เอกสารประกอบการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ปี 2549
27-29 ตุลาคม 2549

นโยบายศูนย์กลางสุขภาพเอเชีย
กับหลักประกันสุขภาพบนเส้นทางเศรษฐกิจพอเพียง

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ๒๕๔๙
เศรษฐกิจพอเพียง สู่สังคมอยู่เย็นเป็นสุข

นโยบายศูนย์กลางสุขภาพเอเชีย
กับหลักประกันสุขภาพบนเส้นทางเศรษฐกิจพอเพียง

เรียบเรียงและบรรณาธิการ : รศ.ดร.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์
จัดพิมพ์โดย : สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.)
พิมพ์ครั้งที่ 1 : ตุลาคม 2549
จำนวน : 3,500 เล่ม
สนับสนุนโดย : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย(สวปก.)
กระทรวงสาธารณสุข
ออกแบบปกและรูปเล่ม : ธานินทร์ กุลกาญจน์
พิมพ์ที่ :
ISBN :
ภาพปก : จากโครงการประกวดภาพถ่าย "อยู่เย็นเป็นสุข"

คำนำ

ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวพระราชทานแก่พสกนิกรชาวไทยในวาระต่างๆ มานานกว่า 30 ปี เพื่อชี้แนะให้ประชาชนไทยทุกระดับ ชุมชน จนถึงระดับรัฐ เห็นความสำคัญของการพัฒนาประเทศไทยอย่างเป็นขั้นเป็นตอน มีแผนปฏิบัติงานที่สร้างสมดุล สอดคล้องสัมพันธ์กับสภาวะของประเทศ และประชาชน เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับรองรับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและกว้างขวาง ทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมจากกระแสโลกาภิวัฒน์

ด้วยความร่วมมือระหว่างสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับภาคีเครือข่ายทางวิชาการจากทุกภาคส่วน เพื่อจัดทำข้อเสนอการสร้างสมดุลของนโยบายสาธารณะหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับศูนย์กลางธุรกิจการรักษาพยาบาลบนฐานคิดเศรษฐกิจพอเพียงและนำไปสู่การแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในวงกว้างต่อที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 6 ระหว่างวันที่ 27-29 ตุลาคม พ.ศ.2549

การจัดทำข้อเสนอ "สมดุลของนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการเป็นศูนย์กลางธุรกิจการรักษาพยาบาลของเอเชีย บนฐานคิดเศรษฐกิจพอเพียง" ครั้งนี้ เป็นการนำนโยบายในบริบทสุขภาพที่ดูเสมือนว่าอาจจะไม่มีความเกี่ยวข้องกัน หรืออยู่ในบนฐานคิดแตกต่างกัน มาวิเคราะห์คู่กันบนฐานคิดเศรษฐกิจพอเพียง โดยใช้เทคนิค Polarity Management โดยได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดียิ่งจากนักวิชาการสหสาขาจากทุกภาคส่วน และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าประสบการณ์จากกระบวนการเรียนรู้ดังกล่าวจะนำไปสู่การพัฒนากระบวนการนโยบายสาธารณะด้านอื่นๆ ของภาครัฐ ต่อไปในอนาคต

สารบัญ

(1) บทนำ.....5

(2) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : สู่ความเป็นธรรมทางสุขภาพ..... 7
ของคนในประเทศ

(3) การเป็นศูนย์กลางธุรกิจด้านการรักษาพยาบาลของเอเชีย : 11
เพื่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจที่สามารถแข่งขันได้ในเวทีโลก

(4) มุมมองเศรษฐกิจพอเพียงต่อสมดุลทางนโยบายเพื่อการพัฒนา.....14
ระบบบริการสุขภาพ

(5) การวิเคราะห์เชิงนโยบาย : โอกาสเรียนรู้ร่วมกันระหว่างนโยบายสองเรื่อง..16
บนฐานคิดเศรษฐกิจพอเพียง

(6) ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา..... 32

ภาคผนวก..... 39
รายนามคณะทำงานพัฒนาข้อเสนอการประยุกต์แนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง
เพื่อสร้างสมดุลของนโยบายสาธารณะด้านหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับ
การเป็นศูนย์กลางธุรกิจการรักษาพยาบาลของเอเชีย

นโยบายศูนย์กลางสุขภาพเอเชีย
กับหลักประกันสุขภาพบนเส้นทางเศรษฐกิจพอเพียง

1. บทนำ

ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่มีพัฒนาการของระบบบริการสุขภาพและสาธารณสุขมาอย่างต่อเนื่อง ความพยายามที่ผ่านมาในอดีตมักเป็นไปเพื่อยกระดับสุขภาพของคนไทยในประเทศ เช่น การขยายเครือข่ายของโรงพยาบาลและสถานีอนามัยไปในพื้นที่ต่าง ๆ การสร้างความเข้มแข็งของการสาธารณสุขมูลฐาน เป็นต้น ซึ่งประสบผลสำเร็จอยู่ไม่น้อย เห็นได้จากเครื่องชี้วัดทางสุขภาพต่าง ๆ ของประเทศ ตลอดจนคุณภาพชีวิตของประชาชนที่ดีขึ้นในหลาย ๆ ด้าน การดำเนินการส่วนใหญ่เป็นการดำเนินการโดยภาครัฐ โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นหน่วยงานหลักในการวางโครงสร้างพื้นฐานของระบบบริการสุขภาพของประเทศ [1] และเมื่อไม่นานมานี้ยังมีความพยายามอย่างต่อเนื่องในการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศ ซึ่งหนึ่งในความพยายามที่ประสบความสำเร็จคือ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือที่มักเรียกกันในวงการวิชาการโดยทั่วไปว่า "UC"

ในขณะเดียวกัน การพัฒนาเศรษฐกิจแบบทุนนิยมเปิดโอกาสให้ธุรกิจการให้บริการสุขภาพภาคเอกชน โดยเฉพาะด้านการรักษาพยาบาล มีการขยายตัวมากขึ้นด้วยตามฐานะทางเศรษฐกิจของประเทศและโอกาสทางการตลาด อันเนื่องมาจากอุปสงค์ของประชาชนกลุ่มหนึ่งที่มีกำลังซื้อเพิ่มขึ้น จนปัจจุบันโรงพยาบาลเอกชนมีกว่า 400 แห่ง และมีจำนวนเตียงคิดเป็นประมาณร้อยละ 25 ของจำนวนเตียงโรงพยาบาลทั้งหมดของประเทศ โดยมีจำนวนหนึ่งที่เป็นบริษัทมหาชนที่มีการกระจายหุ้นและมีการลงทุนอยู่ในตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย กลายเป็นกลไกหนึ่งในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจ แม้จะเคยเป็นภาระทางเศรษฐกิจของประเทศเช่นเดียวกันในช่วงวิกฤติเศรษฐกิจที่ผ่านมา [2] ด้วยศักยภาพและทรัพยากรที่มีอยู่ดังกล่าว

---

1 สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ (บรรณาธิการ). การสาธารณสุขไทย พ.ศ.2544-2547. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์. 2548.

2 วีระศักดิ์ พุทธาศรี, สมหญิง สายธนู และวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. รายงานการวิจัย บทบาทและการปรับตัวของโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยต่อสภาวะก่อนและระหว่างวิกฤติเศรษฐกิจ (พ.ศ.2539-2544). สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพ

ทำให้รัฐบาลและภาคส่วนหนึ่งของสังคมมองเห็นโอกาสทางเศรษฐกิจของประเทศ ในการผลักดันบริการสุขภาพเข้าสู่การแข่งขันในเวทีโลกจนเป็นที่มาของนโยบายการเป็นศูนย์กลางด้านการรักษาพยาบาลของภูมิภาค หรือที่รู้จักกันในนาม "Medical hub"

แม้ว่านโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) และการพัฒนาประเทศให้เป็นศูนย์กลางธุรกิจการรักษาพยาบาล (Medical hub) จะมีที่มา หลักการ และแนวทางการดำเนินการที่แตกต่างกันมากจนเสมือนว่าไม่มีความเกี่ยวข้องกันแต่หากเราพิจารณาอย่างพินิจพิเคราะห์ให้ดีแล้ว จะพบว่ามีความเชื่อมโยงอยู่หลายประการของนโยบายทั้งสองด้าน ทั้งนี้ด้วยเหตุปัจจัยอย่างน้อยที่สุด 2 ประการสำคัญ คือ การจัดการเชิงนโยบายซึ่งรับผิดชอบโดยหน่วยงานภาครัฐให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประเทศ และการเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพของประเทศที่ต้องใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ร่วมกัน [3]

บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาประเด็นที่เรียนรู้ร่วมกันได้ระหว่างนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการพัฒนาประเทศไปสู่การเป็นศูนย์กลางธุรกิจการรักษาพยาบาลของเอเชีย อันจะนำไปสู่ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาที่สร้างสรรค์สำหรับระบบบริการสุขภาพของประเทศในภาพรวม โดยการวิจัยทบทวนเอกสารทางวิชาการที่สำคัญเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การพัฒนาประเทศให้เป็นศูนย์กลางธุรกิจบริการรักษาพยาบาลของเอเชีย และเศรษฐกิจพอเพียง ตลอดจนทบทวนและแสวงหาข้อมูลเพิ่มเติมจากการประชุมระดมสมองจากกลุ่มนักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญตลอดจนผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในระดับนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ผู้แทนจากโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน และองค์กรภาคประชาชนจำนวนหนึ่งในรูปของคณะทำงานพัฒนาข้อเสนอการประยุกต์แนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงเพื่อสร้างสมดุลของนโยบายสาธารณะด้านหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับศูนย์กลางบริการสุขภาพ (Medical Hub) ของสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (ซึ่งต่อไปจะเรียกอย่างย่อว่า "คณะทำงานฯ") และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยอาศัยฐานคิดของปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง (Sufficiency economy) ผ่านกลวิธีการ

3 สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. โครงการพัฒนาข้อเสนอการประยุกต์แนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงเพื่อสร้างสมดุลระหว่างนโยบายสาธารณะด้านหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับศูนย์กลางบริการสุขภาพ (Medical hub). 2549. เอกสารอัดสำเนา.

แก้ปัญหาโดยประยุกต์แนวคิด Polarity management [4]

อนึ่ง บทวิเคราะห์และข้อเสนอแนะ ณ ที่นี้ อาจไม่สามารถครอบคลุมประเด็นสำคัญของนโยบายแต่ละเรื่องที่มีอยู่อย่างหลากหลายได้ทั้งหมดและทุกแง่มุม ทั้งนี้ด้วยเหตุของการใช้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงเป็นฐานคิดหลัก และจำกัดมุมมองที่มุ่งเน้นเฉพาะประเด็นสำคัญที่สามารถเรียนรู้ร่วมกันได้ระหว่างนโยบายทั้งสองเรื่องเป็นสำคัญเท่านั้น

2. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : สู่ความเป็นธรรมทางสุขภาพของคนในประเทศ

ในหลักการ อาจกล่าวได้ว่าประเทศไทยเป็นหนึ่งในไม่กี่ประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา ที่สามารถให้หลักประกันสุขภาพเป็นสิทธิแก่ประชาชนทุกคนในประเทศได้อย่างถ้วนหน้า ซึ่งปัจจุบันนี้ คนไทยทุกคนจะมีสิทธิได้รับหลักประกันสุขภาพผ่านระบบใดระบบหนึ่งใน 3 ระบบหลัก คือ ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการและครอบครัว (CSMBS) ระบบประกันสังคม (SSS) และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC)

อย่างไรก็ตาม ระบบหลักประกันสุขภาพทั้งสามของประเทศนี้ อยู่ในการกำกับดูแลของหน่วยงานของรัฐคนละหน่วยงาน ได้รับงบประมาณค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อหัวที่ไม่เท่ากัน และมีสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพที่แตกต่างกันในบางประการ ดังแสดงได้ในตารางที่ 1

---

4 Polarity Management Associate. Polarity Management. Http://www.polaritymanagement.com. Accessed 16 August 2006.

ตารางที่ 1 ระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศและสิทธิประโยชน์ที่สำคัญ [5]

ระบบหลักประกันสุขภาพ	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ	งบประมาณเฉลี่ยต่อหัวในปี 2549	สิทธิประโยชน์ด้านบริการสุขภาพที่สำคัญ
สวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ	กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง	4,000 บาท ++	เน้นสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล ทั้งในกรณีเจ็บป่วยเฉียบพลัน เรื้อรัง และอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีสิทธิประโยชน์ด้านการตรวจสุขภาพบางกรณี
ประกันสังคม	สำนักงานประกันสังคม	1,600 บาท ++	เป็นสวัสดิการรักษาพยาบาลสำหรับกลุ่มผู้ใช้แรงงาน (ส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน) คุ้มครองกรณีเจ็บป่วยที่ไม่ได้มีสาเหตุจากการทำงาน ไม่ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (30 บาทรักษาทุกโรค)	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	1,659 บาท	เน้นการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ มีสิทธิประโยชน์ครอบคลุมการดูแลสุขภาพอย่างบูรณาการ รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือที่รู้จักกันทั่วไปว่า "30 บาทรักษาทุกโรค" เป็นระบบที่ใหญ่ที่สุด ที่ให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนกว่า 48 ล้านคน ซึ่งโดยความมุ่งหมายของ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ได้แสดงเจตจำนงและเป้าประสงค์ของการ

5 จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. (เรียบเรียงและบรรณาธิการ). ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2549.

สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนคนไทย ว่าเป็นไปเพื่อให้คนไทยทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานได้อย่างเป็นธรรม ภายใต้ระบบที่มีประสิทธิภาพและได้รับความคุ้มครองตามสมควร [6]

งบประมาณที่ใช้ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นส่วนหนึ่งของงบประมาณแผ่นดินที่ได้รับจัดสรรจากรัฐสภา อย่างไรก็ตามจากการทบทวนผลงานวิชาการและงานวิจัยในช่วงหลายปีที่ผ่านมา พบว่าวงเงินที่ได้รับจัดสรรยังอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าที่ควรจะเป็นมาโดยตลอด ยังไม่สามารถหาแนวทางการจัดสรรงบประมาณไปสู่หน่วยงานและหน่วยบริการต่างๆ ได้อย่างลงตัว และต้องมีการจัดตั้งกองทุนสำรอง (Contingency fund หรือที่มักเรียกกันว่า"เงิน CF") ติดต่อกันมาหลายปีเพื่อช่วยเหลือโรงพยาบาลที่ขาดสภาพคล่อง [7]

หน่วยบริการในระบบ เช่น ศูนย์สุขภาพชุมชน และโรงพยาบาล ได้รับเงินอุดหนุนค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ในการดูแลผู้ป่วยและผู้ใช้บริการเป็นการจ่ายแบบปลายปิด (Close-ended payment) เช่น การเหมาจ่ายค่ารักษาพยาบาลล่วงหน้าแก่หน่วยบริการเป็นรายหัว (เรียกว่า Capitation payment) หรือการจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (เรียกกันสั้นๆ ว่า DRG) โดยจำกัดงบประมาณรวมไว้ในแต่ละช่วงเวลา (เรียกกันทั่วไปว่า Global budget) วิธีการจ่ายเหล่านี้จะมีประโยชน์ที่ช่วยการควบคุมค่าใช้จ่ายในภาพรวม ซึ่งในทางทฤษฎีจะช่วยกระตุ้นให้หน่วยบริการปรับปรุงการทำงาน เพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการและบริหารจัดการ แต่ก็ทำให้หน่วยบริการต้องเป็นผู้รับภาระความเสี่ยงหากเกิดการขาดทุนจากการให้บริการแก่ประชาชนเกือบทั้งหมดหากผู้ป่วยป่วยมากและต้องใช้ค่ารักษาพยาบาลมากกว่าที่หน่วยงานที่รับผิดชอบประเมินไว้ล่วงหน้า [8]

การให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มุ่งเน้นและพัฒนาการให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ (Primary care) เป็นบริการใกล้บ้านใกล้ใจ และสร้างเครือข่ายการ

---

6 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545

7 วิโรจน์ ณ ระนอง และคณะ. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 2545-2546. รายงานเล่มที่ 1 โครงการติดตามและประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระยะที่สอง (2546-47). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. 2547. (ฉบับแก้ไขปรับปรุง มิถุนายน 2548).

8 จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, สุกัลยา คงสวัสดิ์. ระบบ กลไก และวิธีการจ่ายค่าบริการสุขภาพเพื่อความเป็นธรรม ประสิทธิภาพและคุณภาพบริการ. รายงานการศึกษาประกอบการปฏิบัติรูประบบสุขภาพและการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ... กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2544.

ส่งต่อผู้ป่วยที่มีความจำเป็นไปสู่หน่วยบริการหรือโรงพยาบาลที่ให้บริการในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ประชาชนผู้มีสิทธิต้องลงทะเบียนกับหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่เรียกกันอย่างย่อๆ ว่า "พีซียู (PCU)" และโดยหลักการประชาชนจะไปใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิก่อนซึ่งมุ่งหวังให้เกิดการบริการแบบองค์รวมและต่อเนื่อง ซึ่งหน่วยบริการและโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นของรัฐ

นอกจากนี้ ระบบยังได้รับการออกแบบให้มีกลไกในการกำกับดูแลและส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ ตลอดจนมีระบบและกลไกในการคุ้มครองประชาชนผู้มีสิทธิในกรณีได้รับความเดือดร้อนหรือเสียหายจากการรับบริการในระดับหนึ่ง

สำหรับระบบประกันสังคม เป็นระบบที่ดูแลลูกจ้างภาคเอกชน ซึ่งนายจ้างและลูกจ้างต้องมาลงทะเบียนกับสำนักงานประกันสังคม พร้อมทั้งจ่ายเงินสมทบให้กับกองทุนโดยมีรัฐบาลจ่ายเงินสมทบร่วมด้วยในสัดส่วนที่ตกลงกันไว้ ผู้ประกันตนจะสามารถเลือกลงทะเบียนและไปใช้บริการกับโรงพยาบาลคู่สัญญาหลักและเครือข่ายบริการที่ทำสัญญาสำนักงานประกันสังคมทำสัญญาไว้ โดยโรงพยาบาลคู่สัญญาจะได้รับเงินเหมาจ่ายล่วงหน้าเป็นรายหัวต่อคนต่อปีในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งที่ผ่านมา ถ้ามีโรงพยาบาลเอกชนเป็นโรงพยาบาลคู่สัญญาในพื้นที่ ผู้ประกันตนมักนิยมไปลงทะเบียนกับโรงพยาบาลเอกชน ด้วยความเชื่อว่าบริการดีกว่าโรงพยาบาลของรัฐ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากวิธีการจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว ทำให้เกิดความเสี่ยงด้านคุณภาพของการรักษาพยาบาล และกรณีของการไม่ให้การรักษาหรือผลักดันผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูงไปสู่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในระบบประกันสังคม [9, 10]

ส่วนระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการและครอบครัว ให้เป็นระบบสวัสดิการแก่ข้าราชการในฐานะลูกจ้างของรัฐ คุ้มครองข้าราชการ ข้าราชการบำนาญ คู่สมรส บิดา มารดา และบุตรที่อายุไม่เกิน 20 ปี ทั้งนี้ผู้มีสิทธิจะไปใช้บริการได้จากโรงพยาบาลของรัฐเป็นหลัก โดยไม่จำเป็นต้องมีการเลือกเจาะจงหรือลงทะเบียนกับหน่วยบริการ ผู้มีสิทธิหรือ

---

9 Yip, WC., Supakankunti S., Sriratanaban J., et al. Impact of capitation payment: The Social Security Scheme of Thailand. Applied Research 2, Working Paper No.4. Bethesda, MD: Partnership for Health Reform Project, Abt Associates Inc. January 2001.

10 สรุปจากการสัมภาษณ์ส่วนบุคคลกับผู้บริหารโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์แห่งหนึ่ง. กันยายน 2549.

โรงพยาบาลที่ให้บริการสามารถเบิกค่าใช้จ่ายจากกรมบัญชีกลางได้ตามที่ใช้จ่ายจริง (Fee-for-service) โดยยังขาดระบบและกลไกในการตรวจสอบที่ดี ทำให้ประสบปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในแต่ละปี[11] อย่างไรก็ตามมีผู้กล่าวอยู่เสมอๆ ในเวทีประชุมวิชาการในเรื่องนี้ว่าสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากความจำเป็นที่โรงพยาบาลของรัฐต้องหารายได้จากระบบนี้ไปจุนเจือปัญหาการขาดทุนจากการให้บริการผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3. การเป็นศูนย์กลางธุรกิจด้านการรักษาพยาบาลของเอเชีย : เพื่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจที่สามารถแข่งขันได้ในเวทีโลก

นโยบายการพัฒนาประเทศให้เป็นศูนย์กลางธุรกิจด้านการรักษาพยาบาลของเอเชีย หรือที่รู้จักกันโดยทั่วไปว่า "นโยบาย Medical hub" เป็นส่วนหนึ่งของนโยบายการพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย หรือ "Health hub" ซึ่งประกอบด้วย ธุรกิจบริการรักษาพยาบาล ธุรกิจบริการส่งเสริมสุขภาพ และธุรกิจผลิตภัณฑ์สุขภาพและสมุนไพรไทย [12]

ที่มาของนโยบายมีจุดเริ่มต้นส่วนหนึ่งมาจากความพยายามผลักดันของภาคเอกชนด้วยเหตุผลเพื่อการผลิตฟื้นและขยายตลาดทางธุรกิจ และเพื่อนำทรัพยากรส่วนเกินที่ไม่ได้ใช้ประโยชน์ที่ลงทุนไว้ตั้งแต่ก่อนวิกฤติเศรษฐกิจของประเทศกลับมาใช้ประโยชน์ สร้างรายได้เพิ่มเติมให้กับประเทศ [13,14] ประกอบกับการวิเคราะห์ขีดความสามารถในการแข่งขัน

---

11 สุชาติ สรณสถาพร. ระบบเบิกค่ารักษา สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ: ความเปลี่ยนแปลงในระบบสารสนเทศการคลังระบบบริการสุขภาพ. ข้อมูลนำเสนอในการประชุมวิชาการ "พลังปัญญา : สู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า". จัดโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 4 กุมภาพันธ์ 2547.

12 กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย (พ.ศ.2547-2551). งานพัฒนาธุรกิจบริการสุขภาพและส่งเสริมการส่งออก สำนักเศรษฐกิจสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. 2547.

13 สุรพงษ์ อำพันวงษ์, เครือ รพ.เกษมราษฎร์, สมาคมโรงพยาบาลเอกชน, หอการค้าไทย และสภาหอการค้าแห่งประเทศไทย. สาขาธุรกิจสุขภาพในประเทศไทย. 2547. เอกสารอัดสำเนาได้รับจากการประชุมคณะทำงานฯ สวปก. 4 กันยายน 2549.

14 ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์. รายงานผลการศึกษาเชิงคุณภาพเรื่องแนวโน้มการเติบโตของของโรงพยาบาลเอกชนและมาตรการของรัฐที่เหมาะสมในการรองรับ จากมุมมองของผู้เกี่ยวข้อง. ใน : ศิริเกียรติ เหลียงกอบกิจ (หัวหน้าโครงการ). ชุดโครงการวิจัยเรื่อง Private Hospital Industry during 1998-2003 and Policy Recommendations for Sustainable Development. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. 2548. เอกสารอัดสำเนา.

ของประเทศที่พบว่าภาคบริการสุขภาพ สามารถจัดเป็นธุรกิจคลื่นลูกใหม่ (New wave) ที่มีความน่าสนใจสูงแม้ขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศจะยังไม่สูงนักในระยะเริ่มต้น แต่ประเทศไทยมีจุดแข็งหลายประการที่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้ เช่น การมีแพทย์ระดับหัวกะทิ การบริการที่ดี การมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมอย่างสปาไทยและการนวดไทย ตลอดจนธุรกิจด้านการท่องเที่ยวที่เสริมกันได้ [15,16] ในขณะที่คนไข้ต่างชาตินิยมเข้ามาใช้บริการอยู่แล้วระดับหนึ่งและขยายตัวกว่าร้อยละ 15-55 ต่อปีในช่วงปี พ.ศ. 2543-2546 [17]

การดำเนินการผลักดันนโยบายการเป็นศูนย์กลางธุรกิจการรักษาพยาบาลของเอเชีย มีหน่วยงานของรัฐหลายหน่วยงานเข้าไปมีส่วนร่วมด้วยทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงต่างประเทศ รวมถึงกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการคลังและสำนักงบประมาณ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่เป็นตัวกลางในการกำหนดแผนยุทธศาสตร์ให้มีกิจกรรมและโครงการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ เช่น การตลาดและประชาสัมพันธ์ การบริหารจัดการ และการพัฒนาบริการสุขภาพและผลิตภัณฑ์สุขภาพ[18]

อย่างไรก็ตาม มีโรงพยาบาลเอกชนจำนวนหนึ่งที่มีการดำเนินการหาตลาดกับผู้ป่วยต่างชาติอยู่ก่อนมีนโยบายแล้ว และมีแนวโน้มที่ปริมาณผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากการดำเนินการทางธุรกิจต่าง ๆ ของโรงพยาบาลเอง ดังแสดงในตารางที่ 2 และมีการพยากรณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยต่างชาติของโรงพยาบาลเอกชนอาจเพิ่มขึ้นได้จาก 976,000 คน ในปี พ.ศ.2546 เป็น 1.4-5 ล้านคนในปี พ.ศ.2556 ทั้งนี้ขึ้นกับสมมติฐานในการประมาณการ [19]

---

15 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศ (สพข.) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.). Thailand Competitiveness Matrix. 28 กุมภาพันธ์ 2548. เอกสารอัดสำเนา.

16 กระทรวงสาธารณสุข. 2547. อ้างถึงแล้ว

17 Wibulpolprasert, S. Health Services and FTA. Ministry of Public Health, Thailand. 2 September 2005. เอกสารอัดสำเนา ได้รับจากการประชุมคณะทำงานฯ สวปก. 4 กันยายน 2549.

18 กระทรวงสาธารณสุข. 2547. อ้างถึงแล้ว.

19 วีระศักดิ์ มงคลพร และคณะ. อุปสงค์และอุปทานต่อการให้บริการทางการแพทย์สำหรับชาวต่างชาติ: การศึกษาเพื่อสำรวจผลกระทบที่มีต่อระบบสุขภาพ และบุคลากรสาธารณสุขในประเทศไทย. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข. 2548. เอกสารอัดสำเนา.

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ป่วยต่างชาติในช่วงก่อนนโยบาย Medical hub ปี พ.ศ.2544-2546

ประเทศ/กลุ่มประเทศ	ปี 2544	ปี 2545	ปี 2546	อัตราการเปลี่ยนแปลง 2544 - 2545	อัตราการเปลี่ยนแปลง 2545 - 2546
ญี่ปุ่น	118,170	131,684	162,909	11.9 %	28.8 %
สหรัฐอเมริกา	49,253	58,402	85,292	20.6 %	43.9 %
ตะวันออกกลาง	ไม่มีข้อมูล	20,004	34,704	-	73.5 %
ประเทศอื่นๆ	382,738	419,910	690,627	9.7 %	64.5 %
รวม	550,161	630,000	973,532	14.5 %	54.5 %

ที่มา : กรมส่งเสริมการส่งออก กระทรวงพาณิชย์ อ้างถึงใน วีระศักดิ์ มงคลพร และคณะ, 2548.

คณะทำงานฯ มีข้อสังเกตว่า การดำเนินงานของนโยบายการเป็นศูนย์กลางธุรกิจการรักษาพยาบาลของเอเชียในทางปฏิบัติ ยังมีนิยามและขอบเขตของนโยบายที่ขาดความชัดเจนว่าการเป็นศูนย์กลางธุรกิจการรักษาพยาบาล หรือ Medical hub นี้คืออะไรกันแน่ มีขอบเขตมากน้อยเพียงใด บริการอะไร เกี่ยวข้องกับใคร อย่างไร และในกรอบเวลาใด ซึ่งจากข้อมูลที่ได้รับและการประเมินในเบื้องต้นพบว่า โรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยที่มีศักยภาพอย่างแท้จริงในการดูแลผู้ป่วยต่างชาติในปัจจุบัน ไม่น่าจะมีจำนวนเกินกว่า 5 แห่ง แม้ว่าจะมีโรงพยาบาลเคยแจ้งความจำนงเข้าร่วมโครงการนี้กว่า 33 แห่ง อย่างไรก็ตามจะพบว่า ในปัจจุบันมีโรงพยาบาลเอกชนอีกจำนวนหนึ่งที่พยายามทำตลาดและขยายตลาดในส่วนนี้เพิ่มขึ้น ตลอดจนใช้เป็นกลยุทธ์ทางธุรกิจที่สะท้อนภาพของโรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลระดับนานาชาติ หรือ International hospital ในขณะเดียวกันก็มีโรงพยาบาลรัฐขนาดใหญ่บางแห่งเริ่มมีโครงการพัฒนาบริการด้านต่างๆ โดยอ้างอิงการตอบสนองต่อนโยบายนี้เช่นกัน

4. มุมมองเศรษฐกิจพอเพียงต่อสมดุลทางนโยบายเพื่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง เป็นปรัชญาที่มีแนวคิดหลักที่ชี้ถึงการดำรงอยู่และปฏิบัติตนของประชาชนในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับครอบครัว ระดับชุมชนจนถึงระดับรัฐ ทั้งในการบริหารและการพัฒนาให้ดำเนินไปในทางสายกลาง โดยเฉพาะการพัฒนาทางเศรษฐกิจเพื่อให้ก้าวทันต่อโลกยุคโลกาภิวัตน์ เศรษฐกิจพอเพียงมีเป้าประสงค์ที่มุ่งให้เกิดความสมดุลและความพร้อมต่อการรองรับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและกว้างขวาง ทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมจากโลกภายนอก

ฐานคิดของเศรษฐกิจพอเพียงในทางวิชาการ อยู่บนหลักการที่สำคัญ 3 ประการ คือ

1) **ความพอประมาณ** (Moderation) หมายถึง การสร้างมาตรฐานชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีและยั่งยืน โดยประโยชน์สุขอย่างถ้วนหน้า สามารถพึ่งพาตนเองและพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันได้ ซึ่งสามารถพิจารณาได้จากทั้งด้านเศรษฐกิจ การศึกษา ศาสนาและการเมือง

2) **ความมีเหตุมีผล** (Reasonableness) หมายถึง การเข้าถึงเหตุและผล เห็นอย่างรอบด้าน การดำเนินการด้วยความเข้าใจ สามารถอธิบายถึงเหตุและผลได้ พร้อมกับมีการสร้างและสะสมปัญญา

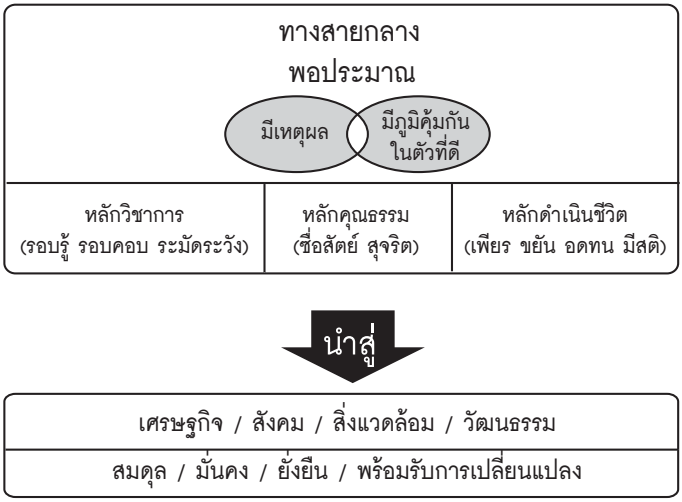
3) **การมีภูมิคุ้มกันในตัวเองที่ดี** (Self immunity) หมายถึง การมีภูมิคุ้มกันในตัวที่ดีพอสมควรต่อผลกระทบใด ๆ อันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก เป็นภูมิคุ้มกันเพื่อรองรับความเสี่ยงในอนาคต ทั้งที่มองเห็นและมองไม่เห็น สามารถดำรงการผลิตและบริโภคภายใต้ข้อจำกัดของทรัพยากรและรายได้ที่พอมี มีการสร้างศักยภาพในการศึกษาวิจัยและมีการเตรียมการและดำเนินการอย่างเป็นขั้นเป็นตอน

หลักการทั้งสามประการข้างต้นต้องอยู่บนพื้นฐานของหลักวิชาการความรู้ หลักของการเสริมสร้างจิตใจให้สำนึกในคุณธรรม และหลักการดำเนินชีวิตด้วยความเพียร [20] แสดงได้ดังภาพที่ 1

---

20 ฐิติพร ศิริพันธ์ พันธเสน. การประยุกต์หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงเพื่อสร้างสมดุลระหว่างนโยบายสาธารณะด้านหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับนโยบายศูนย์กลางบริการสุขภาพ. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. 2549. เอกสารอัดสำเนา.

ภาพที่ 1 ฐานคิดเศรษฐกิจพอเพียง [21]



เมื่อนำฐานคิดตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงมาประยุกต์ใช้เพื่อการวิเคราะห์เชิงนโยบายที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ ทำให้เกิดมุมมองที่ต้องมุ่งเน้นการพิจารณาในองค์รวมของความเป็นระบบ เล็งเห็นความเชื่อมโยงและความสัมพันธ์ทั้งภายในตนเองและระหว่างกัน ไม่สามารถคิดอย่างแยกส่วน ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความสมดุล และความยั่งยืนของการพัฒนา ซึ่งความเป็นองค์รวมและเชื่อมโยง อาจเกิดได้ตั้งแต่ในระดับของทิศทางนโยบาย การจัดสรรและการใช้ทรัพยากร กระบวนการ ผลลัพธ์และผลกระทบของการดำเนินงาน

21 ดัดแปลงจากเอกสารประกอบการประชุมของคณะทำงานฯ โดย ดร. ปรียานุช พิบูลสราวุธ. สำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์. 25 กันยายน 2549. และฐิติพร พันธเสน, 2549. อ้างถึงแล้ว

5. การวิเคราะห์เชิงนโยบาย : โอกาสเรียนรู้ร่วมกันระหว่างนโยบายสองเรื่อง บนฐานคิดเศรษฐกิจพอเพียง

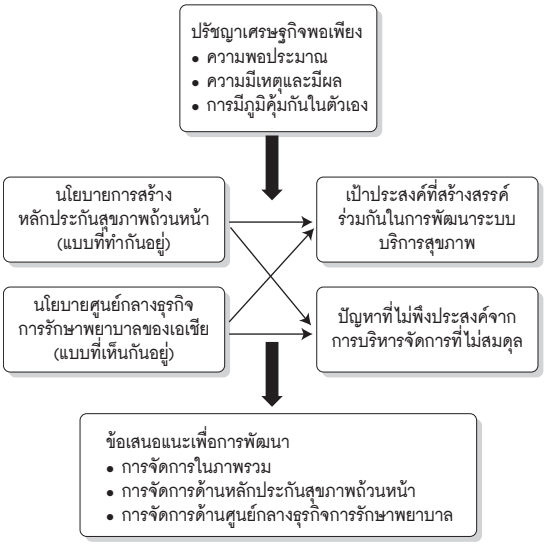
การวิเคราะห์เชิงนโยบายของนโยบายสองเรื่อง อันได้แก่ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการพัฒนาประเทศไปสู่ศูนย์กลางธุรกิจการรักษาพยาบาลของเอเชีย ซึ่งมีที่มาและทิศทางของนโยบาย แนวคิดและเหตุผลรองรับ ตลอดจนแนวการดำเนินงานและมีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในสังคมที่แตกต่างกัน แต่อาจมีความเกี่ยวพันเชื่อมโยงกัน รวมทั้งสามารถส่งผลกระทบถึงกันได้ เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะที่สร้างสรรค์สำหรับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศเป็นเรื่องที่มีความท้าทายมาก ทั้งในระดับความคิดและการนำสู่การปฏิบัติ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดสมดุลและความยั่งยืนของการพัฒนา โดยจะไม่สร้างความแตกต่างที่ก่อชนวนนำไปสู่ความแตกแยกในสังคม

กลวิธีของการแก้ปัญหาความท้าทายดังกล่าวอาจมีได้หลากหลายวิธี อย่างไรก็ตามวิธีการที่เลือกนำมาประยุกต์ใช้ในที่นี้ เป็นวิธีการจัดการสถานการณ์สองขั้ว (หรือเรียกว่า Polarity management) ซึ่งเป็นกลวิธีที่ใช้ในการบริหารจัดการสถานการณ์ที่มีความเกี่ยวโยงและพึ่งพากันและกัน (Interdependent) หลีกเลี่ยงการเผชิญหน้าโดยการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างสองขั้ว เพื่อหาข้อสรุปที่สร้างสมดุลได้ในภาพรวม ไม่ใช่เพื่อการเอาชนะคะคาน ทั้งนี้โดยทำความเข้าใจกับเป้าประสงค์ร่วมกันเพื่อการพัฒนาในองค์รวม สถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์หากไม่สามารถบริหารจัดการนโยบายทั้งสองด้านได้ดี ประกอบกับผลดีและผลเสียของนโยบายทั้งสองที่เป็นอยู่ต่อเป้าประสงค์และสถานการณ์ที่เห็นร่วมกันดังกล่าว เพื่อนำสู่ข้อเสนอแนะในการพัฒนาที่เกี่ยวข้องกับภาพรวมและนโยบายทั้งสองด้าน ตลอดจนเครื่องชี้วัดที่สำคัญที่แสดงถึงความไม่สมดุลไปในด้านใดด้านหนึ่ง

เมื่อนำปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงมาเป็นฐานคิดในการวิเคราะห์ดังกล่าว ทำให้สามารถประเมินประเด็นที่อาจถือว่าเป็นเป้าประสงค์ร่วมกันของนโยบายทั้งสอง และสถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้บนหลักการพอประมาณ ความมีเหตุมีผลและการมีภูมิคุ้มกันในตนเองที่ดีได้ โดยมีข้อคิดคำนึงถึงหลักวิชาการ หลักคุณธรรมและการดำเนินชีวิตที่ดี ที่จะนำไปสู่ข้อเสนอแนะเพื่อให้เกิดสมดุลของการพัฒนาที่สร้างสรรค์ ทั้งภายในการบริหารจัดการ

นโยบายแต่ละเรื่อง และภาพรวมที่จะส่งผลต่อนโยบายของการจัดการระบบบริการสุขภาพทั้งหมด แสดงได้ดังภาพที่ 2

ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ข้อมูลและพัฒนาข้อเสนอแนะ



5.1 เป้าประสงค์ร่วมกันเพื่อการพัฒนา

เมื่อเรานำหลักเศรษฐกิจพอเพียงมาเป็นฐานคิดในการพิจารณาสมดุลระหว่างนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) และการพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางธุรกิจรักษาพยาบาลของเอเชีย (Medical hub) จะทำให้เห็นความจำเป็นในการบริหารจัดการนโยบายทั้งสองร่วมกันและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันในระดับหนึ่งเพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนและพึ่งตนเองได้ของระบบบริการสุขภาพของประเทศในภาพรวมได้ โดยเฉพาะเป้าประสงค์ของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศ และปัญหาที่จะเกิดขึ้นหากเราไม่สามารถบริหารจัดการนโยบายทั้งสองได้อย่างมีประสิทธิผล

หลักการสำคัญสามประการ คือ ความพอประมาณ ความมีเหตุมีผลและการมีภูมิคุ้มกันของตนเองที่ดีที่กล่าวไว้ข้างต้น น่าจะนำสู่เป้าประสงค์ร่วมกันของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศในภาพรวมของนโยบายทั้งสอง ได้ดังนี้

◆ **เป้าประสงค์เชิงสังคม**

ในทางวิชาการที่เป็นที่ยอมรับกันในระดับนานาชาติ ระบบบริการสุขภาพมีหน้าที่หลักที่สำคัญอย่างน้อย 3 ประการ คือ (1) ยกระดับสุขภาพของคนในประเทศ (2) ตอบสนองความต้องการตลอดจนคำนึงถึงสิทธิและศักดิ์ศรีของประชาชน และ (3) รับและกระจายภาระทางการเงินอันเนื่องจากปัญหาสุขภาพอย่างเหมาะสม [22] ดังนั้นเป้าประสงค์เชิงสังคมน่าจะเป็นหลักสำคัญในการนำมาพิจารณาวิเคราะห์นโยบายที่เกี่ยวเนื่องกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศก่อนด้านอื่นๆ โดยเป้าประสงค์เชิงสังคมร่วมกันสำหรับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ไม่อาจปฏิเสธได้ว่าเกี่ยวข้องกับนโยบายทั้งสองด้าน ได้แก่

1) **ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ และความเป็นธรรมในสังคม**

ด้วยหลักความพอประมาณ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพควรมุ่งเน้นการสร้างมาตรฐานชีวิตของประชาชนในประเทศให้ได้รับประโยชน์สุขอย่างถ้วนหน้าทุกคนและประเทศมีหลักประกันให้สามารถพึ่งพาตนเองได้เข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมาตรฐาน ประชาชนสามารถพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน มีความยั่งยืนภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนทุกคนสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี

อย่างไรก็ตาม การสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการในที่นี้ อาจไม่ได้หมายความว่าประชาชนทุกคนต้องได้ทุกสิ่งทุกอย่าง อย่างที่อยากได้ จากระบบบริการสุขภาพโดยเท่าเทียม หรือเท่ากัน เพราะนั่นอาจไม่ "พอประมาณ" และไม่สามารถเป็นไปได้ภายใต้ข้อจำกัดตามความเป็นจริงของระบบบริการสุขภาพของประเทศ แต่น่าจะหมายความถึง การที่ทุกคนสามารถเข้าถึงการดูแล

---

22 World Health Report 2000. Geneva: World Health Organization (WHO). 2000

สุขภาพที่ต้องจำเป็นที่ได้มาตรฐาน ตามความจำเป็นทางสุขภาพและข้อบ่งชี้ทางวิชาการ อีกทั้งสังคมมีการกระจายการรับภาระดังกล่าวไปสู่สมาชิกอย่างเป็นธรรม

นอกจากนี้ ประเด็นความเป็นธรรมนี้อาจยังสะท้อนถึงการกระจายประโยชน์ที่ได้รับของสมาชิกบุคคลใดบุคคลหนึ่งในสังคม ที่ได้รับประโยชน์จากการใช้ทรัพยากรของระบบบริการสุขภาพโดยส่วนรวม กลับมาใช้เพื่อพัฒนาภาคส่วนอื่นๆ ของระบบบริการสุขภาพอย่างเหมาะสมด้วย

2) **ประชาชนสามารถเข้าถึงความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่ได้ตามความจำเป็นทางสุขภาพได้อย่างเหมาะสม**

การพิจารณาความมีเหตุมีผลในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ทำให้เห็นถึงเป้าประสงค์ของการพัฒนาที่จะยกระดับสุขภาพของคนในประเทศ ประชาชนจึงต้องสามารถเข้าถึงความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางสุขภาพ โดยเฉพาะเทคโนโลยีด้านการรักษาพยาบาลที่นับวันจะก้าวไปข้างหน้ามากขึ้นเรื่อยๆ ได้ตามความจำเป็นทางสุขภาพ และข้อบ่งชี้ทางวิชาการ ทั้งนี้ความสามารถดังกล่าวไม่ควรถูกจำกัดด้วยความสามารถในการจับจ่ายหรือฐานทางเศรษฐกิจของบุคคล หรือมาตรการทางการเงินที่ใช้ในการจัดสรรทรัพยากรหรือจ่ายค่ารักษาพยาบาลในระบบที่ไม่เหมาะสม ซึ่งจะต้องมีการศึกษาและประเมินอย่างรอบด้าน ไม่ให้มาตรการที่นำมาใช้สร้างกำแพงจำกัดโอกาสในการเข้าถึงบริการที่จำเป็นเช่นจากการอุดหนุนค่าใช้จ่ายที่ต่ำกว่าความเป็นจริงจนโรงพยาบาลขาดทุนและหลีกเลี่ยงการให้บริการ หรือการกำหนดราคาที่แพงเกินควร

อนึ่ง การเข้าถึงเทคโนโลยีที่มีความก้าวหน้าได้ตามความก้าวหน้าทางวิชาการ เทคโนโลยีดังกล่าวอาจนำเข้าจากต่างประเทศ การจัดการแลกเปลี่ยนความรู้ภายในประเทศหรือระหว่างประเทศ หรือได้จากการวิจัยและพัฒนาภายในประเทศก็ได้ อย่างไรก็ตามเทคโนโลยีที่ก้าวหน้าและเพิ่มคุณภาพของการรักษาพยาบาลมักเป็นเทคโนโลยีที่ราคาหรือต้นทุนสูงขึ้นด้วย การจัดการและ

ใช้ประโยชน์จึงต้องพิจารณาตามความจำเป็นทางสุขภาพ การพิจารณาการใช้เทคโนโลยีจึงควรเป็นไปอย่างเหมาะสมและพอเพียง อาศัยองค์ความรู้และหลักคุณธรรม ด้วยเหตุที่การตัดสินใจบางกรณีอาจเข้าไปเกี่ยวข้องกับสถานะและความอยู่รอดทางการเงินของผู้ให้บริการ หรือผลตอบแทนของการลงทุนทางธุรกิจ ทำให้เกิดการใช้ทรัพยากรเกินความจำเป็น

3) **บริการสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการและคำนึงถึงสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของประชาชน**

ไม่เพียงแต่ประเด็นด้านเทคนิคของการรักษาพยาบาล ระบบบริการสุขภาพของประเทศต้องมีการพัฒนาคุณภาพที่ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ และปกป้องสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ด้วย การพัฒนาในด้านดังกล่าวเป็นการสร้างภูมิคุ้มกันให้กับระบบในระยะยาว ซึ่งมักได้จากการส่งเสริมการแข่งขันภายในระบบบริการอย่างเหมาะสม การอุดหนุนทรัพยากรอย่างเพียงพอ การส่งเสริมธรรมาภิบาลและการให้ข้อมูลความรู้ที่ถูกต้องและเพียงพอแก่ผู้บริโภค ทั้งนี้อาจได้จากแรงผลักดันเนื่องจากการแข่งขันทางการตลาด นโยบายผลักดันด้านการพัฒนาคุณภาพและการเทียบเคียงเพื่อการพัฒนาตลอดจนการสร้างความตระหนักเชิงจริยธรรม

- **เป้าประสงค์เชิงเศรษฐกิจ**

เป้าประสงค์เชิงเศรษฐกิจอาจไม่ใช่เป้าประสงค์หลักโดยทั่วไปของการดำเนินนโยบายด้านระบบบริการสุขภาพของประเทศ แต่คงไม่อาจปฏิเสธความเชื่อมโยงระหว่างการลงทุนและผลตอบแทนทางเศรษฐกิจตามแนวทางทุนนิยมที่ประเทศดำเนินอยู่ได้ เมื่ออาศัยฐานคิดตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ทำให้สามารถวิเคราะห์ได้ถึงเป้าประสงค์ของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพภายใต้นโยบายทั้งสองเรื่องได้เพิ่มเติมดังนี้

4) **บริการสุขภาพที่มีการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า มีการจัดการที่เพิ่มผลิตภาพในระบบบริการสุขภาพให้เต็มศักยภาพในทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐและเอกชน**

การพิจารณาความพอประมาณและความมีเหตุมีผลในระบบบริการสุขภาพ ชี้ให้

เห็นความจำเป็นที่หน่วยบริการและสถานพยาบาลต่างๆ ภายในประเทศต้องมีการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรสูงสุด ทั้งในด้านบริการและการบริหารจัดการ ซึ่งในทางทฤษฎี การเพิ่มประสิทธิภาพและผลิตภาพในระบบบริการสุขภาพ อาจได้จากการใช้มาตรการทางการเงินการคลังและการจัดการในระบบและองค์กร ตลอดจนการส่งเสริมการแข่งขันที่เหมาะสม

นอกเหนือจากนั้น เป้าประสงค์ของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศ ยังจำเป็นต้องสร้างผลิตภาพที่สูงจากการนำสินทรัพย์ต่างๆ จากการลงทุนมาใช้ประโยชน์อย่างคุ้มค่า ทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน ทั้งนี้อาจเป็นเทคโนโลยีหรืออื่นๆ ที่มีการลงทุนไว้แล้ว หรือที่จะมีการลงทุนเพิ่มเติมต่อไป ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้จากการให้ความสำคัญกับกิจกรรมการประเมินการลงทุนและการประเมินเทคโนโลยี การวางแผนการลงทุนรวมถึงจากการใช้ประโยชน์ของสินทรัพย์ต่างๆ ร่วมกันอย่างเป็นขั้นเป็นตอนในรูปแบบต่างๆ เช่น การสร้างเครือข่ายและการส่งต่อ การขยายตลาดและการเข้าถึง ตลอดจนการใช้ทรัพยากรร่วมกันในระดับต่างๆ เป็นต้น[23] รวมทั้งคำนึงถึงผลกระทบต่อทุกภาคส่วนด้วย ทั้งในเชิงเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม

5) **การเพิ่มศักยภาพในการสร้างรายได้ทางเศรษฐกิจ สร้างผลิตภาพโดยมีการใช้ทรัพยากรของชาติอยู่สมดุล และมีการกระจายความเสี่ยงในระยะยาว**

การเพิ่มขึ้นของรายได้ทางเศรษฐกิจที่เกี่ยวเนื่องกับระบบบริการสุขภาพอาจมาจากกิจกรรมทางธุรกิจ ซึ่งมาจากการใช้จ่ายของผู้ป่วยภายในและภายนอกประเทศ จากนักท่องเที่ยวทางด้านสุขภาพ และอาจมาจากผลิตภาพที่เพิ่มขึ้นของคนในประเทศที่มีสุขภาพที่ดีและแข็งแรงขึ้น ส่วนหนึ่งเพราะการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และสร้างเสริมสุขภาพให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างทั่วถึง

---

23 จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์และชาญวิทย์ ทระเทพ. การจัดการเทคโนโลยีทางการแพทย์ประเภทครุภัณฑ์ราคาแพง: การทบทวนองค์ความรู้ระดับนโยบาย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2542.

ด้วยหลักความพอประมาณของเศรษฐกิจพอเพียง ระบบบริการสุขภาพควรสร้างสมดุลระหว่างการยกระดับสุขภาพให้แก่คนในประเทศ เพื่อเพิ่มผลิตภาพของทรัพยากรบุคคลในการทำงาน กับการหารายได้ทางเศรษฐกิจโดยตรงจากการให้บริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับคนต่างชาติจากภายนอกประเทศ ซึ่งล้วนเป็นการสร้างภูมิคุ้มกันทางเศรษฐกิจในระยะยาวภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์

- **เป้าประสงค์ด้านการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์**

6) **การพัฒนาทรัพยากรบุคคลทางสุขภาพในระบบสุขภาพที่ยั่งยืน สามารถพึ่งตนเองได้ทางปัญญา**

การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์มีความเชื่อมโยงกับเป้าประสงค์ในด้านสังคมและเศรษฐกิจ ในขณะที่มีความสำคัญในตัวเองเช่นกัน โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาโดยใช้ฐานคิดเศรษฐกิจพอเพียง ซึ่งการสร้างภูมิคุ้มกันที่ดีให้แก่ประเทศเพื่อเผชิญต่อความเปลี่ยนแปลงของโลกในระยะยาว จำเป็นต้องอาศัยการสร้างทุนมนุษย์ (Human capital) ดังนั้น การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจากนโยบายทั้งสอง พึงเอื้อให้เกิดการพัฒนาทรัพยากรบุคคลทางสุขภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน มีทรัพยากรและโอกาสอย่างเพียงพอให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ค้นคว้าหาองค์ความรู้ใหม่ๆ และได้รับการฝึกอบรมบุคลากรให้ก้าวทันโลก ตลอดจนมีการศึกษาวิจัยภายในประเทศ เพื่อให้สามารถพึ่งพาตนเองได้ในระยะยาว

ที่ผ่านมา การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นับว่าประสบความสำเร็จไม่น้อยในการลดภาระค่าใช้จ่ายของประชาชนด้านการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ยากไร้ ซึ่งมีสัดส่วนของรายได้ที่ต้องใช้เป็นค่าใช้จ่ายทางสุขภาพลดลงมาก จากกว่าร้อยละ 8.17 เหลือเพียงร้อยละ 2.77 ในระยะเวลา 10 ปี สร้างความเป็นธรรมในการรับภาระทางการเงิน การคลังสาธารณสุขของประเทศ ตลอดจนการเข้าถึงบริการสุขภาพให้กับประชาชนมากขึ้น

ด้วยมาตรการในการจัดสรรทรัพยากรและพัฒนาบริการระดับปฐมภูมิ **"ใกล้บ้านใกล้ใจ"** ซึ่งมาตรการดังกล่าวยังเป็นเครื่องมือสำคัญที่ผลักดันการปฏิรูปและเปลี่ยนแปลงการจัดการภายในระบบสาธารณสุขของประเทศ รวมถึงกระตุ้นให้หน่วยบริการต่าง ๆ เพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการ นอกจากนี้ยังมีมาตรการที่สร้างความมีส่วนร่วม และให้ความคุ้มครองสิทธิพื้นฐานตามรัฐธรรมนูญแก่ประชาชน รวมถึงมาตรการในการตอบสนอง คุ้มครองและช่วยเหลือผู้เสียหาย ควบคู่ไปกับการส่งเสริมการใช้แนวทางเวชปฏิบัติและพัฒนาคุณภาพมาตรฐานของหน่วยบริการระดับต่าง ๆ [24, 25]

ส่วนผลของนโยบายการเป็นศูนย์กลางธุรกิจการรักษาพยาบาลของเอเชียต่อการบรรลุถึงเป้าประสงค์ในด้านต่าง ๆ ข้างต้นอาจยังมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ไม่ชัดเจนมากนัก ทั้งนี้เนื่องจากระยะเวลาของการดำเนินนโยบายยังไม่มากนัก อย่างไรก็ตามการวิเคราะห์ของหน่วยงานด้านนโยบายและกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านมา รวมทั้งความคิดเห็นของนักวิชาการและผู้สันทัดกรณีบางท่านที่มีการแลกเปลี่ยนกันในคณะทำงานฯ คาดการณ์ว่า การดำเนินนโยบายดังกล่าวน่าจะช่วยสร้างรายได้เพิ่มเติมให้ประเทศได้ทั้งทางตรงและทางอ้อมผ่านทางการขยายตัวของการท่องเที่ยว (Medical tourism) มีการนำทรัพยากรส่วนเกินที่มีการลงทุนไว้ในภาคเอกชนมาใช้ประโยชน์มากขึ้น และหน่วยบริการจะมีการแข่งขันกันพัฒนาคุณภาพเพื่อตอบสนองผู้ใช้บริการ[26] นอกจากนี้การพัฒนาให้เป็นศูนย์กลางธุรกิจการรักษาพยาบาล จะมีการนำเข้าเทคโนโลยีด้านการรักษาพยาบาลใหม่ ๆ เข้ามาใช้ในประเทศ ตลอดจนเปิดโอกาสให้ประเทศไทยได้รับการยอมรับทางการแพทย์มากขึ้น นำสู่การเป็นศูนย์กลางทางวิชาการและแลกเปลี่ยนความรู้ระดับนานาชาติทางด้านการจัดการสุขภาพได้มากยิ่งขึ้น

---

24 สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และสินชัย ต่อวัฒนกิจกุล. ผลกระทบของนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อระบบบริการสาธารณสุขไทย. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2549. เอกสารอัดสำเนา.

25 จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์และจเด็จ ธรรมธัชอารี. คุณภาพดีคนมีหรือจนก็ต้องได้. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2548.

26 อดิศร ภัทราดูร. แนวคิด ความสัมฤทธิผลและผลกระทบนโยบายประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ของภูมิภาค Medical hub of Asia. เอกสารประกอบการนำเสนอในที่ประชุมคณะทำงานพัฒนาข้อเสนอการประยุกต์แนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงเพื่อสร้างสมดุลของนโยบายสาธารณะด้านหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับศูนย์กลางบริการสุขภาพ (Medical Hub) ครั้งที่ 2/2549 ณ ห้องประชุมสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. 16 สิงหาคม 2549.

การเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมเหนี่ยวนำให้สามารถบรรลุเป้าประสงค์ทั้ง 6 ประการ ระหว่างนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการเป็นศูนย์กลางธุรกิจการรักษาพยาบาลของเอเชียในเบื้องต้นแสดงได้ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การประเมินการมีส่วนร่วมให้บรรลุเป้าประสงค์ร่วมกันระหว่างนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและศูนย์กลางธุรกิจการรักษาพยาบาลของเอเชีย

เป้าประสงค์	นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	นโยบายการเป็นศูนย์กลางธุรกิจรักษาพยาบาลของเอเชีย
ความเป็นธรรมในสังคม	+++ ลดภาระทางการเงิน และส่งเสริมการเข้าถึงบริการที่จำเป็น	- ดำเนินการในลักษณะปัจจุบันไม่น่าจะมีผลสนับสนุน
การเข้าถึงเทคโนโลยีที่จำเป็น	++ มีระบบการส่งต่อ และการส่งเสริมการใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการพัฒนาคุณภาพ	++ นำเข้าเทคโนโลยีที่ทันสมัยจากต่างประเทศเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรค
บริการตอบสนองความต้องการ	++ คุ้มครองสิทธิและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน	+ ส่งเสริมการแข่งขันระหว่างผู้ให้บริการ ทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพ
การใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า	++ ใช้มาตรการทางการเงิน และการส่งเสริมบริการระดับปฐมภูมิ	++ นำทรัพยากรที่ลงทุนไว้มากเกินไปในภาคเอกชนมาใช้ประโยชน์
การสร้างรายได้ทางเศรษฐกิจ	+ ลดภาระค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ	+++ สร้างรายได้จากผู้ป่วยต่างชาติ
การพัฒนาทรัพยากรบุคคล	+ ส่งเสริมการพัฒนาบุคลากรเพื่อบริการปฐมภูมิ	+ ส่งเสริมการเป็นศูนย์กลางทางวิชาการทางการแพทย์

5.2 ปัญหาที่ไม่พึงปรารถนาจากการบริหารจัดการนโยบายที่ขาดสมดุล

การประเมินเบื้องต้นที่ได้นำเสนอไว้ข้างต้นชี้ว่า ทั้งนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการเป็นศูนย์กลางธุรกิจการรักษาพยาบาลของเอเชีย ล้วนแต่เป็นนโยบายที่สามารถก่อให้เกิดประโยชน์กับประเทศได้ อย่างไรก็ตาม การบริหารจัดการนโยบายที่ไม่สมดุล โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หากพิจารณาตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง อาจทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมาได้ ซึ่งนำแสดงได้เป็น 3 กลุ่มปัญหาที่สำคัญดังนี้

1) กลุ่มของปัญหาที่เกิดจากการขาดการจัดการที่พอประมาณ

การจัดการนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและนโยบายการเป็นศูนย์กลางธุรกิจการรักษาพยาบาลของเอเชียที่ไม่ยึดหลักความพอประมาณ จะขยายช่องว่างของการบริการสุขภาพในประเทศ ทำให้เกิดระบบบริการสุขภาพแบบ 2 มาตรฐาน (Two-tiered system) ในสังคมไทยได้ ส่งผลให้ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ และส่งผลกระทบต่อความเพียงพอของทรัพยากรในระบบบริการสุขภาพอย่างรุนแรง

ความแตกต่างของการเข้าถึงบริการสุขภาพโดยเฉพาะด้านการรักษาพยาบาลที่เกิดเนื่องจากความสามารถในการจ่ายหรือฐานะทางเศรษฐกิจที่ไม่เท่าเทียมกันของประชาชน จะไม่จำกัดวงอยู่แต่เพียงส่วนของบริการ และความสะดวกสบาย เช่น ความโอ่โถงหรูหราของสถานที่หรือการใช้บริการห้องพิเศษเท่านั้น หากการบริหารจัดการนโยบายของระบบบริการสุขภาพในภาพรวมขาดสมดุล ความแตกต่างดังกล่าวจะขยายวงไปสู่ระดับมาตรฐานทางการรักษาพยาบาลที่ประชาชนผู้ใช้บริการจะได้รับ ทำให้เกิด**บริการระดับพื้นฐาน** ที่อ้างว่าตอบสนองความจำเป็นทางสุขภาพของประชาชนได้โดยทั่วไป ซึ่งจะให้บริการโดยแพทย์หรือพยาบาลประจำครอบครัว เทคโนโลยีที่ผ่านการกลั่นกรองที่คำนึงถึงข้อจำกัดทางงบประมาณอย่างมาก ยาเป็นไปตามบัญชียาหลัก (ที่มีระบบการปรับปรุงให้ทันสมัยที่ยังไม่ลงตัว) บริการแบบพื้นๆ การเข้าถึงบริการขั้นก้าวหน้าราคาแพง ต้องอาศัยการส่งต่อที่มีกฎเกณฑ์เข้มงวด หรือเสี่ยงต่อการควบคุมของผู้ให้บริการที่เกินควร

อีกส่วนหนึ่งจะเป็น**บริการรักษาพยาบาลมาตรฐานระดับก้าวหน้า** ที่ให้บริการโดยแพทย์และบุคลากรที่เป็นผู้เชี่ยวชาญสูง (ซึ่งได้รับค่าตอบแทนสูงด้วย) เทคโนโลยีทางการแพทย์มีความก้าวหน้ามาก มีการใช้ยาและเวชภัณฑ์ใหม่ๆ ต้นทุนสูง หรูหราและครบวงจร

บริการอาจมีราคาแพง แต่ผู้ใช้บริการสามารถเข้าถึงได้ดังใจนึก หากเป็นชาวต่างชาติหรือผู้ที่มีเงินจ่ายค่าบริการเอง

การดำเนินนโยบายที่ขาดการจัดการที่พอประมาณ นโยบายและการจัดการนโยบายที่ไม่สะท้อนความเป็นจริงอย่างรอบด้าน และขาดความต่อเนื่อง จะบั่นทอนการพัฒนาศักยภาพที่แท้จริงของระบบบริการสุขภาพของประเทศในด้านอื่นอีก ได้แก่ ผลกระทบต่อโครงสร้างต้นทุนในระบบทั้งหมดที่จะสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว และเร่งให้เกิดภาวะสมองไหลของบุคลากรภาครัฐ เนื่องจากการขยายตัวในการให้บริการในภาคเอกชน ซึ่งจะทำให้เกิดความพยายามในการดึงดูดตัวบุคลากรโดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา อันจะส่งผลกระทบเป็นลูกโซ่ทั้งความสามารถในการให้บริการแก่ประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศและการผลิตบุคลากรทางการแพทย์

2) กลุ่มของปัญหาที่เกิดจากการขาดการจัดการอย่างมีเหตุมีผล

การจัดการนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและนโยบายการเป็นศูนย์กลางธุรกิจการรักษาพยาบาลของเอเชียที่ไม่ยึดหลักความมีเหตุมีผล จะทำให้นโยบายขาดความชัดเจน ทำให้เกิดความสับสน และขาดความสมดุล การดำเนินการที่จำเป็นเพื่อยกระดับสุขภาพของประชาชนในองค์รวม ตลอดจนการสร้างความเป็นธรรมในสังคมได้รับการละเลยจากผู้รับผิดชอบที่เกี่ยวข้อง ซึ่งหันมาให้ความสนใจกับความต้องการทางการเมืองในระยะสั้น

ระบบบริการสุขภาพเป็นระบบที่มีความซับซ้อน มีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องจำนวนมากภายใต้ความต้องการทางสุขภาพและบริการของประชาชนที่ขยายตัวมากขึ้นเรื่อย ๆ แต่กลับมีทรัพยากรที่จำกัด ทั้งบุคลากรและเงิน ทำให้การเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง จะมีผลกระทบต่อองค์ประกอบอื่น ๆ ได้เสมอ เมื่อไม่ได้มีการวิเคราะห์อย่างรอบด้านย่อมทำให้เกิดผลกระทบรุนแรงที่ไม่ได้คาดการณ์ไว้ล่วงหน้าและไม่มีการเตรียมรองรับที่ดีเพียงพอ เช่น

- การลดมาตรฐานคุณภาพเมื่อจำกัดการเบิกค่าใช้จ่าย แม้ว่าจะมีความตั้งใจเพื่อให้หน่วยบริการเพิ่มประสิทธิภาพ

- การเปิดหรือขยายตลาดเพื่อให้ใช้เตียงโรงพยาบาลที่ลงทุนไว้แล้วยังไม่ได้ใช้ประโยชน์ ย่อมทำให้โรงพยาบาลต้องการบุคลากรกลุ่มต่าง ๆ เพิ่มขึ้น
- การเพิ่มค่าจ้างค่าตอบแทนในภาคเอกชน ย่อมส่งผลถึงอัตราค่าตอบแทนในภาครัฐที่ต้องปรับเพิ่มตาม
- ต้นทุนบุคลากรที่สูงขึ้น แต่ไม่เพิ่มงบประมาณอุดหนุนในสัดส่วนที่เทียบเคียงกันย่อมทำให้งบประมาณที่จะใช้ในการบริการประชาชนลดลงด้วย เป็นต้น

การขาดการศึกษา วิเคราะห์และเตรียมการอย่างรอบด้าน จะทำให้เกิดกำแพงในระบบทั้งด้านการเงินและการจัดการที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาและการเปลี่ยนแปลง ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพที่จำเป็นและก้าวหน้าได้ และบริการสุขภาพที่ขาดการพัฒนาให้ทันต่อโลก ในขณะที่มีการนำเข้าเทคโนโลยีจำนวนหนึ่งมาใช้แต่ไม่สามารถใช้ได้อย่างคุ้มค่า แรงผลักดันเพื่อให้คุ้มทุน ส่งผลให้กระตุ้นให้เกิดการใช้บริการที่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางวิชาการและเกินความจำเป็น

3) กลุ่มของปัญหาที่เกิดจากการขาดการจัดการที่สร้างภูมิคุ้มกันที่ดีให้ตนเอง

การจัดการนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและนโยบายการเป็นศูนย์กลางธุรกิจการรักษาพยาบาลของเอเชียที่ไม่สร้างภูมิคุ้มกันที่ดีให้กับตนเอง จะทำให้ค่านิยมในระบบเศรษฐกิจและระบบบริการสุขภาพถูกครอบงำจากกระแสทุนนิยมและแนวคิดของต่างประเทศขาดแนวทางที่สอดคล้องกับบริบทที่แท้จริงของประเทศไทย ตลอดจนขาดจุดยืนที่ธำรงรักษาเอกลักษณ์ความเป็นไทย เช่น น้ำใจ ความเอื้ออาทร ความเป็นพี่เป็นน้อง

การพัฒนาจำเป็นต้องมีการวางแผนและกำหนดขั้นตอนอย่างรอบคอบ โดยเฉพาะเมื่อต้องมีการดำเนินการภายใต้ทรัพยากรอันจำกัด เมื่อมีการดำเนินการอย่างขาดแผนงานที่รอบด้าน ไม่มีการติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ สิ่งที่ดำเนินการใหม่อาจบั่นทอนรากฐานของระบบที่พัฒนามาแล้วระดับหนึ่ง สังคมจะขาดการเรียนรู้เพื่อการปรับตัวเมื่อเกิดผลกระทบที่ไม่คาดฝันหรือมีการเปลี่ยนแปลงต่อสภาพแวดล้อมของสังคมนอกจากนี้การมุ่งเน้นการให้หลักประกันสุขภาพแก่ประชาชน ร่วมกับการพัฒนาให้เกิดกระแสพึ่งพาความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการรักษาพยาบาลที่เกินควร อาจทำให้ประชาชนขาดการเรียนรู้และขาดความรู้สึกรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเองในระยะยาวได้

สถานการณ์ปัญหาทั้งสามกลุ่มข้างต้นเริ่มปรากฏให้เห็นได้ในปัจจุบันจากความพยายามในระดับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาลที่ผ่านมา ที่ให้ความสำคัญกับการควบคุมงบประมาณและต้นทุนมากกว่าจะใช้การเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพของประชาชนเป็นตัวตั้งอย่างแท้จริง ตลอดจนการใช้กลไกการจ่ายเงินแบบปลายปิด ทำให้งบประมาณต่อหัวอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าที่ควรจะเป็น (ภาพที่ 3) ในขณะที่การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้ระบบการบริหารจัดการและการบริหารทรัพยากรบุคคลในระบบราชการไม่สามารถปรับตัวได้ทัน การขาดแนวทางที่ชัดเจนในระยะเปลี่ยนผ่าน ขาดการเตรียมพร้อมและทดลองหรือนำร่องให้เห็นผลจริงและประเมินผลกระทบอย่างรอบด้าน ทำให้เกิดปัญหาในทางปฏิบัติมากมายในระบบบริการภาครัฐตั้งแต่ระยะแรกซึ่งยังส่งผลมาถึงปัจจุบัน [27] ระดับนโยบายที่มุ่งเน้น "การรักษาทุกโรค" สร้างภาระงานให้แก่หน่วยบริการมากขึ้น จากอัตราการใช้บริการที่เพิ่มขึ้นเฉลี่ยกว่าร้อยละ 25 เมื่อเทียบกับก่อนเริ่มดำเนินการในปี 2544 หน่วยบริการจำนวนมากประสบปัญหาขาดทุน มีหลักฐานแสดงว่าระบบบริการสุขภาพมีความเสี่ยงด้านคุณภาพเพิ่มขึ้น ประชาชนผู้รับบริการมีความวิตกกังวลในเรื่องคุณภาพของการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะประเด็นเรื่องคุณภาพของยาที่ได้รับ [28, 29]

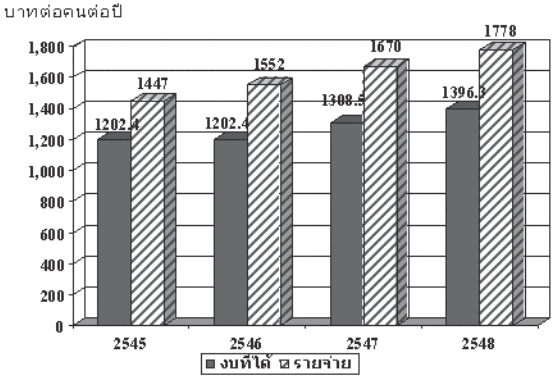
---

27 จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. การทบทวนความสำเร็จและโอกาสพัฒนาของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามกรอบข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ.2544. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2548. เอกสารอัดสำเนา

28 สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์และสินชัย ต่อวัฒนกิจกุล. 2549. อ้างถึงแล้ว

29 จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์และจเด็จ ธรรมธัชอารี. 2548. อ้างถึงแล้ว

ภาพที่ 3 งบประมาณต่อคนต่อปีที่ได้ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายจริง

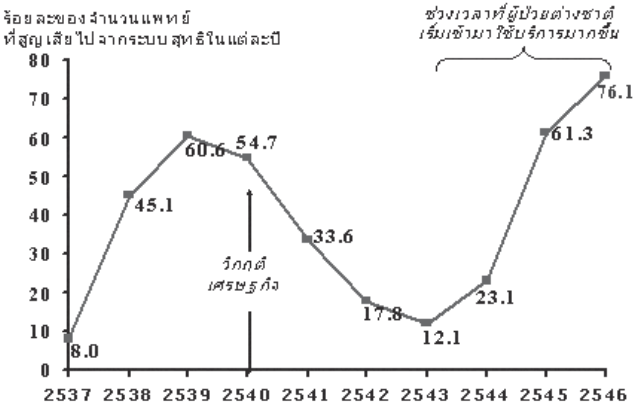


ที่มา: สัมฤทธิ์ ศรีธำรง สวัสดิ์, 2549

ภาระงานที่เพิ่มขึ้น ร่วมกับความจำกัดทางทรัพยากร สร้างแรงกดดันต่อบุคลากรในระบบ เมื่อเกิดร่วมกับความคาดหวังของประชาชนที่เพิ่มขึ้น (จนในหลายกรณีพบว่าเกินกว่าความเป็นจริง) ที่ทำให้เกิดการร้องเรียนและฟ้องร้องเพิ่มขึ้น และการขยายตัวของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนภายหลังการฟื้นตัวของเศรษฐกิจของประเทศหลังวิกฤติเศรษฐกิจในปี 2540 เกิดช่องว่างของค่าตอบแทนบุคลากรที่มีอัตราเฉลี่ยต่างกันกว่า 5-10 เท่าในกลุ่มแพทย์ และ 2-3 เท่าในกลุ่มพยาบาล [30] ทำให้เกิดภาวะสมองไหลที่รุนแรงขึ้นในระบบบริการภาครัฐ และเป็นภาวะที่รุนแรงกว่าระยะก่อนเกิดวิกฤติอีกด้วย ดังแสดงในภาพที่ 4

30 ศุภสิทธิ์ พรรณารุโนทัย และคณะ. ระบบบริหารงานโรงพยาบาลรัฐกับโรงพยาบาลเอกชน: การบริหารจัดการทางการเงินและธุรกิจสำหรับโรงพยาบาลรัฐที่บริหารงานอย่างอิสระ. ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ, มหาวิทยาลัยนเรศวร. 2542.

ภาพที่ 4 ร้อยละของการสูญเสียแพทย์สุทธิระหว่างจำนวนแพทย์ที่จบและบรรจุใหม่กับแพทย์ที่ลาออกจากกระทรวงสาธารณสุขในแต่ละปี



ที่มา: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, อ้างถึงใน: Pachanee C. and Wibulpolprasert S. 2006.

นอกเหนือจากความต้องการแพทย์จะเพิ่มขึ้นเนื่องจากความต้องการบริการที่เพิ่มขึ้นจากการมีหลักประกันสุขภาพแล้ว การเพิ่มจำนวนของผู้ป่วยต่างชาติที่มาใช้บริการในประเทศไทยมีส่วนเพิ่มความต้องการของแพทย์ด้วยเช่นกัน การส่งเสริมนโยบายการเป็นศูนย์กลางธุรกิจการรักษาพยาบาลภายใต้ความจำกัดของบุคลากรทางการแพทย์ ถูกเชื่อว่าเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้อาจารย์แพทย์ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางลาออกจากโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์เป็นจำนวนมาก ซึ่งจากการสำรวจเบื้องต้นของเครือข่ายสถาบันแพทยศาสตร์ ใน 9 สถาบัน พบว่ามีอาจารย์แพทย์ลาออกถึง 87 คนในปี 2545 และเพิ่มขึ้นเป็น 115 และ 118 คนในปี 2546 และ 2547 ตามลำดับ นอกจากนี้ข้อมูลจากโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ชั้นนำแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครแสดงว่า พยาบาลมีการลาออกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.30 ต่อปีในปี 2547 เป็นร้อยละ 7.2 ของจำนวนพยาบาลทั้งหมดเฉพาะในช่วง 8 เดือนของปี 2549 เท่านั้น

มีการศึกษาวิจัยด้านทรัพยากรบุคคลที่ประมาณว่า ในปี พ.ศ.2546 การให้บริการผู้ป่วยต่างชาติต้องการแพทย์จำนวน 109-131 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 4 ของจำนวนแพทย์ทั้งหมดในประเทศ และจำนวนดังกล่าวจะเพิ่มเป็น 176-303 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 9-12 ของจำนวนแพทย์ทั้งหมดในปี พ.ศ.2558 หรือร้อยละ 23-24 ของแพทย์ในภาคเอกชน [31] นอกจากนั้นยังมีคณะนักวิจัยอีกกลุ่มหนึ่งประมาณว่าประเทศไทยยังต้องการแพทย์เฉพาะทาง เช่น ศัลยแพทย์หัวใจและทรวงอกในจำนวนที่เพิ่มขึ้นมาก [32] ในขณะที่การผลิตบุคลากรทางการแพทย์เพื่อทดแทนและตอบสนองต่อความต้องการสำหรับดูแลคนไทยและชาวต่างชาติ โดยเฉพาะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในหลายๆ สาขาที่ขาดแคลน เช่น ศัลยแพทย์ระบบประสาท (Neurosurgeon) หรือศัลยแพทย์หัวใจและทรวงอก (Thorasic surgeon) อายุรแพทย์โรคมะเร็งและรังสีแพทย์ด้านรังสีรักษา รังสีแพทย์ร่วมรักษา ซึ่งต้องใช้เวลาในการเรียนและฝึกอบรมมากกว่า 12-15 ปี โดยตัวเลขดังกล่าวนี้ มีคณะทำงานฯ บางท่านให้ความเห็นว่ายังอาจเป็นตัวเลขประมาณที่ต่ำกว่าความเป็นจริง ทั้งจำนวนแพทย์ที่ต้องการ และจำนวนปีของการฝึกอบรมที่ต้องใช้จริง เพื่อให้ได้แพทย์ที่มีความชำนาญสูงมากในระดับที่เป็นที่ต้องการของตลาดในระดับนานาชาติ

การเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการเป็นศูนย์กลางธุรกิจการรักษาพยาบาลของเอเชียที่อาจทำให้เกิดปัญหากลุ่มต่างๆ ได้ในเบื้องต้น แสดงได้ดังตารางที่ 4

---

31 Pachanee C. and Wibulpolprasert S. Incoherent policies on universal coverage of health insurance and promotion of international trade in health services in Thailand. Health Policy and Planning. 2006: 310-318.
32 วีระศักดิ์ มงคลพร และคณะ. 2548. อ้างถึงแล้ว.

ตารางที่ 4 การประเมินการมีส่วนร่วมให้เกิดปัญหากับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระหว่างนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการพัฒนาประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย

กลุ่มของปัญหา	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	การพัฒนาเป็นศูนย์กลางสุขภาพ
การจัดการขาดความพอประมาณ	+++ งบประมาณไม่เพียงพอเมื่อเปรียบเทียบกับภาระงาน ทำให้เกิดความเสี่ยงด้านคุณภาพ	+++ ทำให้เกิดระบบบริการ 2 มาตรฐานในประเทศ
การจัดการขาดความมีเหตุมีผล	++ ไม่ได้ศึกษาอย่างรอบด้านและวางแผนดำเนินการอย่างครอบคลุม เกิดปัญหาการปฏิบัติ	+ การพึ่งพิงเทคโนโลยีระดับสูง แต่อาจใช้งานอย่างไม่คุ้มค่า สร้างค่านิยมฟุ้มเฟือย ไม่ประหยัด
การจัดการขาดภูมิคุ้มกันที่ดี	++ ขาดการเตรียมการที่ดี งบประมาณไม่เพียงพอ บั่นทอนการพัฒนาในระยะยาว	+++ ไม่ได้ศึกษาอย่างรอบด้าน ส่งผลกระทบต่อปัญหาทรัพยากรบุคคลทางการแพทย์ของประเทศ

6. ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

แม้การดำเนินการต่าง ๆที่เกี่ยวข้องกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการพัฒนาสู่การเป็นศูนย์กลางธุรกิจการรักษาพยาบาลของเอเชีย จะมีความก้าวหน้าและประสบความสำเร็จในระดับหนึ่ง การนำนโยบายทั้งสองมาวิเคราะห์ร่วมกันบนฐานคิดเศรษฐกิจพอเพียง ทำให้สามารถระบุเป้าประสงค์ร่วมของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศ ตลอดจนค้นหาสถานการณ์ปัญหาที่ต้องการหลีกเลี่ยงหรือป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นได้จากการจัดการนโยบายใดนโยบายหนึ่งอย่างไม่สมดุล อันนำมาสู่ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาสำหรับนโยบายทั้งสองที่น่าสนใจและต้องมีการดำเนินการอย่างประสาน สอดคล้อง และไปในห้วงเวลาเดียวกัน ดังนี้

6.1 การพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1) สร้างสมดุลระหว่างสิทธิประโยชน์และงบประมาณ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย ควรจัดให้มีการทบทวนร่วมกันกับภาคส่วนอื่นๆ ของสังคมที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับเป้าประสงค์หลักและหลักการด้านการคลังของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อให้เกิดสมดุลระหว่างสิทธิประโยชน์และมาตรฐานของบริการของระบบกับภาระงบประมาณ ทำความเข้าใจและสร้างการยอมรับของผู้ที่เกี่ยวข้องตลอดจนให้มีแนวทางดำเนินการที่มีหลักการที่ชัดเจนร่วมกัน เพื่อลดอิทธิพลการแทรกแซงด้วยเหตุผลทางการเมือง

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรยึดความมีเหตุมีผลและความพอประมาณในสิ่งที่อยู่ในขอบเขตของศักยภาพและทรัพยากรของประเทศสามารถรองรับได้อย่างยั่งยืน มีการศึกษาวิจัยเพื่อให้องค์ความรู้อย่างรอบด้านประกอบการตัดสินใจทั้งผลได้ภาระและแนวทางการนำสู่การปฏิบัติ คำนึงถึงเงื่อนไขทางคุณธรรมและการพัฒนาอย่างมีขั้นตอน โดยเฉพาะในประเด็นด้านสิทธิประโยชน์ความคุ้มครองทางสุขภาพ และการมีส่วนร่วมรับผิดชอบ รวมถึงการมีส่วนร่วมจ่ายในรูปแบบต่างๆ ของภาคประชาชน มีการจัดทำแผนระยะยาวในการพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศ กำหนดขั้นตอนของการพัฒนา การขยายขอบเขตหรือสิทธิประโยชน์ที่ชัดเจน เพื่อนำมาสู่การประเมินภาระด้านทรัพยากรไปข้างหน้า การเตรียมการด้านบุคลากรและโครงสร้างพื้นฐาน ตลอดจนเป็นข้อมูลแก่สาธารณะ

2) สร้างสมดุลระหว่างการรักษาพยาบาลและการสร้างเสริมสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุขควรร่วมกับภาคีที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดทิศทางที่ชัดเจนในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศ ในขณะที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรส่งเสริมการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานที่แท้จริงให้แก่ประชาชนในขอบเขตที่เป็นไปได้ตามความจำกัดของงบประมาณร่วมกับการเร่งสร้างความเข้าใจและศักยภาพของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง

ภายใต้ความจำกัดทางทรัพยากร การให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพอย่างแท้จริงต้องยึดหลักเหตุและผล สิ่งที่ดำเนินการควรตัดสินใจตามลำดับความสำคัญและความจำเป็นเพื่อให้มีทรัพยากรอย่างเพียงพอให้สามารถดำเนินการได้อย่างมีคุณภาพและมาตรฐาน ตลอดจนสามารถเตรียมการประสานกับหน่วยงานอื่นๆ เพื่อสนับสนุนหน่วยบริการในด้านต่างๆ เช่น ด้านวิชาการและทรัพยากรบุคคล ได้อย่างเพียงพอ พร้อมๆ ไปกับการสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องแก่บุคลากรต่อการสร้างเสริมสุขภาพในมุมของการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ไม่ใช่เพียงแต่เป็นเรื่องของสิทธิประโยชน์หรือเรื่องส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ประชาชนจะมาเป็น "ผู้รับบริการ" จากภาครัฐ

3) ติดตามเพื่อเฝ้าระวังผลกระทบของการบริหารจัดการนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ขาดสมดุล

ประเด็นที่สำคัญที่ควรมีการติดตามอย่างใกล้ชิดเพื่อเฝ้าระวังผลกระทบของการบริหารจัดการนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากความเบี่ยงเบนไปจากปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ได้แก่ ความเพียงพอของงบประมาณ สถานะทางการเงินของหน่วยบริการที่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพ อัตราส่วนของภาระงานบริการในระบบบริการต่อทรัพยากรในระบบ ระดับของคุณภาพและความเป็นธรรมของการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐาน ทั้งนี้เพื่อติดตามเฝ้าระวังปัญหาการแพทย์สองมาตรฐาน และศักยภาพและความสามารถในการดูแลตนเองของประชาชน

6.2 การพัฒนานโยบายการพัฒนาประเทศสู่การเป็นศูนย์กลางธุรกิจการรักษาพยาบาลของเอเชีย

1) สร้างสมดุลระหว่างการให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยในประเทศและผู้ป่วยต่างชาติ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงพาณิชย์ ควรจัดประชุมทบทวนแนวคิด ขอบเขตและทิศทางของนโยบายให้มีความชัดเจน นิยามการพัฒนาประเทศสู่การเป็นศูนย์กลางธุรกิจ

การรักษาพยาบาลของเอเชียอีกครั้งว่าหมายถึงอะไร มีขอบเขตเพียงใด มีการประเมินสถานการณ์ใหม่ที่รอบด้าน ทั้งประมาณการผลได้และผลกระทบทั้งหมดอย่างครบถ้วน และให้ภาคส่วนอื่นๆในสังคมที่เกี่ยวข้องได้เข้ามามีส่วนร่วมและตัดสินทางเลือกโดยได้รับข้อมูลที่เพียงพอ เตรียมการอย่างเป็นขั้นเป็นตอน และดำเนินการให้สอดคล้องกับทรัพยากรและภาระของประเทศทั้งในระยะสั้นและระยะยาว มีแผนรองรับผลกระทบต่างๆ ที่รอบคอบ

ส่วนราชการและหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องกับการจัดการนโยบายการเป็นศูนย์กลางธุรกิจการรักษาพยาบาลของเอเชีย ควรทบทวนความเหมาะสมของบทบาทของตนเองเพื่อส่งสัญญาณทางนโยบายที่ถูกต้องจำกัดขอบเขตของการดำเนินการและมีส่วนร่วมในภาคปฏิบัติเท่าที่จำเป็นเพื่อลดอัตราการขยายตัวของอุปสงค์ของผู้ป่วยต่างชาติให้อยู่ในระดับที่ระบบบริการสุขภาพของประเทศจะรองรับได้โดยไม่ส่งผลกระทบต่อภาพรวมของการบริการสุขภาพและการดูแลที่ต้องการความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขาที่จำเป็นแก่ประชาชนคนไทยตลอดจนการผลิตและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ของประเทศ โรงพยาบาลของรัฐที่ใช้เงินภาษีอากรของประชาชน ควรทำความเข้าใจต่อลำดับความสำคัญของภารกิจในการพัฒนาบริการสุขภาพเพื่อคนไทยเป็นสำคัญ

ทั้งนี้ในระยะสั้นอาจส่งเสริมนโยบายการเป็นศูนย์กลางธุรกิจการรักษาพยาบาลเฉพาะในประเด็นที่สามารถมีผู้ได้รับประโยชน์ในวงกว้าง และมีการประเมินผลกระทบทางนโยบายต่อภาพรวมของระบบบริการสุขภาพของประเทศในวงจำกัดเป็นหลัก ซึ่งอาจเป็นการบริการรักษาพยาบาลเฉพาะในบางสาขามากกว่าการเปิดกว้างเป็นการทั่วไป นอกจากนี้ ยังอาจศึกษาและวางแนวทางในการดึงผลประโยชน์ที่ได้รับจากการเปิดเป็นศูนย์กลางธุรกิจการรักษาพยาบาลกลับสู่การพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศเพิ่มเติม ทั้งในรูปตัวเงินและการพัฒนาทรัพยากรบุคคล

2) สร้างสมดุลระหว่างการพัฒนาความก้าวหน้าจากภายใน และการนำเข้าจากภายนอก

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรให้ความสำคัญกับยกระดับและสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบและกลไกของ

ประเทศในการกำกับดูแลมาตรฐานการให้บริการและธรรมภิบาลของสถานพยาบาล ส่งเสริมระบบการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation) ของประเทศให้ความเข้มแข็ง ทัดเทียมกับมาตรฐานในระดับนานาชาติ

ส่งเสริมให้มีการวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ ตลอดจนการแลกเปลี่ยนความรู้ของบุคลากรที่สามารถนำมาประยุกต์และต่อยอดการพัฒนาความเป็นศูนย์กลางด้านการรักษาพยาบาลในระยะยาวได้อย่างแท้จริงและยั่งยืน ผ่านการสนับสนุนการวิจัย และการเป็นเวทีศูนย์กลางการประชุมวิชาการทางการแพทย์ เพื่อนำองค์ความรู้จากภายนอกเข้ามาเผยแพร่ภายในประเทศ นอกจากนี้ควรส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันด้วยวิธีการต่าง ๆ รวมถึงการเทียบเคียงเพื่อการพัฒนา (Benchmarking) อย่างจริงจังทั้งระหว่างผู้ให้บริการภายในประเทศ และกับผู้ให้บริการในต่างประเทศ

ให้มีกลไกในการดูแลการเลือกรับและนำเข้าเทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างเหมาะสม กระจายทรัพยากร ศักยภาพ และโอกาสสู่ภาพรวมของระบบบริการสุขภาพของประเทศ โดยศึกษาและกำหนดแนวทางการใช้ทรัพยากรและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีอยู่และการนำเข้ามาอย่างคุ้มค่า ให้เกิดประโยชน์กับประชาชนภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ ผ่านการพัฒนาเครือข่ายการส่งต่อที่เป็นระบบ ชัดเจนและเป็นธรรม

3) ติดตามเพื่อเฝ้าระวังผลกระทบของการบริหารจัดการนโยบายการพัฒนาประเทศสู่การเป็นศูนย์กลางธุรกิจรักษาพยาบาลของเอเชียที่ขาดสมดุล

ประเด็นที่สำคัญที่ควรมีการติดตามอย่างใกล้ชิดเพื่อเฝ้าระวังผลกระทบของการบริหารจัดการนโยบายการพัฒนาประเทศสู่การเป็นศูนย์กลางธุรกิจรักษาพยาบาลของเอเชียจากความเบี่ยงเบนไปจากปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ได้แก่ อัตราการลาออกของบุคลากรทางการแพทย์จากโรงพยาบาลของรัฐในระดับตติยภูมิและโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ โดยเฉพาะบุคลากรในสาขาที่ต้องการความเชี่ยวชาญเฉพาะทางสูง มีจำนวนน้อย และต้องใช้เวลาในการสั่งสมประสบการณ์เป็นเวลานาน เช่น ศัลยแพทย์ระบบประสาท ศัลยแพทย์ระบบหัวใจและหลอดเลือด อายุรแพทย์โรคหัวใจ อายุรแพทย์โรคมะเร็งและรังสีแพทย์ด้านรังสีรักษา วิสัญญีแพทย์ รังสีแพทย์ร่วมรักษา ตลอดจนกลุ่มพยาบาลที่ต้องการความเชี่ยวชาญ เช่น

พยาบาลหน่วยผู้ป่วยวิกฤติ (ICU) และหน่วยผู้ป่วยวิกฤติโรคหัวใจ (CCU) พยาบาลห้องผ่าตัด พยาบาลหน่วยไต และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางอื่นๆ และกลุ่มบุคลากรสนับสนุนทางเทคนิค เช่น นักรังสีเทคนิค นักกายภาพบำบัด ควรติดตามอัตราส่วนรายได้ของบุคลากรทางการแพทย์สาขาขาดแคลนและสาขาเฉพาะทางระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน และอัตราการลาออกและอัตราการทดแทนของบุคลากรทางการแพทย์ในระบบสาธารณสุขในภาพรวม

นอกจากนี้ การนำเข้าเทคโนโลยีทางการแพทย์ราคาแพง อัตราการใช้งาน อัตราการใช้ประโยชน์ร่วมระหว่างระบบผู้ป่วยภาครัฐและภาคเอกชนด้วย

6.3 การบริหารจัดการนโยบายด้านระบบบริการสุขภาพในภาพรวม

1) สร้างสมดุลระหว่างระบบบริการภาครัฐและภาคเอกชน

กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับหน่วยงานด้านวิชาการที่เกี่ยวข้อง เช่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ควรจัดให้มีการศึกษาและทบทวนนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการร่วมกันพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน ทั้งในด้านการคลังสาธารณสุข และการให้บริการสุขภาพ พัฒนาระบบและกลไกในการส่งเสริมการใช้ทรัพยากรสุขภาพร่วมกันระหว่างภาครัฐและเอกชน ผ่านการบริหารจัดการที่มีความโปร่งใส ตรวจสอบได้และเป็นธรรม

ปรับมุมมองและการบริหารนโยบายระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ปรับบทบาทและภารกิจของส่วนราชการในกระทรวงสาธารณสุขที่ทำหน้าที่กำหนดนโยบายและกำกับดูแลระบบบริการสุขภาพของประเทศ ให้ขยายขอบเขตมากกว่าสถานพยาบาลและเครือข่ายที่สังกัดหน่วยงานต่างๆ ในกระทรวงฯ เพื่อให้การประเมินวางแผนและนโยบายสู่ภาคปฏิบัติผ่านมุมมองเชิงระบบทั้งหมด

2) สร้างสมดุลของการบริหารทรัพยากรบุคคลระหว่างอุปสงค์และอุปทาน

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขควรเป็นตัวกลางจัดให้มีศึกษาการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลทางด้านการแพทย์ของประเทศอย่างลึกซึ้งและรอบด้าน เชื่อมโยงบริบทของระบบบริการสุขภาพของประเทศ ทั้งภาครัฐและเอกชน ทางเลือกในการรับบริการของประชาชน

ส่วนผสมทางวิชาชีพ ผลิตภาพ การธำรงรักษาและการทดแทน ให้เป็นการศึกษาวิจัยระยะยาวและต่อเนื่อง ร่วมกับการนำข้อมูลมาประกอบการวางแผนการผลิต กระจายและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์กลุ่มต่างๆ อย่างเป็นขั้นเป็นตอน เพียงพอที่จะรองรับการเปลี่ยนแปลงในอนาคต ตลอดจนใช้ในการพิจารณาทางเลือกที่เกี่ยวข้องกับการเปิดรับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญต่างชาติในกรณีจำเป็นได้อย่างเหมาะสม ทั้งเพื่อเติมเต็มในส่วนของการให้บริการและ/หรือ การเป็นอาจารย์แพทย์ ต่อไป

ภาคผนวก

รายนามผู้เข้าร่วมประชุมระดมความคิดเห็นเพื่อพัฒนาข้อเสนอการประยุกต์แนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง เพื่อสร้างสมดุลของนโยบายสาธารณะด้านหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กับการเป็นศูนย์กลางธุรกิจการรักษาพยาบาลของเอเชีย บนฐานคิดเศรษฐกิจพอเพียง

1.	ศ.ดร.อัมมาร	สยามวาลา	สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (ประธาน)
2.	ดร.แกมทอง	อินทรัตน์	คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3.	นพ.กิตตินันท์	อนรรฆมณี	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
4.	คุณกุลธิดา	จันทร์เจริญ	สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
5.	คุณกรรณิกา	กิจติเวชกุล	องค์การหมอไร้พรหมแดน
6.	รศ.นพ.จิรุตม์	ศรีรัตนบัลล์	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
7.	นพ.เฉลิม	หาญพาณิชย์	สมาคมโรงพยาบาลเอกชน
8.	พญ.เชิดชู	อริยศรีวัฒนา	สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา
9.	นพ.ไชยรัตน์	เพิ่มพิกุล	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช
10.	รศ.ดร.ชัยยุทธ	ปัญญสวัสดิ์สุทธิ์	คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
11.	ดร.ฐิติพร ศิริพันธ์	พันธเสน	คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
12.	นพ.ณรงค์ฤทธิ์	มัศยาอานนท์	โรงพยาบาลรามาธิบดี
13.	ศ.ดร.ดิเรก	ปัทมสิริวัฒน์	คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
14.	รศ.นพ.อดิศร	ภัทราดูลย์	คณะแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
15.	ดร.ทรงพรรณ	สิงห์แก้ว	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
16.	พญ.ทัสนีย์	จันทร์น้อย	โรงพยาบาลศิริราช
17.	นพ.ทวีเกียรติ	บุญยไพศาลเจริญ	สำนักงานกลุ่มประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
18.	นพ.ธานินทร์	สนธิรักษ์	สำนักส่งเสริมธุรกิจบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

19.	รศ.นพ.นิพิฐ	พิรเวช	ศูนย์นวัตกรรมระบบบริหารบริการสุขภาพไทย
20.	คุณบุณยวีร์	เอื้อศิริวรรณ	สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
21.	พญ.ประภา	วงศ์แพทย์	สมาคมโรงพยาบาลเอกชน
22.	ดร.ปรียานุช	พิบูลสราวุธ	สำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์
23.	นพ.ประทีป	เมฆประสาน	โรงพยาบาลภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ
24.	นพ.พงษ์พิสุทธิ์	จงอุดมสุข	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
25.	คุณพิมพ์ชนก	วอนขอพร	สำนักเจรจาการค้าบริการและการลงทุน
26.	คุณพัชนี	ธรรมวันนา	สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
27.	คุณภารณี	วัฒนา	สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
28.	ดร.ยุพดี	ศิริสินสุข	คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
29.	พญ.รุจา	เสวิกุล	โรงพยาบาลสมิติเวช
30.	ดร.วิโรจน์	ณ ระนอง	สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย
31.	นพ.วิวัฒน์	ศีตมโนชญ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต
32.	นพ.ศิริวัฒน์	ทิพย์ธราดล	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
33.	นพ.สมศักดิ์	ชุณหรัศมิ์	มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ
34.	รศ.ดร.เสาวคนธ์	รัตนวิจิตราศิลป์	ศูนย์สารสนเทศและวิจัยระบบยา
35.	นพ.สัมฤทธิ์	ศรีธำรงสวัสดิ์	สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
36.	คุณสมพร	ทองชื่นจิตต์	สำนักงานประกันสังคม
37.	พตท.หญิง.สุรีย์วัลย์	ไทยประยูร	สำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข
38.	นพ.อำพล	จินดาวัฒนะ	สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงพาณิชย์
39.	คุณอรทิพย์	อาชวิบูลโยบล	สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
40.	คุณอรพรรณ	ศรีสุขวัฒนา	สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ