

Original Article

ฉบับนี้ถึงหน้า

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กับรายจ่ายสาธารณสุขของประเทศไทย

ศุภวรรณ สมใจ

สาขาวิชาการบริหารโรงพยาบาล คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยวงเวียนสมเด็จพระเกียรติ

บทคัดย่อ

การประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นนโยบายของรัฐบาลที่ต้องการให้คนไทยทุกคนมีหลักประกันสุขภาพ สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพเมื่อเกิดความจำเป็น งบประมาณที่ใช้จ่ายในโครงการประกันสุขภาพถือเป็นรายจ่ายสาธารณะ การใช้จ่ายงบประมาณจะต้องยึดถือหลักการเกิดประโยชน์สูงสุดแก่สังคมและประชาชน เมื่อวิเคราะห์ในรายละเอียดของนโยบายที่เรากำลังพิจารณาอยู่นี้พบว่า ความยากจนของรัฐบาล เช่น นโยบาย ๓๐ บาทถ้วนทุกโครงการจะครอบคลุมประโยชน์ตกอยู่ในกลุ่มคนจนร้อยละ ๔๙.๘ ของผู้ยากไร้ทั้งหมด และตกอยู่ในกลุ่มคนไม่จนร้อยละ ๖๑.๒ ของประชากรกลุ่มนี้ แสดงให้เห็นว่าโครงการ ไม่ได้ใช้งบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุดคือช่วยเหลือผู้ที่ยากไร้ แต่กลับช่วยเหลือผู้ที่มีความสามารถในการช่วยเหลือด้วย ในกลุ่มประเทศอุตสาหกรรมพบว่า มีระดับรายจ่ายสาธารณะสูง ในขณะที่กลุ่มประเทศอุตสาหกรรมใหม่มีรายจ่ายสาธารณะที่ต่ำกว่ามาก แต่การบรรลุวัตถุประสงค์ที่วางด้านสังคมและเศรษฐกิจไม่ได้พอ ๆ กัน ประเทศไทยกำลังเดินตามประเทศอุตสาหกรรม โดยการดำเนินงานโครงการต่าง ๆ ในลักษณะที่เป็นรัฐสวัสดิการ ทำให้มีรายจ่ายสาธารณะสูง ขึ้นเปลี่ยนงบประมาณมาก แต่ไม่ทำให้ประเทศบรรลุวัตถุประสงค์คือทำให้คนไทยมีสุขภาพที่ดีขึ้นตามที่คาดหมาย ดังนั้นจึงควรปรับโครงการต่าง ๆ เพื่อให้เกิดประโยชน์ตกอยู่กับกลุ่มที่ควรได้รับการช่วยเหลือมากขึ้น รวมทั้งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อที่จะทำให้รายจ่ายสาธารณะลดลงและเกิดประสิทธิภาพมากขึ้น

คำสำคัญ: นโยบายการประกันสุขภาพถ้วนหน้า, รายจ่ายสาธารณสุข

บทนำ

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นนโยบายเร่งด่วนหนึ่งในหลาย ๆ นโยบายของรัฐบาลที่ต้องการให้คนไทยทุกคนมีหลักประกันสุขภาพสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพเมื่อเกิดความจำเป็นได้อย่างเท่าเทียมกัน และสร้างความเสมอภาคในการให้บริการด้าน

สาธารณสุขกับประชาชนมากขึ้น ทั้งยังเป็นการพัฒนาสนองแนวทางของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๙ ยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพคนและการคุ้มครองทางสังคม ที่กำหนดให้มีการปรับปรุงและพัฒนาาระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ความรู้กับการเร่งรัดการสร้างหลักประกันสุขภาพแก่ผู้

ไม่มีหลักประกันสุขภาพรูปแบบใด ๆ เลย^(๑)
ในประเทศไทยเคยมีระบบประกันสุขภาพและ
ระบบสวัสดิการสุขภาพอยู่หลายระบบ ดังนี้คือ

๑. การสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจน
ควรช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.)
๒. การประกันสุขภาพโดยสมัครใจภาครัฐ
๓. สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ และ
พนักงานรัฐวิสาหกิจ
๔. การประกันสุขภาพโดยบังคับ
๕. การประกันสุขภาพภาคเอกชน

ซึ่งสามารถดำเนินการครอบคลุมประชากรได้
ประมาณร้อยละ ๗๐ ของประชากรทั่วประเทศหรือ
ประมาณ ๔๓.๙ ล้านคน แต่ยังมีประชากรอีกถึงร้อยละ
๓๐ หรือประมาณ ๑๙ ล้านคนที่ไม่ใช่หลักประกันสุขภาพ
ใด ๆ ดังนั้น การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึง
เป็นนโยบายสำคัญเรื่องหนึ่งที่จะช่วยให้ประชาชน
ทุกคนมีหลักประกันสุขภาพอย่างทั่วถึงและอยู่ดีมีสุข
โดยเท่าเทียมกัน^(๒)

งบประมาณที่รัฐใช้จ่ายในโครงการประกันสุขภาพ
ก็ถือว่าเป็นรายจ่ายสาธารณะ^(๓) ซึ่งหมายถึงรายจ่ายของ
ภาครัฐที่ผ่านกระบวนการงบประมาณแผ่นดินโดยทั่วไป
ซึ่งรวมถึงรายจ่ายของรัฐเพื่อดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ตั้ง
แต่ในระดับชาติ ไปจนถึงระดับท้องถิ่น

กิจกรรมการใช้จ่ายของภาครัฐ อาจจำแนกออกได้
เป็น ๓ ประเภทใหญ่ ๆ คือ

๑. การใช้จ่ายด้านงานทั่วไปของรัฐบาล (gen-
eral government)
๒. การใช้จ่ายด้านรัฐวิสาหกิจ (public enter-
prises)
๓. การใช้จ่ายด้านกองทุนของรัฐ (trust funds)

สิ่งที่เปลี่ยนแปลงในการใช้จ่ายของรัฐบาลสะท้อน
ให้เห็นถึงการปรับบทบาทหน้าที่ของรัฐบาล ซึ่งใน
ระบอบประชาธิปไตยก็เพื่อสนองตอบความต้องการของ
ประชาชนนั่นเอง
หน้าที่ของรัฐเกี่ยวข้องกับระบบตลาด ซึ่งเป็น

ระบบที่ไม่สมบูรณ์ในชีวิตจริง มีปรากฏการณ์ของการ
ผูกขาดตัดตอนไม่มีการแข่งขันระหว่างผู้ผลิต ตาม
ปรกติต้นทุนการผลิตสินค้าและบริการลดลง เมื่อ
ปริมาณการผลิตขยายตัว สินค้าและบริการจำนวนมาก
ที่มีคุณสมบัติ อันก่อให้เกิดผลกระทบภายนอกทั้งใน
ด้านบวกและลบ ความไม่สมบูรณ์ต่าง ๆ ที่ปรากฏใน
ระบบตลาดนั้น เรียกว่า ความล้มเหลวของตลาด (mar-
ket failures) แบ่งเป็น ๔ ประเภท ได้แก่

๑. ความล้มเหลวที่เกี่ยวข้องกับความรู้และ
ข่าวสารไม่สมบูรณ์และการขาดการเคลื่อนย้ายของ
ทรัพยากร รัฐจึงจำเป็นต้องใช้จ่ายหรือมีรายจ่าย
สาธารณะเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว การใช้จ่ายของรัฐบาล
จะช่วยลดความไม่แน่นอนและความเสี่ยงของการลงทุน
เปิดโอกาสให้หน่วยเศรษฐกิจต่าง ๆ สามารถปรับตัวได้
และการจัดสรรทรัพยากรเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

๒. ต้นทุนการผลิตลดลงและการผูกขาด การที่
ผู้ผลิตไม่สามารถกำหนดระดับราคาของสินค้าหรือ
บริการได้ด้วยตนเอง แต่ในชีวิตจริงผู้ผลิตสินค้า
สามารถกำหนดราคาได้ หากตนสามารถมีอำนาจ
ผูกขาดในตลาด จึงเป็นการจัดสรรทรัพยากรที่ขาด
ประสิทธิภาพ รัฐจึงต้องแทรกแซงการกำหนดราคา
และการผลิตของผู้ผูกขาด ดังนี้ คือ

๒.๑ ส่งเสริมการแข่งขันเพื่อลดอำนาจการผูก
ขาด เช่น ออกกฎหมายป้องกันการผูกขาด (anti-trust
law) ช่วยเหลือส่งเสริมให้ผู้ผลิตเอกชนรายใหม่เข้ามา
แข่งขันมากขึ้น หรือรัฐผลิตแข่งขันด้วย

๒.๒ ควบคุมราคาสินค้าหรือบริการที่มีการผูก
ขาด รัฐอาจห้ามมิให้ผู้ผลิตเอกชนที่เป็นผู้ผลิตผูกขาด
ขายสินค้าเกินอัตราราคาที่กำหนดไว้

๒.๓ ใช้มาตรการด้านภาษี

๓. ผลกระทบภายนอกที่ปรากฏขึ้นในระบบ
เศรษฐกิจ นำไปสู่ภาวะการจัดสรรทรัพยากรที่ขาด
ประสิทธิภาพ รัฐจึงต้องเข้าแทรกแซงโดยทำให้การ
จัดสรรทรัพยากรเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และสังคม
ได้รับประโยชน์มากขึ้น

๔. สินค้าสาธารณะ เป็นสินค้าที่มีลักษณะพิเศษแตกต่างไปจากสินค้าเอกชน ซึ่งทำให้ระบบตลาด หรือกลไกราคาไม่สามารถทำหน้าที่จัดสรรสินค้าสาธารณะได้อย่างมีประสิทธิภาพ รัฐจึงจำเป็นต้องใช้จ่ายเพื่อจัดสรรสินค้าดังกล่าว ซึ่งอาจพิจารณาจำแนกสินค้าและบริการออกเป็น ๒ ลักษณะด้วยกัน คือ

๔.๑ ลักษณะการแบ่งแยกการบริโภคออกจากกัน (exclusion principle) พิจารณาได้ดังนี้

๔.๑.๑ การแบ่งแยกการบริโภคออกจากกันได้ (excludability) หมายความว่า สามารถใช้กลไกราคาหรือมาตรการบางอย่างเป็นเครื่องมือเพื่อกีดกันไม่ให้ผู้หนึ่งผู้ใดได้ใช้สินค้าหรือบริการนั้น ถ้าผู้นั้นไม่ยอมจ่ายเงินหรือค่าตอบแทน เพื่อแลกกับการใช้หรือบริโภคสินค้านั้น

๔.๑.๒ การแบ่งแยกการบริโภคออกจากกันไม่ได้ (non-excludability) หมายความว่าไม่สามารถใช้กลไกราคาหรือมาตรการอย่างอื่น มาเป็นเครื่องมือเพื่อที่จะกีดกันไม่ให้ผู้ใดผู้หนึ่งใช้สินค้าหรือบริการนั้นได้ ไม่ว่าผู้นั้นจะจ่ายค่าตอบแทนในการใช้สินค้าและบริการนั้นหรือไม่ก็ตาม เช่น การได้รับบริการจากการป้องกันประเทศ

๔.๒ ลักษณะการเป็นปรปักษ์ในการบริโภค (rival consumption principle) พิจารณาได้ดังนี้

๔.๒.๑ มีลักษณะเป็นปรปักษ์ในการบริโภค (rival consumption) หมายความว่า สินค้าหนึ่งเมื่อถูกใช้หรือบริโภคโดยคนใดคนหนึ่งแล้ว จะเป็นเหตุให้ผู้อื่นไม่ได้ใช้

๔.๒.๒ ไม่มีลักษณะเป็นปรปักษ์ในการบริโภค (nonrival consumption) หมายความว่า สินค้าหรือบริการนั้นเมื่อถูกบริโภคหรือใช้โดยคนหนึ่งคนใดแล้ว จะไม่เป็นเหตุทำให้ผู้อื่นไม่ได้ใช้สินค้าหรือบริการนั้น หรือไม่ทำให้ผู้ร่วมใช้สินค้าหรือบริการนั้นได้รับความพึงพอใจน้อยลง เช่น บริการป้องกันประเทศ การสงวนทรัพยากรกระจายเสียง

ดังนั้นสินค้าที่แบ่งแยกการบริโภคจากกันไม่ได้

หรือแยกจากกันได้ แต่ขาดคุณลักษณะในการเป็นปรปักษ์ในการบริโภค รัฐควรทำหน้าที่จัดสรรรายจ่ายสาธารณะเพื่อผลิตสินค้าหรือให้บริการประเภทนี้ด้วย

นอกจากความไม่สมบูรณ์ หรือความล้มเหลวของระบบตลาดจะทำให้รัฐต้องมีบทบาทในการจัดสรรทรัพยากร จนเกิดรายจ่ายสาธารณะเพื่อผลิตสินค้าสาธารณะ ตลอดจนผลิตสินค้าเอกชนที่ก่อให้เกิดผลกระทบภายนอก หรือการเกิดปัญหาการผูกขาดแล้ว รัฐยังมีบทบาทด้านอื่น ๆ อีก ได้แก่ ๑) กระจายรายได้และความมั่งคั่งของสังคม ๒) รักษาเสถียรภาพทางเศรษฐกิจ ๓) ส่งเสริมความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ

ในด้านของบริการรักษาพยาบาล ศาสตราจารย์ Kenneth J. Arrow^(๔) นักเศรษฐศาสตร์ชาวอเมริกันซึ่งได้รับรางวัลโนเบลสาขาวิชาเศรษฐศาสตร์ ได้ชี้ให้เห็นว่าบริการรักษาพยาบาลไม่ใช่สินค้าและบริการในทางเศรษฐศาสตร์ตามปรกติ หากแต่มีลักษณะพิเศษบางประการ

ลักษณะพิเศษของบริการรักษาพยาบาลในทัศนะของ Kenneth J. Arrow ได้แก่

๑. ลักษณะอุปสงค์ในการรักษาพยาบาล

อุปสงค์ในการรักษาพยาบาล มีลักษณะแตกต่างจากอุปสงค์ในสินค้าและบริการอื่น ๆ เนื่องจากเกิดขึ้นไม่สม่ำเสมอ และไม่อาจคาดการณ์ได้ล่วงหน้า แต่ขึ้นอยู่กับค่าความน่าจะเป็นที่เหตุการณ์เจ็บป่วย หรืออุบัติเหตุจะเกิดขึ้น บริการรักษาพยาบาลบางประเภทถือเป็นสินค้าจำเป็น แม้ว่าการจัดสรรทรัพยากรจะอาศัยกลไกราคาก็ตาม หากผู้บริโภคขาดอุปสงค์ในการบริการรักษาพยาบาล เนื่องจากความสามารถในการจ่ายไม่พอเพียงแล้ว ก็อาจมีผลกระทบต่อสังคมส่วนรวมทั้งในแง่ของคุณธรรม และ/หรือการเกิดโรคระบาดภาครัฐจึงมีความจำเป็นจะต้องเข้าดำเนินการแทรกแซงอย่างน้อยก็เพื่อให้ผู้บริโภคที่ขาดอำนาจซื้อ สามารถรับบริการรักษาพยาบาลตามความจำเป็นได้

๒. พฤติกรรมของแพทย์ผู้ให้บริการรักษาพยาบาล

พฤติกรรมของแพทย์ผู้ให้บริการรักษาพยาบาลแตกต่างจากพฤติกรรมของผู้ผลิตสินค้าโดยทั่วไป เนื่องจากผู้บริโภคไม่สามารถตรวจสอบสินค้าและบริการได้ก่อน และความต้องการรักษาพยาบาลมักเป็นเรื่องปัจจุบันทันด่วน ดังนั้น ผู้บริโภคจึงต้องมอบความไว้วางใจให้กับแพทย์ และมีความสัมพันธ์ในลักษณะตัวแทน (agency relationship) กล่าวคือ แพทย์เป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยว่าควรบริการรักษาพยาบาลอย่างไร เนื่องจากผู้ป่วยขาดความรู้ จึงไม่สามารถตัดสินใจได้เองว่าจะบริโภคบริการรักษาพยาบาลใดเป็นจำนวนเท่าใด ทั้ง ๆ ที่โดยปกติแล้วในการบริโภคสินค้าและบริการโดยทั่วไป ผู้บริโภคมักเป็นผู้ตัดสินใจเอง สังคมจึงคาดหวังพฤติกรรมของแพทย์ในลักษณะที่คำนึงถึงผลประโยชน์ทางสุขภาพของผู้ป่วย

๓. ความไม่แน่นอนในผลของการรักษาพยาบาล

ในการบริโภคสินค้าและบริการ โดยทั่วไปผู้บริโภคอาจตรวจสอบคุณภาพของสินค้าได้ก่อน โดยเปรียบเทียบระหว่างคุณภาพและราคา เพื่อแสวงหาความพอใจสูงสุด ปัจจุบันสินค้าส่วนใหญ่มีคุณภาพและมาตรฐานสม่ำเสมอแน่นอน ทฤษฎีของบริการรักษาพยาบาล แพทย์ไม่สามารถให้คำมั่นสัญญาแก่ผู้ป่วยได้ว่าภายหลังการรักษาพยาบาลแล้วผู้ป่วยจะหายหรือมีอาการดีขึ้น เนื่องจากปัจจัยที่กำหนดความเจ็บป่วยไม่ได้ขึ้นอยู่กับบริการรักษาพยาบาลเพียงอย่างเดียว หากขึ้นอยู่กับอายุ ภาวะโรคแทรกซ้อน ฯลฯ การที่ผู้ป่วยหายป่วยก็อาจจะเนื่องมาจากปัจจัยอื่น ไม่ว่าผู้ป่วยจะหายป่วย มีอาการดีขึ้น หรือมีความพอใจในบริการรักษาพยาบาลหรือไม่ก็ตาม ผู้ป่วยจะต้องจ่ายเงินเพื่อชำระค่าบริการรักษาพยาบาลนั้น ซึ่งมักจะเป็นค่าใช้จ่ายที่สูง และบริการรักษาพยาบาลยังถือเป็นสินค้าที่เกี่ยวข้องกับชีวิต เนื่องจากความไม่แน่นอนในผลของการรักษาพยาบาลดังกล่าวแล้ว ภาครัฐจึงจำเป็นต้องเข้าแทรกแซง เพื่อให้ผู้บริโภคมีหลักประกันว่าบริการรักษาพยาบาลนั้นมีมาตรฐานและคุณภาพ

๔. ลักษณะของอุปทานที่มีการผูกขาด

ตามหลักเศรษฐศาสตร์การที่มีผู้ผลิตเพียงรายเดียวหรือน้อยรายเป็นสิ่งไม่พึงปรารถนาของสังคมและเป็นผลเสียต่อผู้บริโภค เนื่องจากมีผลให้ราคาสูงขึ้นและปริมาณน้อยลง การผูกขาดอาจเกิดขึ้นเนื่องจากภาครัฐให้สิทธิพิเศษบางประการแก่ผู้ผลิต เช่น สัมปทานสิทธิบัตร หรืออาจเกิดขึ้นโดยธรรมชาติ เช่น ผู้ผลิตเป็นเจ้าของทรัพยากรหรือเทคโนโลยีสำคัญ หรือมีประสิทธิภาพในการผลิตสูงเป็นเหตุให้ผู้ผลิตรายอื่นไม่สามารถแข่งขันในด้านต้นทุนและคุณภาพได้ ผู้ผลิตที่มีอำนาจผูกขาดจะได้รับผลกำไรเกินปรกติในระยะยาวในตลาดที่มีการแข่งขัน ผู้ผลิตอาจได้รับผลกำไรเกินปรกติในระยะสั้นได้ แต่ถ้าหากอุตสาหกรรมมีการเข้าออกโดยเสรีแล้ว ก็จะมีผู้ผลิตรายใหม่เพิ่มขึ้น ผลกำไรเกินปรกติในระยะสั้นจะลดลงเป็นเพียงผลกำไรปรกติในระยะยาว

๕. แนวความคิดการแบ่งแยกราคาขาย

ในการกำหนดราคาสินค้า ผู้ผลิตอาจกระทำได้ ๒ แบบ คือ (ก) การไม่แบ่งแยกราคาขาย หมายถึง การที่ผู้ผลิตระบุราคาสินค้าไว้ชัดเจน ผู้บริโภคทุกคนซื้อสินค้าและบริการในราคาเดียวกัน เช่น ในห้างสรรพสินค้าและราคาดังกล่าวไม่สามารถต่อรองได้ (ข) การแบ่งแยกราคาขาย หมายถึง การที่ผู้ผลิตไม่ระบุราคาสินค้าไว้ให้ผู้บริโภคสามารถสังเกตได้ด้วยตนเอง แต่ใช้วิธีบอกราคาที่แตกต่างกันสำหรับผู้บริโภคแต่ละราย และราคาดังกล่าวอาจต่อรองได้ หากผู้ผลิตสามารถแบ่งแยกราคาขายได้ ก็จะทำให้มีผลกำไรสูงกว่าอัตรณ์หนึ่งจากพฤติกรรมกำหนดค่ารักษาพยาบาลของแพทย์ในปัจจุบันเชื่อว่า แพทย์สามารถแบ่งแยกราคาขายเพื่อผลตอบแทนที่สูงกว่าได้ ดังนั้นภาครัฐจึงจำเป็นต้องแทรกแซงเพื่อคุ้มครองผู้บริโภค

เนื่องจากลักษณะพิเศษของบริการรักษาพยาบาลดังกล่าว ถือว่าการรักษาพยาบาลเป็นสินค้าสาธารณะ เป็นประโยชน์ต่อสังคมโดยรวม มีลักษณะเป็นสินค้าที่แบ่งแยกการบริโภคจากกันไม่ได้

ซึ่งเป็นสิ่งที่รัฐควรเข้ามาทำหน้าที่ในการจัดสรร โดยรัฐต้องจัดสรรรายจ่ายสาธารณะ เพื่อผลิตสินค้าหรือให้บริการประเภทนี้ด้วย กล่าวคือทุกคนในสังคมได้รับประโยชน์ไม่ว่าผู้นั้นจะจ่ายค่าตอบแทนในการใช้สินค้าและบริการนั้นหรือไม่ก็ตาม รัฐไม่ควรปล่อยให้ระบบตลาดดำเนินไปอย่างเสรีโดยอาศัยกลไกราคา เพราะจะทำให้ผู้บริโภคเสียเปรียบ รวมทั้งบริการรักษาพยาบาลเป็นสิ่งที่ผลกระทบต่อภายนอกซึ่งรัฐจะต้องเข้ามาแทรกแซง เช่น การฉีดวัคซีน ในกรณีของประเทศไทย รัฐคิดว่าบริการรักษาพยาบาลเป็นสินค้าสาธารณะมาตลอด จึงได้มีนโยบายบริการสุขภาพโดยเอื้อประโยชน์ให้กับประชาชน เช่น สปร. ในอดีต หรือโครงการ ๓๐ บาทในปัจจุบัน

แต่การที่รัฐจะเลือกจัดบริการรักษาพยาบาลหรือใช้งบประมาณรายจ่ายเป็นจำนวนเท่าใดก็ต้องยึดถือหลักการเกิดประโยชน์สูงสุดแก่สังคม รัฐควรคำนึงถึงผลดีผลเสียที่จะเกิดขึ้น ซึ่งมีมุมมองที่ช่วยในการวิเคราะห์รายจ่ายสาธารณะ ๒ ด้านคือ การวิเคราะห์รายจ่ายสาธารณะในเชิงปทัสสถาน และการวิเคราะห์รายจ่ายสาธารณะในเชิงประจักษ์

การวิเคราะห์รายจ่ายสาธารณะในเชิงปทัสสถาน (Normative Approach)^(๑)

การวิเคราะห์รายจ่ายสาธารณะในเชิงปทัสสถานนั้นอาจจะพิจารณาว่ารัฐบาลใช้จ่ายเงินในการจัดสรรสินค้าหรือบริการสาธารณะได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุดหรือไม่ โดยพิจารณาจากทฤษฎีผล ได้ของสังคมสูงสุด (The Maximum Social Gain Theory)

การวิเคราะห์รายจ่ายสาธารณะในเชิงประจักษ์ (Positive Approach)^(๑)

เป็นการศึกษาว่าปัจจัยต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจริงทั้งปัจจัยทางการเมือง เศรษฐกิจและสังคม อะไรบ้างที่มีส่วนทำให้รายจ่ายสาธารณะที่เกิดขึ้นจริงมีลักษณะเป็นเช่นนั้น โดยมีแนวทางการพิจารณา ๓ แนวทางคือ

๑. Incrementalist Approach

เป็นแนวทางการวิเคราะห์ลักษณะของการจัดสรรรายจ่ายสาธารณะที่เกิดขึ้นจริง โดยวิเคราะห์จากปัจจัยด้านการตัดสินใจในองค์การ มีตัวแบบที่ใช้ในการอธิบายอยู่ ๒ ตัวแบบหลัก ๆ คือ

๑.๑ Rational Comprehensive Model เป็นตัวแบบการตัดสินใจแบบสมเหตุสมผล มองว่าการตัดสินใจนั้นเป็นกระบวนการที่พยายามค้นหาและเลือกแนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุด โดยให้ผลประโยชน์สูงสุดประกอบไปด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้คือ

- การกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ให้ชัดเจนว่าต้องการจะทำอะไร
- ค้นหาทางเลือกต่าง ๆ ที่มีอยู่ทั้งหมด อันจะสามารถทำให้บรรลุเป้าหมาย/วัตถุประสงค์ดังกล่าวนี้ได้
- มีการรวบรวมข้อมูลทั้งหมดที่มีเกี่ยวกับทางเลือกต่าง ๆ เหล่านั้น
- วิเคราะห์ทางเลือกต่าง ๆ และเลือกทางเลือกที่มีประโยชน์หรือที่ดีที่สุด

๑.๒ Incrementalist Model มีลักษณะสำคัญดังต่อไปนี้คือ

- ในการตัดสินใจนั้น ทางเลือกที่ประสงค์อาจไม่จำเป็นต้องดีที่สุด แต่ผู้เลือกมักเห็นว่าพอทำได้ และเป็นไปได้มากกว่าเท่านั้น
- ทางเลือกต่าง ๆ ที่มักพิจารณานั้น ผู้ตัดสินใจมักมีความคุ้นเคยมาก่อน เพราะถ้าไม่มีความคุ้นเคยมาก่อน จะทำให้มีความเสี่ยงสูง เกิดความผิดพลาดได้ง่าย ดังนั้นการตัดสินใจแบบนี้ จึงต้องการหลีกเลี่ยงความเสี่ยง
- ถ้าเป็นกรณีทางเลือกเก่าเกิดได้ผลไม่เป็นที่น่าพอใจ ทางเลือกใหม่ที่นำมาใช้ก็มักจะไม่แตกต่างจากเก่าแบบหน้ามือเป็นหลังมือ ทั้งนี้เพราะการที่จะตั้งแบบแผนที่เคยปฏิบัติอยู่ก่อนทั้งหมดแล้วหันมาดำเนินการใหม่ทั้งหมด จะผิดพลาดได้ง่าย เพราะฉะนั้นการเปลี่ยนแปลงจึงมักเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป
- นอกจากนั้นตัวแบบการตัดสินใจแบบ incre

mentalist ยังมองว่าการตัดสินใจเป็นผลมาจากการ
ประเมินประนอมระหว่างกลุ่มผลประโยชน์ต่าง ๆ ที่
เกี่ยวข้อง ดังนั้นถ้ามีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น โดย
เฉพาะแบบหน้ามือเป็นหลังมือ อาจมีผลกระทบต่อผล
ประโยชน์ของคนบางกลุ่ม หรือหลายกลุ่ม ซึ่งเป็นผล
ให้เกิดความไม่พอใจหรือเกิดการต่อต้านขึ้นได้ ดังนั้น
ผู้ตัดสินใจจึงมักพยายามรักษาสถานภาพเดิมเอาไว้โดย
ไม่ปล่อยให้มีการเปลี่ยนแปลงมากนัก

ในการจัดการจัดสรรบริการด้านสุขภาพนั้น เนื่อง
ด้วยข้อจำกัดของเวลาที่ต้องทำให้เสร็จสิ้นหลังได้รับ
การเลือกตั้ง ไม่สามารถนำข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องมา
พิจารณาได้ครบถ้วน ไม่ว่าจะเป็นสิทธิต่าง ๆ ของ
ประชาชนที่ได้รับอยู่ในขณะนั้น หรือสิทธิประโยชน์
ต่าง ๆ ในด้านบริการสุขภาพที่ประชาชนควรจะได้รับ
ตัวเลขงบประมาณรายจ่ายต่อหัวของประชากรที่ควรจะ
เป็น ทำให้หลังจากประกาศใช้นโยบายออกมาแล้ว มี
การแก้ไขในสิ่งต่าง ๆ ของนโยบายอย่างต่อเนื่อง เช่น
เกิดความซ้ำซ้อนของสิทธิของประชาชน มีการเพิ่มสิทธิ
ประโยชน์ต่าง ๆ ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่าง
ต่อเนื่อง หรือแม้กระทั่งการเพิ่มจำนวนรายจ่ายต่อหัว
ของผู้รับบริการเป็นระยะ ๆ อีกด้วย ด้านการตัดสินใจ
เป็นแบบ Incrementalist Model คือตัวนโยบายมีการ
ขยายฐาน เพิ่มสวัสดิการรักษายาบาลไปสู่ผู้ที่ยัง
ไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ เลย ซึ่งมีจำนวน ๑๙ ล้านคน
ตัวนโยบายปรับเปลี่ยนให้ทุกคนทั่วประเทศไม่ได้จำเพาะ
คนยากจนเท่านั้น

๒. Demographic Approach

เป็นการพิจารณาถึงปัจจัยด้านประชากร
สถานภาพทางเศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อมต่าง ๆ
ว่าปัจจัยเหล่านี้จะมีส่วนในการกำหนดขนาดและการ
เปลี่ยนแปลงของรายจ่ายสาธารณสุขที่เกิดขึ้นจริง
อย่างไรบ้าง

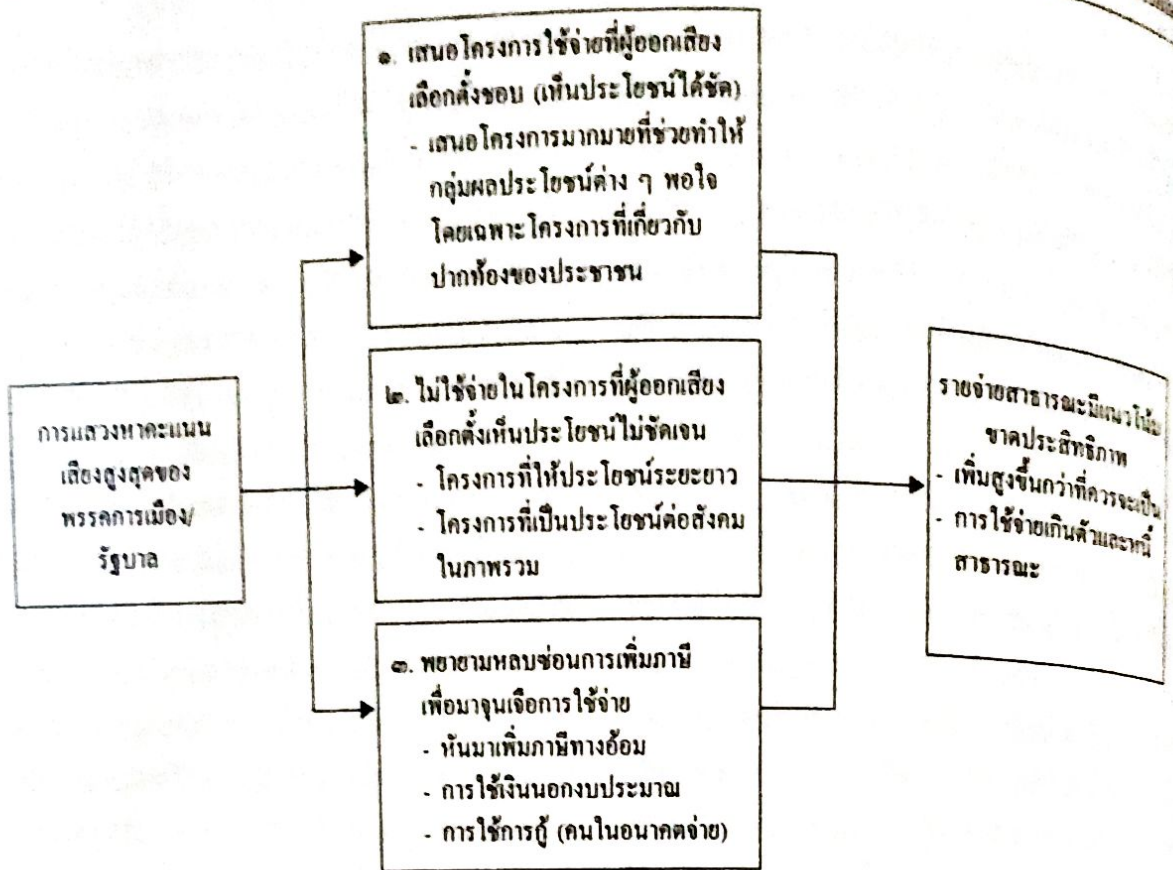
๓. Rational Choice Approach หรือ Public
Choice Approach

เป็นแนวทางในการใช้ปัจเจกบุคคล และการ

แสวงหาผลประโยชน์สูงสุดของปัจเจกบุคคลเป็นแกน
ในการอธิบายพฤติกรรมมนุษย์ โดยถือว่ามนุษย์นั้นโดย
ธรรมชาติเป็นผู้ที่มีเหตุผลและพยายามใช้เหตุผลในการ
เลือกกระทำเพื่อให้ตนเองได้รับผลประโยชน์มากที่สุด
ทฤษฎีนี้มองว่ามนุษย์พยายามแสวงหาและรักษาผล
ประโยชน์ของตนเอง ทั้งในทางเศรษฐกิจและทางการ
เมือง แรงจูงใจในเรื่องผลประโยชน์จะมีเหมือนกันใน
ทุกบุคคลไม่ว่าบุคคลนั้นจะเป็นผู้บริโภค ผู้ผลิต นักการ
เมือง ผู้ลงคะแนนเสียงเลือกตั้งหรือผู้เสียภาษีก็ตาม
ดังนั้น ในการวิเคราะห์รายจ่ายสาธารณสุขจะใช้ปัจจัย
ด้านการแสวงหาผลประโยชน์สูงสุดของบุคคลหรือกลุ่ม
บุคคลที่เกี่ยวข้องกับการจัดสรรรายจ่ายสาธารณสุขมา
เป็นปัจจัยหรือตัวแปรหลักในการวิเคราะห์ขนาด หรือ
ลักษณะของรายจ่ายสาธารณสุขที่เกิดขึ้น แบ่งออกเป็น ๓
ทฤษฎีย่อย คือ

๓.๑ ทฤษฎีการแสวงหาคะแนนเสียงสูงสุด
สามารถอธิบายได้ว่า ในระบบการเมืองหนึ่ง ๆ จะ
ประกอบไปด้วยองค์กรและสถาบันทางการเมืองต่าง ๆ
มากมาย เช่น รัฐบาล ระบบราชการ พรรคการเมือง
และกลุ่มผลประโยชน์ องค์กรและสถาบันเหล่านี้เข้า
ร่วมในกระบวนการตัดสินใจทางการเมือง โดยมี
วัตถุประสงค์ที่แตกต่างกัน ทั้งนี้เพราะแต่ละกลุ่มย่อมมี
แรงจูงใจและผลประโยชน์ที่ปรารถนาไม่เหมือนกัน
กระบวนการทางการเมืองในที่นี้จึงหมายถึง การจัดสรร
สิ่งที่มีคุณค่าระหว่างกลุ่มหรือองค์กรต่าง ๆ ของสังคม
และเนื่องจากการจัดสรรสินค้าหรือบริการของรัฐ หรือ
การตัดสินใจว่ารัฐบาลควรใช้จ่ายเงินไปในกิจการใดบ้าง
ก็เป็นส่วนประกอบที่สำคัญที่สุดประการหนึ่งของสิ่งที่มี
คุณค่าในสังคม ด้วยเหตุนี้ การเมืองกับการจัดสรรราย
จ่ายสาธารณสุขจึงเป็นเรื่องที่ไม่สามารถแยกจากกันได้

Anthony Downs^(๔) ผู้เสนอทฤษฎีการแสวงหา
คะแนนเสียงสูงสุดในการวิเคราะห์รายจ่ายสาธารณสุข
(รูปที่ ๑) ซึ่งเห็นว่าขนาดของรายจ่ายสาธารณสุขนั้น
เป็นผลมาจากการแสวงหาคะแนนเสียงสูงสุดของพรรค
การเมือง ตามแนวความคิดนี้ สังคมจะประกอบไปด้วย



รูปที่ ๑ แนวคิดการแสวงหาคะแนนเสียงสูงสุดในการวิเคราะห์รายจ่ายสาธารณะ

บุคคลสองกลุ่มใหญ่ ๆ คือ รัฐบาลซึ่งได้แก่พรรคการเมืองที่ได้รับชัยชนะในการเลือกตั้ง และมีวัตถุประสงค์หลักที่จะแสวงหาคะแนนเสียงให้มากที่สุด เพื่อที่จะได้ครอบครองอำนาจในการปกครองประเทศหรือเพื่อที่จะได้รับเลือกตั้งเป็นรัฐบาลต่อไป และสมาชิกในสังคม ซึ่งได้แก่ประชาชนโดยทั่วไปที่เป็นผู้ออกเสียงเลือกตั้ง พรรคการเมืองที่จะเป็นรัฐบาล โดยสมาชิกในสังคมนี้จะออกเสียงเลือกตั้งเฉพาะพรรคการเมืองที่สร้างผลประโยชน์สูงสุดให้แก่ตน

เพื่อให้ได้คะแนนเสียงสูงสุด พรรคการเมืองจะเสนอแต่เฉพาะโครงการที่ผู้ออกเสียงชอบและออกเสียงให้มากที่สุด

๓.๒ ทฤษฎีการเมืองของวัฏจักรเศรษฐกิจเป็นความสัมพันธ์ระหว่างการเปลี่ยนแปลงในขนาดของรายจ่ายสาธารณะ เสถียรภาพทางเศรษฐกิจ และการ

เลือกตั้ง ซึ่งให้เห็นว่ารัฐบาลพยายามใช้เครื่องมือทางการคลัง โดยเฉพาะการเพิ่มหรือลดขนาดของรายจ่ายสาธารณะ เพื่อแสวงหาคะแนนเสียงเลือกตั้ง

๓.๓ ทฤษฎีการต่อรองกับกระบวนการกำหนดขนาดของรายจ่ายสาธารณะ มองถึงปัจจัยในการแสวงหาผลประโยชน์สูงสุดของบุคคลหรือกลุ่มบุคคล เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการกำหนดขนาดของรายจ่ายสาธารณะที่เกิดขึ้นจริง

นโยบายนี้จึงเป็นแบบที่ถูกผลักดันให้เกิดขึ้น เพื่อต้องการรักษาสัญญาที่ให้ไว้ตอนหาเสียงเลือกตั้ง และเพื่อต้องการรักษารฐานเสียงของตน ตรงกับลักษณะของทฤษฎี Public Choice ที่มองว่ามนุษย์พยายามแสวงหาและรักษาผลประโยชน์ของตนเอง ทั้งในทางเศรษฐกิจและในทางการเมือง และสอดคล้องกับแนวคิดของ Anthony Downs^(๔) ที่ชี้ให้เห็นว่าขนาดของราย

จ่ายสาธารณะนั้น เป็นผลมาจากการแสวงหาคะแนนเสียงสูงสุดของพรรคการเมือง

มุมมองนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า

๑. มุมมองด้านการกระจายความเป็นธรรม

จะเห็นว่านโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแตกต่างจากนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพในอดีตที่ผ่านมา โดยเน้นการครอบคลุมประชาชนคนไทยทุกคน ขณะที่หลายโครงการในอดีต เช่น โครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย (สปน.) ซึ่งต่อมาเปลี่ยนเป็นโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) โครงการบัตรประกันสุขภาพโครงการประกันสังคม ล้วนมีเป้าหมายเพื่อครอบคลุมประชาชนบางกลุ่มเท่านั้น นโยบายปัจจุบันมุ่งเน้นการกระจายความเป็นธรรม คือเป็นนโยบายที่รัฐจะจัดสรรสิทธิต่าง ๆ ให้แก่ประชาชนอย่างทั่วถึง เพื่อเสริมสร้างให้เกิดการกระจายผลประโยชน์อย่างเป็นธรรม โดยทั่วไปประชาชนที่ได้รับประโยชน์จากนโยบายนี้คือกลุ่มคนที่เสียเปรียบในสังคม ซึ่งใหญ่กว่ากลุ่มที่ได้เปรียบในสังคม^(๑)

ในตัวนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ก็เป็นการกระจายสิทธิในการรักษาพยาบาลให้แก่ประชาชนโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อขยายหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ ให้ได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน และเพื่อปรับระบบบริการโดยเน้นบทบาทบริการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการทำงานเชิงรุกในชุมชนมากขึ้น โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนจำนวน ๔๖.๖ ล้านคนที่ไม่ใช่ข้าราชการและผู้ประกันตนในกองทุนประกันสังคมสามารถเข้าถึงและได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพอย่างเสมอภาค โดยในประชาชนจำนวน ๔๖.๖ ล้านคนนี้ มีทั้งที่มีฐานะยากจนและผู้ที่มีฐานะทำให้ประชาชนบางส่วนเกิดความไม่พอใจที่รัฐบาลใช้งบประมาณในโครงการนี้เพื่อสนับสนุนประชาชนที่มี

ฐานะด้วย

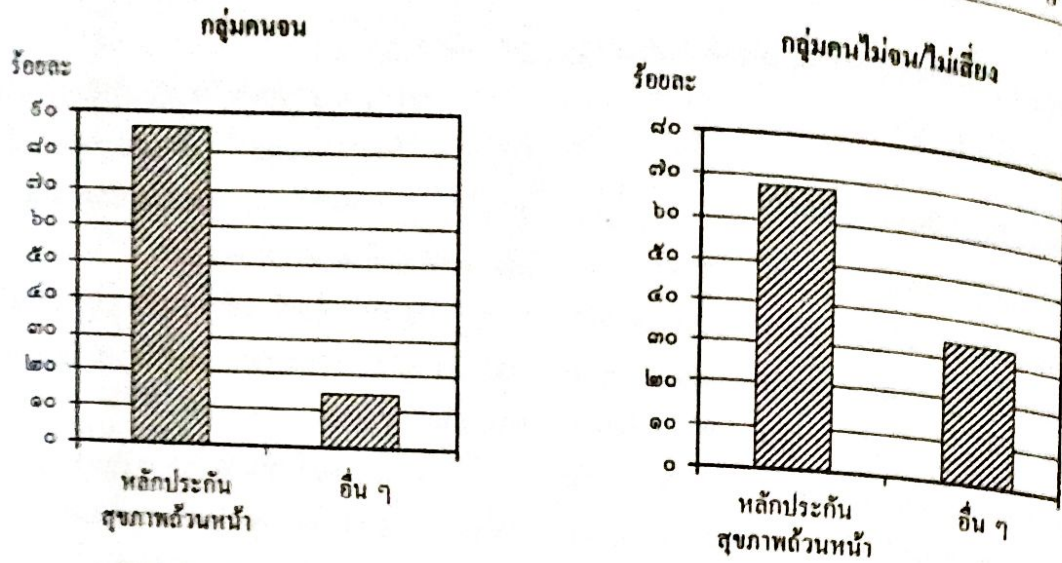
ปรัชญาแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการจัดสรรและกระจายทรัพยากรสังคม^(๒) เพื่อสร้างความเป็นธรรมทางด้านสุขภาพให้กับประชาชนในสังคมใดสังคมหนึ่งนั้น ประกอบด้วย ๒ แนวคิด คือ

๑) แนวคิดซึ่งเห็นว่ารัฐควรจัดสรรและกระจายทรัพยากรของสังคมให้กับประชาชนอย่างครอบคลุมถ้วนหน้า

๒) แนวคิดที่เห็นว่ารัฐควรจัดสรรและกระจายทรัพยากรของสังคมเฉพาะเจาะจงให้กลุ่มคนจนหรือกลุ่มเป้าหมายที่สังคมควรช่วยเหลือเท่านั้น

ดังนั้นการกระจายแบบถ้วนหน้าจึงมักจะได้รับ การสนับสนุน และขานรับในทางการเมืองมากกว่า แนวทางการใช้ทรัพยากรของรัฐกับกลุ่มที่เฉพาะเจาะจงหรือบางกลุ่มเป้าหมายเท่านั้น ซึ่งจุดอ่อนของการกระจายทรัพยากรในลักษณะถ้วนหน้าคือ ต้องใช้ทรัพยากรจำนวนมากและมีต้นทุนสูงในการแก้ไขปัญหาความไม่เป็นธรรม ในขณะที่เดียวกันผลประโยชน์ส่วนหนึ่งของการใช้ทรัพยากรสังคมก็จะหลุดรอดไปสู่คนกลุ่มหนึ่งซึ่งสามารถช่วยเหลือตนเองได้ และไม่ใช้ประชากรกลุ่มเป้าหมาย นอกจากนี้การกระจายทรัพยากรลักษณะนี้อาจจะไม่สามารถแก้ไขปัญหาของคนยากจนบางกลุ่มซึ่งมีลักษณะของปัญหาและต้องการการแก้ไขเฉพาะ โครงการ ๓๐ บาทรักษาทุกโรค รัฐบาลได้เลือกแนวคิดที่ ๑ คือการกระจายทรัพยากรของสังคมให้กับประชาชนอย่างครอบคลุมถ้วนหน้า โดยไม่มีการแบ่งแยกว่าใครควรได้รับประโยชน์จากทรัพยากรของรัฐหรือไม่

เมื่อแก้ปัญหาคความยากจนของรัฐบาล ได้แก่ นโยบายแบ่งแยกตามเศรษฐกิจ และนโยบายอื่น ๆ เช่น พักหนี้เกษตรกร กองทุนช่วยเหลือเกษตรกรทุนการศึกษาธนาคารประชาชน หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่รัฐบาลได้กล่าวอ้างว่าเพื่อกระจายความเป็นธรรม และเป็นสวัสดิการให้กับคนยากจน แต่จากการสำรวจพบว่า ผลประโยชน์ของโครงการฯ ตกอยู่ในกลุ่มคนจนร้อยละ



รูปที่ ๒ การกระจายผลประสิทธิผลของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้ได้รับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย (จำนวนประมาณ ๔๘ ล้านคน)^(๔)

๔๕.๔ และคนไม่จนร้อยละ ๖๗.๑ ของประชากรแต่ละกลุ่มเศรษฐกิจ แสดงให้เห็นว่าโครงการฯ ไม่ได้ใช้งบประมาณที่มีจำกัดให้เกิดประโยชน์ สูงสุด คือช่วยผู้ที่ยากไร้ แต่กลับช่วยเหลือผู้ที่มีความสามารถในการจ่ายด้วย (รูปที่ ๒)

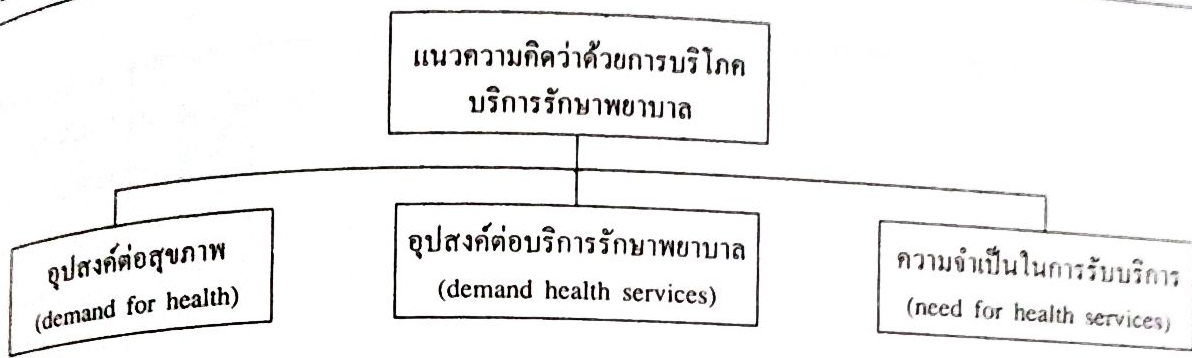
๒. มุมมองด้านอุปสงค์ต่อสุขภาพ^(๔)

จากลักษณะสำคัญอันหนึ่งของระบบเศรษฐกิจแบบเสรี คือ การเคารพอธิปไตยของผู้บริโภค หมายถึง การที่ผู้บริโภคมีสิทธิ์ในการเลือกที่จะบริโภคสินค้าและบริการใด ๆ ตามที่ตนปรารถนา ไม่ว่าจะสินค้านั้นจะมีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิตหรือไม่ก็ตาม ซึ่งสะท้อนออกมาในรูปอุปสงค์ ซึ่งหากประเทศใดยึดแนวความคิดนี้แล้ว การจัดสรรทรัพยากรจะเป็นไปในลักษณะที่ให้ความสำคัญต่อการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษาพยาบาล ตามแนวความคิดว่าด้วยการบริโภคบริการรักษาพยาบาล (รูปที่ ๓)

ในโครงการ ๓๐ บาทรักษาทุกโรค ผู้รับบริการต้องลงทะเบียนกับโรงพยาบาลใกล้บ้าน ทำให้ผู้บริโภคมีทางเลือกจำกัด และจากแนวคิดของอุปสงค์ต่อสุขภาพนั้น โครงการฯ ควรจะเน้นการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าที่จะจัดบริการรักษาพยาบาล ซึ่งจะ

เป็นการเพิ่มต้นทุนและกิจกรรมในแนวรุกอย่างมาก

ประเทศไทยมีระบบสุขภาพแบบที่รัฐจัดสวัสดิการการรักษาพยาบาลให้กับประชาชน ซึ่งมีการกล่าวขวัญถึงในแง่ของความเป็นธรรม แต่ถูกตำหนิในแง่ของประสิทธิภาพในการให้บริการ และการที่ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นโดยตลอด นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นเน้นถึงความเป็นธรรมและการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของประชาชน แต่ก็ได้รับการร้องเรียนในด้านประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาลมาตลอด รวมทั้งการขาดแคลนงบประมาณที่จัดสรรให้กับโรงพยาบาล ที่ก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ มากมาย ตรงกันข้ามกับประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งจัดบริการรักษาพยาบาลโดยผ่านระบบประกันสุขภาพแบบสมัครใจโดยเอกชนเป็นผู้จัด มีข้อดีในแง่ของประสิทธิภาพแต่จะขาดในด้านความเป็นธรรม ซึ่งสหรัฐอเมริกาแก้ไขโดยการจัดสวัสดิการจากรัฐให้กับคนชราและผู้ที่ยากจน ส่วนประชาชนทั่วไปก็สามารถซื้อบริการรักษาพยาบาลผ่านระบบประกันสุขภาพแบบสมัครใจ ซึ่งจะทำให้ประชาชนต้องรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและตระหนักถึงการดูแลสุขภาพของตนเอง แต่ในประเทศไทยรัฐจัดสวัสดิการให้กับประชาชนโดยให้ประชาชน



รูปที่ ๓ แนวความคิดว่าด้วยการบริโภคบริการรักษาพยาบาล

ร่วมจ่าย ๓๐ บาท ซึ่งอาจจะไม่สามารถลดภาวะภัยทางศีลธรรม (moral hazard) ของประชาชนได้ ดังนั้นผลที่เกิดขึ้นจากนโยบายในช่วงแรก คือการมีผู้ไปใช้สิทธิ์มากจนทำให้ขาดทุน ในที่สุดรัฐจึงต้องประกาศเพิ่มค่าใช้จ่ายรายหัวขึ้น และเกิดการไม่เห็นด้วยในการดำเนินงาน ในแง่ของผู้ที่ได้รับประโยชน์ มีกลุ่มคนที่มีฐานะดีรวมอยู่ด้วยเป็นการนำทรัพยากรคืองบประมาณที่มีจำกัดไปใช้ในการสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับกลุ่มคนที่มีฐานะดี ไม่เกิดประโยชน์แก่กลุ่มคนยากจนซึ่งเป็นกลุ่มที่ควรช่วยเหลืออย่างแท้จริง

๓. มุมมองด้านรายจ่ายสาธารณสุขเทียบกับประสิทธิผลด้านสุขภาพของประชาชน

Vito Tanzi และ Ludger Schuknecht^(๑๐) กล่าวว่า ในประเทศพัฒนาแล้วมีรายจ่ายสาธารณสุขสูง บริการส่วนมากอยู่ในรูปบริการสาธารณสุขทั้งหมด เช่น การศึกษา บริการรักษาพยาบาล ในขณะที่ประเทศอุตสาหกรรมใหม่ (NICs) มีสวัสดิการสังคมน้อยกว่ามาก รายจ่ายทางด้านสุขภาพของประเทศพัฒนาแล้ว เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๐.๔ ของ GDP ในปี ๒๕๗๓ เพิ่มขึ้นร้อยละ ๒.๔, ๕.๔ และ ๖.๔ ของ GDP ในปี ๒๕๐๓ ปี ๒๕๒๓ และ ๒๕๓๗ ตามลำดับ แต่ก็ได้รับการวิพากษ์วิจารณ์ว่าไม่ค่อยมีประสิทธิภาพ และเป็นการสูญเปล่า จากการวิเคราะห์ของ Vito Tanzi และ Ludger Schuknecht โดยใช้ดัชนีตัวชี้วัดด้านสังคมพบว่ารายจ่ายสาธารณสุขสูงไม่มีผลกับตัวชี้วัดด้านสังคมอย่างมีนัยสำคัญ ในเรื่องของสุขภาพและการตาย พบว่า

รายจ่ายสาธารณสุขของภาครัฐขนาดใหญ่ ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงมาตรฐานสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่ปัจจัยที่สำคัญมากกว่า คือโปรแกรมรายได้ต่อหัว และความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ซึ่งผลการวิเคราะห์นี้สรุปได้ว่า

- การใช้จ่ายด้านสาธารณสุขน้อย มีความสามารถในการผลิตเศรษฐกิจได้ไม่ยิ่งหย่อนกว่าการใช้จ่ายขนาดใหญ่
- ในเรื่องเศรษฐกิจ ตลาดแรงงาน หนี้ของรัฐ ธรรมชาติ และการกำกับดูแลด้านสิ่งแวดล้อม ประเทศที่มีรายจ่ายสาธารณสุขน้อยทำได้ดีกว่า
- นโยบายที่ไม่เปลี่ยนแปลงทำให้ลดความหลากหลายของผลผลิต
- นโยบายที่ฉลาด สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ด้านสังคม และเศรษฐกิจได้ โดยใช้รายจ่ายสาธารณสุขที่ไม่มากนัก
- รายจ่ายสาธารณสุขอาจไม่ได้เป็นคำตอบในหลายปัญหาทางเศรษฐกิจ การใช้นโยบายที่ฉลาดอาจสามารถช่วยได้

สำหรับประเทศที่เป็นอุตสาหกรรมใหม่ ระดับรายจ่ายสาธารณสุขต่ำกว่าประเทศอุตสาหกรรมมาก เช่น เกาหลี ฮองกง สิงคโปร์ กลุ่มประเทศ NICs เน้นการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์โดยรัฐบาลเป็นผู้มีบทบาทในการจัดหาและระดมเงิน เพื่อการศึกษาขั้นประถมและมัธยม นอกจากนี้ยังส่งเสริมด้านสุขภาพสำหรับคนจนอีกด้วย โดยรวมรายจ่ายสาธารณสุขต่ำกว่าประเทศ



รูปที่ ๔ อัตราตายของทารกแรกเกิด (ต่ำกว่า ๒๘ วัน) ต่อการเกิดมีชีวิต ๑,๐๐๐ คน ของประเทศไทย

อุตสาหกรรมซึ่งระดับเงินโอนและเงินอุดหนุนต่ำกว่ามาก แต่รายจ่ายด้านการลงทุนสูงกว่าประเทศอุตสาหกรรม โดยลงทุนในโครงสร้างพื้นฐานเป็นสำคัญ แต่ Nics มีอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจสูงถึงร้อยละ ๖.๒ เกือบ ๓ เท่าของประเทศอุตสาหกรรม ทำให้ความเสมอภาคของอำนาจซื้อ (purchasing power parity) สูงขึ้น Nics ได้รับการจัดอันดับจาก UN ในระดับที่สูง อายุเฉลี่ย ๗๔ ปี น้อยกว่าประเทศอุตสาหกรรมเพียง ๓ ปี และอัตราการตายของทารกใกล้เคียงกับประเทศอุตสาหกรรม

ถ้าดูจากบทวิเคราะห์ของของ Vito Tanzi และ Ludger Schuknecht พบว่า ประเทศอุตสาหกรรมมีระดับรายจ่ายสาธารณะที่สูง ในขณะที่ Nics มีรายจ่ายสาธารณะที่ต่ำกว่ามาก แต่การบรรลุวัตถุประสงค์ทั้งทางด้านสังคม และเศรษฐกิจ ทำได้พอ ๆ กัน

ถ้าพิจารณางบประมาณด้านสาธารณสุขของประเทศไทย^(๑๑) พบว่าในปี ๒๕๔๒ รัฐบาลใช้งบประมาณในงานสาธารณสุขทั้งสิ้นจำนวน ๖๒,๕๔๖.๓ ล้านบาท แต่หลังจากมีการประกาศนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพิ่มขึ้นเป็น ๘๘,๒๙๒ ล้านบาทในปี ๒๕๔๔

แต่เมื่อพิจารณาประสิทธิผลทางด้านสุขภาพพบว่า^(๑๒) จำนวนและอัตราตายของทารกแรกเกิดกลับเพิ่มขึ้น จาก ๒.๕ ในปี ๒๕๔๓ เป็น ๔.๒ ในปี ๒๕๔๗ (รูปที่ ๔)

กระทรวงสาธารณสุขรายงานว่า อัตราตายของประชากรเป็น ๖.๘๙ ในปี ๒๕๔๒ และ ๖.๙ ในปี ๒๕๔๓ หลังจากที่มีการใช้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อัตราตายอยู่ที่ ๖.๔ ซึ่งเป็นอัตราที่ใกล้เคียงกับก่อนการใช้นโยบาย

จะเห็นว่าประเทศไทยกำลังเดินตามประเทศอุตสาหกรรม โดยการมีโครงการต่าง ๆ ที่เป็นรัฐสวัสดิการ ทำให้มีรายจ่ายสาธารณะที่สูงขึ้น และการที่ประเทศที่ใช้งบประมาณเพื่อเป็นรายจ่ายสาธารณะสูง ก็ไม่ทำให้ประเทศบรรลุวัตถุประสงค์คือทำให้คนมีสุขภาพที่ดีขึ้น แต่กลับสิ้นเปลืองงบประมาณ และเกิดประสิทธิภavn้อยลง

สรุป

นโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นนโยบายที่ต้องการแสวงหาคะแนนเสียงสูงสุดของพรรคการเมือง ผลคือทำให้เกิดรายจ่ายสาธารณะที่ขาดประสิทธิภาพ คือมีรายจ่ายสาธารณะที่สูงขึ้น แต่สุขภาพของประชาชนยังคงเหมือนเดิม ในเชิงการกระจายความเป็นธรรม ผลประโยชน์ของโครงการฯ ก็ไม่ได้ตกอยู่กับกลุ่มที่ต้องการความช่วยเหลือเท่านั้น แต่ตกไปอยู่ในกลุ่มคนรวยด้วย ทั้ง ๆ ที่กลุ่มคนเหล่านี้มีความสามารถในการจ่าย ท้ายสุดในด้านสุขภาพของประชาชน การที่รัฐ

จัดสวัสดิการรักษายาบาลราคาถูกให้กับประชาชน แทนที่จะทุ่มงบประมาณไปที่การส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรง ซึ่งแน่นอนว่ามีต้นทุนต่ำกว่าการรักษายาบาล เป็นไปได้ว่าอาจจะทำให้ประชาชนไม่ตระหนักถึงการที่จะต้องดูแลสุขภาพของตนเองให้แข็งแรง ดังนั้นควรจะมีการปรับโครงการฯ เพื่อให้ผลประโยชน์ตกอยู่กับกลุ่มที่ควรได้รับการช่วยเหลือมากขึ้น รวมทั้งเน้นด้านการส่งเสริมสุขภาพเพื่อที่จะทำให้รายจ่ายสาธารณะลดลง และเกิดประสิทธิภาพมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

๑. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. รายงานการติดตามและประเมินผลระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่ ๑. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๔๗.
๒. วิโรจน์ ณ ระนอง, อัญชญา ณ ระนอง. ถ้วนหน้า หรือช่วยคนจน เส้นทางสู่นาคคของโครงการ ๓๐ บาท. กรุงเทพมหานคร: แสงสว่างเวิลด์เพรส; ๒๕๔๕.

๓. พลภัทร นูราคม. การวิเคราะห์รายจ่ายสาธารณะ. กรุงเทพมหานคร: ซีวี แอล; ๒๕๔๗.
๔. Kenneth JA. Uncertainty and the welfare economics of medical care. Am Econ Rev 1963. 53:941-73.
๕. Anthony D. An economic theory of democracy. Cambridge : Harper and Row; 1997.
๖. สมบัติ ชำรงฉัตรวงศ์. นโยบายสาธารณะ : แนวความคิด การวิเคราะห์และกระบวนการ. กรุงเทพมหานคร: เสมอธรรม; ๒๕๔๖.
๗. ภูษิต ประคองสาย. ระบบประกันสุขภาพไทย สำหรับคนจนหรือครอบคลุมถ้วนหน้า. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; ๒๕๔๘.
๘. Vanitchareanthum V, Jitsuchon S. Recent development in poverty, risk-sharing, social safety nets and chronic poverty in Thailand. Bangkok: TDRI; 2003.
๙. อารยัน ตระหง่าน. อุปสงค์ต่อบริการสุขภาพ. เอกสารประกอบการสอนวิชาเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (อัดสำเนา). นครปฐม: คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; ๒๕๔๔.
๑๐. Tanzi V, Schuknecht L. Public spending in the 20th century : a global perspective. Cambridge: Cambridge University Press; 2000.
๑๑. ศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน. กรุงเทพมหานคร: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; ๒๕๔๕.
๑๒. กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๘.

Abstract Universal Health Care Policy and Public Spending of Thailand

Dalungwan Somjai

Hospital Administration, Faculty of Public and Environmental Health, Huachiew Chalermprakiet University

Journal of Health Science 2006; 15:404-16.

The Universal health care has enabled any Thai to be covered by health insurance and to access to health services if need be. It is financially supported by the government and, hence, considered public expense. The spending should then, strictly responds to public interest. In contrast, the benefit was reportedly enjoyed not only by 85.5 percent of the poor but also 61.7 percent of the middle class. The limited financial resources were not thus efficiently used. Newly industrialized countries (NICs) even with less public expenses than industrialized countries, were able to attain comparable social and economic goals. Thailand, more or less, follows the step of industrialized nations which adopt the policy of social welfare state, resulting in high public expenditure with limited public health return. The schemes should, consequently be reshaped to maximize the efficiency for the benefit of the target groups. Health promotion should also be underlined in order to bring down public expense in due course.

Key words: Universal Health Care Policy, public spending