

## อนาคต...สิทธิรักษาพยาบาล ภายใต้อุ้งมือเอกชน

นำเสนอเมื่อ : 11 ม.ค. 2560

**ขอบคุณที่มาจาก โพสต์ทูเดย์ 8 ม.ค.2560 "อนาคต...สิทธิรักษาพยาบาล ภายใต้อุ้งมือเอกชน" เขียนโดย...วีรวิหทร ศรีโหมด**

ข้าราชการและครอบครัวเกือบ 5 ล้านคนเกิดคำถามขึ้นมาว่า อนาคตสิทธิการรักษาพยาบาลจะเป็นอย่างไร หลังจากทีกระทรวงการคลังกำลังให้บริษัทประกันเอกชนเข้ามาบริหารจัดการระบบค่ารักษาพยาบาลข้าราชการแทน หน่วยงานรัฐผู้เดิมที่ดูแลอย่างกรมบัญชีกลาง เพื่อหวังแก้ปัญหาค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มสูงขึ้นต่อเนื่องปีละกว่า 2,000 ล้านบาทให้ได้

ประเด็นนี้ในมุมมองของ **วิโรจน์ ณ ระนอง** ผู้อำนวยการวิจัยด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการเกษตร สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (ทีดีอาร์ไอ) กล่าวว่า ประเด็นนี้พูดกันมานาน แต่การที่จะทำความเข้าใจเรื่องนี้ต้องพิจารณาจากบริบทใหญ่ แนวคิดเรื่องการสร้างหลักประกันสุขภาพ ซึ่งนอกจากเป้าหมายให้ทุกคนมีหลักประกันสุขภาพแล้ว ยังต้องการเปลี่ยนกลไกการจ่ายเงินของระบบด้วย เพราะเชื่อว่าการจ่ายเงินมีผลต่อพฤติกรรมผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งส่งผลต่อการควบคุมต้นทุนของระบบ

สำหรับกลไกการจ่ายเงินหลักๆ ที่ใช้มี 3 แบบ คือ แบบแรกใช้กันมากในสหรัฐอเมริกา และในระบบสวัสดิการข้าราชการของไทย เรียกว่า การจ่ายตามบริการจริง (Fee For Service) เป็นการเบิกจ่ายคืนให้ตามบริการที่ได้รับ แบบที่สอง คือ การเหมาจ่ายรายหัวตามค่าหัวที่กำหนดล่วงหน้า (Capitation) ซึ่งเป็นวิธีหลักที่ใช้กับระบบประกันสังคม (สปส.) และต่อมาก็กับโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค แต่ปัจจุบันประกันสังคมก็ไม่ได้ใช้วิธีนี้ทั้ง 100% เช่นกัน แบบที่สาม เป็นการจ่ายตามชนิดและความรุนแรงของโรค (DRG) ซึ่งจะกำหนดแถมของการรักษาโรคในแต่ละประเภทไว้ แล้วจ่ายให้มากหรือน้อยตามแถมของโรคนั้นๆ ซึ่งวิธีนี้ถูกนำมาใช้กับผู้ป่วยในที่ต้องนอนโรงพยาบาลแทบทุกโครงการ

ที่ผ่านมาทั้งประกันสังคม และ 30 บาทรักษาทุกโรค ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) พยายามทำให้เป็นระบบเหมาจ่ายรายหัวเพื่อเป้าหมายที่ต้องการควบคุมต้นทุน แต่ในทางปฏิบัติพบว่า 30 บาทรักษาทุกโรค ที่ใช้เงินน้อยมากในตอนเริ่มโครงการ ก็มีแรงกดดันที่ต้องเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จึงทำให้งบเพิ่มขึ้นพอสมควรจากเดิมที่เริ่มในปี 2545 ที่ 1,200 บาท/คน ผ่านไป 15 ปี เพิ่มเป็น 3,000 บาท/คน

ในขณะที่ช่วงแรกๆที่เริ่มโครงการ 30 บาทฯ นั้น สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการเป็นโครงการที่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเร็วมาก ซึ่งสาเหตุหลักน่าจะเกิดจากการจ่ายเงินตามบริการจริง ไม่มีแรงจูงใจให้แพทย์และผู้ป่วยเลือกวิธีการรักษาที่มีต้นทุนต่ำ โดยแพทย์มักเลือกวิธีที่ดีที่สุด

เพราะคิดว่าคนไข้ไม่ต้องรับภาระ โรงพยาบาลก็สามารถเบิกได้เต็มที่กับกรมบัญชีกลาง และโรงพยาบาลก็มักมีกำไรจากการขายยาแพง ทำให้ค่าใช้จ่ายส่วนนี้เพิ่มสูงขึ้นเป็นเท่าตัวในระยะเวลาไม่กี่ปี อยู่ในระดับ 6 หมื่นล้านบาทมานานหลายปีแล้ว

แต่อย่างไรก็ตาม เห็นได้ว่าช่วงเกือบสิบปีหลังนี้ไม่เพิ่มขึ้นเร็วเหมือนสมัยก่อน เพราะกรมบัญชีกลางนำ 2 มาตรการมาควบคุมค่าใช้จ่าย คือ 1.ระบบการจ่ายเงินตามชนิดและความรุนแรงของโรค

มาใช้กับผู้ป่วยในที่นอนโรงพยาบาล ซึ่งเมื่อระบบนี้มาใช้กับสวัสดิการข้าราชการ ก็เริ่มเห็นว่าโรงพยาบาลเปลี่ยนมาใช้ยาที่ผลิตในประเทศกับผู้ป่วยใน

2. มีการนำระบบการร่วมจ่ายมาใช้มากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งกรณีหลังมักจะได้ยินข่าวเรื่องความพยายามให้ผู้มีสิทธิ 30 บาทร่วมจ่าย ซึ่งมีเสียงคัดค้านมาก แต่ในระบบสวัสดิการข้าราชการ การร่วมจ่ายไม่ค่อยมีเสียงค้านมาก เพราะคนกลุ่มนี้เห็นว่ายังได้รับบริการที่ดีกว่ากลุ่มอื่น

ด้วยสองมาตรการนี้ ทำให้งบสวัสดิการข้าราชการช่วงหลังจึงไม่ได้เพิ่มขึ้นจาก 6 หมื่นล้านบาทปีมาก เช่น ในปัจจุบันที่มีการเสนอข่าวว่า งบประมาณสวัสดิการข้าราชการพยาบาลราชการเพิ่มขึ้น 2,000 ล้านบาท/ปี ถือได้ว่าเป็นเรื่องเล็กน้อยเมื่อเทียบกับอดีตที่งบนี้เคยเพิ่มมากกว่าร้อยละ 10 ต่อปี

วิโรจน์ กล่าวอีกว่า ส่วนแนวคิดเรื่องระบบหลักประกันสุขภาพนี้ ควรจะเป็นบทบาทของเอกชนหรือรัฐนั้น ต้องดูว่าใครจะทำเรื่องเหล่านี้ได้มีประสิทธิภาพมากกว่า และระบบประกันเอกชนมีความสามารถในการรับความเสี่ยงได้มากเท่าไรหรือไม่

เนื่องจากทั่วไปแล้วการประกันสุขภาพนั้น รัฐมีโอกาสที่จะทำเรื่องนี้ได้มีประสิทธิภาพมากกว่าเอกชน เนื่องจากรัฐไม่ได้ต้องกีดกันใคร จึงสามารถครอบคลุมคนได้ทั่วถึง และการที่ไม่ต้องกีดกันก็ทำให้ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายที่ต้องพาคนไปตรวจสุขภาพเวลาเข้ามาสมัคร ทำให้กองทุนหลักประกันสุขภาพในประเทศต่างๆ มักพึ่งระบบรัฐเป็นหลัก ขณะที่ประเทศที่ไชรระบบประกันเอกชนเป็นหลักอย่างสหรัฐอเมริกาใช้จ่ายสูงกว่าในยุโรปและแคนาดา

**ประเด็นใหญ่ที่สำคัญอีกเรื่องคือ ระบบประกันเอกชนพร้อมรับความเสี่ยงถึงที่สุดหรือไม่ เพราะหากดูกรมธรรม์ประกันสุขภาพของบริษัทประกันเอกชนต่างๆ ในไทย จะเห็นได้ว่าจะมีกำหนดเพดานชั้นสูงไว้ทั้งสิ้น และอาจมีขอกังวลว่าหากบริษัทที่เข้ามารับประกันดูแลรวมทั้งบริษัทที่รับประกันต่อไม่มีความมั่นคงทางการเงินมากพออาจทำให้มีความเสี่ยงได้**

เพราะหากมีโรคระบาดรุนแรงในบางปี และบริษัทประกันที่ได้เงินตามระบบเหมาจ่ายรายหัว อาจพยายามคุมค่าใช้จ่ายให้สอดคล้องกับงบประมาณที่ได้รับ ซึ่งอาจนำไปสู่การรักษาที่ต่ำกว่ามาตรฐาน หรือมีภาคปฏิบัติที่เป็นการลดรอนสิทธิของข้าราชการก็เป็นได้ ซึ่งในระบบของรัฐนั้น เมื่อมีค่าใช้จ่ายสูงกวางบที่ตั้งรัฐก็สามารถดึงเงินสวนอื่นมาช่วยได้ แต่เอกชนอาจมีข้อจำกัดมากกว่าในด้านนี้

นอกจากนี้ ยังมีประเด็นเรื่องความสะดวกรวดในการเคลมประกัน ซึ่งที่ผ่านมาเห็นได้ชัดจากกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ ที่ใช้บริษัทประกันเอกชนทั้งหมด ซึ่งในบางปีเงินที่บริษัทจ่ายให้ผู้เสียหายตกประมาณครึ่งเดียวของเงินที่เก็บเข้ามา โดยเมื่อเกิดอุบัติเหตุในหลายกรณีก็มีประเด็น

ส่วนเรื่องเคลมประกันยาก เนื่องจากผู้ที่มีสิทธิประกันภัยจากรถมักมีสิทธิอื่นอยู่ด้วย ทำให้ในหลายกรณีแพทย์และผู้ป่วยหันไปใช้สิทธิอื่น รวมถึงสิทธิหลักของภาครัฐที่เคลมง่ายกว่า

นอกจากนี้ ในกรณีที่มีเรื่องร่วมจ่ายขึ้นมาด้วยนั้น ก็ยังมีพื้นที่สีเทาในการตีความมากขึ้นว่า ประกันจะจ่ายเท่าไร และข้าราชการควรจ่ายเองเท่าไร และสิทธิในการตัดสินใจอยู่ที่ใคร ดังนั้นถึงแม้ว่าประเทศไทยมีระบบรัฐที่ไม่ค่อยมีประสิทธิภาพ

แต่ที่ผ่านมายังไม่เห็นข้อเสนอของภาคเอกชนว่าจะมาช่วยแก้เรื่องไม่มีประสิทธิภาพของรัฐ และจะสามารถรักษาสิทธิประโยชน์และคุณภาพไม่ให้อดอยากกว่าสิ่งที่รัฐทำ แต่จะทำได้ในราคาถูกกว่าได้อย่างไร ในขณะที่ยังมีขอกังขาอยู่ว่า ถ้าวินไปไชรระบบประกันภัยเอกชนแล้ว จะมีหลักประกันอะไรว่าจะไม่มีปัญหาแบบที่เคยเกิดขึ้นทั้งในและต่างประเทศ

วิโรจน์ ระบุว่า ขณะนี้ข้อเสนอทั้งหมดเหมือนจะมาจากภาครัฐ ซึ่งยังไม่มียุทธศาสตร์ใดๆ มากกว่าการบอกว่าจะโอนเงินก้อนไปให้บริษัทประกันเอกชนแบ่งกันดูแล และบริษัทเอกชนจะต้องไปทำประกันต่อกับบริษัทในต่างประเทศ และคำโฆษณาที่รัฐบาลบอกว่าจะให้เอกชนทำแล้วข้าราชการจะได้สิทธิเหมือนเดิม

โดยสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายให้อยู่ในวงเงิน 7 หมื่นล้านบาทไปเรื่อยๆ เป็นสิบปีนั้น

จึงยังมองไม่เห็นว่าจะทำได้อย่างไร เพราะถ้าดูจากต่างประเทศ  
ทุกประเทศมีค่าใช้จ่ายด้านรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากสองส่วนหลักๆ คือ เทคโนโลยีที่ดีขึ้น  
และโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุที่มากขึ้น ซึ่งแม้ว่าเอกชนอาจช่วยอุดหนุนได้บ้าง แต่ก็อาจจะทำได้จำกัด  
และในที่สุดแล้วในระบบที่มีเงินพอ การบีบให้เอกชนใช้เงินเท่าเดิมคงจะกระทบสิทธิแน่นอน

เพราะการให้สิทธิประโยชน์เท่าเดิมหรือดีกว่าด้วยวงเงินเดิมไปอีกเป็น 10 ปีนั้น คงจะไม่มีใครทำได้  
ยิ่งถ้าจะยอมให้ข้าราชการสามารถเข้าถึงเทคโนโลยีใหม่ๆ มาใช้ได้ด้วยแล้ว  
คงจะต้องยอมให้มีค่าใช้จ่ายของระบบเพิ่มขึ้นในอนาคต

ผู้อำนวยการวิจัยด้านสาธารณสุข ทีดีอาร์ไอ ระบุว่า  
เป็นเรื่องที่ดีที่กระทรวงการคลังและกรมบัญชีกลางตระหนักถึงข้อจำกัด แต่วิธีนี้ไม่ได้เป็นทางออกเดียวที่มีอยู่  
กระทรวงการคลังอาจใช้บริการของ สปสช. หรือสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.) หรือ  
แม่ข่ายบริษัทประกันเอกชนเข้ามาช่วยบริหาร และนำความรู้และเทคนิคที่เขามีมาช่วยอุดหนุนของไหวของระบบ

โดยไม่จำเป็นต้องเอาเงินทั้งหมดไปซื้อประกันจากบริษัทเอกชนที่ยังไม่มีผลงานที่เป็นที่ประจักษ์  
หรือแม้แต่มีข้อเสนอที่ชัดเจนว่าจะทำได้ดีกว่าภาครัฐ  
และสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายหรือไม่โดยที่ยังสามารถรักษาสีและคุณภาพของบริการที่ข้าราชการและครอบครัวเก็  
อบ 5 ล้านคนได้อย่างทัดเทียมกับสิ่งที่ได้รับอยู่ในปัจจุบัน

ขอบคุณที่มาจาก [โพสต์ทูเดย์ วันที่ 8 มกราคม 2560 เวลา 09:13 น.](#)