งที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดด้วย

ขณะนั้น ผมเป็นเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา หรือเลขาฯ อย. มี “สายด่วน 1556” ของ อย. ซึ่งพัฒนามานานพอสมควร และมีการประชาสัมพันธ์ค่อนข้างกว้างขวาง มีป้ายคัตเอาท์ตามมุมถนนเกือบ

ทั่วประเทศ และมีสปอตทางวิทยุเชิญชวนให้ประชาชนโทรเข้าไปสอบถามหรือปรึกษาเมื่อมีปัญหากับผลิตภัณฑ์สุขภาพต่าง ๆ ทีมงานจึงชี้มาที่ผมให้ช่วยทำเรื่องนี้

ที่จริงในกระทรวงสาธารณสุข มีสายด่วนอื่น ๆ อีกหลายสาย เช่น ของกองสุขศึกษา และกรมสุขภาพจิต เป็นต้น อย. ไม่ใช่หน่วยบริการเรื่องการรักษาพยาบาลโดยตรง แต่ขณะนั้นไม่ใช่เวลาจะ “โยนกลอง” กัน ผมจึงรับงานนี้ เบื้องต้นได้เจียดงบประมาณของ อย. มาได้ 3 ล้านบาท จึงเริ่มงานโดยขอให้ทางกระทรวงสั่งการให้โรงพยาบาลตั้งหน่วยรับเรื่องร้องเรียนขึ้น จัดระบบงานและจัดให้มีการอบรมเจ้าหน้าที่เข้ามาทำงานนี้

งานนี้ทำได้ราว 1 ปี ผมก็ย้ายไปเป็นอธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีการดำเนินงานต่อ แต่ไม่ประสบผลสำเร็จ

งานนี้มาสำเร็จจากฝีมือของ นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ซึ่งทำคู่ขนานมาตั้งแต่ต้น

เมื่อเริ่มระบบบัตรทอง นายแพทย์สงวนดำรงตำแหน่งรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยก่อนหน้านั้น เป็นผู้ดูแลระบบประกันสุขภาพอยู่ในกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างเริ่มโครงการบัตรทองในปี 2544 ควบคู่กับการผลักดันพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จนออกมาเป็นกฎหมายประกาศใน ราชกิจจานุเบกษา เมื่อ วันที่ 18 พฤศจิกายน พ.ศ. 2545 การพัฒนาระบบสายด่วนเริ่มต้นในสำนักงานประกันสุขภาพในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ ช่วง พ.ศ. 2544

ดังคำสอนของ นายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ อดีตปลัดกระทรวงและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และผู้ใหญ่ในวงการสาธารณสุขหลาย ๆ ท่านที่ว่า เมื่อเริ่มงานใด ๆ ในโรงพยาบาลหรือในหน่วยงานสาธารณสุข ถ้าไม่รู้ว่าจะให้ใครทำ ก็ให้เริ่มที่พยาบาล จะได้รับความร่วมมือและทำงานจนสำเร็จ ถ้ารู้จักสนับสนุนให้ดี นายแพทย์สงวน เริ่มต้นงาน

สายด่วน 1330 โดยชักชวนให้คุณชื่นสุข ฤกษ์งาม ซึ่งเรียนจบพยาบาลจากคณะพยาบาลศาสตร์ศิริราช ขณะนั้นทำงานอยู่ที่สำนักงานประกันสุขภาพในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีมือรองคือ คุณศิริพร สินธนัง ซึ่งเรียนจบพยาบาลจากวิทยาลัยพยาบาลมิชชัน เคยทำงานที่โรงพยาบาลน่านหลายปี ได้รับการหล่อหลอมอย่างดีจากนายแพทย์บุญยงค์ วงศ์รักมิตร และบรรดาลูกศิษย์ แล้วย้ายเข้ามาทำงานที่สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน ก่อนเข้ามาทำงานในสำนักงานประกันสุขภาพ

งานนี้เริ่มต้นในห้องเล็ก ๆ โดยแบ่งเนื้อที่ของห้องทำงานสายด่วน 1669 ของศูนย์นเรนทร ที่ให้บริการเรื่องรถพยาบาลฉุกเฉิน ที่ข้าง ๆ ห้องที่เป็นสำนักงานธนาคารกรุงไทยในตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เริ่มจากห้องเล็ก ๆ ที่มีโต๊ะเก้าอี้ให้คนนั่งทำงานได้ 6-7 คน ยังไม่มีระบบคอมพิวเตอร์ มีแต่เครื่องโทรศัพท์สำนักงาน ใช้หมายเลขของสายด่วน 1669 ไม่กี่เครื่อง เมื่อได้รับเรื่องร้องเรียนก็จดลงบนกระดาษ แรก ๆ คำร้องเรียนส่วนใหญ่มาจากโรงพยาบาล มีประชาชนสอบถามเข้ามาบ้าง ว่าเมื่อไรจะขยายบริการไปจังหวัดของตัว เพราะแรก ๆ เริ่มต้นทำใน 6 จังหวัด ในปี 2545 ก่อนจะเพิ่มเป็น 15 จังหวัด แล้วจึงขยายไปทั่วประเทศในช่วงปลายปีนั้นเอง

งานรับเรื่องร้องเรียนทางโทรศัพท์ เริ่มในปี 2545 เริ่มงานแบบง่าย ๆ ใช้สามัญสำนึกเป็นหลัก ยังไม่มีระบบงานแบบมืออาชีพ ต่อมางานเริ่มมากขึ้น และได้ที่ทำงานใหม่ ที่สำนักงานประกันสุขภาพ ชั้น 4 ของอาคาร 5 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวง สามารถขอหมายเลข 1330 มาได้โดยนำหมายเลขสำนักงานที่ขึ้นต้นด้วย 02 ไปแลก เจ้าหน้าที่เพิ่มเป็น 8-9 คน โดยรับเจ้าหน้าที่ที่จบจากคณะนิเทศศาสตร์เข้ามาทำงาน ตอนนั้นใช้จดคำร้องเรียนลงบนกระดาษ ให้บริการทุกวัน ไม่มีวันหยุด แต่ยังไม่ทำตลอด 24 ชั่วโมง ปิดราว 2-3 ทุ่ม

งานเริ่มเป็นระบบมากขึ้นตามลำดับ เริ่มจากการถาม-ตอบธรรมดา ต่อมามีทีมวิชาการที่ศึกษาหาคำตอบทั้งด้านการแพทย์การพยาบาล และด้านสิทธิต่าง ๆ โดยต้องหาข้อมูลความรู้ ทั้งสิทธิตามระบบบัตรทอง และระบบอื่น ๆ คือประกันสังคม และข้าราชการ เป็นต้น เพื่อมาตอบคำถามให้ครอบคลุม

งานเริ่มขยายอย่างก้าวกระโดดหลังจากการไปศึกษาดูงานของหน่วยงานต่าง ๆ ได้แก่ ธนาคารไทยพาณิชย์ บริษัทแอดวานซ์อินโฟร์เซอร์วิส หรือ เอไอเอ (AIS) และโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ เป็นต้น เริ่มมีการนำระบบคอมพิวเตอร์เข้ามาใช้ มีการศึกษาระบบซอฟต์แวร์ และในที่สุดได้เลือกใช้ “ระบบบริหารลูกค้าสัมพันธ์” (Customer Relation Management: CRM) ซึ่งครอบคลุมระบบตอบรับอัตโนมัติ ระบบกระจายสายอัตโนมัติ ระบบบันทึกเสียง ระบบฐานข้อมูลความรู้ ระบบควบคุมคุณภาพ ระบบประเมินความพึงพอใจหลังการใช้บริการ และระบบรายงาน งานเริ่มลงรากปักฐานจนมั่นคง เมื่อ สปสช. ได้ย้ายเข้าสู่บ้านใหม่หลังแรก คือ อาคารจัสมิน โดยสำนักงานของสายด่วน 1330 ได้อยู่ที่ชั้นที่ 27 ก่อนจะย้ายมาอยู่ที่อาคารศูนย์ราชการในปัจจุบัน ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน

ปัจจุบัน สายด่วน 1330 มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานตามกรอบราวร้อยคน มีที่นั่งทำงานบริการ 60 ที่นั่ง การทำงานเป็นระบบอย่างดี มีทีมงานที่เป็น “กองหลัง” (Back Office) ทั้งทีมพยาบาล ทีมข้อมูล ทีมพี่เลี้ยง และระบบการฝึกอบรมที่เข้มแข็ง

มีการแบ่งทีมงานเป็นกลุ่มขนาดย่อม 7-8 คน แต่ละกลุ่มมี “พี่เลี้ยง” (Supervisor) คอยกำกับดูแลช่วยสนับสนุนการทำงานอย่างใกล้ชิด การให้คำตอบหรือคำปรึกษาหารือแต่ละครั้ง จะใช้มาตรฐานสากล คือ มีการอัดเทป โดยการขออนุญาตจากผู้โทรเข้าไปสอบถามก่อนทุกครั้ง ทีมงานจะมีการสุ่มฟังเทปเพื่อดูว่าการให้คำตอบหรือคำปรึกษา ถูกต้องครบถ้วน เพียงพอ ได้มาตรฐานหรือไม่ หากไม่ ก็จะมีการแนะนำ เพิ่มเติม

หรือฝึกอบรมเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยทีมงานที่ “อิงฐานความรู้” (Knowledge-based)

การร้องเรียนหารือบางกรณี จะเป็นการร้องเรียนสถานพยาบาลเรื่องคุณภาพบริการตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 57-59 ก็จะมีการดูแลเพื่อคุ้มครองสิทธิแก่ประชาชน ต่อมามีนโยบายเรื่อง “เจ็บป่วยฉุกเฉิน เข้าได้ทุกที่ ฟรีทุกสิทธิ” โดย สปสช. ได้รับมอบหมายให้เป็น “หน่วยชำระกลางทางบัญชี” (Clearing House) ทำหน้าที่หักชำระบัญชีระหว่างกัน ให้อีก 2 กองทุนคือ สวัสดิการข้าราชการและประกันสังคม ซึ่งมีปัญหาเกิดขึ้นมาก เพราะเป็นนโยบาย “ประชานิยม” ที่ไม่มีการศึกษาเตรียมการมาก่อน ใช้แต่อำนาจสั่งการตามอำเภอใจ ทำให้คนที่เข้าไปใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งถูกเรียกเก็บเงินแพง ๆ จำนวนมาก สายด่วน 1330 ต้องทำหน้าที่ตัวกลาง รักษาสิทธิคนไข้ เรียกเงินคืน ซึ่งก็สามารถทำหน้าที่ “หนังหน้าไฟ” นี้ได้ดี

ทุกวัน จะมีการประชุมสรุปงาน เดิมทำตอนเช้า เรียกว่า “สรุปงานยามเช้า” (Morning Brief) ต่อมาพบว่า สายโทรเข้าจะมากตอนช่วงเช้า การประชุมสรุปงานช่วงเช้า จึงรบกวนงานบริการ จึงเปลี่ยนมาเป็น “สรุปงานยามเย็น” (Evening Brief) แทน ทำให้สามารถแก้ปัญหาได้รวดเร็ว วันต่อวัน งานจึงมีการพัฒนาอย่างฉับไว และโดยต่อเนื่อง

“สายด่วน 1330” ทำหน้าที่เสมือนเป็นผู้ “ให้บริการหลังการขาย” ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของบริการในภาคเอกชนได้อย่างดียิ่ง เป็นระบบที่สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการควรทำมานานแล้ว แต่ไม่ได้ทำ ส่วนประกันสังคมมีระบบสายด่วนให้คำปรึกษาแก่ผู้ประกันตน ซึ่งมีเรื่องควรได้รับคำปรึกษามากมายนอกเหนือจากเรื่องสิทธิการรักษาพยาบาล แต่บริการด้านนี้ได้ทำโดยให้บริการในวัน-เวลาราชการ เป็นหลักเท่านั้น ต่อมามีการขยายการให้บริการนอกเวลาราชการ แต่ก็ยังจำกัดเฉพาะในวันราชการ

ในหนึ่งสัปดาห์ มีเวลาทั้งสิ้น 168 ชั่วโมง เวลาราชการมีเพียงสัปดาห์ละ 35 ชั่วโมง ที่เหลือ 133 ชั่วโมง เป็น “เวลาราษฎร” ปัญหาย่อมเกิดได้ทุกเวลา และส่วนใหญ่เกิดนอกเวลาราชการและวันหยุด ซึ่งครอบคลุมช่วงเวลามากกว่ามาก โดยเฉพาะการเจ็บไข้ได้ป่วยเป็น “อกาลิโก” เกิดเวลาใดก็ได้ การให้บริการทุกวันตลอด 24 ชั่วโมง อย่างที่สายด่วน 1330 ทำอยู่ย่อมเป็นผลดี และเป็นการทำงานที่แสดงถึงความห่วงใยใน “ประโยชน์สุข” ของประชาชนอย่างแท้จริง

นอกจากการทำงานของสายด่วน 1330 ด้วยตนเองแล้ว เพื่อให้งานได้ผลดีโดยประหยัด ได้มีการสร้างเครือข่าย โดยการจัดตั้ง **“ศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพในโรงพยาบาล”** ขึ้นในโรงพยาบาลของรัฐทั้งในระดับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน เพื่อทำหน้าที่รับเรื่องร้องเรียนและให้คำอธิบายโดยตรงแก่ผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งการสอบสวนข้อเท็จจริงกรณีเกิดความเสียหายจากการรับบริการ เพื่อเป็นข้อมูลในการพิจารณาจ่ายค่าเสียหายเบื้องต้นโดยรวดเร็ว รวมทั้งการปรับปรุงคุณภาพบริการของโรงพยาบาลต่อไปด้วย ปัจจุบันมีศูนย์บริการดังกล่าวแล้ว รวม 782 แห่ง จากโรงพยาบาลรัฐกว่า 900 แห่ง

ในฐานะนายทหาร กำลังพลของท่านนายกฯ ส่วนใหญ่คือ ทหารเกณฑ์ทั้งในประจำการและนอกประจำการ รวมทั้งครอบครัว พ่อ แม่ ลูกหลาน ปู่ย่า ตายาย จำนวนนับล้าน ท่านนายกฯ น่าจะลองให้ทีมงานของท่านทดลองใช้บริการ 1330 ดู จะพบว่า บริการที่ได้มาตรฐานอย่างแท้จริงของหน่วยงานของรัฐ ก็สามารถทำได้ไม่ด้อยไปกว่าบริการที่ได้มาตรฐานของภาคเอกชน

บทที่ 18

การรับฟังทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ และบทบาทท้องถิ่น

นอกจากสายด่วนให้คำปรึกษาอย่าง 1330 แล้ว นายแพทย์สงวนยัง “คิด” และ “ออกแบบ” ระบบบัตรทอง ให้มี**การรับฟังความคิดเห็นทั้งของผู้ให้บริการและประชาชน**เพื่อนำมาเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงระบบให้สามารถแก้ปัญหาของผู้ให้บริการ ตอบสนองความต้องการอันจำเป็นของประชาชนได้อย่างแท้จริง โดยการกำหนดไว้ใน พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 18 (13) ให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีอำนาจหน้าที่ในการ “จัดประชุมเพื่อให้คณะกรรมการรับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไปจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการเป็นประจำทุกปี”

นอกจากนี้ ยังกำหนดไว้ในมาตรา 46 วรรคสองว่า ในการกำหนดหลักเกณฑ์การจ่ายเงินให้แก่สถานบริการสาธารณสุข ซึ่งมีการปรับปรุงรายละเอียดทุกปีจะ “ต้องผ่านการรับฟังความคิดเห็นตามมาตรา 18 (13) ก่อน” ด้วย

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ให้ความสำคัญกับการรับฟังความคิดเห็นของทั้งผู้ให้บริการและประชาชนมาก ได้กำหนดหลักเกณฑ์ให้มีกลไกและวิธีการในการรับฟังความคิดเห็นดังกล่าวอย่าง

กว้างขวาง และหลากหลาย ตามข้อบังคับ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ พ.ศ. 2556 ข้อ 6 “การรับฟังความเห็นอาจใช้วิธีหนึ่งวิธีใด หรือหลายวิธี ดังต่อไปนี้

(1) จัดกระบวนการเครือข่ายสุขภาพ

(2) การประชาพิจารณ์ หรือวิธีการอื่นในทำนองเดียวกัน

(3) การประชุมเชิงปฏิบัติการ

(4) การสนทนากลุ่มย่อย

(5) การสัมภาษณ์รายบุคคล

(6) การเปิดให้แสดงความคิดเห็นทางไปรษณีย์ ทางโทรศัพท์ โทรสาร หรือระบบเครือข่ายสารสนเทศ

(7) การเปิดโอกาสให้ประชาชนมารับฟังข้อมูลและแสดงความคิดเห็น”

ในช่วงปี 2555-2558 ซึ่งนายแพทย์จรัล ตฤณวุฒิพงศ์ มารับหน้าที่ประธานคณะอนุกรรมการรับฟังความคิดเห็น ได้ให้ความเอาใจใส่กับการรับฟังความคิดเห็นนี้มากเป็นพิเศษ

นอกจากเรื่องการเอาใจใส่ต่อปัญหาของประชาชน และความคิดเห็นของทั้งผู้ให้บริการและประชาชนอย่างจริงจังแล้ว นายแพทย์สงวนยังออกแบบ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ **ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เข้ามามีส่วนร่วมในระบบบัตรทอง**อย่างดี ทั้งในกลไกของคณะกรรมการ ซึ่ง อปท. มีผู้แทน อปท. ทั้ง 4 รูปแบบ ได้แก่ อบต. เทศบาล อบจ. และการปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษคือ กทม. และเมืองพัทยา รวมถึง 4 คน เข้าร่วมเป็นทั้งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข และ

ยังมีบทบัญญัติ โดยเฉพาะกำหนดบทบาทของ อปท. ดังนี้

> *“มาตรา 47 เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้กับบุคคลในพื้นที่ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น ให้คณะกรรมการสนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อให้องค์กรดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยให้ได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน”*

ตั้งแต่สมัยที่นายแพทย์สงวนยังมีชีวิตอยู่ ได้ทำให้มาตรา 47 เกิดผลเป็นรูปธรรม โดยการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นขึ้น ด้วยการเจียดจ่ายเงินจากกองทุน ซึ่งแม้มีอยู่อย่างจำกัดมาก แต่ได้ตัดเงินจากจากค่าเหมาจ่ายรายหัวคนละ 37.50 บาท ให้ อปท. จ่ายสมทบตามอัตรา คือ อบต. สมทบ 10%, 20%, 30% ตามขนาด เล็ก กลาง ใหญ่ และให้เทศบาลสมทบ 50% โดยให้เป็นไปตามความสมัครใจ อปท. แห่งใดยินดีตั้งงบประมาณสมทบ ก็สามารถตั้งกองทุนสุขภาพท้องถิ่นขึ้นได้

การดำเนินการเรื่องนี้ เริ่มต้นในปี พ.ศ. 2549 และมีการขยายตัวอย่างก้าวกระโดดจนครอบคลุมเกือบทั่วประเทศ ในสมัยที่นายจุรินทร์ ลักษณวิศิษฏ์ มาเป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และเป็นประธานคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยตำแหน่ง

ปัจจุบัน สปสช. เพิ่มเงินกองทุนนี้ จากเดิม 37.50 บาทต่อประชากร เป็น 40 บาท และเป็น 45 บาทในปัจจุบัน โดยมีการปรับเงินสมทบของ อปท. เพิ่มขึ้น และได้มีกองทุนสำหรับช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับจังหวัด คือ ร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) โดยเริ่มในปี 2554 ปัจจุบันมีกองทุนดังกล่าวครอบคลุมแล้ว 41 จังหวัด สามารถช่วยเหลือในเรื่องอุปกรณ์แก่คนพิการในแต่ละจังหวัดได้อย่างดี

จะเห็นว่า ระบบบัตรทอง แทนที่จะทำงาน “เชิงรับ” ไปวัน ๆ ได้ทำงาน “เชิงรุก” สร้างและพัฒนาระบบ ทั้งการใช้เงินที่ได้รับในอัตราต่ำสุด ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน และยังมีการพัฒนาระบบสนับสนุนต่าง ๆ ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งแก่ประชาชน รวมทั้งยังคงพัฒนาระบบการมีส่วนร่วม (Participation) ของทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และประชาชน ให้เป็นรูปธรรม เป็นส่วนหนึ่งของการสร้างประชาธิปไตยที่รากฐาน คือ ประชาธิปไตยแบบที่ประชาชนมีส่วนร่วม (Participatory Democracy) เพื่อให้ประชาธิปไตยที่เป็นของประชาชน โดยประชาชน และเพื่อประชาชน ได้ลงรากปักฐานบนผืนแผ่นดินไทยอย่างแท้จริง



เสียงชื่นชมจาก บุคคลและองค์กรระดับโลก

บทที่ 19

คำชื่นชมของบุคคลและองค์กรระดับโลก

นอกจากทัศนะของคนไทยแล้ว น่าสนใจว่า ชาวต่างประเทศที่มีชื่อเสียงหรือมีตำแหน่งสำคัญในองค์การระดับโลก ที่ได้ศึกษาระบบบัตรทองของไทย เขามีทัศนะเช่นไร

เริ่มจาก อมตะ เสน ซึ่งกล่าวถึง “ความสำเร็จ” ของประเทศไทยไว้ค่อนข้างยาว ขอยกมาเต็มๆ ดังนี้

> *“ประเทศไทย เป็นประเทศหนึ่งที่ประสบความสำเร็จอย่างชัดเจน โดยที่ส่วนหนึ่งของ ความสำเร็จ เกิดจากพลังอำนาจทางการเมืองที่มีความมุ่งมั่นในการจัดบริการสุขภาพที่น่าเชื่อถือสำหรับทุกคนได้ในราคาที่ไม่แพง ตลอดช่วงทศวรรษที่ผ่านมา*
>
> *ประสบการณ์ด้านหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยถือเป็นแบบอย่าง ทั้งในแง่ของการขยายความครอบคลุมของบริการสุขภาพให้ทั่วถึง และลดความไม่เท่าเทียมกันระหว่างชนชั้น และศาสนา ซึ่งก่อนหน้าที่ประเทศไทยจะมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2544 ความครอบคลุมของประกันสุขภาพในประเทศ มีเพียงประมาณ หนึ่งในสี่ของประชากรทั้งหมด*

เท่านั้น กลุ่มคนที่ได้รับสิทธิพิเศษในความคุ้มครอง ได้แก่ กลุ่มข้าราชการและครอบครัวที่ได้รับสิทธิสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของรัฐ และกลุ่มพนักงานลูกจ้างของบริษัทเอกชน ที่ได้รับความคุ้มครองจากการจ่ายเงินสมทบภาคบังคับ โดยได้รับการสนับสนุนส่วนหนึ่งจากภาครัฐ ตั้งแต่ พ.ศ. 2533 เป็นต้นมา

ในช่วงทศวรรษที่ 1990 (พ.ศ. 2533-2542) มีการนำเสนอสิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาลภาครัฐเพิ่มเติม เพื่อครอบคลุมกลุ่มคนด้อยโอกาสต่าง ๆ ซึ่งก็ยังไม่เพียงพอที่จะครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่ยังต้องรับผิดชอบในการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลเอง อย่างไรก็ตาม ในปี พ.ศ. 2544 รัฐบาลได้นำเสนอโครงการ "30 บาทรักษาทุกโรค" ซึ่งถือว่าเป็นการจัดบริการสุขภาพสำหรับทุกคน อย่างแท้จริงเป็นครั้งแรกในประเทศไทย โดยที่รับรองว่าทุกคนจะสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพโดยการจ่ายค่ารักษาพยาบาลไม่เกิน 30 บาทต่อครั้ง (โดยที่มีการยกเว้นค่าบริการ 30 บาทนี้สำหรับเด็ก ผู้สูงอายุ คนพิการและผู้มีรายได้น้อย ที่มีอยู่ประมาณหนึ่งในสี่ของประชากรทั้งหมด) ผลลัพธ์ของการมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย ทำให้อัตราตาย (โดยเฉพาะอัตราตายของทารกและเด็กที่มีอัตราตายของทารกต่ำเพียง 11 ต่อ 1,000 ของการคลอด) และมีการเพิ่มขึ้นของอายุขัยเมื่อแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญที่ปัจจุบันสูงถึง 74 ปี ซึ่งถือว่า เป็นความสำเร็จที่สำคัญมากสำหรับประเทศยากจน นอกจากนี้ ยังขจัดประวัติศาสตร์ของความไม่เท่าเทียมกัน ในอัตราตายของ

ทารก ระหว่างภูมิภาคที่ร่ำรวย และภูมิภาคที่ยากจนในประเทศ จึงทำให้ทั้งกลุ่มคนรวยและคนจนในประเทศไทยมีอัตราตายของทารกต่ำ

ในกรณีที่มักจะมีการประเมินสถานการณ์ด้านหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่ำกว่าที่ควรจะเป็นเพราะการขาดแคลนปัจจัยที่เหมาะสมสำหรับการจัดบริการสุขภาพที่การบริหารจัดการที่ดี และสามารถซื้อหาได้สำหรับทุกคน เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีของมนุษย์ แต่สิ่งหนึ่งที่ต้องยอมรับก็คือ ในปัจจุบันโลกนี้อาจจะมีทรัพยากรและความชำนาญที่ไม่เพียงพอสำหรับการจัดบริการทางการแพทย์ที่ดีที่สุดสำหรับทุกคนได้ ซึ่งนี้ไม่ใช่เหตุผลที่จะยกเลิกความต้องการไปสู่การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และไม่ใช่เหตุผล ที่จะปฏิเสธการจัดการบริการใด ๆ เท่าที่จะสามารถจัดให้กับทุกคนได้ทันทีในปัจจุบัน โดยในบริบทนี้จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องใส่ใจกับคำเตือนสำคัญของ พอล ฟาร์เมอร์ (Paul Farmer) ในหนังสือ "พยาธิสภาพของอำนาจ: สุขภาพ สิทธิมนุษยชนและสงครามใหม่กับความยากจน" (Pathologies of Power: Health, Human Rights and the New War on the Poor) ที่กล่าวว่า "ข้ออ้างที่ว่า พวกเราอยู่ในยุคที่มีทรัพยากรจำกัดนั้น เรามักจะลืมที่จะกล่าวถึงว่า ความขาดแคลนทรัพยากรที่มีอยู่ในขณะนี้ ลดลงกว่าที่เคยขาดแคลนอยู่ในอดีตมากแล้ว"

นอกจากนี้ พวกเรายังต้องบันทึกถึงบทบาทสำคัญของบริการสุขภาพที่ทำให้ชีวิตของเราดีขึ้น โดยการลดความยากจนในมิติของความเป็นมนุษย์ และช่วยขจัด

ความยากจนที่ประเมินตามคำจำกัดความทางเศรษฐกิจ ส่วนหนึ่งของการลดความยากจนทางเศรษฐกิจนี้ เกิดจากการเพิ่มผลผลิต ที่เกิดจากการที่ประชาชนมีระดับการศึกษาสูงขึ้น และมีสุขภาพดีขึ้น ทำให้มีค่าแรงสูงขึ้น และสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังเกิดจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้ไม่เกิดความยากจนในกลุ่มคนด้อยโอกาสและผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพจากค่ารักษาพยาบาลแพง และขอย้ำอีกครั้งหนึ่งประสบการณ์ของประเทศไทย ได้แสดงให้เห็นแล้วว่าความยากจนจากค่ารักษาพยาบาลสามารถลดลงอย่างมากจากการก่อตั้งระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า"

บุคคลสำคัญระดับโลกอีกท่านหนึ่งที่กล่าวถึงระบบบัตรทองของไทยคือ แพทย์หญิงมาร์กาเรต ชาน ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก ท่านผู้นี้เป็นชาวจีนจากฮ่องกง รู้จักเมืองไทยดี เพราะเคยได้รับพระราชทานรางวัลเจ้าฟ้ามหิดลจากผลการควบคุมโรคไข้หวัดนกที่ระบาดครั้งแรกที่ฮ่องกงเมื่อ พ.ศ. 2540 แพทย์หญิงมาร์กาเรต ชาน ได้กล่าวในการประชุมเจ้าหน้าที่ระดับสูงของคณะมนตรีเศรษฐกิจและสังคมแห่งสหประชาชาติ (Economic and Social Council: ECOSOC) เรื่อง หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage) เมื่อวันที่ 12 กรกฎาคม 2556 ว่า *"สุขภาพที่เลวทำให้ประชากรโลกกว่าร้อยล้านกลายเป็นคนยากจน เราจำเป็นต้องสร้างความมั่นใจว่าบริการสุขภาพ เป็นสิ่งที่ประชาชนสามารถจ่ายไหว (affordable) และต้องไม่มีผู้ใดหรือครอบครัวของผู้ใดถูกทำให้ยากจน เพราะค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ"*

แพทย์หญิงมาร์กาเรต ชาน ได้กล่าวถึงประเทศไทยในการอภิปรายครั้งนั้นว่า *"มีหลักฐานมากมายที่ชี้ว่าหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถ*

ช่วยลดความยากจน ตัวอย่างเช่นในประเทศไทย ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถป้องกันประชาชนกว่า 100,000 หลังคาเรือน มิให้ตกไปสู่ความยากจนในช่วงสิบปีที่ผ่านมา”

ชาวเอเชียที่มีตำแหน่งสำคัญระดับโลกอีกท่านหนึ่งที่กล่าวถึงระบบบัตรทองของประเทศไทย คือ นายบันคีมูน เลขาธิการสหประชาชาติ ได้กล่าวในการประชุมโต๊ะกลมเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เมื่อวันที่ 16 พฤศจิกายน 2554 ชื่นชมรัฐบาลไทยว่า *“ผมขอชื่นชมสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย - ท่านไม่เพียงให้บริการทุกอย่างฟรี แต่ท่านได้ขยายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ครอบคลุมประชาชนทุกคน - ทั้งผู้อพยพ ผู้ลี้ภัย และชนกลุ่มน้อย ประเทศไทยยังใช้นวัตกรรมในการจัดบริการสุขภาพให้แก่ประชากรในชนบทด้วย”*

นายบันคีมูน ยังกล่าวว่า ท่านได้เรียนรู้ว่าการให้บริการสุขภาพถ้วนหน้านั้นต้องการ “ความคิดแบบใหม่” (innovative thinking) และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น ไม่เป็นความรับผิดชอบเฉพาะของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น แต่ “ต้องการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน-ทั้งรัฐ เอกชน และภาคประชาสังคม”

ผู้มีตำแหน่งในองค์กรระดับโลกอีกท่านหนึ่งที่กล่าวถึงระบบบัตรทองของไทย คือ นายแพทย์จิมยองคิม ประธานธนาคารโลก ท่านผู้นี้เป็นชาวอเมริกันเชื้อสายเกาหลี ก่อนมาเป็นประธานธนาคารโลก ได้ออกจากอาชีพแพทย์ไปเป็นอธิการบดีมหาวิทยาลัยดาร์ตมัธมาแล้ว มหาวิทยาลัยดาร์ตมัธเป็นมหาวิทยาลัยเก่าแก่ มีชื่อเสียง และอยู่ในกลุ่มมหาวิทยาลัยชั้นยอด (ไอวีลีก) ของสหรัฐ นายแพทย์จิมยองคิม ได้กล่าวถึงระบบบัตรทองของไทยถึง 3 วาระ ดังนี้

ในที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก ที่กรุงเจนีวา สวิตเซอร์แลนด์ นายแพทย์จิมยองคิม ได้กล่าว สุนทรพจน์ในหัวข้อ “ความยากจน สุขภาพ และอนาคตมนุษย์” เมื่อวันที่ 21 พฤษภาคม 2556 กล่าวถึงระบบบัตรทองของไทย ดังนี้

> *“การปฏิรูปหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย เริ่มตั้งแต่ พ.ศ. 2544 โครงการดังกล่าวสามารถเพิ่มการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพอย่างชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่แต่เดิมไม่มีหลักประกัน และเมื่อถึงปี 2552 โครงการได้ลดจำนวนประชาชนคนไทยที่ทุกข์ยากจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ที่ทำให้ถึงขั้นล้มละลายลงไปแล้วกว่า 3 แสนคน”*
>
> *“และผมขอชื่นชมประเทศไทยที่เริ่มโครงการนี้ แม้จะมีข้อห่วงใยในเรื่องความยั่งยืนทางการเงินที่หยิบยกขึ้นมาโดยสถาบันของผมเอง คือ ธนาคารโลก ผู้นำด้านสาธารณสุขของประเทศไทยมีความมุ่งมั่นอย่างกล้าหาญที่จะขยายการครอบคลุมหลักประกันแก่ประชากรทั้งประเทศ ทุกวันนี้โลกกำลังเรียนรู้จากตัวอย่างของประเทศไทย”*

นายแพทย์จิมยองคิม กล่าวเช่นนี้ เพราะเมื่อประเทศไทยตัดสินใจที่จะดำเนินนโยบายนี้ เมื่อ พ.ศ. 2544 ธนาคารโลกเป็นองค์กรที่ออกมาส่งเสียงคัดค้าน

ต่อมาในการประชุมเรื่อง หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่กรุงโตเกียว ประเทศญี่ปุ่น เมื่อวันที่ 6 ธันวาคม 2556 ซึ่งเป็นการประชุมที่จัดโดยรัฐบาลญี่ปุ่นร่วมกับธนาคารโลก ในวาระเฉลิมฉลองครบรอบ 50 ปี ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของญี่ปุ่น นายแพทย์จิมยองคิมได้กล่าว

สุนทรพจน์ถึงระบบบัตรทองของประเทศไทย ดังนี้

“ประเทศไทยได้มุ่งเน้นที่การสร้างความเข้มแข็งของกำลังคนด้านสุขภาพ โดยการผลักดันเพื่อการปฏิรูปของเครือข่ายของแพทย์ชนบท นอกจากการเพิ่มจำนวนแพทย์และพยาบาล ยังมีการเพิ่มเงินเดือนและระบบจูงใจต่าง ๆ เพื่อดึงดูดให้บุคลากรเหล่านี้ทำงานอยู่ได้ในชนบท ผลจากการเพิ่มจำนวนกำลังคนด้านสุขภาพและปัจจัยอื่น ๆ ทำให้มีการปรับปรุงบริการสุขภาพที่จำเป็นต่าง ๆ ตั้งแต่เริ่มโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อุบัติการณ์ของภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพก็มีแนวโน้มลดลง ทั้งนี้ นิยามของภาวะล้มละลายดังกล่าวคือการที่ประชาชนต้องจ่ายเงินจากกระเป๋าเกินกว่าร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายในครัวเรือน อุบัติการณ์ดังกล่าวในกลุ่มประชากรที่ยากจนที่สุด ลดลงจากร้อยละ 6.8 ในปี 2539 เหลือเพียงร้อยละ 2.8 ในปี 2551 ผลกระทบดังกล่าวเห็นได้ชัดเจนในจังหวัดยากจนที่สุดในภาคอีสาน จำนวนครัวเรือนยากจนลดลงจากร้อยละ 3.4 ในปี 2539 เหลือต่ำกว่าร้อยละ 1.3 ในช่วงปี 2549-2552”

ในการประชุมเรื่อง มุ่งสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเมื่อ 2573 ที่กรุงวอชิงตัน ดีซี สหรัฐอเมริกา เมื่อ วันที่ 11 เมษายน 2557 นายแพทย์จิมยองคิม ได้กล่าวถึงประเทศไทยอีกครั้งหนึ่ง ดังนี้

“ประเทศอย่างญี่ปุ่น ไทย และตุรกี ได้แสดงให้เห็นถึงพันธสัญญาที่จะให้ประชาชนของตนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และยังมีประเทศอื่น ๆ ดำเนินตามเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ อย่าง เมียนมา ไนจีเรีย เปรู เซเนกัล

เคนยา แอฟริกาใต้ และฟิลิปปินส์ ซึ่งต่างให้ความสำคัญกับเรื่องนี้สูงสุด ประเทศเหล่านี้ต่างระดมทรัพยากรมุ่งสู่การปฏิรูป เพื่อเปลี่ยนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากสโลแกนสู่ความเป็นจริง”



บทสรุป

บทที่ 20

บทสรุป

บทความนี้เขียนขึ้นเพื่อตอบสนองที่ท่านนายกรัฐมนตรี พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา วิจารณ์ระบบบัตรทองว่า ไม่มีใครเขาทำกัน ประเทศไทยไม่พร้อม เป็นประชานิยม ซึ่งผมสรุปตั้งแต่ต้นว่า เป็นคำวิจารณ์ที่ผิดทุกข้อ และได้อธิบายเหตุผลมายืดยาวพอสมควร ขอสรุปโดยสังเขปดังนี้

ข้อแรก ที่ว่า ไม่มีใครเขาทำกัน ก็ชัดเจนแล้วว่าเรื่องนี้เป็นความฝันของมนุษยชาติมานาน และปัจจุบันประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกมีถึง 75 ประเทศ ที่มีกฎหมายกำหนดพันธกรณีที่จะสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้แก่ประชาชน โดยมี 58 ประเทศที่สามารถทำได้ครอบคลุมเกินกว่าร้อยละ 90 แล้ว รวมทั้งประเทศไทย

เหตุผลสำคัญที่ต้องทำ เพราะการเจ็บไข้ได้ป่วยเป็นปัญหาของประชาชนทุกคน รัฐต้องดูแลประชาชนในเรื่องนี้ โดยแต่แรก มีเหตุผลสำคัญเพื่อสร้างความเป็นปึกแผ่นของชาติ (Solidarity) และป้องกันมิให้ประชาชนลุกฮือขึ้นโค่นล้มรัฐบาลที่ไม่เอาใจใส่ทุกข์สุขของประชาชน

ข้อสอง เรื่องความพร้อม ประเทศแรก ๆ ที่เริ่มทำเรื่องนี้อย่างเป็นรูปธรรมคือ เยอรมนี โดยผู้นำคนสำคัญคือ บิสมาร์ค ที่ทำเรื่องนี้ในช่วงการ

รวมชาติ ในเอเชียประเทศแรก ๆ ที่สนใจลงมือทำคือ ญี่ปุ่นในยุคปฏิรูปเมจิ และทำสำเร็จครอบคลุมประชาชนถ้วนหน้าเมื่อ พ.ศ. 2504 หลังความพินาศย่อยยับจากการพ่ายแพ้สงครามโลกครั้งที่ 2 เพียง 16 ปี ซึ่งเป็นปีเดียวกับที่ประเทศไทยเริ่มแผนพัฒนาเศรษฐกิจฉบับแรก

ในยุโรป ประเทศที่สามารถสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้สำเร็จเป็นประเทศแรก คือ อังกฤษ ซึ่งตัดสินใจทำเรื่องนี้ ตั้งแต่ช่วงปลายสงครามโลกครั้งที่สอง และทำสำเร็จในปี พ.ศ. 2491 หลังจากความพินาศย่อยยับจากสงครามโลกครั้งที่ 2 มาได้เพียง 3 ปีเท่านั้น

ประเทศไทยเริ่มทำเรื่องนี้ใกล้เคียงกับญี่ปุ่น โดยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว พระปิยะมหาราช เจ้าของปวงชนชาวไทย โดยเริ่มจากการสร้างโรงพยาบาลศิริราช เพื่อแก้ “ทุกข์ยาก” ของราษฎร เมื่อ พ.ศ. 2429 และเปิดดำเนินการเมื่อ พ.ศ. 2431

หลังการเปลี่ยนแปลงการปกครอง จอมพล ป. พิบูลสงคราม เริ่มให้ความสำคัญของการสาธารณสุขอย่างจริงจัง เมื่อ พ.ศ. 2485 ซึ่งเป็นช่วงมหาสงครามโลกครั้งที่ 2 โดยการตั้งกระทรวงสาธารณสุข และเริ่มการสร้างโรงพยาบาลระดับจังหวัดขึ้นทั่วประเทศ

ต่อมาในรัฐบาล ม.ร.ว. คึกฤทธิ์ ปราโมช ได้ประกาศนโยบายสร้างโรงพยาบาลอำเภอให้ครบทุกอำเภอ และเริ่มนโยบายรักษาฟรีโดยการจัดสรรงบประมาณอย่างเป็นกอบเป็นกำเพื่อสงเคราะห์ประชาชนในเรื่องการรักษาพยาบาล การประกาศนโยบายดังกล่าวเกิดขึ้นในยุคสงครามเย็นที่ประเทศในอินโดจีนทุกประเทศกำลังพ่ายแพ้แก่คอมมูนิสต์ ในปี 2518 และประเทศไทยกำลังอยู่ในภาวะหน้าสิ่วหน้าขวานตามทฤษฎีโดมิโนของนายจอห์น ฟอสเตอร์ ดัลเลส รัฐมนตรีต่างประเทศสหรัฐในสมัยประธานาธิบดีไอเซนฮาวร์

การสร้างโรงพยาบาลชุมชนครบทุกอำเภอ รวมทั้งการสร้างสถานีอนามัย ซึ่งปัจจุบันคือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จนครบ

ทุกตำบล เกิดจากวิสัยทัศน์อันยอดเยี่ยมและความกล้าหาญของรัฐบาล พลเอกเปรม ติณสูลานนท์ ที่เริ่มทศวรรษการพัฒนาชนบทเพื่อสร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำ โดยการตัดสินใจดำเนินการขณะประเทศประสบภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ต้องลดค่าเงินบาท ต้องกู้เงินจากไอเอมเอฟ ต้องมีวินัยทางการคลังอย่างเข้มงวด พลเอกเปรมมุ่งสร้างโรงพยาบาลให้ครบทุกอำเภอ และสร้างสถานีอนามัยให้ครบทุกตำบลจนสำเร็จ เพราะได้ใช้ความกล้าหาญชะลอการขยายโรงพยาบาลในกรุงเทพฯ และเมืองใหญ่เป็นเวลาถึง 5 ปี

จะเห็นว่าประเทศไทยไม่รอจนร่ำรวยแล้ว จึงลงทุนทางด้านสุขภาพ เพราะมีปรัชญา และวิสัยทัศน์อันถูกต้องว่าการลงทุนทางสุขภาพเป็นการลงทุนเพื่อสร้างความมั่นคง และความเป็นปึกแผ่นของประเทศทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม การลงทุนทางสุขภาพอย่างฉลาด จึงไม่ต้องรอให้ร่ำรวยเสียก่อน ความร่ำรวยมิใช่ปัจจัยความพร้อม ตรงกันข้ามประเทศที่ร่ำรวย แต่ดำเนินนโยบายไม่ถูกต้อง กลับไม่สามารถสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้แก่ประชาชนในชาติได้อย่างสหรัฐอเมริกา เป็นต้น

และเมื่อ พ.ศ. 2533 รัฐบาล พล อ.ชาติชาย ชุณหะวัณ เจ้าของสโลแกน “เปลี่ยนสนามรบเป็นสนามการค้า” ก็ได้เริ่มระบบประกันสังคม หลังจากที่ริเริ่มครั้งแรกตั้งแต่ พ.ศ. 2499 แต่ล้มเหลว ระบบประกันสังคมนอกจากทำให้แรงงานในระบบมีหลักประกันด้านสุขภาพแล้ว ยังริเริ่มการปฏิรูประบบการเงินการคลังครั้งสำคัญ คือ การใช้ระบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) แทนระบบการจ่ายตามการให้บริการ (Fee-For-Service) ซึ่งใช้อยู่แต่เดิมในสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ที่ทำให้ค่าใช้จ่ายแพงมาก ระบบเหมาจ่ายรายหัวทำให้ควบคุมค่าใช้จ่ายได้ และทำให้กองทุนประกันสังคมในส่วนนี้มีเงินเหลือในปัจจุบันกว่าแสนล้าน โดยหากใช้ระบบจ่ายตามการให้บริการ นอกจากผู้ประกันตนจะได้สิทธิประโยชน์อย่างจำกัดแล้ว ค่าใช้จ่ายจะบานปลาย นอกจากจะไม่มีเงินเหลือแล้ว ยังมีโอกาสสูงที่

จะต้องหักค่าจ้างจ่ายสมทบเพิ่มขึ้นด้วย

ก่อนเริ่มระบบบัตรทองนั้น ประเทศไทยนอกจากสร้างโครงสร้างพื้นฐานด้านสาธารณสุขจนทั่วถึงแล้ว ยังสร้างหลักประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนครอบคลุมแล้วถึง 79% ระบบบัตรทองคือการเติมเต็มอีกเพียง 21% และนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ก็คำนวณแล้วว่า เพิ่มเงินอีกเพียง 1 หมื่นล้านก็สามารถครอบคลุมหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ และก็ทำได้จริงๆ แม้เวลานั้นประเทศไทยเพิ่งประสบวิกฤตเศรษฐกิจครั้งใหญ่เมื่อ พ.ศ. 2540 มาได้เพียง 4 ปี

ความสำเร็จของระบบบัตรทอง เกิดจากการปฏิรูปสำคัญ 3 ด้าน

ประการแรก การปฏิรูปด้านการเงินการคลัง ได้ปฏิรูปในเรื่องสำคัญ 2 เรื่อง คือ

(1) การปฏิรูปการจัดสรรงบประมาณโดยผูกกับจำนวนประชากรในแต่ละท้องที่ แทนการจัดสรรให้ตามขนาดสถานบริการสาธารณสุขอย่างแต่ก่อนทำให้สามารถแก้ปัญหา “ไหใหญ่ล้น ไหน้อยบ่เต็ม” ลงได้มาก ประชาชนในภาคอีสาน ซึ่งเคยมีโรงพยาบาลน้อยที่สุด มีแพทย์น้อยที่สุด ได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้นเป็นกอบเป็นกำ

(2) การใช้งบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเริ่มระบบการหักเงินเดือนออกจากค่าเหมาจ่ายรายหัว เป็นการ “ก้าวกระโดด” จากระบบประกันสังคม ซึ่งเริ่มระบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) แต่ไม่มีการหักเงินเดือน ทำให้โรงพยาบาลได้กำไรมาก จึงยังมีประสิทธิภาพต่ำ ถึงปี 2545 ค่าเหมาจ่ายรายหัวของประกันสังคมเพิ่มเป็น 1,100 บาท บวกค่า “ภาระเสี่ยง” อีก 150 บาท รวมเป็น 1,250 บาท แต่ระบบบัตรทอง เริ่มใช้งบประมาณเหมาจ่ายรายหัวเพียง 1,202.40 บาท เมื่อหักเงินเดือนแล้วเหลือเพียง 613.50 บาท แต่ครอบคลุมสิทธิประโยชน์มากกว่าประกันสังคม

ถึง 5 อย่าง คือ 1) การเจ็บป่วยทั้งนอกและในงาน 2) ค่าคลอด 3) ทันตกรรม 4) ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 5) ค่าเสียหายเบื้องต้น ตามมาตรา 41 หลังจากนั้นมีการควบคุมค่าใช้จ่าย เพิ่มอัตราเหมาจ่ายรายหัวอย่างช้า ๆ ระบบบัตรทองจึงมี “ประสิทธิภาพ” สูงสุด ไม่ต้องพูดถึงสวัสดิการข้าราชการที่แพงกว่าถึง 6.7 เท่า

ประการที่สอง การปฏิรูประบบบริการ ได้ปฏิรูปในเรื่องสำคัญ 7 เรื่อง คือ

(1) เปลี่ยนจากปรัชญาการรักษาคนไข้ “อนาถา” และ “การสงเคราะห์” เป็นสิทธิของประชาชน สอดคล้องกับที่รับรองไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ซึ่งบังคับใช้ในขณะนั้น และต่อมารับรองโดยรัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. 2550 และเชื่อว่ารัฐธรรมนูญฉบับต่อไปก็จะต้องรับรองสิทธิดังกล่าวไว้เช่นกัน

(2) เมื่อเริ่มระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและประกันสังคม ยังมุ่งทำเฉพาะเรื่องการรักษาพยาบาลเท่านั้น ระบบบัตรทอง ริเริ่มการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคขึ้นเป็นครั้งแรก โดยให้ครอบคลุมอยู่ในค่าเหมาจ่ายรายหัวที่เสนอขอใช้อย่างประหยัดที่สุด และสามารถทำได้ดีจนปัจจุบันประกันสังคมก็แก้ไขกฎหมาย เมื่อ พ.ศ. 2558 ให้ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วยแล้ว

(3) มีการเพิ่มขยายสิทธิประโยชน์ให้แก่ประชาชนโดยลำดับ จากการรักษาพยาบาลพื้นฐาน ซึ่งครอบคลุมมากกว่าประกันสังคมเป็นอันมาก เพิ่มการให้สิทธิการเข้าถึงยาของผู้ป่วยเอดส์ และสร้างระบบให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการรักษาที่ใช้เทคโนโลยีสูง ราคาแพงอย่างต่อเนื่อง เช่น มะเร็ง โรคหัวใจ ธาลัสซีเมีย โรคเลือดออกง่ายและหยุดยาก คือ ฮีโมฟีเลีย ยาละลายลิ่มเลือดที่อุดตันหลอดเลือดหัวใจ ครอบคลุมแม้แต่การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และการผ่าตัดเปลี่ยนตับในเด็ก ซึ่งนอกจากจะช่วยชีวิตผู้ป่วย

แล้วยังช่วยรักษาศักยภาพของประเทศในเรื่องดังกล่าวไว้ รวมทั้งช่วยพัฒนาระบบการบริจาคอวัยวะด้วย การล้างไตในผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย ก็มีการสร้างหลักประกันและพัฒนาระบบการรักษาโดยการล้างไตทางช่องท้องได้เองที่บ้าน เพื่อเพิ่มความสะดวกและคุณภาพชีวิตของประชาชนด้วย

การขยายสิทธิประโยชน์เหล่านี้ มีการศึกษาวิจัยอย่างรอบคอบถึงผลประโยชน์ ความคุ้มค่า และภาระด้านการเงินการคลัง โดยมีขั้นตอนการพิจารณาหลายขั้นตอน ไม่มุ่งเพื่อ “ประชานิยม” แต่อย่างใด

(4) การพัฒนาระบบการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ คือ สายด่วน 1330 ซึ่งมีคุณภาพและประสิทธิภาพสูงยิ่ง สามารถให้บริการได้ทุกวันตลอด 24 ชั่วโมง ขณะที่สวัสดิการข้าราชการไม่เคยคิดทำ และประกันสังคมซึ่งมีเรื่องราวที่ผู้ประกันตนต้องปรึกษาหารือมากมาย นอกเหนือจากเรื่องการรักษาพยาบาล แต่ให้บริการเฉพาะวันราชการ โดยมีการให้บริการนอกเวลาราชการด้วย แต่ก็ไม่ครอบคลุมทั้ง 24 ชั่วโมง

(5) การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินขึ้นจนสำเร็จ และขยายการครอบคลุมไปถึงสวัสดิการข้าราชการ ประกันสังคม และประชากรกลุ่มอื่น ๆ ทั้งหมด โดยเริ่มจากเงินที่มีอยู่น้อยนิด

(6) การเปิดรับฟังความคิดเห็นจากทั้งประชาชนและผู้ให้บริการอย่างจริงจัง เป็นประจำทุกปี และนำข้อคิดเห็นต่าง ๆ มาพัฒนาอย่างเป็นระบบ

(7) การช่วยเหลือ “เบื้องต้น” แก่ผู้เสียหายจากการรับบริการตามมาตรา 41 สามารถบรรเทาความเดือดร้อนให้แก่ประชาชน ได้อย่างรวดเร็ว โดยใช้เวลาพิจารณาราว 1-2 เดือน เท่านั้น แทนการที่ประชาชนต้องไปฟ้องร้อง ซึ่งต้องใช้เวลายาวนานแรมปี บางคดีกว่า 10 ปี มาตรการดังกล่าวช่วยลดความบาดหมางระหว่างประชาชน และผู้ให้บริการลงได้มาก

ประการที่สาม การปฏิรูประบบบริหาร ได้ปฏิรูปในเรื่องสำคัญ 5 เรื่อง คือ

(1) การสร้าง “นวัตกรรมทางการบริหาร” คือการตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทำหน้าที่เป็นตัวแทนของประชาชนในการดูแลให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของกฎหมาย คือ ให้บรรลุเป้าหมายสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1) ใช้งบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ (Efficiency) 2) ให้บริการอย่างมีคุณภาพ (Quality) และ 3) สร้างความเท่าเทียมให้แก่ประชาชน (Equity)

เมื่อเริ่มโครงการ “รักษาฟรี” ในสมัย ม.ร.ว.คึกฤทธิ์ ปราโมช ได้จัดสรรงบประมาณก้อนใหญ่ให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้บริหาร กระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่สำคัญในการพัฒนาระบบบริการ และงานอื่น ๆ มากมาย จึงไม่สามารถให้ความสนใจกับการดูแลประชาชนได้ดีเท่าที่ควร งบประมาณที่จัดสรรตามขนาดของบริการ ยิ่งเพิ่มความไม่เท่าเทียม ไม่สามารถบริหารงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ และไม่สามารถใช้กลไกทางการเงินเพื่อเพิ่มคุณภาพของการบริการ

ตลอดระยะเวลาหนึ่งทศวรรษเศษ สปสช. สามารถตอบโจทย์ทั้ง 3 ข้อ คือ ประสิทธิภาพ คุณภาพ และเท่าเทียม ได้ดี โดยใช้งบประมาณด้านบริหารต่ำมาก โดยปัจจุบันใช้เงินไม่ถึงร้อยละ 1 ของกองทุน

(2) การเปลี่ยนจากการบริหารในระบบ “ราชการ” ไปเป็น “องค์การมหาชน” มีตัวแทนผู้มีส่วนได้เสียทุกภาคส่วนประกอบขึ้นเป็นคณะกรรมการ 2 ชุด คือ คณะกรรมการบริหาร และคณะกรรมการด้านคุณภาพ ทำให้สามารถสร้างธรรมาภิบาลของระบบได้ดีกว่าระบบราชการมาก ในทุกองค์ประกอบของระบบธรรมาภิบาล คือ

(1) เกิดประโยชน์สุขของประชาชน

(2) เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจของรัฐ

(3) มีประสิทธิภาพและเกิดความคุ้มค่าในเชิงภารกิจของรัฐ
(4) ไม่มีขั้นตอนการปฏิบัติงานเกินความจำเป็น
(5) มีการปรับปรุงภารกิจของส่วนราชการให้ทันต่อสถานการณ์
(6) ประชาชนได้รับการอำนวยความสะดวกและได้รับการตอบสนองความต้องการ
(7) มีการประเมินผลการปฏิบัติราชการอย่างสม่ำเสมอ

น่ายินดีที่แม้ในหลายช่วงเวลาจะมีความพยายามของระบบการเมืองสามานย์ที่เข้ามาทำลายระบบ ทั้งเพื่อผลประโยชน์แอบแฝง และเพื่อ “หาเสียง” ในลักษณะ “ประชานิยมไร้เดียงสา” แต่ก็มีการต่อสู้คัดค้านโดยเฉพาะจากกรรมการ จากภาคประชาชน และผู้ทรงคุณวุฒิ ทำให้ยังรักษาระบบที่ดีไว้ได้โดยพื้นฐาน

(3) ระหว่างร่าง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีความพยายามจะรวมระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ประกันสังคม และสวัสดิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เข้ามาไว้ในระบบเดียวกัน แต่ไม่สำเร็จ แต่ได้เปิดช่องทางไว้ให้มีการรวมระบบในอนาคต เมื่อพร้อม น่ายินดี ในส่วนของ อปท. ได้เข้ามารวมอยู่ในระบบบัตรทองแล้วใน “ขั้นตอนแรก” คือ เข้ามาอยู่ภายใต้ระบบบริหารของ สปสช. แต่สิทธิประโยชน์ยังคงไว้ตามเดิม แม้กระนั้น สปสช. ก็สามารถบริหารได้อย่างดียิ่ง สามารถลดค่าใช้จ่ายจากปีละ 6 พันล้าน ลงเหลือเพียง 4 พันล้าน และสามารถลดปัญหา อปท.ขนาดเล็ก เสี่ยงต่อภาวะล้มละลาย จากการไม่สามารถแบกรับค่ารักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูงลงได้โดยพื้นฐาน โดยสามารถลดค่าใช้จ่ายในการบริหารลงได้ด้วย

(4) เป็นครั้งแรก ที่มีการให้ความสำคัญขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และภาคประชาสังคมให้เข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารและ

การให้บริการ โดยตราไว้ในกฎหมาย และรัฐบาลพรรคประชาธิปัตย์สมัยที่คุณจุรินทร์ ลักษณวิศิษฐ์ เป็นรัฐมนตรีสาธารณสุข ได้ให้ความสำคัญในเรื่องนี้ จนทำให้การจัดตั้งกองทุนสุขภาพท้องถิ่นเพิ่มขึ้นทั่วประเทศกว่า 7,800 แห่ง โดยเจียดงบประมาณจากกองทุน ให้ อปท. ร่วมสมทบ โดยสมัครใจในอัตราที่กำหนด และให้ อปท.ร่วมกับภาคประชาชนทำงานโดยเฉพาะด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่ได้อย่างกว้างขวาง

(5) ผลของการบริหารของ สปสช. ที่สามารถเพิ่มสิทธิประโยชน์ให้แก่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และรวดเร็ว ก่ออานิสงส์แก่อีก 2 กองทุนที่เหลือ คือ 1) ประกันสังคม ต้องมีการปรับปรุงระบบบริการ เพิ่มสิทธิประโยชน์แก่ผู้ประกันตน มิให้ “น้อยหน้า” กว่าบัตรทอง รวมทั้งมีการแก้ไขกฎหมายให้ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้เสียหายตามมาตรา 41 ให้แก่ผู้ประกันตนด้วย 2) สวัสดิการข้าราชการ มีการนำระบบการควบคุมการเบิกจ่ายตามกลุ่มการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group: DRG) ไปใช้ ทำให้สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายให้อยู่ในวงเงินไม่เกิน 6 หมื่นล้านมาได้ในช่วงหนึ่งแล้ว

อย่างไรก็ดี หวังว่าประกันสังคมจะไม่ “อุ้มกระเตง” งานนี้โดยการบริหารที่มีทั้งคุณภาพและประสิทธิภาพต่ำกว่าต่อไป และระบบสวัสดิการข้าราชการก็จะมีการปฏิรูปแทนการทำงานอย่างมะงุมมะงาหราด้วยการตั้งรับและรอให้มีการมาล็อบบี้เป็นระยะ ๆ ต่อไปเรื่อย ๆ จนค่าใช้จ่ายบานปลายใกล้เจ็ดหมื่นล้านแล้ว

โดยสรุป ระบบบัตรทองเป็นความฝันของรัฐบาลถึง 75 ประเทศทั่วโลก และ 58 ประเทศ สามารถสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากกว่าร้อยละ 90 แล้ว ระบบบัตรทองคือสวัสดิการสังคม มิใช่ประชานิยม และประเทศไทยได้ทำมาอย่างต่อเนื่อง ยาวนาน ประเทศไทยจึง

ยิ่งกว่าพร้อม และความสำเร็จของประเทศไทย ได้รับการชื่นชมจากผู้นำ ระดับโลกจำนวนมาก ทั้งนักวิชาการรางวัลโนเบลอย่างอมตะ เสน ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก เลขาธิการสหประชาชาติ และ ประธานธนาคารโลก



มองไปในอนาคต

บทที่ 21

อนาคตระบบบัตรทอง

เรื่องต่อไปที่จะกล่าวถึง คือ ปัญหาในอนาคตของระบบบัตรทอง และทางออก

ปัญหาในอนาคตของบัตรทอง มี 2 เรื่องใหญ่ ๆ คือ

1) ปัญหาการเงินการคลัง และความยั่งยืนของระบบ

2) ปัญหาของระบบบริการ

จะขอกล่าวถึงเรื่องที่ 2 ก่อน

ปัญหาใหญ่ของระบบบริการมี 2 เรื่อง คือ ปัญหาเรื่อง ปริมาณ หรือ ความเพียงพอของการบริการ และปัญหาเรื่องคุณภาพของบริการ

ประเทศไทยมีการพัฒนาทั้งเรื่องปริมาณ และคุณภาพมาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขเป็นทั้งผู้แก้ปัญหาและสร้างปัญหา

ขอพูดถึงเรื่องคุณภาพก่อน

เคยมีการนำระบบ “มาตรฐานคุณภาพ” ขององค์กรคุณภาพสากล (International Standard Organization: ISO) เข้ามาใช้ และหลายแห่งก็ยังใช้อยู่ ก็ช่วยได้พอสมควร

แต่ที่ทำได้ดี คือ ระบบรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hostipal Accreditation: HA)

ผมเคยเขียนเรื่องนี้ไว้โดยสังเขป เป็นบทความ 2 ตอน ขอคัดมาเผยแพร่อีกครั้งหนึ่ง ดังนี้

การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

แนวคิด และวิธีการเรื่องการพัฒนาคุณภาพเริ่มในโลกตะวันตก บุคคลสำคัญท่านหนึ่งที่มีชื่อเสียงเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางทั้งในโลกตะวันตกและโลกตะวันออกคือ ดร.เดมิง เจ้าของ "วงจรเดมิง" (Deming Cycle) คือ พีดีซีเอ [PDCA คือ Plan (การวางแผน) Do (ลงมือทำ) Check (ตรวจสอบ) Action (แก้ไข)] หลังสงครามโลกครั้งที่สอง ในการฟื้นฟูบูรณะประเทศของญี่ปุ่น ได้เริ่มให้ความสนใจเรื่องการพัฒนาคุณภาพ โดยเมื่อ พ.ศ. 2493 สหภาพนักวิทยาศาสตร์และวิศวกรญี่ปุ่น (Japanese Union of Scientists and Engineers-JUSE) ได้เชิญ ดร.เดมิงไปบรรยายให้คนญี่ปุ่นฟังอย่างกว้างขวาง ทั้งในห้องประชุมและถ่ายทอดสดทางวิทยุกระจายเสียงไปทั่วประเทศ ทำให้เกิดการตื่นตัวเรื่องคุณภาพกันอย่างขนานใหญ่ เล่ากันว่านอกจากการ "พลิก" แนวคิดเรื่องคุณภาพให้เป็นการพัฒนาระบบการบริหารจัดการทั้งระบบของ ดร.เดมิงแล้ว เหตุเพราะภาษาอังกฤษของคนญี่ปุ่นมีปัญหาคล้ายคลึงกับคนไทย คือ ฟังฝรั่ง "เกือบรู้เรื่อง" แต่กลับก่อผลดีให้แก่ญี่ปุ่นอย่างมาก นั่นคือ ความสนใจเรื่องการพัฒนาคุณภาพ แต่ก่อนมุ่งเน้นที่คุณภาพของผลิตภัณฑ์ (Product Quality) แต่เพราะฟังฝรั่งบรรยาย

“เกือบรู้เรื่อง” ทำให้คนญี่ปุ่นให้ความสนใจเรื่องคุณภาพทั้งระบบ คือ ทั้งเรื่องปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต ซึ่งต่อมามีการพัฒนามาเป็นการพัฒนาคุณภาพทั้งระบบ (Total Quality Control หรือ TQC) และเกิดวงจรคุณภาพ (Quality Control Circle หรือ QCC) ที่เป็นที่รู้จักกันดีอย่างกว้างขวาง รวมทั้งในประเทศไทย

ในวงการสาธารณสุข เมื่อ 3-4 ทศวรรษที่ผ่านมา มีการตื่นตัวเรื่องการพัฒนาคุณภาพโดยเฉพาะในสถานบริการ คือ โรงพยาบาลต่าง ๆ มีการพัฒนาระบบบริหารโดยการนำเทคนิคต่าง ๆ มาใช้หลายเทคนิค เช่น เทคนิคการพัฒนาองค์กร (Organization Development หรือ OD) การบริหารโดยยึดวัตถุประสงค์เป็นหลัก (Management By Objectives หรือ MBO) “การปฏิสังขรณ์องค์กรของรัฐ” (Reinventing Government) และ “การรื้อปรับระบบ” (Re-engineering) เป็นต้น โดยเฉพาะเรื่องการรื้อปรับระบบ เคยมีการเชิญคุณบัณฑูร ล่ำซำ ผู้บริหารที่โดดเด่นของธนาคารกสิกรไทยไปบรรยายสะกดชาวสาธารณสุขมาแล้วในการประชุมใหญ่ของกระทรวงสาธารณสุข ที่จังหวัดขอนแก่น

ในส่วนของการ “พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล” โดยตรง ผู้บริหารรุ่นแรก ๆ ที่กล่าวถึงเรื่องนี้คือนายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช ที่พยายามจะ “ติดดาว” โรงพยาบาลเหมือนวิธีการติดดาวของโรงแรมต่าง ๆ แต่ระบบโรงพยาบาลมีความซับซ้อนมากกว่าโรงแรมมาก และจุดเน้นต้องไม่ใช่เพื่อการพาณิชย์เป็นหลัก แนวคิดและวิธีการติดดาวของโรงพยาบาลจึงไม่มีการขานรับและเงียบ

หายไป แต่ความพยายามในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลยังมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดยมีการศึกษามาตรการคุณภาพต่าง ๆ เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ เช่น เรื่องการประกันคุณภาพ (Quality Assurance หรือ QA) การรับรองคุณภาพ (Quality Accreditation ตัวย่อว่า QA เหมือนกัน) และการปรับปรุงคุณภาพ (Quality Improvement หรือ QI) รวมทั้งเรื่องการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement หรือ CQI) เป็นต้น แต่ยังไม่มีความคืบหน้าเป็นชิ้นเป็นอันมากนัก

สิ่งที่เข้ามามีบทบาทอย่างเป็นรูปธรรมในเวลาต่อมาคือ ระบบ "ไอโซ" (ISO หรือ International Standard Organization) ซึ่งเริ่มเข้ามาทางด้านอุตสาหกรรมก่อนจะขยายแวดวงเข้ามาสู่ระบบบริการที่รวมทั้งระบบบริการของโรงพยาบาลด้วย โรงพยาบาลหลายแห่งโดยเฉพาะภาคเอกชนเริ่มให้ความสนใจในการพัฒนาคุณภาพตามระบบของ ISO เพื่อผลการสร้างความมั่นใจแก่ประชาชนให้เลือกไปใช้บริการ

เมื่อเกิดระบบประกันสังคมขึ้นในปี พ.ศ. 2533 เริ่มมีการให้ความสำคัญกับการกำหนด "มาตรฐาน" โรงพยาบาลขึ้น เพื่อให้มีสิทธิที่จะรับผู้ป่วยในระบบประกันสังคม ในระยะแรกคณะกรรมการการแพทย์กำหนดเกณฑ์มาตรฐานไว้เพียงคร่าว ๆ เพื่อให้ระบบเริ่มทำงานได้ โดยกำหนดมาตรฐานว่าต้องเป็นโรงพยาบาลขนาด 100 เตียงขึ้นไป มีระบบการให้บริการทั้งอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ และบุคลากรกำหนดไว้เป็นเกณฑ์กว้าง ๆ หลังจากเปิดให้บริการแก่ผู้ประกันตนเมื่อเดือนมิถุนายน

พ.ศ. 2534 ก็เริ่มมีปัญหาเรื่อง "คุณภาพ" บริการ จาก "เสียงบ่น" และการร้องเรียน (Complaints) ของผู้ประกันตน จึงเริ่มมีการให้ความสนใจเรื่องการพัฒนาคุณภาพ โดยระบบแรกที่มีการกล่าวถึงคือระบบการรับรองโรงพยาบาลในสหรัฐโดย "คณะกรรมการร่วมเพื่อรับรององค์กรการให้บริการสุขภาพ" (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization หรือ JCAHO) แต่ก็ไม่มีการดำเนินการอย่างจริงจังแต่อย่างใด

ขณะเดียวกัน มีการแก้ไขพระราชบัญญัติสถานพยาบาลเป็นฉบับ พ.ศ. 2541 หลังจากนั้นได้มีการกำหนด "มาตรฐานสถานพยาบาล" ประเภทและระดับต่าง ๆ อย่างกว้างขวาง

หลังเกิดวิกฤตเศรษฐกิจครั้งใหญ่ใน พ.ศ. 2540 มีการกู้เงินและรับความช่วยเหลือจากแหล่งต่าง ๆ หนึ่งในโครงการนั้นคือโครงการมิยาซาวา กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายให้ใช้ส่วนหนึ่งของเงินกู้นี้ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลโดยการซื้อบริการจากระบบ ISO ซึ่งมีการ "ฮือฮา" กันอยู่พักหนึ่ง แต่ก็ค่อย ๆ จืดจางไป เพราะต้องจ่ายค่าจ้างในอัตราค่อนข้างสูง เจ้าหน้าที่ต้องเรียนรู้และทำงานเพิ่มขึ้น และระบบที่ใช้ก็ไม่ใคร่จะสอดคล้องกับบริบทและวัฒนธรรมในสังคมไทยนัก

แต่น่ายินดีที่ระบบคุณภาพที่พัฒนาขึ้นเองในประเทศกลับก่อรูปและเติบโตอย่างยั่งยืนในเวลาต่อมา คือสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) โดยเริ่มจากการเป็นหน่วยงานในเครือสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ปัจจุบันเปลี่ยนสถานะมาเป็น

องค์การอิสระ ในรูปขององค์การมหาชนในชื่อที่ “หดสั้น” ลงคือ “สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.)” ***เป็นอีกหนึ่งองค์กรในตระกูล ส.***

ว่าด้วย สรพ.

บุคคลที่มีส่วนสำคัญในการสร้างระบบการรับรองโรงพยาบาลจนเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวาง ก่อประโยชน์ให้แก่ทั้งผู้ให้บริการ และประชาชนผู้รับบริการในประเทศไทยได้อย่างมากมาย สมควรจารึกชื่อไว้ คือ นายแพทย์อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

นายแพทย์อนุวัฒน์ จบการศึกษาจากคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ไปปฏิบัติงานชดใช้ทุนครั้งแรกที่โรงพยาบาลสา จังหวัดน่าน ต่อมาได้ศึกษาต่อเป็นผู้เชี่ยวชาญทางศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ และไปปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี นายแพทย์อนุวัฒน์สนใจงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข โดยศึกษาจากตำราเล่มโตที่นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร นำไปมอบให้ และได้นำความรู้ไปใช้งานโดยการไปร่วม เตรียมระบบประกันสังคมกับผู้เชี่ยวชาญจากองค์การแรงงานระหว่างประเทศ คือ อะวิวา รอน (Aviva Ron) และ นพ.สุรเดช วลีอิทธิกุล ต่อมาได้เข้าไปช่วยงานโครงการบัตรสุขภาพที่นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ดูแลอยู่ และได้ทุนจีทีแซด (GTZ) ไปศึกษาด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขที่วิทยาลัยเวชศาสตร์เขตร้อนและสาธารณสุขมหาวิทยาลัยลอนดอน จนได้ปริญญาโทกลับมา ได้มีโอกาสเข้าไปร่วมงานของประกันสังคมโดยเป็นอนุกรรมการในคณะ

อนุกรรมการด้านข้อมูลข่าวสาร

จุดเริ่มต้นสำคัญที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลคือการได้พบกับ ดร.ไก โรแลนด์ (Dr Kai Roland) ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาคุณภาพจากออสเตรเลีย ดร.ไก เป็นลูกศิษย์ของ ดร. เดมิง มีประสบการณ์และเขียนตำราไว้มากมาย ในการไปศึกษาดูงานที่ออสเตรเลียครั้งหนึ่ง นายแพทย์อนุวัฒน์ได้คู่มือและตำราราว 20 เล่ม จาก ดร.ไก นำกลับมาศึกษาอย่างเอาจริงเอาจัง และได้เริ่มโครงการนำร่องในโรงพยาบาล 8 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลสมุทรปราการ โรงพยาบาลสมุทรสาคร โรงพยาบาลบ้านหมี่ โรงพยาบาลโคกสำโรง เป็นต้น โดยเชิญ ดร.ไก มาเป็นวิทยากรหลักด้วย

แม้จะได้ทุ่มเทศึกษาอย่างเป็นระบบ ได้วิทยากรมือดีที่รู้จริงมาทำงานให้ แต่งานก็ไม่คืบหน้าเท่าที่ควร ปัญหาสำคัญ คือ วิธีการดังกล่าวไม่สามารถตอบโจทย์ของโรงพยาบาลในการแก้ปัญหาเรื่องคุณภาพบริการได้อย่างแท้จริง

จนกระทั่งได้พบกับบุคคลสำคัญอีกคนหนึ่ง คือ ดร.โทนี่ เวจเมคเกอร์ (Dr. Tony Wagemakers) จากแคนาดา ดร.โทนี่ เริ่มชีวิตการทำงานจากการเป็นพนักงานเปลในโรงพยาบาล ได้ศึกษาและพัฒนาตนเองจนได้เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลรุ่นแรก ๆ ที่มิใช่แพทย์ และประสบความสำเร็จอย่างมากในการบริหารและพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ปรัชญาสำคัญที่ ดร.โทนี่ "พลิก" ความคิดเรื่องการพัฒนาและรับรองโรงพยาบาล คือ ***ระบบรับรอง***

คุณภาพโรงพยาบาลต้องไม่มุ่งเน้นเรื่องการตรวจสอบ แต่ต้องเป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของคนในองค์กร

นายแพทย์อนุวัฒน์ ได้มีโอกาสไปศึกษาดูงานที่แคนาดา โดยการสนับสนุนจากผู้อำนวยการกองโรงพยาบาลภูมิภาคขณะนั้น คือ พญ.มาลินี สุขเวชชวรกิจ ซึ่งต่อมาเป็นสมาชิกวุฒิสภา และรองผู้ว่า กทม. ฝ่ายสาธารณสุข ความรู้และประสบการณ์ต่าง ๆ ที่บ่มเพาะทำให้ในที่สุดก็สามารถพัฒนาระบบการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจนเป็นรูปธรรม เมื่อนำเสนอต่อ "ผู้ใหญ่" ในวงการสาธารณสุข ทุกคนพากันตื่นเต้น และต่างช่วยหาทางสนับสนุน เช่น นายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ อดีตปลัดกระทรวงและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข แนะนำให้ตั้งเป็นสถาบันลูก ในเครือสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช ผู้อำนวยการสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย หรือ สกว. แนะนำให้ไปเชิญ "ผู้มีบารมี" ที่แท้จริงที่จะช่วยให้งานยาก ๆ เช่นนี้สำเร็จได้ คือ ศ.นพ.จรัส สุวรรณเวลา มาเป็นประธานสถาบัน ซึ่ง ศ.นพ.จรัส ก็รับด้วยความยินดีและได้เข้ามาช่วยผลักดันจนทำให้งานดำเนินมาได้ด้วยดี แน่นอน ศ.นพ.ประเวศ วะสี ก็ให้คำแนะนำและสนับสนุนทั้งเรื่องแนวคิดและแหล่งทุน ในที่สุดงานนี้ก็เริ่มต้นขึ้นได้ โดยทุนสนับสนุนส่วนหนึ่งจาก สกว. และส่วนหนึ่งจาก สวรส.

เริ่มต้นจากทีมงานที่มีกันเพียง 2 คน คือ นพ.อนุวัฒน์ และลูกน้องเพียงคนเดียว งานได้ลงรากปักฐานและเจริญก้าวหน้า จนสามารถ "โบยบิน" (Spin off) จาก สวรส. เป็นองค์การมหาชนตามพระราชกฤษฎีกา ที่

ออกตาม พรบ. องค์การมหาชน เมื่อ พ.ศ. 2552 เป็น "สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล" หรือ สรพ.

ปัจจุบัน สรพ. ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง ทั้งจาก รพ. รัฐ และเอกชน ทุกปีที่ สรพ. จัดประชุมวิชาการ จะมีเจ้าหน้าที่ของ รพ.ทั่วประเทศ ราว 6-7 พันคน สมัครเข้ามาร่วมประชุม โดยแต่ละโรงพยาบาลจะยกทีมกันมา มีการวางแผนล่วงหน้าว่าใครจะฟังห้องไหน และถ่ายภาพการนำเสนอที่เป็นโปสเตอร์นำกลับไปใช้ประโยชน์กันอย่างเต็มที่ หลายทีมมีการประชุม "ทบทวนหลังปฏิบัติงาน" (After Action Review หรือ AAR) เพื่อให้เพื่อนร่วมทีมได้ประโยชน์อย่างเต็มที่ เป็นการประชุมที่ได้ประโยชน์คุ้มค่าอย่างยิ่ง แตกต่างจากการประชุมของหน่วยงานราชการโดยมาก ที่มีผู้เข้าประชุมมากเฉพาะวันแรก วันต่อ ๆ ไป "โหรงเหรง" และสิ่งที่ได้กลับไปไม่ใช่ความรู้ แต่คือ สิ่งของที่นำไปขายกันมากมายหน้าห้องประชุม

นอกจากการประชุมวิชาการประจำปี นายแพทย์อนุวัฒน์ ได้เขียนบทความเรื่องนี้เผยแพร่เป็นประจำในวารสาร Medical Times และ Quality Care จนรวบรวมเป็นเล่มในชื่อ "หวือหวา" ว่า "เลื่อนไหล เลียบเลาะ เจาะลึก" ที่มีคุณค่าอย่างยิ่ง เพราะได้รวบรวมทั้งปรัชญา แนวคิด วิธีการ ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลไว้อย่างลุ่มลึกแต่เรียบง่าย จากคนรู้จริงและจากประสบการณ์จริง

แน่นอนว่า "ทางไปสู่เกียรติศักดิ์ จักประดับด้วยดอกไม้ หอมหวนยวนจิตไซร้ ไป่มี" ตลอดเส้นทางการ

ทำงาน สรพ. ประสบอุปสรรคขวากหนามมากมาย บางปีงบประมาณถูกผู้บริหารระดับรองปลัดกระทรวง “เบี้ยว” เอาไปใช้ในงานอื่นดื้อ ๆ และชื่อสถาบันตามกฎหมายก็ต้องตัดเรื่องการ “พัฒนาคุณภาพ” ออก เพื่อไม่ให้มีปัญหากับบางหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขที่แท้จริงแล้วแทบไม่มีบทบาทในเรื่องการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลแต่อย่างใด

เรื่องคุณภาพจึงควรให้เป็นหน้าที่ของ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล โดยให้มีบทบาทหน้าที่ในการพัฒนาด้วย

บทที่ 22

การพัฒนาระบบบริการ

ปัญหาต่อไปคือเรื่องความไม่เพียงพอของระบบบริการ ญี่ปุ่นพัฒนาเรื่องนี้มาอย่างต่อเนื่องยาวนานตั้งแต่สมัยปฏิรูปเมจิ ปัจจุบันสถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของญี่ปุ่นไม่แออัดเหมือนบ้านเรา ทั้ง ๆ ที่ประชาชนญี่ปุ่นไปใช้บริการมากกว่าเรากว่า 3 เท่า กล่าวคือประชาชนไทยในระบบบัตรทองไปใช้บริการเฉลี่ยปีละ 3.7 ครั้ง เท่านั้น ขณะที่ญี่ปุ่นไปใช้บริการปีละ 12 ครั้ง

สถานบริการในญี่ปุ่นไม่แออัด เพราะญี่ปุ่นลงทุนในเรื่องนี้มากกว่าเรามาก

ประเทศไทยมีสถานพยาบาลในระบบราว 11,000 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลราวพันแห่ง และสถานีอนามัยที่ปัจจุบันเรียกว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอีกราว 10,000 แห่ง ขณะที่ของญี่ปุ่นมีทั้งสิ้นราว 2 แสนแห่ง

ญี่ปุ่นมีแพทย์ พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุขอื่น ๆ มากกว่าเรา 6-10 เท่า ขณะที่ประชากรของญี่ปุ่นมากกว่าเราเกือบ 2 เท่า เท่านั้น

สถานพยาบาลของเราในระบบบัตรทองเป็นภาครัฐราว 90% แต่ของญี่ปุ่นเป็นของเอกชนราว 80%

ระบบของญี่ปุ่น ให้บริการโดยเอกชนเป็นส่วนใหญ่ และใช้ระบบการเบิกจ่ายแบบการจ่ายตามการให้บริการ (Fee-For-Service) จึงต้องมีระบบการควบคุมการตรวจสอบการเบิกจ่ายที่ใหญ่โตมโหฬารมาก ใช้คนราว 15,000 คน

ระบบบัตรทองของเราเป็นระบบเหมาจ่ายรายหัว จึงไม่ต้องสร้างระบบควบคุมตรวจสอบใหญ่โตมโหฬารเหมือนญี่ปุ่น ทำให้ประหยัดค่าใช้จ่ายด้านนี้ได้มาก และระบบบริการของเราร้อยละ 90 เป็นของรัฐ ซึ่งมีข้อดี คือ เป็นองค์กรไม่แสวงหากำไร (Not-for-Profit Organization) จุดอ่อน คือ ขาดประสิทธิภาพ จะต้องแก้ไขให้ตรงจุด นั่นคือ

(1) ต้องยังคงให้เป็นบริการของรัฐเป็นหลักต่อไป

(2) แต่ต้องปรับระบบบริหารให้เป็นแบบเอกชน

พูดง่าย ๆ แบบภาษาวิชาการหน่อย ๆ คือ ต้องไม่ทำ privatization of ownership แต่ต้องทำ privatization of management

คำตอบที่เป็นรูปธรรมคือ ต้องทำระบบบริหารโรงพยาบาลให้เป็นแบบเอกชน ซึ่งมีตัวอย่างที่ทำสำเร็จมาแล้วในรัฐบาลพรรคประชาธิปัตย์ คือให้โรงพยาบาลบ้านแพ้วออกนอกระบบราชการไปบริหารแบบองค์การมหาชน

เสียดายที่เมื่อพรรคประชาธิปัตย์กลับมามีอำนาจอีกรอบหนึ่งในช่วง พ.ศ. 2552-2554 ไม่ยอมทำเรื่องนี้ต่อ

รายละเอียดโดยสังเขปของเรื่องนี้ ผมเคยเขียนไว้แล้ว ขอคัดมาเผยแพร่อีกครั้งหนึ่ง ดังนี้

โรงพยาบาลบ้านแพ้ว

โรงพยาบาลบ้านแพ้ว ปัจจุบันชื่อโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) ซึ่งมิได้ตั้งต้นด้วยตัว ส. เหมือนองค์กรตระกูล ส. อื่น ๆ แต่ถือเป็นหนึ่งในองค์กรตระกูล ส. เพราะเกิดจากความคิดและการผลักดันขององค์กรตระกูล ส. คือ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขหรือ สวรส. โรงพยาบาลบ้านแพ้วเดิมเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง มีสถานะเป็นหน่วยราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข แต่ได้ "ออกนอกกระบบ" ไปเมื่อ พ.ศ. 2543 โดย สวรส. สมัยนั้นใช้ "วิกฤติเป็นโอกาส" จากวิกฤติเศรษฐกิจเมื่อปี พ.ศ. 2540 โดยการเสนอแนวคิดต่อผู้แทนธนาคารเพื่อการพัฒนาแห่งเอเชีย (Asian Development Bank หรือ ADB) ให้เพิ่มประสิทธิภาพโรงพยาบาลของรัฐโดยการให้ออกนอกระบบราชการ โดยในข้อเสนอครั้งนั้น กระทรวงสาธารณสุขเสนอรายชื่อโรงพยาบาลจำนวน 7 แห่งให้พิจารณาดำเนินการ ได้แก่ รพ. สระบุรี รพ.ขอนแก่น รพ.นครพิงค์ จ.เชียงใหม่ รพ.หาดใหญ่ จ.สงขลา รพ.สตูล รพ.สุราษฎร์ธานี และ รพ.บ้านแพ้ว จ.สมุทรสาคร โดยทำเป็นข้อเสนอในลักษณะหนังสือแสดงเจตจำนง (Letter of Intent) เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของพันธกรณีที่รัฐบาลจะรับเงินช่วยเหลือจากธนาคารระหว่างประเทศ แต่หลังวิกฤติเศรษฐกิจผ่านพ้นไปได้ระยะหนึ่งผู้บริหารในกระทรวงสาธารณสุข "เปลี่ยนใจ" ยอม "ตัดใจ" ทำตามข้อเสนอกับโรงพยาบาลขนาดเล็กในสังกัดเพียงแห่งเดียว คือโรงพยาบาลบ้านแพ้ว โดยให้ออกเป็นพระราชกฤษฎีกา จัดตั้งโรงพยาบาลบ้านแพ้วเป็น

องค์การมหาชน เมื่อวันที่ 11 กันยายน พ.ศ. 2543 ทั้งนี้ตามพระราชบัญญัติองค์การมหาชน พ.ศ. 2542

แนวคิดสำคัญของการให้โรงพยาบาลออกจากระบบ ก็เพื่อเตรียมการแก้ปัญหาระยะยาวของระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งหากไม่มีการดำเนินการก็อาจเป็นปัญหาที่ยากแก่การแก้ไขในอนาคต เพราะข้อจำกัดสำคัญของการที่โรงพยาบาลมีสถานะเป็นหน่วยงานราชการ ก็คือปัญหาใหญ่ ๆ 3 ประการ ได้แก่ 1) การไม่สามารถตอบสนองความต้องการอันจำเป็นของประชาชนได้ตามที่ควร 2) ปัญหาเรื่องประสิทธิภาพ และ 3) ปัญหาเรื่องภาระงบประมาณที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จนรัฐอาจจะแบกรับไม่ไหว

รัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขพยายามแก้ปัญหา 3 ประการที่กล่าวนี้มาโดยต่อเนื่อง โดยมาตรการที่หลากหลาย เช่นการเพิ่มประสิทธิภาพโดยการจำกัดกำลังคนภาครัฐซึ่งแทนที่จะแก้ปัญหาได้ กลับทำให้โรงพยาบาลไม่สามารถขยายบริการให้เพียงพอกับความต้องการอันจำเป็นที่เพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันก็ไม่สามารถจำกัดกำลังคนภาครัฐได้จริง เพราะเมื่อบริการเพิ่มขึ้น โรงพยาบาลก็ต้องแก้ปัญหาโดยการจ้างลูกจ้าง และรัฐบาลเองก็ “หลอกตัวเอง” โดยการจำกัดจำนวนข้าราชการ แต่กลับไปเพิ่มบุคลากรโดยสร้างบุคลากรสายพันธุ์ใหม่คือ “พนักงานราชการ” ซึ่งกลายเป็นระเบิดเวลาเพราะถูกจำกัดในเรื่องความก้าวหน้าและสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ และเกิดระเบิดเป็นการเรียกร้องเป็นระยะ ๆ

แท้จริงแล้ว ปัญหาของโรงพยาบาลอยู่ที่เรื่องของการรวมศูนย์อำนาจอยู่ในส่วนกลาง ระบบระเบียบราชการที่ไม่สามารถทำให้เกิดระบบธรรมาภิบาล (Good Governances) ได้ ตรงกันข้ามกลับกลายเป็นพันธนาการที่ไม่สามารถตอบสนองความต้องการและแก้ปัญหาของประชาชนได้อย่างเพียงพอและมีประสิทธิภาพ การบริหารคนในระบบราชการเอง บวกกับการแทรกแซงจากระบบการเมืองทำให้ไม่สามารถรักษาระบบคุณธรรม (Merit System) ไว้ได้ การให้โรงพยาบาลออกนอกระบบจึงเป็น "วิธีการรักษาโรคที่ถูกต้อง" ตรงกับโรค และโชคดีของโรงพยาบาลบ้านแพ้วที่ได้ผู้บริหารอย่างนายแพทย์วิทิต อรรถเวชกุล มาเป็นผู้บริหารคนแรก จนสามารถสร้างประวัติศาสตร์โรงพยาบาลที่เป็น "องค์การมหาชน" ได้อย่างน่าชื่นชม

อันที่จริงนายแพทย์วิทิต ก็เป็นผู้บริหารโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขมาก่อน ในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์ แต่พันธนาการของระบบราชการอันล้าสมัย ทำให้นายแพทย์วิทิต ไม่สามารถ "เปล่งประกาย" สร้างผลงานได้โดดเด่นอะไรมากนัก เพราะระบบรวมศูนย์อำนาจและระบบระเบียบราชการของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้โรงพยาบาลต่าง ๆ มีสภาพเป็นเสมือนต้นไม้ "ในกระถาง" ที่ยากจะเติบโตเต็มที่ได้

การเปลี่ยนสถานะของโรงพยาบาลบ้านแพ้วให้เป็น "องค์การมหาชน" เปรียบเสมือนการยกต้นไม้ออกจากกระถางแล้วปลูกลงในผืนดินให้ผู้บริหารอย่างนายแพทย์วิทิต และคณะกรรมการบริหารร่วมกันฟูมฟัก

จนเติบใหญ่และสามารถขยายพันธุ์ออกไปได้อย่างน่าอัศจรรย์

เริ่มต้นจากโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ในอำเภอในเขตชนบทกึ่งเมืองขนาดกลาง ปัจจุบันโรงพยาบาลบ้านแพ้วขยายเป็นโรงพยาบาลขนาด 300 เตียงและขยายสาขาออกไปอีกถึง 9 แห่ง ได้แก่ 1) โรงพยาบาลบ้านแพ้ว 2 จังหวัดสมุทรสาคร 2) โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (สาขาพร้อมมิตร) กรุงเทพมหานคร 3) โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (สาขาศูนย์ราชการแจ้งวัฒนะ) กรุงเทพมหานคร 4) โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (สาขาเกษตรพัฒนา) จังหวัดสมุทรสาคร 5) โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (สาขาหลักห้า) จังหวัดสมุทรสาคร 6) ศูนย์แพทย์ชุมชนราษฎร์บำรุง จังหวัดสมุทรสาคร 7) ศูนย์แพทย์ชุมชนหลักสาม จังหวัดสมุทรสาคร 8) ศูนย์ล้างไตทางช่องท้องธนบุรี กรุงเทพมหานคร 9) ศูนย์แพทย์ชุมชนธนบุรี กรุงเทพมหานคร

นอกจากนี้ยังจัดบริการเคลื่อนที่ เช่น จัดหน่วยผ่าตัดต้อกระจก จนสามารถให้บริการแก่คนไข้หลายหมื่นรายให้ได้รับการผ่าตัดจนกลับมามองเห็นได้อีก ไม่ต้อง "ตามืดมัว" รอคิวเป็นปี

การขยายบริการออกไปให้ประชาชนสามารถ "เข้าถึง" ได้โดยสะดวก ทำให้ประชาชนได้ประโยชน์เพิ่มขึ้นอย่างมากมาย

ที่น่าสนใจคือ การลงทุนขยายโรงพยาบาลและสาขาออกไปมากมายเช่นนี้ แทบไม่ต้องพึ่งพางบลงทุนจากกระทรวงสาธารณสุขเลย โดยปีแรกที่ออกนอกระบบต้องพึ่งงบอุดหนุนจากรัฐบาล 42% แต่หลังจากนั้นงบอุดหนุน

ก็ลดลงอย่างรวดเร็วเหลือเพียง 2-7% เท่านั้น และหลังปี พ.ศ. 2550 กระทรวงสาธารณสุขก็มิได้จัดสรรงบอุดหนุนให้อีกเลย

น่าประหลาดที่ความสำเร็จของโรงพยาบาลบ้านแพ้วปรากฏเป็นที่ประจักษ์ชัดเจนเช่นนี้ กระทรวงสาธารณสุขกลับไม่ยอม "ปลดปล่อย" โรงพยาบาลในสังกัดออกไปเป็นองค์การมหาชนเช่นนี้อีกเลย เมื่อนายแพทย์มงคล ณ สงขลา กลับมาเป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข มีความพยายามจะขยายผลเพิ่มโรงพยาบาลให้เป็นองค์การมหาชน แต่ถูกขัดขวางอย่างแรงจากฝ่ายข้าราชการประจำ จน "ปลดปล่อย" สถานีอนามัยออกไปได้อีกราวยี่สิบแห่งเท่านั้น

ความสำเร็จของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว

มีคำถามว่า รพ.บ้านแพ้ว เติบโตและขยายสาขาอย่างก้าวกระโดดเช่นนั้นได้อย่างไร

คำตอบก็คือ เพราะการออกนอกระบบจึงทำให้ "การรื้อปรับระบบ" (Re-engineering) สามารถเกิดขึ้นได้ เริ่มจากปรัชญาในการบริหาร 5 ประการ ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงของประชาชนในการกำกับดูแล 2) การมุ่งตอบสนองความต้องการของชุมชน 3) การมุ่งสร้างความเสมอภาคของการกระจายบริการ 4) การมุ่งยกระดับคุณภาพบริการ โดยมิได้มุ่งแสวงหากำไร และ 5) มุ่งเน้นประสิทธิภาพของการบริหารทรัพยากร

คณะผู้บริหารของ รพ.บ้านแพ้ว สามารถเข้าถึงหัวใจแห่งเจตนารมณ์ของการกระจายอำนาจ และหลัก

ธรรมาภิบาล หรือหลักการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดีโดยแท้ พระราชกฤษฎีกาจัดตั้งโรงพยาบาลบ้านแพ้ว เป็นองค์การมหาชน กำหนดให้มีคณะกรรมการบริหารจำนวน 11 คน มีผู้แทนชุมชน 3 คน ซึ่งเสนอโดยสภาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่และองค์กรประชาชนในท้องถิ่น และผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ซึ่งอย่างน้อย 1 คน ต้องไม่เป็นข้าราชการ ทำให้ผู้บริหารและโรงพยาบาลจะต้องยึดประโยชน์และความต้องการของชุมชนเป็นหลัก แทนที่จะต้องเข้าไปคอยเอาใจผู้มีอำนาจในส่วนกลาง

ระบบราชการที่กำหนดให้โรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขต้องขึ้นกับกระทรวงสาธารณสุข แม้จะมีการ "กระจายอำนาจ" ให้แก่ผู้ว่าราชการจังหวัด แต่โรงพยาบาลต่าง ๆ ก็ยังต้องขึ้นกับกระทรวงสาธารณสุขอยู่นั่นเอง โรงพยาบาลในส่วนภูมิภาค ยังมีสภาพเป็นเสมือน "เมืองขึ้น" ของผู้บริหารในกระทรวงสาธารณสุข แต่การออกไปเป็น "องค์การมหาชน" ของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว ทำให้โรงพยาบาลสามารถทำหน้าที่เป็น "โรงพยาบาลชุมชน" ที่แท้จริง

หลังจากดำเนินการมาได้ 10 ปี สวรส. ได้ทำการประเมิน รพ.บ้านแพ้วอย่างรอบด้าน ผลปรากฏว่าโรงพยาบาลประสบความสำเร็จในทุกด้าน

***ประการแรก** การขยายบริการออกไปมากมาย สามารถตอบสนองความต้องการที่เพิ่มขึ้นอย่างมากมายของประชาชนได้อย่างดี น่าแปลกที่ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขทั้งฝ่ายการเมือง และฝ่ายประจำจำนวนมากมองการขยายบริการออกไปนอกเขตอำเภอบ้านแพ้วว่า*

เป็นการ “ล่วงล้ำ” เขตพื้นที่ของโรงพยาบาลอื่น ไม่มองว่า นโยบายการจำกัดกำลังคนภาครัฐ ทำให้บริการโดยรวมของโรงพยาบาลในกระทรวงสาธารณสุขไม่สามารถขยายตัวรองรับความต้องการของประชาชนได้อย่างเพียงพอ โรงพยาบาลจำนวนมาก คนไข้แน่น-ล้น และมีสภาพเหมือนตลาดสด ไม่เป็นสถานที่ “สัปปายะ” สมกับที่เป็น “โรงพยาบาล” อันควรเป็นที่พึ่งยามทุกข์ยากของประชาชนเลย

ประการที่สอง *ในด้านความพึงพอใจของผู้รับบริการ ก็พบความพึงพอใจอยู่ในเกณฑ์สูง ดังคำกล่าวของ อสม. จากบ้านทำนบแพ้วที่บอกว่า “เขาเต็มใจทำให้เราเต็มที่.....ตอนนั้นผมพาแม่ไป รพ.บ้านแพ้วเขาวินิจฉัยโรคไม่ได้ เขาก็ส่งไปที่เกษมราษฎร์ ไปถึงเขาก็วินิจฉัยไม่ได้อีก เขาก็พาเราไปส่งที่โรงพยาบาลรามาฯ โดยที่เราไม่เสียค่าใช้จ่ายเลย”*

ประการที่สาม *ด้วยความพึงพอใจของทีมงานและผู้ร่วมงาน พบอัตราการลาออกในปี 2553 เพียงร้อยละ 0.86 เฉพาะบุคลากรวิชาชีพลาออกเพียงร้อยละ 0.18 ในส่วนบุคลากรที่เป็นปัญหามากที่สุดสำหรับโรงพยาบาลระดับชุมชน คือ แพทย์ แพทย์ท่านหนึ่งบอกว่า “ถ้าเทียบที่นี่กับเอกชน ผมว่าที่นี้ก็ได้เยอะอยู่เหมือนกันนะครับ ถือว่าพอใจ ผมคิดว่ามันก็น่าจะใกล้ ๆ กัน แต่ถ้าเทียบจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เอกชนจะได้มากกว่าที่นี่ และที่นี่งานก็ออกจะหนักหน่อย แต่มันก็สบายใจในเรื่องของการที่เราไม่ได้เน้นเรื่องผลกำไรอะไรมากมาย แต่เราเน้นที่การดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก นั่นเป็นจุดดีที่ทำให้เรารู้สึกสบายใจ”*

ในส่วนของ “ผู้ร่วมงาน” คือสถานีอนามัย ซึ่งปัจจุบันเรียกว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก็มีเสียงสะท้อนจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดในทางชื่นชมที่ “โรงพยาบาลออกมาอุ้ม (สถานีอนามัย) โรงพยาบาลจัดงบประมาณบางส่วนมาสนับสนุนงานส่งเสริมสุขภาพทั้งอำเภอ”

ประการที่สี่ *ทางด้านประสิทธิภาพ ชัดเจนว่าต้นทุนต่อหน่วยในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ทั้งผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน ต่ำกว่าโรงพยาบาลของรัฐขนาดเดียวกันอย่างชัดเจน ต้นทุนค่าแรงหรือบุคลากรก็ต่ำกว่า เมื่อเทียบกับโรงพยาบาลของรัฐในขนาดเดียวกันหรือใกล้เคียงกัน*

ประการที่ห้า *ด้านสถานะการเงิน รายได้ของโรงพยาบาลสูงกว่ารายจ่ายโดยตลอด ยกเว้นในปีแรกที่ออกนอกระบบ และเมื่อปี 2549 ที่ขยายสาขาเข้าไปในโรงพยาบาลพร้อมมิตร ที่ต้องลงทุนจำนวนมาก ทั้งค่าเช่าและค่าใช้จ่ายด้านบุคลากร แต่หลังจากนั้นตัวเลขก็เป็นบวกโดยตลอด*

ความสำเร็จของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว คือ ความชื่นชมยินดีของผู้ที่ห่วงใยในปัญหาบ้านเมืองอย่างแท้จริง แต่ดูจะเป็น “หนามตำใจ” ของผู้บริหารจำนวนไม่น้อยในกระทรวงสาธารณสุข เพราะต้องตอบคำถามว่า แล้วทำไมไม่ส่งเสริมให้โรงพยาบาลในสังกัดออกนอกระบบเพิ่มขึ้น

โรงพยาบาลบ้านแพ้ว เป็นโรงพยาบาลแรกและโรงพยาบาลเดียวที่ออกนอกระบบในสมัยรัฐบาลพรรคประชาธิปัตย์ โดยผู้มีบทบาทสำคัญคือนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ ซึ่งขณะนั้นดำรงตำแหน่งรัฐมนตรีประจำสำนักนายก

รัฐมนตรี น่าเสียดายที่เมื่อมาดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรี นายอภิสิทธิ์มิได้สานต่อนโยบายนี้อีก

นายแพทย์ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ เมื่อครั้งเป็นรองปลัดกระทรวงสาธาณสุข เคยศึกษาและไปเยือน รพ.บ้านแพ้ว แล้วกลับมาพูดกับหลาย ๆ คนว่า รพ. ในกระทรวงสาธารณสุขต้องออกไปอย่างบ้านแพ้ว เพราะเป็นคำตอบเดียวที่จะแก้ปัญหาเรื่องประสิทธิภาพ คุณภาพ และภาระงบประมาณภาครัฐลงได้ น่าประหลาดใจที่เมื่อขึ้นมาดำรงตำแหน่งปลัดกระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์ณรงค์ ไม่ได้ผลักดันในเรื่องนี้อีก

มี "เสียงลือเสียงเล่าอ้าง" ว่า นพ.ณรงค์ ไม่ทำเรื่องนี้ เพราะรัฐมนตรีประดิษฐ์ "ไม่เอา" ไม่ทราบว่าจริงหรือไม่ แต่เรื่องนี้รัฐมนตรีประดิษฐ์คงไม่ต้องตอบ เพราะแม้จะตอบก็ไม่รู้ว่าจะเชื่อถือได้หรือไม่

รัฐบาลภายใต้ คสช. ถ้าต้องการ "คืนความสุขให้ประชาชน" จริง ต้องคิดและทำเรื่องนี้อย่างจริงจัง ถ้าไม่รู้จะทำอย่างไร ขอให้ปรึกษา นายแพทย์มงคล ณ สงขลา และ นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

บทที่ 23

ความยั่งยืนของระบบ

สุดท้าย เป็นเรื่องการเงินการคลัง และความยั่งยืนของระบบ

ก่อนอื่นต้องทำความเข้าใจเป็นเบื้องต้นว่า ระบบหลักประกันสุขภาพ “ถ้วนหน้า” ประกอบด้วย 4 ระบบใหญ่ ๆ คือ 1) ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ บัตรทอง ครอบคลุมประชากรราว 48 ล้านคน 2) ระบบประกันสังคม ครอบคลุมประชากรราว 10 ล้านคน 3) ระบบสวัสดิการข้าราชการ ครอบคลุมประชากรราว 5 ล้านคน 4) สวัสดิการในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรอิสระ องค์การมหาชน มหาวิทยาลัย คนไร้รัฐ และอื่น ๆ

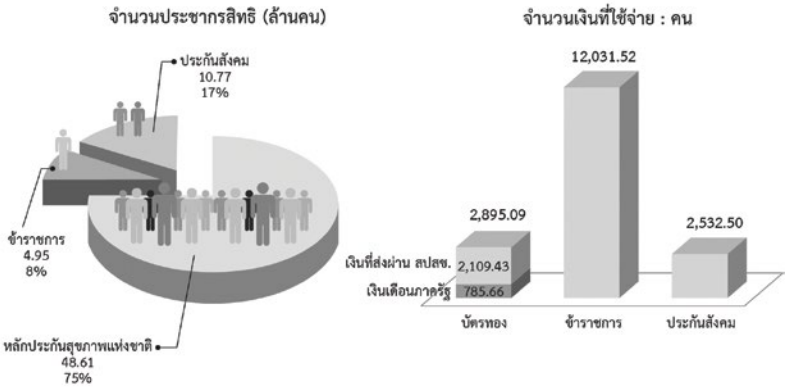
ดังนั้น เมื่อคิดถึงระบบการเงินการคลัง และความยั่งยืนของระบบ จะต้องพูดถึงทุกระบบย่อย ซึ่งต้องการการปฏิรูปทั้งสิ้น มากน้อยแตกต่างกัน

ระบบสวัสดิการในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีการปฏิรูปขั้นแรก คือ โอนให้ สปสช.บริหาร และแก้ปัญหาใหญ่ลงไปได้ระดับหนึ่งแล้ว ในส่วนของระบบย่อยที่ 4 นี้ ยังมีปัญหาขององค์การอิสระ องค์การมหาชน มหาวิทยาลัย สมาชิกรัฐสภาและอื่น ๆ ที่ยังมีปัญหามากเรื่องประสิทธิภาพ กล่าวคือยังใช้เงินมาก และไม่สามารถแก้ปัญหากรณีมีการเจ็บป่วยที่ต้อง

เสียค่าใช้จ่ายสูงมาก ๆ (Catastrophic illness) ปรากฏขึ้นเนือง ๆ ปัญหาคนไร้รัฐที่แก้ไขได้ระดับหนึ่ง แต่ยังมีปัญหาคาราคาซัง เพราะไปให้กระทรวงสาธารณสุขบริหาร ซึ่งมีปัญหาทั้งคุณภาพ และประสิทธิภาพที่จะต้องแก้ไขต่อไป

ปัญหาสวัสดิการข้าราชการ เป็นปัญหาใหญ่ที่สุด เพราะยังคงใช้ระบบการจ่ายตามการให้บริการ ทำให้ควบคุมค่าใช้จ่ายได้ยาก ข้อสำคัญกรมบัญชีกลางขาดความรู้ความเข้าใจ และขาดแรงจูงใจในการปฏิรูประบบ ระบบนี้จึงใช้จ่ายเงินของรัฐไปอย่างขาดประสิทธิภาพมากที่สุด แพงที่สุด ดูแลคนไม่ถึง 5 ล้าน แต่ใช้เงินไป ราว 6 หมื่นล้าน ขณะที่ระบบบัตรทองใช้เงินไปราว 1.2 แสนล้าน ดูแลคนถึง 48 ล้าน สวัสดิการข้าราชการจึงใช้เงินภาษีแพงกว่าบัตรทองถึง 6.7 เท่า (ดูรูป) เป็นเรื่องที่ต้องปฏิรูปต่อไป แต่ที่แล้วมาท่านนายกฯ แทบจะไม่ “แตะ” เรื่องนี้เลย ซึ่งก็เป็นเรื่องที่น่าเห็นใจและเข้าใจได้

เปรียบเทียบ 3 สิทธิหลัก



ระบบประกันสังคม มีระบบ “ร่วมจ่าย” แบบล่วงหน้า (Prepaid) ทั้งจากผู้ประกันตนและนายจ้าง จึงมีความ “ยั่งยืน” ของรายได้ ดีกว่าทุกระบบ และในอนาคต เมื่อแรงงานเข้าสู่ระบบมากขึ้น ระบบนี้ก็จะขยายเติบโตขึ้นจากเดิมเมื่อตอนเริ่มต้นในปี 2533-2534 ครอบคลุมกิจการที่มีแรงงานตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป และลดขนาดลงเรื่อย ๆ ทำให้สมาชิกเพิ่มจาก 2 ล้าน เป็นกว่า 10 ล้านแล้ว ปัญหาของระบบนี้อยู่ที่ 1) ประกันสังคมยังคงบริหารจัดการเรื่องการรักษาพยาบาลเอง ทำให้มีปัญหาทั้งเรื่องคุณภาพประสิทธิภาพ และธรรมาภิบาล ควรโอนให้ สปสช. บริหาร “เฉพาะ” ในเรื่องนี้ เหมือนที่ อปท. ทำอย่างได้ผลดีมาแล้ว หากท่านนายกฯ ใช้ความกล้าหาญ เดินหน้าเรื่องนี้ คุณภาพและประสิทธิภาพบริการจะดีขึ้นอย่างแน่นอน และข้อสำคัญเงินกองทุนส่วนนี้จะเติบโต ยั่งยืนขึ้น ไม่ถูกรีดไปเข้ากระเป๋าของสถานพยาบาลมากเกินไปอย่างที่แล้วมา 2) ผู้ประกันตนส่วนหนึ่งเรียกร้องขอเลิกการ “ร่วมจ่ายล่วงหน้า” ซึ่งจะทำให้เป็นปัญหาทางการเงินการคลังต่อไปในอนาคต

ต่อไปเป็น “เรื่องใหญ่” คือ ปัญหาการเงินการคลังและความยั่งยืนของระบบบัตรทอง ทั้ง ๆ ที่ใช้เงินมีประสิทธิภาพสูงสุด และสามารถพัฒนาทั้งเรื่องความเท่าเทียมและคุณภาพได้อย่างต่อเนื่อง เป็นเรื่องใหญ่ก็เพราะ 1) ใช้เงินก้อนใหญ่ที่สุด 2) ยังมีเสียงเรียกร้องขอเงินก้อนโตเพิ่มขึ้นทุกปี 3) มีศัตรูจ้องทำลายมากที่สุด เพราะไปทำให้ “เสียราคา” ในอีก 2 ระบบใหญ่ คือ ข้าราชการ และประกันสังคม

เรื่องนี้ต้องแก้อย่างเป็นระบบ

เรื่องแรก ที่ต้องทำคือ สร้างสัมมาทิฐิ สร้างความเข้าใจให้ถูกต้องถ่องแท้ว่า

(1) ระบบบัตรทอง เป็นสวัสดิการสังคมที่รัฐต้องกระทำและพึงกระทำ เพราะเป็นความจำเป็นของประชาชน เป็นการลงทุนทางสังคมที่ให้ผลตอบแทนสูง สร้างความเข้มแข็งให้แก่

ประเทศ มิได้สร้างภาระการคลังโดยไม่สมควร และทั่วโลกยกย่อง จึงมิใช่ “ประชานิยม” อย่าง “จำนำข้าวทุกเมล็ด” และ “รถยนต์คันแรก” (ดูตารางเปรียบเทียบ)

สวัสดิการสังคม & ประชานิยม

	ประชานิยม	สวัสดิการสังคม
มุ่งคะแนนนิยม	+++	+
เป็นความจำเป็นของประชาชน	±	+++
เป็นการลงทุนทางสังคม	-	+++
สร้างความเข้มแข็งให้ประเทศ	-	+++
สร้างภาระการคลังโดยไม่สมควร	+++	-
โลกยกย่อง	-	+++

(2) ระบบบัตรทอง เป็นการ “ลงทุนที่คุ้มค่า” เพราะเป็นการลงทุนในทรัพยากรมนุษย์ เพื่อให้สามารถมีพลังในการสร้างครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ และความมั่นคงของประเทศ เพราะสร้างความมั่นใจว่าจะสามารถลดการเจ็บป่วยที่ไม่จำเป็น และเมื่อเจ็บไข้ได้ป่วยก็มีหลักประกันว่าจะได้รับการดูแลรักษาโดยไม่ต้องล้มละลายจากการเจ็บป่วย เป็นส่วนหนึ่งของ “ปฏิทินแห่งความหวัง จากครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอน”

(3) ระบบบัตรทอง เป็นระบบที่มีประสิทธิภาพสูงสุด สามารถบรรลุเป้าหมายของความเท่าเทียม คุณภาพ และประสิทธิภาพ และมีระบบบริหารที่มีธรรมาภิบาล ควรเป็นแบบอย่างแก่ระบบอื่น ๆ

เรื่องที่สอง จะต้องสร้างกลไกและระบบที่สามารถสร้างความมั่นคงยั่งยืนทางการเงินการคลัง โดยต้องพิจารณาไปพร้อม ๆ กันทั้งระบบ ทั้งด้านการเพิ่มรายได้ และลดรายจ่าย ที่สำคัญคือ

(1) จะต้องสร้างความเป็นธรรมระหว่างระบบย่อยต่าง ๆ ให้เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ

(2) จะต้องควบคุมและลดความสูญเสียในระบบ โดยเฉพาะในส่วนของระบบราชการและประกันสังคม

(3) จะต้องหาทางเพิ่มรายได้อย่างยั่งยืน โดยใช้กลไกต่าง ๆ การที่ท่านนายกฯ แต่งตั้งคณะกรรมการขึ้นมาดูแลเรื่องนี้เป็นการเดินมาถูกทาง และตั้งคนถูกคนแล้ว

เรื่องที่สาม เรื่องการร่วมจ่าย เป็นสิ่งที่ต้องกระทำอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่ข้อสำคัญ คือ

(1) จะต้องให้เกิดความเป็นธรรม ไม่ก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำเพิ่มขึ้น

(2) จะต้องไม่ทำให้เกิดบริการ “สองมาตรฐาน” แก่คนไข้ที่มีฐานะแตกต่างกัน

(3) จะต้องไม่เป็นการสร้าง “กำแพง” (Barrier) ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

(4) จะต้องมุ่งกระทำเพื่อแก้ปัญหาอย่างแท้จริง ไม่มีผลประโยชน์ซ่อนเร้น เพื่อเพิ่มเงินในระบบ และดึงเข้ากระเป๋าของบางกลุ่มโดยไม่สมควร

ญี่ปุ่นเป็นประเทศที่ประชาชนมีส่วนร่วมจ่ายทั้งแบบล่วงหน้า และเมื่อไปรับบริการแต่ละครั้ง รวมแล้วประชาชนร่วมจ่ายในสัดส่วนที่สูงมาก โดยจ่ายล่วงหน้าเฉลี่ยถึงร้อยละ 28.3 และจ่ายเมื่อไปรับบริการอีกร้อยละ

13.5 รวมแล้ว ประชาชนร่วมจ่ายสูงถึงร้อยละ 41.8 โดยระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของญี่ปุ่น ใช้เงินสูงมาก โดยใช้ราวร้อยละ 9.5 ของจีดีพี ขณะที่ประเทศไทยใช้เพียงร้อยละ 4 และเนื่องจากจีดีพีของญี่ปุ่นใหญ่กว่าของไทยมาก ขณะที่ประชากรของเขามากกว่าเราเกือบสองเท่า เท่านั้น ค่าใช้จ่ายเมื่อเปรียบเทียบแล้ว ญี่ปุ่นจึงจ่ายแพงกว่าเราถึง 10.6 เท่า

ญี่ปุ่น ใช้ระบบร่วมจ่ายได้อย่างเป็นธรรมและมีประสิทธิภาพเพราะญี่ปุ่นพัฒนาระบบและโครงสร้างพื้นฐานมาอย่างต่อเนื่องยาวนาน ไม่ลุ่ม ๆ ดอน ๆ และปล่อยให้ “มือใครยาวสาวได้สาวเอา” อย่างเต็มที่แบบบ้านเรา ช่องว่างรายได้ของคนญี่ปุ่นก็น้อยกว่าเรามาก คนจนญี่ปุ่นมีอยู่ราว 1.7-1.8% เท่านั้น คิดเป็นจำนวนราว 2 ล้านคน ซึ่งไม่ต้องร่วมจ่ายเลย ทั้งการจ่ายล่วงหน้าและการจ่ายเมื่อไปรับบริการ โดยญี่ปุ่นสามารถสร้างระบบการรักษาพยาบาลได้ตามหลักการที่คนญี่ปุ่นภาคภูมิใจมากว่าเป็นบริการที่ “คุณภาพสูง ปลอดภัย และไร้ข้อกังวลใด ๆ” (Safe, quality care that is free of any concerns) โดยระบบบริการของญี่ปุ่น สามารถสร้างความเท่าเทียมที่คนระดับ นายกรัฐมนตรีที่ต้องร่วมจ่ายสูง ได้รับบริการมาตรฐานเดียวกันกับคนยากจนที่ไม่ต้องร่วมจ่ายเลย

เรื่องนี้ผมเคยเขียนไว้แล้ว และขอคัดมาเผยแพร่ในที่นี้ ดังนี้

มองระบบร่วมจ่ายให้ชัด ๆ

จุดเด่นสำคัญประการหนึ่งของระบบประกันสุขภาพในญี่ปุ่น คือ การกำหนดให้มีการร่วมจ่าย (Copayment) เมื่อไปใช้บริการทุกครั้ง

ความคิดเรื่องการร่วมจ่ายในบ้านเรามีการผลักดันจากสองกลุ่มซึ่งประสานเสียงกันคือ จากสมาคมโรงพยาบาลเอกชนและแพทยสภา วัตถุประสงค์สำคัญก็เพื่อเพิ่มเงินในระบบ ซึ่งก็คือเพื่อเพิ่มผลกำไรกันนั่นเอง

และทางภาครัฐโดยรัฐบาลปัจจุบัน (รัฐบาลยิ่งลักษณ์) ก็ดูจะ "ตอบรับ" แนวคิดนี้ ซึ่งแสดงออกทางรูปธรรมอย่างชัดเจนใน 2 เรื่อง ได้แก่ 1) การเสนอปฏิรูประบบการคลังด้านสุขภาพทั้งระบบโดยให้มีการร่วมจ่าย โดยข้ออ้างเพื่อให้เกิด "ความยั่งยืน" ของระบบการเงินการคลัง 2) การผลักดันการเก็บเงิน 30 บาท ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อเสนอเรื่องการร่วมจ่ายทั้งระบบถูกตั้งข้อสงสัยว่ามี "ระเบียบวาระซ่อนเร้น" (Hidden agenda) เพื่อผลประโยชน์ของ "พรรคพวก" เพราะมีข้อเคลือบแคลงว่าจะมีการผลักดันให้โรงพยาบาลเอกชนเข้ามา "แบ่งเค้ก" ในระบบประกันสุขภาพทุกระบบเพิ่มขึ้น โดยกลุ่มทุนที่โยงใยกับผู้มีอำนาจได้เข้าไปลงทุนในโรงพยาบาลเอกชนเพิ่มขึ้น ระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ ในประเทศไทยขณะนี้ในส่วนของสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและระบบอื่น ๆ ที่ใช้ระบบการจ่ายตามการให้บริการ (Fee-For-Service) สามารถ "ทำกำไร" ได้เป็นกอบเป็นกำอยู่แล้ว จึงไม่มีเสียงเรียกร้องการร่วมจ่ายในส่วนนี้มากนัก ส่วนประกันสังคมภาคเอกชนก็เข้าไปแบ่งเค้กกว่าครึ่ง และ "ควบคุม" กลไกต่าง ๆ ได้มากแล้ว ยังแต่ระบบบัตรทองซึ่งครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ของประเทศถึง 47-48 ล้านคน ที่ยังเป็น "เนื้อติดกระดูก" จึงจำเป็นต้องหาทางเพิ่มเนื้อในส่วนนี้

ความพยายามที่จะเก็บเงิน 30 บาทในระบบบัตรทอง อาจมีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อเอาชื่อ "30 บาท รักษาทุกโรค" กลับคืนมา แต่ขณะเดียวกันก็เป็นการ "นำร่อง"

เรื่องการร่วมจ่าย แต่ความพยายามดังกล่าวถูกต่อต้านอย่างหนัก เพราะไม่มีเหตุผลเพียงพอ ที่สำคัญคือการเพิ่มความไม่เป็นธรรม เพราะระบบบัตรทองใช้เงินน้อยที่สุดอยู่แล้ว น้อยกว่าสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการถึง 5-6 เท่า แต่กลับถูกเรียกเก็บเงินอีก ข้อสำคัญเป็นการเพิ่มขั้นตอนการรับบริการซึ่งแออัดมากอยู่แล้ว ในที่สุดก็ลงเอยให้จ่ายโดยสมัครใจ และจ่ายเมื่อไปรับยาแทนที่จะเรียกเก็บทันทีที่ไปใช้บริการ

อันที่จริง หากศึกษาเปรียบเทียบกับญี่ปุ่นแล้ว หากจะใช้ระบบร่วมจ่าย จะต้องใช้กับสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการเป็นอันดับแรก รวมทั้งระบบสวัสดิการของหน่วยงานต่าง ๆ ที่ใช้ระบบการเรียกเก็บแบบเดียวกับญี่ปุ่น คือ การเรียกเก็บตามการให้บริการ (Fee-For-Service) ซึ่งเป็นระบบที่มีประสิทธิภาพต่ำที่สุด นั่นคือใช้เงินมากที่สุดหรือแพงที่สุด สูงกว่าระบบบัตรทองถึง 5-6 เท่าตัว

น่าแปลกที่ผู้มีส่วนกำหนดนโยบายจำนวนมากไม่เข้าใจเรื่องนี้ พยายามจะใช้ระบบร่วมจ่ายกับบัตรทอง ด้วยเหตุผลเพื่อการ “ควบคุมค่าใช้จ่าย” ทั้ง ๆ ที่ระบบบัตรทอง (และระบบประกันสังคม) ใช้ระบบการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัว ซึ่งสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้อย่างดีมากอยู่แล้ว ข้อสำคัญระบบดังกล่าวมีการ “จำกัดสิทธิ” การใช้บริการให้ต้องไปรับบริการที่หน่วยบริการใกล้บ้าน โดยแม้จะเปิดให้มีการเลือกสถานบริการได้ แต่ก็มีขอบเขตแคบมากในการเลือก ยกเว้นกรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉินเท่านั้น ดังนั้นการใช้ระบบร่วมจ่ายกับระบบนี้จึงเป็นการเพิ่ม

“กำแพง” (Barrier) กับผู้รับบริการโดยไม่สมควร และผิดหลักการอย่างยิ่ง

ญี่ปุ่นกำหนดให้มีระบบร่วมจ่ายทุกครั้งที่ไปรับบริการ ก็เพราะญี่ปุ่นเปิดให้ประชาชนไปใช้บริการได้โดยเสรี (Free access) จะไปรับบริการที่ไหนก็ได้ จึงต้องมี “ขีดคั่น” หรือ “ข้อยับยั้งชั่งใจ” โดยให้มีภาระร่วมจ่ายมาเป็นเครื่องมือ

การร่วมจ่ายนี้ จะต้องมีการพิจารณากำหนดอย่างรอบคอบ เพื่อมิให้เป็นภาระที่มากเกินไป หรือเกินกำลังของประชาชน ญี่ปุ่นจึงกำหนดอัตราร่วมจ่ายเป็น 3 ระดับ คือร้อยละ 10, 20 และ 30 และมีเพดานสูงสุดกำกับไว้ด้วย เพื่อมิให้ประชาชนต้องประสบภาวะ “ยากลำบาก” หรือถึงขั้น “สิ้นเนื้อประดาตัว” การปรับอัตราดังกล่าวจะต้องมีการพิจารณาอย่างรอบคอบ บนพื้นฐานข้อมูลที่มากเพียงพอ ผ่านการพิจารณาโดยคณะกรรมการทั้งฝ่ายผู้เชี่ยวชาญ และฝ่ายบริหาร โดยทุกฝ่ายมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอย่างทั่วถึง และสุดท้ายต้องเป็นการตัดสินใจทางการเมืองโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขแรงงาน และสวัสดิการจะต้องเป็นผู้ตัดสินใจสุดท้าย และแม้มีการตัดสินใจและประกาศต่อสาธารณะแล้ว เมื่อถึงขั้นลงมือปฏิบัติก็อาจมีการชะลอออกไปเมื่อพิจารณาว่าจะกระทบต่อความเดือดร้อนของประชาชน ดังปรากฏว่ามีการกำหนดให้ผู้มีอายุ 70-74 ปี ต้องเพิ่มการร่วมจ่ายจากร้อยละ 10 เป็นร้อยละ 20 ปัจจุบันก็ยังคงเก็บเพียงร้อยละ 10 เพราะผู้สูงอายุขนาดนั้นส่วนมากมีรายได้ลดลง หากต้องร่วมจ่ายมากขึ้นย่อมทำให้เดือดร้อน แม้จะ

มีเพดานกำกับไว้ก็ตาม

ความคิดว่าถ้ามีการให้ร่วมจ่ายแล้ว จะทำให้ประชาชนไปใช้บริการลดลงนั้น เป็นเพียงทฤษฎี (ที่เลื่อนลอย) การที่ประชาชนจะไปใช้บริการมากหรือน้อยย่อมขึ้นกับเหตุปัจจัยหลายอย่างประกอบกัน เช่น บริการที่มีอยู่มีความแออัดคับคั่งมากน้อยเพียงใด คุณภาพบริการเป็นอย่างไร ผู้ให้บริการมีท่าทีให้การต้อนรับอย่างไร ระยะทาง สภาพถนน การจราจร และยานพาหนะในการเดินทางไปรับบริการสะดวกแค่ไหน ต้องมีคนช่วยเหลือพาไปหรือไม่ และต้องร่วมจ่ายมากน้อยเพียงใด ดังปรากฏว่าญี่ปุ่นมีระบบร่วมจ่ายที่เป็นภาระไม่น้อย แต่คนญี่ปุ่นไปรับบริการเฉลี่ยปีละ 12 ครั้ง ในขณะที่ระบบบัตรทองของเราประชาชนไม่ต้องร่วมจ่าย แต่ไปใช้บริการเพียงปีละ 3.7 ครั้งเท่านั้น ไต้หวันก็กำหนดให้มีระบบร่วมจ่ายเช่นกัน แต่ประชาชนไปใช้บริการถึงปีละ 13 ครั้ง

เมื่อเริ่มต้นระบบบัตรทองในประเทศไทย มีการถกเถียงเรื่องนี้ในหมู่ผู้ร่วมตัดสินใจอย่างเคร่งเครียด นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ยืนยันว่าการร่วมจ่ายเป็นข้อที่ต้องระวังอย่างยิ่ง ในสังคมไทยที่มีช่องว่างระหว่างรายได้สูงมากในหมู่ประชาชน การร่วมจ่ายถ้าจะมีต้องไม่ทำให้เกิดบริการ "สองมาตรฐาน" และต้องไม่ทำให้คนยากจนกลับไปเป็น "คนไข้อนาถา" โดยเด็ดขาด สุดท้ายยอมให้เก็บได้เฉพาะส่วนที่ไม่กระทบต่อมาตรฐานการรักษาพยาบาลคือ ค่าห้องพิเศษ และค่าธรรมเนียมการไปใช้บริการครั้งละ 30 บาท ต่อมาเมื่อพบว่าการเก็บ 30 บาททำให้เกิดความไม่เป็นธรรม และเพิ่มขั้นตอนการให้บริการ

โดยไม่สมควร ก็เลิกเก็บไปในสมัยที่นายแพทย์สงวนยังมีชีวิตอยู่ เพิ่งกลับมาเก็บใหม่หลังจากนายแพทย์สงวนเสียชีวิตไปแล้ว

สุดท้าย หากประเทศไทยสามารถปฏิรูปการเมืองให้สามารถควบคุมรัฐบาลมิให้คอรัปชั่น และมีความสามารถเพียงพอ ก็จะมีเงินมากมายนำมาสร้างความยั่งยืนให้แก่ระบบบัตรทองได้สบาย ๆ เพราะระบบบัตรทองใช้เงินไม่มาก ไม่ถึงร้อยละ 2 ของจีดีพี นับว่ามีประสิทธิภาพสูงยิ่ง ความสูญเสียจากการทุจริตรับจำนำข้าวทุกเมล็ดราว 7 แสนล้าน สามารถนำมาใช้ในระบบบัตรทองได้ถึง 5 ปี ความสูญเสียจากน้ำท่วมเมื่อปี 2554 กว่า 1.4 ล้านล้าน สามารถนำมาใช้กับระบบบัตรทองได้ถึง 10 ปี



คสช. รังแกคนดี

คสช. รังแกคนดี

กรณีหัวหน้า คสช. ออกคำสั่ง โดยใช้อำนาจตามมาตรา 44 แห่งรัฐธรรมนูญฉบับชั่วคราว พ.ศ. 2557 สั่งระงับการปฏิบัติหน้าที่ของนายแพทย์วินัย สวัสดิวร เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เมื่อวันที่ 24 มิถุนายน 2558 เป็นความผิดพลาดร้ายแรง เป็นการใช้อำนาจรังแกคนดี

นายแพทย์วินัย เป็นเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คนที่ 2 ต่อจากนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ผู้ให้กำเนิดและเป็นเลขาธิการ สปสช. คนแรก และเสียชีวิตไปจากโรคมะเร็งร้าย

นายแพทย์วินัยเป็นลูกหม้อของ สปสช. ที่นายแพทย์สงวนเลือกและชักชวนมาร่วมทีมสร้าง สปสช. ตั้งแต่ต้น เมื่อนายแพทย์สงวนจากไปก่อนวัยอันควร คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก็เลือกนายแพทย์วินัยมารับช่วง โดยไม่มีการลังเล เมื่อสิ้นสุดวาระการดำรงตำแหน่งสมัยแรก ก็เลือกให้ดำรงตำแหน่งต่อ แม้ช่วงนั้นอำนาจการเมืองฉ้อฉลพยายามจะไม่เอานายแพทย์วินัย แต่หาคนมาเทียบไม่ได้ นายแพทย์วินัยจึงทำหน้าที่เป็นเลขาธิการ สปสช. ต่อเป็นสมัยที่ 2 และกำลังจะสิ้นสุดวาระต้นปีหน้า



พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 5

ช่วงการดำรงตำแหน่งวาระที่ 2 นายแพทย์วินัย ต้องประสบมรสุมมาอย่างต่อเนื่อง บอร์ด สปสช. สมัยนั้นถูกครอบงำโดยอำนาจการเมืองที่ฉ้อฉลพยายามที่จะบีบนายแพทย์วินัยสารพัด ใช้วิธีพวกมากลากไปกำหนดให้มีการประเมินเลขาธิการ สปสช. ปีละ 2 ครั้ง ซึ่งโดยทั่วไปจะประเมินเพียงปีละครั้ง และเอาคนอยู่ในอำนาจเป็นประธานการประเมิน มีการบีบบังคับทั้งในที่ลับและที่แจ้ง แต่นายแพทย์วินัยก็สามารถประคองตัว “รอดปากเหยี่ยวปากกา” มาได้

มีกรณีตัวอย่าง เช่น กรณีนักการเมืองต้องการเอาเงิน “สนับสนุนกิจการภาครัฐ” ที่ได้รับจากองค์การเภสัชกรรมไปแจกนักการเมือง คนละ 5 ล้าน 10 ล้าน 20 ล้าน นายแพทย์วินัยก็ใช้วิธีการโยนอำนาจตัดสินใจไปให้กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งก็ไม่มีใครกล้าเอามือเข้ามาซุกหีบ และ

นายแพทย์วินัยก็สามารถฝ่าวิกฤตครั้งนั้นมาได้

นายแพทย์วินัยรอดปากเหยี่ยวปากกามาได้ เพราะทำตามพระบรมราโชวาทของล้นเกล้าฯ รัชกาลที่ 5 ที่ทรงมอบแด่พระเจ้าน้องยาเธอของท่านพระองค์หนึ่ง เป็นโคลงสี่สุภาพ คือ

ความรู้คู่เปรียบด้วย กำลัง กายเฮย
สุจริต คือ เกราะบัง ศาสตร์พร้อง
ปัญญาประดุจดัง อาวุธ
กุมสติต่างโล่ป้อง อาจแกล้วกลางสนาม

ด้วยหลักการดังกล่าวข้างต้น และด้วยการทุ่มเททำงานอย่างรับผิดชอบ แม้ถ้าเทียบฝีมือกับนายแพทย์สงวนแล้วจะยังเป็นรองอยู่มากก็ตาม แต่ผลการประเมินทุกครั้งก็อยู่ในเกณฑ์ดีถึงดีมาก คือคะแนนเกิน 4 จาก 5 เสมอ และทำให้ สปสช. ได้รับรางวัลบริหารดีเด่นติดต่อกันมาทุกปี ดังนี้

2551 ได้รางวัลทุนหมุนเวียนดีเด่น
2552 ได้รางวัลทุนหมุนเวียนดีเด่น
2553 ได้รับรางวัลชมเชย
2554 ได้รางวัลทุนหมุนเวียนดีเด่น
2555 ได้รางวัลประสิทธิภาพด้านบริหารและพัฒนาทุนหมุนเวียนดีเด่น
2556 ได้รางวัล กองทุนหมุนเวียนดีเด่น และ กองทุนหมุนเวียนเกียรติยศ
2557 ได้รางวัล กองทุนหมุนเวียนดีเด่น และ กองทุนหมุนเวียนเกียรติยศ

รางวัลอื่น ๆ

2556 สปสช. ได้รับรางวัลองค์กรดีเด่นด้านคุ้มครองสิทธิมนุษยชน

2557 สายด่วน สปสช.1330 ได้รับการโหวตจากประชาชนให้เป็นหน่วยงานรับเรื่องร้องเรียนที่แก้ไขปัญหาผู้บริโภคยอดเยี่ยมประจำปี 2557 ดำเนินการโดย คณะกรรมการองค์การอิสระเพื่อคุ้มครองผู้บริโภคภาคประชาชน (คอบช.)

ปีที่แล้วก็เพิ่งสร้างผลงานโดดเด่น นอกจากผลงานประจำแล้ว เนื่องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ทั่วประเทศ 7,800 กว่าแห่ง มีปัญหาเรื่องการดูแลสวัสดิการรักษาพยาบาลของเจ้าหน้าที่ เพราะจำนวนมากเป็น อปท. ขนาดเล็ก คือ อบต. ต่าง ๆ มีงบดำเนินการน้อย เมื่อมีเจ้าหน้าที่เจ็บป่วยต้องเสียค่ารักษาแพง หลายแห่งไม่มีเงินจ่าย ทำให้โรงพยาบาลใหญ่ๆ บางแห่งลังเลที่จะให้การรักษา เพราะเกรงจะเก็บเงินไม่ได้ เกิดความเดือดร้อนมากมาย งบประมาณเรื่องนี้ก็บานปลายออกไปเรื่อย ๆ ในที่สุดจึงตกลงโอนงานนี้ให้ สปสช. บริหาร ปรากฏผลชัดเจน หลัง สปสช. บริหารมา 1 ปี มีรายงานออกมาแล้วว่าเกิดผลดีมากมาย สรุปได้คือ 1) ปัญหาโรงพยาบาลชะลอการรักษาหมดไป เพราะทุกแห่งมั่นใจว่าจะได้ค่ารักษา 2) งบประมาณที่เคยใช้ปีละกว่า 6 พันล้าน เมื่อโอนมาให้ สปสช. บริหาร ใช้ไปแค่ 4 พันล้านเท่านั้น เพราะมีระบบควบคุมการเบิกจ่ายจากประสบการณ์ที่ทำมากว่า 10 ปี 3) ค่าบริหารจัดการเสียไปไม่ถึง 1.5% เท่านั้น อปท. แต่ละแห่งจ่ายค่าบริหารจัดการเมื่อปีที่แล้วเฉลี่ยแห่งละราว 7 พันบาทเท่านั้น ถูกกว่าที่จะไปจ้างคนมาดูแลตรวจสอบการเบิกจ่ายอย่างเทียบกันไม่ได้ และยังได้สิทธิประโยชน์เพิ่มขึ้น รวมทั้งได้ข้อมูลทั้งภาพรวมและรายแห่งด้วย

แน่นอนว่า นี้คือผลงานที่นายแพทย์วินัย ในฐานะเลขาธิการ สปสช. ย่อมมีส่วนอย่างสำคัญ

จึงแม้จะถูก “จ้องเขมือบ” จากอำนาจการเมืองที่ฉ้อฉล ก็ไม่สามารถ “หาเรื่อง” เอาผิดได้

เมื่อนายแพทย์ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุขหาเรื่อง “สาดโคลน” โจมตี สปสช. ด้วยระเบียบวาระซ่อนเร้น (Hidden Agenda) เพื่อดึงอำนาจการบริหารเงินกลับไปกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งขัดต่อกฎหมาย คือ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และขัดต่อหลักการที่ต้องแยก ผู้จัดหาบริการ กับผู้ให้บริการ ออกจากกัน (Purchaser-Provider Split) เพราะกระทรวงสาธารณสุขบริหารเงินก้อนนี้มายาวนาน ตั้งแต่สมัยรัฐบาลเงินผัน ของ ม.ร.ว.คึกฤทธิ์ ปราโมช ซึ่งเริ่มนโยบาย “สงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยในด้านการรักษาพยาบาล” โดยการจัดงบประมาณก้อนโตมาให้ และทุกรัฐบาลก็จัดเพิ่มให้ทุกปี แต่กระทรวงสาธารณสุขไม่สามารถบริหารเงินก้อนนี้ได้ดีเท่าที่ควร เพราะต้องทำหน้าที่ 2 อย่างไปพร้อมกัน คือ 1) ดูแลโรงพยาบาล และ 2) ดูแลประชาชน ซึ่งตลอดเวลา 26 ปีที่ผ่านมาในช่วง พ.ศ. 2518-2544 กระทรวงสาธารณสุขเลือกดูแลโรงพยาบาลมากกว่าดูแลประชาชนมาโดยตลอด จนมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลอาวุโสท่านหนึ่งถึงกับพูดว่า บางครั้งมีการกระทำกับคนไข้ยากจน “เหมือนเปรตมาขอรับส่วนบุญ”

เพราะเหตุที่กระทรวงสาธารณสุขพยายามจะดึงอำนาจการบริหารเงินก้อนนี้เอาไว้ พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 จึงต้องประนีประนอมกำหนดไว้ในบทเฉพาะกาลให้กระทรวงสาธารณสุขบริหารเงินก้อนนี้ต่ออีก 3 ปี ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขก็พิสูจน์แล้วว่า ไม่สามารถบริหารเงินก้อนนี้ได้ดี เกิดกรณีโรงพยาบาลขาดทุนจนแทบเข้าขั้นล้มละลายกว่า 200 แห่ง จนบริษัทยาบางแห่งไม่ยอมขายยาให้ กลัวจะเก็บเงินไม่ได้ ขณะที่โรงพยาบาลราว 200 กว่าแห่ง ร่ำรวยจนล้นเหลือ เพราะบริหารแบบ

พรรคพวกมากกว่าบริหารตามหลักการ แม้ช่วงแรก จะมีการจัดงบฉุกเฉิน (Contingency Fund) ไว้ให้ถึง 6,000 ล้าน แต่ก็บริหารจนเกิดวิกฤต เมื่อใกล้หมดอายุบทเฉพาะกาล ผู้บริหารฝ่ายประจำในกระทรวงสาธารณสุข พยายามจะขอแก้กฎหมาย ยืดบทเฉพาะกาลออกไปอีก เพราะต้องการ “จับเงิน” ก้อนนี้ต่อไป แต่โชคดีที่ฝ่ายการเมืองช่วงนั้น ได้คนที่มีใจนักเลง เห็นแก่ชาติบ้านเมืองเป็นหลัก จึงทำให้การบริหารเงินก้อนนี้ออกไปอยู่ในมือ สปสช. สมัยที่นายแพทย์สงวน ยังดูแลอยู่ และมีการเตรียมการไว้อย่างดี พอถึงเดือนตุลาคม ซึ่งเป็นต้นปีงบประมาณก็สามารถประกาศตัวเลขการจัดสรรให้แก่โรงพยาบาลทั่วประเทศได้ทันที สร้างความไม่พอใจให้แก่ผู้บริหารส่วนหนึ่งในกระทรวงสาธารณสุข เพราะทำให้ “หน่วยบริการ” คือโรงพยาบาลต่าง ๆ เห็นตัวเลขเปรียบเทียบชัดเจนว่า ที่เคยได้รับจัดสรรแบบเลือกที่รักมักที่ชังกับการจัดสรรตามหลักการและความเป็นธรรม เป็นอย่างไร

และปัญหาโรงพยาบาลขาดทุนก็คลี่คลายไปในไม่ช้า แต่กลับมาปะทุใหม่เพราะการสร้างเรื่อง ของ นายแพทย์ณรงค์ ซึ่งบัดนี้ คณะกรรมการตรวจสอบข้อเท็จจริงชุดที่มี ดร.อัมมาร สยามวาลา เป็นประธาน ก็ได้สอบสวนจนได้ความชัดเจนแล้วว่า มิได้เป็นไปตามที่นายแพทย์ณรงค์สาดโคลนไว้แต่อย่างใด ยิ่งกว่านั้นคณะอนุกรรมการการเงินการคลังของ สปสช. ยังพบว่ากระทรวงสาธารณสุขภายใต้การบริหารของนายแพทย์ณรงค์ อาจจงใจสร้างสถานการณ์เรื่องโรงพยาบาลขาดทุน โดยการหักเงินเดือนของโรงพยาบาลบางแห่งมากเกิน และบางแห่งน้อยเกิน ทำให้โรงพยาบาลบางแห่งได้งบบริการโดยเฉพาะค่ายาและเวชภัณฑ์ต่ำกว่าความเป็นจริงไปมาก ขณะที่บางแห่งได้เกินไปโดยไม่สมควร เช่น โรงพยาบาลอุ้มผาง จ.ตาก ที่อยู่ในท้องที่ทุรกันดารและมีปัญหาขาดสภาพคล่องอย่างมาก เพราะมีประชากรในระบบ สปสช. ไม่ถึงครึ่ง นอกนั้นเป็นคนต่างชาติหรือ รอพิสูจน์สัญชาติ จึงได้รับงบประมาณน้อยอยู่แล้ว กลับได้รับ

งบประมาณน้อยกว่าที่ควร ขณะที่อีกหลายแห่งกลับได้รับเกินไป ซึ่งโรงพยาบาลที่ได้เงินเกินไปเหล่านี้ ส่วนหนึ่งคือที่ออกมาแสดงบทบาทหนุนนายแพทย์ณรงค์ นั่นเอง

ข้อกล่าวหาที่มีการนำมากล่าวหา สปสช. อีกเรื่องหนึ่งคือ ข้อทักท้วงของ สตง. ซึ่งส่วนมากเกิดจากการตีความกฎหมายที่แตกต่างกัน และมีการชี้แจงกันไปเป็นส่วนมากแล้ว มีที่เป็นปัญหาอยู่มาก ก็คือ “งบค่าเสื่อม” ที่ สตง. ทักท้วง ก็เป็นกรณีที่โรงพยาบาลต่าง ๆ อาจใช้เงินไม่ถูกต้อง ซึ่งอยู่ระหว่างการตรวจสอบเป็นรายกรณี และส่วนใหญ่ผู้ที่ถูกทักท้วงคือโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มิใช่ความผิดของนายแพทย์วินัยแต่อย่างใด คณะกรรมการที่ตรวจสอบเรื่องนี้ และ สตง.เอง ก็สรุปว่า ไม่มีกรณีทุจริต ส่วนใหญ่เป็นเรื่องการตีความที่แตกต่างกัน ไม่มีเหตุใด ๆ ที่จะเอาผิดกับนายแพทย์วินัย ถึงขั้นใช้มาตรา 44 ได้เลย

เรื่องที่มีการกล่าวหาว่าเป็นความผิดของนายแพทย์วินัย หลายกรณี เกิดจากความ “ไม่เข้าใจ” ของเจ้าหน้าที่ สตง. ซึ่งถ้าดำเนินการไปตามที่ทาง สตง. ตั้งข้อสังเกต และทางนายแพทย์ณรงค์นำมากล่าวหาซ้ำจะเกิดความเสียหายร้ายแรงต่อประเทศชาติและประชาชน เช่น (1) กรณีที่ สตง. ทักท้วงว่า การจ่ายเงินค่าเสียหายเบื้องต้นแก่เจ้าหน้าที่ โดยเฉพาะพยาบาลที่ได้รับความเสียหายจากการปฏิบัติหน้าที่ให้บริการประชาชน เช่น ถูกผู้ป่วยโรคจิตทำร้าย ถูกเข็มตำจนติดเชื้อเอดส์ หรือ เสียชีวิตจากการไปส่งผู้ป่วยแล้วรถพยาบาลเกิดอุบัติเหตุ เป็นต้น กรณีดังกล่าว คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตั้งแต่ช่วงแรก ๆ ราวสิบปีมาแล้ว ได้อ้างอิงข้อกฎหมายและออกระเบียบเพื่อการนี้ ซึ่งเป็นการสร้างขวัญกำลังใจให้แก่เจ้าหน้าที่ทั่วประเทศได้อย่างมาก โดยมีกรณีที่ต้องจ่ายไม่มากและใช้เงินไปเป็นเปอร์เซ็นต์ต่ำมาก แต่ สตง. ตีความกฎหมายว่ากระทำไม่ได้ ซึ่งยังไม่มีการวินิจฉัยถึงที่สุดว่ากระทำไม่ได้ และมีการชี้แจง สตง. ไปแล้ว แต่มีการนำมากล่าวหาซ้ำใหม่ กรณีดังกล่าวนี้ หากผู้มีอำนาจหน้าที่ เช่น คณะกรรมการ

กฤษฎีกาชี้ขาดว่าจ่ายไม่ได้ หัวหน้า คสช. ก็ควรแก้ไขกฎหมายให้จ่ายได้ ไม่เช่นนั้นจะบ่อนทำลายขวัญกำลังใจพยาบาลนับแสนคนทั่วประเทศอย่างมาก (2) กรณีการจ่ายค่าเสียหายเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยที่เสียชีวิต หรือ พิการ หรือกรณีอื่น ๆ ตามมาตรา 41 แห่ง พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งกฎหมายกำหนดให้จ่ายไม่เกินร้อยละ 1 ของกองทุน แต่น่ายินดีที่มีการจ่ายไปจริง ราวร้อยละ 0.05 เท่านั้น กรณีดังกล่าว สตง. ก็สั่งให้ สปสช. ไปดำเนินการ “ไล่เบี้ย” เอาคืนจากเจ้าหน้าที่ตามมาตรา 42 ซึ่งเรื่องนี้ก็ได้มีการชี้แจงไปแล้วว่าหลักการตามมาตรา 41 เป็นหลักการที่มุ่งแก้ไขความเดือดร้อนของประชาชน โดยไม่มุ่งหาว่าใครกระทำผิด ตามหลักการ “ชดเชยโดยไม่พิสูจน์ความผิด” (No fault compensation) ซึ่งเป็นหลักการที่ได้ผลดี เพื่อบรรเทาความเสียหายแก่ประชาชน และให้ประชาชนได้รับชดเชยโดยเร็ว และลดการฟ้องร้องแพทย์/โรงพยาบาลลงด้วย ซึ่งหากปล่อยให้มีการฟ้องร้อง จะเพิ่มความบาดหมาง และมีแต่ก่อทุกข์ให้ทั้งผู้ฟ้อง และผู้ถูกฟ้อง นอกจากนั้นยังทำให้คดีรกโรงศาลโดยไม่สมควร รวมทั้งกว่าศาลจะตัดสินก็เสียเวลายาวนาน อาจถึง 10 ปี หรือนานกว่านั้น ตรงข้าม การดำเนินการตามมาตรา 41 ยังสามารถแก้ทุกข์ของทั้งประชาชนและเจ้าหน้าที่ โดยมีการจ่ายชดเชยได้ในเวลาเพียง 1-2 เดือนเท่านั้น ที่สำคัญตามหลักการของการ “ไล่เบี้ย” ตาม พ.ร.บ. ความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ จะกระทำได้เฉพาะกรณีที่ความผิดนั้นเกิดจากเจ้าหน้าที่จงใจทำให้เกิดความเสียหาย หรือ ประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงเท่านั้น ซึ่งที่ผ่านมาก็ไม่เคยมีกรณีเจ้าหน้าที่จงใจทำให้เสียหายหรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงเลย จะไป “ไล่เบี้ย” เจ้าหน้าที่ได้อย่างไร แต่กรณีนี้ก็เป็นอีกเรื่องหนึ่งที่ถูกนำมากล่าวหาว่าเป็นความผิดของนายแพทย์วินัย ทั้ง ๆ ที่ทุกเรื่องเป็นกรณีที่นายแพทย์วินัยทำตามกฎหมาย และมติของคณะกรรมการที่ดำเนินการมาตั้งแต่เริ่มระบบนี้ทั้งสิ้น

การที่จะ “ไล่เบี้ย” ตามมาตรา 42 นั้น กฎหมายกำหนดไว้ชัดเจนว่า “เมื่อสำนักงานได้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการแล้ว *สำนักงานมีสิทธิไล่เบี้ยเอาแก่ผู้กระทำผิดได้*” ชัดเจนว่า กฎหมายกำหนดเพียงให้สำนักงาน “มีสิทธิไล่เบี้ย” เท่านั้น มิใช่ “ต้องไล่เบี้ย” การที่ สตง. มีข้อสังเกตให้ไปไล่เบี้ย จึงเป็นการตีความเกินกว่าที่กฎหมายกำหนด

แต่เพราะ คสช. เกลือเป็นหนอน ที่ผู้มีอำนาจบางคนที่เป็นเพื่อนร่วมรุ่น วปอ. กับนายแพทย์ณรงค์ พยายามจะช่วยเพื่อน จึงเกิดกรณีการ “แก้แค้น” ใช้อำนาจมาตรา 44 กับนายแพทย์วินัย

รัฐธรรมนูญชั่วคราว พ.ศ. 2557 มาตรา 44 นั้น ระบุหลักการและเหตุผลในการใช้อำนาจตามมาตรานี้ไว้ชัดเจนว่าจะกระทำได้เมื่อ หัวหน้า คสช. เห็นว่า *“เป็นการจำเป็นเพื่อประโยชน์ในการปฏิรูปด้านต่าง ๆ การส่งเสริมความสามัคคี และความสมานฉันท์ของประชาชนในชาติ หรือเพื่อป้องกัน ระงับ หรือปราบปรามการกระทำอันเป็นการบ่อนทำลายความสงบเรียบร้อยหรือความมั่นคงของชาติ ราชบัลลังก์ เศรษฐกิจของประเทศ หรือ ราชการแผ่นดิน ...”* ซึ่งในกรณีนายแพทย์วินัย ไม่เห็นว่าจะเข้ากรณีใด ๆ เลย

นายแพทย์วินัยเป็นคนดี เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐที่รู้งาน รับผิดชอบงาน และทำงานได้ดี อย่ารังแกกันเลยครับ นอกจากบาปที่ทำร้ายคนดีแล้ว ยังเป็นการทำลายบ้านเมืองด้วย กำลังพลของกองทัพจำนวนมากคือบรรดาทหารเกณฑ์และครอบครัว ได้อานิสงส์มากมายจาก สปสช. ผมเชื่อว่าท่านรักชาติ แต่การกระทำเช่นนี้เป็นการทำร้ายและทำลายชาติ ในยุค “การเมืองสามานย์” แม้จะมีการคอยจ้องเล่นงานนายแพทย์วินัย แต่ในที่สุดก็ไม่เคยมีการใช้อำนาจโดยมิชอบกับนายแพทย์วินัย ไม่น่าเชื่อ เรื่องเช่นนี้กลับมาเกิดในยุค คสช. !

ที่แล้วมา หัวหน้า คสช. ใช้มาตรา 44 แต่ละครั้ง มีแต่เสียงชื่นชม และเชียร์ให้ใช้กับกรณีอื่น ๆ แต่การใช้อำนาจกับนายแพทย์วินัย ผิดพลาดแน่นอน ควรรีบแก้ไขโดยเร็ว

โดยส่วนตัว ผมเชื่อในความตั้งใจดีและความสุจริตใจของหัวหน้า คสช. หวังว่าท่านคงไม่ปล่อยให้กรณี เกลือเป็นหนอน ทำลายความตั้งใจและสุจริตใจของท่านเอง

รีบหาทางแก้ผิดให้เป็นถูกเสียเถอะครับ

คสช. รังแกคนดี (2)

นอกจากผลงานการบริหารสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จนได้รับรางวัลบริหารกองทุนหมุนเวียนดีเด่นต่อเนื่องมาทุกปี แล้ว ผลการประเมินนายแพทย์วินัย สวัสดิวร ในฐานะเลขาธิการ สปสช. โดยตรงก็ได้คะแนนดีถึงดีเยี่ยมมาโดยตลอด ไม่เว้นแม้กระทั่งในช่วงที่การเมืองสามานย์คอย “จ้องขย้ำ” และใช้องค์กรภายนอกที่ควบคุมกำกับโดยคนของฝ่ายการเมืองมาเป็นผู้ประเมิน ดังนี้

ผลการประเมินเลขาธิการ สปสช.

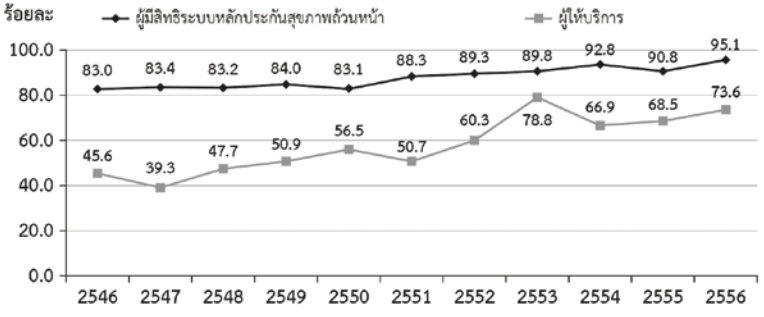
ปีที่ประเมิน	ผล		ผู้ประเมิน
	คะแนน	ร้อยละ	
สมัยที่ 1			
2552	4.35	87.0	อนุบริหารยุทธศาสตร์ [APM]
2553	4.49	89.8	อนุบริหารยุทธศาสตร์ [Win]
2554	4.55	95.0	อนุบริหารยุทธศาสตร์[APM]
2555	4.57	91.4	อนุประเมินฯ [มูลนิธิ สวค.]
สมัยที่ 2			
2556	4.78	95.6	อนุประเมินฯ [มูลนิธิ สวค.]
2557	4.73	94.6	อนุบริหารยุทธ [มูลนิธิ สวค.]

ในส่วนของ “ข้อเท็จจริง” ที่ “คณะกรรมการติดตามตรวจสอบการใช้จ่ายงบประมาณภาครัฐ” นำมาเป็นเหตุในการกล่าวหานายแพทย์วินัย ซึ่งล้วนมีที่มาจากการตรวจสอบและข้อทักท้วงของเจ้าหน้าที่สำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) ทั้งสิ้น ตามหนังสือลับ ด่วนที่สุด ที่ คสช.(คตร)/673 ลงวันที่ 15 พฤษภาคม 2558 ซึ่งต่อมารองนายกรัฐมนตรี (ศาสตราจารย์ ดร.ยงยุทธ ยุทธวงศ์) ได้ออกคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขึ้นตรวจสอบข้อกฎหมาย มีผู้ตรวจการอัยการเป็นประธาน (คณะกรรมการพิจารณาประเด็นข้อกฎหมายเพื่อสร้างความชัดเจนในการบริหารจัดการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) คณะกรรมการได้ทำรายงานถึงนายกรัฐมนตรี โดยหนังสือลงวันที่ 12 มิถุนายน 2558 สรุปชัดเจนว่าไม่มีประเด็นที่ผิดกฎหมายใด ๆ เลย ที่แล้วมา สปสช. ดำเนินการทุกอย่างไปโดยชอบด้วยกฎหมายทั้งสิ้น มีเพียงบางประเด็นที่กรรมการอาจเห็นแตกต่างกัน ซึ่งก็ต้องมีการวินิจฉัยชี้ขาดโดยผู้มีอำนาจหน้าที่และคณะกรรมการก็มีข้อเสนอว่าถ้าจำเป็น ก็สมควรแก้ไขกฎหมายเพื่อให้ สปสช. สามารถปฏิบัติหน้าที่เพื่อประโยชน์สุขของประชาชนได้ดียิ่งขึ้น เช่น ประเด็นเรื่องที่มีการนำ “เงินกองทุน” ไปจ่ายเป็นค่าชดเชยแก่เจ้าหน้าที่ที่ได้รับความเสียหายจากการปฏิบัติหน้าที่ เช่น เสียชีวิตจากอุบัติเหตุในการนำส่งผู้ป่วย หรือ ติดเชื้อเอดส์จากถูกเข็มตำ เป็นต้น คณะกรรมการก็เสนอให้แก้ไขกฎหมายให้ชัดเจนขึ้น และระหว่างนี้ก็ให้จ่ายเงินชดเชยดังกล่าวต่อไปได้ แต่เปลี่ยนแหล่งเงิน จาก “เงินกองทุน” ไปเป็นเงินงบประมาณส่วนของการบริหารแทน รวมทั้งที่จ่ายไปแล้วก็ให้ถือว่าถูกต้อง ไม่ต้องมีการเรียกคืน

จึงเห็นได้ชัดเจนว่า รายงานลับของ คตร. มิได้มีส่วนใดที่เป็นความผิดของนายแพทย์วินัยเลย ทุกอย่างเป็นการดำเนินการโดยถูกต้องตามมติและระเบียบข้อบังคับที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในอดีตวินิจฉัยโดยสุจริต เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชน และสามารถสร้างขวัญกำลังใจให้แก่เจ้าหน้าที่ซึ่งต้องแบกภาระหนักขึ้นมาก ทำให้ผลสำรวจความ

พึงพอใจของเจ้าหน้าที่ ซึ่งในช่วงเริ่มต้นนับว่าต่ำมาก เพียงร้อยละ 45.6 ในปี 2546 เพิ่มเป็นร้อยละ 73.6 ใน ปี 2556 และความพึงพอใจของประชาชนก็เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 83.0 ในปี 2546 เป็นร้อยละ 95.1 ในปี 2556 (ดูกราฟ)

ความพึงพอใจของผู้มีสิทธิและผู้ให้บริการ
ต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2546-2556



ข้อมูล: ผลการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนและผู้ให้บริการและผู้ให้บริการต่อการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2546-2556 ดำเนินการโดย ABAC Poll

ดังนั้น จึงไม่มีเหตุผลใด ๆ ทั้งสิ้นที่จะใช้อำนาจ ม.44 แห่งรัฐธรรมนูญชั่วคราว พ.ศ. 2557 ระงับการปฏิบัติหน้าที่ของนายแพทย์วินัย ได้เลย

มีข้อน่าสังเกตว่า ปัญหาข้อกฎหมายที่เกิดขึ้น เกิดจากการวินิจฉัยข้อกฎหมายของเจ้าหน้าที่ สตง. บางคน ที่พื้นฐานเป็นนักบัญชี มีความรู้ด้านกฎหมายจำกัด แต่ตีความกฎหมายอย่างคับแคบ ทำให้เกิดกรณีทักท้วง และเป็นปัญหาแก่การปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ที่ต้องบริการประชาชน และผู้บริหารที่ใช้ดุลพินิจโดยสุจริต ทำให้เกิดความขลุกขลักในการปฏิบัติงานเพื่อประโยชน์สุขของประชาชน และกระทบต่อขวัญกำลังใจของเจ้าหน้าที่ พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุขต่าง ๆ อย่างมาก

มูลเหตุของปัญหาดังกล่าวก็คือ การที่เจ้าหน้าที่ สตง. บางคนตีความขอบเขตการใช้เงิน “กองทุน” หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยจำกัดกรอบอยู่ในคำจำกัดความ ตามมาตรา 3 แห่ง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งกำหนดว่า “บริการสาธารณสุข”หมายความว่า *บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งให้**โดยตรง**แก่บุคคลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ทั้งนี้ ให้รวมถึงการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ* แต่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตีความกรอบการใช้เงินกองทุนตามมาตรา 38 และ มาตรา 18

เจ้าหน้าที่ สตง. ยึดติดกับคำว่า “โดยตรง” เสมือนเป็นพระเจ้าและนำไปใช้ตัดสินกรณีต่าง ๆ ทำให้เกิดปัญหาอุปสรรคมากมายตามมา

เรื่องดังกล่าว คณะกรรมการชุดนี้ได้วินิจฉัยไว้ชัดเจน ดังนี้

> *“1. โดยที่เจตนารมณ์แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 บัญญัติขึ้นรองรับบทบัญญัติมาตรา 42 และมาตรา 82 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 กล่าวคือ ด้านหนึ่งมีเจตนารมณ์ต้องการให้ชนชาวไทยมีสิทธิเสมอกันในการได้รับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน อีกด้านหนึ่งรัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง และส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเอกชนมีส่วนร่วมเท่าที่จะกระทำได้*
>
> *2. วัตถุประสงค์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้บัญญัติไว้ในมาตรา 38 ให้ “จัดตั้งกองทุนขึ้นกองทุน*

หนึ่งในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรียกว่า "กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ" ***มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ*** *" และให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติบริหารจัดการกองทุนตามมาตรา 18 ซึ่งบัญญัติให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีอำนาจหน้าที่ (4) กำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน และ (6) ออกระเบียบเกี่ยวกับการรับเงิน การจ่ายเงิน และการรักษาเงินกองทุนตามมาตรา 40 ซึ่งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ออกระเบียบฯ ว่าด้วย การรับเงิน จ่ายเงิน และเก็บรักษาเงินกองทุน พ.ศ. 2555 โดยความในข้อ 11 ของระเบียบดังกล่าวกำหนดให้การจ่ายเงินกองทุน ให้จ่ายได้ในกรอบวัตถุประสงค์เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ทั้งนี้เพื่อเป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ เช่น จ่ายเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข จ่ายเป็นค่าใช้จ่ายให้สถานบริการกรณีอุบัติเหตุหรือฉุกเฉิน จ่ายเป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการ จ่ายเป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้ให้บริการกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข จ่ายให้แก่องค์กรชุมชน องค์กรเอกชนและภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จ่ายเป็นเงินสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ รวมทั้งการพัฒนาระบบบริการและบุคลากรตามที่คณะกรรมการจัดสรรให้ใน*

แต่ละปี เป็นต้น

3. เมื่อพิจารณาเจตนารมณ์ของ "วัตถุประสงค์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ" ในชั้นการพิจารณายกร่างพระราชบัญญัติ ปรากฏว่า ในชั้นยกร่างกฎหมายตามบันทึกรายงานการประชุมคณะกรรมาธิการวุฒิสภาในวันที่ 13 สิงหาคม พ.ศ. 2545 พบว่ามีกรรมาธิการฯ เสนอให้ตัดคำว่า "สนับสนุนและส่งเสริม" ออกจากข้อความว่า "เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ" โดยกรรมาธิการประสงค์จะจำกัดการใช้เงินกองทุนแบบแคบ เพียงแค่เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการเท่านั้น แต่สุดท้ายที่ประชุมคณะกรรมาธิการฯ มิได้เห็นชอบตามที่กรรมาธิการท่านนั้นเสนอ และยังคงข้อความเดิมดังนี้ "....เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ...." ซึ่งแสดงให้เห็นว่าวัตถุประสงค์กองทุนตามมาตรา 38 มีขอบเขตการใช้จ่ายเงินกองทุนกว้างกว่าค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขให้แก่หน่วยบริการเท่านั้น กล่าวคือ สามารถจ่ายให้หน่วยงานอื่นที่จำเป็นเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดการจัดบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพหรือมีประสิทธิภาพมากขึ้นได้ นอกจากนี้เมื่อใช้หลักการตีความโดยอาศัยบทบัญญัติของกฎหมายอื่นที่ใกล้เคียงเป็นแนววินิจฉัย พบว่า พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ได้จัดตั้ง "กองทุนประกันสังคม" ขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นทุนใช้จ่ายให้ผู้ประกันตนได้รับประโยชน์ทดแทน .... (ตามมาตรา 21) และคณะกรรมการประกันสังคมมีอำนาจกำหนดระเบียบ

ว่าด้วยการรับเงิน การจ่ายเงิน และการเก็บรักษาเงินกองทุน (ประกันสังคม) โดยความเห็นชอบของกระทรวงการคลัง (ตามมาตรา 25) ซึ่งก็ได้กำหนดการจ่ายเงินกองทุนประกันสังคม "เป็นค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลหรือแพทย์" โดยที่กฎหมายประกันสังคมมิได้มีมาตราใดบัญญัติให้จ่ายเงินกองทุนประกันสังคมให้แก่สถานพยาบาลหรือแพทย์ได้ ซึ่งเมื่อเทียบเคียงกับพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 แล้ว กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ และคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีอำนาจหน้าที่บริหารจัดการกองทุนตามมาตรา 18 (4) และออกระเบียบว่าด้วยการรับเงิน จ่ายเงิน และเก็บรักษาเงินกองทุน ตามมาตรา 18 (6) จึงมีลักษณะเช่นเดียวกันกับกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม จึงเห็นว่าคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถออกหลักเกณฑ์การบริหารจัดการกองทุน และกำหนดประเภทการจ่ายเงินกองทุนในระเบียบว่าด้วยการรับเงิน จ่ายเงิน และเก็บรักษาเงินกองทุนได้ ทั้งนี้ภายใต้กรอบวัตถุประสงค์ของกองทุนตามมาตรา 38

4. การพิจารณาการใช้จ่ายเงินว่าจะเป็นไปตามกรอบวัตถุประสงค์ของกองทุนหรือไม่ มีความจำเป็นต้องพิจารณาบทบัญญัติของกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องร่วมด้วย เนื่องจากหน่วยบริการที่มีสถานะเป็นส่วนราชการจะต้องถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยเงินบำรุงของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ. 2536 ซึ่งออกตามความในมาตรา 24 วรรคห้า แห่งพระราชบัญญัติวิธีการงบประมาณ พ.ศ. 2502 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ตลอดจน กฎ หนังสือเวียนซ้อมความเข้าใจ ซึ่งออกโดยอาศัยอำนาจของระเบียบข้างต้น"

โดยหลักการ หน่วยงานอย่าง สปสช. เป็นพัฒนาการของระบบบริหารราชการภาครัฐ เพื่อตอบสนองการแก้ปัญหาของประชาชน ซึ่งมีความละเอียดอ่อน ซับซ้อน และอ่อนไหวมากขึ้น "หน่วยราชการ" ที่ดำเนินการมาช้านาน มีข้อจำกัดในการทำงานแก้ปัญหาของประเทศชาติและประชาชน จึงจำเป็นต้องสร้าง "นวัตกรรมการบริหาร" คือ องค์กรในรูปแบบใหม่ ๆ ขึ้น เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาที่มีความหลากหลายและซับซ้อนให้มีประสิทธิผล และประสิทธิภาพมากขึ้น การตั้งหน่วยงานอย่าง สปสช. ซึ่งเป็นองค์การมหาชน เจตนารมณ์สำคัญก็เพื่อ (1) ลดระเบียบ และขั้นตอนของราชการที่เป็นอุปสรรคขัดขวางประโยชน์สุขของประชาชนที่พึงได้รับจากการบริหารและบริการของรัฐ (2) เพื่อให้มีคณะบุคคลเข้ามาช่วยกันใช้ดุลพินิจ แทนการใช้อำนาจเบ็ดเสร็จเด็ดขาดของอธิบดีหรือปลัดกระทรวง ซึ่งมีโอกาสถูกแทรกแซงครอบงำจากการเมืองที่ฉ้อฉลได้มาก

ที่ผ่านมากว่าหนึ่งทศวรรษ สปสช. สามารถบริหารงานได้ดีเยี่ยม ทั้งจาก (1) การประเมินของทางราชการ (2) การประเมินของนักวิชาการภายในประเทศ (3) การประเมินของนักวิชาการจากองค์การระหว่างประเทศ เช่น องค์การอนามัยโลก ธนาคารโลก และนักวิชาการจากมหาวิทยาลัยชั้นนำของโลก (4) จากการประเมินความพึงพอใจทั้งของประชาชน และผู้ให้บริการในโรงพยาบาล โดยมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องทุกปี รวมทั้งการตรวจสอบของ สตง. สื่อมวลชน คณะรัฐมนตรี รัฐสภา และอื่น ๆ ทั้งหมดนี้ ย่อมเป็นหลักประกันได้พอสมควรว่าเราเดินมาถูกทางแล้ว การที่ สตง. ซึ่งเจ้าหน้าที่อาจมีความรู้ความเข้าใจไม่

เพียงพอ มุ่งประเด็นเล็กประเด็นน้อย และมุ่งใช้อำนาจมากกว่ามุ่งมองประสิทธิผล ประสิทธิภาพ และหลักธรรมาภิบาลข้ออื่น ๆ จึงทำให้ สตง. กลายเป็นอุปสรรคที่จะดึงองค์กรของรัฐที่มิใช่ราชการ ให้เข้ามาอยู่ในกรอบและพันธนาการอันคับแคบของราชการ สิ่งที่ สตง. ทำจึงอาจเป็นบาปอกุศล มากกว่าเป็นกุศล

การที่ สตง. “อาละวาด” เอากับหน่วยงานต่าง ๆ ทั่วประเทศ โดยเฉพาะกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งมีอยู่กว่า 7,800 แห่ง แม้สามารถป้องกัน ป้องปราม และขจัดปัญหาการทุจริตคอรัปชั่น ตลอดจนการใช้งบประมาณที่ไม่สมประโยชน์ได้บ้าง แต่ก็ทำได้ไม่มาก ตรงกันข้าม ส่วนที่ทำความอึดอัด ขัดขวาง คนทำงานที่สุจริต เพื่อแก้ปัญหาของประชาชนอาจจะมากกว่า

การที่ผู้มีอำนาจเบื้องบนพลาด ใช้อำนาจตามมาตรา 44 กระทำกับนายแพทย์วินัย โดยข้อมูลที่ผิดพลาดในลักษณะนี้ จึงควรเป็นบทเรียนครั้งสำคัญ และควรเร่งแก้ไขเยียวยาโดยเร็ว

ปล. 1. ในการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 6 กรกฎาคม 2558 ที่ประชุมมีความเห็นยืนยันหลักการตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในอดีตได้ออกระเบียบให้ใช้เงินกองทุนจ่ายเป็นค่าเสียหายเบื้องต้นแก่เจ้าหน้าที่ที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข ว่าเป็นการถูกต้องแล้ว

ผู้เขียนขอเน้นว่า การที่คณะกรรมการตรวจสอบการใช้งบประมาณภาครัฐ (คตร.) เสนอให้ยุติการจ่ายเงินกรณีดังกล่าว เป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง และเป็นการทำลายขวัญกำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั่วประเทศอย่างมาก

2. นายแพทย์วินัย สวัสดิวร เลขาธิการ สปสช. ได้ไปพบรัฐมนตรีว่าการกระทรวงยุติธรรม และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับผิดชอบกับการเสนอให้หัวหน้า คสช. ใช้อำนาจมาตรา 44 กับตนแล้วเพื่อสอบถามว่า มีความผิดหรือบกพร่องร้ายแรงใด จึงเป็นเหตุให้ถูกคำสั่งร้ายแรงเช่นนั้นปรากฏว่าไม่มีผู้ใดชี้แจงได้ว่า มีความผิดหรือบกพร่องร้ายแรงใด ๆ คำตอบจึงยัง “อยู่ในสายลม” แต่ก่อนกลับมีเจ้าหน้าที่มา “กระซิบ” กับนายแพทย์วินัยปรามมิให้ให้ข่าวการไปพบครั้งนั้น และบอกว่า กรณี “งบค่าเสื่อม” ที่โรงพยาบาลหลายแห่งนำไปใช้ไม่ถูกต้อง นายแพทย์วินัยในฐานะดูแลงบประมาณก้อนนี้ จึงต้องมีส่วนรับผิดชอบ



รางวัลผลการดำเนินงานดีเด่น



รางวัลประสิทธิภาพการบริหารพัฒนาทุนหมุนเวียนดีเด่น

3. ปี 2558 สปสช. ได้รับรางวัล 2 รางวัล คือ 1) รางวัลผลการดำเนินงานดีเด่น 2) รางวัลประสิทธิภาพการบริหารพัฒนาทุนหมุนเวียนดีเด่น และ พล.อ.ประยุทธ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี ได้ไปเป็นผู้มอบรางวัลด้วยตนเอง เมื่อวันที่ 23 กันยายน 2558



ปัจฉิมลิขิต

ปัจฉิมลิขิต

1. หนังสือเล่มนี้ ตีพิมพ์ครั้งแรกเมื่อเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2558 หลังจากนั้นระบบบัตรทองได้พัฒนาฝ่าคลื่นลมมาได้อย่างต่อเนื่อง โดยสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ มีการพัฒนาเพิ่มขึ้นตามลำดับ

ในปีแรก เมื่อเริ่มระบบบัตรทอง เริ่มนำร่องในปี พ.ศ. 2544 และครอบคลุมทั้งประเทศในปี พ.ศ. 2545 สิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ยังเป็นเพียงสิทธิประโยชน์พื้นฐานเท่านั้น ไม่ครอบคลุมแม้แต่การรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งเป็นกลุ่มที่ทุกข์ยากลำบากมากที่สุด และมีส่วนร่วมในการรวบรวมรายชื่อและเคลื่อนไหวในการเสนอร่าง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างแข็งขัน เพราะงานใหญ่เช่นนี้ ต้อง “เร่งทำช้าช้า” เพราะเป็น “งานสำคัญที่ต้องไม่ทำแบบเร่งด่วน”

การเพิ่มสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ มีการดำเนินการอย่างรอบคอบ ยาและวิธีการรักษาต่าง ๆ ต้องผ่านการศึกษาอย่างเป็นระบบ โดยมีหลักเกณฑ์การพิจารณาว่า (1) ต้องมีความปลอดภัย (safety) (2) มีประสิทธิศักย์ (efficacy) หรือได้ผลในการบำบัดรักษา (3) มีความคุ้มค่า (cost-effectiveness) (4) มีการพิจารณาเรื่องภาระงบประมาณในระยะยาวเพื่อความยั่งยืน (sustainability) ของระบบ โดยดำเนินการทุกขั้นตอนอย่างโปร่งใส (Transparency) และรอบคอบ โดยไม่มีการ “หมกเม็ด” เช่น กรณี

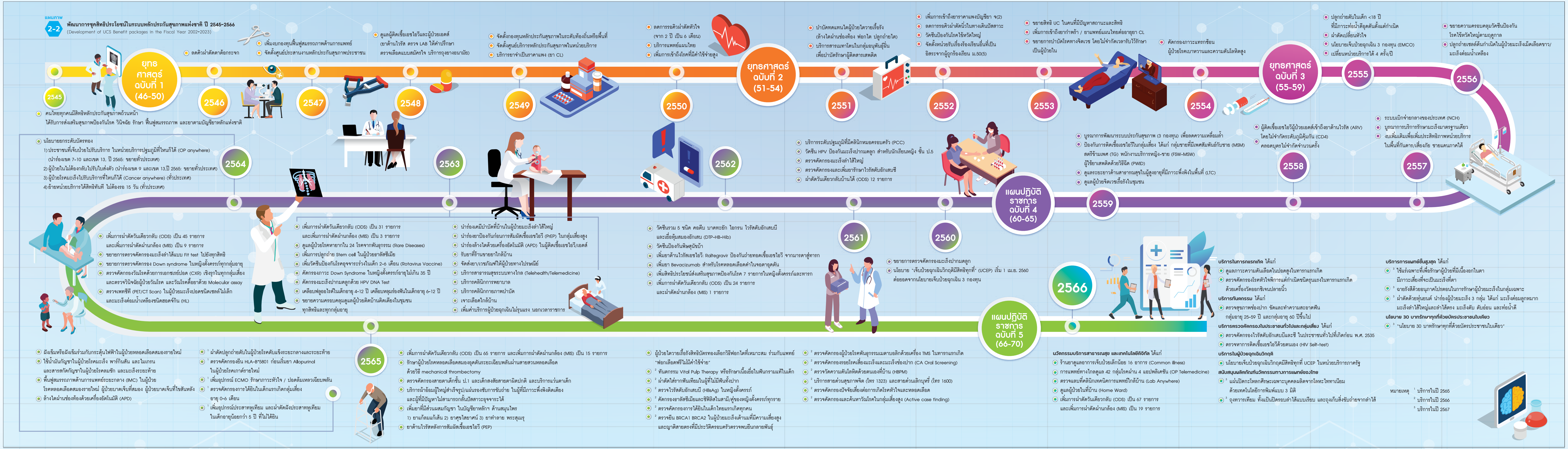
การบำบัดทดแทนไต ได้มีการศึกษาถึงภาระระยะยาวของงบประมาณ โดยผ่านการพิจารณาของ “องค์คณะ” หลายคณะ ได้แก่ (1) คณะทำงานวิชาการ (2) คณะอนุกรรมการด้านสิทธิประโยชน์ (3) คณะอนุกรรมการการเงินการคลัง (4) คณะอนุกรรมการประสานยุทธศาสตร์ ก่อนเสนอต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน หลังจากนั้นก็เสนอให้คณะรัฐมนตรีเป็นผู้พิจารณาตัดสิน

การดำเนินการอย่างรอบคอบ บนพื้นฐานข้อมูลและหลักฐานทางวิชาการที่รอบด้าน ผ่านการพิจารณาอย่างเป็นขั้นตอน ทำให้สามารถเพิ่มสิทธิประโยชน์ในระบบบัตรทองได้อย่างมีเหตุมีผล โดยสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ดี ดังปรากฏค่าใช้จ่ายต่อหัวในระบบบัตรทองยังถูกกว่าระบบประกันสังคม และข้อสำคัญถูกกว่าระบบสวัสดิการข้าราชการถึงราว 4 เท่า

นับจากปี พ.ศ. 2545 จนถึง พ.ศ. 2557 สิทธิประโยชน์ในระบบบัตรทอง มีรวมทั้งสิ้น 31 รายการ หลังจากนั้น ก็ค่อย ๆ เพิ่มขึ้นตามลำดับ นับจากปี 2558 ถึงปี 2566 สิทธิประโยชน์เพิ่มขึ้นอีก 135 รายการ โดยมีการพิจารณารวมทั้งสิ้น 127 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 166 รายการ รายละเอียดตามแผนภาพและตารางพัฒนาการชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2545-2566

พัฒนาการชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2545-2566

(Development of UCS Benefit package in the Year 2002-2023)



พัฒนาการชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2545-2566

ปี	สิทธิประโยชน์
2545	1. คนไทยทุกคนมีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้รับการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค วินิจฉัย รักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพ และยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ
2546	2. ลดคิวผ่าตัดตาต้อกระจก
2547	3. เพิ่มงบกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ 4. จัดตั้งศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน
2548	5. ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ยาต้านไวรัส ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ให้คำปรึกษาตรวจเลือดแบบสมัครใจ บริการถุงยางอนามัย)
2549	6. จัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ 7. จัดตั้งศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพในหน่วยบริการ 8. บริการยาจำเป็นราคาแพง Compulsory Licensing (CL)
2550	9. ลดการรอคิวผ่าตัดหัวใจ (จาก 2 ปี เป็น 6 เดือน) 10. บริการแพทย์แผนไทย 11. เพิ่มการเข้าถึงโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง
2551	12. บำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง (ล้างไตผ่านช่องท้อง ฟอกไต ปลูกถ่ายไต) 13. บริการสารเมทาโดนในกลุ่มอนุพันธุ์ฝิ่น เพื่อบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติด
2552	14. เพิ่มการเข้าถึงยาราคาแพงบัญชียา จ (2) 15. ลดการรอคิวผ่าตัดนิ่วในทางเดินปัสสาวะ 16. วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ 17. จัดตั้งหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน ม.50(5)

ปี	สิทธิประโยชน์
2553	18. ขยายสิทธิ UC ในคนที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ 19. เพิ่มการเข้าถึงยากำพร้า/ยาแพทย์แผนไทย 20. ต่ออายุยา CL 21. ขยายการบำบัดโรคทางจิตเวช โดยไม่จำกัดเวลารับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน
2554	22. คัดกรองภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
2555	23. ปลูกถ่ายตับในเด็กอายุน้อยกว่า 18 ปี ที่มีภาวะท่อน้ำดีอุดตันตั้งแต่กำเนิด 24. ผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ 25. เจ็บป่วยฉุกเฉิน 3 กองทุน 26. เปลี่ยนหน่วยบริการได้ 4 ครั้ง/ปี
2556	27. ขยายความครอบคลุมวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล 28. ปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลือง
2557	29. ระบบเบิกจ่ายกลางของประเทศ (National clearing house: NCH) 30. บูรณาการบริการรักษามะเร็งมาตรฐานเดียว 31. งบเพิ่มเติมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพหน่วยบริการในพื้นที่กันดาร เสี่ยงภัย และพื้นที่ชายแดนภาคใต้
2558	32. เพิ่มการเข้าถึงบัญชียา จ(2) 4 รายการ ได้แก่ ยา Trastuzumab ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น ยา Peginterferon ในผู้ป่วยติดเชื้อตับอักเสบซี สายพันธุ์ 2, 3 สายพันธุ์ 1, 6 และที่ติดเชื้อเอชไอวี ยา Nilotinib และยา Dasatinib ในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลือง 33. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์เข้าถึงยาต้านไวรัส (Antiretroviral drugs: ARV drugs) โดยไม่จำกัดระดับภูมิคุ้มกัน (any CD4 level) 34. คลอดบุตรไม่จำกัดจำนวนครั้ง

ปี	สิทธิประโยชน์
2559	35. บูรณาการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ (3 กองทุน) เพื่อลดความเหลื่อมล้ำ 36. ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (Men who have sex with men: MSM), สตรีข้ามเพศ (Transgender: TG), พนักงานบริการชาย (Men sex worker: MSW), พนักงานบริการหญิง (Female sex worker: FSW), ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด (People who inject drugs: PWID) 37. ดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long-term care: LTC) 38. ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน
2560	39. ขยายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 40. ประกาศนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติ มีสิทธิทุกที่” (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP) เริ่ม 1 เม.ย. 2560 ต่อยอดจากนโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉิน 3 กองทุน
2561	41. บริการระดับปฐมภูมิที่มีคลินิกหมอครอบครัว (Primary care cluster: PCC) 42. วัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก (Human papillomavirus vaccine: HPV vaccine) สำหรับนักเรียนหญิงชั้น ป. 5 43. ตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ 44. ตรวจคัดกรองและเพิ่มยารักษาไวรัสตับอักเสบซี 45. ผ่าตัดวันเดียวกลับบ้านได้ (One Day Surgery: ODS) 12 รายการ
2562	46. เพิ่มสิทธิประโยชน์วัคซีนและยา จ(2) (1) วัคซีนรวม 5 ชนิด คอตีบ บาดทะยัก ไอกรน ไวรัสตับอักเสบบี และเยื่อหุ้มสมองอักเสบ (DTP-HB-Hib) (2) วัคซีนพิษสุนัขบ้า

ปี	สิทธิประโยชน์
	(3) ยาต้านไวรัสเอชไอวี: Raltegravir ป้องกันถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก (4) ยา Bevacizumab สำหรับโรคหลอดเลือดดำในจอตาอุดตัน
	47. เพิ่มสิทธิประโยชน์ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค 7 รายการ ในหญิงตั้งครรภ์และทารก (1) ตรวจยืนยันโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์และสามี (2) ตรวจคัดกรองดาวน์ซินโดรมในหญิงตั้งครรภ์อายุ 35 ปีขึ้นไป (3) ตรวจคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนในเด็กแรกเกิด (4) เพิ่มรายการสิทธิประโยชน์การฝากครรภ์ (5) บริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร (ใส่ห่วง/ฝังยาคุมกำเนิด) ในหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี (6) บริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร (ใส่ห่วง/ฝังยาคุมกำเนิด) ในหญิงอายุ 20 ปีขึ้นไป กรณียุติการตั้งครรภ์ (7) เพิ่มรายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 48. เพิ่มการผ่าตัดวันเดียวกลับบ้านได้ (ODS) เป็น 24 รายการ 49. ผ่าตัดผ่านกล้อง (Minimally Invasive Surgery: MIS) 1 รายการ
2563	50. เพิ่มการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (ODS) เป็น 31 รายการ 51. เพิ่มการผ่าตัดผ่านกล้อง (MIS) เป็น 3 รายการ 52. การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก (Rare Disease) ครอบคลุม 24 โรคจากพันธุกรรมเมแทบอลิกชนิดความผิดปกติของสารโมเลกุลเล็ก 53. เพิ่มการปลูกถ่าย Stem cell ในผู้ป่วยธาลัสซีเมีย 54. วัคซีนป้องกันโรคอุจจาระร่วงจากเชื้อไวรัสโรตา (Rotavirus) ในทารกอายุ 2-6 เดือน 55. นำร่องคัดกรองภาวะดาวน์ซินโดรม ในหญิงตั้งครรภ์อายุไม่เกิน 35 ปี 56. เพิ่มทางเลือกคัดกรองมะเร็งปากมดลูกวิธี HPV DNA test

ปี	สิทธิประโยชน์
	57. เคลือบฟลูออไรด์ในเด็กอายุ 4-12 ปี และเคลือบหลุมร่องฟันในเด็กอายุ 6-12 ปี 58. ขยายระบบดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงครอบคลุมคนไทยทุกสิทธิและทุกกลุ่มอายุ 59. นำร่องบริการเคมีบำบัดที่บ้านในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ 60. นำร่องยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (Pre-Exposure Prophylaxis: PrEP) โดยกินเป็นประจำในกลุ่มเสี่ยง หรือกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงในการรับเชื้อเอชไอวี 61. เพิ่มค่าบริการกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรงนอกเวลาราชการ ช่วยเพิ่มคุณภาพบริการห้องฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (ER คุณภาพ) 62. นำร่องบริการล้างไตผ่านช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (Automated peritoneal dialysis: APD) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์ 63. บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิวิถีใหม่ (New normal) เน้นการจัดบริการนอกหน่วยบริการและในชุมชนเพื่อลดความแออัดในหน่วยบริการ และสนับสนุนนโยบายเว้นระยะห่างทางสังคม (Social distancing) จากสถานการณ์ระบาดโควิด-19 ได้แก่ บริการร้านยาสุขภาพชุมชน (ร้านยาใกล้บ้าน) บริการจัดส่งยา/เวชภัณฑ์ให้ผู้ป่วยที่บ้าน บริการสาธารณสุขระบบทางไกล (Telehealth/Telemedicine) บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการนอกหน่วยบริการ (เจาะเลือดใกล้บ้าน) บริการด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ และบริการด้านกายภาพบำบัดที่บ้านหรือชุมชน
2564	64. นโยบายยกระดับบัตรทอง เพื่อให้ (1) ประชาชนที่เจ็บป่วยไปรับบริการ ในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ไหนก็ได้ (OP anywhere) (ปี 2564: นำร่องเขต 7-10 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และเขต 13 กรุงเทพฯ, ปี 2565: ขยายทั่วประเทศ)

ปี	สิทธิประโยชน์
	(2) ผู้ป่วยในไม่ต้องกลับไปรับใบส่งตัว (นำร่องเขต 9 นครราชสีมา และเขต 13 กรุงเทพฯ, ปี 2565: ขยายทั่วประเทศ) (3) ผู้ป่วยโรคมะเร็งไปรับบริการที่ไหนก็ได้ (Cancer anywhere) (ทั่วประเทศ) (4) ย้ายหน่วยบริการได้สิทธิทันที ไม่ต้องรอ 15 วัน (ทั่วประเทศ) 65. เพิ่มการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) จาก 31 เป็น 45 รายการ และเพิ่มการผ่าตัดผ่านกล้อง (Minimally Invasive Surgery: MIS) จาก 4 เป็น 9 รายการ 66. ขยายการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้แบบ Fit test ไปยังทุกสิทธิ และขยายการตรวจคัดกรอง Down syndrome ในหญิงตั้งครรภ์ทุกกลุ่มอายุ 67. คัดกรองวัณโรคด้วยการเอกซเรย์ปอด (Chest X-ray: CXR) เชิงรุกในทุกกลุ่มเสี่ยง และตรวจทางห้องปฏิบัติเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรคและวัณโรคดื้อยาด้วยวิธี Molecular assay 68. บริการตรวจเพทซีที (PET/CT Scan) ในผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อเป็นทางเลือกสำหรับ 1) การประเมินระยะของโรคมะเร็งปอดชนิดเซลล์ไม่เล็ก (NSCLC) 2) การประเมินระยะโรคเริ่มต้นและประเมินการตอบสนองระหว่างให้ยาเคมีบำบัดและหลังสิ้นสุดการรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดฮอดจ์กิน (HL) 69. บริการฝังเข็มหรือฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้าในผู้ป่วยกลุ่มหลอดเลือดสมองรายใหม่ 70. การใช้น้ำมันกัญชาในผู้ป่วยโรคมะเร็ง พาร์กินสัน และไมเกรน และสารสกัดกัญชาในผู้ป่วยโรคลมชัก และมะเร็งระยะท้าย 71. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ (Stroke)

ปี	สิทธิประโยชน์
	ผู้ป่วยสมองได้รับบาดเจ็บ (Traumatic brain injury) และผู้ป่วยบาดเจ็บที่ ไขสันหลัง (Spinal cord injury)
	72. บริการล้างไตผ่านช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (APD)
	73. ยารักษามะเร็ง 3 รายการ ได้แก่ 1) ยาเคปไซตาบีนชนิดเม็ด (Capecitabine /tab) รักษาโรคมะเร็งลำไส้ มะเร็งกระเพาะอาหาร และมะเร็งเต้านมแบบรับประทาน ให้ผู้ป่วยรักษาเคมีบำบัดที่บ้านได้ 2) ยาอ๊อกซาลิพลาติน ชนิดฉีด (Oxaliplatin /injection) และ 3) ยาอิริโนทีแคน HCL ชนิดฉีด (Irinotecan HCl /injection) ใช้ร่วมกัน เพื่อรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ จากเดิมที่ผู้ป่วยต้องนอนให้ยาที่โรงพยาบาลหนึ่งวันเหลือเพียง 2 ชั่วโมง
	74. บริการยาสูตรผสมโซฟอสบูเวียร์/เวลพาทาสเวียร์ (Sofosbuvir/Velpatasvir) ที่มีกลไกการออกฤทธิ์โดยตรงในการยับยั้งไวรัสตับอักเสบซี (Hepatitis C Direct Acting Antiviral: HCV DAA) ใช้รักษาโรคไวรัสตับอักเสบซีได้ทุกสายพันธุ์
	75. ผ่าตัดปลูกถ่ายตับในผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะกลางและระยะท้าย[1]
	76. ตรวจคัดกรองยีน Human Leukocyte Antigen allele-B*5801 (HLA-B*5801) ก่อนให้ยา Allopurinol ในผู้ป่วยโรคเกาต์รายใหม่[1]
	77. บริการอุปกรณ์ Extracorporeal Membrane Oxygenator (ECMO) ในการรักษาภาวะหัวใจ และ/หรือ ปอดล้มเหลวเฉียบพลัน[1]
	78. ตรวจคัดกรองการได้ยินในเด็กแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง อายุ 0-6 เดือน[1]
	79. รายการอุปกรณ์ประสาทหูเทียม ชนิด rechargeable สำหรับการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียมในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี ที่มีระดับการได้ยิน 90 dB ขึ้นไป และไม่เคยฝึกภาษามือ[1]
	หมายเหตุ [1] ดำเนินการในปีงบประมาณ 2565

ปี	สิทธิประโยชน์
2565	80. ขยายนโยบายยกระดับบัตรทองให้ครอบคลุมทั่วประเทศ (1) ประชาชนที่เจ็บป่วยไปรับบริการ ในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ไหนก็ได้ ไม่ต้องมีใบส่งตัว (OP anywhere) และ (2) ผู้ป่วยในไม่ต้องกลับไปรับใบส่งตัว (IP anywhere) 81. เพิ่มการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) จาก 45 รายการ เป็น 65 รายการ และเพิ่มการผ่าตัดผ่านกล้อง (Minimally Invasive Surgery: MIS) จาก 9 รายการ เป็น 15 รายการ 82. การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันระยะเฉียบพลันผ่านสายสวนหลอดเลือดด้วยวิธี mechanical thrombectomy และรายการอุปกรณ์ Detachable coil 83. เพิ่มยาบัญชี จ(2) 4 รายการ 1) ยา Imatinib และ 2) ยา Dasatinib รักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแบบเฉียบพลันชนิดลิมฟอยด์ 3) ยา Tocilizumab รักษาโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุชนิด Systemic JIA ในเด็กอายุ 2 ปีขึ้นไปที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา 4) ยา Ceftazidime/avibactam รักษาผู้ติดเชื้อ Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae 84. ตรวจคัดกรองสายตาเน้นเด็กนักเรียนชั้น ป.1 และเด็กนักเรียนที่สงสัยสายตาผิดปกติ และบริการแว่นตาสำหรับเด็กที่มีภาวะสายตาผิดปกติ 85. บริการผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำเร็จรูป/แผ่นรองซับการขับถ่าย ในผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงติดเตียง และผู้ที่มีปัญหาไม่สามารถกลั้นปัสสาวะและอุจจาระได้ 86. เพิ่มรายการยาแผนไทยที่มีส่วนผสมกัญชา 3 รายการ ในบัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร 1) ยาแก้ลมแก้เส้น แก้ลมในเส้น บรรเทาอาการปวดเมื่อยตึงกล้ามเนื้อที่มีอาการมือเท้าชา 2) ยาศุขไสยาศน์ ช่วยให้นอนหลับ เจริญอาหาร และ 3) ยาทำลายพระสุเมรุ ใช้สำหรับแก้ลม

ปี	สิทธิประโยชน์
	เปลี่ยวดำ เป็นยาเสริมเพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงจากโรคลมอัมพฤกษ์อัมพาต
	87. บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสหลังการสัมผัสเชื้อ 1) จากการทำงาน (HIV occupation Post-Exposure Prophylaxis: oPEP), 2) ไม่ใช่จากการทำงาน (HIV non-occupation PEP)
	88. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังสิทธิบัตรทองทุกคน สามารถตัดสินใจร่วมกับแพทย์ในการเลือกวิธีฟอกไตที่เหมาะสม “ฟอกเลือดฟรีไม่มีค่าใช้จ่าย” ในผู้ป่วยรายใหม่ หรือผู้ป่วยที่ล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD) อยู่ หรือผู้ป่วยที่เสียค่าใช้จ่ายฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเอง (HD Self pay) (เริ่ม 1 กุมภาพันธ์ 2565)
	89. ขยายข้อบ่งชี้การใช้ยา Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG) สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากโควิด-19 ได้แก่ กลุ่มภาวะเกล็ดเลือดต่ำที่มีอาการหลอดเลือดอุดตัน Vaccine-induced thrombotic thrombocytopenia (VITT) ภายหลังได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 กลุ่มอาการอักเสบหลายระบบ (Multisystem Inflammatory Syndrome in Children: MIS-C) ในเด็กที่ติดเชื้อโควิด-19 ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบหรือเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (Myocarditis/Pericarditis) ที่เกิดภายหลังการได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 ชนิด mRNA
	90. บริการทันตกรรม Vital Pulp Therapy หรือการรักษาเนื้อเยื่อในฟันกรามแท้[2]
	91. ผ่าตัดใส่รากฟันเทียมในผู้ที่ไม่มีฟันทั้งปาก[2]
	92. ตรวจไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg) ในหญิงตั้งครรภ์[2]
	93. คัดกรองธาลัสซีเมียในสามี/คู่ของหญิงตั้งครรภ์ทุกราย[2]

ปี	สิทธิประโยชน์
	94. คัดกรองซิฟิลิสในสามี/คู่ของหญิงตั้งครรภ์ทุกราย[2]
	95. ตรวจคัดกรองการได้ยินในเด็กไทยแรกเกิดทุกคน[2]
	96. ตรวจยีน BRCA1 BRCA2 ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งรังไข่ที่มีความเสี่ยงสูงและญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์[2]
	97. ตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกด้วยเครื่อง Tandem mass spectrometry (TMS) ในทารกแรกเกิด[2]
	98. คัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก (CA Oral Screening)[2]
	99. ตรวจวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (HBPM)[2]
	100. บริการสายด่วนเลิกบุหรี่และสายด่วนสุขภาพจิต (โทร 1600)[2]
	101. คัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด[2]
	102. คัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง (Active case finding)[2]
	หมายเหตุ [2] ดำเนินการในปีงบประมาณ 2566
2566	103. คัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในทารกแรกเกิดด้วย pulse oximeter
	104. ดูแลภาวะความดันเลือดในปอดสูงในทารกแรกเกิด
	105. บริการตรวจสุขภาพช่องปาก และบริการขัดและทำความสะอาดฟันในกลุ่มอายุ 25-59 ปี และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป
	106. ร้านยาดูแลอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย 16 อาการ (Common illness)
	107. การแพทย์ทางไกลดูแล 42 กลุ่มโรคผ่าน 4 แอปพลิเคชัน (OP Telemedicine)
	108. ตรวจทางห้องปฏิบัติการที่คลินิกเทคนิคการแพทย์ใกล้บ้าน (Lab Anywhere)
	109. ดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward)
	110. เพิ่มการผ่าตัดวันเดียวกลับ (ODS) เป็น 67 รายการ และเพิ่มการ

ปี	สิทธิประโยชน์
	ผ่าตัดผ่านกล้อง (MIS) เป็น 19 รายการ 111. นโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิทุกที่ UCEP ในหน่วยบริการภาครัฐ 112. ฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลาง (IMC) สำหรับผู้ป่วยสะโพกหัก (Hip fracture) 113. การตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง HIV SELF-TEST 114. ยาต้านไวรัสสูตร TAF/FTC/DTG 115. ยา Rituximab สำหรับรักษาโรคเส้นประสาทอักเสบเรื้อรัง (CIDP) และโรคมัยแอสติเนียเกรวิสที่รุนแรง (severe MG) 116. ยา Rituximab ในการรักษาโรค autoimmune encephalitis, NAM และ RRMS 117. บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีและซี ดังนี้ (1) บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ด้วย HBsAg สำหรับประชากรทุกคนที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535 จำนวน 1 ครั้งตลอดชีวิต (2) บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี ด้วย Anti-HCV สำหรับประชากรทุกคนที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535 จำนวน 1 ครั้งตลอดชีวิต และตรวจทุกปี ๆ ละ 1 ครั้ง สำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยง 5 กลุ่ม ประกอบด้วย (1) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ (PLHIV) (2) ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID) (3) กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) (4) บุคลากรทางการแพทย์ และ (5) ผู้ต้องขัง 118. ยา Ribociclib สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามหรือระยะแพร่กระจาย ชนิด postmenopausal hormone receptor positive, human epidermal growth factor receptor 2 negative (HR+/HER2-)

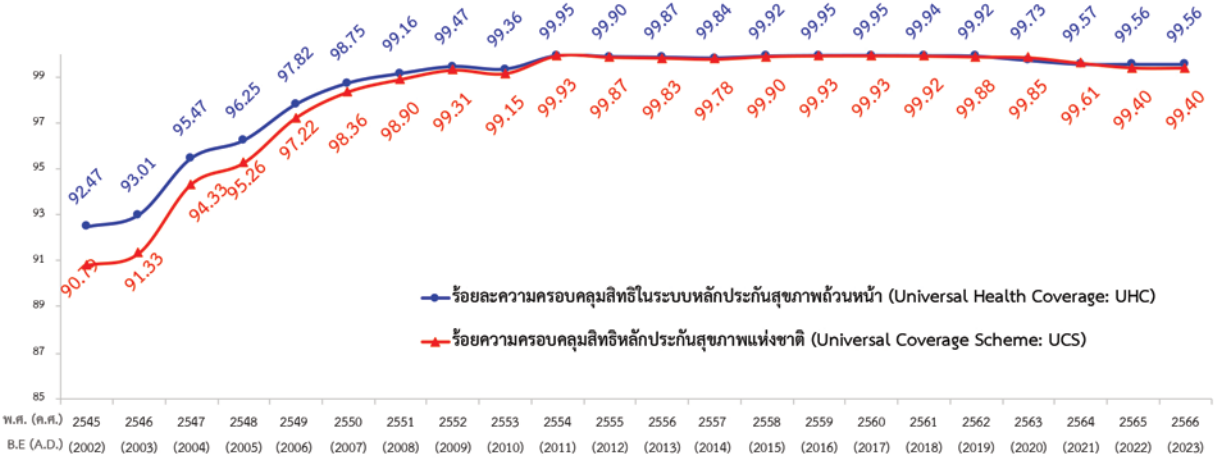
ปี	สิทธิประโยชน์
	119. เพิ่มสิทธิประโยชน์ตามรายการบริการสำหรับผู้ต้องขัง 10 รายการ (1) บริการตรวจคัดกรองวัณโรค (2) บริการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส (3) บริการตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบซีและตรวจยืนยัน (4) บริการคัดกรองโรคไม่ติดต่อและปัญหาสุขภาพอื่น ๆ (5) บริการด้านส่งเสริมสุขภาพจิต (6) บริการด้านทันตกรรมป้องกัน (7) บริการคัดกรองโรคโควิด 19 และโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ (8) วัคซีนโรคไข้หวัดใหญ่ (9) บริการคัดกรองโรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร (10)การตรวจสุขภาพทั่วไป
	120. เพิ่มสิทธิประโยชน์ยา 3 รายการ3 1) ยาโปรทรอมบินคอมเพล็กซ์เข้มข้น (aPCC) รักษาภาวะเลือดออกในผู้ป่วยฮีโมฟีเลียที่มีสารต้านแฟคเตอร์สูง 2) ยาคาร์กลูมิคแอสิด (carglumic acid) รักษาภาวะแอมโมเนียในเลือดสูงในผู้ป่วยโรคหายาก 3 โรค ได้แก่ ภาวะพร่องเอนไซม์ N-acetyl glutamate synthase (NAGS deficiency) โรคกรดเมทิลมาโลนิกคั่งในเลือด (methylmalonic acidemia) และโรคกรดโพรพิโอนิกคั่งในเลือด (propionic acidemia) 3) ยาโซมาโทรปิน (somatropin) รักษาผู้ป่วยขาดโกรทฮอร์โมน (growth hormone deficiency) ในเด็กอายุ 0-2 ปี ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ
	121. วัคซีนป้องกันโรคไอกรนชนิดไร้เซลล์ (aP vaccine) ในช่วงอายุครรภ์ 27-36 สัปดาห์ สำหรับหญิงตั้งครรภ์[3]
	122. ถุงทวารเทียม ทั้งแป้นปิดรอบลำไส้แบบเรียบ และถุงเก็บสิ่งขับถ่ายจากลำไส้[3]

ปี	สิทธิประโยชน์
	123. แผ่นปิดกะโหลกศีรษะเฉพาะบุคคลผลิตจากโลหะไทเทเนียมด้วยเทคโนโลยีการพิมพ์ 3 มิติ[3] 124. การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการบริการผ่าตัดด้วยหุ่นยนต์ (Robotic Surgery) ในมะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง มะเร็งตับ ตับอ่อน และท่อน้ำดี[3] 125. การรักษาเนื้องอกในลูกตาด้วยการวางแร่ที่ตา (eye-plaque brachytherapy)[3] 126. บริการรักษาด้วยรังสีโปรตอน สำหรับผู้ป่วยมะเร็งในกลุ่มเฉพาะ[3] 127. นโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว[3] (1) ระยะที่ 1 เริ่มดำเนินการวันที่ 7 มกราคม 2567 นำร่อง 4 จังหวัด ได้แก่ แพร่ เพชรบุรี ร้อยเอ็ด นราธิวาส (2) ระยะที่ 2 เริ่มดำเนินการวันที่ 1 มีนาคม 2567 ใน 8 จังหวัด ได้แก่ เพชรบูรณ์ นครสวรรค์ สิงห์บุรี สระแก้ว หนองบัวลำภู นครราชสีมา อำนาจเจริญ และ พังงา (3) ระยะที่ 3 เริ่มดำเนินการในเดือนพฤษภาคม 2567 ใน 6 เขตสุขภาพ ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 1, 3, 4, 8, 9 และ 12 (4) ขยายทั่วประเทศในปี 2567 หมายเหตุ [3] ดำเนินการในปีงบประมาณ 2567

2. ระบบบัตรทองมีส่วนสำคัญทำให้ความครอบคลุมในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชนไทย เพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดด จากเดิมครอบคลุมโดยระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและประกันสังคม รวมแล้วราว ร้อยละ 25 ปัจจุบันครอบคลุมเกือบร้อยละ 100

ต่อไปเป็นแผนภาพแสดงความครอบคลุมสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชนไทย (Population coverage, Universal Health Coverage: UHC)

ร้อยละความครอบคลุมสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2545-2566



หมายเหตุ: 1) ปี 2545-2562 ร้อยละความครอบคลุมสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC) = $\frac{\text{จำนวนผู้มีสิทธิ UC + สิทธิประกันสุขภาพกองทุนอื่น + บุคคลที่มีปัญหาสถานะสิทธิ} \times 100}{\text{จำนวนผู้มีสิทธิUC + สิทธิประกันสุขภาพกองทุนอื่น + บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ + บุคคลที่ยังไม่ลงทะเบียนสิทธิ}}$

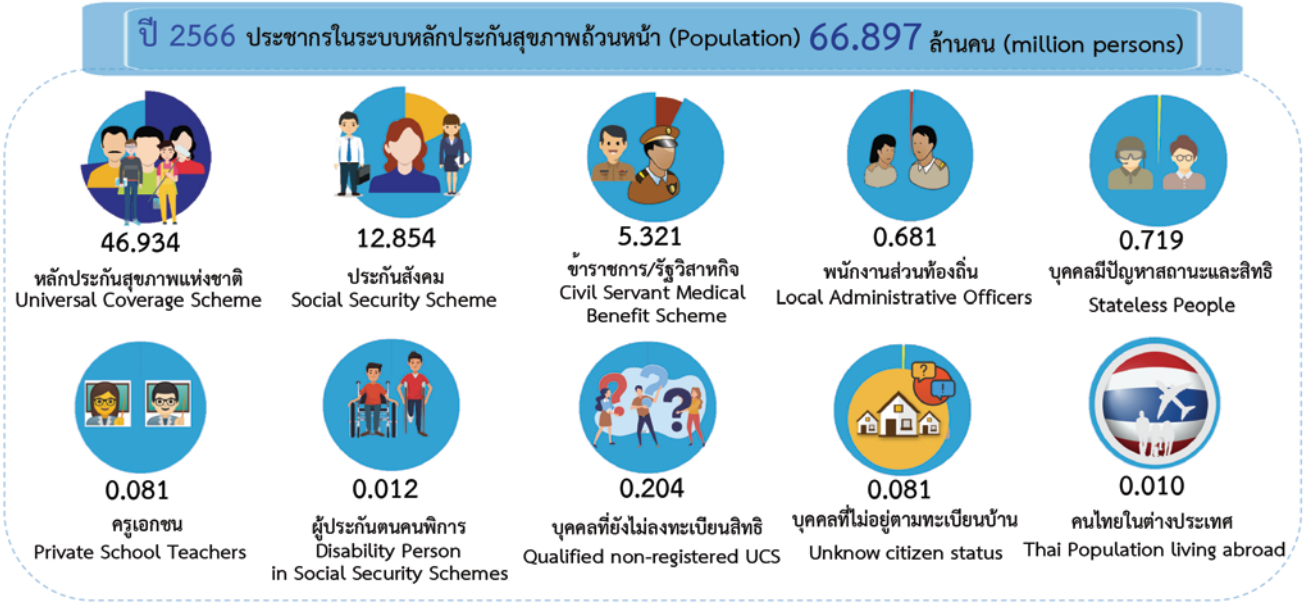
2) ปี 2563-2565 ร้อยละความครอบคลุมสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC) = $\frac{\text{จำนวนผู้มีสิทธิ UC + สิทธิประกันสุขภาพกองทุนอื่น + บุคคลที่มีปัญหาสถานะสิทธิ} \times 100}{\text{จำนวนผู้มีสิทธิ UC + สิทธิประกันสุขภาพกองทุนอื่น + บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ + บุคคลที่ยังไม่ลงทะเบียนสิทธิ + บุคคลที่ไม่อยู่ตามทะเบียนบ้าน + คนไทยในต่างประเทศ}}$

3) ปี 2545-2564 ร้อยละความครอบคลุมสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Universal Coverage Scheme: UCS) = $\frac{\text{จำนวนผู้มีสิทธิ UC} \times 100}{\text{จำนวนผู้มีสิทธิ UC + บุคคลที่ยังไม่ลงทะเบียนสิทธิ}}$

4) ปี 2565 ร้อยละความครอบคลุมสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Universal Coverage Scheme: UCS) = $\frac{\text{จำนวนผู้มีสิทธิ UC} \times 100}{\text{จำนวนผู้มีสิทธิ UC + บุคคลที่ยังไม่ลงทะเบียนสิทธิ + บุคคลที่ไม่อยู่ตามทะเบียนบ้าน}}$

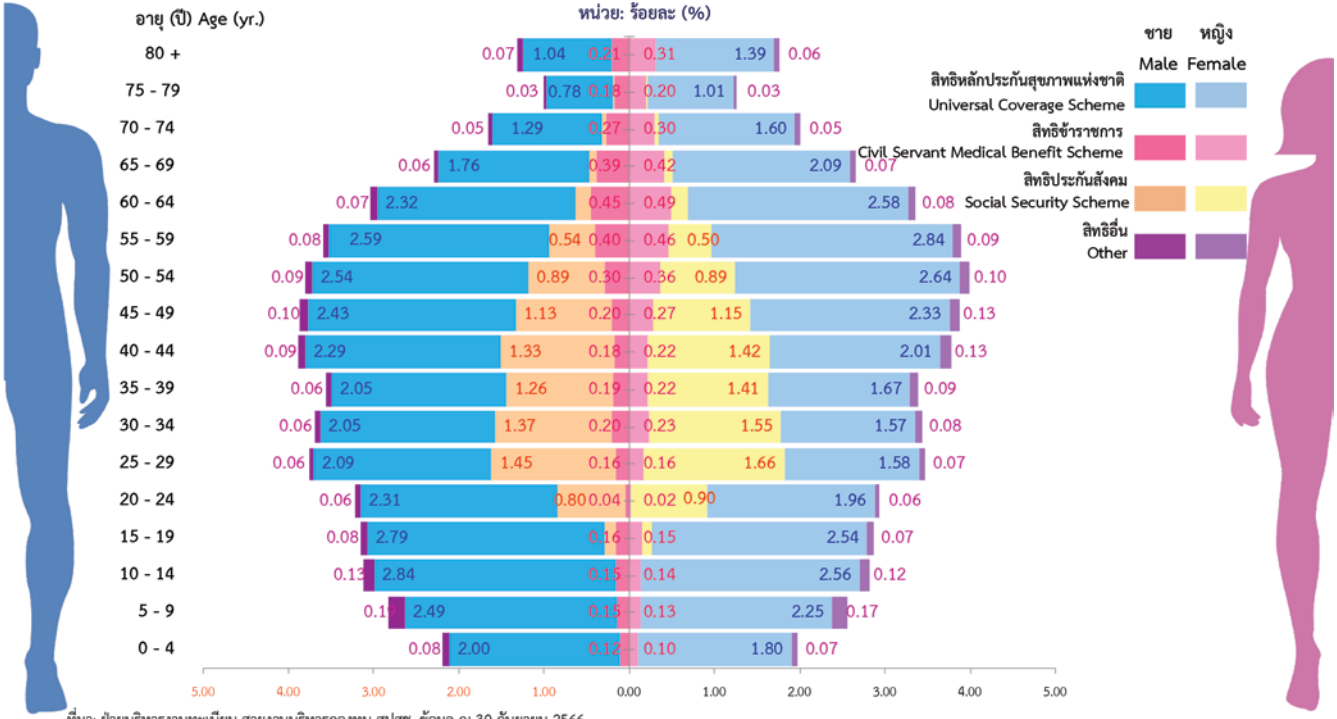
ที่มา: ฝ่ายบริหารงานทะเบียน สายงานบริหารกองทุน สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2566

จำนวนประชากรไทย จำแนกตามสิทธิหลักประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ 2566



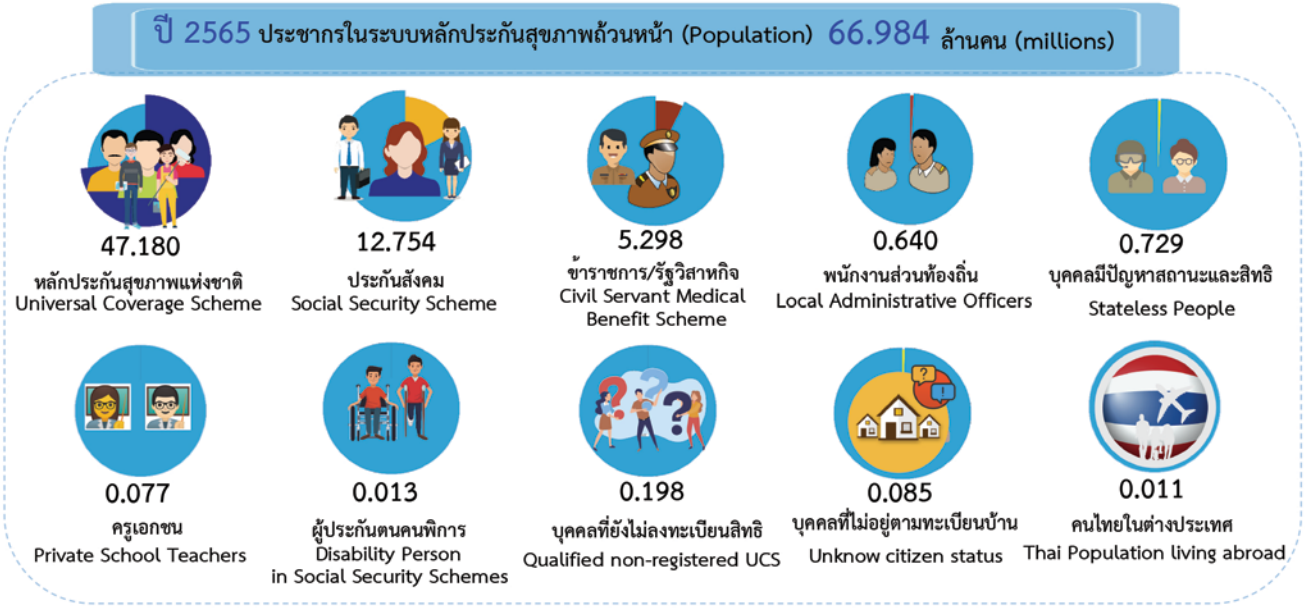
ที่มา: ฝ่ายบริหารงานทะเบียน สายงานบริหารกองทุน สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2566

สัดส่วนประชากรไทย จำแนกตามเพศ กลุ่มอายุ และสิทธิหลักประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ 2566



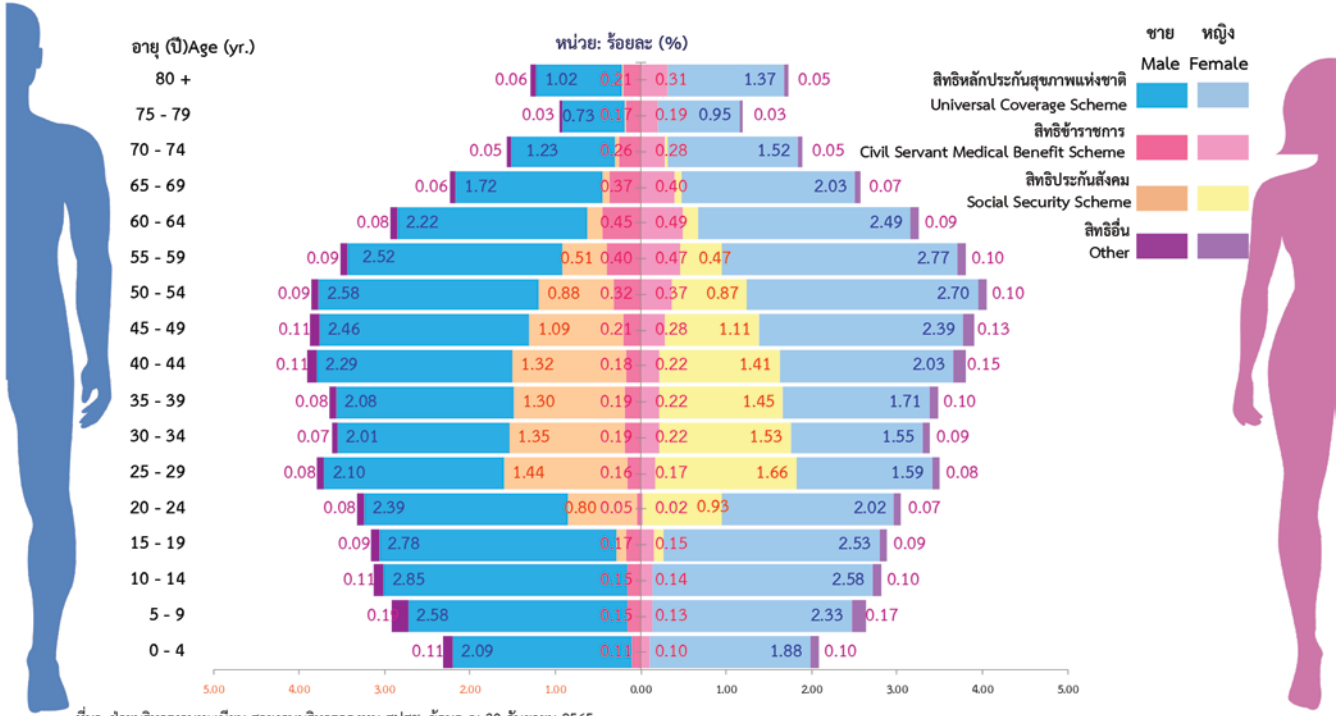
ที่มา: ฝ่ายบริหารงานทะเบียน สายงานบริหารกองทุน สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2566

จำนวนประชากรไทย จำแนกตามสิทธิหลักประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ 2565



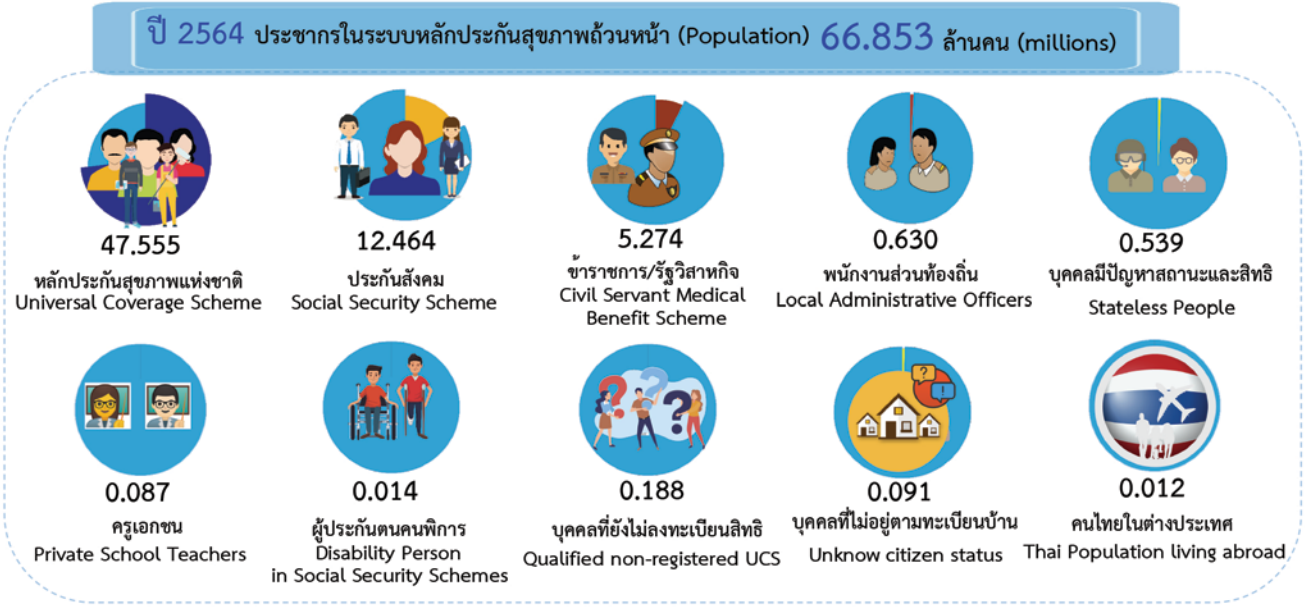
ที่มา: ฝ่ายบริหารงานทะเบียน สายงานบริหารกองทุน สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2565

สัดส่วนประชากรไทย จำแนกตามเพศ กลุ่มอายุ และสิทธิหลักประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ 2565



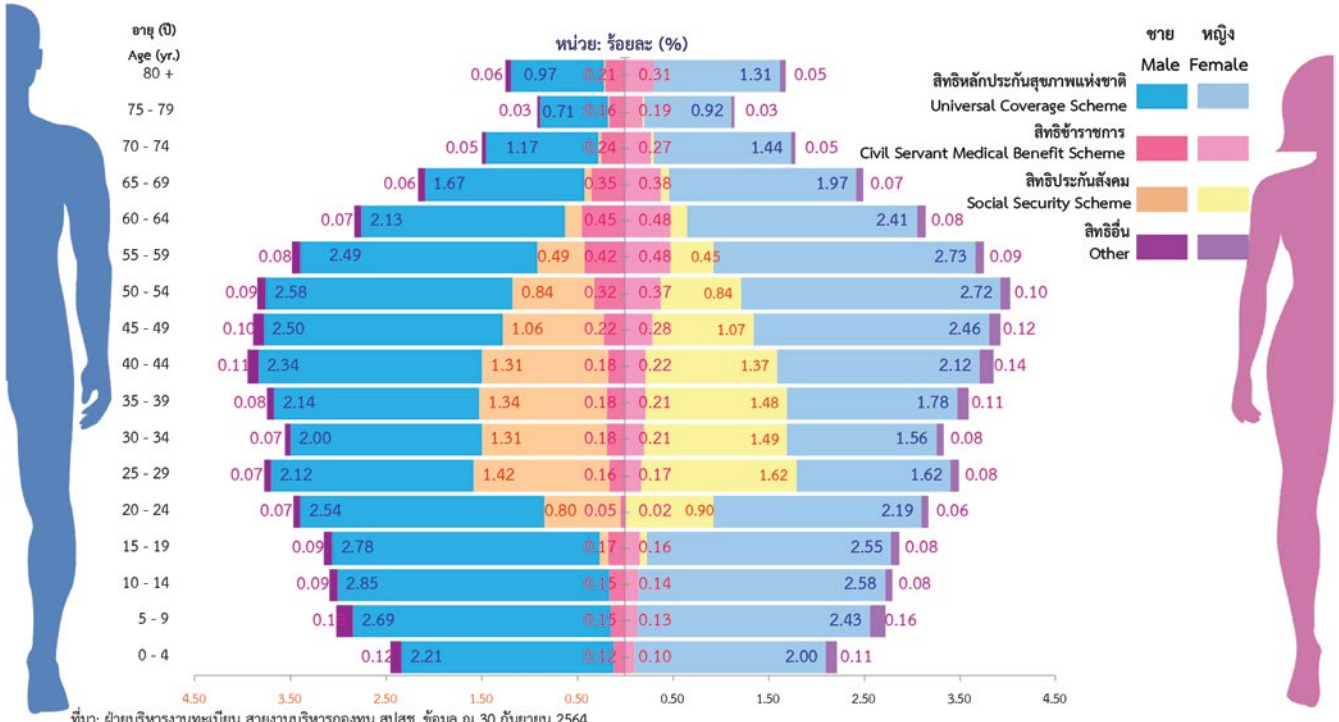
ที่มา: ฝ่ายบริหารงานทะเบียน สายงานบริหารกองทุน สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2565

จำนวนประชากรไทย จำแนกตามสิทธิหลักประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ 2564



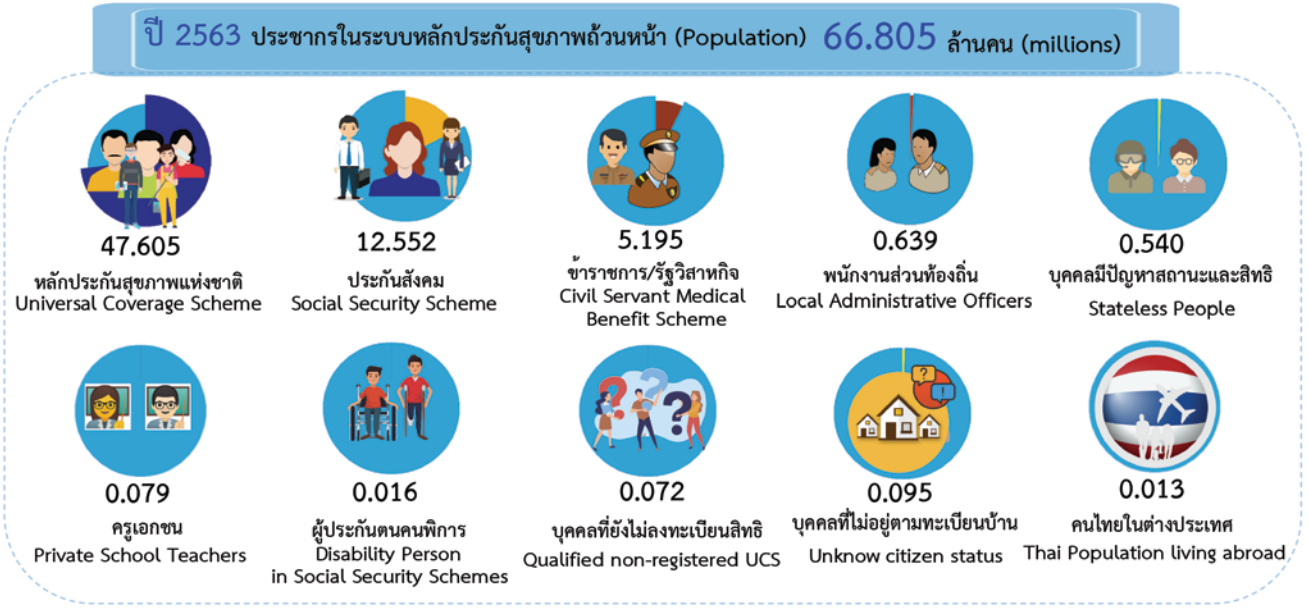
ที่มา: ฝ่ายบริหารงานทะเบียน สายงานบริหารกองทุน สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2564

สัดส่วนประชากรไทย จำแนกตามเพศ กลุ่มอายุ และสิทธิหลักประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ 2564



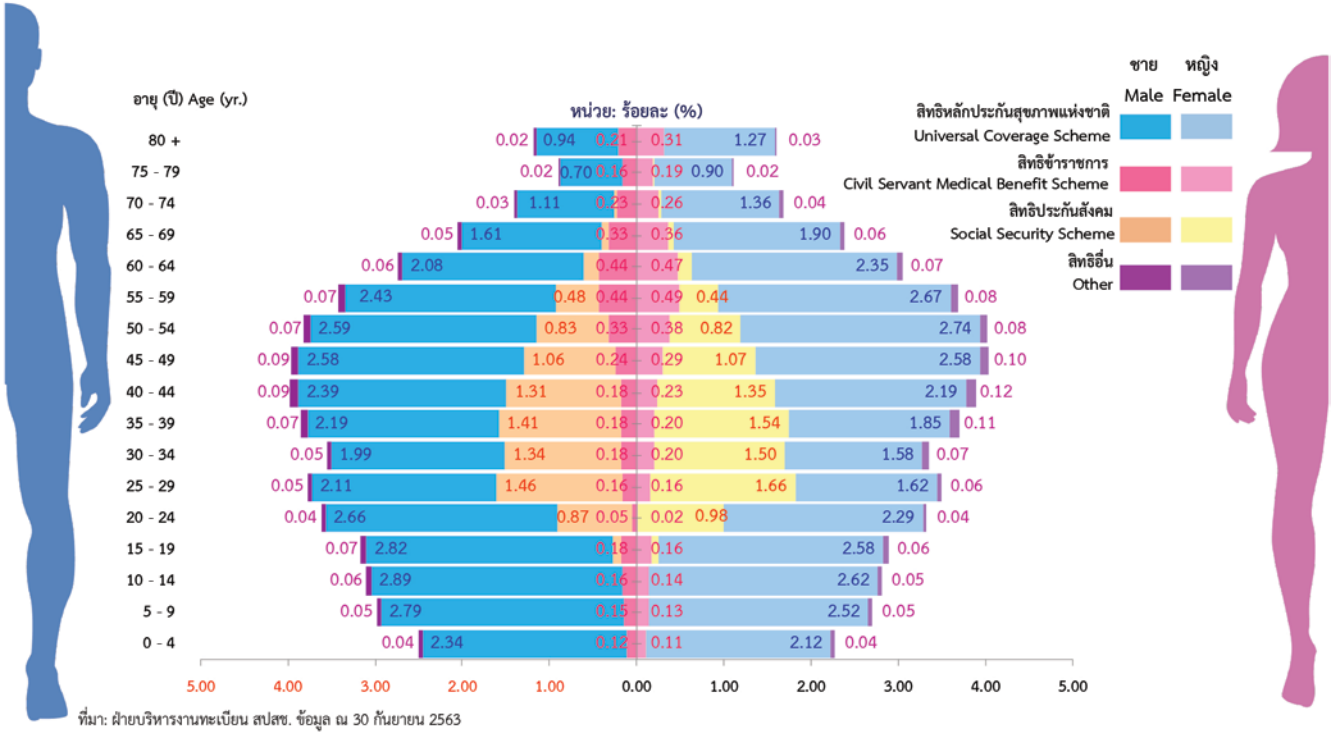
ที่มา: ฝ่ายบริหารงานทะเบียน สายงานบริหารกองทุน สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2564

จำนวนประชากรไทย จำแนกตามสิทธิหลักประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ 2563



ที่มา: สำนักบริหารงานทะเบียน สปสช. ข้อมูล ณ 30 สิงหาคม 2563

สัดส่วนประชากรไทย จำแนกตามเพศ กลุ่มอายุ และสิทธิหลักประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ 2563

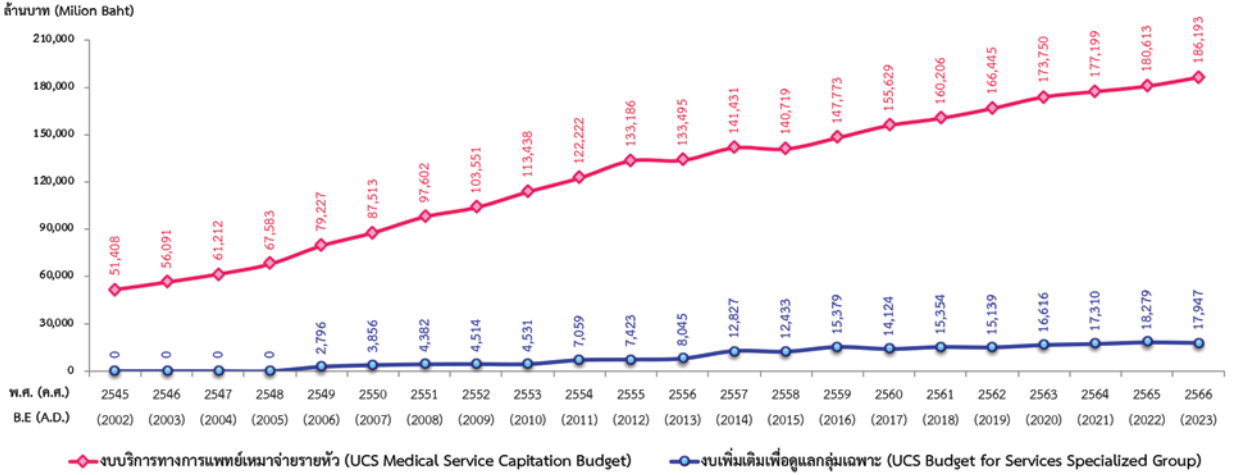


ที่มา: ฝ่ายบริหารงานทะเบียน สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2563

3. งบประมาณในระบบบัตรทอง เพิ่มขึ้นโดยลำดับจากคนละ 1,202.40 บาท ในปี 2545–2546 เป็นคนละ 3,901 บาทต่อปีในปี 2566 แต่ค่าใช้จ่ายทั้งหมดเมื่อเทียบอัตราส่วนต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (Gross Domestic Product: GDP) ยังต่ำมาก ราวร้อยละ 4 เท่านั้น น้อยกว่าประเทศต่าง ๆ ที่มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทุกประเทศมาก เช่น สหราชอาณาจักรและญี่ปุ่น ใช้งบประมาณนี้ราวร้อยละ 11-12 ของจีดีพีและสหรัฐสูงถึงร้อยละ 18 โดยสหรัฐยังมีประชากรราว 20 ล้านคน ที่ยังไม่มีประกันสุขภาพ

ต่อไปเป็นแผนภาพแสดงงบประมาณการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Security Fund)

งบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2545-2566
จำแนกตามงบเหมาจ่ายรายหัว และงบเพิ่มเติมเพื่อดูแลกลุ่มเฉพาะ



ที่มา: ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2566

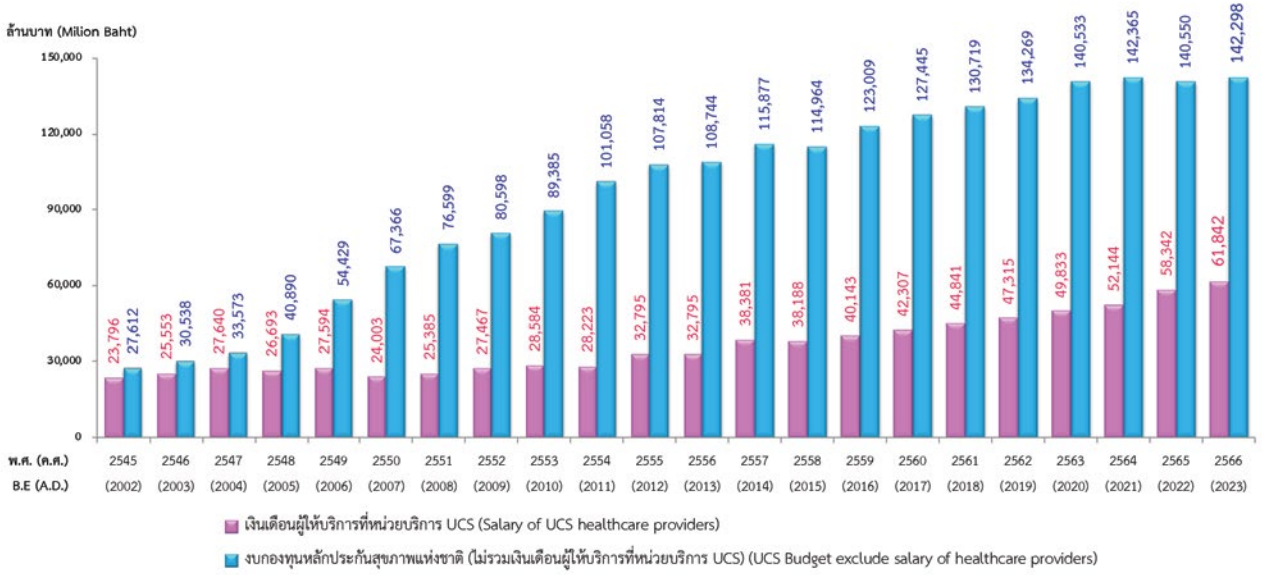
หมายเหตุ: 1. ปี 2563 ไม่นับรวมงบกลาง รายการสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็นสำหรับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 (โควิด-19) จำนวน 2,282.088 ล้านบาท

2. ปี 2564 ไม่นับรวมงบประมาณ จาก พรก.กู้เงินฯ รอบที่ 1-4 ปีงบประมาณ 2564 สำหรับเป็นค่าบริการสาธารณสุขสำหรับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และบริการที่เกี่ยวข้อง จำนวน 30,348.348 ล้านบาท

3. ปี 2565 ไม่นับรวมงบประมาณ จาก พรก.กู้เงินฯ รอบที่ 5 ปีงบประมาณ 2564 และ พรก.กู้เงินฯ รอบที่ 1-4 ปีงบประมาณ 2565 สำหรับเป็นค่าบริการฯ จำนวน 114,177.778 ล้านบาท

4. ปี 2565-2566 ตามประกาศฯ ตามประกาศฯ งบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว สำหรับงบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และงบบริการช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับ- ผู้ให้บริการ จะอยู่นอกงบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว แต่ในแผนภาพจะแสดงงบดังกล่าวในงบเหมาจ่ายรายหัว

งบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2545-2566
จำแนกตามเงินเดือนผู้ให้บริการที่หน่วยบริการและงบประมาณกองทุนฯ ที่ไม่รวมเงินเดือน



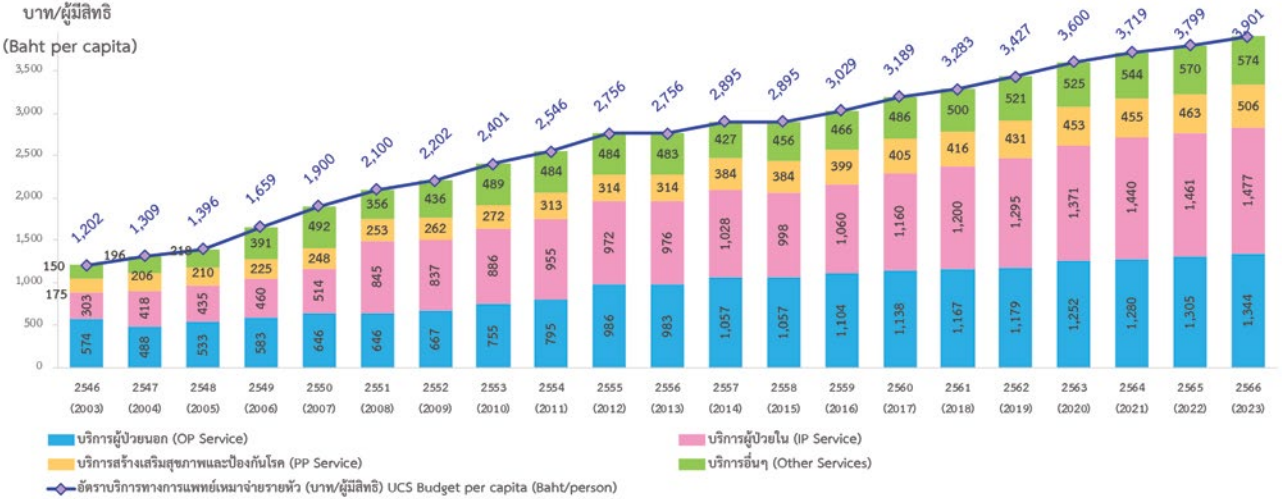
ที่มา: ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2566

หมายเหตุ: 1. ปี 2563 ไม่นับรวมงบกลาง รายการสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็นสำหรับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 (โควิด-19) จำนวน 2,282.088 ล้านบาท

2. ปี 2564 ไม่นับรวมงบประมาณ จาก พรก.กู้เงินฯ รอบที่ 1-4 ปีงบประมาณ 2564 สำหรับเป็นค่าบริการสาธารณสุขสำหรับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และบริการที่เกี่ยวข้อง จำนวน 30,348.348 ล้านบาท

3. ปี 2565 ไม่นับรวมงบประมาณ จาก พรก.กู้เงินฯ รอบที่ 5 ปีงบประมาณ 2564 และ พรก.กู้เงินฯ รอบที่ 1-4 ปีงบประมาณ 2565 สำหรับเป็นค่าบริการฯ จำนวน 114,177.778 ล้านบาท

อัตราบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว จำแนกตามประเภทบริการ ปีงบประมาณ 2546-2566



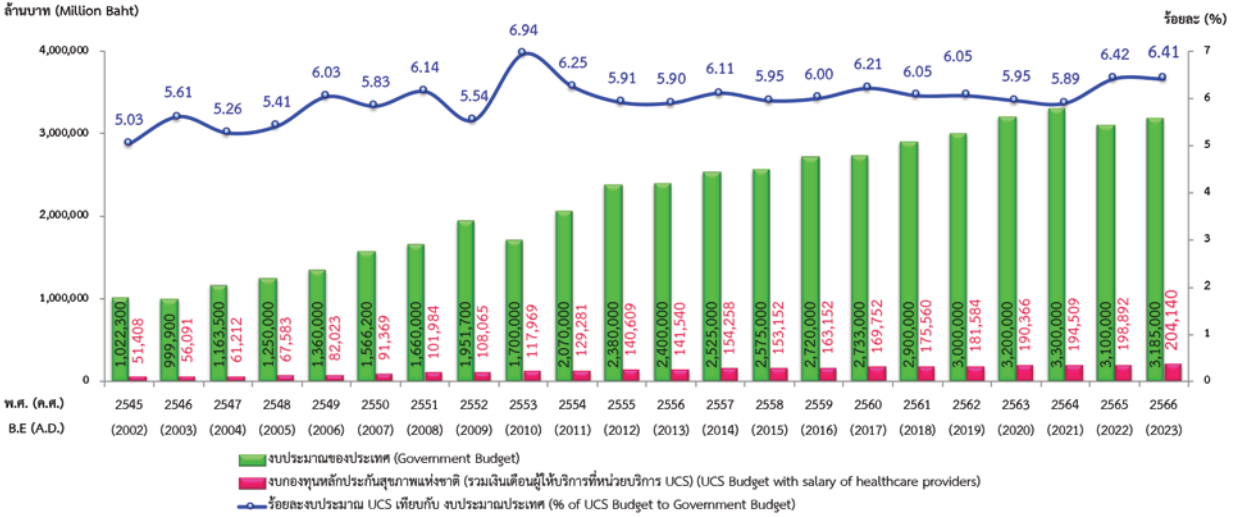
ที่มา: ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2566

หมายเหตุ: 1) บริการอื่น ๆ คือ บริการที่นอกเหนือจาก บริการผู้ป่วยใน บริการผู้ป่วยนอก บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ได้แก่ บริการกรณีเฉพาะ บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ บริการแพทย์แผนไทย งบค่าเสื่อม (งบลงทุน) บริการช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับ-ผู้ให้บริการ และงบจ่ายเพิ่มตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

2) ปี 2565 ตามประกาศฯ ตามประกาศฯ งบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว อยู่ที่อัตรา 3,329.22 บาท สำหรับงบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 463.44 บาทต่อผู้มีสิทธิ และงบบริการช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับ- ผู้ให้บริการ 5.95 บาทต่อผู้มีสิทธิ จะอยู่นอกงบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว แต่ในแผนภาพจะแสดงงบดังกล่าวในงบเหมาจ่ายรายหัว อยู่ที่อัตรา 3,798.61 บาทต่อประชากรผู้มีสิทธิ 47.547 ล้านคน

3) ปี 2566 ตามประกาศฯ ตามประกาศฯ งบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว อยู่ที่อัตรา 3,385.98 บาท สำหรับงบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 506.07 บาทต่อผู้มีสิทธิ และงบบริการช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับ- ผู้ให้บริการ 9.16 บาทต่อผู้มีสิทธิ จะอยู่นอกงบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว แต่ในแผนภาพจะแสดงงบดังกล่าวในงบเหมาจ่ายรายหัว อยู่ที่อัตรา 3,901.21 บาทต่อประชากรผู้มีสิทธิ 47.727 ล้านคน

จำนวนและร้อยละงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เทียบกับ งบประมาณประเทศ ปีงบประมาณ 2545-2566



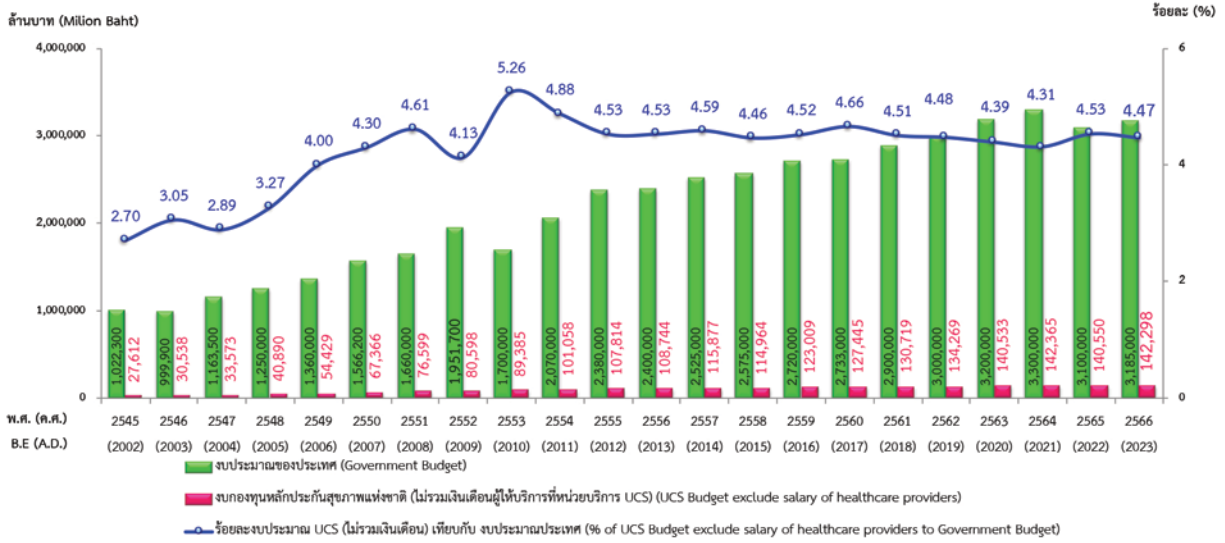
ที่มา: ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2566

หมายเหตุ: 1. ปี 2563 ไม่นับรวมงบกลาง รายการสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็นสำหรับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 (โควิด-19) จำนวน 2,282.088 ล้านบาท

2. ปี 2564 ไม่นับรวมงบประมาณ จาก พรก.กู้เงินฯ รอบที่ 1-4 ปีงบประมาณ 2564 สำหรับเป็นค่าบริการสาธารณสุขสำหรับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และบริการที่เกี่ยวข้อง จำนวน 30,348.348 ล้านบาท

3. ปี 2565 ไม่นับรวมงบประมาณ จาก พรก.กู้เงินฯ รอบที่ 5 ปีงบประมาณ 2564 และ พรก.กู้เงินฯ รอบที่ 1-4 ปีงบประมาณ 2565 สำหรับเป็นค่าบริการฯ จำนวน 114,177.778 ล้านบาท

จำนวนและร้อยละงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ไม่รวมเงินเดือน เทียบกับ งบประมาณประเทศ ปีงบประมาณ 2545-2566



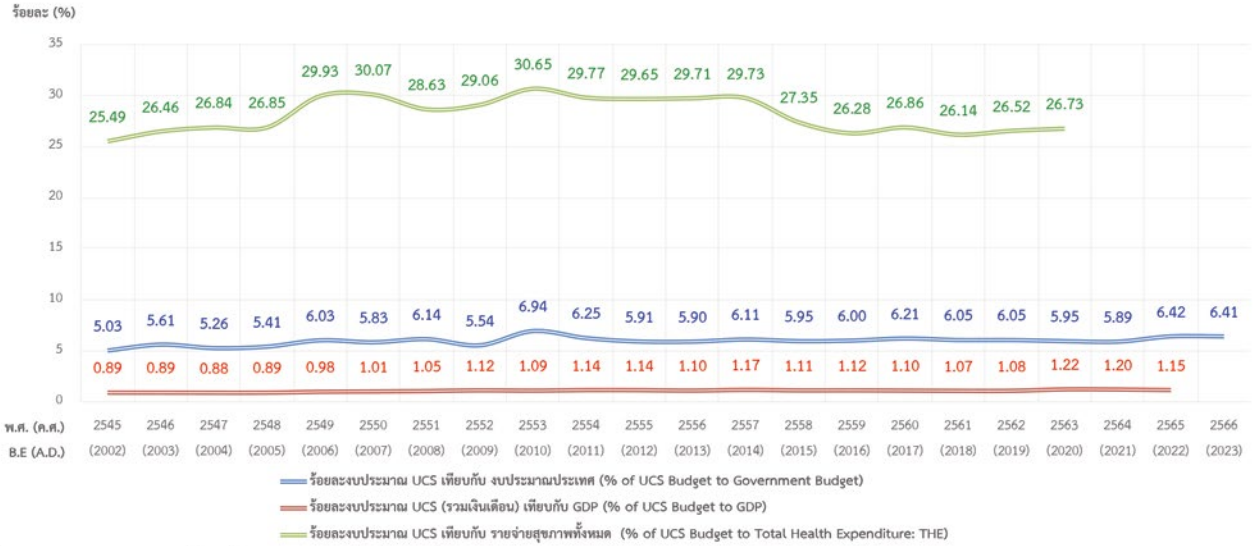
ที่มา: ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2566

หมายเหตุ: 1. ปี 2563 ไม่นับรวมงบกลาง รายการสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็นสำหรับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 (โควิด-19) จำนวน 2,282.088 ล้านบาท

2. ปี 2564 ไม่นับรวมงบประมาณ จาก พรก.กู้เงินฯ รอบที่ 1-4 ปีงบประมาณ 2564 สำหรับเป็นค่าบริการสาธารณสุขสำหรับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และบริการที่เกี่ยวข้อง จำนวน 30,348.348 ล้านบาท

3. ปี 2565 ไม่นับรวมงบประมาณ จาก พรก.กู้เงินฯ รอบที่ 5 ปีงบประมาณ 2564 และ พรก.กู้เงินฯ รอบที่ 1-4 ปีงบประมาณ 2565 สำหรับเป็นค่าบริการฯ จำนวน 114,177.778 ล้านบาท

ร้อยละงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เทียบกับงบประมาณประเทศ ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ และรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด



ที่มา: ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2566

หมายเหตุ: 1.ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) ข้อมูลจาก World Development Indicators (WDI), World Bank 7 กรกฎาคม 2566 update ถึงปี 2565 (Source: https://data.worldbank.org/country/thailand)

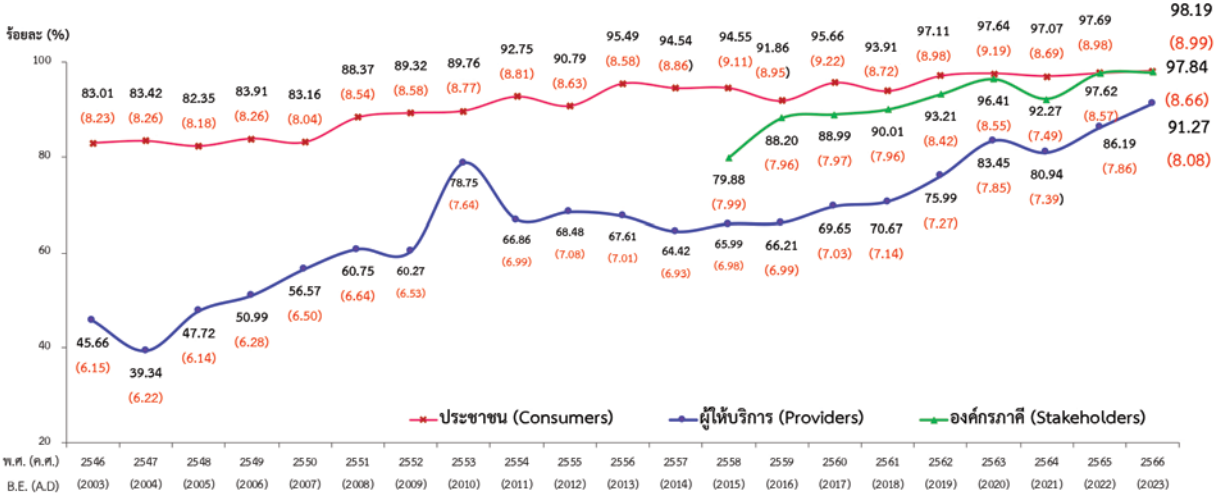
2.บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2563 สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP), กระทรวงสาธารณสุข update ถึงปี 2563

4. ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 มีการสำรวจความพึงพอใจของประชาชนและผู้เกี่ยวข้องต่อระบบบัตรทองโดยต่อเนื่อง โดยผู้ประเมินผลภายนอกได้ดำเนินการอย่างเป็นระบบตามหลักวิชาการ พบว่าผู้ให้บริการ องค์กรภาคีที่เกี่ยวข้อง และประชาชนชาวไทยมีความพึงพอใจในระบบ เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ต่อไปเป็นแผนภาพแสดงความพึงพอใจต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Consumers Providers and Stakeholders Satisfaction to Universal Coverage Scheme)

ความพึงพอใจต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ความพึงพอใจของประชาชน ผู้ให้บริการ และองค์กรภาคีต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น



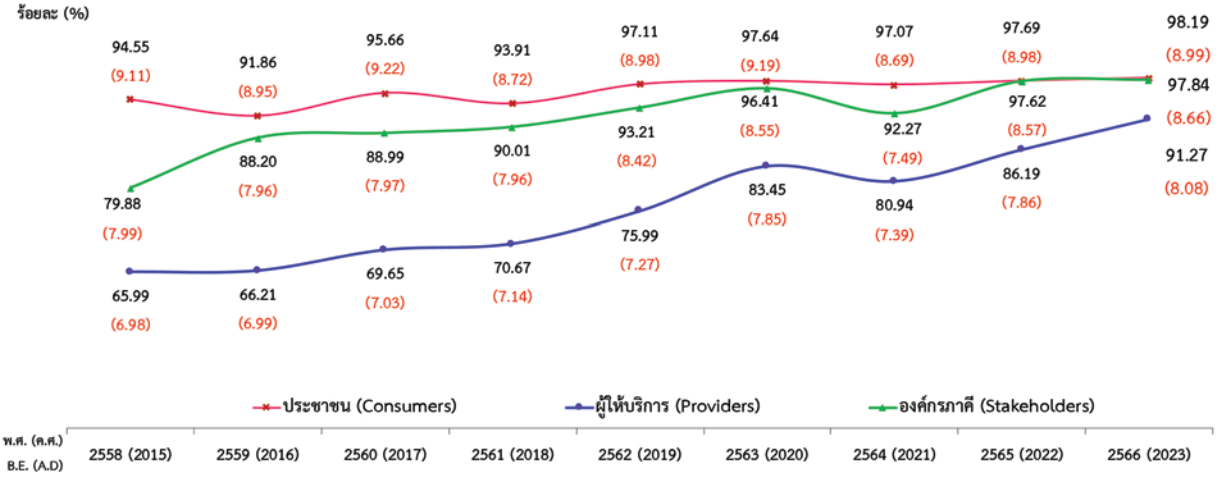
หมายเหตุ: 1) ค่าร้อยละความพึงพอใจของกลุ่มเป้าหมายที่ให้คะแนนความพึงพอใจ ระดับมากถึงมากที่สุด (7-10 คะแนน)

2) ปี 2562-2566 ใช้แผนการสุ่มตัวอย่าง จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ

ที่มา: ผลสำรวจความคิดเห็นของประชาชน ผู้ให้บริการและองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้อง ต่อการดำเนินงานในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2566
สำรวจโดย บริษัท ศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ จำกัด (SAB) นำเสนอต่อคณะอนุกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์ สปสช. วันที่ 28 สิงหาคม 2566

ความพึงพอใจต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

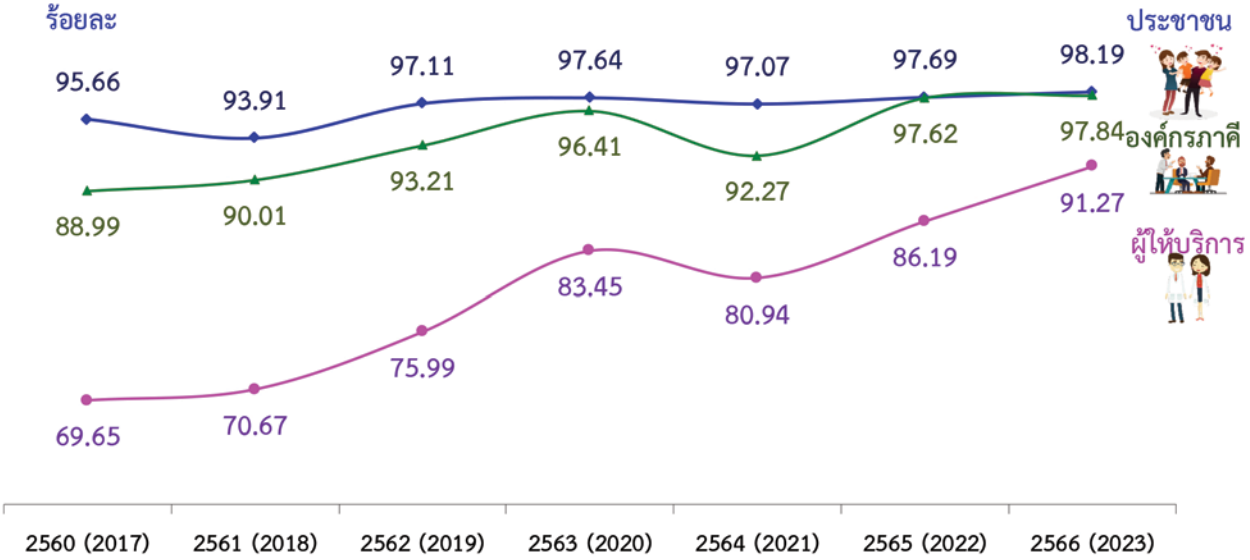
ความพึงพอใจของประชาชน ผู้ให้บริการ และองค์กรภาคีต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น



หมายเหตุ: 1) ค่าร้อยละความพึงพอใจของกลุ่มเป้าหมายที่ให้คะแนนความพึงพอใจ ระดับมากถึงมากที่สุด (7-10 คะแนน)
2) ปี 2562-2566 ใช้แผนการสุ่มตัวอย่าง จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ

ที่มา: ผลสำรวจความคิดเห็นของประชาชน ผู้ให้บริการและองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้อง ต่อการดำเนินงานในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2566
สำรวจโดย บริษัท ศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ จำกัด (SAB) นำเสนอต่อคณะอนุกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์ สปสช. วันที่ 28 สิงหาคม 2566

ความพึงพอใจต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

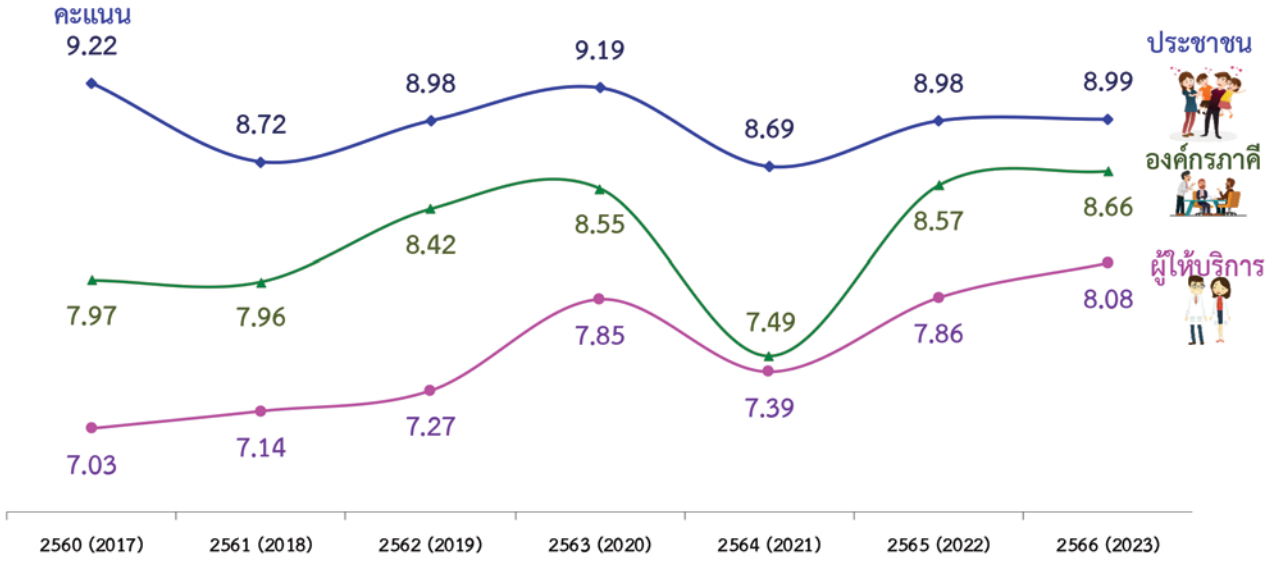


หมายเหตุ : คำนวณจากกลุ่มที่ให้คะแนนความพึงพอใจระดับมากถึงมากที่สุด (7 - 10 คะแนน)

21

ที่มา: ผลสำรวจความคิดเห็นของประชาชน ผู้ให้บริการและองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้อง ต่อการดำเนินงานในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2566
สำรวจโดย บริษัท ศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ จำกัด (SAB) นำเสนอต่อคณะอนุกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์ สปสช. วันที่ 28 สิงหาคม 2566

คะแนนความพึงพอใจต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



ที่มา: ผลสำรวจความคิดเห็นของประชาชน ผู้ให้บริการและองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้อง ต่อการดำเนินงานในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2566
สำรวจโดย บริษัท ศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ จำกัด (SAB) นำเสนอต่อคณะอนุกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์ สปสช. วันที่ 28 สิงหาคม 2566

ประเด็นที่พึงพอใจ และ เหตุผลที่ยังไม่พอใจ ปีงบประมาณ 2566

	ประเด็น	ประเด็นที่พึงพอใจ	เหตุผลที่ยังไม่พอใจ
 ประชาชน	การดำเนินงานระบบหลักประกันฯ	- การลงทะเบียนสิทธิย้ายหน่วยบริการ ได้สิทธิทันที - ผู้ป่วยโรคมะเร็งไปรับบริการที่ไหนก็ได้ - รักษาแบบผู้ป่วยในได้โดยไม่ต้องกลับไปรับใบส่งตัว	- ควรปรับปรุงขั้นตอนการลงทะเบียนสิทธิให้ง่าย รวดเร็ว ไม่ซับซ้อน
	การบริการสาธารณสุข	- ความเชื่อมั่นในแพทย์ผู้ให้การรักษาและทีมบุคลากร	- รอคิวนาน บริการล่าช้า ขั้นตอนรับบริการยุ่งยาก - ผู้ให้บริการให้ข้อมูล/ตอบข้อสงสัยยังไม่ดี ไม่เต็มใจตอบ
 ผู้ให้บริการ	การดำเนินงานระบบหลักประกันฯ	- นโยบาย โรคมะเร็งไปรับบริการที่ไหนก็ได้ - นโยบาย ย้ายหน่วยบริการ ได้สิทธิทันที - นโยบาย ผู้ป่วยใน ไม่ต้องกลับไปรับใบส่งตัว	- ระบบการพิสูจน์ตัวตนยุ่งยากซับซ้อน เพิ่มภาระ - ความเพียงพอของงบประมาณ การจัดสรรเงินยังไม่สะท้อนถึงต้นทุนการจัดบริการของหน่วยบริการ - มีข้อปฏิบัติยุ่งยาก เปลี่ยนแปลงบ่อย
 อปท.	การดำเนินงานระบบหลักประกันฯ	- กฎระเบียบของ สปสช. - การมีส่วนร่วมในการทำงานของ อปท. - การสนับสนุนข้อมูล/ประสานงานของ สปสช.	- ควรปรับปรุงระบบการทำงานให้ชัดเจน เข้าใจง่ายสื่อสารให้ไปในทิศทางเดียวกัน และการบริการติดต่อที่รวดเร็วมากขึ้น - เพิ่มงบประมาณเพื่อการพัฒนาด้านต่างๆ ให้มากขึ้น
 ภาคีเครือข่าย	การดำเนินงานระบบหลักประกันฯ	- ชุดสิทธิประโยชน์ที่ผู้รับบริการได้รับ - การสนับสนุนข้อมูลของ สปสช. - การเปิดโอกาสให้หน่วยงาน/องค์กรมีส่วนร่วม	- ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสาร และสิทธิประโยชน์ให้ทั่วถึง - ทุกสิทธิควรมีความเท่าเทียมกัน ครอบคลุมการรักษาได้ทุกพื้นที่

ที่มา: ผลสำรวจความคิดเห็นของประชาชน ผู้ให้บริการและองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้อง ต่อการดำเนินงานในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2566
สำรวจโดย บริษัท ศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ จำกัด (SAB) นำเสนอต่อคณะอนุกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์ สปสช. วันที่ 28 สิงหาคม 2566

ข้อเสนอต่อการดำเนินงานของสำนักงานเพื่อเพิ่มความพึงพอใจ ปีงบประมาณ 2566



- ให้ประชาชนใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขได้ในหน่วยบริการทั่วประเทศ และไม่กำหนดเวลาการใช้สิทธิ
- พัฒนาระบบการตรวจสอบสิทธิให้เสถียร รวดเร็วและการสื่อสารเรื่องการขยายสิทธิประโยชน์และข้อมูลอื่น
- สนับสนุนการเข้ารับบริการในสถานพยาบาลได้สะดวก รวดเร็ว และลดขั้นตอนลง รวมถึงระบบช่วยนัดหมาย



- จัดการระบบพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของผู้รับบริการ ให้ไม่ยุ่งยาก หรือไม่เป็นภาระผู้ให้บริการ
- พัฒนาช่องทาง ระบบสนับสนุนการช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาให้กับหน่วยบริการ
- ปรับปรุงและพัฒนาการจัดสรรและจ่ายเงินชดเชยให้รวดเร็ว ถูกต้อง และคืนข้อมูลให้หน่วยบริการ



- พัฒนาช่องทางประสานงาน บริการด้านข้อมูลข่าวสารที่รวดเร็ว ถูกต้อง และมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระดับพื้นที่
- ปรับปรุงระบบการทำงานให้มีแนวทาง กฎระเบียบที่แน่ชัดไปในทิศทางเดียวกัน



- สนับสนุนการมีส่วนร่วมและเวทีแลกเปลี่ยน รวมถึงรับข้อมูลข่าวสารของกลุ่มองค์กรภาคี
- ปรับปรุงและพัฒนาสิทธิประโยชน์เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมและครอบคลุมทั่วถึง

ที่มา: ผลสำรวจความคิดเห็นของประชาชน ผู้ให้บริการและองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้อง ต่อการดำเนินงานในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2566
สำรวจโดย บริษัท ศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ จำกัด (SAB) นำเสนอต่อคณะอนุกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์ สปสช. วันที่ 28 สิงหาคม 2566

ประชาชน: จะบริหารจัดการระดับความพึงพอใจโดยรวมต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้อย่างไร ?

สิ่งที่มีผลต่อความพึงพอใจ

6 ด้านที่จำเป็นต้องให้ความสำคัญ

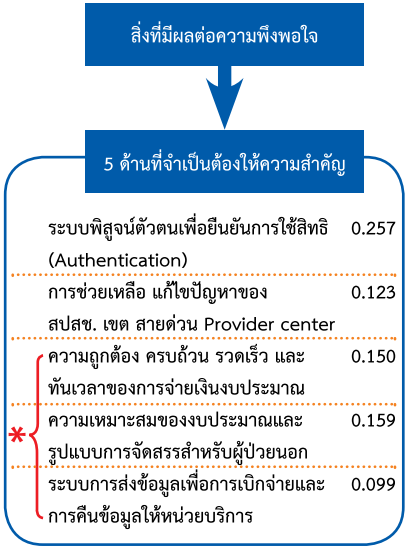
เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตสามารถรักษาที่ไหนก็ได้	0.244
การตรวจสอบสิทธิได้ด้วยตนเองในสถานพยาบาล/สปสช.เขต/ สายด่วน	0.200
มีสิทธิรักษาแบบผู้ป่วยในโดยไม่ต้องกลับไปรับใบส่งตัว	0.184
การยืนยันตัวตน ใช้บัตรประชาชนเพื่อรับบริการ/ ผ่าน Line	0.182
กรณีมีความจำเป็น มีสิทธิเข้ารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิใดก็ได้	0.145
กรณีเจ็บป่วย 16 อาการ สามารถรับยาที่ร้านยาที่เข้าร่วมโครงการ	0.115

ประเด็นการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	n	การตอบสนองต่อความคาดหวัง (ร้อยละ)			Performance
		ต่ำกว่า	เท่ากับ	สูงกว่า	66 VS 65
การลงทะเบียนสิทธิ ย้ายสถานพยาบาล (หน่วยบริการ) ได้สิทธิทันที ไม่ต้องรอ 15 วัน	1,002	57.8	37.6	4.6	+0.01
การลงทะเบียนย้ายหน่วยบริการ ย้ายได้ 4 ครั้ง/ปี ย้ายแล้วได้สิทธิทันที	987	54.4	36.9	8.7	+0.11
การตรวจสอบสิทธิ สามารถตรวจสอบด้วยตนเองในสถานพยาบาล/สปสช.เขต/ผ่านสายด่วน	3,649	66.2	28.4	5.4	+0.23
การยืนยันตัวตนเพื่อเข้ารับบริการ ใช้บัตรประชาชนเพื่อรับบริการ/ยืนยันตัวตนผ่าน Line	6,660	65.2	31.6	3.2	+0.25
กรณีมีความจำเป็น มีสิทธิเข้ารับบริการสาธารณสุขที่หน่วยบริการปฐมภูมิอื่นที่ไม่ใช่ตามสิทธิ	2,466	58.4	35.2	6.4	+0.52
มีสิทธิรักษาแบบผู้ป่วยในโดยไม่ต้องกลับไปรับใบส่งตัว	1,809	59.6	34.2	6.2	+0.36
เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตสามารถรักษาที่ไหนก็ได้	2,487	53.7	40.7	5.7	+0.35
กรณีเจ็บป่วย 16 อาการ สามารถรับยาที่ร้านยาที่เข้าร่วมโครงการ	1,276	53.2	42.1	4.7	–
ส่งยาให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังผ่านไปรษณีย์	300	29.7	68.7	1.7	-1.17
โรคมะเร็งไปรับบริการที่ไหนก็ได้	110	45.5	43.6	10.9	+0.30
ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะ/อุจจาระไม่ได้ มีสิทธิได้รับผ้าอ้อมผู้ใหญ่/แผ่นรองซับ	470	30.4	63.0	6.6	–
ความสะดวกในการร้องเรียน/ร้องทุกข์ เมื่อไม่ได้รับบริการตามสิทธิ	448	49.3	42.4	8.3	+1.31
การรับฟังความคิดเห็นผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น สายด่วน, Line	232	59.9	28.4	11.6	+1.50

- สามารถตอบสนองได้ในระดับที่คาดหวังหรือสูงกว่า 33.8% จนถึง 70.4%
- เมื่อเปรียบเทียบกับ Performance ในปี 2565 พบว่า ปี 2566 มี Performance สูงขึ้น ยกเว้น การส่งยาให้ผู้ป่วยเรื้อรังผ่านทางไปรษณีย์

ที่มา: ผลสำรวจความคิดเห็นของประชาชน ผู้ให้บริการและองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้อง ต่อการดำเนินงานในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2566
สำรวจโดย บริษัท ศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ จำกัด (SAB) นำเสนอต่อคณะอนุกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์ สปสช. วันที่ 28 สิงหาคม 2566

ผู้ให้บริการ: จะบริหารจัดการระดับความพึงพอใจโดยรวมต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้อย่างไร ?



ประเด็นการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	n	การตอบสนองต่อความคาดหวัง (ร้อยละ)			Performance
		ต่ำกว่า	เท่ากับ	สูงกว่า	66 VS 65
ระบบการตรวจสอบสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	5,102	72.4	25.5	2.1	0.15
ระบบพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิเข้ารับบริการของผู้ใช้บริการ (Authentication)	5,060	72.0	25.0	3.0	0.31
ความเหมาะสมของชุดสิทธิประโยชน์ที่ผู้รับบริการได้รับในปัจจุบัน	4,968	71.8	25.9	2.4	0.05
ระบบการจัดการการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล (มาตรา 41)	4,486	71.9	26.1	1.9	0.13
ระบบการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการ	4,399	74.9	23.2	1.9	0.07
การให้ภาคส่วนต่าง ๆ เข้ามามีส่วนร่วมบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การควบคุมคุณภาพและมาตรฐานและการคุ้มครองสิทธิ	4,291	71.8	26.3	1.9	0.20
ระบบการตรวจสอบเวชระเบียน (Audit) เกี่ยวกับการจ่ายชดเชย และคุณภาพบริการ	4,630	73.3	25.1	1.6	0.24
ระบบการจัดการเรื่องร้องเรียนของ สปสช. ตั้งแต่การมีช่องทางการรับเรื่องร้องเรียน การจัดการเรื่องร้องเรียนและการคืนข้อมูลกลับไปยังหน่วยบริการเพื่อปรับปรุงคุณภาพบริการ	4,601	78.8	18.9	2.3	0.08
การรับฟังความคิดเห็น และการตอบสนองต่อความคิดเห็นนั้น ผ่านช่องทางต่าง ๆ	4,557	78.6	19.4	2.0	0.00
ช่องทางการสื่อสารและการให้ข้อมูลแก่หน่วยบริการ ได้แก่ สื่อสิ่งพิมพ์, สปสช. เขต, สายด่วน สปสช. 1330, สื่อออนไลน์	4,814	74.6	23.4	2.0	0.09
การช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาให้กับหน่วยบริการของ สปสช. เขต, สายด่วน สปสช. 1330, Provider center	4,618	78.1	20.3	1.6	0.15
ประชาชนมีสิทธิเข้ารับบริการสาธารณสุขได้ กรณีมีความจำเป็นจะต้องเข้ารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิอื่นที่ไม่ใช่หน่วยบริการตามสิทธิ	4,882	72.3	25.8	1.8	0.07
ประชาชนมีสิทธิรักษาแบบผู้ป่วยในได้โดยไม่ต้องกลับไปรับใบส่งตัว กรณีมีความจำเป็นที่จะต้องเข้ารับบริการที่ไม่ใช่สถานพยาบาลตามสิทธิ	4,828	70.1	27.8	2.2	0.08
การจัดบริการสาธารณสุขรองรับวิถีใหม่ (New normal) เช่น รับยาร้านยา, Telehealth, Telemedicine, Homeward	4,636	76.1	22.4	1.5	–
ด้านงบประมาณและการจ่ายเงิน					
ความถูกต้อง ครบถ้วน รวดเร็ว และทันเวลาของการจ่ายเงินงบประมาณให้หน่วยบริการ	1,444	84.8	14.2	1.0	–
ความเหมาะสมของงบประมาณและรูปแบบการจัดสรรสำหรับผู้ป่วยนอก	1,427	83.5	15.7	0.8	0.31
ความเหมาะสมของงบประมาณและรูปแบบการจ่ายชดเชยสำหรับผู้ป่วยใน	1,359	82.3	16.6	1.1	0.14
ความเหมาะสมของงบประมาณและการจัดสรรงบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	1,426	82.5	16.4	1.1	0.06
ระบบการส่งข้อมูลเพื่อการเบิกจ่ายและการคืนข้อมูลให้หน่วยบริการ	1,423	83.0	16.1	0.9	0.18
ความพอเพียงของงบประมาณที่ใช้จัดบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	1,429	83.1	16.2	0.7	0.20

- สามารถตอบสนองได้ในระดับที่คาดหวังหรือสูงกว่า 15.2% จนถึง 30.0%
- เปรียบเทียบกับปี 2565 พบว่า ปี 2566 มี Performance สูงขึ้นเล็กน้อย

ที่มา: ผลสำรวจความคิดเห็นของประชาชน ผู้ให้บริการและองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้อง ต่อการดำเนินงานในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2566
สำรวจโดย บริษัท ศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ จำกัด (SAB) นำเสนอต่อคณะอนุกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์ สปสช. วันที่ 28 สิงหาคม 2566

อปท.: จะบริหารจัดการระดับความพึงพอใจโดยรวมต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้อย่างไร ?

สิ่งที่มีผลต่อความพึงพอใจ

6 ด้านที่จำเป็นต้องให้ความสำคัญ

กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (กปท.)	0.259
*ไม่รวม กทม. การสนับสนุนแนวทางการปฏิบัติงานกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด	0.045
การให้ อปท. เข้ามามีส่วนร่วมเป็นบอร์ดหลักฯ/บอร์ดควบคุมฯ/อนุกรรมการ/อปสข./อคม./คณะทำงาน	0.112
*ไม่รวม กทม. กฎระเบียบว่าด้วยเรื่องประกาศหลักเกณฑ์สนับสนุนให้อปท.ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น	0.259
ระบบสนับสนุนข้อมูลจาก สปสช. ส่วนกลาง	0.032
เจ้าหน้าที่ สปสช.เขต ให้บริการข้อมูลได้อย่างชัดเจนถูกต้อง	0.226

ประเด็นการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	n	การตอบสนองต่อความคาดหวัง (ร้อยละ)			Performance
		ต่ำกว่า	เท่ากับ	สูงกว่า	66 VS 65
1. แนวทางการดำเนินงานและการบริหารจัดการงบประมาณของ สปสช.					
กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กปท)	6,592	87.0	12.7	0.3	0.30
ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (Long Term Care: LTC)	6,592	87.6	12.1	0.3	0.46
ตอบทุกแห่งยกเว้น กทม. กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด	6,510	85.4	14.2	0.4	0.52
ตอบทุกแห่งยกเว้น กทม. การสนับสนุนแนวทางการปฏิบัติงานกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด	6,510	86.5	13.2	0.3	0.59
การสนับสนุนแนวทางการปฏิบัติงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กปท.)	6,592	86.3	13.2	0.5	0.49
การบริหารจัดการค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (LTC)	6,592	85.6	14.0	0.3	0.46
การใช้งบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กปท.) เพื่อป้องกันโรคระบาดหรือภัยพิบัติในพื้นที่ได้	6,592	86.4	13.2	0.4	0.50
การสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่/แผ่นรองซับ/แผ่นเสริมซึมซับ ให้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะ/อุจจาระไม่ได้	6,592	86.6	13.0	0.4	–
2. การมีส่วนร่วมในการทำงานของ อปท.					
การให้ อปท. เข้ามามีส่วนร่วมเป็นบอร์ดหลักฯ/บอร์ดควบคุม/อนุกรรมการ/อปสข./อคม./คณะทำงาน	6,592	85.8	13.8	0.4	0.51
3. กฎระเบียบของ สปสช.					
ยกเว้น กทม. กฎระเบียบว่าด้วยเรื่องประกาศหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้ อปท. ดำเนินงาน และบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น	6,510	88.0	11.7	0.2	0.51
ยกเว้น กทม. กฎระเบียบว่าด้วยเรื่องประกาศหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด	6,510	89.4	10.4	0.2	0.80
เฉพาะ กทม. ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้ กทม. ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร	82	91.5	3.7	4.9	0.04
4. การสนับสนุนข้อมูล/ประสานงานของ สปสช.					
ระบบสนับสนุนข้อมูลจาก สปสช. ส่วนกลาง	6,592	88.4	11.4	0.2	0.62
เจ้าหน้าที่ สปสช. เขต ให้บริการข้อมูลได้อย่างชัดเจนถูกต้องและอำนวยความสะดวกในการติดต่อประสานงาน	6,592	87.2	12.4	0.4	0.56

- สามารถตอบสนองได้ในระดับที่คาดหวังหรือสูงกว่า 8.6% จนถึง 14.6%
- เปรียบเทียบกับปี 2565 พบว่า ปี 2566 มี Performance สูงขึ้นเล็กน้อย

ที่มา: ผลสำรวจความคิดเห็นของประชาชน ผู้ให้บริการและองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้อง ต่อการดำเนินงานในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2566
สำรวจโดย บริษัท ศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ จำกัด (SAB) นำเสนอต่อคณะอนุกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์ สปสช. วันที่ 28 สิงหาคม 2566


สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ