

3-1-2000

Dose the National Conference on Health Care Reform give anything to us?

S. Jittapunkul

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal>



Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

Recommended Citation

Jittapunkul, S. (2000) "Dose the National Conference on Health Care Reform give anything to us?," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 44: Iss. 3, Article 1.
Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal/vol44/iss3/1>

This Editorial is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn Medical Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

การประชุม “ทิศทางปฏิรูปบริการสุขภาพไทย” ให้อะไรกับเราบ้าง

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล*

ในวันที่ 13 -15 ธันวาคม 2542 ได้มีการจัดการประชุมเรื่อง “ทิศทางปฏิรูปบริการสุขภาพไทย” ขึ้นที่กรุงเทพมหานคร⁽¹⁾ โดยมีวัตถุประสงค์ ข้อแรก - เพื่อต้องการการมีส่วนร่วมของประชาคมในการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ และสร้างความเห็นร่วมในยุทธศาสตร์และยุทธวิธีในการแก้ปัญหาของระบบบริการสุขภาพ ข้อสอง - เพื่อสนับสนุนความเข้มแข็งของกลุ่มประชาคม และข้อสาม - เพื่อเผยแพร่แนวคิดยุทธศาสตร์การปฏิรูประบบสุขภาพ ในการจัดประชุมมีการนำเสนอต่าง ๆ มากมาย ทั้งที่อยู่ในลักษณะตีพิมพ์จากนักพูดและนักวิชาการ การประชุมกลุ่มที่มีการเตรียมกระบวนการนำเสนอความคิดมาล่วงหน้าจนถึงบทสรุปในสองประเด็นคือ “ยุทธศาสตร์ชาติกับการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ” และ “สภาการสาธารณสุขแห่งชาติ: ความหวังของประชาชน”

หากพิจารณาจากวัตถุประสงค์เป็นลำดับแรกจะเห็นว่าหน่วยงานที่จัดหวังผลในด้านการรวมกลุ่มประชาคมมากกว่าการจะระดมความคิดเห็นจากผู้เข้าร่วมประชุมในครั้งนี้นี้ซึ่งแน่นอนว่าน่าจะเป็นจุดมุ่งหมายหลักที่ต้องการให้มีการขับเคลื่อนทางสังคม และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของระบบผ่านทางนโยบาย นอกจากนี้จะเห็นชัดเจนว่าเป็นการขายความคิดมากกว่าการต้องการความร่วมมือทางปัญญาจากผู้เข้าประชุม

จะเห็นว่าในกระบวนการตีกลองก่อนหน้าการประชุม และในวิถีทัศน์เริ่มการประชุมได้มีการหยิบยกคดีที่เป็นความเป็นปัญหาในการรักษาพยาบาลบางคดีจากจำนวนทั้งหมด 15 คดี (ทั้ง 15 คดีผ่านการสอบสวนและพิจารณาลงโทษไปเรียบร้อยแล้วจากแพทยสภา และบาง

คดีก็ได้เสร็จสิ้นกระบวนการในชั้นศาลแล้ว แต่ได้มีการติดตามข้อมูลโดยการสนับสนุนของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขซึ่งเป็นหนึ่งในหน่วยงานหลักหน่วยงานหนึ่ง ที่จัดการประชุมครั้งนี้ และมีการลงเผยแพร่ในหนังสือพิมพ์มติชนในหลาย ๆ ฉบับต่อเนื่องจนเป็นข่าวใหญ่โตพอควร) การที่หยิบยกคดีทั้ง 15 คดีมาเป็นเสมือนข้ออ้างว่าสุขภาพของประชาชนยังไม่ได้ขึ้นต่ำจากการบริการ และเป็นความชอบธรรมในการปฏิรูปเป็นการพิจารณาที่ปลายเหตุ เหตุการณ์แทบทั้งหมดเป็นของข้อผิดพลาดส่วนบุคคล (อาจไม่ผิดพลาดก็ได้เพราะคดีจำนวนหนึ่งที่ไม่ได้ถูกลงโทษโดยแพทยสภาและศาล) ถึงแม้ระบบสุขภาพในปัจจุบันจะมีส่วนเป็นจำเลย แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าระบบสุขภาพในปัจจุบันผิด ไม่เคยมีระบบใดสามารถรองรับความต้องการและความพอใจได้ครบถ้วน และไม่มีระบบระดับมหภาคใดในโลกนี้ไม่เคยเกิดข้อผิดพลาดขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่ของการผิดพลาดมาจากบุคคลในระบบ อย่างไรก็ตามทุกระบบในโลก ซึ่งไม่มีทางสมบูรณ์พร้อมจำเป็นต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องอยู่ตลอดเวลา (ดังนั้นการที่พยายามตำหนิหรือกล่าวโทษระบบทั้งที่ใช้ข้อมูลระดับย่อยเช่นนี้แสดงให้เห็นว่าผู้จัดประชุมหวังผลด้านอารมณ์มากกว่าปัญญา) ที่จริงแล้วควรแสดงตัวเลขหรือข้อมูลในภาพรวมว่าระบบที่กำลังตำหนิกันอยู่นั้นได้มีส่วนร่วมที่ทำให้อายุคาดหวัง (Life expectancy) ของประชากรไทยเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วและดูเหมือนว่าจะดีกว่าเพื่อนบ้านใกล้เคียงอยู่พอสมควร (และถึงแม้อยากจะหยิบยกเฉพาะข้อมูลที่จะเป็นประโยชน์ต่อกระบวนการผู้จัดก็ควรใช้ข้อมูลที่ทำให้ภาพรวมจึงจะไม่ใช่การดูถูกปัญญาและเอาใจแต่อารมณ์)

*ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หากพิจารณาจากบทสรุปในวันสุดท้ายคือการบรรยายเรื่อง “ยุทธศาสตร์ชาติกับการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ” และ “สภาการสาธารณสุขแห่งชาติ: ความหวังของประชาชน” โดยในหัวข้อหลังเป็นข้อเสนอให้กระทรวงสาธารณสุขมีสภามาคอยกำหนดกรอบนโยบาย และอาจมีส่วนในการติดตามงาน เช่นเดียวกับสภาผู้แทนราษฎรทำหน้าที่กำกับรัฐบาล หรือสภามหาวิทยาลัยกำหนดนโยบายและติดตามฝ่ายบริหารของมหาวิทยาลัย โดยทั่วไปเป็นที่น่าอัศจรรย์ใจที่กระทรวงสาธารณสุขที่เดิมมีอำนาจอยู่เต็มในการกำหนดนโยบาย และทิศทางสาธารณสุขกลับเสนอที่จะกระจายอำนาจที่มีอยู่ในวงกว้างขึ้น และถ้าทำได้จริงดังที่ว่าเป็นที่น่าอนุโมทนาและเป็นตัวอย่างแก่หน่วยงานต่าง ๆ ต่อไป (แน่นอนว่าจะต้องมีพระราชบัญญัติมารองรับสภาแห่งนี้)

สำหรับการบรรยายที่สำคัญที่สุดในการประชุมครั้งนี้คือ “ยุทธศาสตร์ชาติกับการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ” พบว่าวิสัยทัศน์มีความกระจัดกระจายซึ่งน่าจะเป็นด้วยความตั้งใจของผู้พูดที่จะให้ได้ภาพรวมทุกด้าน (ตั้งแต่คำว่าสุขภาพ การบริการ การกำกับ การบริหารจัดการและการเงินการคลัง) และก็อาจเป็นอิทธิพลของการขับเคลื่อนที่กำลังมีอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งมีความหลากหลายจนไม่เห็นว่าการที่แท้จริงหรือที่สำคัญที่สุดของการปฏิรูปคืออะไร! ในการบรรยายได้เริ่มที่คำ “สุขภาพ” ว่ามีความหมายมากไปกว่าการที่ไม่มีโรค (ซึ่งความหมายของสุขภาพที่ครอบคลุมมากกว่าการไม่มีโรคนี้ก็เป็นนิยามที่ใช้กันอยู่เป็นสากลในปัจจุบัน) และกล่าวถึงสุขภาพพอเพียงขั้นต่ำรวมทั้งบริการทางสุขภาพขั้นต่ำ แต่ท่านผู้พูดก็ไม่อาจให้ทั้งนิยาม - เกณฑ์หรือความหมายได้แต่อย่างใด

จากนั้นวิสัยทัศน์ได้ดำเนินเข้าสู่ประเด็นของปัญหาในปัจจุบันโดยมีสองประเด็นหลักคือ ประเด็นที่หนึ่ง - สุขภาพของประชาชนในปัจจุบันยังไม่ได้ขั้นต่ำ (เป็นความคิดหรือความเห็นของผู้พูดทั้งที่ก็ยังไม่มีเกณฑ์ให้กับผู้ฟัง) ประเด็นที่สอง - ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพแพง ซึ่งมีข้อครหาอยู่ว่าที่เห็นว่าแพงก็คิดตั้งแต่เพียงค่าใช้จ่ายของรัฐ จริง ๆ แล้วประชาชนเป็นผู้ควักเงินจ่ายค่าสุขภาพของตนโดยตรงมาก

กว่ารัฐเสียอีก (ราวร้อยละ 60 มาจากกระเป๋าของประชาชนโดยตรง)^(2,3) และที่ว่าค่าใช้จ่ายของรัฐที่จริงก็คือรายจ่ายของประชาชนทางอ้อมนั่นเองที่รัฐเก็บตวงมาจากภาษีต่าง ๆ ผู้พูดนำเอาระบบในประเทศอังกฤษ - แคนาดาและออสเตรเลียมากล่าวถึงว่าเป็นระบบสุขภาพที่รัฐควบคุมและเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่ายเกือบทั้งหมดซึ่งมีแนวโน้มว่ารัฐไม่อาจรับภาระเหล่านี้ได้ (อย่าลืมว่าเงินของรัฐก็คือเงินที่เรียกเก็บจากประชาชนนั่นเอง แต่เป็นประโยชน์ในการกระจายทรัพย์สินจากคนรวยมายังคนจนที่จะต้องได้รับการบริการสุขภาพเท่าเทียมกันภายใต้ระบบของรัฐ) และเน้นว่าระบบนั้นมีข้อบกพร่องและใช้ไม่ได้กับประเทศไทย เห็นชัดเจนว่าความคิดดังกล่าวถูกตั้งและผิดครั้ง ครั้งที่ถูกคือใช้ไม่ได้กับประเทศไทย-เนื่องจากว่ารัฐไทยไม่มีปัญหาเก็บภาษีได้มากพอ (คนมีอำนาจวาสนา-คนรวยกุมบังเหียนประเทศอยู่ ที่ไหนจะยอมให้ขึ้นภาษีกันมากมาย แค่งฎหมายภาษีมรดกก็ยังค้างมาชั่วนาตาปี) ส่วนครั้งที่ผิดคือการกล่าวว่ระบบดังกล่าวทำให้รัฐของประเทศเหล่านี้ต้องใช้เงินมากเกินไปที่ควรจะเป็น (จริงว่าค่าใช้จ่ายสูงมากจนบางประเทศต้องพัฒนาระบบให้ดีขึ้น เช่นประเทศอังกฤษ แต่ประเทศเหล่านี้ก็ยังพอใจใช้ระบบเช่นนี้เพียงแต่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบมากกว่าที่จะเปลี่ยนไปใช้ระบบอย่างประเทศสหรัฐอเมริกาที่ใกล้เคียงระบบของประเทศไทย ความจริงที่ได้พิจารณา ก็คือสหรัฐอเมริกามีค่าใช้จ่ายโดยรวมด้านสุขภาพต่อหัวมากกว่าประเทศอังกฤษหลายเท่า แต่มีอัตราการตายตามกลุ่มอายุและอายุคาดหวังของประชากรที่พอ ๆ กัน) เมื่อถึงตรงนี้ผู้บรรยายไม่ได้กล่าวเลยว่าในกรณีของรัฐซึ่งเป็นตัวกำหนดกลไกหรือระบบหลักจะทำอะไรหรือให้ความสำคัญกับอะไรเป็นอย่างแรก ? (จัดลำดับทิศทางนั่นเอง)

ในความเห็นของผู้เขียนและจากการจับใจประกมน้อยจากการบรรยายครั้งนี้แล้วพอจะจับทิศทางของประเด็น หรือจุดมุ่งหมายที่รัฐต้องพิจารณาลำดับความสำคัญได้ดังนี้ (ไม่ได้หมายความว่าจำเป็นต้องเลือกดำเนินการเพียงเรื่องเดียว แต่ในการกำหนดนโยบายและแผนงานจำเป็นต้องมีภาพของทิศทางที่ชัดเจนว่าทางไหนเป็นทางหลักที่จะ

ต้องเดินหรือต้องทำให้สำเร็จเป็นลำดับต้นหรือต้องได้กำลังทรัพยากรในการจัดการสูงสุด) ประเด็นที่หนึ่ง - รัฐต้องสร้างหลักประกันทางสุขภาพขั้นต่ำว่าประชาชนจะต้องมีความก้าวหน้าที่จะต้องได้ในสิ่งที่ต้องได้ (เป็นเรื่องของระบบบริการ-delivery system ควบคู่กับสวัสดิการขั้นต่ำนั่นเอง) ประเด็นที่สอง - รัฐมุ่งควบคุมค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของภาครัฐ (ภายใต้ระบบการค้าเสรีเช่นนี้รัฐคงไม่มีสิทธิไปควบคุมภาคเอกชนได้เท่าไร) โดยการสร้างระบบที่ผลลัพท์จะไปให้ประชาชนผ่านระบบที่เรียกว่าระบบประกัน และประเด็นที่สาม - รัฐต้องการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศ โดยแน่นอนว่าถ้าจะทำตามประเด็นนี้จะต้องเกิดการปฏิรูปอย่างใหญ่โตขึ้นในประเทศไทยเหมือนกับที่เคยเกิดขึ้นในประเทศอังกฤษเมื่อ 50-60 ปีที่แล้ว โดยรัฐจะต้องแทรกแซงระบบบริการทั้งหมด - สร้างระบบโดยเฉพาะการรักษาให้มีลักษณะที่ไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าที่เอกชนทำอยู่ - และเพิ่มภาษีต่าง ๆ สูงมากเพื่อให้ได้เงินมาใช้ในการปฏิรูประบบ (ฟังดูแล้วยากมากสำหรับประเทศที่ยากจนและยังอยู่ภายใต้อิทธิพลของการค้าเสรี) ถึงตรงนี้จะเห็นชัดเจนว่าน่าจะเหลือเพียงประเด็นที่หนึ่งหรือสองเท่านั้น ที่จะต้องเป็นประเด็นสูง และต้องยอมรับว่าแนวโน้มที่น่าจะเป็นมากที่สุดของระบบสุขภาพในสังคมไทย คือระบบคู่ขนาน โดยในด้านผู้ให้บริการจะมีรัฐคู่กับเอกชน และในด้านภาระการจ่ายเพื่อสุขภาพจะเป็นทั้งระบบทางตรง (ประชาชนควักกระเป๋าจ่าย - หรือผ่านระบบประกัน) และทางอ้อม (รัฐเก็บภาษีจากประชาชน) ในระดับที่ไม่ต่างกันมากนัก

สำหรับประเด็นที่รัฐต้องสร้างหลักประกันทางสุขภาพขั้นต่ำคงจะต้องมองในสองส่วนคือระบบบริการและสวัสดิการขั้นต่ำต่อผู้ที่ไม่สามารถรับภาระค่าใช้จ่ายได้ โดยในเรื่องระบบบริการผู้ให้วิสัยทัศน์ได้กล่าวถึงโรงพยาบาล-การบริการของโรงพยาบาล-การควบคุมกำกับ - และการให้เป็นอิสระในการบริหารจัดการ ซึ่งก็คือสิ่งที่ได้เกิดในโครงการนำร่องในโรงพยาบาล 7 แห่ง ของกระทรวงสาธารณสุขอันเป็นที่ทราบกันดีอยู่ในปัจจุบัน (ดำเนินการภายใต้เงื่อนไขการกู้เงินจาก ADB ในสถานะการณวิฤกฤติเศรษฐกิจของประเทศไทย) ซึ่งเป็นที่น่าแปลก

ใจที่มองแต่เพียงโรงพยาบาล เพราะโรงพยาบาลเป็นองค์กรที่มองโรคเป็นหลักใหญ่ (คงไม่มีใครปฏิเสธแน่นอน ไม่ว่าจะพิจารณาจากสัดส่วนงบประมาณหรือสัดส่วนของเวลา - บุคลากรก็ตาม) แต่สิ่งที่ต้องมองคือสุขภาพ (ผู้ให้วิสัยทัศน์เองก็ได้หยิบยกเรื่องสุขภาพ - ไม่ใช่เพียงโรค ขึ้นเป็นประเด็นแรกสุดของวิสัยทัศน์) ซึ่งโดยแท้จริงแล้วควรจะต้องพิจารณา "ระบบสุขภาพระดับเขตหรืออำเภอ" (District Health System) เป็นหลัก และต้องมองการบริการชุมชนในระดับตำบลและหมู่บ้านเป็นทิศทางสำคัญ (อ่านบทบรรณาธิการในจุฬาลงกรณ์เวชสารฉบับที่ 2 ,2543)⁽⁴⁾ ประเทศเราได้มีการพัฒนาให้เกิด "ระบบสุขภาพระดับจังหวัด" โดยมีสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้จัดการใหญ่มาเป็นเวลานานแต่การบริหารจัดการยังเป็นลักษณะรวมศูนย์ค่อนข้างมาก และขอบเขตของระบบสุขภาพยังใหญ่เกิน จึงน่าจะพิจารณาสร้าง "ระบบสุขภาพระดับเขตหรืออำเภอ" ขึ้นพร้อม ๆ กับการมอบอำนาจร่วมกับกระจายอำนาจไปยังเขตหรืออำเภอนั้น ๆ โดยมีโรงพยาบาลประจำเขตหรืออำเภอเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพระดับเขตหรืออำเภอนอกจากนั้นยังต้องพัฒนาให้การบริการทางสุขภาพแทรกซึมเข้าชุมชนมากขึ้น ดังนั้นการปฏิรูปที่ต้องพิจารณาอย่างยิ่งคือ ในระบบสุขภาพระดับเขตหรืออำเภอต้องให้ชุมชนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย และทิศทาง (กระจายอำนาจ) และผู้จัดการเขตสุขภาพจะต้องได้รับการมอบอำนาจจากส่วนกลางให้สามารถบริหารจัดการระบบสุขภาพเขตได้อย่างคล่องตัวภายใต้การกำกับของกระทรวงสาธารณสุข

โดยสรุปแล้วเวทีครั้งนี้เป็นเพียงกระบวนการในการขยับเขยื้อนสังคม เพื่อให้ได้พลังในการนำไปสู่การปฏิรูปตามที่มีผู้จัดตั้งการ มีการกระตุ้นอารมณ์ของมวลชนและผู้เข้าร่วมประชุมมากกว่าการกระตุ้นปัญญา และเป็นการขายความคิดที่ได้ทำอยู่ในปัจจุบันว่าเป็นทิศทางที่ถูกต้องและควรให้การสนับสนุนต่อไป อย่างไรก็ตามมุมมองของทิศทางในการปฏิรูปคงมีความแตกต่างกันออกไป คงไม่มีใครบอกว่าสิ่งใดถูกใดผิด และในที่สุดก็คงจะเดินไปทีละก้าวสุดท้ายเดียวกัน (ความสุขของสังคม) แต่ความแตกต่างคือ

เวลาที่สั้นยาวและทรัพยากรที่คุ้มค่าต่างกันในกระบวนการปฏิรูป

บรรณานุกรม

1. สุจิตร์ - ทิศทางปฏิรูปบริการสุขภาพไทย. เวทีวิชาการ: ปฏิรูประบบสุขภาพไทย. วันที่ 13 - 15 ธันวาคม 2542 ณ ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทค กรุงเทพฯ ฯ.
2. อติศวร หมายชูไทย, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, วิพรรณ ประจวบเหมาะ รุฟโฟไล, บัญชีรายจ่ายสุขภาพ

แห่งชาติ พ.ศ.2537. กรุงเทพมหานคร, รายงานวิจัยสนับสนุนโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, พ.ศ. 2540.

3. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, พรรณนา บัวประดับกุล, งามจิตต์ จันทร์สาธิต. Health Care Financing. เอกสารโรเนียว, 2530.
4. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. สาธารณสุขมูลฐานกับการปฏิรูประบบบริการ. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2543 ก.พ;44(2): 67-74