

คนจน คนรวย กับโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค**

*อัมมาร สยามวาลา

การเลือกตั้งทั่วไปเมื่อปี พ.ศ. 2544 พรรคไทยรักไทยได้เสนอโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคเป็นหนึ่งในหลายนโยบายที่ตนจะนำมาใช้ หากได้รับเลือกเข้ามาบริหารประเทศ และนโยบายนี้มีบทบาทสำคัญต่อการได้รับคะแนนนิยมอย่างท่วมท้นของพรรคไทยรักไทย จนมีโอกาสดำเนินการรัฐบาลในปีนั้น เมื่อเข้ามาบริหารประเทศพรรคไทยรักไทยก็รับทำตามสัญญาที่ได้ให้ไว้แก่ประชาชน ถือได้ว่าเป็นมิติใหม่ของการเมืองไทยที่มีพรรคการเมืองที่ “ขาย” นโยบายที่ชัดเจนให้แก่ประชาชน และที่สำคัญกว่านั้นก็คือ เมื่อ “ขาย” ได้แล้วก็ตามด้วยการรักษาสัญญาดังกล่าวโดยไม่รีรอ

สองปีผ่านไป นโยบายดังกล่าวได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างใหญ่หลวงในระบบการรักษาพยาบาลของประเทศไทย หลังจากรวบรวมผลจากการประเมินโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคจากหลายฝ่าย ขอฟันธงลงไปเลยว่า ในด้านที่มีความสำคัญที่สุดสำหรับพรรคการเมืองนั้น โครงการนี้ประสบผลสำเร็จอย่างดี ผลการสำรวจ

ปฏิกิริยาของประชาชนต่อโครงการนี้ล้วนแสดงความพอใจในระดับสูง หมายความว่า สถานพยาบาลต่างๆที่อยู่ในโครงการ มีความสามารถที่จะใช้เงินในปริมาณที่เพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยเพื่อให้สิทธิในการรักษาพยาบาลให้แก่คนไทย (เกือบ) ทุกคนได้ตามสัญญา และทำได้ภายในระยะเวลาอันรวดเร็วคือภายในหนึ่งปี

แต่จากการที่รัฐบาลใช้เงินและใช้เวลาค่อนข้างน้อยนั้น ทำให้โครงการนี้มีปัญหาค่อนข้างมากด้วย แต่เป็นปัญหาที่ไม่รุนแรงมากพอที่จะก่อให้เกิดความไม่พอใจกับประชาชนผู้ใช้บริการ หากลองเปรียบเทียบโครงการนี้เสมือนหนึ่งว่าเป็นห้างซูเปอร์สโตร์ ลูกค้าน่าจะเห็นว่ากิจการของห้าง กำลังดำเนินไปได้ดี ผู้คนที่มาใช้บริการก็ได้รับบริการสินค้าในห้างก็มีให้เลือกพอประมาณ แต่ถ้าต้องการสินค้าคุณภาพดีหน่อยก็อาจจะไม่มีให้ โดยอาจมีของคุณภาพไม่ดีแทนให้ได้บ้าง แต่ถ้าไปดูตรงหลังร้านส่วนที่เป็นสำนักงานก็จะเห็นแต่ความโกลาหล พนักงานทำงานด้วยความเครียดและไม่เป็นระบบ เจ้าหน้าที่ออกมาตะโกนสั่งงานเป็นระยะๆ โดยไม่มี

*ศาสตราจารย์ ดร. และปรีดี พนมยงค์ ศาตราภิธาน มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต

**จากบทสนทนาสาธารณะกิจครั้งพิเศษในโอกาสครบรอบ 20 ปี ของมูลนิธิประชากร เมื่อวันที่ 20 มีนาคม พ.ศ. 2546

ใครเข้าใจเหตุผลว่า ทำไมถึงต้องสั่งอย่างนั้น ถ้าดูลึกไปถึงเรื่องการเงินการบัญชีแล้วก็จะพบว่าระบบบัญชีและระบบการควบคุมการเงินของซูเปอร์สโตร์ อันมืหานี้เป็นระบบที่มีได้แตกต่างไปจากระบบบัญชีของร้านโชห่วยเล็กๆ ข้างถนน หากซูเปอร์สโตร์ที่มีอยู่ดาษดื่นในประเทศไทยขณะนี้มีระบบบริหารงานแบบเดียวกับที่กระทรวงสาธารณสุข บริหารโครงการ 30 บาทแล้ว ซูเปอร์สโตร์นั้นคงจะล้มครืนลงภายในหนึ่งเดือนและซีอีโอของบริษัท ก็จะถูกปลดออกจากตำแหน่ง

แต่โครงการ 30 บาทของรัฐบาลนั้นสามารถดำเนินการมาได้ทั้งๆ ที่มีทรัพยากรค่อนข้างจำกัดเมื่อเทียบกับการกิจที่ต้องทำ และทั้งๆ ที่ไม่มีการบริหารที่เพียงพอกับความซับซ้อนละเอียดอ่อนของภารกิจดังกล่าว เรื่องนี้ต้องยกให้เป็นผลงานของบุคลากรที่มีหน้าที่ให้บริการแก่ผู้ที่มาขอใช้บริการ ความบกพร่องขาดแคลนทั้งหลายในด้านการบริหารจึงกลายเป็นภารกิจที่ทุกคน ตั้งแต่ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ไปจนถึงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ทั้งหลายต้องแบกรับไว้แทน ส่วนความขาดแคลนในด้านการเงินก็กลายเป็นโจทย์ที่เจ้าหน้าที่ต้องหาทางเยียวยาแก้ไขกันไป

โจทย์ของผู้เขียนในวันนี้มิได้เป็นการประเมินโครงการ 30 บาท แต่โจทย์ที่ต้องการจะตั้งในวันนี้คือให้สังคมไทยช่วยกันขบคิดว่าเราต้องการอะไรจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพราะถ้าสังคมไทยไม่มีคำตอบต่อคำถามนี้แล้ว โครงการ 30 บาทที่มีอยู่นั้นก็จะชวนเซ่อต่อไปในวันข้างหน้าตามกระแสการเมืองและตามยุทธกรรมอย่างไม่มีเป้าหมายที่ชัดเจน

ขอเริ่มต้นด้วยหลักการของการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่คิดว่าคนส่วนใหญ่ทุกคนจะยอมรับได้ คือ

“คนไทยทุกคน หากล้มป่วยลงจะต้องมั่นใจได้ว่าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่ถูกจำกัดโดยเศรษฐกิจฐานะของตน และการรักษาพยาบาลนั้นจะต้องได้มาตรฐานที่เหมาะสม ในการใช้มาตรการใดมาตรการหนึ่งในการรักษา แพทย์จะต้องไม่คำนึงถึงเศรษฐกิจฐานะของผู้ป่วยอีกเช่นกัน”

ส่วนหลังของข้อความนี้อาจจะมีข้อโต้แย้งได้บ้าง แต่ถ้าเราขยายความให้ชัดเจนว่ามาตรฐานที่เหมาะสมนั้นหมายถึงมาตรฐานที่จะมีผลให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่การมีสุขภาพดีที่สุดในระยะเวลาอันสั้นแล้ว ในระบบที่มีความสมบูรณ์มาตรฐานดังกล่าวจะกำหนดเป็นรูปธรรมโดยมีสิ่งที่เรียกว่า Clinical Practice Guideline (CPG) มาตรฐานตามที่กำหนดนี้ถือได้ว่าเป็นมาตรฐานขั้นต่ำ การที่แพทย์จะใช้วิธีการที่ซับซ้อนพิสดารไปกว่านี้ก็ย่อมทำได้เป็นกรณีๆ ไป โดยในกรณีที่มีความจำเป็นทางการแพทย์จริงๆ ก็ไม่ควรจะให้ค่าใช้จ่ายส่วนเพิ่มนี้เป็นภาระเพิ่มเติมแก่ผู้ป่วย แต่ในกรณีที่เกินความจำเป็นซึ่งอาจต้องใช้เวลาแพทย์หรือทรัพยากรอื่นมากกว่า ก็อาจจะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย (หรือญาติ) เลือกใช้วิธีการรักษานั้นๆ ได้ และถ้ามีต้นทุนสูงกว่าวิธีการใน CPG ก็ให้เป็นภาระของผู้ป่วย

นอกจากหลักการที่ได้กล่าวมานี้ ผู้เขียนขอเสนอหลักการที่สองที่พอจะกล่าวได้ว่ามีฉันทามติพอสมควร แต่อาจไม่มากเหมือนหลักการแรก กล่าวคือเมื่อล้มป่วยลง ผู้ป่วยทุกคนควรมีสิทธิในการได้รับการรักษาพยาบาล มิใช่เป็นเพราะได้รับการสงเคราะห์จากรัฐบาล และเมื่อไม่เป็นการสงเคราะห์

แล้วมาตรฐานของบริการที่ได้รับจะต้องอยู่ในระดับ
ทั่วไป ไม่มีมาตรฐานชั้นสองสำหรับผู้ที่ได้รับการ
สงเคราะห์

ผู้ที่ไม่ค่อยเห็นด้วยกับหลักการที่สองนี้
อาจจะอ้างว่า ในเมื่อค่าใช้จ่ายในการรักษา
พยาบาลตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
นั้นเป็นภาระต่อผู้เสียภาษีอยู่แล้ว จึงไม่ควรให้ผู้มี
ฐานะดีที่พอจะจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้นั้นมามีสิทธิ
ใช้บริการจากโครงการหลักประกันสุขภาพของรัฐ
ได้อีก และทางการควรจะหาทางบังคับให้ผู้ที่แสดง
ตนว่าเป็นคนมีฐานะดีเช่นว่านี้ร่วมจ่ายค่ารักษา
พยาบาลในอัตรา 30 บาทที่ใช้กับคนทั่วไป แนว
ความคิดนี้ถือว่าโครงการ 30 บาทมิได้เป็นโครง
การหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ควรจะเป็น

โครงการที่พุ่งเป้า (targeted) ไปเฉพาะคนจนเท่านั้น
ในความเป็นจริง ประเทศไทยเคยมีโครง
การสุขภาพหลายโครงการที่พุ่งเป้าไปเฉพาะคนบาง
กลุ่มบางเหล่ามาก่อนแล้ว กลุ่มหนึ่งในนี้ได้แก่ผู้มี
รายได้น้อย (ส่วนกลุ่มอื่นที่ได้รับประโยชน์จากโครง
การเหล่านี้ได้แก่คนพิการ ผู้สูงอายุ ทหารผ่านศึก
และเด็ก) ในแง่ของการบรรเทาความเดือดร้อนของ
คนจน นับได้ว่าโครงการดังกล่าวประสบความสำเร็จ
ในระดับหนึ่ง แต่ปัญหาใหญ่ของโครงการนี้คือ
ครอบคลุมคนจนทั้งประเทศได้ไม่ค่อยทั่วถึง ผลการ
ศึกษาในเรื่องนี้พบว่า คนจนที่ได้รับบัตรประเภ
ตต่าง ๆ ยังห่างไกลจาก 100 เปอร์เซ็นต์ (ซึ่งหมายถึง
การครอบคลุมทั้งหมด) ดังจะเห็นได้จากตารางที่ 1

ตารางที่ 1

สัดส่วนของผู้ที่ได้รับบัตรสุขภาพประเภทต่าง ๆ¹ ในประชากรทั้งหมด 2542-2543

	2542	2543
คนจนที่สุด (ร้อยละ 20 ล่างสุด)	59	67
คนจน (ร้อยละ 20 รองขึ้นมา)	62	58
ฐานะปานกลาง	55	44
คนรวย	38	25
คนรวยที่สุด (ร้อยละ 20 บนสุด)	15	13

หมายเหตุ : ¹บัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย บัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล และ
บัตรประกันสุขภาพ

ที่มา: อ้างถึงในวิโรจน์และอัญญา (2545)

ปัญหาของการครอบคลุมคนจนไม่ทั่วถึง
และการที่คนที่ไม่จนได้รับบัตรด้วยนั้นเกิดขึ้น

เพราะรัฐบาลไทยไม่มีกลไก (หรือมีกลไกที่ไม่มีประ
สิทธิภาพ) ที่จะค้นหาผู้ที่มีรายได้น้อยจากประชากร

ซึ่งส่วนใหญ่มีอาชีพอิสระหรืออยู่ในภาคที่ไม่เป็นทางการ อีกทั้งสิทธิประโยชน์ที่ให้ในบางกรณีนั้นก็มิได้เจาะจงเฉพาะผู้มีรายได้น้อยเท่านั้น แต่มีกลุ่มอื่นอยู่ด้วย อาทิเช่น เด็ก และผู้สูงอายุ เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม นโยบายดังกล่าวก็ได้ถูกกลืนโดยโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคตั้งแต่ พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา และแนวทางที่รัฐบาลใช้ก็คือให้เป็นระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่สิ่งที่รัฐบาลทำมาโดยตลอดก็คือจำกัดวงเงินที่จะให้กับโครงการนี้อยู่ในระดับที่สูงกว่าในอดีตเพียงเล็กน้อย ดังนั้นทรัพยากรที่กระทรวงสาธารณสุขมีเพื่อดำเนินการตามโครงการนี้จึงไม่มากพอที่จะให้บริการกับประชาชนทุกคนได้อย่างถ้วนหน้าจริง ๆ คำถามที่เกิดขึ้นก็คือถ้าประชาชนคนไทยทุกคนมีสิทธิตามโครงการนี้และมาใช้บริการเมื่อป่วยแล้ว หากทรัพยากรที่สถานพยาบาลได้รับไม่เพียงพอต่อการกิจที่เกิดตามสิทธิของประชาชน ระบบจะล่มจมหรือไม่ บัดนี้เราทราบคำตอบแล้วว่า จนถึงปัจจุบันก็ยังไม่ล่มจม แต่ขอพยากรณ์ไว้ด้วยว่าในอนาคตระบบนี้ก็จะไม่ล่มจม เพราะจะมีการปรับตัวในลักษณะที่จะทำให้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นไม่แตกต่างไปจากระบบสงเคราะห์ที่เคยมีมาในอดีต

ทั้งนี้ เพราะเมื่อพิจารณาการตอบสนองของผู้คนในระบบรักษาพยาบาลของไทยต่อโครงการ 30 บาท ก็เห็นว่าผลกระทบที่เกิดขึ้นนั้นเป็นผลกระทบในด้านคุณภาพการให้บริการ จริงอยู่ ประชาชนมีความพอใจในโครงการ 30 บาท

ดังได้กล่าวมาแล้วในตอนต้น แต่ถ้าดูพฤติกรรมผู้ใช้บริการของโครงการ 30 บาทแล้ว ก็เห็นได้ว่าประชาชนจะเลือกใช้บริการดังกล่าวโดยประเมินถึงคุณภาพของการรักษาพยาบาลก่อน พฤติกรรมดังกล่าวนี้พอจะเห็นได้จากข้อมูลในตารางที่ 2 ที่ได้มาด้วยความเอื้อเฟื้อของ รองศาสตราจารย์นายแพทย์ศุภสิทธิ์ พรธรรมาโรจน์ แห่งมหาวิทยาลัยนเรศวร ถึงแม้ว่าจำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการประมาณการยังน้อยอยู่ แต่ตัวเลขในตารางที่ 2 ชี้ให้เห็นพฤติกรรมสำคัญบางอย่าง ข้อมูลนี้ให้สัดส่วนของผู้ที่มีสิทธิตามโครงการ 30 บาทที่มารับการรักษาพยาบาลและใช้สิทธิดังกล่าว หมายความว่าส่วนที่เหลือนั้นมิได้ใช้สิทธิที่ตนมีอยู่ แต่เลือกที่จะจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองไม่ว่าในโรงพยาบาลของรัฐหรือของเอกชน

ข้อมูลนี้ชี้ให้เห็นว่า ประชาชนผู้มีสิทธิจำนวนหนึ่ง ซึ่งมาจากทุกระดับรายได้ เลือกที่จะไม่ใช้สิทธิเต็มตามที่ตนมีอยู่ เหตุผลที่เขาเลือกที่จะไม่ใช้สิทธิของตน น่าจะอยู่ที่ความรู้สึกของเขาว่า คุณภาพของบริการนั้นไม่ถึงขั้น แต่ถ้าเขาจ่ายเงินแล้วก็น่าจะได้บริการที่มีคุณภาพเหนือกว่า โปรดสังเกตด้วยว่าโดยทั่วไปแล้วผู้มีระดับรายได้น้อยจะมีอัตราการใช้สิทธิสูงกว่าผู้มีระดับสูง

เมื่อเป็นเช่นนี้ก็จะเห็นระบบปรับตัวจนผลออกมาไม่แตกต่างไปจากระบบสงเคราะห์เดิมที่เป็นอยู่ ดังนั้นจะด้วยความตั้งใจหรือไม่ก็ตาม โครงการ 30 บาท จึงได้กลบกลายไปเป็นโครงการสำหรับคนจน

ตารางที่ 2

เปอร์เซ็นต์ของผู้ถือบัตรทองที่มารับการรักษาพยาบาลและที่ใช้สิทธิตามโครงการ 30 บาท 2544-45

ระดับรายได้ (บาท/เดือน)	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน
< 2,500	74	86
2,500-4,999	60	70
5,000-7,499	56	55
7,500-9,999	39	42
10,000-14,999	49	63
>15,000	19	40
รวม	59	69

ที่มา : งานวิจัยของ รองศาสตราจารย์นายแพทย์ศุภสิทธิ์ พรธรรมาวุธ

แต่สิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้อีกประการหนึ่งก็คือการที่จะให้โครงการ 30 บาทที่โดยนิตินัยแล้วเป็นโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้ากลับกลายเป็นโครงการที่พุ่งเป้าไปยังกลุ่มคนจนโดยพฤตินัย การกลับกลายดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อคุณภาพของบริการที่ให้นั้นต่ำกว่าบริการที่มีการจ่ายเงิน เพราะถ้าหากโครงการนี้ให้บริการที่ได้มาตรฐานอย่างน้อยในสายตาของผู้ใช้บริการ อัตราการใช้สิทธิโดยเฉพาะของคนที่มีรายได้สูง ก็จะต้องอยู่ในระดับที่สูงกว่าที่ระบุไว้ในตารางที่ 2 แต่ถ้าอัตราการใช้สิทธิสูงกว่าจริง เงินงบประมาณที่ใช้ในโครงการก็จะไม่เพียงพอ

เมื่อประชาชนสามารถปรับตัวได้เช่นนี้ งบประมาณที่ใช้ในโครงการไม่ว่าจะเป็นเท่าใดก็จะไม่กระทบกระเทือนต่อความอยู่รอดของโครงการนี้ หากมีงบประมาณน้อยลงคุณภาพของการรักษาพยาบาลก็จะน้อยลงตามไปด้วย (ต้องรอแพทย์นานขึ้น แพทย์ไม่มีเวลาหรือไม่ใช้เวลาวินิจฉัยโรค

ให้ถูกต้อง ให้ยาที่ไม่เหมาะกับโรค) และหากคุณภาพลดลง ประชาชนก็จะหนีออกจากการใช้บริการดังกล่าวและหันไปใช้บริการที่ตนต้องจ่ายเงินแทน ประชาชนที่เหลืออยู่ก็จะเป็นคนจนที่ไม่มีทางหนีได้ และผู้คนเหล่านี้ก็จะได้รับบริการที่มีคุณภาพต่ำ สมกับที่เป็นผู้ได้รับการสงเคราะห์

ความเห็นของผู้ที่อยากให้โครงการ 30 บาทนั้นกลับไปเป็นโครงการสงเคราะห์ ส่วนหนึ่งตั้งอยู่บนความรู้สึกที่ไม่อยากให้เงินภาษีถูกนำมาใช้ให้บริการคนรวย ข้อข้อใจนี้ชอบด้วยเหตุผลอยู่บ้าง แต่การพิจารณานั้นต้องมองดูภาพรวมทั้งหมด โปรดสังเกตว่าในปัจจุบัน สังคมไทยปล่อยให้ใครก็ตามที่มารักษาพยาบาลที่พร้อมจะจ่ายเงิน สามารถเข้าถึงบริการได้ในระดับที่ดีพอสมควร และจะได้เวลาของแพทย์มากกว่าคนทั่วไปอีกด้วย เรามักจะมองว่า ในเมื่อเขาจ่ายเงินแล้ว เขาก็น่าจะมีสิทธิที่จะ “ซื้อ” บริการที่ดีเป็นพิเศษเหล่านี้ได้ แต่ต้องไม่ลืมด้วยว่าทุก ๆ นาทีที่แพทย์ให้เป็นพิเศษกับคนไข้เหล่านี้

นี้เป็นนาที่ที่หายไปจากคนไขอื่น ๆ ที่ไม่มีฐานะทางการเงินควรจะได้ การ “ซื้อ” สิทธิพิเศษเหล่านี้จึงไม่ต่างไปจากการ “แย่ง” ทรัพยากรที่จำกัดมากออกไปจากคนอื่น (ที่ไม่มีกำลังซื้อ)

โครงการ 30 บาทและโครงการเดิมๆ ที่พุ่งเป้าไปยังคนจนอาศัยเงินงบประมาณที่อาศัยภาษีอากรทั่วไปเป็นแหล่งที่มาของเงิน ข้ออ้างของผู้ที่ไม่เห็นด้วยกับโครงการ 30 บาท (ในส่วนของบริการคนรวย) มักจะมีด้วยว่าระบบภาษีอากรของไทยนั้นเป็นระบบภาษีอากรที่ถดถอย แต่งานวิจัยของนักเศรษฐศาสตร์เท่าที่ทำกันมานั้นระบุว่าภาษีอากรของไทยนั้นอย่างน้อยมีความเป็นกลางและไม่ถดถอย หมายความว่า นาย ก. ผู้มีรายได้เป็นสองเท่าของนาย ข. ก็จะได้เสียภาษีเท่ากับสองเท่าของนาย ข. แต่ถ้าจะให้ดีแล้ว ระบบภาษีควรจะเป็นระบบก้าวหน้า กล่าวคือนาย ก. ควรจะจ่ายมากกว่าสองเท่า และควรจะมีการปรับปรุงระบบภาษีให้ก้าวหน้ามากขึ้นกว่าในปัจจุบัน แต่โจทย์นี้เป็นอีกโจทย์หนึ่งต่างหากที่ใหญ่กว่าเรื่องประกันสุขภาพ ผู้เขียนเองจะไม่ขอขยายประเด็นนี้ออกไปเพียงแต่ตั้งข้อสังเกตว่า เหตุผลที่กล่าวว่าระบบภาษีของไทยนั้นเป็นระบบถดถอยและการนำเอาภาษีอากรทั่วไปมาใช้จ่ายเพื่อโครงการ 30 บาททำให้คนจนมาช่วยคนรายนั้นมิได้ตั้งอยู่บนรากฐานความเป็นจริง

ระบบประกันสุขภาพโดยทั่วไปแล้วต้องเป็นระบบบังคับ การที่จะให้ประชาชนเลือกจะประกันหรือไม่ประกันด้วยตนเองนั้นไม่เหมาะสม เพราะจะติดปัญหาขั้นพื้นฐานเรื่องการเลือกผิด

(adverse selection) กล่าวคือประชาชนคนป่วยโดยเฉพาะที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังเท่านั้นที่จะเป็นลูกค้าโครงการประกันสุขภาพดังกล่าว และหากเป็นเช่นนั้นกิจการดังกล่าวก็จะไม่คุ้มสำหรับผู้ให้ประกัน นอกเสียจากว่าผู้ให้ประกันคิดเบี้ยประกันสูงมาก แต่ในกรณีนี้ก็จะไม่คุ้มสำหรับผู้ประกัน ด้วยเหตุนี้ระบบประกันสุขภาพในแทบทุกประเทศจึงเป็นระบบที่บังคับ ไทยเองก็มีระบบประกันสุขภาพที่บังคับด้วย เช่นที่จัดภายใต้ พระราชบัญญัติประกันสังคมและที่นำมาบังคับใช้กับลูกจ้างภาคเอกชนทั้งหมด ระบบนี้มีการเก็บเงินสมทบอย่างเพียงพอที่จะนำมาใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ประกันตนได้อย่างสมบูรณ์ ถึงแม้ว่าค่าเงินสมทบที่เก็บนั้นค่อนข้างจะถดถอย¹ และมีส่วนหนึ่งที่ได้รับจากงบประมาณแผ่นดินอีกด้วย

หากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถเก็บค่าเงินสมทบเช่นเดียวกันกับสำนักงานประกันสังคม รัฐบาลก็จะมีเครื่องมืออีกชิ้นหนึ่งในการที่จะทำให้โครงการดังกล่าวมีความเป็นธรรมมากขึ้น เพราะจะสามารถปรับอัตราให้สอดคล้องกับรายได้ได้ดีขึ้นและอาจมีทรัพยากรเพื่อการนี้ได้อีกด้วย แต่ปัญหายังยังขบคิดไม่ได้ก็คือจะหาวิธีเก็บเงินค่าสมทบอย่างไรให้ทั่วถึง ทั้งนี้ เพราะคนไทยโดยทั่วไปที่ไม่ได้ทำงานในภาคเอกชน (ซึ่งได้รับการคุ้มครองจากพระราชบัญญัติประกันสังคมอยู่แล้ว) และที่มิได้เป็นข้าราชการ จะทำงานอยู่ในภาคที่ไม่เป็นทางการ ดังนั้นการตามเก็บเงินค่าสมทบเป็นราย ๆ นั้นทำได้ยากมาก ยากแค่ไหนดูได้จากประสบการณ์ของสำนักงานประกันสังคม ที่พยายามขยายโครงการของตน

¹ ในการคำนวณค่าสมทบนั้นจะมีเพดานอยู่ที่ระดับเงินเดือน 15,000 บาท หมายความว่าผู้ที่มียาได้เหนือกว่านั้นจะเสียเงินค่าสมทบเท่ากับผู้มีรายได้ 15,000 บาท

ไปให้ครอบคลุมสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป แต่ปรากฏว่าสามารถขยายฐานออกไปต่ำกว่าเป้าหมาย ดังนั้น หากใครมีวิธีเรียกเก็บเงินค่าสมทบจากภาคที่ไม่เป็นทางการอย่างมีประสิทธิภาพก็ขอความอนุเคราะห์แจ้งให้ทราบด้วยระหว่างที่ไม่มีวิธีการนี้การใช้งบประมาณแผ่นดินจากภาษีอากรทั่วไปก็ไม่น่าจะเป็นเรื่องเสียหายเท่าใดนัก

ผู้เขียนไม่ต้องการที่จะให้บทความนี้แสดงแต่ภาพลบต่อกระทรวงสาธารณสุขอย่างเดียวเท่านั้น ความจริงแล้ว ตลอดระยะเวลาประมาณสิบปีที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขได้พยายามปรับปรุงระบบงบประมาณและพยายามกระจายเงินไปยังจังหวัดห่างไกลและมีประชากรมากให้มากขึ้นและโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคได้ตอกย้ำแนวทางนี้อีกทอดหนึ่ง เพราะถ้าทำตามเงื่อนไขของโครงการนี้แล้วทุกจังหวัดในประเทศไทยก็จะได้รับงบประมาณต่อคนเพื่อการรักษาพยาบาล (และบางส่วนของค่าส่งเสริมสุขภาพ) เท่าเทียมกัน จะแตกต่างกันบ้างก็เพราะบางจังหวัดมีภาระโรคไม่เหมือนกัน

การถ่ายโอนเม็ดเงินจากจังหวัดหนึ่งไปยังอีกจังหวัดหนึ่งนั้นทำได้ไม่ยากนัก แต่กระทรวงสาธารณสุขมีกรรมเก่าที่สร้างไว้แต่ในอดีต เงินลงทุนที่ลงไปในการสร้างสถานพยาบาลต่าง ๆ นั้นมิได้ลงไปอย่างเป็นธรรมทั่วทั้งประเทศ แต่มีความลำเอียงไปยังท้องถิ่นที่มีความเจริญมากกว่า ด้วยสาเหตุอย่างน้อยสองประการ ประการแรก ชุมชนในบางจังหวัดมีกำลังทรัพย์และความพร้อมใจกันลงขันสร้างโรงพยาบาลในจังหวัดของตน เมื่อสร้างเสร็จก็จะส่งมอบโรงพยาบาลนั้นให้แก่

กระทรวงฯบริหารต่อ จังหวัดที่ดำเนินการตามนี้มักจะเป็นจังหวัดที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีพอสมควรไม่ต่ำเกินไปนัก เหตุผลประการที่สองที่มีความซับซ้อนกว่าคือ การที่จะสร้างโรงพยาบาลและมีบุคลากรในโรงพยาบาลนั้นๆ จะต้องดูถึงความต้องการบริการโดยรอบด้วย ถ้ากระทรวงฯจะไม่ใช้กลไกตลาดก็จะดูเฉพาะความหนาแน่นของประชากรในบริเวณนั้นโดยไม่ดูกำลังซื้อในบริเวณนั้นและเลือกจุดที่จะลงทุน แต่ในอดีต (และแม้กระทั่งในปัจจุบัน) กระทรวงฯไม่สามารถละลายเลยกำลังซื้อของคนในบริเวณนั้นได้เสียทีเดียว เพราะเป็นที่ทราบกันดีว่าบุคลากรทางด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์ที่จะมาให้บริการในสถานพยาบาลของรัฐนั้นมักจะเสริมรายได้ของตนด้วยการเปิดบริการส่วนตัวพร้อมๆกัน เพราะฉะนั้นบุคลากรเหล่านี้ก็จะมิใช่ช่างหนึ่งอยู่ในภาคสาธารณะและอีกข้างหนึ่งอยู่ในภาคเอกชน (ซึ่งจะดูกำลังซื้อเป็นหลัก) เมื่อเป็นเช่นนี้ทรัพยากรการลงทุนส่วนหนึ่งก็จะมุ่งหน้าไปสู่พื้นที่ที่มีกำลังซื้อมากพอสมควร

ผลของแนวทางการลงทุนของกระทรวงสาธารณสุขนั้นเห็นได้จากการนำเอา 5 จังหวัดที่มีประชากรต่อเตียงมากที่สุดคือ 1458 คนต่อหนึ่งเตียง (หรือขีดความสามารถในการให้บริการรักษาพยาบาลจำกัด) มาเปรียบเทียบกับ 5 จังหวัดที่มีประชากรต่อเตียงน้อยที่สุด (หรือมีขีดความสามารถในการให้บริการมาก) คือ 242 คนต่อหนึ่งเตียง ก็จะได้เห็นว่าจังหวัดสองกลุ่มนี้แตกต่างกันถึง 6 เท่า โปรดสังเกตด้วยว่า จำนวนเตียงที่ใช้ในการคำนวณดังกล่าวนี้เป็นแต่เฉพาะเตียงของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น หากรวมเอาเตียงจากโรงพยาบาลของรัฐที่สังกัดกระทรวงอื่นๆ และ

ของ 5 จังหวัดที่มีเตียงคนไข้น้อยอันได้แก่ แม่ฮ่องสอน อำนาจเจริญ ชัยภูมิ ศรีสะเกษ และ หนองคาย ก็พบว่าจังหวัดเหล่านี้มีกำลังซื้อน้อย สี่ในห้าจังหวัดนี้อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เมื่อหันมายัง 5 จังหวัดที่มีเตียงคนไข้หนาแน่น ก็จะได้จังหวัดที่มีกำลังซื้อค่อนข้างสูง คือสระบุรี ชลบุรี เชียงใหม่ ปทุมธานี และนนทบุรี สี่ในห้าจังหวัดนี้อยู่ในภาคกลางและสองในสี่นี้ก็เป็ จังหวัดที่อยู่ติดกับกรุงเทพฯ²

กรรมเก่าที่สร้างไว้นั้นมีผลต่อกระบวนการกระจายงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข เพราะดังได้กล่าวมาแล้วว่าการโอนถ่ายเม็ดเงินนั้นทำได้ง่าย แต่ถ้าเม็ดเงินที่โอนถ่ายไปมานั้นไม่ได้ สัดส่วนกับทรัพยากรประจำพื้นที่ ปัญหาก็จะเกิดขึ้น ทั้งนี้ เพราะถ้าทุกจังหวัดได้เม็ดเงินเท่ากันแต่ ทรัพยากรประจำพื้นที่นั้นแตกต่างกันมาก บางพื้นที่เมื่อนำเอาเงินไปเลี้ยงดูทรัพยากรประจำพื้นที่ก็จะมีเงินเหลือสำหรับการอื่น

ทรัพยากรประจำพื้นที่นั้นประกอบด้วยอะไรบ้าง ที่เห็นได้ชัดเจนที่สุดก็คือตัวอาคารและอุปกรณ์ที่อยู่ในอาคารเหล่านั้นซึ่งสามารถวัดได้อย่างคร่าวๆ จากจำนวนเตียงที่ได้กล่าวถึงมาแล้ว แต่การมีอาคารและอุปกรณ์รักษาพยาบาลนั้นมีผลตามมาที่สำคัญกว่านั้น กล่าวคือที่ใดที่มีสถานพยาบาลหนาแน่นก็จะมีอัตราสำหรับบุคลากรหนาแน่นตามมาด้วย และบุคลากรเหล่านี้ก็ติดแน่นอยู่กับพื้นที่ไม่แพ้วตัวอาคารและอุปกรณ์เช่นกัน ทั้งนี้ ดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่าบุคลากรเหล่านี้ส่วนใหญ่มีขาข้างหนึ่งอยู่ในภาคเอกชนและได้ก็สร้างชื่อเสียงไว้

ในพื้นที่ไม่น้อย การที่จะให้เขาถอนตัวออกไปจากฐานชื่อเสียงของตนและโยกย้ายไปตามนโยบายที่ใช้การกระจายงบประมาณเป็นเครื่องมือมันจึงเป็นสิ่งที่ ยาก

ความไม่สมส่วนกันในทรัพยากรต่างๆ โดยเฉพาะระหว่างเงินกับทรัพยากรบุคคลจึงเป็นชนวนที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งกันอย่างมากในการบริหารโครงการ 30 บาท นอกจากนี้ยังทำให้การใช้งบประมาณขาดประสิทธิภาพ สถานพยาบาลในบางจังหวัดรวยเงิน แต่จนแพทย์อย่างรุนแรง ขณะที่ในบางจังหวัดมีแพทย์มากมายแต่ทุกคนก็ตื่นตระหนก เพราะไม่มีเงินเหลือใช้สำหรับอย่างอื่นหลังจากที่จ่ายเงินเดือนให้บุคลากรไปแล้ว โดยในบางจังหวัด ค่าเงินเดือนสูงกว่างบประมาณที่ได้มาด้วยซ้ำ กระทรวงฯเองก็ทราบปัญหานี้เป็นอย่างดี แต่ยังไม่ยอมเป็นไก่อตาแตกมาเป็นเวลากว่าสองปีแล้ว อีกทั้งยังไม่มีมาตรการแน่วแน่ที่จะจัดการกับปัญหานี้แต่อย่างใด แต่ถ้าพูดให้ยุติธรรมกับกระทรวงสาธารณสุขแล้ว คงต้องกล่าวว่าปัญหานี้เป็นปัญหาที่จะแก้ไขได้ยากมาก เพราะถ้าจะทำอย่างจริงจังแล้วก็หมายความว่าต้องทำศึกกับแพทย์ ประวัติของการนำเอาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาใช้ในประเทศต่างๆ ทั่วโลกล้วนให้ข้อสรุปได้อย่างเดียวกันว่า ทำศึกกับใครนั้นก็พอจะทำได้ แต่ทำศึกกับแพทย์นั้นยากเย็นแสนเข็ญทีเดียว

อย่างไรก็ตาม การแก้ไขปัญหาระเบิดการกระจายทรัพยากรด้านการรักษาพยาบาล (โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์) นั้น เป็นโจทย์ใหญ่ที่กระทรวงสาธารณสุขจำเป็นต้องเสียเวลาแก้ไขให้ได้

² เป็นที่น่าสังเกตด้วยว่ากรุงเทพฯ มิได้เป็นหนึ่งในจังหวัดที่มีจำนวนประชากรต่อจำนวนเตียงต่ำสุด อย่างน้อยกระทรวงสาธารณสุขก็มีนโยบายที่จะกระจายความเจริญไปสู่ท้องถิ่น เพียงแต่ว่าความหมายของคำว่าท้องถิ่นนั้นเริ่มตั้งแต่พรมแดนระหว่างกรุงเทพฯ กับนนทบุรี

ถึงแม้ว่าจะต้องใช้เวลามากก็ตาม วิธีหนึ่งที่ทางการจะให้บริการที่เข้าถึงคนจนมีมาตรฐานดีพอที่จะไม่เป็นบริการสงเคราะห์หรือบริการชั้นสองได้ก็คือการให้ค่าตอบแทนแก่แพทย์ให้เพียงพอเพื่อให้แพทย์ไม่จำเป็นต้องหารายได้จากภาคเอกชนอย่างน้อยก็ให้เฉพาะในเขตที่ห่างไกลความเจริญ อีกวิธีหนึ่งก็คือให้ระบบเงินเดือนสองระบบ ในระบบหนึ่งแพทย์จะได้เงินเดือนสูงกว่าในปัจจุบันมากแต่มีเงื่อนไขว่าจะต้องทำงานเต็มเวลาให้กับราชการและจะไม่เปิดคลินิกส่วนตัวหรือทำงานให้แก่โรงพยาบาลเอกชน

ความจริงแล้ว วิธีปรับรายได้ของแพทย์ดังกล่าวนี้เท่ากับเป็นการที่รัฐจะใช้กำลังซื้อของตนแย่งแพทย์จากภาคที่รักษาคคนมีฐานะดีมารักษาคคนที่สังคมเห็นว่าควรจะได้รับ การรักษาพยาบาลมากกว่า ถ้าใช้วิธีนี้ต้นทุนสำหรับภาครัฐก็จะค่อนข้างสูง แต่ถ้ารัฐสามารถจัดการให้การประกันสุขภาพแก่คนไทยส่วนใหญ่ (ตัวเลขที่ผู้เขียนมีอยู่ในใจคือประมาณร้อยละ 80 ของประชากรทั้งหมด) ทั้งที่เป็นคนจนและคนพอกจะมีฐานะบ้าง ก็จะสามารถลดกำลังซื้อในส่วนที่อยู่นอกระบบประกันลงได้ และจะมีความจำเป็นที่จะจ่ายรายได้ให้มากเพื่อแย่งทรัพยากรกับคนเหล่านี้น้อยลง ขณะเดียวกันก็จะสามารถเพิ่มคุณภาพของบริการแก่คนส่วนใหญ่ให้ดีขึ้นได้อีกด้วย

ผู้ที่ดำเนินการให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามักจะชอบปลุกผีสังคมนิยมและลามต่อไปถึงขนาดว่า นี่คือการนำเอาระบบคอมมิวนิสต์มาใช้ในประเทศไทย เพื่อจะได้ไม่ต้องเถียงกันในประเทศนี้ ไร้สาระดังกล่าวนี ผู้เขียนขอยืนยันเสียเลยว่า สิ่งที่เสนอนั้นเป็นการทำให้กำลังซื้อในด้านการรักษา

พยาบาลเป็นของสังคมโดยรวม (socialize) ไม่เห็นว่าการ socialize ดังกล่าวจะมีข้อเสียหายแต่ประการใด ช้าอาจจะมีข้อดีที่คนไทยส่วนใหญ่มีหลักประกันสุขภาพที่ได้มาตรฐานด้วยต้นทุนที่ไม่สูงนักอีกด้วย

โปรดสังเกตด้วยว่าสิ่งที่ผู้เขียนอยากจะ socialize นั้นคือกำลังซื้อ มิใช่ตัวผู้ให้บริการ คลินิกเอกชนและโรงพยาบาลเอกชนจะยังคงมีต่อไปในอนาคตและอาจจะมีส่วนแบ่งตลาดไม่น้อยกว่าในปัจจุบัน แต่สถานพยาบาลเหล่านี้จะให้บริการโดยการทำสัญญากับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแทนที่จะให้บริการและเรียกเก็บค่ารักษาโดยตรงจากคนไข้ ข้อเสนอดังกล่าวนี้ไม่ได้แตกต่างไปจากการที่โรงพยาบาลเอกชนในปัจจุบันหลายแห่งที่ทำสัญญากับสำนักงานประกันสังคมอยู่

งบประมาณที่รัฐบาลใช้อยู่ขณะนี้เพียงพอที่จะให้บริการแก่ประชากรประมาณร้อยละ 80 ได้อย่างน้อยก็ในระดับมาตรฐานก่อนที่จะมีโครงการ 30 บาท แต่มีเงื่อนไขว่ากระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นเจ้าของสถานพยาบาลรายใหญ่ที่สุดของประเทศจะต้องเกลี้ยบุคคลากรของตนให้กระจายไปยังท้องที่ที่ขาดแคลนอยู่ขณะนี้ วิธีเดียวที่จะทำได้ภายใต้เงื่อนไขงบประมาณดังกล่าวก็ด้วยการใช้อำนาจโยกย้ายข้าราชการในสังกัดไปตามนโยบาย วิธีนี้ดูเผิน ๆ จะมีต้นทุนทางเศรษฐกิจต่ำแต่มีต้นทุนทางการเมืองสูง และจะเดินหน้าไปได้ไม่นาน ด้วยเหตุที่จะเป็นชนวนที่ทำให้แพทย์ลาออกเป็นจำนวนมาก

ในที่สุด สถานการณ์จะบังคับให้กระทรวงสาธารณสุขหันมาใช้กลไกตลาดปรับเงินเดือนสำหรับแพทย์ที่อยู่ในท้องที่ที่แพทย์มีโอกาหารายได้ในภาคเอกชนน้อย ซึ่งหมายความว่ารัฐบาลจะต้องยอม

จำนวนต่อข้อเท็จจริงที่ว่า ในระบบเศรษฐกิจผสม สำหรับโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคนั้นไม่พอ
อย่างที่เรามีในประเทศไทยขณะนี้ งบประมาณ สำหรับภารกิจที่ได้สัญญาไว้กับประชาชน

บรรณานุกรม

วิโรจน์ ณ ระนอง และอัญญา ณ ระนอง (2545). “ถั่วหน้า หรือช่วยคนจน เส้นทางสู่นาคตของ
โครงการ 30 บาท” บทความประกอบการประชุมวิชาการหนึ่งทศวรรษ สถาบันวิจัยระบบ
สาธารณสุข (ครั้งที่ 4) เรื่อง “ร่วมกันสร้างสุขภาพสังคม สู่สังคมแห่งสันติภาพ” ที่ศูนย์นิทรรศการ
และการประชุมไบเทค กรุงเทพฯ 5-7 สิงหาคม 2545.