

บริการสาธารณสุขกับการค้ากำไร

- รายงาน ระบบสุขภาพประชาชาติ ข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพสืบเนื่องจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 คณะกรรมาธิการ การสาธารณสุข วุฒิสภา วันที่ 1 มีนาคม 2543
- ประเด็นค้ากำไร [ความเห็นของ พ.ญ. ยิ่งดาว ไกรฤกษ์ ผอ.จน. กรุงเทพมหานคร 26 กรกฎาคม 2545]
- สถานการณ์ที่อยู่เหนือตลาด [นิธิ เอียวศรีวงศ์ - หนังสือพิมพ์มติชน วันที่ 29 กรกฎาคม 2545]
- ธรรมนูญด้านสุขภาพของคนไทย [นายแพทย์ชาตรี วัฒนเขตร หนังสือพิมพ์ผู้จัดการ วันที่ 12 กันยายน 2545]
- ค้ากำไรทางสุขภาพ [สมพันธ์ เกษะอริก มติชนสุดสัปดาห์ วันที่ 26 มีนาคม 2546]
- การประชุม "บริการสาธารณสุขกับการค้ากำไร" วันพฤหัสบดีที่ 10 เมษายน 2546 เวลา 09.00-12.00 น. ณ ห้องประชุม 1 สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ



(1) สร 2.5/1.5 ก่อจ 14

[1]

การประชุม "บริการสาธารณสุขกับการค้ากำไร"
วันพฤหัสบดีที่ 10 เมษายน 2546 เวลา 09.00 – 12.00 น.
ณ ห้องประชุม 1 สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ



รายงาน

ระบบสุขภาพประชาชาติ

ข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพสืบเนื่องจาก
รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๐

คณะกรรมการธิการ การสาธารณสุข วุฒิสภา

วันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๕๓

หมวด 4 ระบบบริการ

คุณลักษณะที่พึงประสงค์

1. หน่วยบริการที่ดีควรมีลักษณะดังนี้

1.1 มีหน่วยบริการใกล้บ้านที่สามารถให้การดูแลประชาชนในพื้นที่ในเรื่องสุขภาพอนามัย โดยเริ่มต้นตั้งแต่การดูแลส่งเสริมสุขภาพไปจนถึงการดูแลเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย สามารถส่งต่อเพื่อการดูแลในระดับที่สูงกว่าเมื่อจำเป็น และรับดูแลต่อเนื่องเมื่อถูกส่งกลับมาจากสถานบริการระดับที่สูงกว่า รวมทั้งการให้คำแนะนำปรึกษาอื่นๆ ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

1.2 สามารถประเมินปัญหาความต้องการทางด้านสุขภาพอนามัยของประชากรในความดูแลได้ทั้งความต้องการในระดับชุมชนและความต้องการในระดับปัจเจก โดยมีระบบข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ

1.3 ให้บริการได้ตรงกับความต้องการและทันเวลาโดยเฉพาะกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยไม่คำนึงถึงเศรษฐกิจของผู้รับบริการมาเป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจให้การรักษา

1.4 มีบุคลากรผู้ให้บริการที่มีจริยธรรม ให้ความสนใจต่อความรู้สึกและมุมมองของประชาชนในเรื่องสุขภาพ และความเจ็บป่วย และสามารถสื่อสารกับประชาชนในความดูแลหรือผู้ที่มารับบริการได้เป็นอย่างดี ไม่เกิดการเข้าใจผิดหรือความไม่พอใจโดยไม่จำเป็น

1.5 มีระบบที่จะส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ให้บริการตัดสินใจดำเนินการหรือให้บริการต่างๆ โดยคำนึงถึงความเหมาะสมและความคุ้มค่าของการใช้ทรัพยากรโดยมุ่งหวังประโยชน์สูงสุดของประชาชนผู้รับบริการภายใต้หลักวิชาการอย่างมีเหตุผล และ/หรือตรวจสอบยืนยันได้

1.6 เป็นหน่วยบริการที่มีความเชื่อมต่อระหว่างระดับต่างๆ โดยไม่ขลุกขลัก รวมทั้งการเชื่อมต่อกับคลินิกและร้านขายยา เพื่อให้เกิดคุณภาพและประสิทธิภาพในการจัดระบบและให้บริการประชาชนและผู้มาใช้บริการ

2. สถานบริการในภาคเอกชนจะต้องสามารถแสดงบทบาทและมีส่วนในการให้บริการแก่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเป็นเครือข่ายและ/หรือสามารถซื้อหรือขายบริการให้กับสถานบริการภาครัฐได้

✓ 3. มีกลไกที่จะสนับสนุนให้สถานบริการที่ไม่มุ่งกำไร (not for profit) หรือกำหนดเงื่อนไขให้สถานบริการที่มุ่งกำไรต้องใช้กำไรส่วนหนึ่งในการสร้างสุขภาพหรือให้บริการแก่ประชากรผู้ยากไร้ (ผ่านกลไกที่สามารถบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ)

4. มีระบบตรวจสอบคุณภาพมาตรฐานสถานบริการ และสถานบริการสามารถนำข้อมูลไปปรับปรุงพัฒนาบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งกลไกดังกล่าวควรมีลักษณะสำคัญ คือ



สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

HEALTH SYSTEMS RESEARCH INSTITUTE

อาคาร 3 ชั้น 5 ตึกกรมสุขภาพจิต ถ.ติวานนท์ อ.เมือง นนทบุรี 11000

Bldg. of Mental Health Department, Tiwanon Rd., Nonthaburi 11000, Thailand.

Tel. (66-2) 951-1286-93 Fax. (66-2) 951-1295

2
[4]

" ในยุคโลกาภิวัตน์ การแสวงหาความรู้จากต่างประเทศเป็นสิ่งสำคัญ
ไม่เฉพาะแต่ความรู้ทางเทคนิค แต่ยังรวมถึงความรู้ทางสังคม
วัฒนธรรม และวิถีชีวิตของคนต่างวัฒนธรรม ~~ที่เรากำลังจะ~~
ศึกษา

ส่วนที่ 3 การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ

มาตรา 71 การบริการสาธารณสุขให้เป็นไปตามมาตรา 7 และไม่เป็นไปเพื่อการแสวงกำไรเชิงธุรกิจ สมควรให้มีการนิยามให้ชัดเจนอย่างยิ่งในมาตรา 3 ที่ให้คำนิยามไว้หลายเรื่องเพราะจากร่างเดิมๆ ได้พูดถึงเรื่องความสำเร็จของกฎหมายฉบับนี้มีผลมาจากการนิยามที่ชัดเจนขึ้น

จินตนาการการบริการที่ไม่มีกำไรก็ต้องขาดทุนแล้วบริการจะอยู่ได้อย่างไร สนับสนุนโดยรัฐก็ไม่ตรงกับวิธีคิดปัจจุบันที่ต้องการลดการ subsidization หรือว่าไม่เป็นเชิงธุรกิจก็เป็นรัฐหรือมูลนิธิทำให้ไม่มีความหลากหลายการบริการ ไม่มีการแข่งขันหรือการพัฒนาความสะดวกไม่มีก็เป็นปัญหาลังคมต่อไปอีกแบบหนึ่ง

มาตรา 79 (2) ในเรื่องการประกันความเสียหายจากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสาธารณสุข

ส่วนประกันความเสียหายจากบริการสาธารณสุข เป็นวิธีคิดที่อันตราย เป็นวิธีคิดแบบตะวันตก ที่ทำให้เกิดการรักษาแบบป้องกันตัว มีผลทำให้การรักษาพยาบาลแพงขึ้นและจะทำให้มีการผลักภาระเรื่องค่าเบี้ยประกันไปสู่ค่ารักษาพยาบาล ผลสุดท้ายแล้ว ผู้ได้ประโยชน์อย่างเต็มที่คือ บริษัทผู้รับประกันความเสี่ยง ในขณะที่ประชาชนทั้งหมดเป็นผู้เสียประโยชน์ โดยมีผู้ได้ประโยชน์บางคน (ส่วนน้อยมาก คือ ผู้รับบริการสาธารณสุข ในขณะที่ประชาชนทั้งหมดเป็นผู้เสียประโยชน์)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

นายแพทย์ประมวล วีรุตมเสน

(นายแพทย์ประมวล วีรุตมเสน)

เลขาธิการแพทยสภา

สำเนาเรียน : ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

นายแพทย์สม

11/10/50 พร.014/12

ลงวันที่ 10 ต.ค. 46

5. ให้เติมคำว่า "ที่ไม่สมเหตุสมผล" ประกอบต่อท้าย คำว่า "ไม่เป็นไปเพื่อการค้ากำไรเชิงธุรกิจ"

มาตรา 31 รัฐมีหน้าที่จัดและส่งเสริมให้มีระบบบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานปลอดภัย มีประสิทธิภาพ ให้บริการได้อย่างทั่วถึงเป็นธรรมและประชาชนมีทางเลือกได้อย่างเหมาะสม โดยรัฐต้องจัดบริการให้แก่ผู้ยากไร้ โดยไม่คิดมูลค่า

รัฐมีหน้าที่ส่งเสริม สนับสนุนและกำกับดูแลให้ระบบบริการสาธารณสุข ไม่เป็นไปเพื่อการค้ากำไรเชิงธุรกิจที่ไม่สมเหตุสมผล

3. หมวด 3 คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

1. ให้แก้ไขมาตรา 35 (6) ดังนี้

"(6) ผู้ทรงคุณวุฒิ

6.1 ผู้ทรงคุณวุฒิด้านศาสนา ศิลปวัฒนธรรม ด้านการศึกษา ด้านการพัฒนาชุมชนและสิ่งแวดล้อม ด้านการบริหารหรือกฎหมาย ด้านสื่อสารมวลชน ด้านเศรษฐศาสตร์ ด้านพัฒนาชุมชน กลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ซึ่งคัดเลือกกันเองให้มีตัวแทนจำนวนด้านละ 1 คน

6.2 แพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน

เนื่องจากปัจจุบันบุคลากรด้านการแพทย์มีหน้าที่สร้างเสริม ป้องกันรักษา และฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนโดยตรง และเสนอแนะต่อรัฐบาล ประกอบกับความรู้ทางวิชาการและเทคโนโลยีมีความหลากหลายและพัฒนาไปอย่างรวดเร็วมาก ดังนั้นเพื่อให้บรรลุเป้าหมายด้านสุขภาพที่ดีของประชาชนจึงเห็นควรให้มีแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนดังกล่าว

2. ให้ปรับแก้ไขเพิ่มเติมมาตรา 36 โดยให้เพิ่มอายุ และคุณวุฒิการศึกษา ดังนี้

มาตรา 36 คณะกรรมการตามมาตรา 35 (4) (5) (6) (7) และ (8) ต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้

1. มีอายุไม่ต่ำกว่ายี่สิบห้าปีบริบูรณ์
2. มีคุณวุฒิที่จบการศึกษาตามภาคบังคับ

3. ให้ปรับแก้ไขมาตรา 37 (3) ดังนี้ การคัดเลือกกรรมการตามมาตรา 35 (6)

(6.1) ให้ดำเนินการโดยให้คณะกรรมการสรรหาจัดทำบัญชีรายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิด้านละไม่เกินห้าคนและให้บุคคลดังกล่าวคัดเลือกกันเองให้เหลือด้านละ 1 คน

(6.2) ดำเนินการสรรหาแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิโดยคณะกรรมการแพทยสภา

ลงนามในนามกรมการแพทย์
๓๐ ธ.ค. ๖๕ ๖๕ ๖๕ ๖๕
15๓๓.45



แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ กรุงเทพฯ 10320 โทร: 0-2314-4333, 0-2318-8170 โทรสาร 0-2314-6305
E-Mail ADDRESS math @ loxinfo.co.th

คณะกรรมการบริหาร 2545-2546

นายก

พลเรือตรีนายแพทย์วิฑูรย์ แสงสิงแก้ว

ผู้รับผิดชอบงานนายก

ศาสตราจารย์แพทย์หญิงสมศรี เผ่าสวัสดิ์

อุปนายก

พลเรือตรีนายแพทย์สงบ ชลออยู่

เลขาธิการ

พลอากาศตรีนายแพทย์อภิชาติ ไกยสุขโช

เหรัญญิก

แพทย์หญิงอังดา ไกรฤกษ์

ปฎิคมและประธานแผนกโมลตร

รองศาสตราจารย์นายแพทย์ศุภชัย รัตนมณเฑียร

ประธานฝ่ายวารสารการแพทย์

ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเสริฐ ทองเจริญ

ประธานฝ่ายสวัสดิการ

นายแพทย์เอื้อชาติ กาญจนพิทักษ์

ประธานฝ่ายวิชาการ

นายแพทย์เสรี - สุจินดา

ประธานฝ่ายแพทยศาสตรศึกษา

นายแพทย์ปราชญ์ บุณยวงศ์วิโรจน์

ประธานฝ่ายจรรยาแพทย์

ศาสตราจารย์นายแพทย์สุจิต เผ่าสวัสดิ์

กรรมการกลางและประธานฝ่ายวิเทศสัมพันธ์

นายแพทย์วันชาติ ศุภจัตุรัส

กรรมการกลางและประธานฝ่ายประชาสัมพันธ์

พลตำรวจตรีนายแพทย์รุ่งศักดิ์ พงษ์พานิช

กรรมการกลาง (ประธานฝ่ายกิจกรรมพิเศษ)

ศาสตราจารย์นายแพทย์วิสุทธิ ดันดีวิรงค์

กรรมการกลาง

พันเอกนายแพทย์นพพล วรอุไร

กรรมการกลาง (รองเลขาธิการและนายทะเบียน)

นาวาอากาศเอกนายแพทย์ณรงค์ศักดิ์ วุฒาพิทักษ์

กรรมการกลาง (ประจำภาคเหนือ)

นายแพทย์วรพันธ์ อุดมจักร

กรรมการกลาง (ประจำภาคใต้)

นายแพทย์กมล วีระประดิษฐ์

กรรมการกลาง (ประจำภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

นายแพทย์วิทยา จารุพนผล

กรรมการกลาง (ประจำภาคกลาง)

นายแพทย์พนิจ หิรัญโชติ

ที่ พสท. 15/2546

10 มกราคม 2546

เรื่อง ขอส่งข้อคิดเห็นเกี่ยวกับ (ร่าง) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ
เรียน ประธานคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ในฐานะสมาคมผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ ขอส่งข้อคิดเห็นเกี่ยวกับ (ร่าง) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ มายังท่าน เพื่อประกอบในการพิจารณาปรับปรุงการจัดทำร่างพระราชบัญญัติในขั้นตอนต่อไป โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. หมวด 2 ส่วนที่ 1 มาตรา 22 วรรค 1 ความว่า

“บุคคล หรือคณะบุคคลมีสิทธิเข้าร่วมในกระบวนการพิจารณาของเจ้าหน้าที่รัฐในการปฏิบัติราชการทางการปกครอง ในกรณีที่มีผลหรืออาจมีผลกระทบต่อสุขภาพ”

ข้อพิจารณา การเข้าร่วมกระบวนการพิจารณาของเจ้าหน้าที่รัฐในการปฏิบัติราชการทางการปกครองในกรณีที่มีผลหรืออาจมีผลกระทบต่อสุขภาพ จำเป็นต้องใช้องค์ความรู้ด้านสุขภาพประกอบในการพิจารณา ไม่ได้ใช้แต่ความคิดเห็นจากความรู้สึกเท่านั้น จึงเห็นสมควรพิจารณาคณะบุคคลหรือคณะบุคคลดังกล่าวด้วยความรอบคอบ

2. หมวด 3 คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 34

เห็นควรพิจารณาเพิ่มเติมผู้แทนองค์กรวิชาชีพด้านสาธารณสุข ในคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) อีกอย่างน้อย 6 คน

เหตุผล จากมาตรา 42 (1) (4) (5) (7) และ (10) เกี่ยวกับอำนาจหน้าที่ของ คสช. จำเป็นต้องใช้ผู้แทนองค์กรวิชาชีพด้านสาธารณสุขเป็นหลัก อีกทั้งเพื่อให้เกิดความสมดุลในการใช้อำนาจความรู้ด้านสุขภาพเป็นเครื่องมือกลไกที่สำคัญในการให้ข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม

3. หมวด 5 ส่วนที่ 3 มาตรา 71 ความว่า

“การบริการสาธารณสุขให้เป็นไปอย่างสอดคล้องกับระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ตามมาตรา 7 และไม่เป็นไปเพื่อการแสวงกำไรเชิงธุรกิจ”



แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ กรุงเทพฯ 10320 โทร: 0-2314-4333, 0-2318-8170 โทรสาร 0-2314-6305
E-Mail ADDRESS math @ loxinfo.co.th

[8]

คณะกรรมการบริหาร 2545-2546

นายก

พลเรือตรีนายแพทย์วิฑูรย์ แสงสิงแก้ว

ผู้รองตำแหน่งนายก

ศาสตราจารย์นายแพทย์หญิงสมศรี เผ่าสวัสดิ์

อุปนายก

พลเรือตรีนายแพทย์สงบ ชลออยู่

เลขาธิการ

พลอากาศตรีนายแพทย์อภิชาติ โกยสุโข

ทนาย

แพทย์หญิงอ้อยดาว ไกรฤกษ์

ปฎิคมและประธานแผนกสโมสร

รองศาสตราจารย์นายแพทย์สุภชัย รัตนผดัด

ประธานฝ่ายวารสารการแพทย์

ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเสริฐ ทองเจริญ

ประธานฝ่ายสวัสดิการ

นายแพทย์เอื้อชาติ กาญจนพิทักษ์

ประธานฝ่ายวิชาการ

นายแพทย์เสรี คุ้มจินดา

ประธานฝ่ายแพทยศาสตร์ศึกษา

นายแพทย์ปราชญ์ บุญยวงศ์โรจน์

ประธานฝ่ายจรรยาบรรณ

ศาสตราจารย์นายแพทย์สุจิตต์ เผ่าสวัสดิ์

กรรมการกลางและประธานฝ่ายวิเทศสัมพันธ์

นายแพทย์วันชาติ คุ้มจิตต์

กรรมการกลางและประธานฝ่ายประชาสัมพันธ์

พลตำรวจตรีนายแพทย์ชุมศักดิ์ พงษ์พานิช

กรรมการกลาง (ประธานฝ่ายกิจกรรมพิเศษ)

ศาสตราจารย์นายแพทย์วิสุทธิ ดันศิริคงคล

กรรมการกลาง

พันเอกนายแพทย์นพดล วรอุไร

กรรมการกลาง (รองเลขาธิการและนายทะเบียน)

นาวาอากาศเอกนายแพทย์อเนกศักดิ์ วุฒิจันทร์

กรรมการกลาง (ประจำภาคเหนือ)

นายแพทย์วรินทร์ อุดจักษ์

กรรมการกลาง (ประจำภาคใต้)

นายแพทย์กมล วีระประสิทธิ์

กรรมการกลาง (ประจำภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

นายแพทย์วิทยา จารุพนผล

กรรมการกลาง (ประจำภาคกลาง)

นายแพทย์หิรัญ หิรัญไชย

ข้อพิจารณา

- ดัดข้อความ “และไม่เป็นไปเพื่อการแสวงกำไรเชิงธุรกิจ” ออก

- เปลี่ยนข้อความ “และไม่เป็นไปเพื่อการแสวงกำไรเชิงธุรกิจ” เป็น “ทั้งนี้ให้อยู่ใน

กรอบแห่งจรรยาบรรณ ตามข้อบังคับของแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพ
เวชกรรม”

4. หมวด 5 ส่วนที่ 5 มาตรา 79(2) ความว่า

“ประกันความเสียหายอันเกิดจากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสาธารณสุข
โดยคำนึงถึงสิทธิของประชาชน ความมั่นคงด้านสุขภาพและการอยู่ร่วมกันอย่างสมานฉันท์”

ข้อพิจารณา การประกันความเสียหายอันเกิดจากการบริการสาธารณสุข อาจทำให้
การรักษาพยาบาลแพงขึ้น และจะทำให้มีการผลักภาระค่าเบี้ยประกันไปสู่ผู้รับบริการ คือ
ประชาชนจะเป็นผู้เสียประโยชน์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาข้อคิดเห็นดังกล่าวด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

พล.อ.ค.นพ.

(อภิชาติ โกยสุโข)

เลขาธิการแพทยสมาคมฯ

สำเนาส่งปลัดกระทรวงสาธารณสุข



กลุ่มสถาบันฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางแห่งประเทศไทย

อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ กรุงเทพฯ 10320

CONSORTIUM OF MEDICAL SPECIALTIES TRAINING INSTITUTIONS OF THAILAND

Royal Golden Jubilee Building, 2 Soi Soonvijai, New Petchburi Road, Bangkok 10320, Tel. & Fax. 716-6660

ประธาน

ศ.นพ.อรุณ เฟาสวัสดิ์

รองประธาน

พล.อ.ท.นพ.กิตติ เยนสุดใจ

เลขาธิการ

พ.ด.อ.นพ.ชุมศักดิ์ พงษ์พานิช

กรรมการ

ประธาน, รองประธาน, เลขาธิการ

ราชวิทยาลัย

ศัลยแพทย์

อายุรแพทย์

วิสัญญีแพทย์

สูติ-นรีแพทย์

กุมารแพทย์

จักษุแพทย์

พยาธิแพทย์

รังสีแพทย์

โสต ศอ นาสิกแพทย์

จิตแพทย์

แพทย์ออร์โธปิดิกส์

แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู

แห่งประเทศไทย

นายกสมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป

นายกแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยฯ

เลขาธิการแพทยสภา

President

Arun Pausawadi

Vice-President

Kitti Yensudchai

Secretary General

Chumsak Pukisapong

Members

Presidents, Vice-Presidents and

Secretary General

of the Royal Colleges of

Surgeons

Physicians

Anesthesiologists

Obstetricians & Gynaecologists

Pediatricians

Ophthalmologists

Pathologists

Radiologists

Otolaryngologists

Psychiatrists

Orthopaedic Surgeons

Physiatrists

of Thailand

President of

the General Practitioner Association

the Thai Medical Association

Secretary General of

the Thai Medical Council

4. มาตรา 71 การบัญญัติให้ระบบสุขภาพว่าต้องไม่แสวงหากำไรทางธุรกิจนั้นเป็นการขัดแย้งกับรัฐธรรมนูญ ซึ่งประสงค์จะได้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมให้บริการสุขภาพ อีกทั้งขัดกับหลักการค้าเสรีและหลักทฤษฎีนิยมของประเทศ นอกจากนี้ยังแสดงเจตคติต่อต้านกับภาคเอกชนโดยใช้เหตุ เพราะความเป็นจริงมีอยู่ว่าประชาชนจำนวนมากพอใจในการจ่ายเงินเพื่อซื้อบริการสุขภาพสนองความต้องการของตน ผู้บริหารรัฐบาลและสมาชิกรัฐสภาเอง เมื่อต้องใช้บริการสถานพยาบาลแล้วก็นิยมเลือกใช้บริการภาคเอกชนเพื่อความสะดวกและรวดเร็ว บริการสุขภาพภาคเอกชนจึงเป็นต้องเลือกที่ดี อีกทั้งยังช่วยลดค่าใช้จ่ายของรัฐบาลได้มาก หากประชาชนสนใจซื้อประกันสุขภาพภาคเอกชนด้วยเงินของตนเอง

สมควรที่จะกำหนดคำจำกัดความว่า "กำไรเชิงธุรกิจ" ให้ชัดเจนว่าหมายความว่าอย่างไร

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

พล.ต.ต.

พ.อ.ท. นพ. กิตติ เยนสุดใจ
(ชุมศักดิ์ พงษ์พานิช)

เลขาธิการฯ

ณ วันที่ ๑๐ สิงหาคม ๒๕๓๕

1๐๓๓.๔๖

ดำเนินเรียน

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ติดต่ออันตราย อันตรายจากการใช้สารเคมี อุบัติภัยต่างๆ พฤติกรรมของบุคคลที่ก่อเกิดอันตราย
ต่อตนเองหรือผู้อื่น เป็นต้น ให้พิจารณาตัดข้อความ โรคหรือความผิดปกติที่เกิดจากพันธุกรรม
(หน้า 26)

2.8 มาตรา 71 การบริการสาธารณสุขให้เป็นไปอย่างสอดคล้องกับระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ตามมาตรา 7 และไม่เป็นไปเพื่อการแสวงกำไรเชิงธุรกิจ (หน้า 27) ให้
พิจารณาตัดข้อความและไม่เป็นไปเพื่อการแสวงกำไรเชิงธุรกิจ

กรมการแพทย์แผนงษ
กองโรคพ. ฐ. แผนก
แผนก ๕๐ วันที่ 10 มีค. 46

ลงชื่อ รศ 0205.22/95

ความเห็นสาธารณะ

รายงานระบบสุขภาพประชาชาติ

ข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพสืบเนื่องจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา 1 มีนาคม 2543

ระบบบริการ คุณลักษณะที่พึงประสงค์

1. หน่วยบริการที่ดีควรมีลักษณะดังนี้

1.1 มีหน่วยบริการใกล้บ้านที่สามารถให้การดูแลประชาชนในพื้นที่ในเรื่องสุขภาพอนามัย โดยเริ่มต้นตั้งแต่การดูแลส่งเสริมสุขภาพไปจนถึงการดูแลเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย สามารถส่งต่อเพื่อการดูแลในระดับที่สูงกว่าเมื่อจำเป็น และรับดูแลต่อเนื่องเมื่อถูกส่งกลับมาจากสถานบริการระดับที่สูงกว่า รวมทั้งการให้คำแนะนำปรึกษาอื่นๆ ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

1.2 สามารถประเมินปัญหาความต้องการทางด้านสุขภาพอนามัยของประชากรในความดูแลได้ทั้งความต้องการในระดับชุมชนและความต้องการในระดับปัจเจก โดยมีระบบข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ

1.3 ให้บริการได้ตรงกับความต้องการและทันเวลาโดยเฉพาะกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยไม่คำนึงถึงเศรษฐกิจฐานะของผู้รับบริการมาเป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจให้การรักษ

1.4 มีบุคลากรผู้ให้บริการที่มีจริยธรรม ให้ความสนใจต่อความรู้สึกและมุมมองของประชาชนในเรื่องสุขภาพ และความเจ็บป่วย และสามารถสื่อสารกับประชาชนในความดูแลหรือผู้ที่มารับบริการได้เป็นอย่างดี ไม่เกิดการเข้าใจผิดหรือความไม่พอใจโดยไม่จำเป็น

1.5 มีระบบที่จะส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ให้บริการตัดสินใจดำเนินการหรือให้บริการต่างๆ โดยคำนึงถึงความเหมาะสมและความคุ้มค่าของการใช้ทรัพยากร โดยมุ่งหวังประโยชน์สูงสุดของประชาชนผู้รับบริการภายใต้หลักวิชาการอย่างมีเหตุผล และ/หรือตรวจสอบยืนยันได้

1.6 เป็นหน่วยบริการที่มีความเชื่อมต่อนะหว่างระดับต่างๆโดยไม่ขาดหลักรวมทั้งการเชื่อมต่อกับคลินิกและร้านขายยา เพื่อให้เกิดคุณภาพและประสิทธิภาพในการจัดระบบและให้บริการประชาชนและผู้มาใช้บริการ

2. สถานบริการในภาคเอกชนจะต้องสามารถแสดงบทบาทและมีส่วนในการให้บริการแก่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเป็นเครือข่าย และ/หรือสามารถซื้อหรือขายบริการให้กับสถานบริการภาครัฐได้

3. มีกลไกที่จะสนับสนุนให้สถานบริการที่ไม่มุ่งกำไร (not for profit) หรือกำหนดเงื่อนไขให้สถานบริการที่มุ่งกำไร ต้องใช้กำไรส่วนหนึ่งในการสร้างสุขภาพ หรือให้บริการแก่ประชาชนผู้ยากไร้ (ผ่านกลไกที่สามารถบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ)

4. มีระบบตรวจสอบคุณภาพมาตรฐานสถานบริการ และสถานบริการสามารถนำข้อมูลไปปรับปรุงพัฒนาบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอจากเครือข่ายประชาสังคมคนจน

“ให้ยกเลิกการแสวงหากำไรจากบริการด้านสุขภาพ ไม่ว่าจะจัดโดยภาครัฐ ภาคเอกชน หรือภาคประชาชนก็ตาม”

ความเห็นแพทยสภา ตามหนังสือที่ พส. 014/12 ลงวันที่ 10 มกราคม 2546

มาตรา 71 การบริการสาธารณสุขให้เป็นไปตามมาตรา 7 และไม่เป็นไปเพื่อการแสวงหากำไรเชิงธุรกิจ สมควรให้มีการนิยามให้ชัดเจนอย่างยิ่งในมาตรา 3 ที่ให้คำนิยามไว้หลายเรื่องเพราะจากร่างเดิมๆ ได้พูดถึงเรื่องความสำเร็จของกฎหมายฉบับนี้ มีผลมาจากการนิยามที่ชัดเจนขึ้น

จินตนาการการบริการที่ไม่มีกำไรก็ต้องขาดทุน แล้วบริการจะอยู่ได้อย่างไร สนับสนุนโดยรัฐก็ไม่ตรงกับวิธีคิดปัจจุบันที่ต้องการลดการ subsidization หรือว่าไม่เป็นเชิงธุรกิจก็เป็นรัฐหรือมูลนิธิก็ทำให้ไม่มีความหลากหลายการบริการ ไม่มีการแข่งขันหรือการพัฒนาความสะดวกไม่มีก็เป็นปัญหาสังคมต่อไปอีกแบบหนึ่ง

ความเห็นอนุกรรมการแพทยสภา (15 กรกฎาคม 2545)

ให้เติมคำว่า “ที่ไม่สมเหตุสมผล” ประกอบต่อท้าย คำว่า “ไม่เป็นไปเพื่อการค้ากำไรเชิงธุรกิจ”

มาตรา 31 รัฐมีหน้าที่จัดและส่งเสริมให้มีระบบบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ ให้บริการได้อย่างทั่วถึงเป็นธรรม และประชาชนมีทางเลือกได้อย่างเหมาะสม โดยรัฐต้องจัดบริการให้แก่ผู้ยากไร้ โดยไม่คิดมูลค่า

รัฐมีหน้าที่ส่งเสริม สนับสนุนและกำกับดูแลให้ระบบบริการสาธารณสุข ไม่เป็นไปเพื่อการค้ากำไรเชิงธุรกิจที่ไม่สมเหตุสมผล

ความเห็นแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย (ตามหนังสือที่ พสท 15/2546 ลงวันที่ 10 มกราคม 2546)

หมวด 5 ส่วนที่ 3 มาตรา 71 ความว่า

“การบริการสาธารณสุขให้เป็นไปอย่างสอดคล้องกับระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ ตามมาตรา 7 และไม่เป็นไปเพื่อการแสวงหากำไรเชิงธุรกิจ”

ข้อพิจารณา

- ดัดข้อความ “และไม่เป็นไปเพื่อการแสวงหากำไรเชิงธุรกิจ” ออก
- เปลี่ยนข้อความ “และไม่เป็นไปเพื่อการแสวงหากำไรเชิงธุรกิจ” เป็น “ทั้งนี้ให้อยู่ในกรอบแห่งจรรยาบรรณ ตามข้อบังคับของแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม”

ความเห็นกลุ่มสถาบันฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางแห่งประเทศไทย (10 มกราคม 2546)

มาตรา 71 การบัญญัติให้ระบบสุขภาพว่าต้องไม่แสวงหากำไรทางธุรกิจ นับว่าเป็นการขัดแย้งกับรัฐธรรมนูญ ซึ่งประสงค์จะได้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมให้บริการสุขภาพ อีกทั้งขัดกับหลักการค้าเสรีและหลักทุนนิยมของประเทศ นอกจากนี้ยังแสดงเจตคติต่อต้านกับภาคเอกชนโดยใช่เหตุ เพราะความเป็นจริงมี

อยู่ว่าประชาชนจำนวนมาก พอใจในการจ่ายเงินเพื่อซื้อบริการสุขภาพ สนองความต้องการของตน ผู้บริหาร
รัฐบาลและสมาชิกรัฐสภาเอง เมื่อต้องใช้บริการสถานพยาบาลแล้ว ก็นิยมเลือกใช้บริการภาคเอกชนเพื่อ
ความสะดวกและรวดเร็ว บริการสุขภาพภาคเอกชนจึงเป็นทางเลือกที่ดี อีกทั้งยังช่วยลดค่าใช้จ่ายของรัฐบาล
ได้มาก หากประชาชนสนใจซื้อประกันสุขภาพภาคเอกชนด้วยเงินของตนเอง

สมควรที่จะกำหนดคำจำกัดความว่า "กำไรเชิงธุรกิจ" ให้ชัดเจนว่าหมายความว่าอย่างไร

ความเห็นกระทรวงสาธารณสุข (หนังสือด่วนที่สุด ที่ สธ 0205.22/95 ลงวันที่ 10 มกราคม 2546)

มาตรา 71 การบริการสาธารณสุขให้เป็นไปอย่างสอดคล้องกับระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ตาม
มาตรา 7 และไม่เป็นไปเพื่อการแสวงกำไรเชิงธุรกิจ ให้พิจารณาตัดข้อความและไม่เป็นไปเพื่อการแสวง
กำไรเชิงธุรกิจ

ความเห็นสาธารณะ

รายงานระบบสุขภาพประชาชาติ
ข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพสืบเนื่องจากรัฐธรรมนูญ

แห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๐

ดุษฎีบัณฑิตกิตติมศักดิ์ สาขาสังคมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ๑ มีนาคม ๒๕๕๓

ระบบบริการ คุณลักษณะที่พึงประสงค์

1. หน่วยบริการที่ดีควรมีลักษณะดังนี้

1.1 มีหน่วยบริการใกล้บ้านที่สามารถให้การดูแลประชาชนในพื้นที่ในเรื่องสุขภาพอนามัย โดยเริ่มต้นตั้งแต่การดูแลสร้างเสริมสุขภาพไปจนถึงการดูแลเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย สามารถส่งต่อเพื่อการดูแลในระดับที่สูงกว่าเมื่อจำเป็น และรับดูแลต่อเนื่องเมื่อถูกส่งกลับมาจากสถานบริการ ระดับที่สูงกว่า รวมทั้งการให้คำแนะนำปรึกษาอื่นๆ ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

1.2 สามารถประเมินปัญหาความต้องการทางด้านสุขภาพอนามัยของประชากรในความดูแลได้ทั้งความต้องการในระดับชุมชนและความต้องการในระดับปัจเจก โดยมีระบบข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ

1.3 ให้บริการได้ตรงกับความต้องการและทันเวลาโดยเฉพาะกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยไม่คำนึงถึงเศรษฐกิจฐานะของผู้รับบริการมาเป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจให้การรักษา

1.4 มีบุคลากรผู้ให้บริการที่มีจริยธรรม ให้ความสนใจต่อความรู้สึกและมุมมองของประชาชนในเรื่องสุขภาพ และความเจ็บป่วย และสามารถสื่อสารกับประชาชนในความดูแลหรือผู้ที่มารับบริการได้เป็นอย่างดี ไม่เกิดการเข้าใจผิดหรือความไม่พอใจโดยไม่จำเป็น

1.5 มีระบบที่จะส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ให้บริการตัดสินใจดำเนินการหรือให้บริการต่างๆ โดยคำนึงถึงความเหมาะสมและความคุ้มค่าของการใช้ทรัพยากร โดยมุ่งหวังประโยชน์สูงสุดของประชาชนผู้รับบริการภายใต้หลักวิชาการอย่างมีเหตุผล และ/หรือตรวจสอบยืนยันได้

1.6 เป็นหน่วยบริการที่มีความเชื่อมต่อกันระหว่างระดับต่างๆ โดยไม่ขลุกขลัก รวมทั้งการเชื่อมต่อกับคลินิกและร้านขายยา เพื่อให้เกิดคุณภาพและประสิทธิภาพในการจัดระบบและให้บริการประชาชนและผู้มาใช้บริการ

2. สถานบริการในภาคเอกชนจะต้องสามารถแสดงบทบาทและมีส่วนในการให้บริการแก่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเป็นเครือข่าย และ/หรือสามารถซื้อหรือขายบริการให้กับสถานบริการภาครัฐได้

3. มีกลไกที่จะสนับสนุนให้สถานบริการที่ไม่มุ่งกำไร (not for profit) หรือกำหนดเงื่อนไขให้สถานบริการที่มุ่งกำไร ต้องใช้กำไรส่วนหนึ่งในการสร้างสุขภาพ หรือให้บริการแก่ประชาชนผู้ยากไร้ (ผ่านกลไกที่สามารถบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ)

4. มีระบบตรวจสอบคุณภาพมาตรฐานสถานบริการ และสถานบริการสามารถนำข้อมูลไปปรับปรุงพัฒนาบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอจากเครือข่ายประชาสังคมคนจน

“ให้ยกเลิกการแสวงหากำไรจากบริการด้านสุขภาพ ไม่ว่าจะจัดโดยภาครัฐ ภาคเอกชน หรือภาคประชาชนก็ตาม”

ความเห็นแพทยสภา ฉบับแก้ไข พศ 014/12 ลงวันที่ 10 ธ.ค. 46

มาตรา 71 การบริการสาธารณสุขให้เป็นไปตามมาตรา 7 และไม่เป็นไปเพื่อการแสวงหากำไรเชิงธุรกิจ สมควรให้มีการนิยามให้ชัดเจนอย่างยิ่งในมาตรา 3 ที่ให้คำนิยามไว้หลายเรื่อง เพราะจากร่างเดิมๆ ได้พูดถึงเรื่องความสำเร็จของกฎหมายฉบับนี้ มีผลมาจากการนิยามที่ชัดเจนขึ้น

จินตนาการการบริการที่ไม่มีกำไรก็ต้องขาดทุน แล้วบริการจะอยู่ได้อย่างไร สนับสนุนโดยรัฐก็ไม่ตรงกับวิธีคิดปัจจุบันที่ต้องการลด subsidezation หรือว่าไม่เป็นเชิงธุรกิจก็เป็นรัฐหรือมูลนิธิก็ทำให้ไม่มีความหลากหลายการบริการ ไม่มีการแข่งขันหรือการพัฒนาความสะดวก ไม่มีก็เป็นปัญหาสังคมต่อไปอีกแบบหนึ่ง

ความเห็นอนุกรรมการแพทยสภา

มาตรา 31 รัฐมีหน้าที่จัดและส่งเสริมให้มีระบบบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ ให้บริการได้อย่างทั่วถึงเป็นธรรม และประชาชนมีทางเลือกได้อย่างเหมาะสม โดยรัฐต้องจัดบริการให้แก่ผู้ยากไร้ โดยไม่คิดมูลค่า

รัฐมีหน้าที่ส่งเสริม สนับสนุนและกำกับดูแลให้ระบบบริการสาธารณสุข ไม่เป็นไปเพื่อการค้ากำไรเชิงธุรกิจที่ไม่สมเหตุสมผล

ความเห็นแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย

“การบริการสาธารณสุขให้เป็นไปอย่างสอดคล้องกับระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ ตามมาตรา 7 และไม่เป็นไปเพื่อการแสวงหากำไรเชิงธุรกิจ”

ข้อพิจารณา

- ดัดข้อความ “และไม่เป็นไปเพื่อการแสวงหากำไรเชิงธุรกิจ” ออก
- เปลี่ยนข้อความ “และไม่เป็นไปเพื่อการแสวงหากำไรเชิงธุรกิจ” เป็น “ทั้งนี้ให้อยู่ในกรอบแห่งจรรยาบรรณ ตามข้อบังคับของแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม”

ความเห็นกลุ่มสถาบันฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางแห่งประเทศไทย

มาตรา 71 การบัญญัติให้ระบบสุขภาพว่าต้องไม่แสวงหากำไรทางธุรกิจ นับว่าเป็นการขัดแย้งกับรัฐธรรมนูญ ซึ่งประสงค์จะได้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมให้บริการสุขภาพ อีกทั้งขัดกับหลักการค้าเสรีและหลักทุนนิยมของประเทศ นอกจากนี้ยังแสดงเจตคติต่อต้านกับภาคเอกชนโดยใช้เหตุ เพราะความเป็นจริงมีอยู่ว่าประชาชนจำนวนมาก พอใจในการจ่ายเงินเพื่อซื้อบริการสุขภาพ สนองความต้องการของตน ผู้บริหารรัฐบาลและสมาชิกรัฐสภาเอง เมื่อต้องใช้บริการสถานพยาบาลแล้ว ก็นิยมเลือกใช้บริการภาคเอกชนเพื่อความสะดวกและรวดเร็ว บริการ

สุขภาพภาคเอกชนจึงเป็นทางเลือกที่ดี อีกทั้งยังช่วยลดค่าใช้จ่ายของรัฐบาลได้มาก หากประชาชนสนใจซื้อประกันสุขภาพภาคเอกชนด้วยเงินของตนเอง

ความเห็นกระทรวงสาธารณสุข

มาตรา 71 การบริการสาธารณสุขให้เป็นไปอย่างสอดคล้องกับระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ตามมาตรา 7 และไม่เข้าไปเพื่อการแสวงกำไรเชิงธุรกิจ ให้พิจารณาดัดข้อความและไม่เป็นไปเพื่อการแสวงกำไรเชิงธุรกิจ

การบริการสาธารณสุข กับ การค้ากำไรเชิงธุรกิจ
ประเด็นเพื่อทำความเข้าใจโดยการเทียบเคียงกับบริการด้านการศึกษา

ทักษะและการให้ความหมายในสังคมไทย

- คือ “เครื่องมือ” หรือ “ชีวิต”
- ผลกระทบต่อ “บทบาท” หรือ “สถานะ” ทางสังคมของบุคคล
- ความสามารถในการจัดการเองได้ การต้องพึ่งพาเทคโนโลยีเฉพาะ
- ความเร่งด่วน หรือ ความเลียง
- ผลได้ และระยะเวลาที่ให้นิการรอดูผลลัพธ์ของบริการ
- เป้าหมายการให้บริการ (ผู้รับบริการ)
- ทางเลือกในสังคม

แนวนโยบายและการลงทุนของรัฐ

- ระบบสังคมเศรษฐกิจ และแนวทางการพัฒนาประเทศ
- ทักษะต่อมนุษย์ตามแนวคิดเศรษฐศาสตร์กระแสหลักที่มุ่งสร้างความมั่งคั่ง : มนุษย์เป็นทรัพยากรที่สำคัญในกระบวนการผลิต
- การศึกษาและสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญใน การเพิ่มค่าให้แก่ทรัพยากรมนุษย์เพื่อนำไปสู่การเพิ่มผลผลิต และ ความมั่งคั่ง
- ที่ผ่านมการลงทุนและการจัดการของรัฐในสองเรื่องนี้แตกต่างกัน
- ประเด็นหลัก คือ ความยากในการกำหนดเป้าหมายหรือตัวชี้วัดในเชิงปริมาณเพื่อการจัดการที่มีประสิทธิภาพ
- ค่าใช้จ่ายหรือการลงทุนโดยภาคเอกชน(รวมครัวเรือน)มีจำนวนไม่น้อย

ปัจจัยด้านการบริโภค

- ความคาดหวัง และ พฤติกรรมการแสวงหาบริการ
- ความปลอดภัย/เสี่ยงต่อชีวิต ความเร่งด่วน : ความเต็มใจที่จะจ่าย
- การมีข้อมูล ความรู้และทักษะที่ไม่เท่ากันระหว่างผู้ให้บริการ
- ค่านิยมในการบริโภค : รักษาสถานภาพหรือคุณค่าของการเป็นปัจจัยในกระบวนการผลิตที่มุ่งสู่ความมั่งคั่ง

ปัจจัยด้านการผลิต

- Professionalism : Medicalization
- Institutionalization : Informal --> Formal, Bed-side --> Hospital
- Centralizing of high technologies & complexity of care or services
- Unavoidable scientific management for efficiency & profitability
- Financing and insurance system --> superimposed need for improving efficiency & opportunities for reinvestment (maximizing profit)

องค์ประกอบของบริการ

- บริการที่เป็นการประกอบวิชาชีพ
- สินค้า ผลิตภัณฑ์ อุปกรณ์ เทคโนโลยี ที่ประกอบบริการ
 - Direct or In-direct consumption
 - Visibility and controversy of products
 - Regulatory mechanisms

กลไกทางกฎหมายในการควบคุมกำกับการทำงานในภาคเอกชน

- ด้านบริการการแพทย์และสาธารณสุข
 - พรบ.สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 (เดิม 2504)
 - พรบ.วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525
 - พรบ.วิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528
 - พรบ.วิชาชีพทันตกรรม พ.ศ. 2537
 - พรบ.วิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2537
 - พรบ.ควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542

กรณีศึกษา: พรบ.สถาบันอุดมศึกษาเอกชน (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2535

- อยู่ในการควบคุมกำกับอย่างใกล้ชิด โดยคณะกรรมการสถาบันอุดมศึกษาเอกชน ตั้งแต่การขออนุญาตจัดตั้ง เปิดสาขา/หลักสูตร ขุน ทรัพย์สิน การหารายได้และการจัดการ
- ✓ • ในแต่ละปี หากกองทุนทั่วไป มีรายได้สูงกว่ารายจ่าย ให้จัดสรรให้กองทุนประเภทอื่นตามที่กำหนดได้ไม่น้อยกว่า 60% ที่เหลือสามารถจัดสรรให้ผู้รับใบอนุญาตได้ไม่เกิน 15% ของส่วนของทรัพย์สินในกองทุนต่างๆรวมกันหลังหักหนี้สินแล้ว หากยังเหลือให้นำเข้ากองทุนทั่วไป
- หากถูกเพิกถอนใบอนุญาต --> แต่งตั้งผู้ชำระบัญชี ที่เหลือจึงคืนให้ผู้รับใบอนุญาต ยกเว้นทรัพย์สินที่ได้รับบริจาค

↳ พรบ.ศ. ๑ ฉบับพ.ศ. ๒๕๓๕ / ๒๕๓๖

คำกำไรทางสุขภาพ

สมพันธ์ เตชะอธิก

มติชนสุดสัปดาห์ วันที่ 26 มีนาคม 2546

ยาบ้าเป็นการค้ากำไรสูงที่ทำให้ร้ายสุขภาพของประชาชน จนหลายคนวิตกว่า อาจถึงการทำลายอนาคตลูกหลาน คนวัยแรงงาน และทำลายชาติไทย จึงมีการประกาศเป็นสงคราม และฆ่าผู้ที่ไม่สมควรและสมควรถูกฆ่าจำนวนกว่าพันคน แต่ไม่ใช่ยาบ้าที่ฆ่า กระสุนต่างหากที่ถูกใช้เป็นเครื่องมือแห่งการฆ่าโดยไม่ผ่านกระบวนการยุติธรรมและไม่คำนึงถึงสิทธิมนุษยชนของคนแต่ละคน

อนาคตสังคมไทยอาจได้พิพากษานโยบายและการใช้กฎหมายแบบเปิดช่องว่างให้มีการใช้อำนาจแบบผิด ๆ และผู้มีอำนาจในขณะนี้อาจได้รับผลกระทบแห่งบาปที่กระทำไปโดยลุแก่อำนาจและความเข้าใจผิด ๆ

ไม่เพียงแต่ยาบ้าที่เป็นการค้ากำไรจากเลือดเนื้อของมนุษย์ในการทำลายสุขภาพเท่านั้น ระบบบริการทางสุขภาพตามคลินิก โรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลของรัฐ ก็มีส่วนในการค้ากำไรทางสุขภาพด้วยบริการที่กำไรเกินงามอยู่ด้วย อันส่งผลให้วิถีชีวิตและภาวะเศรษฐกิจของประชาชนลำบากล้าและเป็นหนี้สินมากขึ้น

ประมาณการว่า ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของประชาชนอยู่ในอันดับต้น ๆ ที่ต้องควักเงินจ่ายค่าบริการ โดยแทบจะไม่มีใครไม่เคยเจ็บป่วย แม้แต่หมอหรือกลุ่มผู้ให้บริการเอง จนรัฐบาลประกาศใช้นโยบาย 30 บาทต่อโรค แต่ก็ยังมีประชาชนจำนวนมากพร้อมจะจ่ายแพงกว่าเพื่อให้ได้รับบริการที่ดีกว่า 30 บาท ยามีคุณภาพดีกว่าและมีความเชื่อถือมากกว่า แต่ราคาที่แพงกว่านี้ก็ไม่ควรเป็นการค้ากำไรที่ไม่สมเหตุผล

ที่ผ่านมาระบบสุขภาพมุ่งที่การจัดบริการเพื่อการรักษาพยาบาลเป็นหลัก ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก แต่ให้ผลตอบแทนด้านสุขภาพต่ำกว่าที่ควรจะเป็นและไม่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ จึงมีการระบุไว้ในร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวภายใต้แนวคิดในการจัดบริการทางด้านสุขภาพ ซึ่งมีอยู่ 3 แนวคิดด้วยกัน คือ

แนวคิดที่ 1 : แนวคิดแบบทุนนิยมเสรีที่เน้นการแข่งขัน สถานบริการใดเก่งกว่า มีคุณภาพ มีมาตรฐาน มียาดี ๆ มีหมอเก่ง ๆ มีพยาบาลบริการดี ๆ มีความสะดวกสบาย ก็สามารถกำหนดราคาค่าบริการสุขภาพได้แพง ๆ รวมทั้งเข้าตลาดหลักทรัพย์เพื่อระดมทุนมาพัฒนาสถานบริการและปันผลกำไรกันได้ ระบบบริการภายใต้แนวคิดเช่นนี้ส่งผลให้ประชาชนต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง

คนเป็นมะเร็งรักษา 3 แสนบาท 3 ครั้งแล้วตาย

คนขี่มอเตอร์ไซด์คว่ำ ถลอกตามตัวถูกส่งไปเอ็กซเรย์สมองจ่ายครั้งละ 3,000 บาท โดยไม่จำเป็น

คนเป็นโรคเบาหวานจ่ายบริการครั้งละกว่า 300 บาทต่อ 1-2 สัปดาห์ แม้ตายไปก็ไม่หายจากโรคเบาหวาน

ถ้าปล่อยให้มีการทำตามแนวคิดนี้ สถานบริการจะเข้าตลาดหลักทรัพย์นับร้อยๆ แห่ง ทุนต่างชาติและบุคลากรจากต่างประเทศจะเข้าสู่ไทยจำนวนมากด้วยแนวคิดกำไรสูงสุด ประหยัดสุดจะทำให้คนไทยแย่

แนวคิดที่ 2 : แนวคิดแบบรัฐสวัสดิการ ที่รัฐมีหน้าที่ต้องจัดสรรงบประมาณส่วนหนึ่ง เพื่อให้บริการแก่ประชาชนโดยมีประชาชนนอกค่าใช้จ่ายสมทบอีกส่วนหนึ่งในราคาที่ไม่แพงเกินไป โดยที่คุณภาพและระบบบริการต้องดีเสมอภาคเท่าเทียมกันทุกฐานะของผู้รับบริการ

แนวคิดที่ 3 : แนวคิดแบบรัฐมีหน้าที่จัดบริการทางสุขภาพแบบให้ฟรี โดยนำเงินงบประมาณจากการจัดเก็บเงินภาษีมาใช้จ่ายสำหรับการดูแลโรคภัยไข้เจ็บโดยไม่ต้องจัดเก็บเงินจากการเข้ารับบริการในสถานบริการของรัฐอีก แนวคิดนี้จะใช้ไม่ได้ในสถานบริการของเอกชน ซึ่งรัฐธรรมนูญมาตรา 52 กำหนดไว้ให้กับผู้ยากจนได้รับการสงเคราะห์ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย แต่ภายหลังนโยบาย 30 บาทต่อโรค ทำให้งบประมาณส่วนนี้ในบางสถานบริการถูกนำมาถัวเฉลี่ยเป็นค่าใช้จ่ายที่ขาดทุน

ความคิดเห็นในแนวคิดและการกำหนดไว้ในกฎหมาย ให้เป็นแนวทางปฏิบัติได้นำมาสู่ข้อกำหนดเบื้องต้นในร่างพระราชบัญญัติ (พ.ร.บ.) สุขภาพแห่งชาติ ในมาตรา 71 การบริการสาธารณสุขให้เป็นไปอย่างสอดคล้องกับระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ตามมาตรา 7 (เน้นสร้างนำซ่อม และการมีส่วนร่วมของประชาชน) และไม่เป็นไปเพื่อการแสวงหากำไรเชิงธุรกิจ

ภายหลังที่เปิดรับฟังความคิดเห็นอย่างกว้างขวางจากเวทีประชาชนก็ได้รับการสนับสนุนมาตรานี้ โดยมีแพทย์สภาขอเพิ่มเติมต่อท้ายประโยคว่า “**ที่ไม่สมเหตุสมผล**” ซึ่งก็เป็นที่ยอมรับของทุกฝ่ายในขณะนี้

อย่างไรก็ตามข้อถกเถียงยังไม่ยุติ ยังมีกลุ่มแพทย์บางกลุ่มหรือบางคนที่มีส่วนสำคัญในสถานบริการเอกชนและเน้นการแข่งขันเสรี ได้กล่าวว่าถ้าทุกสถานบริการมีป้ายติดราคาการรักษาพยาบาลไว้ทุกแห่ง ใครไม่เปิดเผยต้องถูกลงโทษตามกฎหมาย แต่เมื่อใส่รูปธรรมไปเรื่อยๆ ก็พบว่า อยู่ในคอมพิวเตอร์กับใบเสร็จ ประชาชนที่ไหนจะดูราคาได้ก่อนตัดสินใจเลือกรับบริการหรือไม่รับบริการได้

ด้วยเหตุนี้ ศ.นพ.สันต์ หัตถิรัตน์ จึงอยากให้มีการเปิดเผยต่อประชาชนว่าราคาการรักษาพยาบาลแต่ละโรคที่รวมค่าใช้จ่ายแบบมีรายละเอียดทุกรายการ ราคาแต่ละอย่างเท่าไร เหมือนเมนูอาหารที่มีราคาบอกไว้อย่างชัดเจนว่าอาหารแต่ละชนิดมีราคาเท่าไร แต่ละร้านแตกต่างกันอย่างไร จะได้ตัดสินใจถูกกว่าเงินในกระเป๋า มีเพียงพอหรือไม่ ?

มีความคิดเห็นต่อว่า ประชาชนมีสิทธิเลือกใช้บริการสุขภาพกับสถานประกอบการที่ได้ก็ได้ ขณะที่สถานประกอบการต้องรักษาภาพพจน์ ชื่อเสียง และการบริการเพื่อเรียกลูกค้า เพราะไม่เช่นนั้น คลินิก โรงพยาบาลก็เจ๊ง ! ขาดทุน และต้องปิดสถานบริการไปเอง สถานบริการที่อยู่ได้จึงเป็นที่พึงพอใจและประชาชนยินดีจ่ายค่าบริการ

ปัญหาก็คือ ประชาชนยินดีจ่ายแพงจริงหรือ? ประชาชนมีทางเลือกในการรับบริการยามเกิดอุบัติเหตุหรือวิกฤตการณ์ของโรคหรือไม่? คุณธรรม จริยธรรมในการกำหนดค่าบริการ? ที่ค้ากำไรแบบไม่สมเหตุสมผลอยู่ที่ไหน?

แพทย์คนหนึ่งก็บอกว่า มันอยู่ในกฎหมายและจรรยาบรรณแพทย์ และสถานประกอบการอยู่แล้ว ไม่น่าห่วง

กฎหมายกับการปฏิบัติจริงและประสบการณ์ชีวิตของประชาชนโดยทั่วไป เป็นเรื่องที่แตกต่างกันราวฟ้ากับดิน ทุกวันนี้คนไทยยังต้องจ่ายค่ายาและจ่ายค่าบริการแพงเกินจริง นอกจากต้องเดือดร้อนทั้งตัวเองและญาติพี่น้องในภาวะความเจ็บป่วยทางกายและใจแล้ว ยังต้องสูญเสียมูลค่าทางเศรษฐกิจที่สูงเกินกำลังของครอบครัว

จึงไม่ควรปล่อยให้ระบบบริการสุขภาพเป็นระบบแบ่งปันแบบค้ากำไรเสรีโดยมองผู้ป่วยว่าเป็นลูกค้า แต่ผู้ป่วยคือผู้มารับบริการ ที่ควรได้รับความเห็นอกเห็นใจ ผู้ให้บริการควรมีความเอื้ออาทรด้วยจิตใจบริการทางสาธารณะ มากกว่าเห็นตัวเงินหรือตัวเลขผลกำไรสูงๆ สถานบริการอยู่ได้ผู้ป่วยอยู่ได้ ควรเป็นแนวทางบริการทางสุขภาพที่ประนีประนอมกันในสังคม

ด้วยเหตุนี้ ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ จึงกำหนดไว้เพื่อไม่ให้เกิดการค้ากำไรทางธุรกิจแบบไม่สมเหตุสมผล และอนาคตที่ดีประชาชนไทยไม่ควรต้องพึ่งสถานบริการสุขภาพมากนัก แต่ควรพึ่งตนเองโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นบวกกับกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้มาก มาตรา 71 ก็ไม่จำเป็นต้องวิวาทะกันมาก

ธรรมนูญด้านสุขภาพของคนไทย

นายแพทย์ชาติ ดวงเนตร

หนังสือพิมพ์ผู้จัดการ วันที่ 12 กันยายน 2545

ขณะนี้กำลังมีการร่าง พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ จากการออกระเบียบของสำนักนายกรัฐมนตรีเมื่อ พ.ศ.2543 ให้มีคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ เป็นกลไกดำเนินการระดมความคิดเห็นจากทุกภาคส่วนจัดทำพระราชบัญญัตินี้ให้แล้วเสร็จภายในเวลาไม่เกิน 3 ปี พระราชบัญญัติฉบับนี้ถือว่าเป็น “ธรรมนูญด้านสุขภาพ” โดยประชาชนเพื่อประชาชนคนไทยทุกคน

หากพิจารณาร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้จะเห็นว่าสาระสำคัญโดยทั่วไปนั้นดีมาก มีสิ่งที่ต้องแก้ไขอยู่บ้างเนื่องจากยังอยู่ในระยะยกร่าง แต่มีประเด็นที่น่าเป็นห่วงที่สุดในพระราชบัญญัติฉบับนี้คือการกำหนดนโยบายของระบบบริการสาธารณสุขแห่งชาติว่า “ระบบบริการสาธารณสุขต้องไม่เป็นไปเพื่อการค้ากำไรเชิงธุรกิจ” ซึ่งเขียนไว้สองแห่งคือในมาตรา 31 วรรคสอง และในมาตรา 77

ข้อดีของการกำหนดนโยบายนี้คือการแจ้งเจตนารมณ์ของร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ว่าต้องการปกป้องผลประโยชน์ของประชาชนทั้งประเทศในการรับบริการสาธารณสุข แต่ข้อเสียคือเป็นการตั้งสมมติฐานว่า “สถานพยาบาลแบบหวังผลกำไรนั้นจะหาทางผลักดันให้มีการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์เกินเหตุและไม่เป็นธรรมต่อผู้ใช้บริการ ส่วนสถานพยาบาลแบบไม่หวังผลกำไรจะไม่ทำอย่างนั้น” สมมติฐานนี้ตั้งมาจากทฤษฎีใดผู้เขียนไม่ทราบ แต่เมื่อพิจารณาจากประสบการณ์จริงของประเทศไทยในขณะนี้ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะเห็นว่าพฤติกรรมของโรงพยาบาลเอกชนที่หวังผลกำไรและโรงพยาบาลของรัฐและมูลนิธิที่ไม่หวังผลกำไรทั้งหมดที่ร่วมโครงการนี้มีทั้งดีและไม่ดีละเคล้ากันไป เช่นเดียวกันทั้งสองรูปแบบ ไม่มีความแตกต่างกันแต่อย่างใด

ผู้เขียนขอใช้สิทธิ์ในการ “ระดมความคิดเห็นจากทุกภาคส่วน” ที่จะเสนอให้มีการตีความประโยค “การค้ากำไรเชิงธุรกิจ” นี้ให้ชัดเจน เพราะประโยคนี้นหากจะคงไว้ในพระราชบัญญัติแล้วจะมีความสำคัญต่ออนาคตของระบบบริการสาธารณสุขของชาติอย่างใหญ่หลวง จากประสบการณ์ส่วนตัวของผู้เขียนเอง ซึ่งเคยทำงานในโรงพยาบาลทั้งสองรูปแบบเป็นเวลานาน โรงพยาบาลแบบไม่หวังผลกำไร (Not for profit) นั้น ผลต่างรายได้มากกว่ารายจ่ายจะไม่เรียกว่า “กำไร” โรงพยาบาลจะนำ “ผลต่างรายได้มากกว่ารายจ่าย” ทั้งหมดนี้กลับเข้าไปใช้ในโรงพยาบาลในรูปแบบการขึ้นเงินเดือน ซื้อเครื่องมือแพทย์ การก่อสร้างเพิ่มเติม การขยายสาขา และการเพิ่มบริการ ฯลฯ ส่วนโรงพยาบาลแบบหวังผลกำไร (For profit) นั้น ผลต่างรายได้มากกว่ารายจ่ายจะเรียกว่า “กำไร” โรงพยาบาลจะแบ่ง “กำไร” ส่วนหนึ่งกลับเข้าไปปรับปรุง

องค์กรตามแผนดำเนินการประจำปีของโรงพยาบาล ส่วนที่เหลือก็แบ่งให้กลุ่มเจ้าของโรงพยาบาลในรูป “เงินปันผล” ความแตกต่างอีกอย่างหนึ่งของโรงพยาบาลสองแบบนี้คือการเสียภาษีอากรของโรงพยาบาลแบบไม่หวังผลกำไรนั้น จะน้อยกว่ามาก

ตามหลักการบริหารโรงพยาบาลแบบสากล หัวใจของการบริหารโรงพยาบาลที่ไม่หวังผลกำไรจะไม่ต่างกับโรงพยาบาลที่หวังผลกำไร คือต้องหารายได้ให้มากกว่ารายจ่ายให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ถือว่าเป็นบรรทัดสุดท้ายในการวัดผลประกอบการของโรงพยาบาล ผู้บริหารโรงพยาบาลจึงต้องมีความรับผิดชอบในการที่จะทำให้องค์กรของตนเข้มแข็งและอยู่รอด ภายในกรอบของจริยธรรมและความถูกต้อง หากบริหารโรงพยาบาลเอกชนล้มเหลว ผู้เสียหายโดยตรงจะอยู่ในขอบเขตที่จำกัดคือกลุ่มเจ้าของผู้ก่อตั้งหรือผู้ถือหุ้นเท่านั้น แต่หากบริหารโรงพยาบาลของรัฐล้มเหลว ผู้เสียหายโดยตรงคือกลุ่มเจ้าของ หมายถึงประชาชนคนไทยทุกคน ผู้เสียภาษีอากรเป็นเงินงบประมาณของรัฐก่อตั้งโรงพยาบาลขึ้นมา ความเสียหายที่เกิดขึ้นนั้นกว้างขวางกว่าเป็นทวีคูณ หากมีการกำหนดนโยบายที่ทำให้เกิดความคิดว่า การบริหารโรงพยาบาลแบบไม่หวังผลกำไร ไม่จำเป็นต้องเน้นในการหารายได้ โดยที่ยังมีรายจ่ายอยู่อย่างปกตินั้น จะเป็นการสร้างความไม่รับผิดชอบในหน้าที่ของผู้บริหารโรงพยาบาล และไม่เป็นการยุติธรรมต่อกลุ่มเจ้าของคือประชาชนคนไทยทุกคน

เพราะฉะนั้น เพื่อผลประโยชน์สูงสุดของประชาชนคนไทยผู้ใช้บริการสาธารณสุข จุดที่พระราชบัญญัติฉบับนี้น่าจะเน้น จึงไม่ใช่ประเด็นที่ระบบบริการสาธารณสุขของชาติจะเป็นแบบหวังผลกำไรหรือไม่ แต่น่าจะเน้นที่การควบคุมระบบบริการสาธารณสุข ให้อยู่ภายใต้กรอบของจริยธรรมและความถูกต้อง จะใช้วิธีการอย่างไร จะยากง่ายเพียงไหน พวกเราจะต้องพยายามหาทางทำกันให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้

เมื่อมีการวิจารณ์ประเด็น “ระบบบริการสาธารณสุขต้องไม่เป็นไปเพื่อการค้ากำไรเชิงธุรกิจ” ในร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 31 และ 77 ที่กำลังอยู่ในระยะ “ระดมความคิดเห็นจากทุกภาคส่วน” นี้ ปฏิบัติของท่านผู้อ่านคือผู้เขียนไม่เห็นด้วยกับประเด็นนี้ เนื่องจากผู้เขียนเป็น “ผู้เสียผลประโยชน์” เพราะขณะนี้ผู้เขียนกำลังทำงานอยู่ในโรงพยาบาลเอกชนเพื่อทำกำไร ขอเรียนว่าปฏิบัติของท่านผู้อ่านนั้นถูกต้องแล้ว แต่ขอเพิ่มเติมว่า “ผู้เสียผลประโยชน์” นั้น ขยายกรอบครอบคลุมประชาชนคนไทยทุกคน จากเหตุผลดังต่อไปนี้

1. ถ้าพระราชบัญญัติออกมาตามนี้ ประชาชนคนไทยทุกคนจะเสียผลประโยชน์ในด้าน “ทางเลือก” และ “การเข้าถึง” ระบบสาธารณสุข โดยที่โรงพยาบาลเอกชนกว่า 400 แห่ง ยกเว้นโรงพยาบาลของมูลนิธิและคลินิกส่วนตัวของแพทย์กว่า 13,000 แห่งทั่วประเทศ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลแบบหวังผลกำไรจะต้องผิดกฎหมายและต้องปิดกิจการไปทั้งหมด จะมีผลทำให้ระบบบริการสาธารณสุขด้านเอกชน ซึ่งทุกวันนี้รับใช้ประชาชน โดยการเสริมระบบของรัฐอยู่เป็นจำนวนมากต้องปิดกิจการลง เป็นการขัดเจตนารมณ์ของมาตรา 77 ของร่างพระราชบัญญัติ

สุขภาพแห่งชาติที่กำหนดไว้ว่า ระบบบริการสาธารณสุขของชาตินั้นต้องให้“ทางเลือก” แก่ประชาชน

เมื่อจำนวนโรงพยาบาลเอกชนและคลินิกส่วนตัวแบบหวังผลกำไรต้องเลิกกิจการเป็นจำนวนมากเช่นนี้ จะทำให้เกิดความขาดแคลนในการบริการสาธารณสุขของชาติ ทั้งในลักษณะผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ประชาชนคนไทยทุกคนจะมีความลำบากในการ “เข้าถึง” บริการสาธารณสุขทั้งประเทศเป็นการขัดเจตนาของมาตรา 77 อีกครั้ง ที่กำหนดไว้ว่า ระบบสาธารณสุขของชาตินั้น “ประชาชนต้องเข้าถึงได้ง่าย”

2. ถ้าพระราชบัญญัติออกมาตามนี้ ประชาชนคนไทยทุกคนจะเสียผลประโยชน์เนื่องจากรัฐบาลจะสูญเสียรายได้ โดยที่ส่วนหนึ่งเป็นการเสียรายได้จากภาษีอากร ที่เคยได้รับจากระบบบริการสาธารณสุขเอกชนแบบหวังผลกำไร เช่น ภาษีจากรายได้ของโรงพยาบาลเอกชนที่ต้องเลิกกิจการไป ภาษีจากรายได้ของแพทย์ที่เคยประกอบวิชาชีพเวชกรรมส่วนตัวตามโรงพยาบาลเอกชนที่ต้องเลิกไป ภาษีรายได้จากการประกอบการและดำเนินการของคลินิกทั่วประเทศที่ต้องปิดไป อีกทั้งโรงพยาบาลเอกชนที่ปรับตัวไปเป็นองค์กรแบบไม่หวังผลกำไรก็ จะได้รับการลดหย่อนภาษีอากรตามกฎหมาย

อีกส่วนหนึ่งนั้น รัฐบาลจะสูญเสียรายได้ในด้านการส่งออกบริการสาธารณสุข ซึ่งกำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ขณะนี้โรงพยาบาลเอกชนแบบหวังผลกำไรในประเทศหลายแห่งได้รับการยอมรับมาตรฐานในระดับสากล มีผู้ป่วยต่างชาติทั่วโลกเดินทางเข้ามารับการตรวจรักษาจากโรงพยาบาลเหล่านี้เป็นจำนวนมาก ทำเงินเข้าประเทศเป็นจำนวนหลายพันล้านบาทต่อปี และจำนวนก็เพิ่มขึ้นอยู่อย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว หากโรงพยาบาลเหล่านี้ต้องปิดไปแล้ว รายได้ของชาติส่วนนี้จะหมดไปทันที

3. ถ้าพระราชบัญญัติออกมาตามนี้ ประชาชนคนไทยทุกคนจะเสียผลประโยชน์เนื่องจากปรากฏการณ์ “สมองไหลออก” โดยที่ขณะนี้แพทย์จำนวนมากที่ทำงานในสถานพยาบาลของรัฐแบบไม่หวังผลกำไร ทั้งในรูปการรักษา การสอน หรือการบริหารจัดการ ได้มีโอกาสทำงานนอกเวลาในโรงพยาบาลเอกชน หรือในคลินิกส่วนตัวแบบหวังผลกำไร เป็นการเสริมรายได้จนเจือจรรอบครัว หากโรงพยาบาลเอกชนเหล่านี้ต้องปิดกิจการไป หรือต้องปิดคลินิกส่วนตัวแล้ว รายได้ส่วนนี้จะหมดไป ทำให้แพทย์เหล่านี้ไม่สามารถที่จะทำงานในสถานพยาบาลของรัฐได้อีกต่อไป จะเกิดปรากฏการณ์ “สมองไหลออก” ของแพทย์จากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐไปสู่ระบบอื่นๆ ทุกรูปแบบ ทั้งภายในและนอกประเทศ

หากท่านผู้อ่านมีอายุใกล้เคียงกับผู้เขียน จะสามารถจำภาพการบริการสาธารณสุขของเราเมื่อประมาณ 30 กว่าปีที่แล้วได้ เป็นสมัยที่ไม่มีโรงพยาบาลเอกชน การไปรับบริการในโรงพยาบาลขณะนั้น เป็นเรื่องใหญ่ต้องไปตั้งแต่เช้ามืดเพื่อจองคิวรับบัตรผู้ป่วยนอก จากนั้นก็ต้องรอพบแพทย์ รอตรวจเลือด รอเอกซเรย์ รอฉีดยา รอรับการบำบัดการรบกวน รอยา ฯลฯ กระบวนการ “รอ” สารพัดอย่างนี้ต้องใช้เวลานานจึงต้องติดอยู่ในโรงพยาบาลทั้งวันหรือบางทีมากกว่า หากผู้ป่วยต้องเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลแล้ว ก็ยิ่งลำบากมากขึ้น เพราะต้องรอเตียง

ผู้ป่วยใน จำได้ว่าผู้มี “เส้น” จะได้เปรียบผู้อื่น ส่วนประชาชนธรรมดา เช่น ผู้เขียนเองก็ต้องลำบากร้องเพลง “รอ” กันต่อไป ผู้ป่วยต่างชาติที่เข้ามารักษาตัวในประเทศไทยนั้นก็แทบจะหาไม่ได้เลย ที่ร้ายคือคนไทยเองก็ปลื้กตัวออกไปรักษาตัวในต่างประเทศเป็นจำนวนมาก เรียกได้ว่าเป็น “สมัยระบบบริการสาธารณสุขแบบไม่หวังผลกำไร แต่ขาดแคลนถ้วนหน้า”

จากนั้นประเทศไทยของเราใช้เวลากว่า 30 ปี สร้างระบบบริการสาธารณสุขเอกชนแบบหวังผลกำไรขึ้นมา เพื่อลดความขาดแคลนดังกล่าว มีการควบคุมดูแลโดยกฎหมาย “เฉพาะกิจ” ต่าง ๆ หลายฉบับอย่างเข้มงวดมาโดยตลอด ถึงแม้ว่าระยะแรกจะมีการล้มลุกคลุกคลานกันอยู่บ้าง แต่ก็มีการพัฒนามาตรฐานกันอย่างต่อเนื่อง จนขณะนี้เกือบทั้งระบบสามารถปรับตัวขึ้นมาเท่าเทียมกับระบบสาธารณสุขของรัฐได้แล้ว วันดีคืนดีพวกเราจะตัดระบบนี้ทิ้งไปทั้งระบบแล้ว “ย่อนยุค” ไปสู่ “สมัยบริการสาธารณสุขแบบไม่หวังผลกำไรแต่ขาดแคลนถ้วนหน้า” อีกหรือ เมื่อทิ้งไปแล้วระบบสาธารณสุขที่เหลืออยู่จะสามารถปรับตัวทั้งในด้านปริมาณ บริการ คุณภาพ ความทั่วถึง ให้เข้ากับความคาดหวังของประชาชนคนไทยสมัยใหม่นี้ได้หรือไม่ อย่างไร

โชคดีที่ขณะนี้ยังเป็นระยะ “ระดมความคิดเห็นจากทุกภาคส่วน” ของร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาตินี้อยู่ ขอให้พวกเรา “เหยียบเบรก” แล้วหยุดพิจารณาให้ถี่ถึงผลได้ผลเสีย กรุณาช่วยกันคิดตัดสินใจโดยอาศัย “ผลประโยชน์ของคนทั้งชาติ” เป็นหลัก ข้อความ “ระบบบริการสาธารณสุขต้องไม่เป็นไปเพื่อการค้ากำไรเชิงธุรกิจ” ทั้งสองแห่งในพระราชบัญญัติฉบับนี้คุ้มแล้วหรือสำหรับผลประโยชน์ของคนไทยทั้งประเทศ ในปัจจุบันนี้และในอนาคต ภายใต้สถานการณ์ของการปฏิรูประบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศที่กำลังดำเนินการกันอย่างหนักหน่วงเช่นนี้

อย่างน้อยก็ภายในระยะ 5-10 ปีข้างหน้า (และอาจต้องมีการเปลี่ยนระบบการเก็บภาษี และ/หรือ co-payment ด้วย) โดยไม่คาดการณ์หวังแบบเล็งผลเลิศว่า การปฏิรูประบบสาธารณสุขตามแนวทาง "สร้างนำซ่อม" ที่เป็นธงนำของ พรบ.สุขภาพแห่งชาติ จะทำให้ประชาชน (ซึ่งแต่เดิมมีจำนวนไม่น้อยที่มีอุปสรรคด้านการเงิน แต่ในอนาคตจะสามารถรับบริการได้ฟรีหรือเกือบฟรี) มีสุขภาพดีขึ้น เจ็บป่วยน้อยลง และจะมาใช้บริการที่สถานพยาบาลน้อยลง

7. สรุปความเห็นของผู้เขียนและนัยที่มีต่อ พรบ. สุขภาพแห่งชาติ

1. แนวคิดเรื่อง "กำไร" ที่ใช้กันอยู่ทั่วไป⁴⁵ มีความคลุมเครือในตัวเองค่อนข้างมาก จึงไม่เหมาะที่จะนำมาใช้เป็นมาตรวัดความเหมาะสมหรือไม่เหมาะสมของบริการสาธารณสุข
2. ถ้าจะใช้กำไรตามความหมายในทางเศรษฐศาสตร์ (economic profit หรือ abnormal profit ซึ่งเป็นกำไรที่อยู่เหนือค่าตอบแทนปกติของปัจจัยการผลิตต่างๆ และสะท้อนภาวะการผูกขาดหรืออำนาจเหนือตลาดของธุรกิจ) มาเป็นมาตรวัด ก็จะสอดคล้องกับแนวทางของฝ่ายต่างๆ ที่เสนอให้มีข้อความนี้พอสมควร และน่าจะแก้ปัญหาความห่วงใยของแพทย์ในภาคเอกชนได้พอสมควรเช่นกัน แต่แนวคิดเรื่องใช้กำไรในทางเศรษฐศาสตร์มีความแตกต่างจากความเข้าใจของคนทั่วไปค่อนข้างมาก การใช้ถ้อยคำในลักษณะดังกล่าวจึงอาจก่อให้เกิดความสับสนมากกว่าจะก่อให้เกิดความชัดเจนหรือความเข้าใจร่วมกันโดยทันทีของประชาชนทั่วไปที่มาอ่านตัวบทกฎหมาย จึงน่าจะสอดคล้องกับคุณสมบัติของการใช้ภาษากฎหมายที่ดี (ถึงแม้ว่าในทางปฏิบัติจะสามารถกำหนดนิยามไว้ใน พรบ. ได้ก็ตาม)
3. ผู้ที่สนับสนุนให้มีข้อความ ในมาตรา 71 ซึ่งกำหนดไว้ว่า "การบริการสาธารณสุข .. [จะต้อง] ไม่เป็นไปเพื่อการแสวงกำไรเชิงธุรกิจ" อาจจะแย้งได้ว่า ถึงแม้ว่ากำไรอาจมีความคลุมเครือ แต่ประเด็นที่ต้องการกำหนดไว้ในกฎหมายคือ ต้องการกำหนดวัตถุประสงค์ไว้ให้ว่าบริการสาธารณสุขจะต้องไม่เป็นไปเพื่อ "แสวงหากำไร" ซึ่งเป็นหลักการที่น่าจะมีความดีงาม (merit) อยู่ในตัวเอง จึงควรคงถ้อยความเหล่านี้ไว้ใน พรบ. สุขภาพแห่งชาติ ปัญหาที่ผู้เขียนขอหยิบยกขึ้นมาเสนอก็คือ ถ้าเรายอมรับว่าการวัดกำไรเป็นสิ่งทำได้ยากแล้ว การวัดวัตถุประสงค์ (หรือวัดความตั้งใจหรือ "เจตน์จำนง" ที่จะทำตามวัตถุประสงค์

⁴⁵ ถึงแม้ว่า พรบ. นี้จะใช้คำว่า "กำไรเชิงธุรกิจ" แต่โดยเนื้อหาแล้ว คงไม่ได้ต่างอะไรจากคำว่า "กำไร" (ที่ไม่มีอะไรต่อท้าย) ซึ่งปกติแล้วเป็นที่เข้าใจของคนทั่วไปว่ามาจากการทำธุรกิจ (ถึงแม้ว่า ในระยะหลังเราจะเห็นบุคลากรในวงการสาธารณสุขบางท่านคิดค้นศัพท์ใหม่ๆ เช่น "กำไรเชิงสุขภาพ" ซึ่งอาจจะคล้ายคลึงกับ "กำไรชีวิต" หรือกำไรประเภทอื่นๆ แต่ศัพท์เฉพาะเหล่านี้มักจะใช้กันในวงการแคบๆ มากกว่าที่จะเป็นที่รู้จักกันทั่วไปในวงสาธารณะ ในทำนองเดียวกันกับคำว่า "สุขภาพะ" ซึ่งบางท่านสนับสนุนให้นำมาใช้แทนคำว่า "สุขภาพ")

นั้น) ก็จะต้องยากไปกว่าการวัดตัวกำไรเสียอีก ซึ่งจะทำให้ในทางปฏิบัตินั้น ผลที่ได้จากการคงถ้อยคำในลักษณะนี้ไว้ในกฎหมายจะลดเหลือเพียงมีผลทำให้สถานพยาบาลในภาคเอกชนต่างๆ (รวมไปถึงโรงพยาบาลในตลาดหลักทรัพย์ด้วย) ออกมาประกาศได้ทันทีว่าไม่ได้มีวัตถุประสงค์ที่จะหากำไร ถ้อยคำที่สวดยหรู⁴⁶ (เช่น การจ่ายค่าตอบแทน "ที่เป็นธรรม" "ที่สมเหตุสมผล" "ที่จูงใจนักลงทุน" หรือที่ "สามารถรักษาทรัพยากรบุคคลที่มีค่าขององค์กร") จะผุดขึ้นมาแทนคำว่า "กำไร" อย่างรวดเร็ว และในที่สุดแล้วถ้อยคำในวรรคนี้ก็จะกลายสภาพมาเป็นคำขวัญ (slogan) ที่ฟังดูดีแต่ไม่มีผลในทางปฏิบัติมากนัก

4. การศึกษาจากประเทศทุนนิยมบางประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา พบว่าเมื่อตลาดมีการแข่งขันกันมากขึ้น พฤติกรรมของโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรมักจะไม่ค่อยแตกต่างจากโรงพยาบาลที่แสวงหากำไรมากนัก แต่ในประเทศไทย ยังไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมของโรงพยาบาลสองกลุ่มนี้มากนัก และผู้ที่มีประสบการณ์ในสถานพยาบาลเหล่านี้หลายท่านก็ยังเชื่อว่า ในปัจจุบันนี้ โรงพยาบาลของมูลนิธิและองค์กรการกุศลที่ไม่แสวงหากำไรยังมีโอกาสที่จะดำเนินการด้านบริการสาธารณสุขในลักษณะที่พึงปรารถนามากกว่าโรงพยาบาลที่มุ่งแสวงหากำไร (เนื่องจากผู้บริหารโรงพยาบาลกลุ่มแรกไม่ประสบปัญหาแรงกดดันให้ทำกำไรจากเจ้าของ ผู้ถือหุ้น หรือคณะกรรมการบริหาร)⁴⁷ แต่ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลที่ไม่แสวงหากำไรอาจจะเป็นรูปแบบบริการสาธารณสุขที่พึงปรารถนามากกว่าจริง และมีความเป็นไปได้ที่รัฐอาจเพิ่มแรงจูงใจด้านภาษีเพื่อสนับสนุนให้เกิดโรงพยาบาลเหล่านี้มากขึ้นได้ แต่ในประวัติศาสตร์การพัฒนาของโรงพยาบาลในประเทศไทย ในระยะสี่สิบปีที่ผ่านมา นั้น โรงพยาบาลกลุ่มนี้เกิดและพัฒนาขึ้นมาได้ไม่มากนัก ซึ่งส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะได้รับความสนับสนุน (ในด้านการบริจาค) จากประชาชนคนไทยไม่มากนัก⁴⁸ ดังนั้น โอกาสที่จะเห็นโรงพยาบาลกลุ่มนี้ขยายตัวขึ้นมามีบทบาทสำคัญในระบบบริการสาธารณสุขของไทยอาจไม่ใช่เรื่องที่จะเกิดขึ้นได้ง่ายนัก และเป็นที่น่าสังเกตว่า ในบางประเทศที่สามารถตรากฎหมายทำนองนี้ขึ้นมาใช้นั้น จะมีองค์กรด้านศาสนาที่แข็งแกร่งมากกว่าในประเทศไทย จึงน่าจะเป็นไปได้มากกว่า ถ้ามีการสร้างระบบขึ้นมาทำให้มีการบังคับใช้มาตรานี้อย่างมีประสิทธิภาพแล้ว สถานพยาบาลที่จะเติบโตขึ้นมาแทน

⁴⁶ หรือ "Doublespeak" ในแบบที่ George Orwell (1948) ให้ภาพเอาไว้ในนิยายเรื่อง 1984

⁴⁷ จากการสนทนากับ ศ.เกษม วัฒนชัย

⁴⁸ การที่ประเทศไทยมีระบบภาษีเงินที่ไม่ค่อยก้าวหน้า และการขาดระบบการเก็บภาษีที่รัดกุมพอ (ยกเว้นภาษีเงินได้) อาจมีส่วนทำให้ประชาชนมีแรงจูงใจในการบริจาคไม่มากเท่ากับในบางประเทศ แต่โอกาสที่จะมีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องระบบภาษีอย่างขนานใหญ่ในอนาคตอันใกล้ก็คงจะมีไม่มากนัก

คือที่โรงพยาบาลกลุ่มที่แสวงหากำไรคือสถานพยาบาลของรัฐเอง ซึ่งถึงแม้ว่าที่ผ่านมาจะเป็นที่พึ่งของประชาชนจำนวนมาก แต่ก็เป็นสถานพยาบาลที่ยังประสบปัญหาที่สำคัญในหลายด้านเช่นกัน

5. การที่จะปรับแก้ข้อความในมาตรา 71 ของร่าง พรบ. สุขภาพแห่งชาติ ซึ่งกำหนดว่า "การสาธารณสุขจะต้องไม่เป็นไปเพื่อแสวงหากำไรเชิงธุรกิจ" โดยเพิ่มเติมข้อความให้เป็น "จะต้องไม่เป็นไปเพื่อแสวงหากำไรเชิงธุรกิจที่ไม่สมเหตุผล" ซึ่งเป็นแนวทางที่เสนอโดยแพทยสถานนั้น เป็นวิธีการประนีประนอมที่อาจทำให้ร่าง พรบ. นี้เป็นที่ยอมรับของทุกฝ่ายได้ และอาจจะเป็นทางออกที่ง่ายที่สุดในกรณีนี้ แต่วิธีนี้อาจเป็นการเพิ่มความคลุมเครือของข้อความในวรรคนี้ขึ้นไปอีกไปถึงจุดที่ถ้อยคำที่เขียนไว้อาจไม่มีความหมายในทางปฏิบัติ นอกจากจะต้องมีการกำหนดนิยามในเรื่องนี้เอาไว้ใน พรบ. นี้ด้วยว่า "การแสวงหากำไรเชิงธุรกิจที่ไม่สมเหตุผล" คืออะไรและครอบคลุมอะไรเอาไว้บ้าง⁴⁹ (และอาจต้องกำหนดด้วยว่าจะให้ใครหรือองค์กรใดจะเป็นผู้ตัดสินว่าอะไรเป็นสิ่งที่สมเหตุผลหรือไม่) ซึ่งประเด็นเหล่านี้ก็น่าจะนำไปสู่การถกเถียงกันอีกหลายรอบในหลายเวที (ถึงแม้ว่าความร้อนแรงอาจจะไม่มากเท่ากับประเด็นที่ถกเถียงกันในขณะนี้ก็ตาม)
6. ข้อเสนอที่บางฝ่ายเสนอว่าไม่ควรอนุญาตให้มีการหากำไรจากบริการทางการแพทย์ แต่ควรอนุญาตให้สถานพยาบาลหากำไรจากบริการที่อำนวยความสะดวกสบายต่างๆ ได้นั้น อาจเป็นทางออกหนึ่งที่เป็นที่ยอมรับสำหรับฝ่ายต่างๆ ได้ไม่ยากนัก แต่นัยของข้อเสนอนี้ก็คือ ไม่อนุญาตให้ผู้ประกอบวิชาชีพหากำไร ขณะที่ยินยอมให้ผู้รับอนุญาตสถานพยาบาลหากำไรได้ ซึ่งถ้าจะมีข้อกำหนดในลักษณะนี้ รายได้ส่วนที่เป็นค่าจ้างหรือเงินเดือนของผู้ประกอบวิชาชีพจะต้องสูงพอในระดับที่ผู้ประกอบวิชาชีพโดยส่วนใหญ่ (ซึ่งมักมาจากกลุ่ม "หัวกะทิ" ของสังคมที่ผ่านการแข่งขันในกระบวนการศึกษา) มีรายได้จากการประกอบวิชาชีพในระดับที่อยู่ได้ในสังคมโดยไม่ลำบาก ไม่เช่นนั้นแล้ว ก็จะเกิดแรงจูงใจที่ทำให้ผู้ประกอบวิชาชีพพยายามหันเหบทบาทไปเป็นผู้รับอนุญาตเปิดสถานพยาบาล⁵⁰ ในที่สุดและถ้าจะว่ากันไปแล้ว ในปัจจุบัน ผู้ประกอบวิชาชีพเองก็มีแรงจูงใจดังกล่าวอยู่แล้ว

⁴⁹ ข้อเสนอประการหนึ่งจากที่ประชุมคือ ไม่ควรอนุญาตให้มีการหากำไรจากบริการทางการแพทย์ แต่ควรอนุญาตให้สถานพยาบาลหากำไรจากบริการที่อำนวยความสะดวกสบายต่างๆ ได้ ข้อเสนออื่นๆ ได้แก่ ห้ามสถานพยาบาลให้บริการบางชนิดที่ไม่มีคามจำเป็นในการรักษา และบ่งบอกถึงมีวัตถุประสงค์ในด้านการหากำไรที่ชัดเจน

⁵⁰ และอาจรวมไปถึงคลินิกด้วย เพราะที่ผ่านมานั้น แพทย์จำนวนไม่น้อยให้เหตุผลว่าคนไข้จำนวนมากไปที่คลินิกเนื่องจากสะดวกสบายกว่าการไปโรงพยาบาล

7. ถ้าเป้าหมายใหญ่ของการมี พรบ. สุขภาพแห่งชาติ (และกฎหมายที่เกี่ยวข้องต่างๆ รวมทั้ง พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พรบ.ยา ฯลฯ) ก็คือเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพและปลอดภัยอย่างเป็นธรรมแล้ว สิ่งที่น่าจะสำคัญกว่าการกำหนดตัวบทกฎหมายในเชิงอุดมการณ์ก็คือการกำหนดกฎหมายและกฎกติกาที่เกี่ยวข้องกับการกำกับทิศทางของระบบบริการสุขภาพ ระบบการซื้อบริการ (ซึ่งรวมไปถึงการสร้างและจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) กลไกการจ่ายเงิน และการควบคุมกำกับสถานพยาบาลและผู้ให้บริการที่เหมาะสม อย่างเป็นรูปธรรม⁵¹ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะมีผลจริงในทางปฏิบัติและส่งผลกระทบต่อประชาชนอย่างแท้จริง และน่าจะเป็นสิ่งที่คุ้มค่ากับการลงแรงมากกว่าการต่อสู้เพื่อคงหรือตัดถ้อยคำในเชิงอุดมการณ์ใน พรบ. ฉบับนี้
8. การพิจารณาประเด็นเรื่องกำไรของระบบบริการสาธารณสุขมีความเกี่ยวข้องกับประเด็นเรื่องรายได้ของผู้ประกอบวิชาชีพ แต่การที่แพทย์เป็นวิชาชีพที่มีรายได้สูงกว่าวิชาชีพอื่นมากนั้นมีสาเหตุหลายประการ ประการแรก วิชาชีพแพทย์มีความสำคัญต่อชีวิตของผู้คน สังคมจึงยอมให้ค่าตอบแทนสูงกว่าอาชีพหรือวิชาชีพทั่วไป ประการที่สอง กระบวนการกำหนดราคาบริการทางการแพทย์มีความแตกต่างจากสินค้าและบริการอื่นๆ ทำให้ไม่ค่อยเกิดการแข่งขันด้านราคา⁵² และในบางกรณีผู้ให้บริการอาจชักนำให้เกิดบริการบางด้านที่เอื้อประโยชน์ด้านการเงินกับผู้ให้บริการได้ และประการที่สาม ความขาดแคลนแพทย์ ซึ่งนอกจากจะเกิดจากขีดความสามารถในการผลิตแพทย์แล้วยังเกี่ยวข้องกับนโยบายการควบคุมคุณภาพและการออกไปประกอบโรคศิลป์ด้วย ปัญหาความขาดแคลน (และปัญหาการกระจุกตัวของแพทย์) เป็นปัญหาที่ควรเร่งแก้ไขมากกว่าที่เป็นอยู่ (แทนที่จะซ้ำเติมปัญหาเหล่านี้ โดยใช้ภาษีอากรของประชาชนมาสนับสนุนชักนำให้ชาวต่างชาติมาใช้บริการในประเทศไทย) แต่การที่แพทย์มีรายได้ที่สูงไม่ได้เป็นปัญหาในตัวเอง ถ้ารัฐมีกฎหมายมีกลไกที่สามารถกำกับดูแลไม่ให้ผู้ประกอบวิชาชีพสามารถใช้ความเหนือกว่าในด้านความรู้และข้อมูลมาชักนำให้เกิดบริการที่ไม่เหมาะสม
9. รัฐบาลอยู่ในฐานะที่จะชักนำให้ระบบบริการสุขภาพของประเทศเดินไปในทิศทางที่พึงปรารถนาได้ แต่ไม่ใช่ด้วยการกำหนด "ทิศทาง" หรือ "เป้าหมาย" ของระบบสุขภาพที่แยกออกจากระบบสังคมและเศรษฐกิจด้านอื่นๆ ของประเทศ หรือเรียกร้องให้บุคลากรในระบบบริการสุขภาพมีจริยธรรมพื้นฐานที่สูงส่งกว่าประชาชนทั่วไป แต่รัฐสามารถชักนำ

⁵¹ รวมทั้งหลายประเด็นที่ยังเป็นเรื่องที่ยังมีการถกเถียงกัน เช่น การกำหนดให้มีการศึกษาต่อเนื่องของบุคลากร (เช่น CME และ CPE สำหรับแพทย์และเภสัชกร) ร่าง พรบ.ยา และ พรบ. อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

⁵² และมาตรการควบคุมด้านจริยธรรม (รวมทั้งการห้ามโฆษณา) ก็อาจมีส่วนในการจำกัดการแข่งขันด้านราคาด้วยเช่นกัน

หรือกำกับทิศทางของบริการด้านสาธารณสุขโดยเข้ามามีส่วนในการจัดให้มีระบบบริการของรัฐ โดยการเข้ามำกำหนดกฎกติกาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริการด้านสาธารณสุข และโดยการเข้ามำทำหน้าที่เป็นผู้รับประกันสุขภาพของประชาชน ซึ่งการที่รัฐเข้ามาสวมบทบาทเป็นผู้ซื้อบริการรายใหญ่ย่อมทำให้รัฐอยู่ในฐานะที่จะกำหนดกฎกติกาในการซื้อบริการที่มีส่วนกำหนดทิศทางของระบบบริการสุขภาพของประเทศได้

10. ในบรรดามาตรการต่างๆ ของรัฐบาลนั้น การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นมาตรการที่มีโอกาสมากที่สุดที่จะมีผลในการปรับทิศทางของระบบบริการสาธารณสุขไปในทิศทางที่พึงปรารถนาสำหรับทุกฝ่ายในสังคม เพราะถ้ารัฐสามารถจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีคุณภาพในระดับที่ประชาชนมากกว่าร้อยละ 90 พอใจที่จะเข้าไปรับบริการ และมีกลไกการซื้อบริการของรัฐที่สามารถจัดสรรเงินให้กับผู้ให้บริการอย่างสมเหตุสมผลแล้ว รัฐก็จะสามารถกำกับทิศทางของระบบบริการสุขภาพในภาพรวมของประเทศได้ แต่ทั้งนี้รัฐจะต้องจัดสรรบให้เพียงพอสำหรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการและจ่ายค่าตอบแทนบุคลากรทั้งในภาครัฐและเอกชนที่เข้าร่วมโครงการอย่างสมเหตุสมผล เพราะไม่เช่นนั้นแล้วก็จะไม่สามารถรักษานักวิชาการและคุณภาพของระบบบริการสุขภาพที่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเอาไว้ได้

8. บรรณานุกรม

- ชาติรี ดวงเนตร. 2545. "ธรรมนูญสุขภาพของคนไทย" ผู้จัดการ 9-11 กันยายน.
- วัชรวิทย์ รวีไพบูลย์. 2546. "การบริการสาธารณสุขกับการค้ากำไรเชิงธุรกิจ ประเด็นเพื่อการทำ ความเข้าใจ" เอกสารประกอบการประชุมเรื่อง "บริการสาธารณสุขกับการค้ากำไร" ที่สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) 10 เมษายน 2546.
- อัญชนา ณ ระนอง และ วิโรจน์ ณ ระนอง. 2545. การปฏิรูประบบการคลัง โครงการสวัสดิการ ประชาชนด้านรักษาพยาบาล (สปร.). (ฉบับแก้ไขปรับปรุง). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ วิฑูรย์การปก.
- Blair, Eric (George Orwell). 1948. 1984.
- Culyer, A.J. and J.P.Newhouse (eds.). 2000. *Handbook of Health Economics Vol. 1A and 1B*. Amsterdam: Elvise.
- Eatwell, J., M. Milgate, and P. Newman (eds.). 1987. *The New Palgrave: A Dictionary of Economics*. (4 volumes). Macmillan Press.
- Feldstein, Paul J. 1999. *Health Economics*. Albany: Delmar Publisher.

Murray, Ben. 2003. "The Next 10 Highest Paying Jobs in the US" *MSN Career* April 15,
<http://editorial.careers.msn.com/articles/highestpay/>

Newhouse, Joseph P. 1970. "Toward a Theory of Nonprofit Institutions: An Economic
 Model of a Hospital," *American Economic Review*, Vol. 60, No. 64.

Sloan, Frank A., 2000. "Not-For-Profit Ownership and Hospital Behavior," in Culyer, A.J.
 and J.P.Newhouse (eds.). 2000.

Stiglitz, Joseph E. 1994. *White(r) Socialism?* Wicksell Lectures. Cambridge and London:
 MIT Press.

_____. 1989. "On the Economic Role of the State," in A. Heertje (ed.) *The
 Economic Role of the State*. Oxford: Basil Blackwell.

ปัญหาอีกประการหนึ่งของข้อเสนอนี้ก็คือ ในความเป็นจริงนั้น วัตถุประสงค์หลักของการ "ซื้อ" บริการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลเอกชนนั้น เป็นการซื้อบริการรักษาพยาบาลโดยมีความสะดวกสบายเป็นองค์ประกอบ สถานพยาบาลจึงไม่สามารถเก็บค่าห้อง (ซึ่งเป็นค่าบริการที่มีความโปร่งใส) ในราคาที่สูงมาก ได้เหมือนค่าแพทย์หรือค่ายา ที่ผ่านมาโรงพยาบาลเอกชนจำนวนหนึ่งจึงใช้วิธีไปเก็บค่ายา (ซึ่งเป็นค่าบริการที่มีความโปร่งใสน้อยกว่า) ในราคาที่สูงแทน และโรงพยาบาลเอกชนจำนวนหนึ่งใช้วิธีไปเก็บส่วนแบ่งจากค่าแพทย์ (doctor fee) ที่ระบุในบิลของคนไข้ (และคนไข้เข้าใจว่าแพทย์ได้รับไปทั้งหมด) มาเข้า รพ. เสียด้วยซ้ำไป

จริงหรือไม่ที่โครงการ "30 บาทรักษาทุกโรค"
เป็นโครงการหาเสียง คำตอบคือจริงอย่างไม่มีทางปฏิเสธได้

จริงหรือไม่ที่โครงการนี้มุ่งความสำเร็จในการหาเสียงเป็นสำคัญ ฉะนั้นเมื่อนำมาใช้จึงขาดการศึกษารายละเอียด แม้แต่ส่วนที่ได้เคยมีการศึกษาและทดลองปฏิบัติมาแล้ว ก็ไม่ถูกนำมาสานต่อ ก็ต้องยอมรับว่าจริงอีกนั่นแหละ

จริงหรือไม่ที่เมื่อนำมาปฏิบัติแล้ว โครงการนี้มีปัญหาทางปฏิบัติมาก เกิดความวุ่นวายในระดับหนึ่ง ทั้งแก่ฝ่ายคนไข้ บุคลากรทางการแพทย์ และผู้บริหารโรงพยาบาลและการสาธารณสุข ที่ต้องยอมรับว่าจริง

จริงหรือไม่ที่ผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข(ทั้งข้าราชการและนักการเมือง) แก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นไม่ถูกจุด จนทำให้มีปัญหาลงถึงปฏิบัติกับโครงการนี้มากขึ้น ดูเหมือนเรื่องนี้ก็จริงอีกเหมือนกัน

แต่ในขณะเดียวกัน เราก็ปฏิเสธไม่ได้ด้วยว่า

ก) ถ้ายอมรับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าว่าเป็นหลักที่มีจุดประโยชน์แก่สังคมไทย



สุขภาพที่อยู่เหนือตลาด

โครงการ "30 บาท" หรือโครงการใดๆ ก็ตามที่มีประกันแก่ทุกคนในสังคมว่า เราจะสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขระดับพื้นฐาน ไม่จำเป็นต้องจ่ายเงิน ย่อมเป็นส่วนหนึ่งที่ขาดไม่ได้ แต่จะปรับจะแก้อย่างไรให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เมื่อต้องระบบสุขภาพของผู้คนมากขึ้น และเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ตามศักยภาพของสังคมเราเองนั้น เป็นอีกเรื่องหนึ่ง ซึ่งควรช่วยกันผลักดัน, วิพากษ์วิจารณ์เพื่อแก้ไขปรับปรุง

ข) มีคนที่ได้ประโยชน์จากโครงการ "30 บาท" เป็นจำนวนมาก แม้วันเวลาควรได้รับประโยชน์มากกว่านี้ และตกถึงคนจำนวนมากกว่านี้ อันอาจช่วยกันแก้ไขปรับปรุงโครงการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

เข้าใจได้ไม่ยากว่าความ "เลอะเทอะ" ของการดำเนินโครงการบางด้าน ก่อให้เกิดความยุ่งยากนานัปการแก่ผู้ปฏิบัติงาน แต่จำเป็นต้องแยกกันระหว่างหลักการประกันสุขภาพถ้วนหน้า กับตัวโครงการ "30 บาท" ให้ชัด เพราะถ้าเผลอตีฆ้องไปหมดระหว่างโครงการกับหลักการ เราก็อาจทำลายหลักการที่ดีที่สังคมไทยควรมีไปอย่างน่าเสียดาย

ทั้งนี้ เพราะหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นไม่อาจเป็นจริงได้ ถ้ายังคิดถึงสุขภาพอย่างแคบๆ แต่เพียงการบำบัดความเจ็บไข้ได้ป่วยจากโรค แต่ต้องมองสุขภาพในมุมกว้าง (กาย, ใจ, สังคม และจิตวิญญาณ) และมองการบริหารจัดการด้านสุขภาพที่สามารถดึงเอาความร่วมมือร่วมใจของสังคมทั้งสังคมมาร่วมมือกัน

ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติซึ่งอยู่ในการพิจารณาของสภาเวลานี้ กำหนดให้การเข้าถึงบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานจากรัฐอย่างเท่าเทียมกันเป็นสิทธิของพลเมือง (สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญ ม.30 และ ม.52) เท่ากับผนวกเอาโครงการ "30 บาท" เข้าไว้ในสุขภาพแห่งชาติด้วย แต่อย่าตัดที่รายละเอียดของโครงการ "30 บาท" ซึ่งยังไม่ผ่านพอใจอยู่ในเวลานี้ จะปรับแก้อย่างไรก็ตาม การเปิดโอกาสให้ทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขพื้นฐานเป็นหลักประกันอันหนึ่งที่ขาดไม่ได้

และหลักประกันบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน หรือโครงการ "30 บาท" (หรือโครงการอื่นที่นอกเหนือไป) เป็นเพียงส่วนเดียวของระบบสุขภาพซึ่งครอบคลุมประเด็นสำคัญอื่นๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพ และการบริหารจัดการด้านสุขภาพอีกมากมาย

เมื่อการเข้าถึงบริการเป็นสิทธิ ก็หมายความว่าพลเมืองจะใช้ก็ได้ไม่ใช้ก็ได้ แปลว่าผู้ที่เข้าถึงได้ของตนเองโดยไม่ต้องพึ่งรัฐก็ย่อมสามารถแสวงหาบริการสาธารณสุขพื้นฐานจากเอกชนได้

เรื่องนี้เกี่ยวข้องกับอนาคตของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน

ควรเข้าใจเสียก่อนว่า ความเจ็บไข้ได้ป่วยไม่ใช่สินค้าที่จะเอามาค้ากำไรกันอย่างไม่มีขีดจำกัด เพราะนี่เป็นเรื่องสิทธิในชีวิตและสวัสดิภาพอันเป็นพื้นฐานของสิทธิทั้งหมด สิ่งที รพ.เอกชนนำมาขายเป็นสินค้าจึงไม่ใช่สุขภาพ แต่เป็นความสะดวกสบายและบริการนอกเหนือการดูแลสุขภาพ สินค้าส่วนนี้ ผู้เจ็บป่วยที่มีฐานะเศรษฐกิจดีพอจะ เข้าถึงได้ด้วยการหรือไม่? คำตอบคือมีความต้องการในตลาดอยู่ระดับหนึ่งอย่างแน่นอน และสามารถผลิตขายได้ตลอดไป

[34]

กันแน่ ไม่ยอมรับให้สภาพเป็นสินค้าที่มีค่า
วาทกิจ, ร.พ.เอกชนจะอยู่ไม่ได้ ร.พ.เอกชนยัง
ถูกกล่าวเสมอ

เพียงแต่ว่าคนจนที่หกลดเลือดหัวใจตบจะไม่ล้ม
ตายหรือพิการ เพียงเพราะไม่มีเงินไปรับการผ่าตัด
เพื่อช่วยให้มีชีวิตอยู่ต่อไปอย่างมีคุณภาพ เราจะมี
หลักประกันสุขภาพเพียงเท่านี้ให้ ในขณะที่คนรวย
อาจเลือกรับบริการแบบซื้อ-ขายกับ ร.พ.เอกชน
เพราะนอกจากจะได้รับการผ่าตัดแล้ว ก็ยังได้รับ
ความสะดวกสบาย(หรือหรูหรา, หรือมีคนเอาใจ
เหมือนเดิมหรือเหตุผลใดก็ตาม) ตามความ
ปรารถนาของตัวเอง

ประเด็นที่ต้องการชี้ในที่นี้ก็คือ บริการผ่าตัด
ช่วยชีวิตผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจตีบไม่ใช่สินค้า
เพราะมีแจกฟรีอยู่แล้ว

และเพราะมีแจกฟรีอยู่แล้วเอง ร.พ.เอกชนก็จะ
ถูกบังคับให้เสนอบริการที่เหนือกว่าบริการฟรีด้วย
ประการต่างๆ ในขณะเดียวกัน กลไกทางเศรษฐกิจ
ก็จะดึงราคาสินค้าของ ร.พ.เอกชนให้ลงมาอยู่ใน
ระดับที่สมเหตุสมผลมากขึ้นไปพร้อมกัน

สรุปก็คือ ร.พ.เอกชนอยู่ได้แน่ แต่อยู่ได้อย่างสม
เหตุสมผลมากขึ้น ซึ่งนับว่ามีคุณประโยชน์ต่อ
เศรษฐกิจและชีวิตของคนทั่วไปด้วย เพราะเราไม่
สามารถดำรงสังคมของเราได้อย่างมีคุณภาพได้
ถ้ามหาที่เรายังสงวนสิทธิการเจ็บป่วยไว้กับคน
รวยเพียงไม่กี่คนอย่างที่เป็นอย่างในปัจจุบัน(คนจนมี
สิทธิมีอยู่)

เพื่อจะบรรลุเป้าหมายนี้ให้ได้ จำเป็นที่จะต้อง
ตราให้การเข้าถึงบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานเป็น
สิทธิ ไม่ใช่เป็นสวัสดิการที่รัฐเลือกจะมอบให้แก่คน
จนเท่านั้นจริงอยู่เวลานี้มีคนชั้นกลางซึ่งยอมไป
ร.พ.เอกชนหรือหันไปใช้บริการในโครงการ "30
บาท" อยู่ไม่น้อย แต่ควรเข้าใจด้วยว่าส่วนใหญ่ของ
คนชั้นกลางไทยไม่ได้มีฐานะเศรษฐกิจที่ดีนัก ความ
เจ็บไข้ได้ป่วยมักหมายถึงความหายนะทางเศรษฐกิจ
ของครอบครัวมากกว่าน้อยบ้างอยู่เสมอ

คนที่ไปใช้บริการราคาถูกจากรัฐ อาจเป็น
คนจนที่แท้จริงหรือไม่เป็นที่ว่างใจหรือคุณภาพต่ำ
ขอบที่เรารู้สึกเสียพยายามทำให้บริการนั้นน่าไว้วาง
ใจและมีคุณภาพได้มาตรฐาน

ไม่ควรมองง่ายว่า แต่ว่าคนรวยไปแย่งบริการคน
จน แต่ละคน แต่ละครอบครัวมีเหตุผลที่เราไม่รู้ว่า
จะเลือกรับบริการในราคาถูก หรือเลือกซื้อบริการ
ในราคาแพงกว่ารู้เหตุผลของเขาก็อาจไม่เห็น
ว่าเป็นการ "แย่ง" บริการของคนจนก็ได้

ส่วนวิธีการหรือเทคนิควิธีที่จะทำให้มั่นใจได้ว่า
คนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการพื้นฐานได้อย่างเท่า
เทียมกันจะฟังทำอย่างไร เป็นรายละเอียดที่น่าจะ
ช่วยกันคิด แม้แต่การตั้งอัตรา "ร่วมจ่าย" ของคนใช้
ในระดับที่ไม่กีดกันคนจนออกไปจากบริการก็อาจ
เป็นไปได้ อย่างไรก็ตาม เทคนิควิธีก็เป็นแค่เทคนิค
วิธี ไม่ใช่หลักการของสุขภาพ เพื่อทุกคนและทุกคน
เพื่อสุขภาพ หรือหลักการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขของร่าง
พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

การปฏิรูประบบสุขภาพของไทยกำลังก้าวมาถึง
จุดเปลี่ยนที่สำคัญอย่างยิ่ง เราจะต้องเถียงกันในเรื่อง
นี้อีกหลายประเด็น และที่จริงแล้วผู้ผลักดันร่าง
พ.ร.บ.นี้ก็ต้องการให้ประชาชนทุกส่วนเข้าไปร่วมถก
เถียงตัดสินใจ พ.ร.บ.นี้อย่างดีด้วยและรอบคอบ

อะไรๆ ก็แก้ไขปรับเปลี่ยนได้ทั้งนั้น แม้แต่ตัวหลัก
การใหญ่ก็ล้มเลิกเปลี่ยนแปลงได้ แต่อย่าสับสนกันระ
หว่างประเด็นปลีกย่อยกับตัวหลักการใหญ่ที่จะทำให้คน
ไทยทุกคนมีส่วนร่วมรับผิดชอบสุขภาพของทุกคนร่วมกัน

สุขภาพที่อยู่เหนือตลาด

นิธิ เอียวศรีวงศ์

หนังสือพิมพ์มติชน วันที่ 29 กรกฎาคม 2545

จริงหรือไม่ที่โครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” เป็นโครงการหาเสียง คำตอบคือจริงอย่างไม่มีทางปฏิเสธได้

จริงหรือไม่ที่โครงการนี้มุ่งความสำเร็จในการหาเสียงเป็นสำคัญ ฉะนั้นเมื่อนำมาใช้จึงขาดการศึกษารายละเอียด แม้แต่ส่วนที่ได้เคยมีการศึกษาและทดลองปฏิบัติมาแล้ว ก็ไม่ถูกนำมาสานต่อ ก็ต้องยอมรับว่าจริงอีกนั่นแหละ

จริงหรือไม่ที่เมื่อนำมาปฏิบัติแล้ว โครงการนี้มีปัญหาทางปฏิบัติมาก เกิดความวุ่นวายในระดับหนึ่งทั้งแก่ฝ่ายคนไข้, บุคลากรทางการแพทย์, และผู้บริหารโรงพยาบาลและการสาธารณสุข ก็ต้องยอมรับอีกว่าจริง

จริงหรือไม่ที่ผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข (ทั้งข้าราชการและนักการเมือง) แก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นไม่ถูกจุด จนทำให้มีปัญหาเชิงปฏิบัติกับโครงการนี้มากขึ้น ดูเหมือนเรื่องนี้ก็จริงอีกเหมือนกัน

แต่ในขณะเดียวกัน เราก็ปฏิเสธไม่ได้ด้วยว่า

ก) ถ้ายอมรับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าว่าเป็นหลักที่มีคุณประโยชน์แก่สังคมไทย

โครงการ “30 บาท” หรือโครงการใดๆ ก็ตามที่ใช้หลักประกันแก่ทุกคนในสังคมว่า เขาจะสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขระดับพื้นฐาน ไม่ว่าจะรวยหรือจน ย่อมเป็นส่วนหนึ่งที่ขาดไม่ได้ แต่จะปรับจะแก้อย่างไรให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น, เอื้อต่อระบบสุขภาพของผู้คนมากขึ้น, และเป็นไปได้ในทางปฏิบัติตามศักยภาพของสังคมเราเองนั้นเป็นอีกเรื่องหนึ่ง ซึ่งควรช่วยกันผลักดัน, วิพากษ์วิจารณ์เพื่อแก้ไขปรับปรุง

ข) มีคนที่ได้ประโยชน์จากโครงการ “30 บาท” เป็นจำนวนมาก แม้ว่าเขาควรได้รับประโยชน์มากกว่านี้ และตกถึงคนจำนวนมากกว่านี้ ถ้าเราช่วยกันแก้ไขปรับปรุงโครงการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

เข้าใจได้ไม่ยากว่าความ “เลอะเทอะ” ของการดำเนินโครงการบางด้าน ก่อให้เกิดความยุ่งยากนานัปการแก่ผู้ปฏิบัติงาน แต่จำเป็นต้องแยกกันระหว่างหลักการประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับตัวโครงการ “30 บาท” ให้ชัด เพราะถ้าโจมตีมั่วไปหมดระหว่างโครงการกับหลักการ เราก็อาจทำลายหลักการดีๆ ที่สังคมไทยควรมีไปอย่างน่าเสียดาย

ทั้งนี้ เพราะหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นไม่อาจเป็นจริงได้ ถ้ายังคิดถึงสุขภาพอย่างแคบๆ แต่เพียงการบำบัดความเจ็บไข้ได้ป่วยจากโรค แต่ต้องมองสุขภาพในมุมกว้าง (กาย, ใจ, สังคม และจิตวิญญาณ) และมองการบริหารจัดการด้านสุขภาพที่สามารถดึงเอาความร่วมมือร่วมใจของสังคมทั้งสังคมมาร่วมมือกัน

ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติซึ่งอยู่ในการพิจารณาของสภาเวลานี้ กำหนดให้การเข้าถึงบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานจากรัฐอย่างเท่าเทียมกัน เป็นสิทธิของพลเมือง (สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญ ม.30 และ ม.52) เท่ากับผนวกเอาโครงการ “30 บาท” เข้าไว้ในสุขภาพแห่งชาติด้วย แต่อย่าติดที่รายละเอียดของโครงการ “30 บาท” ซึ่งยังไม่น่าพอใจอยู่ในเวลานี้ จะปรับแก้อย่างไรก็ตาม การเปิดโอกาสให้ทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขพื้นฐานเป็นหลักประกันอันหนึ่งที่ขาดไม่ได้

และหลักประกันบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานหรือโครงการ “30 บาท” (หรือโครงการอื่นทำนองนี้) เป็นเพียงส่วนเดียวของระบบสุขภาพซึ่งครอบคลุมประเด็นสำคัญอื่นๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพและการบริหารจัดการด้านสุขภาพอีกมากมาย

เมื่อการเข้าถึงบริการเป็นสิทธิ ก็หมายความว่าพลเมืองจะใช้ก็ได้ไม่ใช้ก็ได้ แปลว่าผู้ที่เข้าถึงได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งรัฐ ก็ย่อมสามารถแสวงหาบริการสาธารณสุขพื้นฐานจากเอกชนได้

เรื่องนี้เกี่ยวข้องกับอนาคตของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน

ควรเข้าใจเสียก่อนว่า ความเจ็บไข้ได้ป่วยไม่ใช่สินค้าที่จะเอามาค้ากำไรกันอย่างไม่มีขีดจำกัด เพราะนี่เป็นเรื่องสิทธิในชีวิตและสวัสดิภาพอันเป็นพื้นฐานของสิทธิทั้งหมด สิ่งที่โรงพยาบาลเอกชนนำมาขายเป็นสินค้าจึงไม่ใช่สุขภาพ แต่เป็นความสะดวกสบายและบริการนอกเหนือการดูแลสุขภาพ สินค้าส่วนนี้ผู้เจ็บป่วยที่มีฐานะเศรษฐกิจดีพอจะเข้าถึงได้ต้องการหรือไม่? คำตอบคือมีความต้องการในตลาดอยู่ระดับหนึ่งอย่างแน่นอน และสามารถผลิตขายได้ตลอดไป

ฉะนั้นแม้ไม่ยอมรับให้สุขภาพเป็นสินค้า ก็ไม่ได้แปลว่าธุรกิจ โรงพยาบาลเอกชนจะอยู่ไม่ได้ โรงพยาบาลเอกชนยังหาลูกค้าได้เสมอ

เพียงแต่ว่าคนจนที่หลุดรอดเล็ดลอดหัวใจดีบะจะไม่ล้มตายหรือพิการ เพียงเพราะไม่มีเงินไปรับการผ่าตัดเพื่อช่วยให้มีชีวิตอยู่ต่อไปอย่างมีคุณภาพ เราจะมีหลักประกันสุขภาพเพียงเท่านี้ให้ ในขณะที่คนรวยอาจเลือกรับบริการแบบซื้อ-ขายกับโรงพยาบาลเอกชน เพราะนอกจากจะได้รับการผ่าตัดแล้ว ก็ยังได้รับความสะดวกสบาย (หรือหรูหรา, หรือมีคนเอาใจเหมือนเดิม หรือเหตุผลใดก็ตาม) ตามความปรารถนาของตัวเอง

ประเด็นที่ต้องการชี้ในที่นี้ก็คือ บริการผ่าตัดช่วยชีวิตผู้ป่วยหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบ ไม่ใช่สินค้าเพราะมีแจกฟรีอยู่แล้ว

และเพราะมีแจกฟรีอยู่แล้วนี่เอง โรงพยาบาลเอกชนก็จะถูกบังคับให้เสนอบริการที่เหนือกว่าบริการฟรีด้วยประการต่างๆ ในขณะเดียวกัน กลไกทางเศรษฐกิจก็จะดึงราคาสินค้าของโรงพยาบาลเอกชนให้ลงมาอยู่ในระดับที่สมเหตุสมผลมากขึ้นไปพร้อมกัน

สรุปก็คือ โรงพยาบาลเอกชนอยู่ได้แน่ แต่อยู่ได้อย่างสมเหตุสมผลมากขึ้น ซึ่งนับว่ามีคุณประโยชน์ต่อเศรษฐกิจและชีวิตของคนทั่วไปด้วย เพราะเราไม่สามารถดำรงสังคมของเราได้อย่างมีคุณภาพได้ トラบเท่าที่เรายังสงวนสิทธิการเจ็บป่วยไว้กับคนรวยเพียงไม่กี่คนอย่างที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน (คนจนมีสิทธิมีัยครับ)

เพื่อจะบรรลุเป้าหมายนี้ให้ได้ จำเป็นที่จะต้องตราให้การเข้าถึงบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานเป็นสิทธิ ไม่ใช่เป็นสวัสดิการที่รัฐเลือกจะมอบให้แก่คนจนเท่านั้น จริงอยู่เวลานี้มีคนชั้นกลางซึ่งยอมไปโรงพยาบาลเอกชนหรือหันไปใช้บริการในโครงการ “30 บาท” อยู่ไม่น้อย แต่ควรเข้าใจด้วยว่าส่วนใหญ่ของคนชั้นกลางไทยไม่ได้มีฐานะเศรษฐกิจที่ดีนัก ความเจ็บไข้ได้ป่วยมักหมายถึงความหายนะทางเศรษฐกิจของครอบครัวมากบ้างน้อยบ้างอยู่เสมอ

การที่เขาไม่รับบริการราคาถูกจากรัฐ อาจเป็นด้วยบริการนั้นยังไม่เป็นที่วางใจหรือมีคุณภาพต่ำ ขอบที่เราจะเพียรพยายามทำให้บริการนั้นน่าไว้วางใจและมีคุณภาพได้มาตรฐาน

ไม่ควรมองง่าย ๆ แต่ว่าคนรวยไปแย่งบริการคนจน แต่ละคน แต่ละครอบครัว มีเหตุผลที่เราไม่รู้ได้ที่จะเลือกรับบริการในราคาถูก หรือเลือกซื้อบริการในราคาแพง ถ้าเรารู้เหตุผลของเขาก็อาจไม่ได้เห็นว่าเป็นการ “แย่ง” บริการของคนจนก็ได้

ส่วนวิธีการหรือเทคนิควิธีที่จะทำให้มั่นใจได้ว่าคุณทุกคนสามารถเข้าถึงบริการพื้นฐานได้อย่างเท่าเทียมกันจะพึงทำอย่างไร เป็นรายละเอียดที่น่าจะช่วยกันคิด แม้แต่การตั้งอัตรา “ร่วมจ่าย” ของคนไข้ในระดับที่ไม่กีดกันคนจนออกไปจากบริการ ก็อาจเป็นไปได้ อย่างไรก็ตาม เทคนิควิธีก็เป็นแค่เทคนิควิธี ไม่ใช่หลักการของสุขภาพเพื่อทุกคนและทุกคนเพื่อสุขภาพ หรือหลักการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขของร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

การปฏิรูประบบสุขภาพของไทยกำลังก้าวมาถึงจุดเปลี่ยนที่สำคัญอย่างยิ่ง เราคงต้องเถียงกันในเรื่องนี้อีกหลายประเด็น และที่จริงแล้วผู้ผลักดันร่าง พ.ร.บ.นี้ก็ต้องการให้ประชาชนทุกส่วนเข้าไปร่วมถกเถียงตติงร่าง พ.ร.บ.นี้อย่างถี่ถ้วนและรอบคอบ

อะไร ๆ ก็แก้ไขปรับเปลี่ยนได้ทั้งนั้น แม้แต่ตัวหลักการใหญ่ก็ล้มเลิกเปลี่ยนแปลงได้ แต่อย่าสับสนกันระหว่างประเด็นปลีกกับตัวหลักการใหญ่ ที่จะทำให้คนไทยทุกคนมีส่วนร่วมรับผิดชอบสุขภาพของทุกคนร่วมกัน

ประเด็นคำถาม

ความเห็นของ พ.ญ.ยิ่งดาว ไกรฤกษ์
ผอ.รพ.กรุงเทพ 26 ก.ค. 45

มาตราที่ 31 ในวรรคต้นเห็นด้วยเป็นอย่างยิ่งว่า การจัดและส่งเสริมให้มีระบบบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน มีประสิทธิภาพ ให้บริการอย่างทั่วถึง และประชาชนมีทางเลือกได้ ทางเลือกตามที่กำหนดไว้ในมีการตีความไปได้แบบ รายละเอียดบางมาตราใน พรบ. รวมทั้งในพรบ. ประกันสุขภาพ ได้มีการกำหนดให้มีการจดทะเบียนต่อหน่วยบริการในท้องที่ อีกทั้งเป็นไปได้อย่างยิ่งที่จะมีการกำหนดให้มีการรับบริการในระดับปฐมภูมิกับหน่วยบริการที่จะทะเบียนเท่านั้น ความเหมาะสมที่กำหนดไว้นั้น เป็นเรื่องที่จะเกิดข้อขัดแย้ง ตั้งแต่ในเรื่องการบริการไม่ตรงตามหน่วยบริการ การส่งต่อ ซึ่งเกิดปัญหายุ่งยากในการดำเนินการมาก การกำหนดการเลือกเป็นเรื่องที่ไม่มีความชัดเจน นอกจากนี้ ในกรณีที่เป็นสถานบริการที่ได้จดทะเบียนเป็นหน่วยบริการ ประชาชนมีสิทธิในการเลือกอย่างไร สำหรับทางภาคเอกชนในวรรคท้ายของมาตราที่กล่าวถึงการกำกับดูแลให้ระบบบริการสาธารณสุข ไม่เป็นไปเพื่อการค้ากำไรเชิงธุรกิจ เป็นเรื่องที่สร้างความเคลือบแคลงแก่ภาคเอกชนเป็นอย่างมาก การที่ภาครัฐรวมทั้งผู้บริหารกระทรวงมักจะให้ความคิดเห็นในทำนองของการโจมตี ภาคเอกชนว่าเป็นแพะเหย้าพาณิชย์ หรือเป็นการหากินกับความไม่รู้เท่านั้นเรื่องข้อมูลข่าวสารของประชาชน เป็นการมองภาคเอกชนในแง่ร้ายเกินไป ทุกวันนี้ต้องยอมรับว่าการให้บริการสาธารณสุขในภาคเอกชน เป็นกิจการที่มีการควบคุมและการกำกับดูแลอย่างเข้มงวด โดยการผ่านกลไกทางกฎหมายและระเบียบต่างๆ มีการลงโทษการละเมิดอยู่เนืองๆ ขณะเดียวกันความตื่นตัวในเรื่องของการพัฒนาคุณภาพการบริการ และการสร้างประสิทธิภาพการให้บริการ ทั้งกลไกของการพัฒนาคุณภาพและการให้การรับรอง การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมในการให้บริการ กลไกทางการตลาดและการแข่งขัน เป็นการยากที่จะมุ่งสร้างผลกำไรในเชิงธุรกิจแต่ฝ่ายเดียว ในสถานการณ์เช่นนี้เป็นการประคองตัวเพื่อการอยู่รอดมากกว่า ที่ผ่านมภาคเอกชนทางด้านสาธารณสุข นอกจากจะเป็นทางเลือกแก่ผู้มีกำลังซื้อแล้ว ยังเป็นการเติมช่องว่างในเรื่องของความทั่วถึงและการเข้าถึงบริการ นอกจากนี้ยังเป็นประเด็นอีกอันหนึ่งที่ดึงดูดและคงอยู่ของบุคคลากรทางสาธารณสุขที่มีความรู้และความสามารถ แนวโน้มใหม่อีกอันหนึ่งก็คือ เป็นธุรกิจที่สามารถนำเข้าเงินตราและผู้ให้บริการจากต่างประเทศ ถ้ามีการจัดการอย่างเหมาะสมอีกด้วย ถ้าเริ่มด้วยการตั้งใจที่ว่าไม่เป็นไปเพื่อการค้ากำไรเชิงธุรกิจ มิใช่เป็นการเริ่มต้นของการทำลายธุรกิจเอกชนโดยทั่วไปหรือ ถ้ามองว่าบริการสาธารณสุขเป็นความจำเป็นพื้นฐานของประชาชน เป็นสิทธิที่พึง

มีฟังได้ตามรัฐธรรมนูญ ต่อไปปัจจัยอื่น ๆ เช่น เครื่องนุ่งห่ม อาหาร ยารักษาโรค ที่อยู่อาศัย สาธารณูปโภค ก็ต้อง
มากำหนดให้เป็นกิจการที่ต้องกำกับ ไม่เป็นเพื่อการค้ากำไรเชิงธุรกิจด้วย

การที่อธิบายไว้ในข้อชี้แจง มีความแตกต่างจากบริการหรือสินค้าทั่วไป ไม่สามารถใช้กลไกตลาดได้ ประชา
ชนไม่มีทางที่จะมีข้อมูลมากพอในการตัดสินใจเลือก เกิดบริการที่ผิดปรกติ และเกิดการผูกขาดได้ เป็นผลเสียหาย
แก่ประชาชน การกล่าวอ้างมาตราที่ 82 มาห้กล่าวอ้างมาตราที่ 87 ว่านำเศรษฐกิจที่อาศัยกลไกทางการตลาด
มาใช้กับบริการทางสาธารณสุขไม่ได้ เป็นคำอธิบายที่ภาคเอกชนรับได้ยาก เพราะเป็นการกล่าวอ้างอย่างเลื่อนลอย
ไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง ด้วยเหตุผลดังต่อไปนี้คือ

การที่กล่าวอ้างว่าประชาชนไม่มีทางที่จะมีข้อมูลมากพอในการตัดสินใจในการเลือก เป็นการกล่าวอ้างที่ไม่
สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง ข้อมูลทางการแพทย์สาธารณสุขเป็นข้อมูลที่มีความเป็นสาธารณะเป็นอย่างยิ่ง ความรู้ที่
จะใช้ในการประกอบการตัดสินใจ สามารถค้นหาได้ทั่วไป ด้วยเทคโนโลยี ณ ปัจจุบัน บ่อยครั้งที่ประชาชนสามารถ
เข้าถึงข้อมูลได้ลึกซึ้งกว่าผู้ให้บริการเสียอีก การตัดสินใจเลือก เป็นสิทธิผู้ป่วยขั้นพื้นฐานที่ได้รับการยอมรับและปฏิบัติ
มาโดยลำดับ และบ่อยครั้งที่ความต้องการของผู้มารับบริการมากกว่าหรือเกินเลยพื้นฐานของการบริการ เป็น
ความต้องการที่การบริการสาธารณสุขไม่สามารถตอบสนองได้ การให้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจเป็นเรื่องที่ผู้ให้
บริการต้องกระทำอยู่แล้ว และมีกระบวนการที่จะให้ผู้รับบริการได้รับการยืนยัน การรับทราบข้อมูลด้วยการให้
Inform consent การกำหนดขั้นตอนการให้บริการตามหน่วยบริการที่ได้จดทะเบียน กลับเป็นการปิดทางเลือกแก่ผู้
ป่วย ซึ่งถ้าเป็นเช่นนั้นแล้ว ถึงมีข้อมูลประกอบการตัดสินใจ ก็ไม่มีสิทธิหรือถูกสงวนสิทธิที่จะเลือกการบริการ และ
บ่อยครั้งข้อมูลจากหน่วยงานของรัฐ และเป็นหน้าที่ของกลไกของรัฐในการนำเสนอข้อมูลแก่ประชาชน กลับมิได้รับ
การเปิดเผย เช่นนโยบายสาธารณะต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ กลับไม่ได้รับการชี้แจงหรือเหลียวแลเท่าที่ควร
และก็มีได้มีกลไกกำหนดชัดเจนให้ภาครัฐดำเนินการในการพัฒนา ณ จุดนี้ กลับเลือกปฏิบัติในการใช้เป็นเหตุผลใน
การวางกรอบการให้บริการของภาคเอกชน ว่าไม่ให้แสวงหากำไร เพราะไม่มีข้อมูลพอต่อการตัดสินใจ

เกิดการบริการที่ผิดปรกติ (supply induce demand) ข้อโต้แย้ง คือ ถ้ามีการนำกลไกทางการตลาดมาใช้
อย่างเป็นธรรม กลับจะไม่มีการบริการที่ผิดปรกติ ตัว demand จะเป็นผู้กำหนดการให้บริการ หรือการ supply มาก
กว่าเสียอีก อนึ่งความเป็นจริงที่ว่า การให้บริการสาธารณสุขของภาคเอกชน ไม่ใช่เป็นธุรกิจสัมปทานเหมือนธุรกิจอีก
หลายอย่างที่ ปรากฏเป็นตัวอย่าง สามารถแสวงหากำไรอย่างมหาศาลด้วยการ induce ให้เกิด demand เนื่องจาก
ประชาชนขาดทางเลือก ของการบริการขั้นพื้นฐาน สามารถใช้ความได้เปรียบทางเทคโนโลยี มา supply ให้เกิด การ
induce เพื่อการผูกขาด

สาเหตุที่กล่าวอ้างว่าบริการสาธารณสุขมีลักษณะที่แตกต่างจากบริการหรือสินค้าทั่วไป ในแง่ที่เป็นบริการ
เกี่ยวกับสุขภาพของประชาชน เป็นสิ่งจำเป็นพื้นฐาน และเป็นสิทธิพื้นฐานของประชาชนตามรัฐธรรมนูญ แต่ก็ต้อง
ไม่ลืมว่า การบริการของเอกชนเกิดขึ้นเนื่องจากบริการของรัฐ ไม่สามารถเข้าถึงและทั่วถึง บริการของภาคเอกชน มา
เสริมช่องว่าง และเป็นทางเลือกสำหรับผู้ที่อยู่ในฐานะที่จะเลือกใช้ได้ เพื่อเปิดหรือสร้างโอกาสให้ผู้ด้อยโอกาสได้ใช้
บริการจากรัฐได้มากขึ้น ถ้าการให้บริการของรัฐสามารถพัฒนาจนมั่นใจว่าสามารถให้บริการครอบคลุม ก็
ควรจะใช้กลไกทางการตลาด ให้เกิดการเปรียบเทียบหรือแข่งขันด้านคุณภาพกับภาคเอกชน ในการสร้างคุณค่าแก่ผู้
มารับบริการ อย่างเท่าเทียมกัน เพราะเท่าที่เป็นอยู่ในขณะนี้ บริการสาธารณสุขของภาคเอกชน เป็นบริการที่มีกลไก
ในการควบคุมจากภาครัฐมากที่สุด ตลอดเวลาที่ผ่านมาได้ทวีความเข้มข้นในการควบคุมอย่างต่อเนื่อง องค์การอิสระ

และองค์กรทางวิชาชีพเข้ามามีบทบาทอย่างมากในการกำกับให้การให้บริการ ตลอดลงไปถึงผู้ให้บริการ และที่สำคัญคือมีการละเว้นการปฏิบัติต่อสถานให้บริการของรัฐ อย่างเห็นได้ชัด และเป็นเรื่องที่ได้แย้งไม่ได้ ภาวะสมองไหลได้สะท้อนถึงความไม่มีประสิทธิภาพแห่งการบริหารจัดการ ทั้งที่มีเงื่อนไขและการกำกับที่เอื้อประโยชน์เป็นอย่างมาก ทางเลือกที่จะต้องพัฒนาหรือปรับปรุงควรริเริ่มที่ภาครัฐก่อน มิใช่เริ่มด้วยการวางกรอบควบคุมหรือกำหนดกลไกของการให้บริการของภาคเอกชนก่อน

การกล่าวอ้างว่าข้อคัดค้านของ ม.82 ต่อ ม.87 นั้น และสรุปว่านาระบบเศรษฐกิจที่อาศัยกลไกทางการตลาดมาใช้กับบริการสาธารณะไม่ได้ นั้น เป็นการกล่าวอ้างที่เลื่อนลอย และขัดกับความเป็นจริง ตัวอย่างเช่นการนำระบบการเงินการคลังแบบรวมหมู่ โดยเฉพาะแบบปลายปิด เป็นการนำระบบเศรษฐกิจ ที่อาศัยการตลาดอย่างชัดเจน ทั้งทางด้านกลไกการควบคุมต้นทุน การบริหารการใช้ทรัพยากร การใช้กลไกทางการตลาด เพื่อลดความต้องการของการรับบริการ การตลาดแบบรวมหมู่ หรือการบริการการคลังด้วยกลไกการตอบสนองต่อ demand เป็นต้น เป็นการใช้กลไกทางการตลาดแบบผูกขาดอย่างแยบยล ตัวอย่างของกองทุนสุขภาพถ้วนหน้าที่จะจัดตั้งขึ้นนั้น เบื้องต้นก็ได้มีการกำหนดถึง การบริหารรายได้ของกองทุนเสียตั้งแต่ต้นแล้ว เป็นรายได้ที่ไม่ต้องส่งเข้าคลังด้วย เป็นการหาประโยชน์จากการตลาดแบบผูกขาดอย่างแท้จริงมากกว่าเสียอีก การแข่งขันทางภาคเอกชนในเรื่องของการให้บริการนั้น ที่ผ่านมานอกจากเป็นการแข่งขันที่มีกฎกติกาเข้มงวดเป็นอย่างมากแล้ว กลไกทางการตลาดเสียอีก ที่เป็นตัวเร่งให้ผู้รับประโยชน์ คือผู้รับบริการทั้งประชาชนทั่วไป หรือองค์กรอิสระ เช่นกองทุนประกันสังคม กองทุนทดแทน ได้รับประโยชน์อย่างมหาศาลจากกลไกการแข่งขันทั้งภาครัฐ และภาคเอกชนบนเงื่อนไขที่ตัดเทียมกัน โดยที่ประชาชนที่เกี่ยวข้องกับกองทุนเหล่านั้นได้รับประโยชน์ และการตอบแทนที่มีแต่จะเพิ่มมากขึ้น เมื่อผลประโยชน์ของกองทุนดียิ่งขึ้น

ประเด็นคำกล่าว

ความเห็นของ พ.ญ.ยิ่งดาว ไกรฤกษ์

ผอ.รพ.กรุงเทพ 26 กรกฎาคม 2545

มาตราที่ 31 ในวรรคต้นเห็นด้วยเป็นอย่างยิ่งว่า การจัดและส่งเสริมให้มีระบบบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน มีประสิทธิภาพ ให้บริการอย่างทั่วถึง และประชาชนมีทางเลือกได้ ทางเลือกตามที่กำหนดไว้ในมีการตีความไปได้แบบรายละเอียดบางมาตราใน พ.ร.บ. รวมทั้งใน พ.ร.บ.ประกันสุขภาพ ได้มีการกำหนดให้มีการจดทะเบียนต่อหน่วยบริการในท้องที่ อีกทั้งเป็นไปได้อย่างยิ่งที่จะมีการกำหนดให้มีการให้บริการในระดับปฐมภูมิกับหน่วยบริการที่จะทะเบียนเท่านั้น ความเหมาะสมที่กำหนดไว้นั้น เป็นเรื่องที่จะเกิดข้อขัดแย้ง ตั้งแต่ในเรื่องการรับบริการไม่ตรงตามหน่วยบริการ การส่งต่อ ซึ่งเกิดปัญหายุ่งยากในการดำเนินการมาก การกำหนดการเลือกเป็นเรื่องที่ไม่มีความชัดเจน นอกจากนี้ ในกรณีที่เป็นสถานบริการที่ได้จดทะเบียนเป็นหน่วยบริการ ประชาชนมีสิทธิในการเลือกอย่างไร สำหรับทางภาคเอกชนในวรรคท้ายของมาตราที่กล่าวถึงการกำกับดูแลให้ระบบบริการสาธารณสุข ไม่เป็นไปเพื่อการค้ากำไรเชิงธุรกิจ เป็นเรื่องที่สร้างความเคลือบแคลงแก่ภาคเอกชนเป็นอย่างมาก การที่ภาครัฐรวมทั้งผู้บริหารกระทรวง มักจะให้ความคิดเห็นในทำนองของการโจมตีภาคเอกชน ว่าเป็นแพथิฟานิชย์ หรือเป็นการหากินกับความไม่รู้เท่าทันเรื่องข้อมูลข่าวสารของประชาชน เป็นการมองภาคเอกชนในแง่ร้ายเกินไป ทุกวันนี้ต้องยอมรับว่าการให้บริการสาธารณสุขในภาคเอกชน เป็นกิจการที่มีการควบคุมและการกำกับดูแลอย่างเข้มงวด โดยการผ่านกลไกทางกฎหมายและระเบียบต่างๆ มีการลงโทษการละเมิดอยู่เนืองๆ ขณะเดียวกันความตื่นตัวในเรื่องของการพัฒนาคุณภาพการบริการ และการสร้างประสิทธิภาพการให้บริการ ทั้งกลไกของการพัฒนาคุณภาพและการให้การรับรอง การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมในการให้บริการ กลไกทางการตลาดและการแข่งขัน เป็นการยากที่จะมุ่งสร้างผลกำไรในเชิงธุรกิจแต่ฝ่ายเดียว ในสถานการณ์เช่นนี้เป็นการประคองตัวเพื่อการอยู่รอดมากกว่า ที่ผ่านมภาคเอกชนทางด้านสาธารณสุข นอกจากจะเป็นทางเลือกแก่ผู้มีกำลังซื้อแล้ว ยังเป็นการเติมช่องว่างในเรื่องของความทั่วถึงและการเข้าถึงบริการ นอกจากนี้ยังเป็นประเด็นอีกอันหนึ่งที่ดึงดูดและคงอยู่ของบุคลากรทางสาธารณสุขที่มีความรู้ และสามารถ แนวนโยบายใหม่อีกหนึ่งก็คือ เป็นธุรกิจที่สามารถนำเข้าเงินตราและผู้ใช้บริการจากต่างประเทศ ถ้ามีการจัดการอย่างเหมาะสมอีกด้วย ถ้าเริ่มด้วยการตั้งโจทย์ว่าไม่เป็นไปเพื่อการค้ากำไรเชิงธุรกิจ มิใช่เป็นการเริ่มต้นของการทำลายธุรกิจเอกชนโดยทั่วไปหรือ ถ้ามองว่าบริการสาธารณสุขเป็นความจำเป็นพื้นฐานของประชาชน เป็นสิทธิที่พึงมีพึงได้ตามรัฐธรรมนูญ ต่อไปปัจจัยสี่อื่นๆ เช่น เครื่องนุ่งห่ม อาหาร ยารักษาโรค ที่อยู่อาศัย สาธารณูปโภค ก็ต้องมากำหนดให้เป็นกิจการที่ต้องกำกับ ไม่เป็นเพื่อการค้ากำไรเชิงธุรกิจด้วย

การที่อธิบายไว้ในข้อเท็จจริง มีความแตกต่างจากบริการหรือสินค้าทั่วไป ไม่สามารถใช้กลไกตลาดได้ ประชาชนไม่มีทางที่จะมีข้อมูลมากพอในการตัดสินใจเลือก เกิดบริการที่ผิดปรกติ และเกิดการผูกขาดได้ เป็นผลเสียหายแก่ประชาชน การกล่าวอ้างมาตราที่ 82 มาหักล้างการกล่าวอ้าง มาตรา 87 ว่านำเศรษฐกิจที่อาศัยกลไกทางการตลาดมาใช้กับบริการทางสาธารณสุขไม่ได้ เป็นคำอธิบายที่ภาคเอกชนรับได้ยาก เพราะเป็นการกล่าวอ้างอย่างเลื่อนลอย ไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง ด้วยเหตุผลดังต่อไปนี้คือ

การที่กล่าวอ้างว่าประชาชนไม่มีทางที่จะมีข้อมูลมากพอในการตัดสินใจในการเลือก เป็นการกล่าวอ้างที่ไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง ข้อมูลทางการสาธารณสุขเป็นข้อมูลที่มีความเป็นสาธารณะเป็นอย่างยิ่ง ความรู้ที่จะใช้ในการประกอบการตัดสินใจ สามารถค้นหาได้ทั่วไป ด้วยเทคโนโลยี ณ ปัจจุบัน บ่อยครั้งที่ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ลึกซึ้งกว่าผู้ให้บริการเสียอีก การตัดสินใจ เป็นสิทธิผู้ป่วยขั้นพื้นฐานที่ได้รับการยอมรับและปฏิบัติมาโดยลำดับ และบ่อยครั้งที่ความต้องการของผู้มารับบริการมากเกินไปหรือเกินเลยพื้นฐานของการบริการเป็นความต้องการที่การบริการสาธารณสุขไม่สามารถตอบสนองได้ การให้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจเป็นเรื่องที่ผู้ให้บริการต้องกระทำอยู่แล้ว และมีกระบวนการที่จะให้ผู้รับบริการได้รับการยืนยัน การรับทราบข้อมูลด้วยการให้ Inform consent การกำหนดขั้นตอนการให้บริการตามหน่วยบริการที่ได้จดทะเบียน กลับเป็นการปิดทางเลือกแก่ผู้ป่วย ซึ่งถ้าเป็นเช่นนั้นแล้ว ถึงมีข้อมูลประกอบการตัดสินใจ ก็ไม่มีสิทธิหรือถูกสงวนสิทธิที่จะเลือกการบริการ และบ่อยครั้งข้อมูลจากหน่วยงานของรัฐ และเป็นหน้าที่ของกลไกของรัฐในการนำเสนอข้อมูลแก่ประชาชน กลับมิได้รับการเปิดเผย เช่น นโยบายสาธารณะต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาวะ กลับไม่ได้รับการชี้แจงหรือเหลียวแลเท่าที่ควร และก็มีได้มีกลไกกำหนดชัดเจนให้ภาครัฐดำเนินการในการพัฒนา ณ จุดนี้ กลับเลือกปฏิบัติในการใช้เป็นเหตุผลในการวางกรอบการให้บริการของภาคเอกชน ว่าไม่ให้แสวงหากำไร เพราะไม่มีข้อมูลพอต่อการตัดสินใจ

เกิดการบริการที่ผิดปรกติ (supply induce demand) ข้อโต้แย้ง คือถ้ามีการนำกลไกทางการตลาดมาใช้อย่างเป็นธรรม กลับจะไม่มีบริการที่ผิดปรกติ ตัว demand จะเป็นผู้กำหนดการให้บริการ หรือการ supply มากกว่าเสียอีก อนึ่งความเป็นจริงที่ว่า การให้บริการสาธารณสุขของภาคเอกชน ไม่ใช่เป็นธุรกิจหรือสัมปทานเหมือนธุรกิจอีกหลายอย่างที่ปรากฏเป็นตัวอย่าง สามารถแสวงหากำไรอย่างมหาศาลด้วยการ induce ให้เกิด demand เนื่องจากประชาชนขาดทางเลือก ของการบริการขั้นพื้นฐาน สามารถใช้ความได้เปรียบทางเทคโนโลยีมา supply ให้เกิดการ induce เพื่อการผูกขาด

สาเหตุที่กล่าวอ้างว่าบริการสาธารณสุขมีลักษณะที่แตกต่างจากบริการหรือสินค้าทั่วไป ในแง่ที่เป็นบริการเกี่ยวกับสุขภาวะของประชาชน เป็นสิ่งจำเป็นพื้นฐาน และเป็นสิทธิพื้นฐานของประชาชนตามรัฐธรรมนูญ แต่ก็ต้องไม่ลืมว่า การบริการของเอกชนเกิดขึ้นเนื่องจากบริการของรัฐ ไม่สามารถเข้าถึงและทั่วถึงบริการของภาคเอกชนมาเสริมช่องว่าง และเป็นทางเลือกสำหรับผู้ที่อยู่ในฐานะที่จะเลือกใช้ได้ เพื่อเปิดหรือสร้างโอกาสให้ผู้ด้อยโอกาสได้ใช้บริการจากรัฐ

ได้มากขึ้น ถ้าการให้บริการของรัฐสามารถพัฒนาจนมั่นใจว่าสามารถให้บริการครอบคลุม ก็ควรจะใช้กลไกทางการตลาดให้เกิดการเปรียบเทียบ หรือแข่งขันด้านคุณภาพกับภาคเอกชน ในการสร้างคุณค่าแก่ผู้มารับบริการอย่างเท่าเทียมกัน เพราะเท่าที่เป็นอยู่ในขณะนี้ บริการสาธารณสุขของภาคเอกชน เป็นบริการที่มีกลไกในการควบคุมจากภาครัฐมากที่สุด ตลอดเวลาที่ผ่านมาได้ทวีความเข้มข้นในการควบคุมอย่างต่อเนื่อง องค์กรอิสระและองค์กรทางวิชาชีพเข้ามามีบทบาทอย่างมากในการกำกับกรให้บริการ ตลอดจนไปจนถึงผู้ให้บริการ และที่สำคัญคือมีการละเว้นการปฏิบัติต่อสถานให้บริการของรัฐ อย่างเห็นได้ชัด และเป็นเรื่องที่โต้แย้งไม่ได้ ภาวะสมองไหลได้สะท้อนถึงความไม่มีประสิทธิภาพแห่งการบริหารจัดการ ทั้งที่มีเงื่อนไขและการกำกับที่เอื้อประโยชน์เป็นอย่างมาก ทางเลือกที่จะต้องพัฒนาหรือปรับปรุงควรรีเริ่มที่ภาครัฐก่อน มิใช่เริ่มด้วยการวางกรอบควบคุม หรือกำหนดกลไกของการให้บริการของภาคเอกชนก่อน

การกล่าวอ้างว่าข้อคัดค้านของ มาตรา 82 ต่อ มาตรา 87 นั้น และสรุปว่านาระบบเศรษฐกิจที่อาศัยกลไกทางการตลาดมาใช้กับบริการสาธารณสุขไม่ได้ นั่น เป็นการกล่าวอ้างที่เลื่อนลอย และขัดกับความเป็นจริง ตัวอย่างเช่นการนำระบบการเงินการคลังแบบรวมหมู่ โดยเฉพาะแบบปลายปิด เป็นการนำระบบเศรษฐกิจที่อาศัยการตลาดอย่างชัดเจน ทั้งทางด้านกลไกการควบคุมต้นทุน การบริหารการใช้ทรัพยากร การใช้กลไกทางการตลาด เพื่อลดความต้องการของการรับบริการ การตลาดแบบรวมหมู่ หรือการบริการการคลังด้วยกลไกการตอบสนองต่อ demand เป็นต้น เป็นการใช้กลไกทางการตลาดแบบผูกขาดอย่างแยบยล ตัวอย่างของกองทุนสุขภาพถ้วนหน้าที่จัดตั้งขึ้นนั้น เบื้องต้นก็ได้มีการกำหนดถึงการบริหารรายได้ของกองทุนเสียตั้งแต่ต้นแล้ว เป็นรายได้ที่ไม่ต้องส่งเข้าคลังด้วย เป็นการหาประโยชน์จากการตลาดแบบผูกขาดอย่างแท้จริงมากกว่าเสียอีก การแข่งขันทางภาคเอกชนในเรื่องของการให้บริการนั้น ที่ผ่านมานอกจากเป็นการแข่งขันที่มีกฎกติกาเข้มงวดเป็นอย่างมากแล้ว กลไกทางการตลาดเสียอีกที่เป็นตัวเร่งให้ผู้รับประโยชน์ คือผู้รับบริการทั้งประชาชนทั่วไป หรือองค์กรอิสระ เช่นกองทุนประกันสังคม กองทุนทดแทน ได้รับประโยชน์อย่างมหาศาลจากกลไกการแข่งขันทั้งภาครัฐ และภาคเอกชนบนเงื่อนไขที่ทัดเทียมกัน โดยที่ประชาชนที่เกี่ยวข้องกับกองทุนเหล่านั้นได้รับผลประโยชน์ และการตอบแทนที่มีแต่จะเพิ่มมากขึ้น เมื่อผลประโยชน์ของกองทุนดียิ่งขึ้น

เอกสารประกอบการประชุม "บริการสาธารณสุขกับการค้ากำไร"

วันที่ 10 เมษายน 2546 เวลา 9.00-12.00 น.

ณ ห้องประชุม 1 สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารหมายเลข 1 คำชี้แจงประกอบร่างพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.....

มาตรา 71-74

เอกสารหมายเลข 2 การบริการสาธารณสุขกับการแสวงหากำไร โดย ดร. วิโรจน์ ณ ระนอง

เอกสารหมายเลข 3 การบริการสาธารณสุขกับการค้ากำไรเชิงธุรกิจ: ประเด็นเพื่อทำความเข้าใจ
โดย พญ. วัชรารัตน์ ไพบูลย์

เอกสารหมายเลข 4 คำกำไรทางสุขภาพ โดยอาจารย์สมพันธ์ เตชะอธิก

เอกสารหมายเลข 5 ธรรมนูญด้านสุขภาพของคนไทย โดยนพ. ชาตรี ดวงเนตร

๑. พัน นภีรัตน์
พ.ศ. ๒๕๔๖ - ๒๕๔๗

๑. - ๑๕๕๕๕๕๕
- ๐.๑๕๕
- ๑๕๕๕๕๕๕
- ๑๕๕๕๕
- ๑๕๕๕๕
- ๑๕๕๕๕
- ๑๕๕๕๕
- ๑๕๕๕๕
- ๑๕๕๕๕

รหัส M003/1 ตุลาคม 2545

คณะอนุกรรมการร่างพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ
คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.)

คำชี้แจงประกอบ ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.
(ใช้ประกอบการพิจารณาร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ 24 ก.ย. 2545)

1. ระบบสุขภาพคืออะไร	2
2. ทำไมต้องมี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ	4
3. จัดทำมาอย่างไร	5
4. ถ้ามี พ.ร.บ.นี้แล้ว คนไทยและสังคมไทยจะได้ประโยชน์อะไร	7
5. โครงสร้าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ	7
6. คำชี้แจงรายละเอียด	10

คุณภาพ จึงเป็นการมุ่งดูแลก่อนที่จะเสียสุขภาพซึ่งต้องอาศัยการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางและการมีระบบที่ดี

ปัจจุบันมีระบบและโครงสร้างของรัฐหลายหน่วยทำหน้าที่เหล่านี้อยู่แล้ว และมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องเป็นจำนวนมาก ซึ่งในอนาคตก็จะค่อยๆ มีการปฏิรูปปรับปรุงไปพร้อมๆ กับการทำงานของ คสช. ที่มีหน้าที่เสนอแนะนโยบายและยุทธศาสตร์ในภาพรวม

ส่วนที่ 3

ม.71-74 ส่วนนี้จำกัดอยู่เฉพาะการบริการสาธารณสุข ซึ่งเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ เพราะประชาชนต้องพึ่งพาสูงและมีการใช้ทรัพยากรเป็นจำนวนมาก

ม.71 เหตุผลที่กำหนดหลักการของการบริการสาธารณสุขไม่ให้เป็นไปเพื่อการแสวงกำไรเชิงธุรกิจ คือ

(1) เนื่องจากบริการสาธารณสุขเป็นบริการที่มีลักษณะจำเพาะ ดังนี้

- เป็นบริการวิชาชีพ (profession) ที่เป็นบริการคุณธรรม (merit goods) ให้บริการโดยบุคลากรกลุ่มเฉพาะที่ต้องทำงานบนพื้นฐานจริยธรรมที่ชัดเจน ได้รับค่าตอบแทน (fee) ตามวิชาชีพ ไม่ได้รับตามผลกำไรจากบริการ กำไรจึงไม่ใช่เป้าหมายสูงสุดของการจัดบริการ และแข่งขันไม่ได้ ไม่เหมือนกับการประกอบอาชีพทั่วไป (occupation) และไม่เหมือนกับธุรกิจการค้า (trade) ที่ใครจะทำก็ได้ ทุกฝ่ายเข้าถึงข้อมูล มีการแข่งขันเสรีได้ และเป็นไปเพื่อแสวงกำไรสูงสุดได้
- เป็นบริการที่ใช้กลไกตลาดทำงานเต็มที่ไม่ได้ (market failure) เพราะผู้บริโภคไม่มีทางที่จะรู้ข้อมูลเพียงพอในการตัดสินใจเลือกบริการ (asymmetry of information) เนื่องจากเป็นบริการที่เกี่ยวกับชีวิตและความเป็นความตาย ผู้ให้บริการกุมข้อมูลทางวิชาการส่วนใหญ่ไว้ได้ฝ่ายเดียว

(2) ถ้าปล่อยให้บริการสาธารณสุขเป็นบริการค้ากำไรเชิงธุรกิจ การจัดบริการก็จะทำเพื่อกำไรสูงสุดเหมือนธุรกิจทั่วไป จะเกิดการให้บริการอย่างผิดปกติ เกินจำเป็น ไม่สมเหตุสมผล (induce demand) ได้ เพื่อให้มีรายรับมากๆ ผลกำไรสูงสุด โดยฝ่ายผู้บริโภคไม่มีทางที่จะรู้เท่าทันและไม่สามารถตรวจสอบได้

- (3) จริยอยู่การจัดบริการสาธารณสุขจำเป็นต้องใช้เงินเป็นทุน และการดำเนินงานมีกำไรได้ เพื่อนำกำไรไปพัฒนาบริการเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้บริโภคและสาธารณะ เช่น การจัดบริการของมูลนิธิและองค์กรสาธารณะประโยชน์อื่นๆ (แต่มิใช่การนำเงินกำไรมาแบ่งกันในกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง ซึ่งจะไม่เกิดแรงจูงใจที่จะให้บริการเกินจำเป็นหรือไม่สมเหตุผล)
- (4) แม้ว่ามาตรา 50 และ 87 แห่งรัฐธรรมนูญจะกำหนดให้ส่งเสริมการประกอบอาชีพและการแข่งขันเสรีอย่างเป็นธรรม แต่บริการสาธารณสุขมิใช่การประกอบอาชีพหรือการค้าทั่วไป ด้วยเหตุผลที่กล่าวแล้วข้างต้น จึงเข้าข้อยกเว้นเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค (ม.50) และเพื่อรักษาผลประโยชน์ส่วนรวม (ม.87)

ม.72 เป็นการกำหนดทิศทางการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขไปสู่ทิศทางที่ควรจะเป็น คือ

- (1) ดูแลสุขภาพประชาชนต่อเนื่อง ร่วมกับประชาชน ไม่ใช่ฝ่ายผู้ให้บริการดำเนินการตามลำพัง
- (2) เป็นบริการที่ให้ความสำคัญกับเรื่องของมนุษย์และสังคม คำนึงถึงความเป็นองค์รวมของเรื่องชีวิตและสุขภาพ มิใช่มุ่งเฉพาะวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือศาสตร์ต่างๆ อย่างแยกส่วน เพราะจะทำให้บริการเป็นเรื่องทางวัตถุมากกว่าเรื่องของชีวิตจิตใจ
- (3) เชื่อมโยงบริการต่างๆ เข้าด้วยกัน เพื่อดูแลรับผิดชอบประชาชนร่วมกัน มิใช่ปล่อยให้ประชาชนต้องวิ่งไขว่คว้าหาบริการกันเองตามยถากรรม
- (4) การบริการสาธารณสุขที่ให้แก่ประชาชนต้องทำให้ประชาชนมีศักยภาพในการพึ่งตนเองเพิ่มขึ้น มิใช่ลดลง

ม.73 เป็นการกำหนดแนวทางและมาตรการส่วนหนึ่งสำหรับการวางนโยบายและยุทธศาสตร์ในอนาคต

ระบบการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพใน (3) มีความสำคัญ เพื่อการดูแลให้ใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม เกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชน โดยไม่สิ้นเปลืองเกินจำเป็น ในระยะต้นนี้เสนอให้ คสช.จัดกลไกพัฒนาการทำงานเรื่องนี้ไปพลางๆ ก่อน (มาตรา 74 วรรคหนึ่ง) ต่อเมื่อสังคมมีความพร้อม อาจผลักดันให้มีกลไกทำงานอย่างอิสระเป็นการเฉพาะต่อไปได้

การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมใน (5) ก็มีความสำคัญอย่างมาก เพราะจะเป็นการทำให้เกิดการร่วมรับรู้ ร่วมทำ ร่วมตัดสินใจระหว่างฝ่ายผู้ให้บริการกับฝ่ายประชาชน จะทำให้เกิดความสมานฉันท์ และอยู่ร่วมกันอย่างผาสุกของคนในสังคม ซึ่งตรงนี้เป็นจุดเด่นของสังคมไทยมาตั้งแต่อดีต ควรได้รับการขยายเสริม ถ้าปราศจากกระบวนการมีส่วนร่วมที่ดี ปรากฏการณ์ที่ต่างฝ่ายต่างอยู่ ต่างฝ่ายต่างทำ ต่างฝ่ายต่างเรียกร้องและเผชิญหน้ากันก็จะเกิดมากขึ้นตามมา ซึ่งจะไม่เกิดผลดีกับทุกคน

ม.74 เนื่องจากการปรับเปลี่ยนการจัดบริการสาธารณสุข (health service re-orientation) เป็นเรื่องใหญ่และยากมาก จึงจำเป็นต้องกำหนดให้ คสช. จัดกลไกเฉพาะเพื่อที่จะได้ทำงานกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ได้อย่างถูกต้องแม่นยำและนำไปสู่สิ่งที่ดีกว่าอย่างได้ผล

สำหรับเรื่องระบบการพัฒนาและรับรองคุณภาพบริการสาธารณสุข ก็เป็นอีกเรื่องหนึ่งที่มีความสำคัญมาก เพราะมีผลทั้งต่อการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการและมีผลต่อการคุ้มครองผู้บริโภคโดยตรง ควรมีกลไกดูแลเรื่องนี้แยกออกมาเป็นการเฉพาะ จึงกำหนดว่าให้มีการออกกฎหมายเฉพาะ

ส่วนที่ 4

ม.75-77 ในอดีตที่ผ่านมา เมื่อประเทศไทยรับการแพทย์ตะวันตกเข้ามาอย่างเต็มตัว การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพเพื่อดูแลสุขภาพซึ่งเคยเป็นวิถีชีวิตในอดีตก็ค่อยๆ ถูกลดความสำคัญลง จนแทบจะหมดไป การออกกฎหมายต่างๆ ในอดีตมีผลทำให้การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นกลายเป็นของไม่ถูกต้อง ในช่วง 10 - 20 ปีหลังนี้ มีความพยายามฟื้นฟูเรื่องภูมิปัญญาแพทย์แผนไทยกลับมาใช้ มีการออกกฎหมายรองรับ ซึ่งเป็นเรื่องที่ดี แต่ก็ยังไม่ครอบคลุมภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพทั้งหมด

รัฐธรรมนูญ ม.46 กำหนดสิทธิการรวมตัวกันเพื่ออนุรักษ์หรือฟื้นฟูภูมิปัญญาท้องถิ่น จึงได้กำหนดสาระสำคัญในส่วนนี้เพื่อใช้เป็นฐานรองรับการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพต่อไปในอนาคต

ม.75 กำหนดหลักการและทิศทางการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ โดยเน้นเพื่อรองรับการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ และการเพิ่มทางเลือกให้กับประชาชน

(ร่างที่ 1 9 เมษายน 2546)

การบริการสาธารณสุขกับการแสวงหากำไร

วิโรจน์ ณ ระนอง¹

1. ความเป็นมา

ประเด็นหนึ่งใน ร่าง พรบ. สุขภาพแห่งชาติ ที่มีการอภิปรายกันอย่างกว้างขวาง และมีเสียงคัดค้านจากผู้ประกอบวิชาชีพและผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนบางส่วน¹ ก็คือ มาตรา 71 ซึ่งกำหนดไว้ว่า "การบริการสาธารณสุข .. [จะต้อง] ไม่เป็นไปเพื่อการแสวงหากำไรเชิงธุรกิจ"

ที่มาของมาตรานี้เกิดจากความห่วงใยของหลายฝ่ายที่เห็นว่าระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยในช่วงสามถึงสี่ทศวรรษที่ผ่านมามีทิศทางที่ไปสู่การแสวงหากำไรมากขึ้น และเห็นว่า เป็นทิศทางที่ผิดแผกไปจากทิศทางที่ควรจะเป็น การแสดงความเห็นในแนวนี้นปรากฏอยู่บ่อยครั้งในกระบวนการรับฟังความคิดเห็นของ สป.ร. ในช่วงปี 2543-44 และในเวทีรับฟังความคิดเห็นระดับชาติ ซึ่งจัดขึ้นในระหว่างวันที่ 1-5 กันยายน 2544 นั้น ภาควิชาต่างๆ ได้ร่วมกัน "คำประกาศข้อเสนอต่อการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติโดยผู้แทนจากภาควิชาต่างๆ" ซึ่งในท้ายข้อ 5 ระบุเอาไว้ว่า "เรื่องสุขภาพต้องไม่เป็นไปเพื่อการค้ากำไร" และประเด็นนี้ก็ได้อุทธรณ์เข้ามาในร่าง พรบ.สุขภาพแห่งชาติ ฉบับปัจจุบัน

การที่ภาควิชาต่างๆ และกลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพบางส่วนมีความเห็นที่แตกต่างกันในประเด็นนี้ ซึ่งถือได้ว่าเป็นประเด็นใหญ่ในเรื่องการกำหนดทิศทางของระบบบริการสุขภาพ ทำให้ควรมีการสรุปประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจากมุมมองทางวิชาการ เพื่อที่จะเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจในเรื่องนี้โดยผู้ที่เกี่ยวข้องต่อไป

ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย และคณะทำงานวิชาการเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ สถานที่ติดต่อ: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย 565 ซอยเทพลีลา ถนนรามคำแหง เขตวังทองหลาง กทม. 10310 โทรศัพท์: 02-718-5460 ต่อ 338 หรือ 01-382-7846 โทรสาร: 02-718-5461-2 e-mail: virojtdri@yahoo.com หรือ naranong@econ.yale.edu ความเห็นในบทความนี้เป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน และไม่จำเป็นต้องสะท้อนจุดยืนของสถาบันหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแต่อย่างใด

¹ ตัวอย่างเช่น บทความของ นพ.ชาติวีร์ ดวงเนตร ในหนังสือพิมพ์ผู้จัดการ วันที่ 10 กันยายน 2545

2. วัตถุประสงค์

บทความนี้เสนอ concept ในประเด็นเรื่องระบบบริการสาธารณสุขกับการแสวงหากำไร โดยนำเสนอข้อพิจารณาเชิงวิชาการในด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเน้นมุมมองในทางเศรษฐศาสตร์การเมืองและเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข และประยุกต์กับปัญหาและสถานการณ์ที่เป็นจริงของประเทศไทย และในตอนสุดท้ายเป็นการสรุปและเสนอมุมมองของผู้เขียนเกี่ยวกับนโยบายที่ควรนำไปใช้ใน พรบ.สุขภาพ หรือกฎหมายและกฎระเบียบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

3. ความหมายและความคลุมเครือของแนวคิดเรื่อง "กำไร"

ความหมายของคำว่า "กำไร" ซึ่งเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปคือ ส่วนต่างของของรายรับและต้นทุนการผลิต หรือเขียนเป็นสมการได้ว่า

$$\text{กำไร} = \text{รายรับ} - \text{ต้นทุน}$$

ความหมายของกำไรที่กล่าวมาข้างต้นดูจะเป็นสิ่งที่เข้าใจได้ง่ายและใช้กันทั่วไป และสอดคล้องกับความหมายของคำว่า "กำไร" ในทางบัญชี และกับความเข้าใจของคนทั่วไป (นักเศรษฐศาสตร์ใช้คำว่า "กำไร" ในความหมายที่แตกต่างออกไปบ้าง ซึ่งบทความนี้จะกล่าวถึงภายหลังในตอนที 4) อย่างไรก็ตาม การใช้นิยามของคำว่ากำไรตามแนวทางข้างต้นมีปัญหอย่างน้อยสองประการคือ

1. "กำไร" ตามนิยามนี้ มีความแตกต่างกันในกรณีและผู้ดำเนินกิจการเป็นหรือไม่เป็นเจ้าของปัจจัยการผลิต

กำไรตามนิยามนี้มีความหมายหรือความครอบคลุมที่เปลี่ยนแปลงไปในสถานการณ์ที่ต่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ผู้ดำเนินกิจการเป็นหรือไม่เป็นเจ้าของปัจจัยการผลิต ปัญหานี้จะเข้าใจได้ง่ายขึ้นเมื่อใช้ตัวอย่างที่เป็นรูปธรรม สังคมไทยเป็นสังคมที่มักมีผู้อ้างถึงชาวนาอยู่บ่อยๆ ผู้เขียนจึงขอยกกรณีชาวนามาเป็นตัวอย่าง (และผู้อ่านจะเห็นได้ต่อไปว่าตัวอย่างที่จะกล่าวถึงเหล่านี้เป็นตัวอย่าง (analogy) ที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับระบบบริการสาธารณสุขได้ดีพอสมควร) โดยจะแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของ "กำไร" ตามนิยามนี้ในสี่กรณี โดยในแต่ละกรณีนั้น จะเปรียบเทียบกรณีย่อยๆ ที่มีกิจกรรมการผลิตที่เหมือนกันและภายใต้ปัจจัยแวดล้อมต่างๆ ที่เหมือนกันทุกประการ (ceteris paribus) จะแตกต่างกันก็เฉพาะปัจจัยที่กล่าวถึงในแต่ละกรณีเท่านั้น

- กรณีที่ 1 ชาวนาที่มีที่ดินเป็นของตนเองจะมีกำไรมากกว่าชาวนาที่มีปัจจัยอื่นๆ และภาวะแวดล้อมอื่นๆ ที่เหมือนกันทุกประการ ยกเว้นแต่ชาวนาที่ไม่มีที่ดินทำกินเป็นของตนเองมีรายจ่ายส่วนที่เป็นค่าเช่าที่ดินเพิ่มขึ้นมา ทำให้มี "กำไร" น้อยกว่าชาวนารายแรก
- กรณีที่ 2 ชาวนาที่ใช้แต่แรงงานในครอบครัวในการทำนาจะมีกำไรมากกว่าชาวนาที่มีปัจจัยอื่นๆ และภาวะแวดล้อมอื่นๆ ที่เหมือนกันทุกประการ ยกเว้นแต่มีแรงงานในครอบครัวไม่เพียงพอ ทำให้ต้องมีการจ้างแรงงานภายนอกเข้ามาช่วยทำนาเป็นบางส่วน ทำให้มีรายจ่ายส่วนที่เป็นค่าจ้างเพิ่มขึ้นมา (ซึ่งโดยทั่วไปแล้ว ค่าจ้างในกรณีนี้จะเป็นค่าจ้างรายวัน)
- กรณีที่ 3 ชาวนาในกรณีที่สองกลุ่มหลัง ซึ่งมีแรงงานในครอบครัวไม่เพียงพอ ที่เลือกที่จะใช้วิธี "เอาแรง" หรือ "ลงแขก" ในการแก้ปัญหาการมีแรงงานไม่เพียงพอ จะมีกำไรมากกว่าชาวนาที่มีปัจจัยอื่นๆ และภาวะแวดล้อมอื่นๆ ที่เหมือนกันทุกประการ แต่เลือกให้วิธีจ้างแรงงานจากภายนอกมาเสริมในช่วงที่ขาดแคลนแรงงาน (เช่น ในช่วงที่ดำนาและเก็บเกี่ยว) ถึงแม้ว่าในความเป็นจริงแล้ว แรงงานภายในครอบครัวก็ออกไปรับจ้างดำนาหรือเกี่ยวข้าวให้กับชาวนาคนอื่นๆ ในวันที่ไม่ได้ไม่ได้ดำนาหรือเกี่ยวข้าวในนาของตนเองด้วยก็ตาม
- กรณีที่ 4 เจ้าของที่ดิน (หรือบริษัท) ที่ไม่ได้มีถิ่นพำนักอยู่ในพื้นที่ แต่มีความประสงค์ที่จะทำนาโดยใช้วิธีจ้างผู้จัดการ (ซึ่งเป็นอดีตชาวนาในพื้นที่) มาทำหน้าที่จัดการเกี่ยวกับการทำนาทั้งหมด จะมีกำไรน้อยกว่าในกรณีที่ผู้จัดการคนเดียวกันเป็นเจ้าของและทำนาผืนเดียวกันโดยใช้วิธีจัดการที่เหมือนกันเนื่องจากเจ้าของที่ดินจะต้องค่าตอบแทน

แทนในการจัดการ (ซึ่งอาจจะอยู่ในรูปเป็นค่าจ้าง เงินเดือน ส่วนแบ่งผลผลิต หรือ "ส่วนแบ่งกำไร" ฯลฯ ตามแต่ที่จะตกลงกันในสัญญาจ้าง)

จากตัวอย่างในทั้งสี่กรณีข้างต้น จะเห็นได้ว่านิยามของคำว่า "กำไร" ที่ใช้กันตามความเข้าใจของคนทั่วไปนั้นยังมีความคลุมเครือ ทั้งนี้ ในสี่กรณีที่ยกขึ้นมาเป็นตัวอย่างนี้ "กำไร" มีความสัมพันธ์กับวิธีคิด (และวิธีจ่าย) ค่าตอบแทนให้แก่เจ้าของปัจจัยการผลิตต่างๆ ด้วย โดยในกิจกรรมชุดเดียวกันและมีรายรับเท่ากันนั้น มีโอกาสที่จะเป็นกิจกรรมที่มีกำไรมากน้อยต่างกัน ซึ่งจะขึ้นกับความเป็นเจ้าของปัจจัยการผลิต (ownership of factor/means of production) การใช้ปัจจัยการผลิตของตนเอง (own use) ด้วย

ในกรณีของบริการสาธารณสุขนั้น บุคลากรด้านสาธารณสุข (โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์) จะเข้ามามีส่วนในการบริการในระดับต่างๆ กัน เช่น รับจ้างทำงานเต็มเวลาในสถานพยาบาลของรัฐและหรือเอกชน เปิดคลินิกส่วนตัว (เต็มเวลาหรือควบคู่ไปกับการทำงานที่สถานพยาบาล) หรือเปิดโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งในกรณีที่แพทย์เปิดคลินิกเองนั้น "กำไร" จากการดำเนินกิจการเหล่านี้จะรวมค่าตอบแทนส่วนที่เป็นค่าแรง (หรือ "ค่าฝีมือ") ของบุคลากร ค่าบริหารจัดการ กำไรจากการขายยา และในบางกรณีก็อาจรวมค่าตอบแทนจากการใช้สถานที่ (เช่น สถานที่ของแพทย์ที่ใช้เปิดเป็นคลินิก) และค่าใช้จ่ายอื่นๆ เช่น ค่าน้ำ ค่าไฟ ฯลฯ อยู่ในนั้นด้วย แต่ในกรณีของคลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชนที่เจ้าของใช้วิธีจ้างผู้บริหาร แพทย์ และเจ้าหน้าที่ทั้งหมด และใช้วิธีกู้เงิน (หรือระดมเงินทุนจากผู้อื่น) มาดำเนินกิจการ และใช้วิธีเช่าที่ดินและอาคารในการดำเนินกิจการนั้น ค่าตอบแทนเหล่านี้จะกลายเป็นค่าใช้จ่ายทั้งในรูปค่าจ้าง (และค่าแพทย์) ค่าเช่า (และสาธารณูปโภค) และดอกเบี้ย เป็นต้น โดย "กำไร" ที่สถานพยาบาลเหล่านี้ได้รับจะต้องหักค่าตอบแทนเหล่านี้ออกเสียก่อน เมื่อเป็นเช่นนั้น จึงไม่แปลกอะไรที่แต่ในกรณีของคลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชนขนาดเล็กที่แพทย์เป็นเจ้าของเองอาจมี "กำไร" ค่อนข้างมาก (โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเทียบเป็นสัดส่วนของเงินลงทุน) ในขณะที่โรงพยาบาลที่อยู่ในตลาดหลักทรัพย์ (ซึ่งเจ้าของคือผู้ถือหุ้น) หลายแห่งประสบกับการขาดทุน²

ในแง่หนึ่ง การที่เจ้าของปัจจัยการผลิตได้ค่าตอบแทนมากกว่าผู้ที่ไม่ใช่เจ้าของปัจจัยการผลิตอาจไม่ใช่เรื่องแปลกในสายตาของคนทั่วไป แต่การที่ค่าตอบแทนสำหรับเจ้าของปัจจัยการผลิตต่างๆ เช่น ค่าจ้าง ดอกเบี้ย และกำไร เป็นสิ่งที่สลับเปลี่ยนกันได้ (interchangeable) ย่อมทำให้

² ในความเป็นจริงแล้ว สองกรณีนี้ไม่สามารถเปรียบเทียบกันได้โดยตรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงหลังวิกฤติเศรษฐกิจ ซึ่งโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่จำนวนมากประสบกับการขาดทุนเนื่องจากจำนวนผู้ใช้บริการลดลงมาก

การใช้กำไร (ซึ่งมีความหมายที่คลุมเครือในตัวเอง) มาเป็นมาตรวัดหรือเครื่องตัดสินบางสิ่งบางอย่าง อาจก่อให้เกิดความสับสนขึ้นมาได้โดยง่าย

2. ในกิจกรรมชุดเดียวกันนั้น กำไรจะถูกชอยย่อยออกไปเมื่อกิจการถูกแบ่งออกไป หรือถูกรวมเข้ามาเมื่อกิจการมีลักษณะ “ครบวงจร” (integrated)

ในกรณีที่กิจกรรมชุดเดียวกันดำเนินการโดยผู้ประกอบการรายเดียวนั้น “กำไร” จะตกอยู่เป็นของเจ้าของกิจการรายเดียวนั้น แต่ในกรณีที่กิจกรรมชุดเดียวกันถูกชอยย่อยออกไปดำเนินการโดยผู้ประกอบการหลายราย “กำไร” ก็จะกระจายออกไปด้วย ตัวอย่างเช่น ในกระบวนการนำข้าวเปลือกจากชาวนามาแปรรูปเป็นข้าวสารขายให้ผู้บริโภคนั้น จะประกอบด้วยขั้นตอนย่อยๆ หลายขั้นตอนที่อาจดำเนินการโดยผู้ประกอบการรายเดียวหรือหลายรายก็ได้ ทั้งนี้ บริษัทธุรกิจการเกษตรบางบริษัทใช้วิธีรับซื้อข้าวจากชาวนามาสีในโรงสีของตนเองขายให้ร้านค้าหรือห้างสรรพสินค้า ในขณะที่ในพื้นที่ปลูกข้าวส่วนใหญ่จะมีพ่อค้าคนกลางรับซื้อข้าวจากชาวนามาขายให้โรงสี เมื่อโรงสีสีข้าวแล้วก็ขายข้าวสารให้พ่อค้าส่งซึ่งจะไปขายให้ร้านค้าต่อไป ซึ่งในกรณีหลังนี้จะมีผู้ประกอบการหลายรายอยู่ในวงจรนี้ และถ้าเราพิจารณาต่อไปก็จะเห็นได้ไม่ยากว่า สำหรับโรงสีซึ่งโดยตัวเองเป็นโรงงานแปรรูปข้าวเปลือกนั้น แต่ในประเทศไทยนั้น นอกจากโรงสีขนาดเล็กแล้ว โรงสีแทบทุกโรงใช้วิธีซื้อข้าวเปลือกเข้ามาสีแล้วขายเป็นข้าวสารแทบทั้งสิ้น มีโรงสีจำนวนน้อยมากที่รับจ้างสีข้าวแต่เพียงอย่างเดียว ดังนั้น ในทางปฏิบัติแล้ว โรงสีที่มีความสามารถในการสีข้าวได้คุณภาพดีหรือมีต้นทุนในการสีข้าวต่ำ อาจจะมีโอกาสที่จะประสบความสำเร็จ (หรือมีโอกาสที่จะอยู่รอดในระยะยาว) น้อยกว่าโรงสีที่มีคุณภาพต่ำและต้นทุนสูงแต่ผู้ประกอบการมีความรอบรู้ในตลาดข้าวและประสบความสำเร็จในการเก็งราคาข้าวมากกว่า

การที่กิจการบางกิจการทำกิจกรรมหลายอย่างพร้อมกันนั้น มีเหตุผลหลายประการ เช่น การที่โรงสีในประเทศไทยมาทำหน้าที่เป็นพ่อค้าข้าวด้วยนั้นอาจเป็นเพราะความไม่สมบูรณ์ของตลาดทุนและการไม่มีตลาดล่วงหน้า นอกจากนี้ในหลายกรณีการรวมกิจกรรมหลายอย่างเข้าด้วยกันช่วยให้ประหยัดต้นทุนในการทำธุรกรรมหลายด้านลงได้

ในเชิง “กำไร” นั้น ในกิจการที่ชอยย่อยออกไปนั้น “กำไร” จะกระจายออกไปสู่ผู้ประกอบการหลายๆ ราย ในแง่นี้ กิจการที่ “ครบวงจร” ซึ่งรวมศูนย์ “กำไร” เข้ามาในกิจการเดียวกัน มีโอกาสที่จะทำกำไรได้มากกว่าผู้ประกอบการย่อยแต่ละราย³ (รวมทั้งปัจจัยการผลิตในกิจกรรม

³ อย่างไรก็ตาม ถ้าคิดจาก “กำไร” ในทางบัญชี (ซึ่งรวมค่าตอบแทนแรงงานและการบริหารของเจ้าของกิจการอยู่ด้วยนั้น) ก็เป็นไปได้ว่า กำไรจากผู้ประกอบการรายย่อยๆ รวมกันแล้วอาจจะมากกว่ากำไรของบริษัทครบวงจร (ซึ่งต้องจ่ายค่าจ้างให้กับผู้บริหารในกิจกรรมย่อยๆ เหล่านั้น)

หนึ่งอาจจะสามารถนำมาใช้ในกิจกรรมอื่นได้ด้วย หรืออีกนัยหนึ่งมี economy of scope)⁴ ในกรณีนี้ การที่ธุรกิจหนึ่งมีกำไรมากขึ้นจากการทำกิจกรรมหลายอย่างไม่น่าเป็นปัญหาในตัวของมันเอง เพราะกำไรที่เพิ่มขึ้นส่วนหนึ่งมาจากการลงทุนที่มากขึ้น และมีส่วนหนึ่งที่มาจากประสิทธิภาพที่เพิ่มขึ้นที่เกิดการประหยัดจากการทำกิจกรรมหลายอย่างด้วยกัน สิ่งที่จะเป็นกังวลก็คือกิจการ “ครบวงจร” ขนาดใหญ่เหล่านี้จะมีอำนาจเหนือตลาดหรือไม่ จะสามารถถดถอยกับผู้ผลิต (เกษตรกร) และเฝ้าราคาเอากับผู้บริโภคหรือไม่ ซึ่งในหลายประเทศก็จะมีกรอบกฎหมายป้องกันการผูกขาดที่ออกมาเพื่อควบคุมกิจการเหล่านี้

ตัวอย่างหนึ่งของการใช้อำนาจเหนือตลาดคือ กรณีผูกสินค้าหรือบริการหลายๆ อย่างเข้าด้วยกัน (tie-in sale) กรณีหนึ่งที่ถูกยกมาเป็นตัวอย่างอยู่บ่อยๆ คือกรณีขายเหล้าฟ่งเบียร์ของบริษัทแห่งหนึ่ง⁵ กรณีที่แพทย์ขายยาพร้อมกับการตรวจรักษาก็เป็นอีกกรณีหนึ่งที่ได้รับความสนใจในหลายประเทศ เนื่องจากมีความกังวลว่าการที่แพทย์มีผลประโยชน์จากขายยาอาจมีผลต่อดุลยพินิจในการเลือกสั่งยาของแพทย์ และในกรณีที่แพทย์มีรายได้จากการขายยาอย่างเดียว (โดยไม่คิดค่าตรวจรักษา) ก็มีความกังวลว่าอาจทำให้แพทย์มีแรงจูงใจในการสั่งจ่ายยามากเกินความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่มีกำลังซื้อสูงและอาจสั่งจ่ายยาน้อยเกินความจำเป็นสำหรับสำหรับผู้ป่วยที่มีกำลังซื้อต่ำ (ซึ่งในทั้งสองกรณีอาจมีผลเสียต่อผู้ป่วย) และในหลายประเทศพยายามจะให้แยกบทบาทของการตรวจรักษาและการขายยาออกจากกันเพื่อป้องกันปัญหาการทับซ้อนของผลประโยชน์ในเรื่องนี้⁶

การที่แพทย์จำนวนมาก (โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์ที่เปิดคลินิก) เลือกใช้วิธีคิดแต่ค่ายาโดยไม่คิดค่าตรวจเป็นภาพสะท้อนประการหนึ่งของภาพความคาดหวัง (expectation) ของทั้งผู้ป่วยและแพทย์ที่มีมาเป็นเวลานาน ซึ่งเป็นภาพของผู้มีความรู้ใช้วิชาความรู้ในการช่วยเหลือคนไข้ โดยคนไข้จะเสียค่าใช้จ่ายเฉพาะในส่วน of ค่ายาและวัสดุอุปกรณ์ที่แพทย์ต้องไปซื้อหา ไม่ใช่เป็นการ “ซื้อเวลา” หรือ “ซื้อบริการ” (ซึ่งเป็นศัพท์ที่มักจะใช้กับบริการอื่นๆ ที่ไม่ได้รับการยกย่องมากเท่ากับวิชาชีพแพทย์) ทั้งที่ในความเป็นจริงแล้ว ทุกฝ่ายจะยอมรับกันว่าค่ายาที่ซื้อจากแพทย์ (หรือจากโรงพยาบาล) มักจะสูงกว่าค่ายาที่ผู้ป่วยสามารถซื้อจากร้านขายยา ในอดีต คลินิกและ

⁴ แต่ในขณะเดียวกัน การขยายกิจการออกไปครอบคลุมธุรกิจที่ตนไม่ชำนาญ (เช่น การสนับสนุนให้ชาวนารวมตัวกันขึ้นเป็นสหกรณ์การเกษตรและตั้งโรงสีขึ้นมาสืข้าวและขายข้าวแข่งกับพ่อค้า หรือแม้แต่แพทย์ที่ผันตัวเองมาเป็นผู้บริหารโรงพยาบาล) ก็อาจมีความเสี่ยงที่จะขาดทุนเช่นกัน

⁵ แต่ไม่ได้หมายความว่า การขายสินค้าเป็นชุด (package) จะเป็นผลของการใช้อำนาจผูกขาดหรือจะทำให้ผู้บริโภคต้องซื้อสินค้าในราคาแพงขึ้นเสมอไป ในบางธุรกิจ (เช่น การท่องเที่ยวระหว่างประเทศ) นักท่องเที่ยวอาจจะสามารถซื้อบริการเป็นชุดได้ในราคาที่ต่ำกว่าการแยกซื้อบริการเป็นชิ้นๆ ไป

⁶ กรณีที่ไม่นานมานี้คือประเทศเกาหลีใต้ ซึ่งมาตรการดังกล่าวก่อให้เกิดการประท้วงถึงขั้นนัดหยุดงานของแพทย์

โรงพยาบาลหลายแห่งใช้วิธีสั่งยาที่ทำขึ้นพิเศษจากโรงงานโดยเฉพาะเพื่อไม่ให้เหมือนกับยาในท้องตลาด⁷ จนถึงทุกวันนี้ คลินิกหลายแห่งก็ยังคงปกปิดชื่อยา และฉีกทำลายบรรจุภัณฑ์เดิมออก (ซึ่งนอกจากจะเพิ่มความเสี่ยงในการจ่ายยาผิดหรือยาที่หมดอายุแล้ว ในบางกรณีอาจมีผลต่อความคงตัวและการเสื่อมคุณภาพของยาอีกด้วย) ทำให้น่าเชื่อได้ว่า อย่างน้อยสำหรับแพทย์จำนวนหนึ่ง แรงจูงใจเชิงเศรษฐกิจในกรณีนี้มีผลต่อพฤติกรรมของแพทย์ในทิศทางที่ทฤษฎีทางเศรษฐศาสตร์ทำนายเอาไว้จริง

ในแง่นี้ ประเด็นเรื่องกำไรจากการรวมกิจการการตรวจรักษาและการขายยามาอยู่ที่แพทย์ (หรือโรงพยาบาล) ซึ่งอาจจะทำให้แพทย์ที่ขายยาที่คลินิกมีกำไรมากกว่าในกรณีที่การแยกสองกิจกรรมออกจากกันนั้น อาจจะไม่ใช่ประเด็นที่สำคัญมากเท่ากับประเด็นเรื่องผลดีและผลเสียของการรวมหรือการแยกที่มีต่อผู้ป่วย และประเด็นเรื่องควรมีหลักประกันเชิงระบบในการคุ้มครองผู้บริโภคที่นอกเหนือไปจากการพึงจรรยาและสำนึกของแพทย์เท่านั้นหรือไม่

4. ความเป็นเจ้าของ การบริหาร และวัตถุประสงค์ของกิจการ (Ownership, Control, and Objective of the Firm)

ผู้ที่ห่วงใยในเรื่องทิศทางการพัฒนาของบริการสาธารณสุขของไทยที่กำลังเปลี่ยนแปลงไปสู่การแสวงหากำไรเชิงธุรกิจมักจะชี้ถึงปัจจัยภายนอกประการหนึ่งคือ การที่หุ้นของโรงพยาบาลขนาดใหญ่หลายแห่งได้ถูกนำเข้ามาซื้อขายในตลาดหลักทรัพย์ ซึ่งคงจะเป็นที่ยอมรับกันว่า "นักลงทุน" ที่มาซื้อหุ้นโรงพยาบาลเหล่านี้คงจะสนใจเรื่องกำไรและเงินปันผลมากกว่างานด้านการรักษาพยาบาล กรณีเช่นนี้ทำให้บางฝ่ายมีความเห็นว่าโรงพยาบาลกำลังพัฒนาไปสู่ความเป็นธุรกิจที่แสวงหากำไรสูงสุดเหมือนกับธุรกิจอื่นๆ โดยทั่วไป และย้ำถึงความสำคัญของแนวโน้มประการนี้โดยเปรียบเทียบให้เห็นว่า ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะมีสถานศึกษาของเอกชนอยู่หลายแห่ง แต่ก็ยังไม่มีสถานศึกษาแห่งใดที่ถูกนำไปเข้าตลาดหลักทรัพย์เลย

การพิจารณาประเด็นนี้ คงจะต้องทำความเข้าใจกับวิวัฒนาการของธุรกิจ ซึ่งมักจะเริ่มต้นเป็นกิจการขนาดเล็กเป็นกิจกรรมในครัวเรือนซึ่งเจ้าของกิจการมักจะเป็นผู้ประกอบการหรือผู้บริหารด้วย เมื่อกิจการขยายขึ้นก็มักมีความจำเป็นต้องจ้างบุคคลภายนอกเข้ามาเป็น ลูกจ้าง แรงงานที่มีทักษะเฉพาะด้าน (professionals/specialist) ผู้จัดการ และผู้บริหาร ในด้านความเป็นเจ้า

⁷ จากประสบการณ์ของผู้เขียนเองในอดีต โรงพยาบาลเอกชนที่เคยเป็นโรงพยาบาลที่มีชื่อเสียงมากที่สุดแห่งหนึ่งถึงกับสั่งทำยาบางตัว (เช่น วิตามิน บี รวม และ Diazepam) เป็นสองสี เพื่อเพิ่มทางเลือกในการจ่ายยาของแพทย์ และในหลายกรณีแพทย์ที่สั่งจ่ายยาจะระบุมาด้วยว่าเป็น วิตามินบีรวม สีเขียวหรือสีม่วง เป็นต้น และพบว่าแพทย์ในโรงพยาบาลดังกล่าวจ่ายยาสองตัวนี้บ่อยมากจนชวนสงสัยว่าเป็นการจ่ายยาที่เกินความจำเป็นด้วยเหตุผลอื่นที่นอกเหนือจากเหตุผลทางการแพทย์หรือไม่

ของนั้น เมื่อกิจการขยายออกไป เจ้าของก็มักจะต้องหาทุนมาเพิ่ม ซึ่งถ้าไม่ใช่จากการกู้ยืม ก็มักจะ ต้องอาศัยการระดมทุนจากหุ้นส่วน ซึ่งในช่วงแรกๆ หุ้นส่วนมักเป็นญาติพี่น้องหรือเพื่อนฝูงที่รู้จัก กันดี แต่เมื่อกิจการขยายใหญ่จนเป็นที่รู้จักของสาธารณะดี กิจการก็อาจจะมีการระดมทุนจากผู้ที่ไม่รู้จักหรือคุ้นเคยด้วย เช่น โดยการนำกิจการเข้าสู่ตลาดหลักทรัพย์ และในบางกรณีเจ้าของกิจการอาจเป็นมูลนิธิหรือองค์กรที่มีวัตถุประสงค์แตกต่างกันออกไป

ในกิจการที่เจ้าของและผู้ดำเนินการเป็นบุคคลเดียวกันหรืออยู่ในครัวเรือนเดียวกันนั้น มัก จะไม่มีปัญหาเรื่องความแตกต่างของเป้าหมายในการดำเนินกิจการ แต่เมื่อกิจการขยายออกไป บางครั้งเป้าหมายของผู้บริหาร/ผู้ดำเนินการก็อาจจะแตกต่างจากเป้าหมายของหุ้นส่วนคนอื่นๆ หรือเป้าหมายของผู้บริหารมืออาชีพที่เข้ามาบริหารก็อาจจะแตกต่างจากเป้าหมายของเจ้าของกิจการและหุ้นส่วน (รวมทั้งผู้ถือหุ้นของกิจการในตลาดหลักทรัพย์) และในระหว่างผู้ถือหุ้นด้วยกัน เป้าหมายของผู้ถือหุ้นใหญ่ (ซึ่งมักมีอำนาจในการบริหารด้วย) ก็อาจจะแตกต่างจากผู้ถือหุ้นราย ย่อยๆ ที่ถือหุ้นของกิจการจากตลาดหลักทรัพย์ และในกรณีที่เจ้าของกิจการเป็นมูลนิธิหรือองค์กร ด้านศาสนาหรือองค์กรการกุศลที่มีวัตถุประสงค์ไม่แสวงหากำไรนั้น ผู้บริหารที่องค์กรจ้างมา บริหารโรงพยาบาลก็อาจจะมีเป้าหมายที่แตกต่างจากองค์กรด้วยเช่นกัน

เป็นที่น่าสังเกตว่า บริการสาธารณสุขภาคเอกชนขนาดย่อม (เช่น คลินิก ร้านขายยา และ โรงพยาบาลเอกชนขนาดเล็ก) ที่เปิดดำเนินการโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขในประเทศกำลัง พัฒนาหลายประเทศมักเกิดขึ้นเพื่อเป็นแหล่งรายได้เสริมหรือรายได้หลักของบุคลากรเหล่านั้น (ไม่ว่าจะเรียกว่า "กำไร" หรือไม่ก็ตาม) ส่วนสถานพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ (ไม่ว่าเจ้าของกิจการจะเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขหรือไม่) ก็มักจะมีวัตถุประสงค์ในการแสวงหากำไรเป็นวัตถุประสงค์ หลักหรือวัตถุประสงค์ที่สำคัญทั้งสิ้น ไม่ว่าโรงพยาบาลนั้นจะเข้าไประดมทุนจากตลาดหลักทรัพย์ หรือไม่ จะมีข้อยกเว้นก็เฉพาะโรงพยาบาลที่ก่อตั้งโดยมูลนิธิหรือองค์กรด้านศาสนาหรือองค์กรการ กุศลที่มีวัตถุประสงค์ไม่แสวงหากำไรบางแห่งเท่านั้น

ในแง่นี้ ถึงแม้ว่าเราอาจจะเชื่อได้ว่า "นักลงทุน" หรือผู้ถือหุ้นรายย่อยที่มาถือหุ้นโรงพยาบาลเหล่านี้คงจะสนใจเรื่องกำไรและเงินปันผลมากกว่างานด้านการรักษาพยาบาล แต่เราก็ ไม่มีหลักฐานใดใดที่จะมาพิสูจน์ (หรือไม่มีแม้แต่ทฤษฎีใดใดที่จะมาชี้แนะ) ว่าสำหรับโรงพยาบาลที่ไม่ได้เข้าตลาดหลักทรัพย์ที่แพทย์เป็นเจ้าของหรือหุ้นส่วนทั้งหมด หรือแม้กระทั่งคลินิกเอกชนที่ แพทย์เปิดกันทั่วไป หรือแพทย์ที่ไปทำงานในโรงพยาบาลเอกชนต่างๆ นั้น จะให้ความสำคัญกับ กำไรหรือค่าตอบแทนน้อยไปกว่านักลงทุนในตลาดหลักทรัพย์ เพราะในการคัดเลือกผู้ที่จะมาเป็น

แพทย์เองนั้น ก็ไม่ได้เคยใช้จริยธรรมมาเป็นเกณฑ์ในการคัดเลือกแต่อย่างใด^๘ และถึงแม้ว่าในกระบวนการเรียนการสอนและในวงสาธารณะ เรามักจะพบว่าแพทย์อาวูโสจำนวนหนึ่งมักออกมาอ้างจริยธรรมและการเสียสละอยู่บ่อยๆ^๙ แต่เราก็ไม่มีหลักฐานว่าความพยายามเหล่านี้ส่งผลต่อแพทย์ทั่วๆ ไปมากนักยิ่งยวด และในสังคมไทยมักมีการอบรมสั่งสอนให้คนทำความดีทางสื่อโทรทัศน์ วิทยุ เทคนิในงานต่างๆ รวมไปถึงการอบรมสั่งสอนโดยผู้นำต่างๆ เป็นประจำนั้น ถ้าการอบรมสั่งสอนของแพทย์อาวูโสหรืออาจารย์แพทย์สามารถช่วยยกระดับคุณธรรมและจริยธรรมของแพทย์ได้จริง เราก็น่าจะเชื่อได้ว่าการอบรมสั่งสอนตามสื่อต่างๆ ก็คงสามารถช่วยยกระดับคุณธรรมและจริยธรรมของประชาชนทั่วไปได้เช่นกัน ดังนั้น ถ้าเราเชื่อว่าแพทย์ส่วนใหญ่เป็นพลเมืองดีที่มีคุณธรรมและจริยธรรม เราก็ไม่มีเหตุผลใดๆ ที่ชวนให้เชื่อว่าผู้ที่ซื้อหุ้นของโรงพยาบาลในตลาดหลักทรัพย์จะเป็นพลเมืองที่มีคุณธรรมหรือจริยธรรมที่ด้อยไปกว่าแพทย์ผู้ถือหุ้นหรือทำงานอยู่ในโรงพยาบาลที่ปัจจุบันไม่ได้เข้าไปอยู่ในตลาดหลักทรัพย์แต่อย่างใด หรือแม้กระทั่งในกรณีที่เป็นเช่นนั้นจริง โดยทั่วไปแล้วผู้ถือหุ้นรายย่อยกลุ่มนี้ก็ไม่ได้มีโอกาสเข้ามาบริหารโรงพยาบาลแต่อย่างใด ดังนั้น โดยเนื้อหาแล้ว การเข้าไประดมทุนในตลาดหลักทรัพย์โดยการเพิ่มจำนวนหุ้นจะต่างกับการที่โรงพยาบาลไปกู้เงินจากธนาคารก็เพียงแต่ว่าในการเข้าตลาดหลักทรัพย์นั้น เจ้าของหรือผู้ถือหุ้นเดิมของโรงพยาบาลจะเหลือสิทธิ์ในความเป็นเจ้าของน้อยลง (แต่โรงพยาบาลไม่ต้องมีหนี้เพิ่มขึ้นจากการกู้เงิน) และในกรณีที่มีการเข้าตลาดหลักทรัพย์ทำโดยการนำหุ้นของเจ้าของเดิมออกมาขายนั้น ก็จะมีผลแต่เพียงเป็นการเปลี่ยนมือเจ้าของเป็นบางส่วนเท่านั้น ซึ่งในทางปฏิบัติแล้วมักจะกระทบการบริหารและวัตถุประสงค์ของการบริหารโรงพยาบาลแต่อย่างใด (ยกเว้นในกรณีที่การนำหุ้นเข้าสู่ตลาดหลักทรัพย์เป็นการขายหุ้นส่วนใหญ่ออกไปจนมีผลทำให้ผู้ถือหุ้นเดิมสูญเสียอำนาจในการบริหารไปด้วย)

นอกจากการนำหุ้นเข้าสู่ตลาดหลักทรัพย์มักจะไม่ได้ส่งผลต่อการบริหารและวัตถุประสงค์ของโรงพยาบาล (ซึ่งโรงพยาบาลกลุ่มนี้มักจะเป็นโรงพยาบาลที่แสวงหากำไรอยู่แล้ว) ตัวอย่างจากประเทศทุนนิยมที่พัฒนาแล้วดังเช่นสหรัฐอเมริกา ก็ชวนให้ตั้งคำถามว่า วัตถุประสงค์ที่สถานพยาบาลระบุเอาไว้เมื่อก่อนดั่งนั้น มีความสำคัญในทางปฏิบัติมากน้อยแค่ไหน สหรัฐอเมริกาเป็นประเทศที่มีจำนวนโรงพยาบาลที่อยู่ในกลุ่มที่ไม่แสวงหากำไรมากกว่าโรงพยาบาลทั้งของรัฐและ

^๘ การกล่าวถึงประเด็นนี้ในที่นี้ ไม่ได้หมายความว่าผู้เขียนเห็นว่าควรใช้ (หรือสามารถใช้) เกณฑ์ทางด้านจริยธรรมมาเป็นเกณฑ์ในการคัดเลือกนักศึกษาเข้ามาเรียนแพทย์

^๙ แพทย์อาวูโสหลายท่านมักจะเรียกร้องให้แพทย์ (และเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข) มีคุณธรรมและจริยธรรมที่สูงกว่าคนทั่วไป

โรงพยาบาลเอกชนที่แสวงหากำไรรวมกัน¹⁰ ซึ่งจากการศึกษาต่างๆ¹¹ พบว่า โรงพยาบาลกลุ่มที่ไม่แสวงหากำไรมีกระบวนการรักษาพยาบาลและต้นทุน (cost and/or charge) ที่ไม่ได้ต่างจากโรงพยาบาลที่มีวัตถุประสงค์เพื่อแสวงหากำไรมากนัก โรงพยาบาลกลุ่มนี้เก็บค่าบริการต่างๆ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งส่วนที่ไม่ใช่ค่ารักษาโดยตรง) ต่ำกว่าจากโรงพยาบาลที่มีวัตถุประสงค์เพื่อแสวงหากำไรอยู่บ้าง แต่ก็มีผู้ตั้งข้อสังเกตว่าความแตกต่างในเรื่องนี้อาจเกิดจากการที่โรงพยาบาลกลุ่มที่ตั้งขึ้นเพื่อแสวงหากำไรมักจะก่อตั้งอยู่ในพื้นที่ที่มีเศรษฐกิจที่ดีกว่ามากกว่าจะเกิดจากวัตถุประสงค์ที่ต่างกันของโรงพยาบาลสองกลุ่มนี้ ในด้านการสงเคราะห์ผู้ป่วยนั้น มีความแตกต่างกันค่อนข้างมากในแต่ละรัฐ และแตกต่างกันมากในโรงพยาบาลแต่ละกลุ่มด้วย แต่ก็มีการศึกษาที่สรุปว่าโรงพยาบาลกลุ่มที่ไม่ได้แสวงหากำไรมีสถิติการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ไม่ได้ต่างจากโรงพยาบาลที่มีวัตถุประสงค์เพื่อแสวงหากำไรมากนัก (ในบางรัฐจึงมีการออกกฎหมายที่กำหนดให้นำเรื่องนี้มากำหนดเป็นเงื่อนไขในการยกเว้นภาษีให้โรงพยาบาลในกลุ่มที่ไม่แสวงหากำไรด้วย) ในด้านการจ่ายค่าตอบแทนแพทย์และผู้บริหารโรงพยาบาลก็ไม่ได้ต่างจากโรงพยาบาลที่มีวัตถุประสงค์เพื่อแสวงหากำไรเช่นกัน ความแตกต่างที่พบบ้างมักเป็นเรื่องของการลงทุนซึ่งโรงพยาบาลกลุ่มนี้มักมีค่าใช้จ่ายและการลงทุนในด้านอาคารสถานที่ ภูมิทัศน์ และเทคโนโลยีที่ทันสมัยค่อนข้างมากกว่าโรงพยาบาลในกลุ่มที่แสวงหากำไรอยู่บ้าง ซึ่งอาจเป็นผลมาจากข้อได้เปรียบด้านภาษีและจากการที่ไม่ต้องมีการไปแบ่งให้ผู้ถือหุ้น ในด้านคุณภาพของการรักษาพยาบาล ก็ไม่พบความแตกต่างที่ชัดเจนเช่นกัน (ถึงแม้ว่าจะมีการศึกษาที่พบว่าในกรณีของบ้านพักคนชรา นั้น บ้านพักคนชราในกลุ่มที่ไม่แสวงหากำไรจะมีคุณภาพของบริการที่ดีกว่าบ้านพักคนชราที่ตั้งขึ้นมาเพื่อหากำไรก็ตาม)

การที่พฤติกรรมของโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่มค่อนข้างจะใกล้เคียงกันนั้น มีคำอธิบายหลายประการ ประการแรกก็คือ โรงพยาบาลจำนวนมากในสหรัฐอเมริกาตั้งขึ้นเป็นโรงพยาบาลที่ไม่แสวงหากำไรนั้น เกิดจากข้อได้เปรียบด้านภาษี แต่ในด้านการบริหารนั้น แทบทุกโรงพยาบาลในทุกกลุ่มบริหารโดยแพทย์ และอยู่ภายใต้ข้อกำหนดขององค์กรแพทย์ทั้งในระดับประเทศและในระดับท้องถิ่น (เช่น American Medical Association (AMA) และ Medical Society) ที่แทบจะไม่ได้แตกต่างกันเลย ประการที่สอง ในปัจจุบันนั้น ผู้ซื้อบริการ (รวมทั้งบริษัทประกันและนายจ้าง)หันมาให้ความสำคัญกับการควบคุมค่าใช้จ่ายมากขึ้น และใช้กฎเกณฑ์ในการซื้อบริการที่เหมือนๆ

¹⁰ ยิ่งถ้าคิดจากจำนวนเตียงแล้ว โรงพยาบาลกลุ่มที่ไม่แสวงหากำไรจะมีสัดส่วนที่สูงขึ้นไปอีก ดู Feldstein (1999)

¹¹ สรุปโดย Feldstein (1999, Chapter 11)

กันกับ โรงพยาบาล (หรือเครือข่ายโรงพยาบาล) ทุกกลุ่ม ดังนั้น โรงพยาบาลกลุ่มต่างๆ จึงอยู่ในภาวะการแข่งขันและแรงจูงใจทางเศรษฐกิจที่แทบจะไม่ต่างกันเลย

แม้ว่าสิ่งที่เกิดขึ้นในสหรัฐอเมริกาอาจจะไม่เหมือนกับในประเทศอื่นๆ เสมอไป แต่ก็เห็นเป็นเครื่องบ่งชี้ให้เห็นว่า ในระบบทุนนิยมที่เน้นบทบาทของตลาด (ซึ่งเป็นแนวทางเดียวกับที่ประเทศไทยกำลังใช้อยู่) การแข่งขันในตลาดอาจมีส่วนทำให้โรงพยาบาลที่อาจจะเริ่มต้นด้วยวัตถุประสงค์ต่างกันมีพฤติกรรมที่คล้ายคลึงกันที่สุดในที่สุด นอกจากนี้ การที่โรงพยาบาลแต่ละแห่งก็ต้องแข่งขันในการดึงดูดผู้บริหารและแพทย์ที่มีความสามารถมาร่วมงาน (หรือรักษานุคลากรเหล่านี้ให้อยู่กับองค์กร) มีผลทำให้ค่าตอบแทนที่บุคลากรได้รับจากโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่มไม่ได้แตกต่างกันมากนัก ทุกวันนี้ วิชาชีพแพทย์ในสหรัฐอเมริกาก็ยังเป็นวิชาชีพที่มีรายได้สูงเป็นอันดับต้นๆ และถึงแม้ว่าการเรียนแพทย์ในสหรัฐอเมริกา (ซึ่งโรงเรียนแพทย์จะรับนักศึกษาที่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีแล้วเท่านั้น) จะมีค่าใช้จ่ายที่สูงมาก แต่ก็ยังนับเป็นสาขาวิชาชีพที่มีอัตราผลตอบแทนต่อการลงทุน (สำหรับนักศึกษา) สูงกว่าสาขาอื่นๆ เกือบทั้งหมด

5. รายได้ของผู้ประกอบวิชาชีพ

แม้ว่าวัตถุประสงค์หลักของบทความนี้จะอยู่ที่การพิจารณาประเด็นเรื่องบริการสาธารณสุขกับการแสวงหากำไร แต่การที่กำไรและรายได้มีความเชื่อมโยงกันตามที่ได้กล่าวไปแล้วในตอนต้น และในกิจการสมัยใหม่นั้น ค่าตอบแทนส่วนที่เคยอยู่ในรูปของกำไรจะแปรเปลี่ยนไปเป็นค่าจ้างผู้ประกอบวิชาชีพ และค่าตอบแทนในรูปแบบอื่นๆ มากขึ้นเรื่อยๆ และถ้าเราตีความข่าวสาร (message) ที่ภาคีสถิตด้านสุขภาพต่างๆ ต้องการสื่อใน "คำประกาศข้อเสนอต่อการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติโดยผู้แทนจากภาคีต่างๆ" ที่ระบุเอาไว้ว่า "เรื่องสุขภาพต้องไม่เป็นไปเพื่อการค้ากำไร" นั้น ผู้วิจัยเชื่อว่าภาคีสถิตด้านสุขภาพเหล่านี้คงจะหมายความว่า การเก็บค่ารักษาพยาบาลในอัตราที่อาจจะถือได้ว่าสูงเกินเหตุ (หรือสูงกว่า "ต้นทุน" มาก) รวมไปถึงการใช้ความเชื่อถือศรัทธาที่ผู้ป่วยมีต่อบุคลากรด้านสาธารณสุขมาชักจูงหรือชักนำให้ผู้ป่วยผลิตภัณฑ์และบริการต่างๆ ที่มีค่าใช้จ่ายสูงแต่ให้ประโยชน์น้อย (หรือเพิ่มความเสี่ยงให้ผู้บริโภค) ด้วยแรงจูงใจทางการเงินของบุคลากร

ในแง่นี้ การพิจารณาประเด็นเรื่องบริการสาธารณสุขกับการแสวงหากำไรจึงไม่สามารถตีกรอบแคบๆ อยู่ที่กำไรในทางบัญชีเท่านั้น แต่จะเป็นประเด็นที่ไม่สามารถแยกออกจากรายได้ของผู้ประกอบวิชาชีพได้ และในขณะที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขมีอยู่หลายสาขาซึ่งต่างก็มีโอกาสที่จะเกิดกรณีที่ได้กล่าวถึงในย่อหน้าที่แล้วได้ทั้งสิ้น บทความนี้จะยกกรณีของแพทย์มาอภิปรายเป็นหลัก เพราะเป็นกรณีที่ประชาชน (อย่างน้อยคนไทย) มักจะนึกถึงมากที่สุดเมื่อกล่าว

ทั่วๆ ไป ผู้บริโภคซึ่งมีความรู้และข้อมูลที่จำกัดจึงมักจะใช้วิธีใช้สัญญาณต่างๆ ในการเลือกสรรแพทย์ (screening via signaling)¹⁵ และในหลายกรณี ผู้บริโภคกลับใช้ราคาเป็นกลไกในการบ่งบอกถึงคุณภาพของบริการ (Price Signaling)¹⁶ ดังนั้น แพทย์จำนวนไม่น้อยจึงพบว่าการแข่งขันในด้านคุณภาพของการบริการในส่วนที่ผู้ป่วยรู้สึกได้ (เช่น การพยายามรักษาให้คนไข้หายเร็วที่สุด¹⁷ การรักษาแบบตามใจคนไข้¹⁸ การทำตัวเป็นกันเองกับคนไข้/ญาติ และการเลือกสาขาที่มีความต้องการสูง¹⁹) เป็นวิธีที่ได้ผลในการดึงดูดค่ามากกว่าการเก็บค่ารักษาพยาบาลในราคาถูก

การที่แพทย์มีรายได้ที่สูงกว่าวิชาชีพอื่นๆ ทำให้ผู้คนจำนวนหนึ่งเกิดความรู้สึกว่ารายได้ของแพทย์ (และของสถานพยาบาล โดยเฉพาะโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่) เป็น "กำไร" ที่ได้มาจากความเจ็บป่วยหรือความเดือดร้อนของประชาชน ผู้คนจำนวนไม่น้อยเห็นว่า แพทย์มีรายได้ที่สูงกว่า "ต้นทุน" ที่ใช้ในการรักษามาก (ถึงแม้จะคิดรวมถึงความยากลำบากในการเรียนในระดับประถมและมัธยมเพื่อสอบเข้าเรียนแพทย์ และความยากลำบากในระหว่างที่เรียนแพทย์และใช้ทุนแล้วก็ตาม) และก็มีผู้คนจำนวนหนึ่ง (รวมทั้งแพทย์บางท่าน) ที่เห็นว่า ถึงแม้ว่าการใช้ทำงานขดใช้ทุนของแพทย์อาจจะถือได้ว่าได้ใช้หนี้ภาษีอากรของประชาชนที่อุดหนุนการผลิตแพทย์ไปแล้ว แต่ในกระบวนการผลิตแพทย์จากนักศึกษาธรรมดากลายมาเป็นแพทย์ที่มีความรู้ความชำนาญนั้น ต้องแลกมาด้วยชีวิตและความพิการของประชาชนจำนวนหนึ่ง²⁰ ดังนั้น ในทัศนะของคนกลุ่มนี้ แพทย์จึงมีหน้าที่ที่จะต้องตอบแทนสังคมมากกว่าผู้ที่อยู่ในวิชาชีพอื่น

¹⁵ ตัวอย่างเช่น คนไข้บางรายใช้วิธีไปโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่มีชื่อเสียงหรือโรงพยาบาลใหญ่โดยคิดว่าโรงพยาบาลเหล่านั้นจะมีบุคลากรที่มีความสามารถมากกว่าสถานพยาบาลขนาดเล็ก คนไข้บางรายก็ใช้วิธีสอบถามจากญาติหรือเพื่อนพ้องที่อยู่ในวงการสาธารณสุข หรือจากผู้ที่เคยไปรับการรักษาพยาบาลมาก่อน ทั้งที่ในหลายกรณีเป็นการรักษาโรคและอาการที่ต่างกัน เป็นต้น

¹⁶ คนไข้จำนวนมากเลือกที่จะไปหาแพทย์ที่มีชื่อเสียงทั้งที่ทราบว่าเก็บค่ารักษาพยาบาลแพงและไม่ค่อยมีเวลาให้กับคนไข้แต่ละราย เพราะคาดว่าจะได้รับประโยชน์จากความรู้และประสบการณ์ของแพทย์ผู้นั้นมากกว่าค่าใช้จ่ายที่สูงและเวลาที่ต้องรอพบแพทย์ และคนไข้จำนวนไม่น้อยยินดีที่จะเลือกไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลเอกชนที่มีราคาแพงเพราะคาดว่าจะได้รับการรักษาพยาบาลที่ดีกว่า

¹⁷ ซึ่งการแข่งขันในด้านนี้อาจนำไปสู่การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างพร่ำเพรื่อ การใช้ยาปฏิชีวนะ generation ใหม่ๆ เร็วเกินไป และทำให้ในหลายกรณีผู้ป่วยได้รับยาอันตรายบางประเภทมากเกินไปจนเกิดความจำเป็น

¹⁸ เช่นการฉีดยาหรือจ่ายยาตามความเชื่อและคำขอของคนไข้ และอาจรวมไปถึงกรณีที่แพทย์มีส่วนจูงใจให้คนไข้เลือกวิธีการรักษาที่อาจมีความเสี่ยงมากขึ้น เช่น การผ่าตัดคลอด

¹⁹ รวมทั้งสาขาที่เกี่ยวข้องกับเรื่องความงาม ซึ่งมีผู้ที่ไม่ได้ป่วย (ในความหมายแบบดั้งเดิมที่ใช้กันทางการแพทย์) สนใจมาใช้บริการเป็นจำนวนมาก

²⁰ "ฤดูใบไม้ร่วง" เป็นวลีที่บุคลากรในวงการแพทย์จำนวนหนึ่งใช้เรียกช่วงที่แพทย์จบใหม่ (รวมทั้งแพทย์ประจำบ้านใหม่) เข้ามาผลัดเปลี่ยนรับช่วงงานจากแพทย์รุ่นก่อน

ในประเด็นเรื่องค่าตอบแทนนั้น นักเศรษฐศาสตร์ในยุคแรกๆ จะให้ความสำคัญกับแรงงานค่อนข้างมาก (โดยเฉพาะอย่างยิ่งทฤษฎี Labor Theory of Value ของ David Ricardo ซึ่งเป็นรากฐานของทฤษฎีมูลค่าส่วนเกิน (Theory of Surplus Value) ของ Karl Marx ในเวลาต่อมา) ต่อมาเศรษฐศาสตร์นีโอคลาสสิก (neoclassical economics) ซึ่งเป็นเศรษฐศาสตร์กระแสหลักในปัจจุบันแบ่งค่าตอบแทนออกได้เป็นสี่ประเภท²¹ คือ (1) ค่าจ้าง (wage) ซึ่งเป็นค่าตอบแทนแรงงาน (2) ค่าเช่า (rent) ซึ่งเป็นค่าตอบแทนปัจจัยการผลิตที่มีจำนวนจำกัด (fixed or quasi-fixed factor) เช่น ที่ดิน สัมปทาน (3) ดอกเบี้ย (interest) ซึ่งเป็นค่าตอบแทนปัจจัยการผลิตที่เป็นสินค้านำทุน (capital) และการลงทุน (investment) ซึ่งรวมไปถึงการออม และ (4) กำไร (profit) ซึ่งเป็นผลตอบแทนสำหรับการประกอบการ (หรือ “การบริหารจัดการ”) ซึ่งจะสังเกตได้ว่า สำหรับธุรกิจสมัยใหม่ที่มีการจ้างมืออาชีพมาบริหารนั้น นิยามของ “กำไร” ในที่นี้กลายเป็นค่าตอบแทนผู้บริหารมืออาชีพ ไม่ใช่เจ้าของเงินลงทุนซึ่งจะได้ค่าตอบแทนในรูปเงินปันผล (ซึ่งเปรียบเสมือนดอกเบี้ยที่ปรับด้วยความเสี่ยงของการลงทุน)

ความแตกต่างที่สำคัญของนักเศรษฐศาสตร์นีโอคลาสสิกกับนักเศรษฐศาสตร์ดั้งเดิม (classical economics) ก็คือ นักเศรษฐศาสตร์นีโอคลาสสิกให้ความสำคัญกับแนวคิดเรื่องต้นทุนค่าเสียโอกาส (opportunity cost) ซึ่งเป็นการคิดต้นทุน (หรือรายได้หรือค่าตอบแทนสำหรับเจ้าของปัจจัยการผลิต) จากโอกาสที่ดีที่สุดของการใช้ปัจจัยการผลิต (หรือทรัพยากร) นั้นๆ ในที่อื่น (best alternative use) วิธีคิดต้นทุนและค่าตอบแทนในลักษณะนี้จึงเป็นวิธีคิดที่น่าทึ่งปัจจัยในด้านอุปทาน (จำนวนทรัพยากรที่มีอยู่) และปัจจัยทางด้านอุปสงค์ (ความต้องการใช้ปัจจัยการผลิตนั้นในที่อื่น) มากำหนดมูลค่าหรือค่าตอบแทนของเจ้าของปัจจัยการผลิตนั้นๆ ตัวอย่างเช่น การคิดค่าเช่าที่ดินผืนหนึ่ง (หรือต้นทุนของการใช้ที่ดินผืนนั้น) ซึ่งนักเศรษฐศาสตร์แบบดั้งเดิมจะคิดจากส่วนต่างของรายรับสุทธิจากการผลิตที่จะได้จากการใช้ที่ดินผืนนั้นเทียบกับรายรับสุทธิจากผลผลิตที่จะได้จากที่ดินผืนที่ไม่มีราคา (เพราะไม่มีใครต้องการจับจองหรือเช่า) แต่เมื่อใช้แนวคิดในเรื่องของค่าเสียโอกาสมาใช้นั้น ถ้ามีนาย ก. ยินยอมจ่ายค่าเช่าที่ดินผืนนั้น ในอัตราที่สูงกว่าอัตราปกติถึงเท่าตัว (ด้วยเหตุผลใดก็ตามแต่) ถ้าเจ้าของที่ดินซึ่งเป็นบิดาของนาย ข. ตัดสินใจให้นาย ข. ไปทำกินฟรีๆ บนที่ดินผืนนั้น การคิดต้นทุนของการใช้ที่ดินผืนนั้นของนาย ข. ตามแนวทางของเศรษฐศาสตร์นีโอคลาสสิกจะต้องคิดจากค่าเช่าที่นาย ก. เสนอ ไม่ใช่ค่าเช่าที่นาย ข. จ่ายจริง (ซึ่งก็คือศูนย์) หรือค่าเช่าที่ดินผืนอื่นๆ ในละแวกนั้น หรืออีกนัยหนึ่ง ต้นทุนหรือค่าตอบแทนสำหรับปัจจัยการผลิตใดใดก็ตามจะเป็นค่าตอบแทนที่ต้องจ่ายออกไปในการแข่งขัน (ซึ่งเปรียบได้กับการ

²¹ การแบ่งแบบนี้เป็นแนวคิดของ Alfred Marshall ซึ่งปรับมาจากแนวคิดของ Adam Smith ซึ่งแบ่งค่าตอบแทนออกเป็น ค่าจ้าง ค่าเช่า และกำไร

ประมูล) เพื่อแย่งปัจจัยการผลิต (หรือทรัพยากร) นั้นมาจากคนอื่น ๆ ที่ต้องการใช้ปัจจัยการผลิตอันเดียวกันนั้น

นัยประการหนึ่งของการคิดต้นทุนค่าตอบแทนโดยวิธีนี้ก็คือ ในตลาดที่มีการแข่งขันกันได้อย่างเต็มที่นั้น "กำไร" จะมีแนวโน้มที่ลดลงเป็นศูนย์อยู่ตลอดเวลา ทั้งนี้ เพราะถ้าธุรกิจใดสามารถทำกำไรในตลาดที่มีการแข่งขันอย่างสมบูรณ์ได้ ก็จะต้องเป็นเพราะธุรกิจนั้นมีปัจจัยการผลิตที่มีคุณภาพดีกว่าคู่แข่ง ซึ่งการแข่งขันในตลาดปัจจัยการผลิตจะทำให้กิจการนั้นต้องจ่ายค่าตอบแทนให้เจ้าของปัจจัยการผลิตนั้นเพิ่มขึ้น ตัวอย่างเช่น ถ้าปัจจัยนั้นคือที่ดิน มูลค่าและค่าเช่าที่ดินผืนนั้นก็จะเพิ่มขึ้น ถ้าปัจจัยนั้นคือผู้บริหารที่มีความสามารถมากกว่าผู้บริหารของคู่แข่งรายอื่นๆ ในระยะยาว เจ้าของกิจการก็ต้องจ่ายค่าจ้างให้ผู้บริหารรายนั้นเพิ่มขึ้น ไม่เช่นนั้น บริษัทคู่แข่งก็จะมาประมูลตัวผู้บริหารรายนั้นไปโดยการเสนอค่าจ้างที่สูงกว่าในที่สุด ดังนั้น ในมุมมองของเศรษฐศาสตร์นีโอคลาสสิกนั้น ถึงแม้ว่าธุรกิจต่างๆ จะพยายามแสวงหากำไรสูงสุด แต่ที่ดุลยภาพในระยะยาวนั้น กำไรจะเท่ากับศูนย์ โดยเจ้าของปัจจัยการผลิตแต่ละชนิด (รวมทั้งเจ้าของเงินลงทุน) จะได้ผลตอบแทนตามอัตราที่เกิดจากการแข่งขัน (หรือการประมูล) ในตลาด²² ซึ่งอาจจะเรียกค่าตอบแทนของเงินลงทุนว่าเป็น "กำไรปกติ" (normal profit) เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบกับกำไรทางบัญชี (accounting profit) ได้ ทั้งนี้ กำไรในความหมายทางเศรษฐศาสตร์ (economic profit) จะหมายถึงกรณีที่ธุรกิจหนึ่งๆ ได้รับผลตอบแทนที่สูงกว่าผลตอบแทนจากการแข่งขันในตลาด ซึ่งกรณีทำนองนี้มักจะเกิดจากความสามารถในการผูกขาด (ซึ่งส่วนใหญ่มักเกิดการได้รับสิทธิพิเศษหรือสัมปทานผูกขาดจากรัฐ และข้อกำหนดหรือกฎหมายที่ไม่เอื้ออำนวยกับการแข่งขัน) หรือเกิดจากความไม่สมบูรณ์หรือความล้มเหลวของกลไกตลาดในบางกรณี กำไรทางเศรษฐศาสตร์ในกรณีนี้จึงมีความหมายที่คล้ายกับค่าเช่า (rent) ซึ่งเป็นค่าตอบแทนสำหรับปัจจัยการผลิตที่มีจำนวนจำกัด²³ และเป็นกำไรที่ถือว่าไม่ปกติ (abnormal profit) ในระบบเศรษฐกิจ ซึ่งในแง่นี้ ถ้านิยามของกำไรใช้นิยามตามทฤษฎีของเศรษฐศาสตร์นีโอคลาสสิกแล้ว สภาวะการ "ไม่มีกำไร" ในดุลยภาพในระยะยาวก็ถือได้ว่าเป็นสภาวะการณ์ที่พึงปรารถนาตามปรัชญาของเศรษฐศาสตร์นีโอคลาสสิก อย่างไรก็ตาม เราจะเห็นได้ว่านิยามของ "กำไร" ของเศรษฐศาสตร์นีโอคลาสสิกนั้นต่างจากนิยามที่คนทั่วไปเข้าใจและใช้ในชีวิตประจำวันค่อนข้างมาก

²² แม้ว่ากระบวนการ "ประมูล" ที่กล่าวถึงอาจจะไม่ได้เกิดขึ้นจริงในตลาดนั้นๆ แต่เศรษฐศาสตร์นีโอคลาสสิกถือว่า การทำงานของตลาดที่มีการแข่งขันจะนำไปสู่ดุลยภาพดังกล่าวจริง ซึ่งทฤษฎีนี้เป็นที่มาของการอ้างถึง "มือที่มองไม่เห็น" (invisible hand) ซึ่งก็คือบทบาทของการแข่งขันในตลาดที่นำไปสู่ดุลยภาพดังกล่าว

²³ นักเศรษฐศาสตร์บางรายอ้างถึงกำไรที่เกิดจากสิทธิในการผูกขาดว่าเป็นกึ่งค่าเช่า (quasi-rent) และเรียกพฤติกรรมที่ธุรกิจบางรายพยายามแสวงหาอำนาจการผูกขาดจากรัฐว่าเป็น rent-seeking behavior

ความไม่สมบูรณ์และความล้มเหลวของกลไกตลาดที่กล่าวถึงในย่อหน้าที่แล้วอาจเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ แต่สาเหตุสำคัญที่มักจะถูกอ้างถึงในกรณีของสินค้าและบริการด้านสุขภาพก็คือ ความไม่สมบูรณ์และความไม่เท่าเทียมกันในด้านข้อมูลและสารสนเทศ (imperfect and asymmetric information) การเกิดผลกระทบต่อภายนอก (externality or spill-over effect) และปัญหาความไม่แน่นอนและความเสี่ยง (uncertainty and risk)

ในกรณีแรก ความไม่เท่าเทียมกันในด้านข้อมูลและสารสนเทศ สามารถนำไปสู่สถานการณ์ที่ผู้ให้บริการมีอำนาจเหนือผู้รับบริการ และมีโอกาสที่จะใช้อำนาจที่มีอยู่หาผลประโยชน์เข้าตัวโดยการชักจูงหรือชักนำให้เกิดการใช้บริการที่ไม่เหมาะสมหรือในระดับที่ไม่เหมาะสมได้

ในกรณีที่สองนั้น การที่กิจกรรมในด้านสาธารณสุขหลายกิจกรรม (เช่น การรักษาผู้ป่วย ให้นายป่วยจากโรคติดเชื้อ และการให้วัคซีนเพื่อป้องกันโรค) มีผลกระทบต่อภายนอก เพราะการที่คนป่วยเป็นโรคที่ติดต่อไปสู่ผู้อื่นได้นั้นไม่ได้เกิดผลเสียต่อตนเองแต่เพียงคนเดียว แต่ทำให้โอกาสที่บุคคลอื่น ๆ จะกลายมาเป็นผู้สัมผัสโรคและกลายมาเป็นผู้ป่วยมากขึ้นด้วย ในทางกลับกัน การฉีดวัคซีนป้องกันโรคของปัจเจกชนก็มีประโยชน์ต่อชุมชนด้วย การที่ผู้ที่มารับบริการไม่ได้รับผลตอบแทนทั้งหมดโดยตรง ทำให้กลไกตลาด (ที่ให้ผู้รับบริการจ่ายค่ารักษาหรือค่าวัคซีนทั้งหมด) อาจจะได้ไม่เต็มมือที่ดีที่สุดในการจัดสรรทรัพยากรอีกต่อไป และมีโอกาสหรือช่องทางที่การแทรกแซงของรัฐที่เหมาะสมอาจจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและสวัสดิการของสังคมขึ้นได้²⁴

สำหรับกรณีที่สามนั้น จะเห็นได้โดยทั่วไปว่า การเจ็บป่วยในระดับที่ต้องเข้าไปพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลนั้นเป็นเหตุการณ์ที่ไม่ได้เกิดขึ้นบ่อยสำหรับปัจเจกแต่ละคน²⁵ แต่เมื่อมีการเจ็บป่วยในลักษณะนี้เกิดขึ้น ในกรณีที่ผู้ป่วยจะต้องรับภาระค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเอง ก็มีแนวโน้มที่จะต้องใช้จ่ายเงินเป็นจำนวนมาก และผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยไม่สามารถรับภาระค่าใช้จ่ายส่วนนี้ได้ การใช้จ่ายทางด้านการรักษาพยาบาลจึงมีลักษณะที่เป็นการรับมือกับ “ความเสี่ยงภัย” มากกว่าการอุปโภคหรือบริโภคสินค้าหรือบริการทั่วไป โดยหลักการแล้ว การบริหารงบประมาณเพื่อรับมือกับความเสี่ยงในลักษณะนี้ ควรจะเป็นลักษณะที่เป็นการประกันภัยมากกว่าการสะสมเงินหรือหาเงินจำนวนมากมาซื้อบริการการรักษาพยาบาลเมื่อมีการเจ็บป่วยในแต่ละครั้ง ซึ่งในกรณีของการ

²⁴ ทั้งนี้ การที่กลไกราคาไม่สามารถสะท้อนมูลค่าของสินค้าหรือบริการได้อย่างถูกต้องนั้น ไม่ได้หมายความว่าภาครัฐจะสามารถทำหน้าที่นี้ได้ดีกว่าเสมอไป เพราะในหลายกรณีการบริหารของภาครัฐอาจจะด้อยประสิทธิภาพยิ่งกว่ากลไกราคาที่ไม่สมบูรณ์เสียอีก แต่ในกรณีที่กลไกราคาไม่สามารถทำงานได้อย่างสมบูรณ์นั้น เป็นการบ่งบอกว่ามีโอกาสหรือช่องทางที่การออกแบบและเลือกใช้กลไกของรัฐที่เหมาะสมอาจจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและสวัสดิการของสังคมขึ้นได้เช่นกัน

²⁵ อัตราการเข้ารับการรักษาตัวของประชากรจากการศึกษาต่างๆ อยู่ในช่วงระหว่างร้อยละ 7-12 ต่อปี (หรือเฉลี่ยระหว่าง 8-14 ปีต่อการเข้าโรงพยาบาลหนึ่งครั้ง)

ประกันความเสี่ยงด้านสุขภาพนี้ ถึงแม้ว่าจะมีความเป็นไปได้ที่ปัจเจกหรือครอบครัวจะบริหารความเสี่ยงด้วยตนเอง²⁶ หรือถ้าไม่มีเงินพอก็อาจจะอาศัยหยิบยืมจากญาติพี่น้องหรือจากชุมชน (ซึ่งสามารถมีบทบาทเป็น community or informal safety-net) ได้บ้าง แต่ในกลุ่มประชากรที่มีรายได้น้อยนั้น วิธี self insurance และการ pool risk เข้าด้วยกันในวงแคบอาจจะมีทรัพยากรไม่เพียงพอ และอาจจะไม่มีประสิทธิภาพเท่ากับการ pool risk ในวงกว้าง ซึ่งภาครัฐอาจจะอยู่ในฐานะที่จะทำได้ดีกว่า²⁷

นอกจากปัญหา moral hazard (ดูเชิงอรรถท้ายย่อหน้าที่แล้ว) แล้ว การ pool risk ในวงกว้างยังมีปัญหาอีกประการหนึ่งที่ในทางเศรษฐศาสตร์มีศัพท์เทคนิคเรียกว่าปัญหา adverse selection ซึ่งตัวอย่างที่รู้จักกันดีในวงการเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขก็คือ ในกรณีที่ผู้บริโภคนแต่ละรายสามารถเลือกที่จะเข้าร่วมโครงการหรือไม่ก็ได้ นั่น ผู้ที่ตัดสินใจเลือกซื้อประกันสุขภาพมักเป็นผู้ที่มีสุขภาพไม่ดี ซึ่งบริษัทประกันเองก็คาดการณ์ไว้ในทำนองเดียวกัน ทำให้บริษัทประกันมักจะคิดเบี้ยประกันสำหรับผู้เอาประกันกลุ่มนี้ในอัตราที่สูงกว่าอัตราที่บริษัทคิดกับหน่วยงาน บริษัท หรือ มหาวิทยาลัย ที่เข้าโครงการประกันเป็นกลุ่มใหญ่มา²⁸ ในขณะที่การ pool risk ในวงกว้างในโครงการที่บังคับโดยภาครัฐ จะไม่ประสบปัญหา adverse selection เหมือนกับโครงการของ

²⁶ เช่น โดยการเก็บออมเงินเอาไว้ในลักษณะของ self insurance หรืออาศัยความสัมพันธ์ภายในครอบครัวมากำหนดให้ประชากรวัยทำงาน ซึ่งมักจะมีสุขภาพแข็งแรงและมีรายได้ดีที่สุด เป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายทางด้านการรักษาพยาบาลของเด็กและผู้สูงอายุในครอบครัว

²⁷ การ pool risk เข้าด้วยกันของกลุ่มคนในวงแคบก็มีข้อดีในแง่ของความรับผิดชอบต่อผู้ที่เกี่ยวข้อง (accountability) เพราะผู้ที่นำเงินมาใช้จะต้องสามารถอธิบายเหตุผลในการนำเงินไปซื้อบริการการรักษาพยาบาลของตน ขณะที่การ pool risk ในวงกว้างนั้น เป็นการร่วมกันแบกรับภาระความเสี่ยงโดยคนที่แทบจะไม่มีโอกาสที่จะมารู้จักหน้าค่าตากันเลย แต่ละคนจึงไม่มีความจำเป็นที่จะต้องกังวลว่าพฤติกรรมของตนจะไปกระทบผลประโยชน์ของคนที่ต้องเข้าไปเกี่ยวข้องด้วยหรือมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน แต่ละคนที่อยู่ใน pool จึงมีแนวโน้มที่จะสนใจแต่ผลประโยชน์ของตน ซึ่งในทางเศรษฐศาสตร์มีศัพท์เทคนิคที่เรียกปัญหาในลักษณะนี้ว่า Moral Hazard ตัวอย่างที่รู้จักกันดีในวงการเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขก็คือ ในกรณีที่ผู้เอาประกันมีกรรมธรรม์ที่ไม่จำกัดวงเงินและไม่ต้องร่วมรับผิดชอบจ่ายเงิน (copayment) ซึ่งในกรณีเช่นนี้ผู้เอาประกันจะมีแรงจูงใจที่จะใช้บริการอย่างเต็มที่ (ยกเว้นบริการที่ทำให้ผู้ใช้เกิดความไม่สบายกายหรือใจ) และในขณะเดียวกัน แพทย์และสถานพยาบาลก็มีแนวโน้มที่จะเก็บค่ารักษาพยาบาลในอัตราที่สูงเพราะทราบดีว่าตนจะไม่มีปัญหากับคนไข้ซึ่งไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายด้วยตัวเอง

²⁸ อีกตัวอย่างหนึ่งคือ ในกรณีที่กฎหมายในบางรัฐของสหรัฐอเมริกาบังคับให้บริษัทประกันเปิดโอกาสให้ผู้เอาประกันที่เป็นสตรีเลือกกรรมธรรม์ที่คุ้มครองค่าใช้จ่ายในการฝากครรภ์และคลอดบุตรด้วยนั้น บริษัทประกันจะเรียกเก็บเบี้ยประกันจากผู้เอาประกันที่เลือกกรรมธรรม์ประเภทนี้ในอัตราที่สูงมาก เพราะบริษัทประกันมีเหตุผลที่เชื่อได้ว่าสตรีที่เลือกโครงการดังกล่าวมีโอกาสที่จะตั้งครรภ์และมีลูกสูงกว่าสตรีทั่ว ๆ ไปมาก

ภาคเอกชน เนื่องจากรัฐมีข้อได้เปรียบเอกชนตรงที่สามารถใช้อำนาจรัฐมาบังคับให้ผู้ที่มีคุณสมบัติที่รัฐกำหนดเข้าร่วมโครงการทุกรายโดยไม่มีข้อยกเว้น การที่รัฐสามารถใช้กฎหมายบังคับได้ทำให้รัฐไม่มีความจำเป็นที่จะต้องหาข้อมูลของปัจเจกชนแต่ละราย (ขณะที่บริษัทประกันสุขภาพของเอกชนอาจต้องมีค่าใช้จ่ายในการตรวจสอบสุขภาพของผู้เอาประกันก่อน และเมื่อถูกเรียกร้องสินไหมก็ยังมีความจำเป็นต้องหาข้อมูลว่าผู้เอาประกันมีคุณสมบัติครบถ้วนหรือให้ข้อมูลที่เป็นความจริงทั้งหมดหรือไม่) ทำให้สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายและสามารถ pool risk ในวงกว้างกว่าของภาคเอกชน²⁹

การแก้ปัญหาความความไม่สมบูรณ์และความล้มเหลวของกลไกตลาดในด้านบริการสาธารณสุขเหล่านี้มักจะต้องอาศัยการแทรกแซงและการควบคุมกำกับดูแลที่เหมาะสมของกลไกรัฐ (เช่น การออกกฎหมายและสร้างกลไกกำกับไม่ให้ผู้ให้บริการสามารถใช้ความเหนือกว่าในด้านความรู้และข้อมูลมาชักนำให้เกิดบริการที่ไม่เหมาะสม การลงทุนและการอุดหนุนกิจกรรมด้านการป้องกันโรค หรือการจัดให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นต้น) ซึ่งถ้าสามารถแก้ไขปัญหานี้ลงได้แล้ว เศรษฐศาสตร์นีโอคลาสสิก (ซึ่งคงความเป็นเศรษฐศาสตร์กระแสหลักในระยะเวลามากกว่า 150 ปีที่ผ่านมาจนถึงยุคปัจจุบัน) ก็จะถือว่ารายได้ที่ผู้ให้บริการได้รับในระบบนั้นๆ เป็นรายได้ที่เหมาะสมแล้วในขณะนั้น เพราะเป็นรายได้ที่สะท้อนถึงโครงสร้างทรัพยากรในเวลาดังกล่าว ตัวอย่างเช่น ในสถานการณ์ที่แพทย์ขาดแคลนนั่น ก็จะเป็นธรรมชาติอยู่เองที่กระบวนการแข่งขันในระบบตลาดจะดึงค่าตอบแทนของแพทย์ให้สูงกว่าผู้ประกอบการวิชาชีพอื่นๆ ที่สังคมมีอุปสงค์น้อยกว่า

แต่ถึงแม้ว่า ทฤษฎีเศรษฐศาสตร์กระแสหลักจะอิงปรัชญาที่ดูจะยึดติดกับ status quo อยู่ค่อนข้างมาก แต่ทฤษฎีดังกล่าวก็เป็นเครื่องมือที่มีพลังในการวิเคราะห์และคาดการณ์ผลกระทบของมาตรการต่างๆ ของภาครัฐที่จะมีต่อบริการสาธารณสุขในสถานการณ์ต่างๆ และในกรณีที่รัฐเลือกที่จะเข้ามาแทรกแซงในตลาดบริการด้านสาธารณสุขในระดับต่างๆ ได้เป็นอย่างดี

²⁹ ตัวอย่างหนึ่งที่อ้างโดย Stiglitz (1989) ก็คือกรณีประกันที่เรียกว่า annuity ของบริษัทประกันในสหรัฐอเมริกา ซึ่งผู้เอาประกัน (ส่วนใหญ่ยังอยู่ในวัยทำงาน) จะต้องจ่ายเงินค่าเบี้ยประกันให้กับบริษัทประกันเพื่อแลกกับ "เงินบำนาญ" ที่บริษัทจะจ่ายให้จนกระทั่งผู้เอาประกันเสียชีวิต ซึ่งเมื่อเทียบกับโครงการประกันสังคม (social security) ของรัฐบาลแล้ว พบว่าอัตราผลตอบแทนที่บริษัทประกันจ่ายให้ผู้เอาประกันต่ำกว่าอัตราที่จ่ายโดยโครงการประกันสังคมของรัฐมาก ซึ่งอาจจะเป็นเพราะบริษัทเอกชนมีค่าใช้จ่ายในการบริหารสูงกว่าโครงการของรัฐที่มีขนาดใหญ่กว่าและไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการตรวจสอบข้อมูลมากเท่าโครงการของเอกชน

6. บทบาทของรัฐ

ในระบบการเมืองและเศรษฐกิจของประเทศไทยในปัจจุบัน (ซึ่งเป็นระบบทุนนิยมเกือบเต็มตัว) นั้น คงเป็นเรื่องยากที่รัฐจะมากำหนด “ทิศทาง” หรือ “เป้าหมาย” ของระบบสุขภาพที่ แยกออกจากระบบสังคมและเศรษฐกิจด้านอื่นๆ ของประเทศ (หรือใช้กระบวนการที่เฉพาะเจาะจงบางอย่างมาใช้กับวงการสาธารณสุขโดยเฉพาะ เช่นเน้นการสั่งสอนด้านจริยธรรมหรือปลูกจิตสำนึกโดยหวังว่ากระบวนการเหล่านี้จะสามารถ “หล่อหลอม” ให้บุคลากรในระบบบริการสุขภาพจะมีคุณธรรมหรือจริยธรรมที่สูงกว่าประชาชนทั่วไปในสังคมไทย) ดังนั้น โดยทั่วไปแล้ว ในกรณีที่รัฐต้องการให้ระบบบริการสุขภาพในภาพรวมของประเทศหันเหทิศทางหนึ่งทิศทางใด รัฐอาจต้องใช้มาตรการในทางอ้อมที่จะไปส่งผล (influent) ต่อระบบบริการสุขภาพของประเทศ มากกว่าที่จะกำหนดกฎกติกาที่มาใช้สำหรับแพทย์หรือบุคลากรด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะ

อย่างไรก็ตาม การที่บริการด้านสาธารณสุข (ตั้งแต่การให้ความรู้ การป้องกันโรค ไปจนการรักษาพยาบาล) เป็นบริการที่ต่างไปจากสินค้าและบริการทั่วไป (ตามที่ได้กล่าวไปแล้วในตอน ที่ 4) ทำให้นอกจากรัฐจะต้องมีบทบาทในการกำกับดูแลมากกว่าในตลาดสินค้าทั่วไป (เพื่อป้องกันไม่ให้ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดใช้ข้อมูลหรือความรู้ที่มีมากกว่ามาหาประโยชน์ที่ไม่สมควร) แล้ว การที่บริการด้านสาธารณสุขมักก่อให้เกิดผลกระทบภายนอกต่อสังคมด้วยทำให้รัฐอาจจะต้องเข้ามามีบทบาทในการสนับสนุนหรือชดเชยด้านการเงินในบางกรณี ไปจนถึงอาจต้องจัดให้มีระบบประกันสุขภาพ และ/หรือ จัดบริการด้านสาธารณสุขโดยภาครัฐเองด้วย

โดยทั่วไปแล้ว รัฐบาลสามารถใช้มาตรการอย่างน้อยสามประการในการชักนำหรือกำกับทิศทางของบริการด้านสาธารณสุขให้ไปในทิศทางที่รัฐปรารถนา ประการแรก รัฐบาลอาจเข้ามามีส่วนในการจัดให้มีระบบบริการของรัฐ (ซึ่งรัฐทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการโดยตรง และอาจจะรวมไปถึงการผลิตบุคลากรด้วย) ประการที่สอง รัฐเข้ามากำหนดกฎ กติกา ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริการด้านสาธารณสุข และประการที่สาม รัฐอาจทำหน้าที่เป็นผู้รับประกันสุขภาพของประชาชน ซึ่งในการนี้ รัฐจะเป็นผู้นำเงินมาซื้อบริการจากผู้ให้บริการ (ซึ่งอาจจะรวมถึงผู้ให้บริการในภาคเอกชนด้วย) และการที่รัฐทำตัวเป็นผู้ซื้อบริการรายใหญ่ย่อมทำให้รัฐอยู่ในฐานะที่จะกำหนดกฎกติกาในการซื้อบริการที่มีส่วนกำหนดทิศทางของระบบบริการสุขภาพของประเทศได้ มาตรการทั้งสามประการที่กล่าวมาแล้วนี้ สามารถทำไปพร้อมๆ กันได้ และในขณะเดียวกันก็สามารถทดแทนกันได้ในระดับหนึ่ง และโดยทั่วไปแล้วมาตรการเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุขและอาจส่งผลกระทบต่อไปถึงรายได้ของบุคลากรด้วย

ในระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยมเสรีนั้น ถ้าไม่มีการควบคุมใดๆ เลย ทรัพยากรจะถูกดึงไปในที่มีผลตอบแทนสูงที่สุดก่อน แล้วจึงค่อยๆ กระจายไปสู่ที่ๆ มีผลตอบแทนรองลงมา ในกรณีที่ทรัพยากรดังกล่าวมีจำนวนมาก (เช่น แรงงานที่ไม่ได้มีทักษะพิเศษติดตัว) ตลาดก็จะทำหน้าเกลี่ยทรัพยากรไปค่อนข้างจะถ้วนทั่ว แต่ในกรณีที่ทรัพยากรมีจำนวนน้อยและมีความต้องการสูง เช่น แพทย์ในประเทศไทยนั้น ถ้าปล่อยให้เป็นไปตามระบบตลาดอย่างเดียว ก็มีแนวโน้มว่าทรัพยากรเหล่านี้โดยส่วนใหญ่จะไปอยู่เฉพาะที่ที่มีกำลังซื้อสูง เช่น ในเมืองใหญ่ (หรือแม้กระทั่งในต่างประเทศ)³⁰ หรือไปอยู่ในสาขาที่มีกำลังซื้อสูง เช่น แพทย์เฉพาะทางด้านผิวหนังและศัลยกรรมพลาสติก (เพื่อเสริมความงาม)³¹ เป็นต้น

ดังนั้น ปัญหาความเหลื่อมล้ำในการกระจาย (หรือกระจุกตัว) ของทรัพยากรด้านสุขภาพมีส่วนสำคัญที่เกิดจากความแตกต่างของรายได้และอำนาจซื้อทั้งในระดับโลกและในระดับต่างๆ ภายในประเทศ (ตัวอย่างเช่น การกระจายรายได้ที่แตกต่างกันมากทำให้ผู้บริโภคในเมืองใหญ่จำนวนมากมีความสามารถและยินดีซื้อบริการ/ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร/สุขภาพ/ความงามในราคาแพง ในขณะที่ประชาชนจำนวนไม่น้อยในชนบทยังอยู่ในภาวะที่การไปหาแพทย์เพื่อรักษาโรคพื้นฐานที่คลินิกเอกชนถือเป็นสินค้าฟุ่มเฟือย) ซึ่งถ้าให้มุมมองของนักวางแผนทางสังคม (social planner) แล้ว ก็ถือได้ว่าเป็นสถานการณ์ที่มีการใช้ทรัพยากรทางด้านสุขภาพที่ไม่มีประสิทธิภาพ (ในแง่ที่ทรัพยากรที่มีอยู่น้อยถูกอำนาจซื้อดึงให้ไปใช้ในกิจกรรมที่ก่อประโยชน์ในด้านสุขภาพให้กับสังคมน้อยมาก เมื่อเทียบกับโอกาสที่จะใช้ทรัพยากรในการช่วยชีวิตประชากรอีกเป็นจำนวนมาก) และมีโอกาสที่การแทรกแซงของรัฐจะช่วยให้มีการจัดสรรและใช้ทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

โดยทั่วไปแล้ว นโยบายและมาตรการควบคุมกำกับหรือแทรกแซงจากภาครัฐ (ทั้งของรัฐบาลไทยและต่างประเทศ) ในด้านสาธารณสุข มีโอกาสที่จะทำให้ความเหลื่อมล้ำมีความรุนแรงขึ้นหรือลดน้อยลงได้ ตัวอย่างเช่น การส่งเสริมให้ชาวต่างประเทศเข้ามาใช้บริการทางการแพทย์ในประเทศมากขึ้นในขณะที่จำนวนบุคลากรมีจำนวนเท่าเดิมจะเพิ่มกำลังซื้อและรายได้ของแพทย์ในเมืองใหญ่ และจะดึงดูดบุคลากรออกจากชนบทมากขึ้น ทำให้ความเหลื่อมล้ำยิ่งเพิ่มขึ้นไปอีก การ

³⁰ แน่นอนว่า การตัดสินใจในการเลือกถิ่นฐานประกอบอาชีพของแพทย์แต่ละคนย่อมมีปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้องหลายประการ ซึ่งหลายปัจจัยไม่ใช่แรงจูงใจทางเศรษฐกิจ (เช่น การมีครอบครัวหรือญาติพี่น้องในพื้นที่นั้น ความชอบในการทำงานกับชาวชนบท อุดมการณ์ ฯลฯ) แต่โดยภาพรวมแล้ว เรามักจะพบแรงจูงใจทางเศรษฐกิจมักจะมียุทธพิลต่อการตัดสินใจค่อนข้างมาก

³¹ ถึงแม้ว่าจะมีการจำกัดจำนวนการผลิตแพทย์เฉพาะทาง แต่ในปัจจุบันเราจะพบปรากฏการณ์ที่มีคลินิกผิวหนังและศัลยกรรมพลาสติกจำนวนไม่น้อยที่เปิดรับรักษาโดยแพทย์ที่ไม่ได้เรียนต่อด้านนี้โดยตรง (และยังมีคลินิกผิวหนังและเสริมความงามที่เปิดรับรักษาโดยบุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์อีกจำนวนหนึ่ง)

ผลิตแพทย์เพิ่ม การลดหย่อนเงื่อนไขในการออกไปประกอบโรคศิลป์สำหรับแพทย์ต่างชาติ³² และแพทย์ที่จบจากต่างประเทศ (หรือจากสถาบันการศึกษาของเอกชน) ก็จะช่วยบรรเทาภาวะการขาดแคลนแพทย์ลงได้³³ และในบางกรณีจะช่วยในด้านการกระจายตัวของแพทย์ด้วย (แต่อาจจะมีผลกระทบไปถึงรายได้และคุณภาพโดยเฉลี่ยของแพทย์) การปฏิรูประบบตำแหน่งและการจ่ายค่าตอบแทนในสถานพยาบาลของรัฐในลักษณะที่ทำให้บุคลากรในชนบทได้ค่าตอบแทนมากกว่าผู้ที่อยู่ในเมืองอย่างมีนัยสำคัญ และการกำหนดกติกาและแนวทางการจัดสรรทุนเข้าเรียนแพทย์ (รวมถึงไปถึงการเรียนต่อสำหรับแพทย์ในชนบทหรือต่างจังหวัด) ก็ล้วนแล้วแต่เป็นมาตรการที่มีผลกระทบต่อการกระจายแพทย์ทั้งสิ้น และการที่รัฐมีบทบาทในด้านการผลิตบุคลากรเองนั้น ก็สามารถเลือกใช้มาตรการที่สามารถส่งผลต่อความขาดแคลนและการกระจายบุคลากรด้านต่างๆ ด้วย ซึ่งกรณีอาจรวมไปถึงนโยบายอื่นๆ ของรัฐบาลด้วย เช่น ถ้าการลดหรือเลิกอุดหนุนการผลิตบุคลากรในกรณีที่มหาวิทยาลัยที่ออกนอกระบบจะนำไปสู่การเลิกระบบการผูกพันที่จะต้องใช้ทุนในชนบท ก็จะทำให้มีปัญหาความขาดแคลนแพทย์ในชนบทมากขึ้น หรือถ้ารัฐสามารถปฏิรูปการศึกษาให้การศึกษาในระดับประถมและมัธยมในชนบทหรือในระดับภูมิภาคมีคุณภาพใกล้เคียงกับใน กทม. ก็จะช่วยรักษาแพทย์ให้อยู่ในต่างจังหวัดได้มากขึ้น เป็นต้น

หลายมาตรการที่กล่าวมาในย่อหน้าก่อนนี้เป็นมาตรการที่ได้มีการดำเนินไปแล้วบ้าง และเห็นผลไม่ชัดเจน ซึ่งในส่วนของมาตรการที่ใช้ในระบบบริการของภาครัฐเองนั้น อาจเกิดจากข้อจำกัดของระบบราชการที่ทำให้ไม่สามารถใช้มาตรการปฏิรูปที่มีน้ำหนักมากพอ ตัวอย่างเช่น การจ่ายค่าตอบแทนพิเศษในพื้นที่กันดาร และเงินหมิ่นสำหรับแพทย์ที่ไม่เปิดคลินิก อาจจะเป็นอัตราที่ต่ำเกินไปและเหวี่ยงแหเกินกว่าที่จะมีผลต่อการตัดสินใจในการเลือกที่ทำงานของแพทย์โดยส่วนใหญ่ สำหรับบางมาตรการที่รัฐบาลให้การสนับสนุนในปัจจุบัน เช่น การส่งเสริมให้ชาวต่างประเทศเข้ามาให้บริการทางการแพทย์ในประเทศมากขึ้นนั้น ยังไม่สามารถพยากรณ์ได้ว่าจะประสบความสำเร็จมากน้อยเพียงใด แต่ถ้ามองจากต้นทุนที่สังคมไทยจะต้องจ่ายออกไปแล้ว ก็พอจะคาดการณ์ได้ว่า ถ้ามาตรการนี้ประสบความสำเร็จ ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ การกระจายแพทย์ คุณภาพของแพทย์ในระบบบริการของรัฐ และการเข้าถึงบริการของประชาชนก็จะเลวลง มาตรการนี้จึงเป็นสิ่งที่ผู้ที่ต้องการเห็นระบบบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพและประชาชนที่มีถิ่น

³² เช่น การอนุญาตให้แพทย์จากต่างประเทศสอบใบประกอบโรคศิลป์ในภาษาอื่นที่ไม่ใช่ภาษาไทยได้ หรือใช้ผลการสอบจากต่างประเทศที่ดีได้ว่ามีมาตรฐานดีพอ (โดยในบางกรณี อาจออกไปประกอบโรคศิลป์กำหนดเงื่อนไขให้รักษาเฉพาะคนไข้ที่พูดภาษานั้นได้เท่านั้น)

³³ หรือในกรณีที่ประเทศพัฒนาแล้วลดหย่อนเงื่อนไขในการรับบุคลากรของไทยไปทำงานในต่างประเทศก็อาจจะทำให้มีการเคลื่อนย้ายบุคลากรกันเป็นทอดๆ และเพิ่มความขาดแคลนแพทย์ในชนบท

ฐานอยู่ในประเทศไทยสามารถเข้าถึงได้อย่างเป็นธรรมควรคัดค้านมากกว่าการกีดกันไม่ให้แพทย์ต่างชาติเข้ามาทำมาหากินในประเทศไทยมาก

การที่รัฐบาลปัจจุบันได้ผลักดันโครงการ "30 บาทรักษาทุกโรค" ออกมาอย่างเร่งรีบภายใต้ร่มของ "หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า" และ พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งก่อให้เกิดปฏิกิริยาในทางลบจากหลายฝ่าย (รวมทั้งผู้ที่สนับสนุน พรบ. สุขภาพแห่งชาติ จำนวนหนึ่ง) ในแง่มุมต่างๆ กัน แต่ถ้าเทียบกับนโยบายหรือมาตรการอื่นๆ ของรัฐบาลแล้ว ก็อาจกล่าวได้ว่า มาตรการที่มีโอกาสมากที่สุดที่จะมีผลในการปรับทิศทางของระบบบริการสาธารณสุขไปในทิศทางที่พึงปรารถนาสำหรับทุกฝ่ายในสังคมก็คือการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งนี้ภายใต้เงื่อนไขที่จะต้องมีการออกแบบระบบต่างๆ อย่างเหมาะสม และคำนึงถึงประโยชน์ของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เพราะถ้ารัฐสามารถจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีคุณภาพในระดับที่ประชาชนมากกว่าร้อยละ 90 พอใจที่จะเข้าไปรับบริการ โดยใช้กลไกภาษีในการรวบรวมเงินจากประชาชน³⁴ และมีกลไกการซื้อบริการของรัฐที่สามารถจัดสรรเงินให้กับผู้ให้บริการ (ทั้งของรัฐและเอกชนที่เข้าร่วมโครงการ) อย่างสมเหตุสมผลแล้ว อุปสงค์ที่มีต่อบริการด้านสุขภาพในภาคเอกชนที่อยู่นอกระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็จะกลายเป็นส่วนที่มีความสำคัญน้อยลง และจะส่งผลให้ระบบบริการสุขภาพในภาพรวมของประเทศสามารถเดินไปในทิศทางที่ไม่มุ่งหวังกำไรได้โดยอัตโนมัติ (เพราะถึงแม้ว่าจะยังคงมีสถานพยาบาลของเอกชนที่มุ่งหวังกำไรเหลืออยู่จำนวนไม่น้อย แต่ระบบบริการในส่วนนั้นจะไม่ใช่ว่าใหญ่ของระบบบริการสาธารณสุขของประเทศอีกต่อไป) แต่การที่จะบรรลุถึงเป้าหมายที่กล่าวมาข้างต้น (ซึ่งก็คือบริการที่มีคุณภาพในระดับที่ประชาชนมากกว่าร้อยละ 90 พอใจที่จะเข้าไปรับบริการ) นั้น รัฐจะต้องจัดสรรงบประมาณให้เพียงพอสำหรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการ และจ่ายค่าตอบแทนบุคลากรอย่างสมเหตุสมผลด้วย เพราะไม่เช่นนั้นแล้วก็จะไม่สามารถรักษามูลค่าและคุณภาพของระบบบริการสุขภาพที่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเอาไว้ได้ และถ้าเป็นเช่นนั้นแล้ว ระบบบริการของเอกชนส่วนที่อยู่นอกโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะมีขนาดใหญ่ไม่น้อยกว่าเดิม เพราะถ้ายังต้องมีระบบบริการสุขภาพไว้บริการเพียงคนกลุ่มที่มีฐานะดีที่สุดร้อยละ 20 ของประเทศ ซึ่งปัจจุบันมีรายรวมกันเกือบครึ่งของรายได้รวมของประเทศแล้ว ระบบบริการสุขภาพของเอกชนก็ยังคงเป็นระบบที่มีขนาดใกล้เคียงกับระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่บริการคนส่วนใหญ่ของประเทศ (ร้อยละ 80 ในกรณีนี้) และระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศจะกลายเป็นบริการชั้นสองซึ่งเป็นที่ประจักษ์ชัดแก่ผู้ที่เข้าไป

³⁴ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเรื่อง "การคลังรวมหมู่ด้านสุขภาพ" และ "การเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข" หรือ solidarity ซึ่งสนับสนุนให้มีการช่วยเหลือกันระหว่างผู้ที่มีมากและมีน้อย และผู้ที่แข็งแรงกับผู้ป่วย ทั้งนี้ อาจเปิดโอกาสให้ผู้มีสิทธิร่วมจ่ายสำหรับบริการทางเลือกที่มีราคาแพงหรือมีความสะดวกสบายมากขึ้น (เช่น ห้องพิเศษ)

รับบริการที่จะยังคงจำใจเข้าไปรับบริการเนื่องจากข้อจำกัดด้านการเงิน และเมื่อเกิดสภาพการณ์ที่มีระบบบริการสุขภาพสองระบบที่มีความแตกต่างด้านคุณภาพอย่างชัดเจนแล้ว เราก็จะพบว่าผู้ที่ได้รับบริการฟรีหรือเกือบฟรีจากระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐจำนวนมากที่พอมีฐานะจะหันไปใช้บริการจากระบบบริการภาคเอกชน ในทำนองเดียวกันกับผู้ที่มีสิทธิ์ประกันสังคมและ 30 บาท จำนวนไม่น้อยในปัจจุบัน

ในแง่นี้ ถ้าจะให้การสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีคุณภาพมาเป็นเครื่องมือในการสร้างระบบบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพและไม่แสวงหากำไรเชิงธุรกิจ และบุคลากรได้รับค่าตอบแทนที่สมเหตุสมผลด้วยนั้น คงจะมีความจำเป็นต้องใช้ทรัพยากรมากกว่าที่รัฐบาลพร้อมที่จะจัดสรรให้ในขณะนี้มาก ทางเลือกที่เป็นไปได้ทางเลือกหนึ่งก็คือการกำหนดแผนการปรับปรุงคุณภาพเป็นแผนระยะยาว โดยทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องจะต้องเข้าใจตั้งแต่แรกว่า การปฏิบัติตามแผนดังกล่าวจะทำให้งบประมาณด้านการรักษาพยาบาลของรัฐจะต้องเพิ่มขึ้นในอัตราที่สูงพอสมควรอย่างน้อยก็ภายในระยะ 5-10 ปีข้างหน้า (และอาจต้องมีการเปลี่ยนระบบการเก็บภาษี และ/หรือ co-payment ด้วย) โดยไม่คาดการณ์หวังแบบเล็งผลเลิศว่า การปฏิรูประบบสาธารณสุขตามแนวทาง "สร้างนำซ่อม" ที่เป็นธงนำของ พรบ.สุขภาพแห่งชาติ จะทำให้ประชาชน (ซึ่งแต่เดิมมีจำนวนไม่น้อยที่มีอุปสรรคด้านการเงิน แต่ในอนาคตจะสามารถรับบริการได้ฟรีหรือเกือบฟรี) มีสุขภาพดีขึ้น เจ็บป่วยน้อยลง และจะมาใช้บริการที่สถานพยาบาลน้อยลง

7. สรุปความเห็นของผู้วิจัยและนัยที่มีต่อ พรบ. สุขภาพแห่งชาติ

1. แนวคิดเรื่อง "กำไร" ที่ใช้กันอยู่ทั่วไปมีความคลุมเครือในตัวเองค่อนข้างมาก จึงไม่เหมาะที่จะนำมาใช้เป็นมาตรวัดความเหมาะสมหรือไม่เหมาะสมของบริการสาธารณสุข
2. ถ้าจะใช้กำไรตามความหมายในทางเศรษฐศาสตร์ (economic profit หรือ abnormal profit ซึ่งเป็นกำไรที่อยู่เหนือค่าตอบแทนปกติของปัจจัยการผลิตต่างๆ และสะท้อนภาวะการผูกขาดหรืออำนาจเหนือตลาดของธุรกิจ) มาเป็นมาตรวัด ก็จะสอดคล้องกับแนวทางของฝ่ายต่างๆ ที่เสนอให้มีข้อความนี้พอสมควร และน่าจะแก้ปัญหาคอขวดของแพทยในภาคเอกชนได้พอสมควรเช่นกัน แต่แนวคิดเรื่องกำไรในทางเศรษฐศาสตร์มีความแตกต่างจากความเข้าใจของคนทั่วไปค่อนข้างมาก การใช้ถ้อยคำในลักษณะดังกล่าวจึงอาจก่อให้เกิดความสับสนมากกว่าจะก่อให้เกิดความชัดเจนหรือความเข้าใจร่วมกันโดยทันทีของประชาชนทั่วไปที่มาอ่านตัวบทกฎหมาย จึงน่าจะไม่ต้องสอดคล้องกับคุณสมบัติของการใช้ภาษากฎหมายที่ดี
3. ผู้ที่สนับสนุนให้มีข้อความ ในมาตรา 71 ซึ่งกำหนดไว้ว่า "การบริการสาธารณสุข .. [จะต้อง] ไม่เป็นไปเพื่อการแสวงหากำไรเชิงธุรกิจ" อาจจะแย้งได้ว่า ถึงแม้ว่ากำไรอาจมีความ

คลุมเครือ แต่ประเด็นที่ต้องการกำหนดไว้ในกฎหมายคือ ต้องการกำหนดวัตถุประสงค์ไว้ให้ว่าบริการสาธารณสุขจะต้องไม่เป็นไปเพื่อ “แสวงหากำไร” ซึ่งเป็นหลักการที่น่าจะมีความดีงาม (merit) อยู่ในตัวเอง จึงควรคงถ้อยความเหล่านี้ไว้ใน พรบ.ฯ ปัญหาที่ผู้เขียนขอหยิบยกขึ้นมาเสนอก็คือ ถ้าเรายอมรับว่าการวัดกำไรเป็นสิ่งที่ทำได้ยากแล้ว การวัดวัตถุประสงค์ (หรือวัดความตั้งใจหรือ “เจตน์จำนง” ที่ทำตามวัตถุประสงค์นั้น) ก็จะต้องยากไปกว่าการวัดตัวกำไรเสียอีก ซึ่งจะทำให้ในทางปฏิบัตินั้น ผลที่ได้จากการคงถ้อยคำในลักษณะนี้ไว้ในกฎหมายจะลดเหลือเพียงมีผลทำให้สถานพยาบาลในภาคเอกชนต่างๆ (รวมไปถึงโรงพยาบาลในตลาดหลักทรัพย์ด้วย) ออกมาประกาศได้ทันทีว่าไม่ได้มีวัตถุประสงค์ที่จะหากำไร ถ้อยคำที่สวญ³⁵ (เช่น การจ่ายค่าตอบแทน “ที่เป็นธรรม” “ที่สมเหตุสมผล” “ที่จูงใจนักลงทุน” หรือที่ “สามารถรักษาทรัพยากรบุคคลที่มีค่าขององค์กร”) จะผุดขึ้นมาแทนคำว่า “กำไร” อย่างรวดเร็ว และในที่สุดแล้วถ้อยคำในวรรคนี้ก็จะกลายเป็นสภาพมาเป็นคำขวัญ (slogan) ที่ฟังดูดีแต่ไม่มีผลในทางปฏิบัติแต่อย่างใด

4. การที่จะปรับแก้ข้อความในมาตรา 71 ของร่าง พรบ. สุขภาพแห่งชาติ ซึ่งกำหนดว่า “การสาธารณสุขจะต้องไม่เป็นไปเพื่อแสวงหากำไร” โดยเพิ่มเติมข้อความให้เป็น “จะต้องไม่เป็นไปเพื่อแสวงหากำไรที่ไม่เหมาะสม” (หรือข้อความในทำนองเดียวกัน) ซึ่งเป็นแนวทางที่มีการเสนอจากแพทยสถานนั้น ถึงแม้ว่าจะวิธีการประนีประนอมที่อาจทำให้ร่าง พรบ. นี้เป็นที่ยอมรับของกลุ่มผู้ที่คัดค้านได้ แต่ก็จะเป็นการเพิ่มความคลุมเครือของข้อความในวรรคนี้ขึ้นไปถึงจุดที่ถ้อยคำที่เขียนไว้ไม่มีความหมายในทางปฏิบัติ
5. ถ้าเป้าหมายใหญ่ของการมี พรบ. สุขภาพแห่งชาติ (และกฎหมายที่เกี่ยวข้องต่างๆ รวมทั้ง พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พรบ.ยา ฯลฯ) ก็คือเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพและปลอดภัยอย่างเป็นธรรมแล้ว สิ่งที่น่าจะสำคัญกว่า การกำหนดตัวบทกฎหมายในเชิงอุดมการณ์ก็คือการกำหนดกฎหมายและกฎกติกาที่เกี่ยวข้องกับการกำกับทิศทางของระบบบริการสุขภาพ ระบบการซื้อบริการ (และการสร้างและจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) กลไกการจ่ายเงิน และการควบคุมกำกับสถานพยาบาลและผู้ให้บริการที่เหมาะสม อย่างเป็นรูปธรรม³⁶ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะมีผลจริงในทางปฏิบัติและส่งผลกระทบต่อประชาชนอย่างแท้จริง และน่าจะเป็นสิ่งที่คุ้มค่ากับการลงแรงมากกว่าการต่อสู้เพื่อคงถ้อยคำในเชิงอุดมการณ์เอาไว้ใน พรบ. นี้

³⁵ หรือ doublespeak ในแบบที่ George Orwell ให้ภาพเอาไว้ในนิยายเรื่อง 1984

³⁶ รวมทั้งหลายประเด็นที่ยังเป็นเรื่องที่ยังมีการถกเถียงกัน เช่น purchaser-provider split สิทธิผู้ป่วย (ในบางประเด็น) CME พรบ.ยา และ พรบ. อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

6. การพิจารณาประเด็นเรื่องกำไรของระบบบริการสาธารณสุขมีความเกี่ยวข้องกับประเด็นเรื่องรายได้ของผู้ประกอบวิชาชีพ การที่แพทย์เป็นวิชาที่มีรายได้สูงกว่าวิชาชีพอื่นเป็นผลมาจากความขาดแคลน ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากนโยบายการควบคุมคุณภาพ การที่แพทย์มีรายได้ที่สูงไม่ได้เป็นปัญหาในตัวเอง ถ้ารัฐมีการออกกฎหมายและสร้างกลไกมากำกับไม่ให้ผู้ให้บริการสามารถใช้ความเหนือกว่าในด้านความรู้และข้อมูลมาชักนำให้เกิดบริการที่ไม่เหมาะสม
7. รัฐบาลอยู่ในฐานะที่จะชักนำให้ระบบบริการสุขภาพของประเทศเดินไปในทิศทางที่พึงปรารถนาได้ แต่ไม่ใช่ด้วยการกำหนด "ทิศทาง" หรือ "เป้าหมาย" ของระบบสุขภาพที่แยกออกจากระบบสังคมและเศรษฐกิจด้านอื่นๆ ของประเทศ หรือเรียกร้องให้บุคลากรในระบบบริการสุขภาพมีจริยธรรมที่สูงกว่าประชาชนทั่วไป แต่รัฐสามารถชักนำหรือกำกับทิศทางของบริการด้านสาธารณสุขโดยเข้ามามีส่วนในการจัดให้มีระบบบริการของรัฐ โดยการเข้ามำกำหนดกฎกติกาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริการด้านสาธารณสุข และโดยการเข้ามำทำหน้าที่เป็นผู้รับประกันสุขภาพของประชาชน ซึ่งการที่รัฐเป็นผู้ซื้อบริการรายใหญ่ทำให้รัฐอยู่ในฐานะที่จะกำหนดกฎกติกาในการซื้อบริการที่มีส่วนกำหนดทิศทางของระบบบริการสุขภาพของประเทศได้
8. ในบรรดามาตรการต่างๆ ของรัฐบาลนั้น การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นมาตรการที่มีโอกาสมากที่สุดที่จะมีผลในการปรับทิศทางของระบบบริการสาธารณสุขไปในทิศทางที่พึงปรารถนาสำหรับทุกฝ่ายในสังคม เพราะถ้ารัฐสามารถจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีคุณภาพในระดับที่ประชาชนมากกว่าร้อยละ 90 พอใจที่จะเข้าไปรับบริการ และมีกลไกการซื้อบริการของรัฐที่สามารถจัดสรรเงินให้กับผู้ให้บริการอย่างสมเหตุสมผลแล้ว อุปสงค์ที่มีต่อบริการด้านสุขภาพในภาคเอกชนที่อยู่นอกกรอบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็จะกลายเป็นส่วนที่มีความสำคัญน้อยลง และจะส่งผลให้ระบบบริการสุขภาพในภาพรวมของประเทศสามารถเดินไปในทิศทางที่ไม่มุ่งหวังกำไรได้โดยอัตโนมัติ แต่ทั้งนี้รัฐจะต้องจัดสรรงบประมาณให้เพียงพอสำหรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการและจ่ายค่าตอบแทนบุคลากรอย่างสมเหตุสมผล เพราะไม่เช่นนั้นแล้วก็จะไม่สามารถรักษามูลค่าและคุณภาพของระบบบริการสุขภาพที่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเอาไว้ได้

8. บรรณานุกรม

- ชาติรี ดวงเนตร. ธรรมนูญด้านสุขภาพของคนไทย. ผู้จัดการ วันที่ 10 กันยายน 2545. น. 9.
 อัญญา ณ ระนอง และ วิโรจน์ ณ ระนอง. 2545. *การปฏิรูประบบการคลัง โครงการสวัสดิการ
 ประชาชนด้านรักษาพยาบาล (สปร.)*. (ฉบับแก้ไขปรับปรุง). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์
 วิฑูรย์การปก.
- Eatwell, J., M. Milgate, and P. Newman (eds.). 1987. *The New Palgrave: A Dictionary of
 Economics*. (4 volumes). Macmillan Press.
- Feldstein, Paul J. 1999. *Health Economics*. Albany: Delmar Publisher.
- Newhouse, Joseph P. 1970. "Toward a Theory of Nonprofit Institutions: An Economic
 Model of a Hospital," *American Economic Review*, Vol. 60, No. 64.
- Stiglitz, Joseph E. 1994. *White(r) Socialism?* Wicksell Lectures. Cambridge and London:
 MIT Press.
- _____. 1989. "On the Economic Role of the State," in A. Heertje (ed.) *The
 Economic Role of the State*. Oxford: Basil Blackwell.

การบริการสาธารณสุข กับ การค้ากำไรเชิงธุรกิจ: ประเด็นเพื่อทำความเข้าใจ¹

วัชรารัฐไพฑูรย์, พ.บ.²

บทนำ

การค้ากำไรเชิงธุรกิจ เป็นประเด็นที่อ่อนไหวมาก เมื่อพิจารณาถึงการประกอบการ หรือการจัดบริการสาธารณะ ซึ่งได้แก่ บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข กับ ด้านการศึกษา ซึ่งปัจจุบันนโยบายรัฐก็เน้นความมีประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ และสนับสนุนให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการมากขึ้น จุดสมมูลระหว่างคุณธรรมกับการทำกำไรควรจะอยู่ตรงไหน จึงเป็นคำถามที่ต้องการคำตอบที่เป็นรูปธรรมสำหรับสังคมไทย

การทบทวนองค์ความรู้ที่มุ่งหาประเด็น เพื่อนำไปสู่การอภิปราย ในเรื่องการค้ากำไรเชิงธุรกิจ กับ การบริการสาธารณสุข โดยการเทียบเคียงข้อมูลของระบบการศึกษากับระบบสุขภาพ เพื่อหาจุดสมมูลระหว่างคุณธรรมกับประสิทธิภาพในการจัดการบริการสาธารณสุข หรือการค้ากำไรเชิงธุรกิจ

ความหมายของ “บริการการศึกษา” กับ “บริการสาธารณสุข” ในสังคมไทย

ปัจจุบัน เมื่อเกิดมาเราก็รู้ว่าต้องไปโรงเรียน การศึกษาในระบบ (Formal education) กลายเป็นปัจจัยที่ห้าของชีวิต ทุกคนก็เชื่อว่าถ้าไม่รู้หนังสือ ไม่ได้ได้รับการศึกษาชีวิตก็จะลำบาก การไม่รู้หนังสือจะทำให้เรากลายเป็นคนล้าหลัง ในขณะที่ “ยารักษาโรค” เป็นหนึ่งในปัจจัยสี่ (นอกเหนือจาก อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย) มาก่อนหน้านั้นแล้ว

ผู้เป็นพ่อแม่ยังเชื่อว่าการให้การศึกษาแก่ลูก จะเป็นมรดกที่ล้ำค่ากว่าสิ่งอื่นใด ผู้หลักผู้ใหญ่มักให้พรลูกหลานว่าให้เรียนหนังสือเก่งๆ ให้ได้เรียนสูงๆ จะได้เติบโตไปเป็นเจ้านายคน และจะได้ร่ำรวย ขณะเดียวกันเราก็เชื่อและยึดถือว่า “ความไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ” ของมนุษย์ ไม่มีใครอยากเจ็บป่วย เมื่อเป็นอะไรก็จะแสวงหาการเยียวยารักษาเพื่อให้หายจากโรคหรือการเจ็บป่วย ทั้งนี้เพราะเรามักเชื่อมโยง เกิด แก่ เจ็บ ตาย ไว้ด้วยกัน

“การศึกษาที่แท้จริง” นับเริ่มต้นตั้งแต่เราเริ่มเป็นชีวิตที่สามารถรับรู้สิ่งต่างๆ ได้ ฉะนั้น การศึกษาในความหมายกว้างย่อมมีความหลากหลายในเนื้อหาและระเบียบวิธีอย่างมหาศาล แต่เมื่อมีการสถาปนาระบบการศึกษาขึ้นเป็นสถาบันการศึกษา (Institutionalization) ความหมายและขอบเขตการศึกษาก็แคบลง ไม่แตกต่างกันนัก “การสาธารณสุขที่แท้จริง” ก็อยู่กับชีวิตเรานับตั้งแต่เกิดเช่นกัน เมื่อบาดเจ็บหรือมีอาการปวดหัวตัวร้อน หรือรู้สึกไม่สบายใจ เราก็จะมีวิธีการดูแลตัวเอง มีการหาหรือกินภายในครัวเรือน เหลือบ่ากว่าแรงก็จะหาหรือผู้รู้ จนในที่สุดเมื่อทางเลือกที่เป็นวิทยาศาสตร์และมีการสถาปนาระบบการแพทย์และสาธารณสุข ในรูปแบบของโรงพยาบาลและนักวิชาชีพต่างๆ การดูแลตนเองก็ค่อยๆ ลดลงเช่นกัน

¹ เอกสารร่างเพื่อใช้ในการประชุมวันที่ 10 เมษายน 2546

² ศูนย์สิทธิมนุษยชนเพื่อการพัฒนาสุขภาพและการแพทย์แห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข

"การศึกษา" ก็คือการสร้างภูมิปัญญา (Wisdom) ที่หมายถึง ความรู้ ประสบการณ์ ทักษะ ความเชื่อ และพฤติกรรมที่สั่งสมไว้ อันเป็นผลจากการปรับตัวของมนุษย์ให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม ในขณะที่ "การสาธารณสุข" ก็คือการสร้างสุขภาพ (Health) ที่หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์และเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวม อย่างสมดุล ทั้งกาย จิต สังคม และ จิตวิญญาณ³ หรือก็คือการดำเนินชีวิตของมนุษย์ ซึ่งเป็นเรื่องที่ครอบคลุมมิติบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม

ดังกล่าวก้าวข้ามคั่นจะเห็นว่า "บริการการศึกษา" และ "บริการสาธารณสุข" แม้จะมีความเหมือนกันที่ความเป็นพื้นฐานของความจำเป็นในชีวิตและการดำเนินชีวิต แต่ก็มีประเด็นที่แตกต่างซึ่งทำให้บริการทั้งสองประเภทนี้ มีความแตกต่างกันดังที่เห็นอยู่ในปัจจุบัน ความแตกต่างดังกล่าวได้แก่

บริการการศึกษา (เพื่อให้เกิดปัญญา)	บริการสาธารณสุข (เพื่อให้เกิดสุขภาพ)
1. เป็นการสร้างเครื่องมือในการดำรงชีวิตให้มีคุณภาพ 2. สามารถมองเห็นเป้าหมายการให้บริการที่ชัดเจน 3. เป็นสิ่งที่จะช่วยให้คนมีสถานะภาพที่สูงขึ้นในสังคม 4. เกิดได้เองในธรรมชาติ ตั้งแต่เริ่มเป็นชีวิต พ่อแม่ก็คือครูคนแรกของลูก สิ่งแวดล้อมและผู้คนรอบตัวเราก็สามารถเป็นครูให้เราได้ 5. ไม่ใช่เรื่องเร่งด่วน สามารถรอได้ ไม่มีความเสี่ยงชีวิต 6. ผลได้ของการได้รับการศึกษาไม่ได้เกิดขึ้นทันทีที่เข้ารับการศึกษา แต่จะเกิดจากสถานะที่เปลี่ยนไปจากการได้รับการศึกษา 7. สังคมมีทางเลือกในการรับบริการศึกษามากกว่า	1. เป็นการช่วยชีวิต หรือสร้างศักยภาพในการดำเนินชีวิต 2. เป้าหมายการให้บริการมีความไม่แน่นอนตายตัว 3. เป็นสิ่งที่อาจทำให้บุคคลถูกสังคมตีตราหรือสวมบทบาทการเป็นผู้ป่วยให้ แล้วถอดบทบาทเดิมที่มีคุณค่าในสังคมออก 4. อาจเกิดได้โดยธรรมชาติ หรือเป็นการดูแลตนเอง แต่ในกรณีเจ็บป่วยรุนแรง จำเป็นต้องอาศัยความรู้และทักษะเฉพาะที่ต้องฝึกฝนมาเป็นการเฉพาะ 5. เป็นความเร่งด่วน และมีความเสี่ยงต่อชีวิต 6. ผลได้จากการรับบริการเกิดขึ้นทันทีที่เข้ารับบริการ คือการหายเจ็บป่วย หรือไม่ทุกข์ทรมาน หรือรอดชีวิต 7. สังคมมีทางเลือกในการรับบริการสาธารณสุขไม่มากนัก เพราะความไม่รู้ หรือการมีข้อมูลที่ไม่เพียงพอ

ระบบการจัดบริการสาธารณสุข เมื่อเทียบกับระบบการจัดบริการด้านการศึกษา

แนวนโยบายและการลงทุนโดยภาครัฐ

ระบบสังคมไทยเดิมนั้นเป็นระบบเศรษฐกิจการเกษตรเพื่อการยังชีพ มีการผลิตเพื่อการบริโภค ส่วนที่เหลือจากการยังชีพก็จะนำมาแลกเปลี่ยนซื้อขายกัน ในระหว่างชนชั้นเดียวกันจะเป็นการเกื้อกูลแบ่งปันกันมากกว่าการแก่งแย่งซื้อขายหรือทำกำไร แต่อย่างไรก็ตามด้วยเงื่อนไขในการดำรงชีพที่เหนือกว่า ชนชั้นที่เหนือกว่าก็มีการเรียกผลประโยชน์แลกเปลี่ยนที่สูงกว่าอยู่เหมือนกัน แต่มิได้เป็นไปเพื่อการนำไปลงทุนใหม่หรือทวีกำไรให้มากยิ่งขึ้น แต่เป็น

³ อยู่ในช่วงกระบวนการสรรหาคำที่เหมาะสม

ไปเพื่อการแสวงหาความสุขสบายของคนและคนรอบข้างมากกว่า เช่น การให้กู้ยืม แลกเปลี่ยนกับแรงงานหรือผลผลิตทางการเกษตร เป็นต้น จนกระทั่งสมัยพระนารายณ์มหาราชสัคมไทยก็เริ่มมีการติดต่อทำการค้ากับชาวต่างชาติ และตั้งนครราชสีมา แห่งกรุงรัตนโกสินทร์เป็นต้นมา สัคมไทยก็เริ่มมีระบบการผลิตเพื่อการขายและส่งออกนอกประเทศมากขึ้น แต่ก็ยังมุ่งเน้นที่ภาคการเกษตร ในขณะเดียวกันความรู้และวัฒนธรรมสัคมตะวันตกก็เริ่มหลั่งไหลเข้ามาในสัคมไทย รวมทั้งความรู้และเทคโนโลยีด้านการแพทย์และการศึกษา และหลักการทางเศรษฐศาสตร์กระแสหลัก ที่มีเป้าหมายคือ ความมั่งคั่ง (Wealth) ปัจจัยอะไรที่สามารถสร้างความมั่งคั่งได้จะต้องนำมาพิจารณาด้วย ซึ่งต่างจากสัคมพุทธเชตรดั้งเดิมที่มีเป้าหมายจัดความทุกข์มนุษย์ให้ค่อยๆ หมดไปและบรรลุถึงความสุขที่ถาวร

จนกระทั่งสัคมไทยเริ่มมีแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสัคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2504-2509) ซึ่งมุ่งเน้นการนำเทคโนโลยีสมัยใหม่เข้ามาใช้เพื่อเพิ่มผลผลิต ภาคอุตสาหกรรมเริ่มมีการเติบโตมากขึ้นและมากกว่าการเกษตร ซึ่งในส่วนของภาคอุตสาหกรรมนั้น ภาค"การบริการ" ถือเป็นส่วนที่สำคัญและเป็นส่วนที่เป็นจุดแข็งของประเทศไทย กระแสการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เป็นฐานรากที่ก่อให้เกิดสถานการณ์ระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข และด้านการศึกษาดังที่เป็นอยู่

เศรษฐศาสตร์กระแสหลัก มีวิธีการวิเคราะห์มนุษย์ในแง่ของการเป็นทรัพยากรที่สำคัญในกระบวนการผลิต นั่นคือ จะอธิบายความสำคัญของการศึกษา โดยเน้นว่าการศึกษาเป็นการลงทุนของปัจเจกชนหรือสัคม เพื่อเพิ่มผลผลิตภาพให้ผู้ที่ได้รับการศึกษาสามารถสร้างความมั่งคั่งเพิ่มขึ้น ผลตอบแทนของการลงทุนทางการศึกษา ส่วนหนึ่งจะตกกับตัวผู้ที่ได้รับการศึกษาเอง แต่อีกส่วนอาจตกอยู่กับนายจ้างหรือสัคมโดยรวม นอกจากนั้นปัจจัยที่จะช่วยให้มนุษย์มีผลิตภาพสูงอย่างสม่ำเสมอ ก็คือสุขภาพของมนุษย์ ถ้ามนุษย์มีสุขภาพดี แข็งแรง ก็จะช่วยให้มนุษย์เป็นปัจจัยการผลิตที่มีผลิตภาพดี

แนวคิดดังกล่าวจึงทำให้สัคมหรือรัฐยอมลงทุนในสองเรื่องนี้ค่อนข้างมาก ในยุคก่อนการปฏิรูปการศึกษา ในภาคการศึกษา ก็จะเน้นเฉพาะการศึกษาที่เป็นทางการ (Formal education) เพราะสามารถนับจำนวนปีของการศึกษาได้แน่นอน ซึ่งที่จริงก็เป็นตัวชี้วัดที่หยาบและอาจไม่สะท้อนปริมาณและคุณภาพขององค์ความรู้และความเกี่ยวข้องกับการผลิตได้

การลงทุนด้านสุขภาพถือเป็นเงื่อนไขที่จำเป็นสำหรับการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ทั้งนี้เพื่อให้สามารถทำประโยชน์ให้กับสัคมได้ และไม่เป็นภาระเลืงของสัคม การลงทุนด้านสุขภาพมีส่วนคล้ายกับการลงทุนด้านการศึกษา กล่าวคือ การที่คนแต่ละคนมีสุขภาพดีนั้น ส่วนหนึ่งก็เป็นประโยชน์แก่ตนเอง แต่อีกส่วนก็เป็นประโยชน์ต่อสัคมด้วย ซึ่งการลงทุนของสัคมในด้านสุขภาพและการศึกษานี้มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด เพราะหากคนมีการศึกษาดีก็มีความโน้มเอียงที่จะสามารถดูแลสุขภาพได้ดีกว่า แต่นักเศรษฐศาสตร์ก็มีความลังเล หรือไม่ได้นำเรื่องมีการวิเคราะห์ด้านต้นทุนและผลตอบแทนมาใช้อย่างเต็มที่เช่นที่กำกับด้านการศึกษา ซึ่งสาเหตุสำคัญอยู่ที่ความสามารถในการวัดตัวแปรในเชิงปริมาณอย่างมีความหมายในทางสุขภาพนั้นมีความยากกว่ามาก นอกจากนั้นบริการ

จากอดีตจนถึงปัจจุบันการลงทุนของภาครัฐด้านการศึกษาจะเป็นประมาณสามเท่าของด้านสุขภาพ โดยจะเป็นงบประมาณสำหรับการศึกษาคือค่าเล่าเรียน (รวมการศึกษาภาคบังคับ) ประมาณสองในสามของงบประมาณทั้งหมด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเป้าหมายเชิงปริมาณในการตั้งงบประมาณและการจัดบริการค่อนข้างชัดเจนกว่าด้านสุขภาพ (ตารางแสดงงบประมาณรัฐด้านการศึกษาและด้านสุขภาพ) อย่างไรก็ตามการใช้จ่ายด้านสุขภาพไม่ได้อยู่ที่จบ

ประมาณภาครัฐเพียงอย่างเดียว ยังมีรายจ่ายที่เกิดจากภาคประชาชน/ครัวเรือนอีกด้วย และส่วนนี้คือส่วนที่มีความแตกต่างอย่างมากในแง่ของพฤติกรรมกรรมการบริโภคระหว่าง “บริการสาธารณสุข” กับ “บริการการศึกษา” ข้อมูลจากบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2537, 2539 และ 2541^๔ ชี้ให้เห็นว่ามีรายจ่ายส่วนที่เป็นของภาคเอกชน(รวมประชาชน/ครัวเรือน) ถึงร้อยละ 51, 47 และ 39 ตามลำดับ^๕ ซึ่งที่ผ่านมามีการจัดบริการสาธารณสุขรวมถึงการบริโภคในภาคเอกชนดังกล่าวจึงเป็นไปอย่างเสรี โดยที่รัฐไม่สามารถเข้าไปควบคุมกำกับได้ ยกเว้นการควบคุมด้านมาตรฐานคุณภาพและจริยธรรมวิชาชีพ ตามกฎหมายการประกอบวิชาชีพ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภค

การบริโภค“บริการการศึกษา” จะมีปัญหาในเรื่อง “พฤติกรรมกรรมการแสวงหาบริการ” (Seeking Behavior) น้อยกว่าการบริโภค“บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข” โดยเฉพาะเพื่อการบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทำให้ความถี่ของการบริโภคหรือจับจ่ายซื้อหาบริการของบริการทั้งสองอย่างนี้ต่างกันมากด้วย ทั้งนี้เพราะสิ่งที่กระตุ้นหรือชักนำให้เกิดการบริโภคบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ก็คือการที่ผู้คนมีความทุกข์จากการเจ็บป่วยไม่สบาย และต้องการที่จะพาตัวเองหรือคนที่รักให้พ้นจากความทุกข์นั้น หรือเพื่อยืดอายุชีวิตไว้ให้จงได้ ซึ่งผลลัพธ์ที่ต้องการคือพึงดูให้เห็นได้อย่างรวดเร็ว มิฉะนั้นก็จะเกิดการย้ายไปหาทางเลือกหรือการรักษาอื่น แต่การบริโภคบริการด้านการศึกษา ผู้บริโภคจะหวังผลการมีสถานภาพทางสังคมที่ดีขึ้น เพื่อที่จะทำให้นั่นหรือคนที่ตนรัก(บุตรหลาน)มีโอกาสในสังคมด้านการมีงานที่ดีทำและมีรายได้มากขึ้น ซึ่งเป็นผลในระยะยาวหลังจากที่ต้องรับบริการต่อเนื่องจนจบการศึกษา โดยจะมีการแสวงหาทางเลือกบ้างในแต่ละช่วงของการเริ่มแต่ละระดับการศึกษา

นอกจากนั้นบริการด้านศึกษามีความเกี่ยวข้องกับชีวิตน้อย เช่น การมีความเครียด เมื่อเทียบการรับบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งรวมถึงการตรวจวินิจฉัย การบำบัดรักษาด้วยยา หรือเทคนิควิธีการต่างๆ และการผ่าตัด ทำให้ผู้บริโภคก็จะมีการแสวงหาทางเลือกทั้งในแง่ของตัวผู้ให้บริการและวิธีการรักษาเพื่อความมั่นใจให้มากที่สุด ซึ่งหมายถึงว่ามีความเต็มใจที่จะจ่ายเงินเพื่อแลกกับสิ่งเหล่านั้นด้วย แม้ว่าในขณะนั้นอาจไม่ได้มีกำลังมากพอที่จะจ่ายได้

การมีความรู้ความเข้าใจที่ไม่เท่ากัน ต่อวิกฤตสุขภาพหรือการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และความรู้ในเรื่องของการเยียวยารักษาและทางเลือกต่างๆ ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้อาจมีการชักนำให้เกิดการบริโภคที่มากเกินไปจนเหมาะสมได้ ในขณะที่คนเกือบทุกคนเข้าใจถึงภาวะการไม่รู้หนังสือ หรือการเป็นคนมีการศึกษาได้ สามารถที่จะตัดสินใจต่อทางเลือกด้านการศึกษาได้ด้วยตนเองหรือโดยการแนะนำของเครือข่ายของผู้บริโภคเอง เช่น พ่อแม่ ครูแนะแนว เพื่อน

ดังนั้นเมื่อพิจารณาเฉพาะการให้บริการทั้งสองด้านนี้ ธรรมชาติของความต้องการและการใช้บริการของผู้บริโภค ก็ทำให้วงการบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขเป็นที่สนใจกับนักลงทุนมากกว่าด้านการศึกษา เพียงแต่ว่าคนทั่วไปไม่สามารถเข้าสู่ตลาดนี้ได้อย่างเสรี เนื่องจากระบบได้ถูกผูกขาดโดยนักวิชาชีพด้วยระบบการขึ้นทะเบียนผู้ประกอบวิชาชีพ อย่างไรก็ตาม บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ยังมีประเด็นที่ดึงดูดความสนใจจากภาคธุรกิจเอกชนอีกมาก นั่นคือ ความสามารถในการทำกำไรได้อยู่ที่บริการที่เป็นการประกอบวิชาชีพโดยตรงเท่านั้น แต่จะอยู่

^๔ บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2539 และ 2541

ในส่วนของการขายสินค้า ผลิตภัณฑ์ และเทคโนโลยีที่มาอยู่กับบริการด้วย ซึ่งได้แก่ ยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องมือ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ต่างๆ ซึ่งการขยายตัวของภาคอุตสาหกรรมเหล่านี้ เป็นหลักฐานที่สำคัญในการทำกำไรในวงการแพทย์และสาธารณสุข ในขณะที่ด้านบริการการศึกษา สินค้าที่คู่กับบริการก็คือหนังสือสมุดเรียน อุปกรณ์เครื่องเรียนต่างๆ ซึ่งก็ไม่มี ความจำเพาะและไม่มีความขาดแคลนในตลาด

ในการวิเคราะห์สินค้าและผลิตภัณฑ์ ที่ควบคู่กับการให้บริการ ระหว่างด้านการศึกษาโดยครู/อาจารย์ กับ การบริการของนักวิชาชีพด้านการแพทย์สาธารณสุข มีประเด็นที่ชี้ให้เห็นถึงโอกาสในการทำกำไรที่แตกต่างกัน ได้แก่

- วิธีการที่ผู้บริโภคซื้อ/จ่ายเพื่อสินค้าหรือผลิตภัณฑ์นั้นๆ จะเห็นว่ายานั้นมีการซื้อหรือจ่ายโดยตรงโดยผู้บริโภคส่วนหนึ่ง และจะเป็นการจ่ายทางอ้อมตามใบสั่งยาอีกส่วนหนึ่ง (85:15 ในอเมริกา) แต่ผลิตภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยานั้น การซื้อหาหรือจ่ายโดยตรงจะมีสัดส่วนที่กลับกันกับการจ่ายตามใบเรียกเก็บเงินรวมของโรงพยาบาลหรือคลินิก หรือมีฉะนั้นก็เป็นการจ่ายโดยบริษัทประกัน(บุคคลที่สาม) (15:85 ในอเมริกา) การบริโภคทางอ้อมเหล่านี้ทำให้ผู้บริโภคอาจไม่รู้ตัวเลยก็ได้ว่าตนกำลังบริโภคอะไรอยู่ ส่วนการซื้อหาสินค้าหรือผลิตภัณฑ์ทางการศึกษาเกือบทั้งหมดจะเป็นแบบ โดยตรง หรือมีฉะนั้นก็จะเป็นแบบที่เหมือนกันหมด เช่น ชุมนักเรียน สมุดหรือแบบเรียนต่างๆ เป็นต้น
- ระดับการมองเห็นได้ของตัวผลิตภัณฑ์ (Degree of product visibility) จะเห็นว่าประชาชนให้ความสนใจในตัวผลิตภัณฑ์ (Product) และข้อความประกาศ โฆษณา ความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์ การควบคุมราคา และการกำกับชื่อทั่วไป(generic name)ที่สามารถมองเห็นได้ แต่จะไม่สนใจสิ่งที่มองไม่เห็นคือ ข้อมูล(Information) ที่สนับสนุนด้านความปลอดภัย และประสิทธิผลของผลิตภัณฑ์ ในประเด็นนี้ผลิตภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาจะมี visibility ต่ำกว่า controversy สูงกว่ายามาก ทำให้การบริโภคส่วนหนึ่งเป็นไปตามการโฆษณาชวนเชื่อได้ไม่ได้เกิดจากความจำเป็นที่แท้จริง ในขณะที่สินค้าและผลิตภัณฑ์ด้านการศึกษาจะค่อนข้างตรงไปตรงมา และการวัดประสิทธิผลก็อยู่ที่ความสามารถในการเรียนรู้และการทำข้อสอบของผู้เรียนมากกว่าจะอยู่ที่หนังสือตำราหรือสินค้าประกอบอื่นๆ
- กลไกการควบคุมกำกับโดยรัฐ ปัจจุบันด้านการผลิตยาจะเข้มงวดกว่ามาก และเริ่มมาก่อนเป็นเวลานานจนเกือบจะเต็มที่แล้ว สำหรับผลิตภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาเพิ่งจะเริ่ม ในขณะที่ตัวเทคโนโลยีการแพทย์และสุขภาพก็วิ่งไปข้างหน้าอย่างไม่หยุดยั้ง ทั้งหมดนี้จะเห็นว่าการทำกำไรเริ่มเข้ามาผูกพันกับการประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลใหญ่ๆที่มีบริการเทคโนโลยีสูงมากขึ้น และเมื่อเทียบกับตำราที่ใช้ในด้านการศึกษา ส่วนหนึ่งจะเห็นว่ารัฐจะเป็นผู้ผลิตเองทั้งหมดและห้ามซื้อขาย ตัวอย่างเช่น แบบเรียนประถมศึกษา เป็นต้น หรือการที่มีโครงการผลิตตำราที่ช่วยให้ราคาของหนังสือตำราถูกลงด้วย

การสร้างศูนย์บริการขนาดใหญ่และดำเนินการในลักษณะเฉพาะทาง

ไม่ว่าจะเป็นการสร้างโรงพยาบาล หรือ มหาวิทยาลัย ที่มีขนาดใหญ่และซับซ้อน ใช้เทคโนโลยีสูง ก็คือการรวมศูนย์ทรัพยากรที่มีราคาแพง ซึ่งไม่อาจหลีกเลี่ยงรูปแบบการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ

สิทธิภาพสูงสุด หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นสัญลักษณ์ของความไม่เท่าเทียมของระบบ นำไปสู่การเลือกที่จะบริการผู้ที่มีกำลังซื้อสูง การพยายามใช้ทรัพยากรให้เต็มศักยภาพเพื่อความคุ้มค่า ไม่ว่าจะมีความจำเป็นหรือไม่ ก็คือการพยายามทำกำไรนั่นเอง ซึ่งทั้งระบบการศึกษาและการแพทย์สาธารณสุขมีโอกาสนี้ไปได้ทั้งคู่ แต่ดูเหมือนว่าด้านการแพทย์และสาธารณสุขจะแสดงให้เห็นถึงความนิยมความเป็นเฉพาะทางและการใช้เทคโนโลยีมากและชัดเจนกว่า

การประกันการได้รับบริการ

เนื่องจากการได้รับการศึกษาและการมีสุขภาพดีเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน แนวคิดการสร้างหลักประกันการได้รับบริการจึงเกิดขึ้น ซึ่งในระบบการศึกษาจะออกมาในรูปแบบการใช้กฎหมายเป็นเครื่องมือ คือการมีศึกษาภาคบังคับ มีการตั้งกองทุนให้กู้ยืมเพื่อการศึกษาเป็นต้น ในขณะที่ด้านสาธารณสุขก็คือการทำให้ประชาชนทุกคนมีประกันสุขภาพในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง ความแตกต่างนี้ก็เนื่องจากธรรมชาติการเจ็บป่วยของมนุษย์นั้นไม่เลือกเวลา ไม่เลือกวัย แต่การศึกษาสามารถกำหนดเวลา อายุที่จะเข้ารับการศึกษได้

ซึ่งในรูปแบบการประกันสุขภาพนั้นเมื่อเกิดโดยภาคเอกชน และเติบโตขึ้นโดยอาจให้ภาพว่าเป็นธุรกิจที่ไม่ทำกำไร หรืออาจขาดทุนนั้น แท้ที่จริงธุรกิจประกันสุขภาพภาคเอกชนกลับเป็นตัวดึงกำไรจากภาครัฐกิจการแพทย์โดยตรงออกไปลงทุนใหม่ในกิจการอื่น หรือก็คือการทวีกำไรที่ไม่ได้กลับมาลงทุนใหม่ในกิจการเดิมนั่นเอง

กลไกทางกฎหมาย: การควบคุมกำกับการทำกำไรโดยภาคเอกชน

บริการการศึกษากับบริการสาธารณสุข เป็นสิ่งที่สังคมมักพิจารณาถูกกันมาโดยตลอด ว่าเป็นหน้าที่ของรัฐ ต้องจัดหาให้ประชาชนอย่างทั่วถึง และมีนโยบายให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น โดยลำดับจากอดีตถึงปัจจุบัน แต่ดูเหมือนการทำกำไรเชิงธุรกิจในการศึกษา จะไม่เป็นที่วิพากษ์วิจารณ์กันมากเท่ากับด้านการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งเชื่อว่ากลไกทางด้านกฎหมายที่รองรับสองระบบนี้อาจมีความแตกต่างกัน และน่าจะเป็นปัจจัยที่สำคัญอันหนึ่ง

การประกอบธุรกิจบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข

เป็นที่ทราบกันว่า การเปิดดำเนินการสถานพยาบาลในประเทศไทย จะต้องดำเนินการตามข้อบังคับของพร.สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 (ปรับปรุงจากฉบับเดิม พ.ศ. 2504) และการประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพในประเทศไทย จะต้องได้รับอนุญาตจากองค์กรของรัฐที่รับผิดชอบ โดยมีกฎหมายที่เกี่ยวข้อง 5 ฉบับ (ซึ่งปรับปรุงมาจากพร.ควบคุมการประกอบโรคศิลปะเดิม พ.ศ.) คือ

- พรบ.วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 (แพทย์)
- พรบ.วิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 (พยาบาลและผดุงครรภ์)
- พรบ.วิชาชีพทันตกรรม พ.ศ. 2537 (ทันตแพทย์)
- พรบ.วิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2537 (เภสัชกร)
- พรบ.ควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 (สาขาอื่นๆ นอกจากสี่สาขาแรก)

ซึ่ง "สถานพยาบาล" หมายความว่า สถานที่รวมตลอดถึงยานพาหนะซึ่งจัดไว้เพื่อการประกอบโรคศิลปะตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบวิชาชีพต่างๆ ทั้งนี้สถานพยาบาลมี 2 ประเภท คือ (1) สถานพยาบาลที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (2)

สถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน โดยมีลักษณะของสถานพยาบาล และลักษณะของการให้บริการของสถานพยาบาลให้เป็นไปตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

ในการพิจารณาออกใบอนุญาตฯ จะต้องปรากฏว่าผู้ขอรับใบอนุญาตได้จัดให้มีการณ้ดังต่อไปนี้ถูกต้องครบถ้วนแล้ว (1) มีแผนงานฯตามที่กำหนดในกฎกระทรวง (2) มีสถานพยาบาลตามลักษณะที่กำหนดในกฎกระทรวง (3) มีเครื่องมือเครื่องใช้เวชภัณฑ์หรือยานพาหนะฯ ตามชนิดและจำนวนที่กำหนดในกฎกระทรวง (4) มีผู้ประกอบวิชาชีพ ตามประเภทและจำนวนที่กำหนดในกฎกระทรวง (5) ชื่อสถานพยาบาลต้องเป็นไปตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

จะเห็นได้ว่ากฎหมายจะให้ความสำคัญต่อการควบคุมการประกอบวิชาชีพมากกว่า ส่วนการควบคุมสถานพยาบาลก็เป็นที่เน้นไปที่ให้มีการจัดเงื่อนไขที่จะทำให้เกิดการทำเวชปฏิบัติที่ปลอดภัยได้มาตรฐาน แต่ไม่ได้ยุ่งเกี่ยวกับการลงทุนการจัดการรายได้และทรัพย์สินของสถานบริการ จะมีอยู่บ้างก็คือการกำหนดให้มีการแสดงข้อมูลราคา และการไม่เรียกเก็บเกินราคาที่แสดงไว้ และการควบคุมการโฆษณา

การที่รัฐไม่ได้เข้าไปยุ่งเกี่ยวหรือควบคุมเกี่ยวกับการบริหารจัดการด้านรายได้และทรัพย์สิน อาจเป็นเพราะส่วนหนึ่งรัฐมิได้สนับสนุนงบประมาณใดๆให้สถานพยาบาลเอกชน และเมื่อเริ่มแรกที่มีสถานพยาบาลเอกชนเกิดขึ้นนั้น ก็เป็นไปในลักษณะที่ไม่มีการค้ากำไร แต่เป็นไปเพื่อคุณธรรมการช่วยเหลือเกื้อกูลกันเป็นหลัก ต่อเมื่อภาคเอกชนมีการขยายตัวขึ้น ผู้คนมีกำลังจ่ายสูงขึ้น และธุรกิจบริการสาธารณสุขมีการเชื่อมต่อกับธุรกิจอื่นๆ จึงทำให้ภาพการเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการบริการ และการทำกำไรมีความชัดเจนมากขึ้น ซึ่งสังคมก็อาจเริ่มมองหากกลไกที่จะมาถ่วงดุลคุณธรรมกับการทำกำไรในบริการด้านนี้ เพราะอย่างไรก็ยังเป็นกิจการที่อยู่บนพื้นฐานความทุกข์ยากของผู้คน

การประกอบธุรกิจบริการด้านการศึกษา

เมื่อมาพิจารณาหลักทางกฎหมายของระบบบริการด้านการศึกษา จะเห็นว่าการเปิดดำเนินการโรงเรียนเอกชน ระดับต่ำกว่าปริญญาตรี จะต้องดำเนินการตามพรบ. โรงเรียนเอกชน พ.ศ. 2525 ส่วนสถาบันอุดมศึกษา จะเป็นไปตามพรบ. สถาบันอุดมศึกษาเอกชน (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2535 ซึ่งแก้ไขปรับปรุงจากพรบ. สถาบันอุดมศึกษาเอกชน พ.ศ. 2522 (ยกเลิกพรบ. วิทยาลัยเอกชน พ.ศ. 2512) ซึ่งในที่นี้จะขอยกประเด็นการควบคุมกำกับสถาบันอุดมศึกษาเอกชน มาเป็นตัวอย่างเทียบเคียง จากพรบ. สถาบันอุดมศึกษาเอกชน (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2535 มีประเด็นสำคัญ ดังนี้

1. ผู้ขอรับการอนุญาตจะต้องเป็นเจ้าของกรรมสิทธิ์ที่ดินที่จะเป็นที่ตั้งสถาบัน และพร้อมที่จะโอนที่ดินนั้นให้เป็นกรรมสิทธิ์ของสถาบันหลังจากที่ได้รับอนุญาตและตราในพระกฤษฎีกาเป็นนิติบุคคลแล้ว ในการยื่นขออนุญาตสถาบันจะต้องแสดงรายละเอียดข้อกำหนดตามที่ระบุ ซึ่งรวมถึงทุนประเดิม ทรัพย์สิน อัตราค่าเล่าเรียน ค่าบำรุง และค่าธรรมเนียม โครงการจัดการศึกษาและหลักสูตร อุปกรณ์ การวัดผล และการจัดหาอาจารย์
2. นอกจากนั้นกฎหมายยังระบุให้มี "คณะกรรมการสถาบันอุดมศึกษาเอกชน" ซึ่งมีปลัดทบวงฯเป็นประธาน ปลัดกระทรวงศึกษาฯ เลขาธิการคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ เลขาธิการกพ. และบุคคลอื่นอีกไม่น้อยกว่า 9 แต่ไม่เกิน 12 คน ทำหน้าที่พิจารณาให้ความเห็นชอบเรื่องต่างๆตามที่พรบ. กำหนด

3. การบริหารสถาบันให้มี "สถาบันฯ" ซึ่งมีผู้บริหารสถาบันเป็นกรรมการ โดยตำแหน่ง โดยทั้งหมดดำเนินงานภายใต้การควบคุมกำกับของคณะกรรมการสถาบันอุดมฯ ซึ่งได้ระบุไว้ชัดเจนด้วยว่าการกระทำที่เกี่ยวกับการรับความช่วยเหลือทางการเงิน การกู้เงิน การเช่าทรัพย์สิน การซื้อ/เช่าซื้อที่มีค่าเกินกำหนด การโอนเงินข้ามกองทุน และการก่อภาระผูกพันในที่ดินและสิ่งก่อสร้าง ต้องได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการสถาบันฯ และต้องจัดส่งงบดุล/การเปลี่ยนแปลงการเงินของกองทุนประเภทต่างๆประจำปีให้ผู้ตรวจสอบบัญชี เมื่อแล้วให้เสนอต่อสภาสถาบันและรัฐมนตรี
 4. สถาบันฯอาจมีรายได้ จาก (1)การเก็บค่าเรียน ค่าบำรุงและค่าธรรมเนียมตามอัตราที่ได้รับอนุมัติ (2)การได้รับบริจาค (3)การให้บริการอื่นด้านการศึกษาและรายได้อื่นๆ ซึ่งรายได้ประเภท (1) และ (3) ให้นำเข้ากองทุนทั่วไปพร้อมกับทุนประเดิมและทรัพย์สินเดิมที่ระบุไว้ในข้อกำหนดเมื่อขอเปิดสถาบันฯ ส่วนรายได้ประเภท (2) ให้นำเข้ากองทุนทรัพย์สินถาวรเพื่อใช้ในการปรับปรุงที่ดินและสิ่งก่อสร้าง หรือเข้ากองทุนวิจัยและห้องสมุด หรือ กองทุนสงเคราะห์ตามแต่กรณี
 5. ในแต่ละปี เมื่อปรากฏว่ากองทุนทั่วไปมีรายได้สูงกว่ารายจ่าย(ผลกำไร) ให้สถาบันฯจัดสรรเงินรายได้ส่วนที่สูงกว่ารายจ่ายให้กองทุนประเภทอื่น รวมกันไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของผลกำไร เงินที่เหลือจากนั้นสถาบันฯอาจจัดสรรให้แก่ผู้รับใบอนุญาตได้ไม่เกินร้อยละ 15 ของส่วนของทรัพย์สินในกองทุนประเภทต่างๆรวมกัน หลังจากหักหนี้สินแล้ว ถ้ายังเหลืออีกให้ส่งเข้ากองทุนทั่วไป
 6. กรณีที่มีคำสั่งให้เพิกถอนใบอนุญาตฯ ให้มีการแต่งตั้งผู้ชำระบัญชีและนำประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ว่าด้วยการชำระบัญชีห้างหุ้นส่วนจดทะเบียน ห้างหุ้นส่วนจำกัดมาใช้โดยอนุโลม เมื่อเรียบร้อยแล้วมีทรัพย์สินเหลือ ให้คืนแก่ผู้รับใบอนุญาตได้ เว้นแต่ทรัพย์สินที่ได้รับบริจาค ให้โอนให้แก่องค์กรสาธารณกุศลด้านการศึกษา แต่ถ้าไม่มีระบุไว้ที่ใดให้ตกเป็นของรัฐ
 7. บทลงโทษการฝ่าฝืนจัดตั้งสถาบันฯ โทษจำคุกไม่เกิน 1 ปี หรือปรับไม่เกิน 500,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ส่วนการเปิดดำเนินการนสาขาที่ไม่ได้รับอนุญาต มีโทษปรับไม่เกิน 10,000 บาท และกระแอบอ้างชื่อเป็นสถาบันฯ ปรับไม่เกิน 10,000 บาท และวันละ 500 บาทตลอดเวลาที่ฝ่าฝืน
- ในขณะที่รัฐได้ออกกฎหมายควบคุมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนเคร่งครัดเช่นนี้ รัฐก็มีการสนับสนุนโดยทำในลักษณะการจัดตั้งกองทุนหมุนเวียนเพื่อพัฒนาสถาบันอุดมศึกษาเอกชน (มติครม. 4 เมษายน 2532) วงเงิน 500 ล้านบาท และเพิ่มเป็น 2,000 ล้านบาทในปีงบประมาณ 2541 ทั้งนี้เพื่อให้สถาบันอุดมศึกษาเอกชนได้กู้ยืมสมทบเพื่อพัฒนาสถาบัน และตั้งแต่ปีงบประมาณ 2540 รัฐก็จัดตั้งกองทุนหมุนเวียนเพื่อการพัฒนาอาจารย์ในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนเพิ่มขึ้นอีก โดยมีเงินทุนหมุนเวียน 2,000 ล้านบาท ดำเนินการในระยะเวลา 5 ปี

ที่น่าเสียดายทั้งหมดนี้ ผู้รวบรวมข้อมูลคิดว่าคงมีหลายประเด็นที่น่าจะมีการอภิปราย เพื่อหาแนวทางที่เป็นรูปธรรมในการกำกับจุดสมดุลระหว่างคุณธรรมกับการพัฒนาประสิทธิภาพการจัดบริการ หรือการทำกำไรในบริการสาธารณะ

ธรรมนูญด้านสุขภาพของคนไทย (1)

ยศก. ๑๐๒๖ ปี ๒๕๕๖

นายแพทย์ชาติ ดวงเนตร

ขณะนี้กำลังมีการร่าง พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ จากการออกระเบียบของสำนักนายกรัฐมนตรีเมื่อ พ.ศ. 2543 ให้มีคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ เป็นกลไกดำเนินการระดมความคิดเห็นจากทุกภาคส่วนจัดทำพระราชบัญญัตินี้ให้แล้วเสร็จภายในเวลาไม่เกิน 3 ปี พระราชบัญญัตินี้ฉบับนี้ถือว่าเป็น "ธรรมนูญด้านสุขภาพ" โดยประชาชนเพื่อประชาชนคนไทยทุกคน

หากพิจารณาร่างพระราชบัญญัตินี้ฉบับนี้จะเห็นว่าสาระสำคัญโดยทั่วไปนั้นดีมาก มีสิ่งที่ต้องแก้ไขอยู่บ้างเนื่องจากยังอยู่ในระยะยกร่าง แต่มีประเด็นที่น่าเป็นห่วงที่สุดในพระราชบัญญัตินี้คือการกำหนดนโยบายของระบบบริการสาธารณสุขแห่งชาติว่า "ระบบบริการสาธารณสุขต้องไม่เป็นไปเพื่อการค้ากำไรเชิงธุรกิจ" ซึ่งเขียนไว้สองแห่งคือในมาตรา 31 วรรคสอง และในมาตรา 77

ข้อดีของการกำหนดนโยบายนี้คือการเป็นการแจ้งเจตนารมณ์ของร่างพระราชบัญญัตินี้ว่าต้องการปกป้องผลประโยชน์ของประชาชนทั้งประเทศในการรับบริการสาธารณสุข แต่ข้อเสียคือการตั้งสมมติฐานว่า "สถานพยาบาลแบบหวังผลกำไรนั้นจะหาทางผลักดันให้มีการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์เกินเหตุและไม่เป็นธรรมต่อผู้ใช้บริการ ส่วนสถานพยาบาลแบบไม่หวังผลกำไรจะไม่ทำอย่างนั้น" สมมติฐานนี้ตั้งมาจากทฤษฎีใดผู้เขียนไม่ทราบ แต่เมื่อพิจารณาจากประสบการณ์จริงของประเทศไทยในขณะนี้ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะเห็นว่าพฤติกรรมของโรงพยาบาลเอกชนที่หวังผลกำไรและโรงพยาบาลของรัฐฯ และมูลนิธิที่ไม่หวังผลกำไรทั้งหมดที่ร่วมโครงการนี้มีทั้งดีและไม่ดีคละเคล้ากันไปเช่นเดียวกันทั้งสองรูปแบบ ไม่มีความแตกต่างกันแต่อย่างใด

ผู้เขียนขอใช้สิทธิ์ในการ "ระดมความคิดเห็นจากทุกภาคส่วน" ที่จะเสนอให้มีการตีความประโยค "การค้ากำไรเชิงธุรกิจ" นี้ให้ชัดเจน เพราะประโยคนี้หากจะคงไว้ในพระราชบัญญัติแล้วจะมีความสำคัญต่ออนาคตของระบบบริการสาธารณสุขของชาติอย่างไร乎หลวง จากประสบการณ์ส่วนตัวของผู้เขียนเอง ซึ่งเคยทำงานในโรงพยาบาลทั้งสองรูปแบบเป็นเวลานาน โรงพยาบาลแบบไม่หวังผลกำไร (Not for profit) นั้น ผลต่างรายได้มากกว่ารายจ่ายจะไม่เรียกว่า "กำไร" โรงพยาบาลจะนำ "ผลต่างรายได้มากกว่ารายจ่าย"

ทั้งหมดนี้กลับเข้าไปใช้ในโรงพยาบาลในรูปแบบการขึ้นเงินเดือน ซื้อเครื่องมือแพทย์ การก่อสร้างเพิ่มเติม การขยายสาขาและการเพิ่มบริการ ฯลฯ ส่วนโรงพยาบาลแบบหวังผลกำไร (For profit) นั้น ผลต่างรายได้มากกว่ารายจ่ายจะเรียกว่า "กำไร" โรงพยาบาลจะแบ่ง "กำไร" ส่วนหนึ่งกลับเข้าไปปรับปรุงองค์กรตามแผนดำเนินการประจำปีของโรงพยาบาล ส่วนที่เหลือก็แบ่งให้กลุ่มเจ้าของโรงพยาบาลในรูปแบบ "เงินปันผล" ความแตกต่างอีกอย่างหนึ่งของโรงพยาบาลสองแบบนี้คือการเสียภาษีอากรของโรงพยาบาลแบบไม่หวังผลกำไรนั้น จะน้อยกว่ามาก

ตามหลักการบริหารโรงพยาบาลแบบสากล หัวใจของการบริหารโรงพยาบาลที่ไม่หวังผลกำไรจะไม่ต่างกับโรงพยาบาลที่หวังผลกำไร คือต้องหารายได้ให้มากกว่ารายจ่ายให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ถือว่าเป็นบรรทัดสุดท้ายในการวัดผลประกอบการของโรงพยาบาล ผู้บริหารโรงพยาบาลจึงต้องมีความรับผิดชอบในการที่จะทำให้องค์กรของตนเข้มแข็งและอยู่รอด ภายในกรอบของจริยธรรมและความถูกต้อง หากบริหารโรงพยาบาลเอกชนล้มเหลว ผู้เสียหายโดยตรงจะอยู่ในขอบเขตที่จำกัดคือกลุ่มเจ้าของผู้ก่อตั้งหรือผู้ถือหุ้นเท่านั้น แต่หากบริหารโรงพยาบาลของรัฐ ล้มเหลว ผู้เสียหายโดยตรงคือกลุ่มเจ้าของหมายถึงประชาชนคนไทยทุกคนผู้เสียภาษีอากรเป็นเงินงบประมาณของรัฐก่อตั้งโรงพยาบาลขึ้นมา ความเสียหายที่เกิดขึ้นนั้นกว้างขวางกว่าเป็นทวีคูณ หากมีการกำหนดนโยบายที่ทำให้เกิดความคิดว่า การบริหารโรงพยาบาลแบบไม่หวังผลกำไร ไม่จำเป็นต้องเน้นในการหารายได้ โดยที่ยังมีรายจ่ายอยู่อย่างปกตินั้นจะเป็นการสร้าง ความไม่รับผิดชอบในหน้าที่ของผู้บริหารโรงพยาบาล และไม่เป็นการยุติธรรมต่อกลุ่มเจ้าของคือประชาชนคนไทยทุกคน

เพราะฉะนั้น เพื่อผลประโยชน์สูงสุดของประชาชนคนไทยผู้ใช้บริการสาธารณสุข จุดที่พระราชบัญญัตินี้ฉบับนี้น่าจะเน้น จึงไม่ใช่ประเด็นที่ระบบบริการสาธารณสุขของชาติจะเป็นแบบหวังผลกำไรหรือไม่ แต่น่าจะเน้นที่การควบคุมระบบบริการสาธารณสุขให้อยู่ภายในกรอบของจริยธรรมและความถูกต้อง จะใช้วิธีการอย่างไร จะยากง่ายเพียงไหน พวกเราจะต้องพยายามหาทางทำกันให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้

ธรรมนูญด้านสุขภาพของคนไทย (จบ)

บทความพิเศษ

นายแพทย์ชาติ ดวงเนตร

เมื่อมีการวิจารณ์ประเด็น “ระบบบริการสาธารณสุขต้องไม่เป็นไปเพื่อการค้ากำไรเชิงธุรกิจ” ในร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 31 และ 77 ที่กำลังอยู่ในระยะ “ระดมความคิดเห็นจากทุกภาคส่วน” นี้ ปฏิกริยาของท่านผู้อ่านคือผู้เขียนไม่เห็นด้วยกับประเด็นนี้ เนื่องจากผู้เขียนเป็น “ผู้เสียผลประโยชน์” เพราะขณะนี้ผู้เขียนกำลังทำงานอยู่ในโรงพยาบาลเอกชนเพื่อทำกำไร ขอเรียนว่าปฏิกริยาของท่านผู้อ่านนั้นถูกต้องแล้ว แต่ขอเพิ่มเติมว่า “ผู้เสียผลประโยชน์” นั้น ขยายกรอบครอบคลุมประชาชนคนไทยทุกคน จากเหตุผลดังต่อไปนี้

1. ถ้าพระราชบัญญัติออกมาตามนี้ ประชาชนคนไทยทุกคนจะเสียผลประโยชน์ในด้าน “ทางเลือก” และ “การเข้าถึง” ระบบสาธารณสุข โดยที่โรงพยาบาลเอกชนกว่า 400 แห่ง ยกเว้นโรงพยาบาลของมูลนิธิและคลินิกส่วนตัวของแพทย์กว่า 13,000 แห่งทั่วประเทศซึ่งเป็นโรงพยาบาลแบบหวังผลกำไรจะต้องผิดกฎหมายและต้องปิดกิจการไปทั้งหมด จะมีผลทำให้ระบบบริการสาธารณสุขด้านเอกชนซึ่งทุกวันนี้นับใช้ประชาชน โดยการเสริมระบบของรัฐอยู่เป็นจำนวนมากต้องปิดกิจการลง เป็นการขัดเจตนารมณ์ของมาตรา 77 ของร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติที่กำหนดไว้ว่า ระบบบริการสาธารณสุขของชาตินั้นต้องให้ “ทางเลือก” แก่ประชาชน

เมื่อจำนวนโรงพยาบาลเอกชนและคลินิกส่วนตัวแบบหวังผลกำไรต้องเลิกกิจการเป็นจำนวนมากเช่นนี้ จะทำให้เกิดความขาดแคลนในการบริการสาธารณสุขของชาติ ทั้งในลักษณะผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ประชาชนคนไทยทุกคนจะมีความลำบากในการ “เข้าถึง” บริการสาธารณสุขทั้งประเทศเป็นการขัดเจตนารมณ์ของมาตรา 77 อีกครั้งที่กำหนดไว้ว่า ระบบสาธารณสุขของชาตินั้น “ประชาชนต้องเข้าถึงได้ง่าย”

2. ถ้าพระราชบัญญัติออกมาตามนี้ ประชาชนคนไทยทุกคนจะเสียผลประโยชน์เนื่องจากรัฐบาลจะสูญเสียรายได้ โดยที่ส่วนหนึ่งเป็นการเสียรายได้จากภาษีอากรที่เคยได้รับจากระบบบริการสาธารณสุขเอกชนแบบหวังผลกำไร

เคยประกอบวิชาชีพเวชกรรมส่วนตัวตามโรงพยาบาลเอกชนที่ต้องเลิกไป ภาษีรายได้จากการประกอบการและค่าเงินการของคลินิกทั่วประเทศที่ต้องปิดไป อีกทั้งโรงพยาบาลเอกชนที่ปรับตัวไปเป็นองค์กรแบบไม่หวังผลกำไรก็จะได้รับการลดหย่อนภาษีอากรตามกฎหมาย

อีกส่วนหนึ่งนั้น รัฐบาลจะสูญเสียรายได้ในด้านการส่งออกบริการสาธารณสุข ซึ่งกำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ขณะนี้โรงพยาบาลเอกชนแบบหวังผลกำไรในประเทศหลายแห่งได้รับการยอมรับมาตรฐานในระดับสากล มีผู้ป่วยต่างชาติทั่วโลกเดินทางเข้ามารับการตรวจรักษาจากโรงพยาบาลเหล่านี้เป็นจำนวนมาก ทำเงินเข้าประเทศเป็นจำนวนหลายพันล้านบาทต่อปี และจำนวนก็เพิ่มขึ้นอยู่อย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว หากโรงพยาบาลเหล่านี้ต้องปิดไปแล้ว รายได้ของชาติส่วนนี้จะหมดไปทันที

3. ถ้าพระราชบัญญัติออกมาตามนี้ ประ-

ขณะนี้ยังเป็นระยะ

“ระดมความคิดเห็นจากทุกภาคส่วน”
ของร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาตินี้อยู่
ขอให้พวกเรา “เหยียบเบรก”
แล้วหยุดพิจารณาให้ดีถึงผลได้ผลเสีย
กรุณาช่วยกันคิดตัดสินใจ
โดยอาศัย “ผลประโยชน์ของคนทั้งชาติ”
เป็นหลัก

ชาชนคนไทยทุกคนจะเสียผลประโยชน์เนื่องจากปรากฏการณ์ “สมองไหลออก” โดยที่ขณะนี้แพทย์จำนวนมากที่ทำงานในสถานพยาบาลของรัฐแบบไม่หวังผลกำไรทั้งในรูปการวิชาการสอนหรือการบริหารจัดการได้มีโอกาสทำงานนอกเวลาในโรงพยาบาลเอกชนหรือในคลินิกส่วนตัวแบบหวังผลกำไรเป็นการเสริมรายได้จนเกือบครบครัน หากโรงพยาบาลเอกชนเหล่านี้ต้องปิดกิจการไปหรือต้องปิดคลินิกส่วนตัวแล้ว รายได้ส่วนนี้จะหมดไปทำให้แพทย์เหล่านี้ไม่สามารถที่จะทำงานในสถานพยาบาลของรัฐได้อีกต่อไป จะเกิดปรากฏการณ์ “สมองไหลออก” ของแพทย์จากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐไปสู่ระบบอื่นๆ ทุกรูปแบบ ทั้งภายในและนอกประเทศ

หากท่านผู้อ่านมีอายุใกล้เคียงกับผู้เขียน จะสามารถจินตนาการบริการสาธารณสุขของเราเมื่อประมาณ 20 กว่าปีที่แล้วได้ เป็นสมัยที่ไม่มีโรงพยาบาลเอกชน การไปรับบริการในโรง-

พยาบาลขณะนั้น เป็นเรื่องใหญ่ต้องไปตั้งแต่เช้ามืดเพื่อจองคิวรับบัตรผู้ป่วยนอกจากนั้นก็ต้องรอพบแพทย์ รอตรวจเลือด รอเอกซเรย์ รอฉีดยา รอรับการบำบัดกรรม รอรับยา ฯลฯ กระบวนการ “รอ” สารพัดอย่างนี้ต้องใช้เวลานานจึงต้องติดอยู่ในโรงพยาบาลทั้งวันหรือบางทีมากกว่า หากผู้ป่วยต้องเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลแล้ว ก็ยิ่งลำบากมากขึ้น เพราะต้องรอเตียงผู้ป่วยใน จำได้ว่าผู้มี “เส้น” จะได้เบียดผู้อื่น ส่วนประชาชนธรรมดาเช่น ผู้เขียนเองก็ต้องลำบาก ร้องเพลง “รอ” กันต่อไป ผู้ป่วยต่างชาติที่เข้ามารักษาตัวในประเทศขณะนั้นก็แทบจะหาไม่ได้เลย ที่ร้ายคือคนไทยเองก็ปลุกตัวออกไปรักษาตัวในต่างประเทศเป็นจำนวนมาก เรียกได้ว่าเป็น “สมัยระบบบริการสาธารณสุขแบบไม่หวังผลกำไร แต่ขาดแคลนถ้วนหน้า”

จากนั้นประเทศไทยของเราใช้เวลากว่า 30 ปี สร้างระบบบริการสาธารณสุขเอกชนแบบหวังผลกำไรขึ้นมา เพื่อลดความขาดแคลนดังกล่าวมีการควบคุมดูแลโดยกฎหมาย “เฉพาะกิจ” ต่างๆ หลายฉบับอย่างเข้มงวดมาโดยตลอด ถึงแม้ว่าระยะแรกจะมีการล้มลุกคลุกคลานกันอยู่บ้าง แต่ก็มีการพัฒนามาตรฐานกันอย่างต่อเนื่องจนขณะนี้เกือบทั้งระบบสามารถปรับตัวขึ้นมาเท่าเทียมกับระบบสาธารณสุขของรัฐได้แล้ว วินาทีนี้ตีพวงเราจะตัดระบบนี้ทิ้งไปทั้งระบบแล้ว “ย้อนยุค” ไปสู่ “สมัยบริการสาธารณสุขแบบไม่หวังผลกำไรแต่ขาดแคลนถ้วนหน้า”

อีกหรือ เมื่อทิ้งไปแล้วระบบสาธารณสุขที่เหลืออยู่จะสามารถปรับตัวทั้งในด้านปริมาณ บริการ คุณภาพ ความทั่วถึง ให้เข้ากับความต้องการของประชาชนคนไทยสมัยใหม่นี้ได้ หรือไม่อย่างไร

โชคดีที่ขณะนี้ยังเป็นระยะ “ระดมความคิดเห็นจากทุกภาคส่วน” ของร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาตินี้ขอให้พวกเรา “เหยียบเบรก” แล้วหยุดพิจารณาให้ดีถึงผลได้ผลเสีย กรุณาช่วยกันคิดตัดสินใจโดยอาศัย “ผลประโยชน์ของคนทั้งชาติ” เป็นหลัก ข้อความ “ระบบบริการสาธารณสุขต้องไม่เป็นไปเพื่อการค้ากำไรเชิงธุรกิจ” ทั้งสองแห่งในพระราชบัญญัติฉบับนี้คุ้มแล้วหรือสำหรับผลประโยชน์ของคนไทยทั้งประเทศในปัจจุบันนี้และในอนาคต ภายใต้สถานการณ์ของการปฏิรูประบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศที่กำลังดำเนินการกันอยู่อย่างหนักหน่วงเช่นนี้

คำกล่าวทางสุขภาพ

สมพันธ์ เตชะอธิก

ยาบ้าเป็นการค้ากำไรสูงที่ทำให้ร้ายสุขภาพของประชาชน จนหลายคนวิตกว่า อาจถึงการทำลายอนาคตลูกหลาน คนวัยแรงงาน และทำลายชาติไทย จึงมีการประกาศเป็นสงคราม และฆ่าผู้ที่ไม่สมควรและสมควรถูกฆ่าจำนวนกว่าพันคน แต่ไม่ใช่ยาบ้าที่ฆ่า กระสุนต่างหากที่ถูกใช้เป็นเครื่องมือแห่งการฆ่าโดยไม่ผ่านกระบวนการยุติธรรมและไม่คำนึงถึงสิทธิมนุษยชนของคนแต่ละคน

อนาคตสังคมไทยอาจได้พิพากษานโยบายและการใช้กฎหมายแบบเปิดช่องว่างให้มีการใช้อำนาจแบบผิด ๆ และผู้มีอำนาจในขณะนี้อาจได้รับผลกระทบแห่งบาปที่กระทำไปโดยลุแก่อำนาจและความเข้าใจผิด ๆ

ไม่เพียงแต่ยาบ้าที่เป็นการค้ากำไรจากเลือดเนื้อของมนุษย์ในการทำลายสุขภาพเท่านั้น ระบบบริการทางสุขภาพตามคลินิก โรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลของรัฐ ก็มีส่วนในการค้ากำไรทางสุขภาพด้วยบริการที่กำไรเกินงามอยู่ด้วย อันส่งผลให้วิถีชีวิตและภาวะเศรษฐกิจของประชาชนลำบากลำบากและเป็นหนี้สินมากขึ้น

ประมาณการว่า ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของประชาชนอยู่ในอันดับต้น ๆ ที่ต้องควักเงินจ่ายค่าบริการ โดยแทบจะไม่มีใครไม่เคยเจ็บป่วย แม้แต่หมอหรือกลุ่มผู้ให้บริการเอง จนรัฐบาลประกาศใช้นโยบาย 30 บาทต่อโรค แต่ก็ยังมีประชาชนจำนวนมากพร้อมจะจ่ายแพงกว่าเพื่อให้ได้รับบริการที่ดีกว่า 30 บาท ยามีคุณภาพดีกว่าและมีความเชื่อถือมากกว่า แต่ราคาที่แพงกว่านี้ก็สมควรเป็นการค้ากำไรที่ไม่สมเหตุสมผล

ที่ผ่านมาระบบสุขภาพมุ่งที่การจัดบริการเพื่อการรักษาพยาบาลเป็นหลัก ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก แต่ให้ผลตอบแทนด้านสุขภาพต่ำกว่าที่ควรจะเป็นและไม่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ จึงมีการระบุไว้ในร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวภายใต้แนวคิดในการจัดบริการทางด้านสุขภาพ ซึ่งมีอยู่ 3 แนวคิดด้วยกัน คือ

แนวคิดที่ 1 : แนวคิดแบบทุนนิยมเสรีที่เน้นการแข่งขัน สถานบริการใดเก่งกว่า มีคุณภาพ มีมาตรฐาน มียาดี ๆ มีหมอเก่ง ๆ มีพยาบาลบริการดี ๆ มีความสะดวกสบาย ก็สามารถกำหนดราคาค่าบริการสุขภาพได้แพง ๆ รวมทั้งเข้าตลาดหลักทรัพย์เพื่อระดมทุนมาพัฒนาสถานบริการและปันผลกำไรกันได้ ระบบบริการภายใต้แนวคิดเช่นนี้ส่งผลให้ประชาชนต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง

คนเป็นมะเร็งรักษา 3 แสนบาท 3 ครั้งแล้วตาย

คนขี่มอเตอร์ไซด์คว่ำ ถลอกตามตัวถูกส่งไปเอ็กซเรย์สมองจ่ายครั้งละ 3,000 บาท โดยไม่จำเป็น

มติชนสุดสัปดาห์ 26 สิงหาคม 2546

คนเป็นโรคเบาหวานจ่ายบริการครั้งละกว่า 300 บาทต่อ 1-2 สัปดาห์ แม้ตายไปก็ไม่หายจากโรคเบาหวาน

ถ้าปล่อยให้มีการทำตามแนวคิดนี้ สถานบริการจะเข้าตลาดหลักทรัพย์นับร้อย ๆ แห่ง ทุนต่างชาติและบุคลากรจากต่างประเทศจะเข้าสู่ไทยจำนวนมากด้วยแนวคิดกำไรสูงสุด ประหยัดสุดจะทำให้คนไทยแย่

แนวคิดที่ 2 : แนวคิดแบบรัฐสวัสดิการ ที่รัฐมีหน้าที่ต้องจัดสรรงบประมาณส่วนหนึ่ง เพื่อให้บริการแก่ประชาชนโดยมีประชาชนออกค่าใช้จ่ายสมทบอีกส่วนหนึ่งในราคาที่ไม่แพงเกินไป โดยที่คุณภาพและระบบบริการต้องดีเสมอภาคเท่าเทียมกันทุกฐานะของผู้รับบริการ

แนวคิดที่ 3 : แนวคิดแบบรัฐมีหน้าที่จัดบริการทางสุขภาพแบบให้ฟรี โดยนำเงินงบประมาณจากการจัดเก็บเงินภาษีมาใช้จ่ายสำหรับการดูแลโรคภัยไข้เจ็บโดยไม่ต้องจัดเก็บเงินจากการเข้ารับบริการในสถานบริการของรัฐอีก แนวคิดนี้จะใช้ไม่ได้ในสถานบริการของเอกชน ซึ่งรัฐธรรมนูญมาตรา 52 กำหนดไว้ให้กับผู้ยากจนให้ได้รับการสงเคราะห์ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย แต่ภายหลังนโยบาย 30 บาทต่อโรค ทำให้งบประมาณส่วนนี้ในบางสถานบริการถูกนำมาถัวเฉลี่ยเป็นค่าใช้จ่ายที่ขาดทุน

ความคิดเห็นในแนวคิดและการกำหนดไว้ในกฎหมาย ให้เป็นแนวทางปฏิบัติได้นำมาสู่ข้อกำหนดเบื้องต้นในร่างพระราชบัญญัติ (พรบ.) สุขภาพแห่งชาติ ในมาตรา 71 การบริการสาธารณสุขสุขให้เป็นไปอย่างสอดคล้องกับระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ตามมาตรา 7 (เน้นสร้างนำซ่อม และการมีส่วนร่วมของประชาชน) และไม่เป็นไปเพื่อการแสวงหากำไรเชิงธุรกิจ

ภายหลังที่เปิดรับฟังความคิดเห็นอย่างกว้างขวางจากเวทีประชาชนที่ได้รับการสนับสนุนมาตราบนี้ โดยมีแพทย์สภาขอเพิ่มเติมต่อท้ายประโยคว่า “ที่ไม่สมเหตุสมผล” ซึ่งก็เป็นที่ยอมรับของทุกฝ่ายในขณะนี้

อย่างไรก็ตามข้อถกเถียงยังไม่ยุติ ยังมีกลุ่มแพทย์บางกลุ่มหรือบางคนที่มีส่วนสำคัญในสถานบริการเอกชนและเน้นการแข่งขันเสรี ได้กล่าวไว้ว่าทุกสถานบริการมีป้ายติดราคาการรักษาพยาบาลไว้ทุกแห่ง ใครไม่เปิดเผยต้องถูกลงโทษตามกฎหมาย แต่เมื่อได้รูปธรรมไปเรื่อย ๆ ก็พบว่า อยู่ในคอมพิวเตอร์กับใบเสร็จ ประชาชนที่ไหนจะดูราคาได้ก่อนตัดสินใจเลือกรับบริการหรือไม่รับบริการได้

ด้วยเหตุนี้ ศ.นพ.สันต์ หัตถิรัตน์ จึงอยากให้มีการเปิดเผยต่อประชาชนว่าราคาการรักษาพยาบาลแต่ละโรคที่รวมค่าใช้จ่ายแบบมีรายละเอียดทุกรายการราคาแต่ละอย่างเท่าไร เหมือนเมนูอาหารที่มีราคาบอกไว้อย่างชัดเจนว่าอาหารแต่ละชนิดมีราคาเท่าไร แต่ละร้านแตกต่างกันอย่างไร จะได้ตัดสินใจถูกว่าเงินในกระเป๋าเรามีเพียงพอหรือไม่ ?

มีความคิดเห็นต่อว่า ประชาชนมีสิทธิเลือกใช้บริการสุขภาพกับสถานประกอบการที่ใดก็ได้ ขณะที่สถานประกอบการต้องรักษาภาพพจน์ ชื่อเสียง และการบริการเพื่อเรียกลูกค้า เพราะไม่เช่นนั้น คลินิก โรงพยาบาลก็เจ๊ง ! ขาดทุนและต้องปิดสถานบริการไปเอง ! สถานบริการที่อยู่ได้จึงเป็นที่พึงพอใจและประชาชนยินดีจ่ายค่าบริการ

ปัญหาก็คือ ประชาชนยินดีจ่ายแพงจริงหรือไม่? ประชาชนมีทางเลือกในการรับบริการยามเกิดอุบัติเหตุหรือวิกฤตการณ์ของโรคหรือไม่? คุณธรรม จริยธรรมในการกำหนดค่าบริการ? ที่ค้ากำไรแบบไม่สมเหตุสมผลอยู่ที่ไหน?

แพทย์คนหนึ่งก็บอกว่า มันอยู่ในกฎหมายและจรรยาบรรณแพทย์และสถานประกอบการอยู่แล้ว ไม่น่าห่วง

กฎหมายกับการปฏิบัติจริงและประสบการณ์ชีวิตของประชาชนโดยทั่วไป เป็นเรื่องที่แตกต่างกันราวฟ้ากับดิน ทุกวันนี้คนไทยยังต้องจ่ายยาและจ่ายบริการแพงเกินจริง นอกจากต้องเดือดร้อนทั้งตัวเองและญาติพี่น้องในภาวะความเจ็บป่วยทางกายและใจแล้ว ยังต้องสูญเสียมูลค่าทางเศรษฐกิจที่สูงเกินกำลังของครอบครัว

จึงไม่ควรปล่อยให้ระบบบริการสุขภาพเป็นระบบแบ่งปันแบบค้ากำไรเสรีโดยมองผู้ป่วยว่าเป็นลูกค้า แต่ผู้ป่วยคือผู้มารับบริการ ที่ควรได้รับความเห็นอกเห็นใจ ผู้ให้บริการควรมีความเอื้ออาทรด้วยจิตใจบริการทางสาธารณะ มากกว่าเห็นตัวเงินหรือตัวเลขผลกำไรสูง ๆ สถานบริการอยู่ได้ผู้ป่วยอยู่ได้ ควรเป็นแนวทางบริการทางสุขภาพที่ประนีประนอมกันในสังคม

ด้วยเหตุนี้ ร่าง พรบ.สุขภาพแห่งชาติ จึงกำหนดไว้เพื่อไม่ให้เกิดการค้ากำไรทางธุรกิจแบบไม่สมเหตุสมผล และอนาคตที่ดีประชาชนไทยไม่ควรต้องพึ่งสถานบริการสุขภาพมากนัก แต่ควรพึ่งตนเองโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นบวกกับกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้มาก มาตรา 71 ก็ไม่จำเป็นต้องวิวาทะกันมาก

☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.)
National Health System Reform Office (HSRO)

มีวัตถุประสงค์หลัก คือ

สร้างกระแสการปรับเปลี่ยนวิธีคิดด้านสุขภาพของคนไทย
จากการชมสุขภาพมาสู่การสร้างสุขภาพ
เพื่อการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า

เคลื่อนไหวยังสังคม โดยการเข้าร่วมและสนับสนุนกิจกรรม
ที่จะสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน ชุมชน สังคม และองค์กรทุกส่วน
ที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในประเด็นสำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพ

สนับสนุนกิจกรรมทางวิชาการเพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้
ในประเด็นสำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพ
สำหรับบรรจุเป็นสาระบัญญัติใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ
และเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรมในระยะถัดไป

ประสานงานกับภาคการเมือง ภาคราชการ หน่วยงาน
องค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
เพื่อสร้างความร่วมมือผลักดันการปฏิรูประบบสุขภาพ
อย่างกว้างขวาง



สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.)

ชั้น 2 อาคารด้านทิศเหนือของสวนสุขภาพ (ก.สาธารณสุข 6) ภายในบริเวณกระทรวงสาธารณสุข

ก.ตวันนท อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทร: 590-2304 โทรสาร: 590-2311 ตู้ ปณ. 9 ปณ.ตลาดขวัญ 11002

E-mail address: hsro@hsro.or.th Homepage: <http://www.hsro.or.th>