

วิชาการ ความขัดแย้ง¹ และการปฏิรูประบบสุขภาพ

3. วากกรรม ความขัดแย้ง^๑ และการปฏิรูประบบสุขภาพ

วากกรรม (discourse) หมายถึงอะไร? กล่าวอย่างกระชับที่สุด วากกรรม หมายถึง การสร้างผลิตเอกสารชน์และความหมายให้เกิดขึ้นแก่สรรสิ่งต่างๆ (ดู ไชยรัตน์ เจริญสินโภพ, 2554) วากกรรมเป็นกระบวนการที่ไม่จำเป็นจะต้องอิงกับความจริงตามภาวะสัย เช่น สีแดงอาจมีความหมายว่าคอมมิวนิสต์ และความรุนแรงเมื่อปรากฏบนดาวแดง และกล้ายเป็นความหมายของการให้ความอาทรข่ายเหลือได้ด้วยเช่นเดียวกันเมื่อไปปรากฏลงภาษาด

ตัวอย่างข้างต้นแสดงให้เห็นว่า วากกรรมหรือการสร้างความหมาย ไม่จำเป็นที่จะต้องมีความเข้มข้นไปสู่ความจริงหรือความไม่จริงเพียงประการเดียว โดยปริยาย การกล่าวเช่นนี้ไม่ได้หมายความว่าวากกรรมได้เข้ามาทำลายความจริงให้หายไป แต่วาทกรรมคือกระบวนการสร้างความหมายบางอย่างขึ้น มาท่อหุ้มความจริงเหล่านั้น จนเกิดความจริงอีกชุดเป็นความจริงที่เราเข้าใจ หรือรับรู้ในทางปฏิบัติ นักวิเคราะห์วากกรรมมักจะสนใจว่าวากกรรมเหล่านี้ เกิดขึ้นได้อย่างไร (how) มากกว่าที่จะเพ่งพิจารณาว่าวากกรรมอะไรบ้างที่ ดำรงอยู่ (what)

ตัวอย่างหนึ่งที่ ไชยรัตน์ เจริญสินโภพ (2554) อธิบายถึงการไม่ได้หักล้างความจริงของวากกรรมได้เป็นอย่างดีคือเรื่องวากกรรมการพัฒนา “การพัฒนา” ไม่ใช่สิ่งที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติแต่เกิดจากการเข้ามายัดแบ่งประเทศต่างๆ โดยประเทศพัฒนาแล้วหรือองคกรโลกบาลว่ามีประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศด้อยพัฒนา ซึ่งประเทศด้อยพัฒนาต้องการ “การพัฒนา” ที่ดีขึ้นในหลายๆ

มิติ เข่น ความยากจน สุขภาวะ หรือรายได้ ในความเป็นจริงแล้วเราจะพบว่าความยากจน และ สุขภาวะที่ควรร้ายเป็นสิ่งที่ดำรงอยู่จริง แต่ตัววิชาการมีนั้นเองที่เข้ามาทำให้มันเกิดความหมายอย่างจำเพาะเจาะจงขึ้นมา นั่นคือ “ความด้อยพัฒนา” และนักศึกษาวิชาการมักให้ความสนใจว่า ความด้อยพัฒนาถูกสร้างขึ้นมาได้อย่างไร

เนื่องจากการวิเคราะห์วิชาการ (discourse analysis) เป็นวิธีการวิเคราะห์ที่เน้นศึกษาถึงกระบวนการสร้างความหมาย ดังนั้นในงานขึ้นนี้ ความสนใจจะไปมุ่งอยู่ที่การพยายามทำความเข้าใจว่า ระหว่างการปฏิรูประบบสาธารณสุข มีชุดวิชาการใดเกิดขึ้นบ้าง เกิดขึ้นได้อย่างไรหรือโดยความมุ่งหมายเช่นไร และมันทำหน้าที่อย่างไรในการต่อสู้เพื่อแย่งชิงพื้นที่หรืออำนาจนำในการปฏิรูประบบสาธารณสุขของสังคมไทย สิ่งเหล่านี้มีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะต้องกล่าวถึงเพื่อที่จะพยายามทำความเข้าใจ การทำงานของความขัดแย้งด้านแนวคิด ซึ่งได้กล่าวไว้ในส่วนที่ 2 เพราะคำพังการอธิบายว่ามีแนวคิดอะไรบ้างที่ขัดแย้งกันอยู่นั้นยังไม่สามารถตอบได้ว่าแนวคิดต่างๆ ที่ประทับนั้น ถูกสร้างขึ้นมาได้อย่างไร

กระนั้นก็ตาม การวิเคราะห์วิชาการในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ นับเป็นเรื่องใหญ่ที่ไม่สามารถจะกล่าวได้อย่างละเอียดและครอบคลุมได้โดยกระชับ งานขึ้นนี้จึงขอหยิบยกเพียงวิชาการบางส่วนมานำเสนอเท่านั้น



3.1 ความรู้กับวากกรรมในกระบวนการ พัฒนาระบบสาธารณสุข

โดยอิงกับตัวอย่างเรื่องการสร้างวากกรรมความด้อยพัฒนาของ ไขยรัตน์ เจริญสินโอพาร (2554) ก็จะพบว่ากลวิธีการให้ความหมายกับสิ่งต่างๆ นั้นไม่ได้เกิดขึ้นด้วยความกระด้าง ตรงไปตรงมา แต่มักก่อตัวความหมายผ่านสิ่งที่เรียกว่า “ความรู้” โดยเฉพาะหลังยุคส่องสว่างทางปัญญา (enlightenment era) การสร้างความหมายถูกกระทำผ่าน “ศาสตร์” ต่างๆ มากกว่าที่จะโดยพระเดชพระคุณของผู้ปกครอง เช่น การที่ธนาคารโลกจะขี้ว่าประเทศใดด้อยพัฒนานั้นไม่ได้เกิดจากการขี้เอารโดยไม่มีหลักเกณฑ์ แต่ต้องมีกระบวนการจำแนกภัยได้ก្នុងเกณฑ์ที่แนนอนชัดหนึ่ง เช่น วัดจากระดับรายได้ประชาติเป็นต้น

ในกรณีของการปฏิรูประบบสาธารณสุข การอาศัยความรู้เป็นเครื่องมือในการให้ความหมายนั้นถูกเน้นย้ำอยู่หลายครั้งในส่วนของพลังปฏิรูปที่มี นพ. ประเวศ วงศ์ เป็นผู้ปฏิบัติการสร้างวากกรรม เช่น การเล่าเรื่องราวด้วยการลงไประสมผัสชนบทโดยตรงและรับรู้ถึงสภาพปัญหาของการสาธารณสุขในชนบทอย่างแท้จริง การเรียนรู้ผ่านผู้ที่ลงไประสมตัวอยู่ในชนบทเป็นเวลานานอย่าง นพ. เสน พริ้งพวงแก้ว และชุมชนแพทย์ชนบท หรือแม้กระหั้นเรื่องเล่าเกี่ยวกับกลุ่มสามพรานที่มีการแลกเปลี่ยนความรู้อย่างสมำเสมอ ก็จัดอยู่ในส่วนที่สนับสนุนให้วากกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุขของ นพ. ประเวศ วงศ์ และเครือข่ายพลังปฏิรูปทั้งปวงมีพลังยิ่งขึ้นโดยอิงกับ “ความรู้”

นั้นนี้ ผู้ที่ไม่เคยลงไปสัมผัสกับปัญหาระบบสาธารณสุขอย่างถึงรากถึงโคนจึงถูกให้ความหมายว่าไม่มีความรู้ และผู้ที่ไม่มีความรู้ถูกให้ความหมายว่าไม่มีพลังในการต่อแย้ง หรือขาดความชอบธรรมที่จะต่อแย้งในเรื่องการปฏิรูประบบสาธารณสุข คนที่มีความรู้จึงมีความชอบธรรมที่จะถูกเดียงในประเด็นการปฏิรูปได้กลยุมาเป็นอิทธิกรรมหนึ่งที่กำกับความสัมพันธ์ในการปฏิรูประบบสาธารณสุขไทยไปโดยปริยาย วิธีคิดเรื่องความชอบธรรม (อำนวยการครอบงำ) ของความรู้นี้ยังปรากฏตัวในอีกหลายลักษณะ อาทิ การปฏิรูประบบสาธารณสุข มักเป็นพื้นที่ถูกเดียงของ “แพทย์และด้วยตนเองค์กรพัฒนาเอกชน” เป็นส่วนใหญ่ เพราะกลุ่มเหล่านี้เป็นผู้ที่อยู่ในแวดวงสาธารณสุขยอมต้องมีความรู้เพียงพอจะอภิปรายเรื่องระบบสาธารณสุข เป็นต้น

หากกล่าวให้เป็นธรรม การสร้างวิทยากรรมว่าด้วยความชอบธรรมของความรู้ ไม่ใช่สิ่งที่เป็นผลิตผลของ นพ.ประเวศ วงศ์และพลังการปฏิรูปหลักของสังคมไทยหลัง พ.ศ. 2515 เป็นต้นมา หากเป็นผลิตผลของสภาวะสมัยใหม่ที่อิงอยู่ กับความรู้ ระบบคิดแบบวิทยาศาสตร์ และเน้นการแบ่งงานกันทำเพื่อประสิทธิภาพ ซึ่งในที่นี้คือการเกิดขึ้นของวิธีคิดแบบ “ผู้เชี่ยวชาญ” หรือ “สาขาเฉพาะ (discipline)” ซึ่งต่อมามาได้กลยุเป็นหลักเกณฑ์ที่เข้มงวด (discipline) ในการบ่งบอกถึงความชอบธรรมของการวิพากษ์วิจารณ์ว่า ใครควรที่จะได้อภิปรายในประเด็นไหน โดยยึดເเอกสารมานาญในสาขาว่องผู้พูดเป็นเกณฑ์

การเกิดขึ้นของวิทยากรรมที่ว่าความรู้คือความชอบธรรมในการวิพากษ์วิจารณ์ การใช้ความรู้เป็นเครื่องมือในการสร้างความหมายว่าใครควรพูดและไม่ควรพูดเรื่องการปฏิรูประบบสาธารณสุขจึงเป็นสิ่งที่ครุภูดและไม่ควรกลุ่มพลังที่ต่อต้านการปฏิรูประบบสาธารณสุขตามแนวคิดปัจจุบัน (ระบบ

ประกันสุขภาพถ้วนหน้า) ก็ได้ใช้วาทกรรมแบบเดียวกันในการตอบโต้ เช่น กลุ่มเจ้าของโรงพยาบาลขนาดกลางโดยแบ่งระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าว่า ไม่เข้าใจสภาพตลาดบริการสาธารณสุข เพราะไม่เคยมาสัมผัสรุกิจ การทำนโยบายเหมาจ่ายรายหัวของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่งผลให้โรงพยาบาลจำนวนมากขาดทุน

ไม่ว่าคำกล่าวข้างต้นจะเป็นจริงหรือไม่ สิ่งที่แฝงอนอย่างมากก็คือ กลุ่มพลังต่อต้านการปฏิรูประบบสาธารณสุขจากระบบที่เจาะจงคนจนไปสู่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้ากำลังชี้ชวนให้ประชาชนทั่วไปเข้าใจว่ากลุ่มพลังปฏิรูปแม้จะมีความรู้เรื่องความยากลำบากของชุมชน แต่ก็ไม่เท่าทันปัญหาทางเศรษฐกิจ หรือเข้าใจโครงสร้างของตลาดบริการสาธารณสุข เป็นการสร้างความหมายขึ้นมาประทับตื้อสูงพังการปฏิรูปในอีกมิติหนึ่งที่แตกต่างออกไปจากว่าทกรรม ความรู้ของพลังฝ่ายปฏิรูป



3.2 ว่าทกรรมว่าด้วยศีลธรรมอันดี

“ศีลธรรมอันดี” เป็นสิ่งที่กลุ่มสนับสนุนระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า และ กลุ่มพลังที่เป็นปฏิรูปริยาต่อต้านนั้น “สร้างความหมาย” ขึ้นมาแตกต่างกัน ดังนั้นเวลาที่ฝ่ายสนับสนุนระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้ากล่าวถึงศีลธรรมอันดี จึงเป็นการกล่าวถึงคำๆ เดียวกันกับฝ่ายที่ไม่เห็นด้วย แต่มีความหมายแตกต่างกันมาก ในส่วนนี้จะอธิบายถึงความหมายที่แตกต่างกันเป็นเบื้องต้น ก่อนที่จะนำไปสู่การคลี่คลายว่าความหมายของศีลธรรมอันดีของแต่ละฝ่ายนั้น มีกระบวนการสร้างความหมายขึ้นมาอย่างไร

ศีลธรรมอันดีสำหรับกลุ่มที่สนับสนุนระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นเป็นศีลธรรมของระบบ หมายความว่าระบบเป็นตัวช่วยให้คนจนและคนรวยสามารถที่จะเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างมีคุณภาพเสมอหน้ากัน แต่ศีลธรรมอันดีของกลุ่มที่ต่อต้านระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (และพึงพอใจระบบส่งเคราะห์คนจน) หมายถึงการให้การอนุเคราะห์คนจนโดยดุลยพินิจของแพทย์ผู้ให้การรักษา โดยหากย้อนกลับไปตราสารที่ 1 จะพบว่า วิโรจน์ ณ ระนอง และ อัญชนา ณ ระนอง (2545) ได้กล่าวถึงประเด็นนี้เอาไว้อย่างชัดเจน

อย่างไรก็ตาม เป็นที่เข้าใจได้ยากว่าเหตุใดการให้ความหมายของศีลธรรมอันดี จึงมีความแตกต่างกัน แน่นอนว่าในด้านหนึ่ง แรงผลักดันเรื่องผลประโยชน์ ย่อมส่งผลอย่างมีนัยสำคัญที่ให้แต่ละฝ่ายหยับยื้มว่าทกรรมซึ่งส่งผลให้เกิดประโยชน์แก่ตนเอง แต่ในอีกด้านหนึ่ง ก็เป็นไปได้เช่นเดียวกันว่าว่าทกรรม ตังกล่าวไม่ได้ถูกใช้เป็นเครื่องมือในการต่อสู้เพื่อผลประโยชน์ กลับกัน ว่าทกรรมบางอย่างกลับเป็นตัวครอบจำกัดบทบาทของการต่อสู้ของทั้งสองฝ่ายเสียเอง

ผู้วิจัยตั้งข้อสมมติฐานว่า ว่าทกรรมที่ผลักดันให้กลุ่มสนับสนุนระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าเขิดชูศีลธรรมจากตัวระบบมากกว่าที่จะเป็นศีลธรรมจากดุลยพินิจของแพทย์นั้นเป็นผลมาจากการประชานิพนัยปไตยอีกทีหนึ่ง กล่าวคือ ภายนอกได้ว่าทกรรมประชานิพนัยปไตยคนควรที่จะได้รับการอนุเคราะห์ด้วยความสัมพันธ์ที่ทัดเทียมกันหรือเป็นแนวราบ (horizontal relationship) ซึ่งว่าทกรรมประชานิพนัยปไตยที่กล่าวถึงนี้นั้นเข้าได้กับทั้งเสรีนิยมประชานิพนัย และสังคมนิยมประชานิพนัย เพราะทั้งสองระบบล้วนเชื่อในศักดิ์ศรีของปัจเจกบุคคล-ความเสมอภาคด้วยกันทั้งสิ้น ผิดกันก็เพียงว่าทกรรมแบบเสรีนิยมประชานิพนัยปไตยนั้นอาจส่งเสริมให้ประชาชนได้รับความเป็นธรรมจาก

“ระบบประกันส่วนบุคคล” แต่สังคมนิยมประชาธิปไตยส่งเสริมให้คนได้รับการอุปถัมภ์จาก “ระบบสวัสดิการ” ซึ่งทุกคนร่วมจ่ายผ่านภาษี

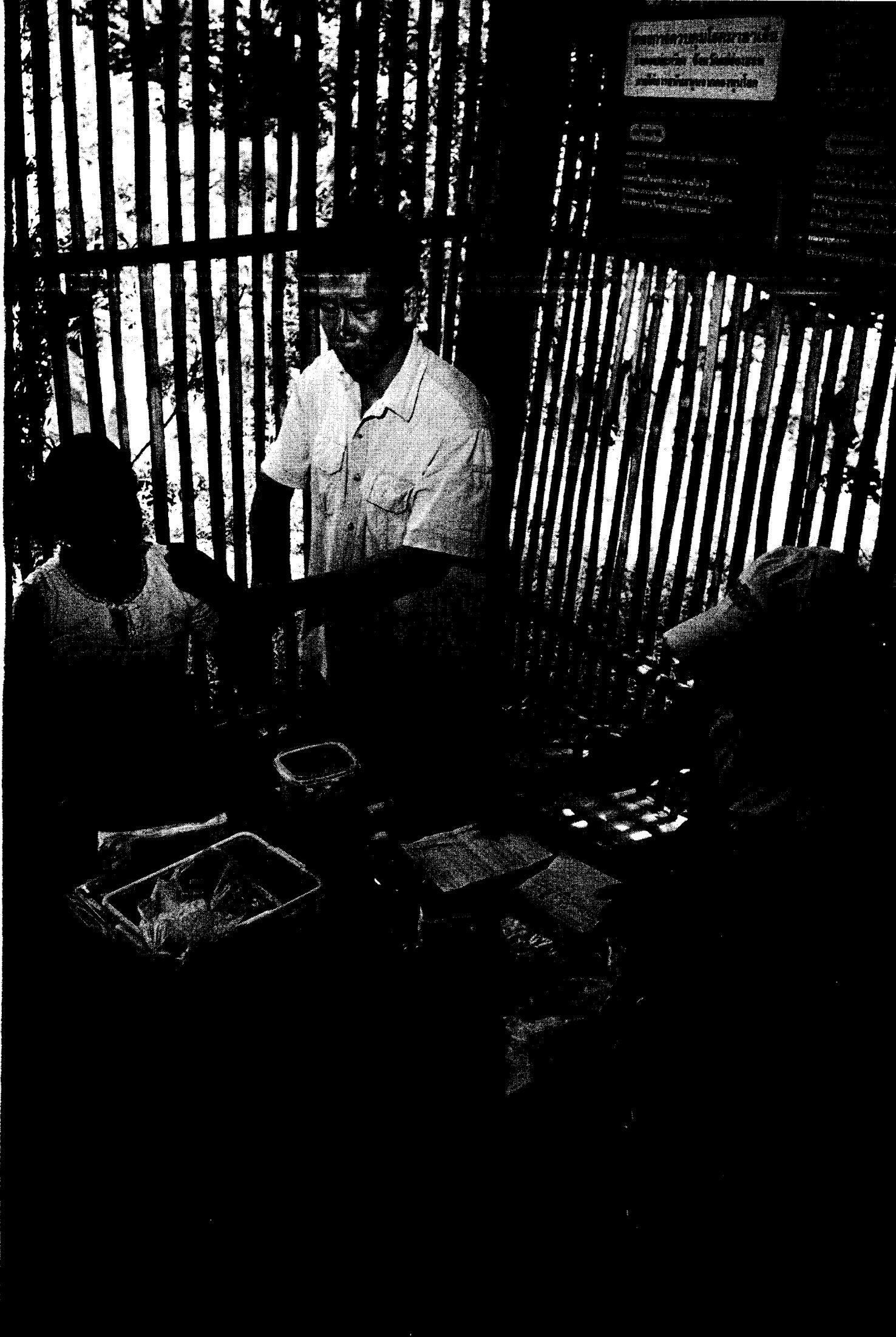
กลับกัน ฝ่ายต่อต้านปฏิเสธการเปลี่ยนแปลงบทบาทของการส่งเคราะห์โดยดุลยพินิจของแพทย์ไปสู่การส่งเคราะห์โดยระบบสาธารณสุข ก็ เพราะว่าทั้งระบบอนุรักษ์นิยม (conservatism) ซึ่งเชื่อว่าคนเราไม่มีความเท่าเทียมกัน แต่คนเราเลือกที่จะอุปถัมภ์ช่วยเหลือกันได้ ความช่วยเหลือจึงเป็นความสัมพันธ์ทางสังคมที่แสดงให้เห็นถึงความดึงดูดภายในสังคม หากแปลงเปลี่ยนความสัมพันธ์นี้ไปสู่ระบบความเอื้ออาทรที่ถูกกำหนดมาอย่างเป็นกลไก (instrumental ethics) ความดึงดูดที่มีอิสรภาพ คือไม่ได้ตอกย้ำความต้องการที่จะใช้ดุลยพินิจในการส่งเคราะห์นี้จึงเป็นปรากฏการณ์ที่ Michael Foucault เรียกว่า ปฏิบัติการของวิชากรรมในการสร้างตัวตน โดยเฉพาะการสร้างตัวตนให้กลายเป็นผู้มีศีลธรรม (an ethical subject) (ดู ไวยรัตน์ เจริญสินโภาร, 2554 หน้า 34)

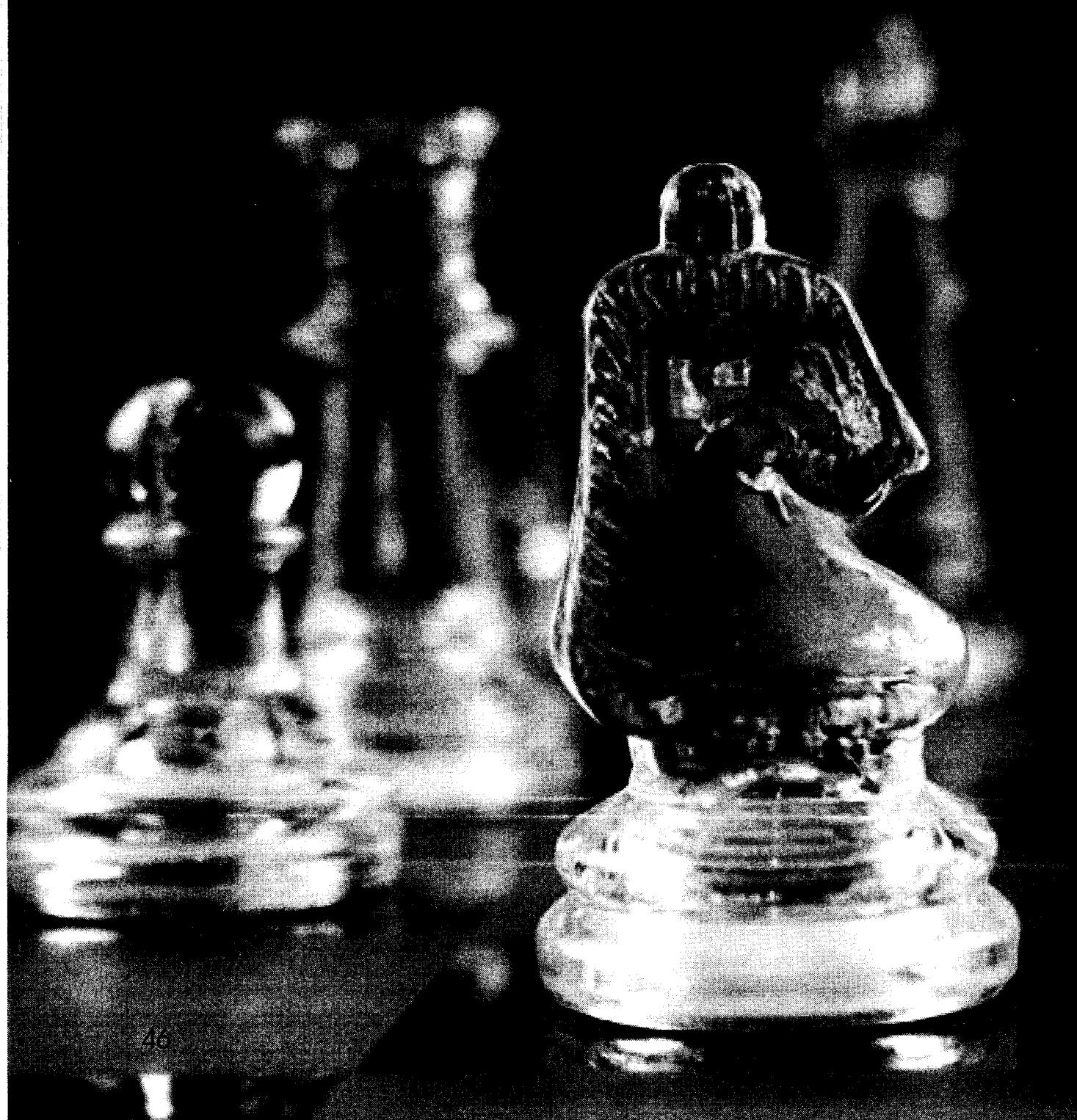
ในที่นี้จะเห็นว่าผู้ใช้วิชากรรมไม่จำเป็นต้องเป็นผู้สร้างวิชากรรมขึ้นมาใหม่ เสมอไป บางกรณีผู้ใช้วิชากรรมอาจถูกครอบงำ กำกับทิศทางโดยวิชากรรม บางอย่างที่ดึงดูดมากก่อนเนื่นนานแล้ว ในกรณีนี้ผู้ใช้วิชากรรมจะเป็นเพียงผู้ผลิตชี้วิชากรรมเหล่านั้นด้วยการยืนยันหรือตอบย้ำว่าวิชากรรมเหล่านั้นยังคงได้รับความเชื่อถือและเห็นเป็นความจริงของสังคมอยู่ เช่น การที่แพทย์จำนวนหนึ่งเชื่อว่าความสัมพันธ์แบบอุปถัมภ์-ส่งเคราะห์นั้นเป็นความดึงดูดซึ่งต้องรักษาไว้ ไม่ได้เกิดจากการที่แพทย์กลุ่มดังกล่าวผลิตวิชากรรมเหล่านี้ขึ้นเอง แต่เป็นเพราะวิชากรรมแบบอนุรักษ์นิยมจำนวนมากที่รายล้อมแพทย์เหล่านั้นอยู่เป็นตัวกำหนด กลับกัน กลุ่มแพทย์ที่สนับสนุนระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็ไม่ได้ผลิตวิชากรรมแบบประชาธิปไตยขึ้นมาเอง แต่ถูกหล่อหลอม

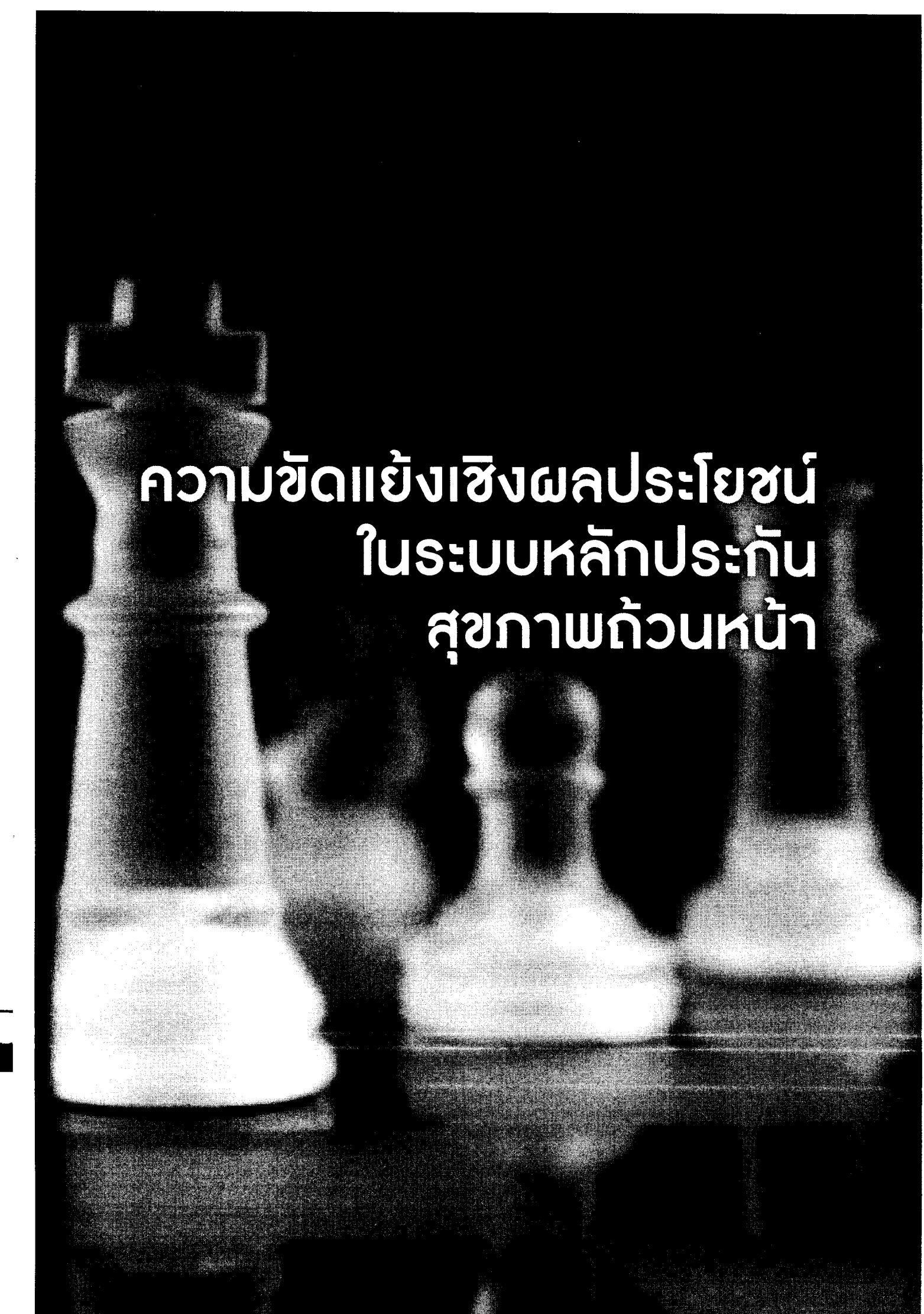
จากบรรยายการทางสังคม เช่น สำนักของบรรยายการทางการเมืองในช่วง พ.ศ. 2516-2519 เป็นต้น

การพิจารณาวาทกรรมดังแสดงให้เห็นข้างต้นยังช่วยชี้ชวนให้เห็นถึงความหลากหลาย (heterogeneity) ภายในพลังปฏิรูปและฝ่ายต่อต้านอย่างเหลือเชื่อ เช่น (จากข้อสมมติฐานของผู้วิจัย) ฝ่ายต่อต้านระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า แม้จะได้รับอิทธิพลจากการแรมนchromon อนุรักษ์นิยมในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และคนไข้ แต่ก็มีมิติที่พึงพอใจในระบบตลาด กล่าวคือ ขอบที่จะเห็นกลไกตลาดทำงานของมันอย่างเต็มที่แล้วจึงเลือกที่จะใช้ดุลยพินิจของตนเอง ช่วยเหลือผู้ที่ไม่อาจช่วยเหลือต้นเองได้ในระบบตลาดเป็นรายกรณีไป หรืออาจจะตีความได้ว่าแนวร่วมของขบวนการต่อต้านระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีความหลากหลาย (อนุรักษ์นิยมและระบบตลาด) เข้าด้วยกันก็ได้

จากที่กล่าวมาจะพบว่าการวิเคราะห์ว่าทกรรมขักนำให้เราสามารถทำความเข้าใจกระบวนการสร้างความหมายให้แก่แนวคิดต่างๆ ซึ่งถูกหยินยกมาต่อสู้ กันระหว่างฝ่ายที่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้อย่างน่าสนใจ อย่างไรก็ตามดังที่ได้เรียนไว้ล่วงหน้าแล้วว่า ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในปัจจุบันไม่ได้มีเพียงความขัดแย้งในระดับแนวคิดเท่านั้น หากเป็นความขัดแย้งทางผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจริงด้วย ในบทดังไปผู้วิจัยจะได้กล่าวถึงความขัดแย้งทางผลประโยชน์โดยละเอียด ■







ความขัดแย้งเชิงผลประโยชน์
ในระบบหลักประกัน
สุขภาพด้วนหน้า

4. ความขัดแย้งเชิงผลประโยชน์ในระบบ หลักประกันสุขภาพด้วบหน้า

งานวิจัยในส่วนที่ 4 นี้เป็นการวิเคราะห์ปัญหาเฉพาะบางส่วน (partial analysis) ไม่ได้มีความมุ่งหมายที่จะทำความเข้าใจสภาพปัญหาความขัดแย้งทั้งหมด ในภาพรวมของเรื่องระบบประกันสุขภาพด้านหน้า ที่กล่าวว่าเพียงบางส่วนก็ หมายถึงการวิเคราะห์เจาะจงไปที่ความขัดแย้งเชิงผลประโยชน์ระหว่างกลุ่ม ทุน ระบบราชการ สมาคมวิชาชีพ และการทำหน้าที่ของ คณะกรรมการ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติในภาพกว้างเท่านั้น โดยไม่ล่วงเลยไปพิเคราะห์ถึง ประเด็นอื่นๆ ออาทิ ความโปร่งใสและธรรมาภิบาลของ สปสช. ความเชื่อมโยง กับกองทุนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบสาธารณสุข หรือการตัดสินความเหมาะสม ของระบบประกันสุขภาพ ผู้อ่านจำเป็นต้องเข้าใจในขีดจำกัดของเครื่องมือและ ขอบเขตการศึกษาข้างต้นเพื่อที่จะไม่ตีความเกินกว่าเป้าหมายของงานนี้นั้น



4.1 กฎภัยค่าเช่า กับความขัดแย้งจากการแย่งชิง ค่าเช่าระหว่าง สปสช. และ ภาคเอกชน

โดยทั่วไป ตลาดซื้อขายบริการระบบสาธารณสุขมักมีสภาพเป็นตลาดแข่งขัน ไม่สมบูรณ์ เพราะ ผู้ขายในตลาดนี้มีจำนวนไม่มาก คุณภาพของผู้ให้บริการ ก็มีความแตกต่างกัน และจำนวนต่อรองของผู้ซื้อบริการมีต่ำกว่าผู้ขายบริการ ทำให้ตลาดแข่งขันนี้ผู้ขายบริการสามารถตั้งราคาได้สูงและสร้างกำไรได้มากเกิน กว่าปกติ (super normal profit) หรือเราอาจจะเรียกกำไรเกินกว่าปกตินี้

ได้ว่า ค่าเช่าทางเศรษฐกิจ (economic rent) ซึ่งหลังจากนี้จะเรียกโดยอว่า “ค่าเช่า”

ความไม่สมบูรณ์ของตลาดบริการสาธารณสุขนั้นเกิดขึ้นทั้งในระดับของตลาดปัจจัยการผลิต (input market) และตลาดบริการสาธารณสุข (health care service market) กล่าวคือ บริษัทยาและเวชภัณฑ์ที่ครอบครองตลาดอยู่ในโลกนี้มีเพียงน้อยราย (oligopoly market) การที่มีบริษัทเพียงน้อยรายผลิตและจัดจำหน่ายยาทำให้สามารถตั้งราคายาได้สูงและได้กำไรเกินกว่าปกติ (เกิดค่าเช่า) ในขณะเดียวกันก็ทำให้การเข้าถึงยาน้อยกว่าที่ควรจะเป็น โดยทั่วโลก มีคนที่เข้าถึงยาเพียงร้อยละ 70 โดยประมาณ (Hoent, 2552) ในทำนองเดียวกัน ธุรกิจโรงพยาบาลก็มีกำแพงกีดกันไม่ให้เกิดการแข่งขัน (barrier to entry) นั้นคือเงินลงทุนที่สูง เพราะสินค้าทุนในธุรกิจการแพทย์มีราคาแพง ทำให้ตลาดขายบริการสาธารณสุขเป็นตลาดที่มีผู้ขายน้อยรายเข่นเดียวกับตลาดปัจจัยการผลิต และส่งผลให้ผู้ผลิตสามารถตั้งราคากลางได้สูง ซึ่งราคากลางที่สูงดังกล่าวจะก่อให้เกิดค่าเช่าเข่นเดียวกัน

การหารองค่าเช่าเอาไว้ให้นานที่สุดคือความปราณາของผู้ขายบริการสาธารณสุข ทว่า การตั้งราคากิจการสาธารณสุขสูงๆ เพื่อให้ได้ค่าเช่ามากๆ นั้นย่อมกระทบต่อสวัสดิการสังคมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ คนจนจำนวนมากที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ย่อมมีความทุกข์จากการเจ็บป่วย ผลกระทบแเปล่งดังกล่าวเนี้ยงแพร่กระจายไปสู่คนอื่นๆ ที่ไม่ใช้ผู้ป่วยในรูปแบบต่างๆ (negative externality) อาทิ การแพร่กระจายของโรคภัยที่ไม่ได้รับการรักษา ความสูญเสียศักดิ์ศรีของญาติมิตรผู้ป่วย หรือการสูญเสียกำลังแรงงานของนายจ้าง และผลิตภาพแรงงานที่ลดลงของสังคมโดยรวม ดังนั้นรัฐจึงมีความชอบธรรมที่จะเข้าแทรกแซงเพื่อลดทอนค่าเช่าลงให้เหลือน้อยที่สุด (rent destruction)

เพื่อให้ผู้ใช้บริการไม่ว่าจะรายหรือจนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างดีวนหน้า อย่างไรก็ตามการจัดการเพื่อลดค่าเช่านั้นจะต้องไม่มากจนกระทั่งทำลายแรงจูงใจในการปรับตัวและพัฒนาบริการ

ในทางทฤษฎี เมื่อการแทรกแซงของรัฐผ่านนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคเพื่อลดthonค่าเช่าลง กลุ่มที่ได้ประโยชน์จากค่าเช่าก่อนที่จะมีนี้นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค และ สปสช. คือ 1. โรงพยาบาล และ 2. บริษัทยา ก็จะสูญเสียค่าเช่า แรงภัยคิริยาที่คาดการณ์ได้ในกรณีนี้ก็คือ ทั้งโรงพยาบาลที่เสียประโยชน์ และบริษัทยาอยู่มาระนการในรูปแบบต่างๆ เพื่อปกป้องค่าเช่าทางเศรษฐกิจของตนเองเอาไว้อย่างถึงที่สุด (rent protection) โดยมีกลไกที่เป็นไปได้มากมาย เช่น การต่อต้านนโยบายระบบประกันสุขภาพด้านหน้า หรือ การวิงเต้นหรือติดสินบน (lobbying or bribery) เพื่อที่จะเข้าไปยึดกุมกลไกการจัดการของระบบประกันสุขภาพด้านหน้าเสียเอง

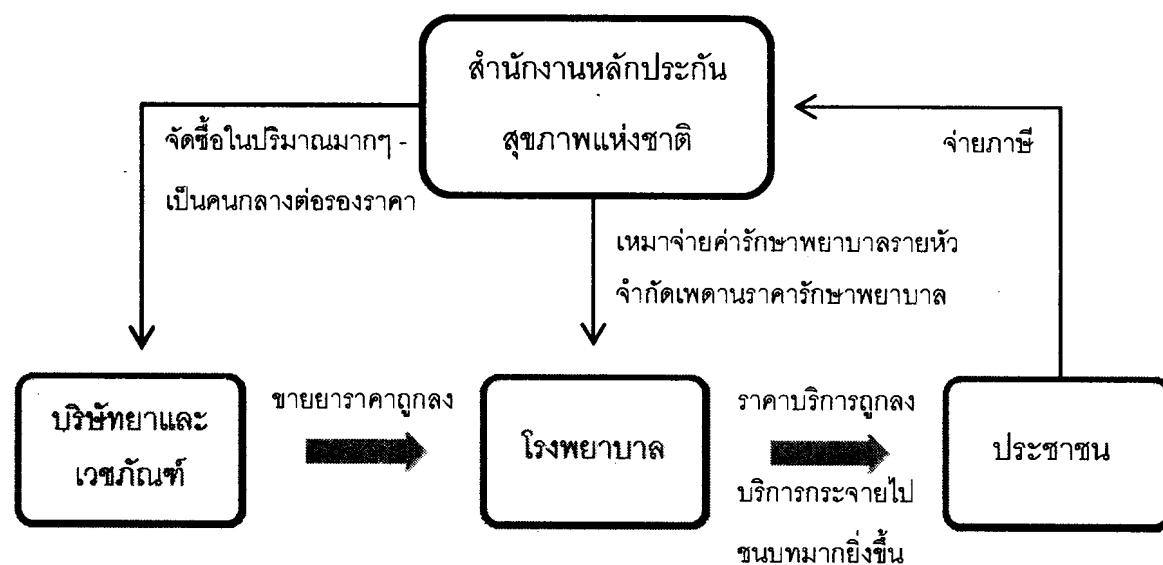
กรณีของประเทศไทย ตัวแทนของรัฐที่เข้าไปแทรกแซงเพื่อลดค่าเช่าในตลาดบริการสาธารณสุขลงนั้นได้แก่ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บอร์ด สปสช.) โดยมีคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ค่อยกำกับดูแลไม่ให้มารฐานการให้บริการลดลงด้วย เพราะผู้ผลิตบริการสาธารณสุขอาจลดคุณภาพบริการลงตามค่าเช่าที่ลดลง

ในสถานการณ์ปัจจุบัน มาตรการปกป้องค่าเช่าของกลุ่มทุน เริ่มปรากฏให้เห็นขัดเจนยิ่งขึ้นโดยการแทรกแซงคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยส่วนที่ 4 นี้จะเน้นการสำรวจหลักฐานจากสื่อสิ่งพิมพ์ และเอกสารต่างๆ เพื่อ 1. อธิบายถึงกลไก

การลดค่าใช้จ่ายของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และอธิบายถึงความขัดแย้งที่เกิดขึ้นจากการลดค่าใช้จ่ายระหว่าง สปสช. และฝ่ายต่างๆ

2. ยืนยันถึงการเข้ามาแทรกแซงคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จากฝ่ายต่างๆ

ภาพที่ 1 แสดงการแทรกแซงของสปสช. ต่อตลาดปัจจัยการผลิตบริการสุขารณสุข และ ตลาดซื้อขายบริการสุขารณสุข



จากภาพที่ 1 จะพบว่า คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อและต่อรองราคารับบริการสุขารณสุขแทนประชาชน โดยมีกระบวนการสุขารณสุขทำหน้าที่ดูแลฝ่ายการผลิต (สองส่วนนี้โดยหลักการจึงต้องมีอิสระจากกัน) การแทรกแซงเพื่อต่อรองราคานั้นสามารถที่จะตีความได้ว่า เป็นการต่อรองเพื่อลดค่าใช้จ่ายของผู้ผลิตลง ซึ่งทำได้สองส่วนคือส่วนที่เป็นตลาดปัจจัยการผลิต และส่วนที่เป็นตลาดซื้อขายบริการสุขารณสุข โดยในที่นี้จะกล่าวถึงทีละส่วน

ในด้านตลาดปัจจัยการผลิต คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ทำหน้าที่แทรกแซงเพื่อต่อรองให้ประชาชนเข้าถึงยาตราค่าฤกษ์ให้ได้มากที่สุด อันเป็นการช่วยลดต้นทุนให้กับทั้งโรงพยาบาลและตัวผู้เข้ารับการรักษาเอง แต่ผู้ที่ได้รับผลกระทบสำคัญได้แก่ผู้ที่เคยได้รับค่าตอบแทน (commission) จากการสั่งซื้อยาในราคาแพง และตัวบบริษัทยาโดยตรง หลักฐานสำคัญที่สะท้อนให้เห็นถึงบทบาทด้านนี้ของ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีปรากฏให้เห็นมาโดยตลอดนับตั้งแต่สมัยชื่อ นพ. สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เป็นเลขานุการสปสช. ในปีพ.ศ. 2546

ตัวอย่างผลงานของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในสมัยนพ. สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ที่กระทบต่อผลประโยชน์ของบริษัทยาก็ เช่น การมีมติ “สร้างระบบบัญชียาหลักแห่งชาติ เพื่อจัดหายาที่ได้มาตรฐาน ปลอดภัย และประหยัด ขณะที่ทศนคติของแพทย์จำนวนไม่น้อยยังรู้สึกว่า การสั่งจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยควรเป็นสิทธิของแพทย์ แพทย์ควรมีสิทธิเลือกยาที่คิดว่าดีที่สุด ระบบหลักประกันจึงสร้างความไม่พอใจแก่แพทย์ เนื่องจากรู้สึกว่าเป็นการลดTHON สิทธิของแพทย์ลง ผลกระทบที่ตามมาคือเปอร์เซ็นต์จากการค่ายาที่โรงพยาบาล เคยได้รับจากบริษัทผลิต และจำนวนยาจึงลดน้อยลงตามไปด้วย” (กฤษฎา ศุภารรณนกุล, 2555)

นอกจากนี้ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในสมัยช่วง พ.ศ. 2550¹ ยังได้เสนอให้สิทธิตามสิทธิบัตรยาและเวชภัณฑ์โดยรัฐ (Compulsory License) เพื่อผลิตยาที่มีปัญหาการเข้าถึงและมีความจำเป็นอย่างยิ่งใช้เองภายในประเทศ ทำให้ราคายาถูกลงอย่างมากใน 3 รายการโดยสิทธิ์ชื่อยาราคากูนี้ ไม่ครอบคลุม

1 เลขาธิการยังคงเป็น นพ. สงวน

โรงพยาบาลเอกชน (ดู นติชน, 2550)² ยาที่ประเทศไทยประกาศใช้สิทธิตามสิทธิบัตรฯ นั้นมีอยู่ด้วยกันสามรายการคือ ยารักษาภาวะติดเชื้อเอชไอวี (efavirenz)³ และยารักษาภาวะติดเชื้อเอชไอวีสูตรป้องกันการดีออยา (lopinavir+ritonavir) หรือที่รู้จักกันในชื่อ Kaletra และยาสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจ (Plavix, clopidogrel)

หากสังเกต จะพบว่าความขัดแย้งจากการนี้ส่วนหนึ่งกระทบต่อผลประโยชน์ที่บริษัทยาจะได้รับแต่ก็อีกส่วนหนึ่งก็ไปกระทบต่อผลประโยชน์และบทบาทการใช้ดุลยพินิจของแพทย์ให้ลดลงด้วย แพทย์จำนวนหนึ่งจึงเป็นผู้เสียประโยชน์จากการนี้เข่นเดียวกัน ไม่ใช่เฉพาะบริษัทยาเพียงลำพัง นอกจากนี้การตัดสินใจทำ CL ยังคงกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างกระทรวงพาณิชย์และกระทรวงต่างประเทศของไทยกับประเทศกลุ่มพัฒนาแล้วซึ่งส่งออกยาในมูลค่าสูงอีกด้วย ทำให้รัฐมนตรีและข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขรับแรงกดดันจากกระทรวงที่ได้รับผลกระทบ

2 เรื่อง “หมอนหงวน” ชี้แอลกอฮอล์กับภัยเงียบ ตั้งอนุกรรมการเลือกยาชีแอลดต่อ” เข้าถึงข้อมูลเมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2555

3 “ตัวที่แรกที่ทำ CL คือ Efavirenz เป็นยาสูตรสำรอง ใช้กรณีผู้ป่วยที่ได้ GVO-vir แล้วแพ้ ปกติคน 1 แสนคนจะมีประมาณ 10,000 คนที่แพ้ Nevirapine กินไปอาจถึงตายได้ ติดเชื้อและเสียชีวิต ก็ต้องหายาตัวใหม่ ยาตัวนี้คือเอดฟ่า เดิมราคาอยู่ที่เดือนละ 2,000 และต้องมารวมกับอีก 2 ตัว โดยเฉลี่ยก็ 2,600 หมายความว่าเราจะต้องจ่าย 2,600 ถ้าไม่ทำ CL เอดฟ่า พอบริษัทรู้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะทำ CL สิ่งที่บริษัทเล่นก็คือลดราคาลงมา จากเดิมเกือบๆ 2,000 ลดเหลือ 1,500 ปัจจุบันลดเหลือ 800 กว่าบาท ถ้าไม่มีรีวิวว่าเราจะทำ CL ราคายาตัวนี้จะไม่ลด จนมีการกดดันต่อรองก็เริ่มลด แต่ก็ยังไม่มากพอเมื่อเทียบราคายาที่อินเดียผลิต อยู่ที่ 650 บาทต่อเดือน” (นิมิตร เทียนอุดม, 2552)

หลังยุคสมัยของ นพ.ส่วน นิตยารัมพ์พงศ์ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ยังคงทำหน้าที่ต่อรองเพื่อลดต้นทุนค่ายาและเวชภัณฑ์อย่างต่อเนื่อง เช่น 1. การต่อรองราคายากระตุ้นสร้างเม็ดเลือดแดงในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง (Erythropoietin) จากราคากลางอยู่ที่ 670 บาทต่อขวด เหลือเพียง 270 บาท ต่อขวด และ 228.50 บาทต่อขวด ในปี พ.ศ. 2553 และ 2554 ตามลำดับ หรือ ต่อรองลดราคาสายสวนหัวใจสำหรับผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดจาก 70,000-80,000 บาทต่อชุด ลดเหลือเพียง 30,000 บาทหากผลิตจากอเมริกา และ หมื่นกว่าบาทหากผลิตจากจีน นอกจากนี้ยังมีการต่อรองราคานেลส์ตาเทียมแบบอ่อนจากราคา 40,000-50,000 บาทมาอยู่ที่ 2,800 บาท และเนลส์ตาเทียมแบบแข็งจากราคา 4,000-6,000 บาทเหลือเพียง 700 บาทเท่านั้น (ใบตองแห้ง, 2012)

จากตัวอย่างข้างต้น การทำหน้าที่ของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติส่งผลให้บริษัทยาและเวชภัณฑ์ได้รับค่าเข้าน้อยลงอย่างมาก คือมีค่าเข้าหายไปอย่างน้อยกว่า 20,000 ล้านบาทต่อปี (ยังไม่นับค่าเข้าที่ลดลงจากการประกากบัญชียาหลักแห่งชาติและการทำ vertical program) โดยมีรายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าใช้ (บางส่วน) ที่ลดลงจากการแผลงโดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

โรค	จำนวนผู้ป่วยอัตรา	ราคาต่อคน	ส่วนต่างราคา	เบี้ย	ค่าเช่าที่ดิน (บาท)	ต่อปี
หัวใจขาดเลือด (สายหวาน) ⁴	21,700	80,000	30,000	50,000	บาทต่อชุด	1,085,000,000
หัวใจ (Erythrocytosis) ⁵	91,988	670	229	442	บาทต่อชุด	3,898,819,392
โรคหัวใจ (Clopidogrel) ⁶	131,746	64	3	61	บาทต่อเม็ด	2,933,324,690
ยาต้านไวรัส (Efavirenz) ⁷	362,874	2,600	650	1,950	บาทต่อเดือน	8,491,251,600
ยาต้านเชื้อรา (Kaletra) ⁸	10,000	15,000	3,000	12,000	บาทต่อเดือน	2,106,000,000
ที่มา: จ้างจัดทำตามเชื่อมต่อ		รวม		18,514,395,682		ต่อปี
9-13						ต่อปี

4 ตัวเลขราคาอ้างถึงใน (ใบอนุเหต์, 2012) และจำนวนผู้ป่วยอ้างถึงใน (Medic Thai, ไม่มีรายปีที่แน่น)

5 ตัวเลขราคา เพิ่งออก และจำนวนผู้ป่วยรวมถึงความต้องการให้จ่ายเงินซึ่งต้องชำระเงิน (ผู้จัดการ Online, 2550)

6 ตัวเลขราคาอ้างถึงใน (นิมิตร เทียนอุดม, 2552) และจำนวนผู้ป่วยอ้างถึงใน (ผู้จัดการ Online, 2552)

7 ตัวเลขราคา เพิ่งอ้าง-แตะวันผู้ป่วยอ้างถึงใน (ศูนย์ขออนุญาตวิทยาสำนักงานมาตรฐานสุขภาพ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2554) ห้าอุกด้วยกดผู้ป่วยยอดสต็อคยา อย่างเครียดตามแต่เมืองที่เป็นไปในเชิงลักษณะอยู่ทั่วประเทศ ภาระต่อผู้ป่วยต่อวันเพิ่งหมด ก่อตัวต่อผู้ป่วยที่มาลงทุนตั้งตึกชั้น สปสชา. เพียง 140,000 คนเท่านั้น (ไวยรัชชอรอนันดา, 2555)

8 ตัวเลขราคา เพิ่งอ้าง และจำนวนผู้ป่วยอ้างถึงใน (ไทยโพสต์, ไม่มีรายปีที่แน่น)

ในส่วนตลาดสินค้าและบริการสาธารณสุข ผู้ให้บริการคือโรงพยาบาลลูกแทรกแซง จากการคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยการกันงบประมาณจากงบประมาณรายหัว เอาไว้บางส่วนเพื่อทำโครงการรักษาระยะยาว ซึ่ง สปสช. เรียกว่า vertical program ตัวอย่างของโครงการในลักษณะนี้ก็ เช่น “โครงการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์เทียมให้ผู้ป่วยต้อกระจก” ซึ่งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะจัดสรรงบประมาณลงไปให้แก่โรงพยาบาลที่สามารถทำการผ่าตัดดวงตาได้ ในราคา 7,000 บาทจากราคาที่ผ่าตัดกันอยู่ในท้องตลาด ราว 30,000 บาทต่อข้าง ซึ่งในท้ายสุด แม่โรงพยาบาลจำนวนมากจะปฏิเสธว่าไม่สามารถทำได้ เพราะขาดทุน ทว่าก็มีโรงพยาบาลบางแห่งสามารถทำได้ เช่น โรงพยาบาลศุภวนิมิตที่จังหวัดอยุธยาและสุพรรณบุรี 43,000 ดวงตา จากเป้าหมาย 88,000 ดวงตา (ดู ใบ tong แห้ง, 2554) ส่วนต่างราคัดังกล่าวทำให้โรงพยาบาลเอกชนสูญเสียรายได้-ค่าเช่า ไปกว่า 989,000,000 บาทในปี พ.ศ. 2552 และ 2554 หรือคิดเป็น 494.5 ล้านบาทต่อปีเลยทีเดียว

นอกจากนี้ การที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติวางหลักเกณฑ์การจ่ายเงินบุคลากรผูกไปกับค่าใช้จ่ายรายหัว (capitation) ยอมบีบบังคับให้โรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีแพทย์จำนวนมากแต่ประชากรในพื้นที่มีน้อยต้องปรับตัวเอง

อันที่จริง การทำให้กำไรหรือค่าเช่าลดลง เป็นความมุ่งหมายของการใช้ระบบจ่ายงบประมาณตามจำนวนประชากรในพื้นที่อยู่แล้ว กล่าวคือต้องการสร้างแรงจูงใจ (incentive) ให้โรงพยาบาลกระจายแพทย์ที่จะจุกตัวออกไปเพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลลงและประชากรในพื้นที่ต่างจังหวัดมีแพทย์ให้บริการมากยิ่งขึ้น หรือไม่ก็ต้องปรับเปลี่ยนวิธีการบริหารเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการดันทุนให้สูงขึ้น⁹

⁹ เราสามารถเรียกกำไร (ค่าเช่า) ที่สูงขึ้นจากการปรับปรุงระบบบริหารนี้ว่า ค่าเช่าจากการจัดการ (managerial rent) ซึ่งส่งผลดีต่อการพัฒนาระบบเศรษฐกิจและสวัสดิการสังคม มากกว่ากำไร (ค่าเช่า) อันเนื่องมาจากการไม่สมมูลนั้นของตลาดหรือการผูกขาดอย่าง (monopoly rent) ที่มักจะเกิดขึ้นในตลาดบริการสาธารณสุข

การกระจายแพทย์ออกไปนี้อยู่บนข้อสมมติฐานที่ว่า งบประมาณเป็นปัจจัยกำหนดที่สำคัญมากขนาดที่ก่อให้เกิดการย้ายพื้นที่ทำงานได้ อย่างไรก็ตาม ในส่วนนี้มีปัญหาอย่างน้อยสองประการคือ 1. แพทย์ไม่ได้ย้ายตามงบประมาณ ไปยังพื้นที่ต่างจังหวัดแต่อาจจะเลือกเข้าไปสู่โรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่หรือโรงพยาบาลในต่างประเทศเลย 2. รายได้ไม่ใช่ปัจจัยกำหนดที่สำคัญที่สุด แพทย์ยังมีครอบครัว มีปัจจัยทางสังคมหลายอย่าง เช่น เครือข่ายความสัมพันธ์ จนทำให้ไม่ต้องการย้ายจากพื้นที่ทำงานในปัจจุบัน เป็นต้น ดังนั้นประโยชน์ของการรวมเงินเดือนแพทย์เอาไว้ในงบประมาณรายหัวจึงยังเป็นที่กังขาและ ถูกหยิบยกมาเป็นประเด็นเรียกร้องให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแยกงบประมาณบุคลากรออกจากมาเสมอๆ

นอกเหนือจากเหตุผลข้างต้นแล้ว ประเด็นที่มักถูกหยิบยกมาโดยเดียวเรื่อง งบประมาณบุคลากร เช่น การผูกงบบุคลากรเอาไว้กับโรงพยาบาลไม่ได้เพียง ทำให้ค่าเช่าของโรงพยาบาลลดลงเท่านั้น แต่ยังทำให้โรงพยาบาลขาดทุน ด้วย¹⁰ เช่นบทความของ เจดู อริยศรีวัฒนา (2555b) ได้ยกข้อมูลของ หนังสือพิมพ์คมชัดลึก วันที่ 30 กันยายน 2553 หน้า 11 มาอ้างอิงว่า มีโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุขกว่า 467 แห่งเสียขาดทุน 175 แห่งขาดสภาพ คล่องทางการเงินขั้นรุนแรง, และ 505 แห่งมีภาวะขาดทุน ข้อสังเกตคือใน บทความของ พญ.เจดู อริยศรีวัฒนา เน้นประเด็นปัญหาการขาดทุนของ โรงพยาบาลว่าเกิดจากการเบิกจ่ายงบประมาณไม่ได้เต็มจำนวน และการนำเงิน ไปใช้ทำโครงการพิเศษ (vertical program) ของสปสช. เป็นสาเหตุสำคัญ ในการทำให้โรงพยาบาลขาดทุน มากกว่าที่จะเป็นปัญหาของการจัดสรรงบประมาณตามจำนวนประชากรโดยตรง

10 การอ้างเหตุผลเช่นนี้ไม่เป็นที่แน่นักว่าถูกต้อง กล่าวคือ เป้าหมายของการตั้งงบประมาณตามหัว ประชากรโดยรวมงบบุคลากรเข้าไปด้วยนั้นก็เพื่อให้โรงพยาบาลปรับตัว การขาดทุนของโรงพยาบาลจำนวน หนึ่งนั้น ยกที่จะแยกแยกว่าเกิดจากการไม่ปรับตัวและการบริหารที่ขาดตกบกพร่อง หรือเกิดจากการ จัดสรรงบประมาณที่ไม่เหมาะสม

หลักฐานเชิงประจักษ์บางส่วนขี้ว่า หากโรงพยาบาลมีการปรับตัวได้ดีอาจหลีกเลี่ยงภาวะขาดทุนได้ เช่น จากการประเมินช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2554 โดย สปสช. เขต 5 ราชบุรี พบร่วมกับโรงพยาบาลในภาคตะวันตกทั้งหมดไม่ว่าเด็กหรือใหญ่ไม่มีภาวะขาดทุนหรือขาดสภาพคล่องเลย ทั้งๆที่ภาคตะวันตกมีความเสี่ยงเชิงโครงสร้างประชากรมากกว่าภาคอื่นๆ เพราะโรงพยาบาลมีจำนวนมาก ประชากรมีจำนวนน้อย (แต่งการณ์ กลุ่มรักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติภาคตะวันตก, 2555) นอกจากนี้งานวิจัยเรื่อง การศึกษาลักษณะของโรงพยาบาลในประเทศไทยที่มีผลดำเนินการขาดทุนหรือกำไร หลังจากปีแรกของการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยสุรัจตร์ ง้อสุรเชษฐ์ และอรรถพลศรีเลิศล้ำวนิช (2547) ได้ชี้ว่าการบริหารจัดการในเรื่องของจำนวนบุคลากรของโรงพยาบาล การบริหารคลังยา และจำนวนวันที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลจะช่วยควบคุมจำนวนเงินที่ขาดทุนได้ (ดู จอมขวัญ โยธาสมุทร, 2554)

จากความเห็นที่ขัดแย้งกันข้างต้นจึงจำเป็นต้องศึกษาวิจัยอย่างเจาะลึกเพิ่มเติม ต่อไป ถึงจะตัดสินได้ว่าภาวะขาดทุนของโรงพยาบาลเกิดจากสาเหตุใดระหว่าง ผลของการจัดสรรงบประมาณตามจำนวนประชากร (capitation) การเบิกจ่ายงบประมาณไม่ตรงตามเวลาหรือไม่เต็มจำนวน หรือการขาดประสิทธิภาพในการจัดการของโรงพยาบาลเอง ซึ่งยังไม่สามารถตอบได้ในงานชี้แจงนี้ โดยเฉพาะมีกรณีการตั้งข้อสงสัยว่า อาจมีการโอนภาระค่าใช้จ่ายที่เกินกว่า รายรับของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปรากฏในในต้นทุนรักษาพยาบาล ของระบบอื่น เช่น ระบบข้าราชการที่เบิกจ่ายได้ตามจริง¹¹ และยังมีการจัดทำบัญชีรายรับจ่ายของโรงพยาบาลไม่เป็นมาตรฐานเดียวกันเป็นจำนวนมาก¹² ซึ่ง ทำให้การพิจารณาเรื่องนี้เพียงผิวเผินไม่อาจจะเข้าใจถึงสภาพปัจจุบันที่แท้จริง ได้

11 “เมื่อประสบภาวะขาดทุน-ผู้วิจัย) ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขจึงต้องหาทางหารายได้เพิ่ม แต่เมื่อ ไม่สามารถของบประมาณจาก สปสช.เพิ่มขึ้นได้ ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขจึงได้ตั้งคณะกรรมการเพื่อ “ชี้แจงราคาน้ำ” ค่ายา ค่าห้องพิเศษ ค่าตรวจพิเศษ ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าทำบัตร และค่าบริการตรวจรักษาผู้ป่วยอีก 30-100 % (บางอย่างไม่เคยเก็บเงิน ก็เรียกเก็บ เนื่องค่าทำบัตรผู้ป่วยและ ค่าบริการทางการแพทย์ เป็นต้น) โดยมีระเบียบนี้ในปีพ.ศ. 2547 ซึ่งอัตราค่าบริการที่เพิ่มขึ้นนี้ โรงพยาบาลจะเรียกเก็บจาก สปสช.ไม่ได้อยู่แล้ว แต่โรงพยาบาลจะเรียกเก็บได้จากผู้ป่วยที่จ่ายเงินเอง และผู้ป่วยที่ใช้สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ เพื่อนำรายได้จากผู้ป่วยส่วนนี้ ไปช่วยลดการขาดทุนสะสมจากระบบทลักษณะประกันสุขภาพแห่งชาติ” (บทความ โรงพยาบาลผลกระทบสาธารณสุขขาดทุนเพราะาะไว เข็มชู อริยศรีวัฒนา, 2556b)

12 เช่น บางโรงพยาบาลเมื่อมีคนไข้เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลจะบันทึกค่าใช้จ่ายในราคาน้ำที่โรงพยาบาลกำหนด (ราคากลาง) และบันทึกว่า สปสช. เป็นหนี้โรงพยาบาลในมูลค่าดังกล่าว เมื่อ สปสช. จ่ายค่ารักษาพยาบาลลงมาในราคาน้ำ สปสช. กำหนดซึ่งต่ำกว่าราคากลาง (แต่สูงกว่าราคាក้อนทุน) โรงพยาบาลจะบันทึกยอดดังกล่าวนี้ว่าเป็นการขาดทุนของโรงพยาบาลซึ่งอันที่จริงแล้วเป็น ยอดขาดทุนกำไร (profit loss) หรือขาดทุนทางบัญชี แต่จะไม่ใช้ยอดขาดทุนตัวเงินจริงหรือยอดขาดทุนจากการขายบริการได้ราคาน้ำต่ำกว่าต้นทุนดังที่เข้าใจกัน โรงพยาบาลที่บันทึกบัญชีในลักษณะนี้จะทราบถึงการเปลี่ยนแปลงของรายรับโรงพยาบาลสูหรือว่าขาดทุนหรือกำไรจริงๆ ก็ต่อเมื่อตรวจสอบเงินค่าน้ำรุ่งที่สะสมเอาไว้ว่าเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร (cash in hand) ซึ่งจะเป็นผลสุทธิแล้ว ไม่สามารถระบุถึงที่มาของการขาดทุน หรือกำไรได้ชัดเจน (สัมภาษณ์ ผู้เชี่ยวชาญ)

การทำหน้าที่ของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทั้งหมดที่ได้กล่าวมา ในด้านหนึ่งส่งผลให้ทั้งผู้ขายปัจจัยการผลิต และผู้ให้บริการในระบบสาธารณสุขมีกำไรมากหรือค่าใช้จ่ายลงมาก ในอีกด้านหนึ่งก็ทำให้ราคาของการใช้บริการลดลง และจำนวนจดทะเบียนและการเข้าถึงบริการทางฝั่งผู้ใช้บริการเพิ่มสูงขึ้นด้วย หลักฐานเชิงประจักษ์ในกรณีนี้ถูกแสดงโดยบทสรุปผู้บริหารของงานประเมินผลครอบรอบ 10 ปีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ทำโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) มีเนื้อหาบางส่วนดังนี้

“ตัวอย่างความสำเร็จ คือ จำนวนการใช้บริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นจาก 2.41 ครั้งต่อคนต่อปี ในปี พ.ศ. 2546 เป็น 3.64 ครั้งต่อคนต่อปีในปี พ.ศ. 2554 และอัตราการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นเกือบทุกแห่งทั่วประเทศห่างๆ ช่วงเวลาเดียวกัน นอกจากนั้นข้อมูลในปี พ.ศ. 2553 ยังชี้ให้เห็นว่าความชุกของประชากรไทยที่เข้าไม่ถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น (unmet need) อยู่ในระดับที่ต่ำมาก อุบัติการณ์ของภาระค่าใช้จ่ายที่อาจทำให้ล้มละลายในกลุ่มคนจนลดลงจากร้อยละ 6.8 ในปี พ.ศ. 2538 เหลือร้อยละ 2.8 ในปี พ.ศ. 2551

นอกจากนั้นอุบัติการณ์ของความยากจนอันเนื่องจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลซึ่งวัดจากครัวเรือนที่มีรายได้เหนือเส้นความยากจนต้องมีรายได้คงเหลือต่ำกว่าเส้นความยากจนภายในประเทศอย่างมากจากร้อยละ 2.7 ในปี พ.ศ. 2543 ซึ่งเป็นช่วงก่อนมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า เหลือร้อยละ 0.49 ในปี พ.ศ. 2552 ตัวชี้วัดซึ่งบ่งชี้ความสำเร็จของระบบดังกล่าวได้เป็นอย่างดีอีกประการ คือระดับความพึงพอใจที่สูงของประชากรซึ่งเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 83 ในปี พ.ศ. 2546 เป็นร้อยละ 90 ในปี พ.ศ. 2553 นอกจากนั้นแม้กลุ่มผู้ให้บริการพึงพอใจต่อระบบดังกล่าวค่อนข้างต่ำในระยะแรก คือเพียงร้อยละ 39 ในปี พ.ศ. 2547 แต่ก็เพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 79 ในปี พ.ศ. 2553” (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2555 หน้า 1)



4.2 ความขัดแย้งระหว่าง สปสช. ฝ่ายการเมือง กระทรวงสาธารณสุข และสมาคมวิชาชีพ

ในส่วนที่ 4.1 ได้ขึ้นให้เห็นถึงความขัดแย้งระหว่าง สปสช. กับกลุ่มที่สูญเสียค่าเข้าหรือกำไรเกินปกติจากนโยบายของ สปสช. ในส่วนที่ผ่านๆ มา กลุ่มเหล่านี้ได้แก่ โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลของรัฐที่ประสบปัญหาทางการเงิน และบริษัทยา อย่างไรก็ตาม การจะเข้าใจพัฒนาการของพลังที่ต่อต้านอื่นๆ อาทิ พลังต่อต้านจากการเมือง ข้าราชการกระทรวงสาธารณสุข และพลังต่อต้านจากสมาคมวิชาชีพ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องใช้สาเหตุอื่นนอกจากค่าเข้าในการพิจารณา

ทั้งนี้ ต้องกล่าวให้เกิดความชัดเจนว่า พลังการต่อต้านนโยบายปฏิรูประบบสาธารณสุขที่เกิดจาก สปสช. นั้นไม่ได้หมายถึงการต่อต้านไม่ให้ปฏิรูป แต่เป็นพลังที่ต่อต้านการปฏิรูปแบบที่ แพทย์ในหน่วยงาน 4 ส., ขมรมแพทย์ชนบท และองค์กรพัฒนาเอกชนด้านสาธารณสุขผูกขาดการกำกับทิศทางเข้าไว้ในปัจจุบัน เป็นแรงต่อต้านเพื่อที่จะแย่งชิงสภาวะการนำทิศทางการปฏิรูป ซึ่งจำแนกได้เป็นสามกลุ่มได้แก่ 1. ฝ่ายการเมือง 2. ข้าราชการ และ 3. แพทย์ผู้ให้การรักษา (สมาคมวิชาชีพ) โดยจะกล่าวถึงเป็นลำดับ

ความขัดแย้งระหว่าง สปสช. และฝ่ายการเมืองนั้น ไม่ว่าพรครการเมืองได้ขึ้นมาก็มักที่จะขัดแย้งกับคณะกรรมการฯ ในสัดส่วนของผู้แทนภาคเอกชนและผู้ทรงคุณวุฒิอยู่เสมอ เช่นในสมัยพรครประชาธิปัตย์ โดย นายวิทยา แก้วภราตัย และปัจจุบันนายวิทยา บุรณศิริ ก็กำลังมีความขัดแย้งกับคณะกรรมการหลักฯ เช่นเดียวกัน เท่าที่สำรวจสาเหตุของความขัดแย้งพบว่า มีอยู่สองส่วนด้วยกันคือ 1. การขาดอำนาจในการใช้จ่ายงบประมาณอันเป็น

อำนาจสำคัญของรัฐมนตรีประจำกระทรวง ทั้งนี้นับตั้งแต่ พ.ศ. 2545 กระทั่งปัจจุบัน พ.ศ. 2555 งบประมาณในส่วนที่บริหารจัดการโดย สปสช. สูงขึ้นเรื่อยๆ ในขณะที่งบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขบริหารเองมีมูลค่า้น้อยลงโดยลดลงจากมากกว่าร้อยละ 90 ในปี พ.ศ. 2544 ลงมาเหลือร้อยละ 42, 40.2 และ 30.4 ในปี พ.ศ. 2552 - 2554 ตามลำดับ และ 2. การผูกขาดการนำโดยกลุ่มของขมรมแพทย์ชนบท และกลุ่มของค์กรพัฒนาเอกชนด้านสาธารณสุข

ประเด็นการผูกขาดการนำทิศทางของ สปสช. นี้ นายวิทยา แก้วภราดัย อธิบดีประชานคนะกรรมการหลักฯ สปสช. กล่าวเอาไว้ว่า “ปัญหาของ สปสช. ส่วนหนึ่งเป็นเพราะคณะกรรมการบริหารมีความเป็นอิสระสูงมากจนยากที่จะตรวจสอบ แม้ตำแหน่งรัฐมนตรีเมื่อเข้าไปอยู่ในวงล้อมของบอร์ด สปสช. ก็อาจตกอยู่ในที่นั่งลำบาก ผมไปนั่งในที่ประชุม สปสช. ผมคือรัฐมนตรี แล้วมีปลัดหนึ่งคน ที่เป็นกรรมการโดยตำแหน่งนั่งข้างผม นอกจากนั้นเป็นตัวแทนจากกลุ่มของค์กรต่างๆ และกลุ่มอื่นๆ ซึ่งเขามาอยู่ก่อนผมนานมาก ผมเหมือนไปอยู่กลางวงล้อม” (Thaipublica, 2554)

“ผมเข้าใจว่าต้องปรับระบบคนะกรรมการทั้งหมด และต้องมีการรายงานการใช้จ่ายเงินต่องค์กรโดยองค์กรหนึ่งซึ่งไม่ใช่องค์กรที่เป็นเครือข่าย วันนี้ สปสช. กลายเป็นสมาคม “ส” ไม่รู้ว่า “ส” เวียนกันเป็นกรรมการไปหมด โยกไปโยกมาจนผมมีไปหมด ว่าไปที่นี่ก็เจอกันนี่มาที่นี่ก็เจอกันเดิม เรายุ่งแล 4-5 “ส” ก็เสียไปหมดมันมากดูเดียวกันหมดทุก ส.” นายวิทยายังกล่าวต่อว่า “ในรายละเอียดอื่นๆ ผมก็อยากให้เข้าทำเต็มที่ เพราะงบประมาณเข้ามาเท่าไรเข้าไปให้ประชาชน แต่การบริหารเงินไปสู่ประชาชนเป็นอำนาจของเขามาก รัฐมนตรีไม่ได้เกี่ยว ถ้าหากจะให้ สปสช. มีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแรกที่ควรจะเข้าไปดูคือบอร์ดหรือคนะกรรมการสปสช.ทั้งหมด” (Thaipublica, 2554)

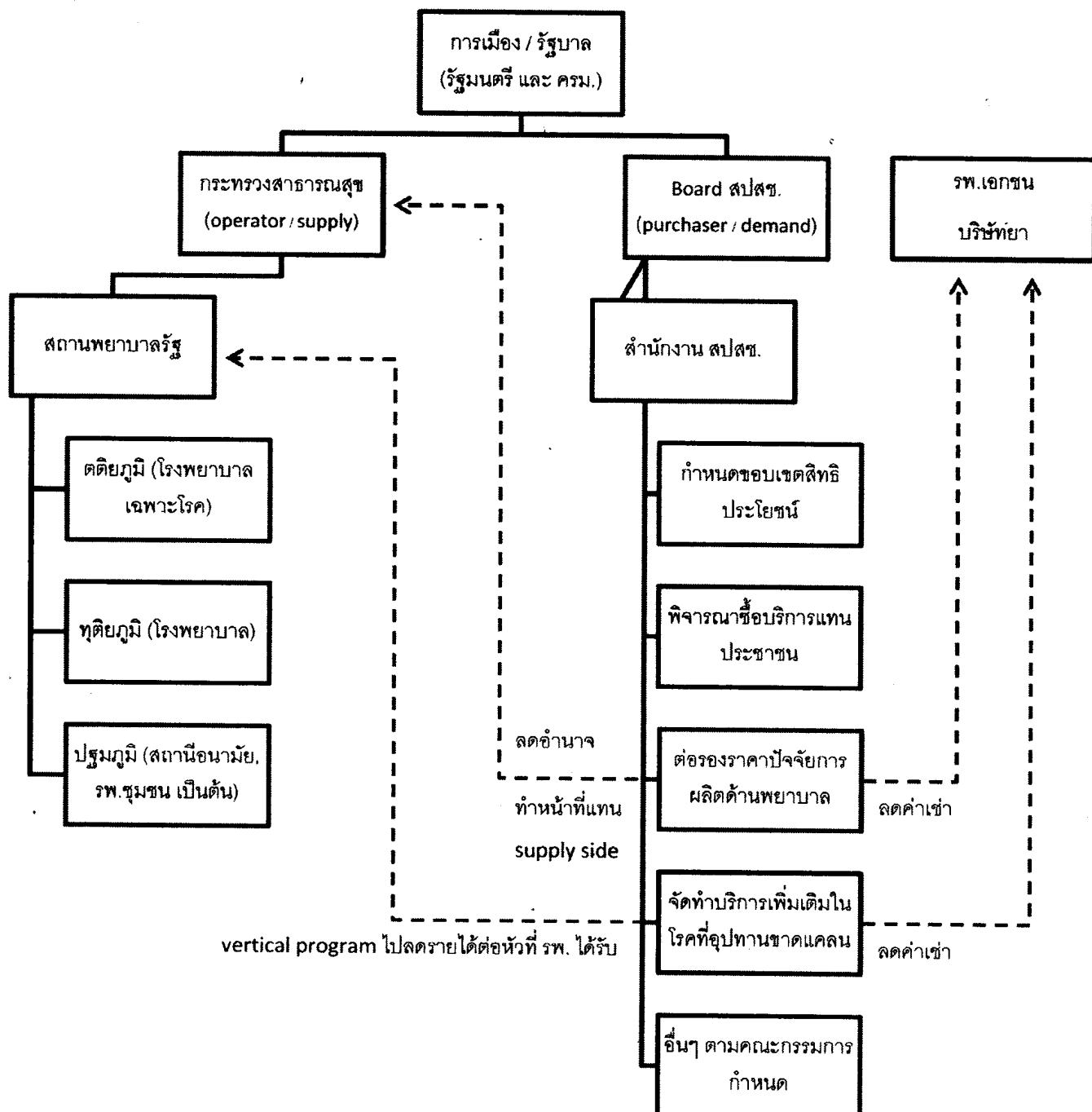
จากการสัมภาษณ์ผู้ที่เคยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจงบประมาณของ สปสช. พบว่ารัฐมนตรีทลายสมัยพยาຍามจะผันงบประมาณของ สปสช. ไปใช้ในทางการเมือง เช่นขอให้นำงบประมาณ สปสช. บางส่วนไปใช้ในยุทธศาสตร์แก้ไขปัญหาความรุนแรงสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ทว่าก็ถูกขัดขวางโดยกลุ่มตัวแทนเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนด้านสาธารณสุขในกรรมการหลักฯ สปสช. อย่างแข็งขันด้วยเหตุผลว่าเป็นการใช้เงินผิดวัตถุประสงค์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำให้โครงการดังกล่าวไม่ได้รับการอนุมัติโดยที่ประชุม ซึ่งเหตุการณ์ในลักษณะนี้ไม่ได้เกิดเพียงครั้งเดียว หากเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ และก่อให้เกิดความทุนเคืองใจให้แก่ฝ่ายการเมือง (โดยเฉพาะรัฐมนตรี) มาโดยตลอด

ทั้งนี้ ผู้ให้สัมภาษณ์ให้ความเห็นเพิ่มเติมว่า การสูญเสียอำนาจในการตัดสินใจ ไม่ได้กระทบเพียงการบริหารเท่านั้น แต่ยังสร้างผลกระทบกระเทือนต่อวัฒนธรรม การทำงานด้วย เพราะในอดีตผู้บริหารกระทรวงตั้งแต่ระดับรัฐมนตรีหรือปลัดกระทรวงเวลาไปร่วมงานรับฟังความเห็นก็แสดงบทบาทเหมือน “มาให้นโยบาย” คือมาบอกว่าอยากรื้นอะไร แต่พอมารอญี่ในบรรยายกาศการทำงานของแบบคณะกรรมการหลักฯ สปสช. แล้ว รัฐมนตรีต้องฟังเสียงคณะกรรมการคนอื่นๆ และมีคณะกรรมการอีกหลายส่วนที่ไม่ได้ตอบรับข้อเสนอ-เรียกร้องตามความคาดหวังของรัฐมนตรี ทำให้จุดนี้ก่อให้เกิดความไม่ลงรอยกันในการทำงานอย่างมากประสาน

นอกจากเรื่องการสูญเสียอำนาจนำของฝ่ายการเมืองในกระทรวงสาธารณสุข แล้ว ยังมีข้อสังเกตเพิ่งพิจารณาอีกบางประการ อาทิ มิติความขัดแย้งทางการเมืองระดับชาติ เนื่องจากหลายฝ่ายมีมุ่งมองต่อกลุ่มเครือข่าย นพ.ประเวศ วงศ์ ขมรมแพทย์ชนบท และองค์กรพัฒนาเอกชนด้านสาธารณสุข ว่าเป็นกลุ่ม

การเมืองที่แสดงบทบาทอย่างสำคัญในการต่อต้านรัฐบาลทักษิณ จีนวัตร ยังทำให้ฝ่ายการเมืองโดยพรรคเพื่อไทยและพันธมิตรทางการเมืองรู้สึกต่อต้าน ตัวบุคคลและแนวทางการบริหารของกลุ่มพลังปฏิรูประบบราชการณสุขชุด ดังเดิมใน สปสช. มากรีนไปอีก (ดู ใบตองแห้ง, 2554) โดยสรุปในส่วนของ ฝ่ายการเมือง (เฉพาะที่ขัดเจน) พบร่วงการสูญเสียอำนาจทางงบประมาณ, การสูญเสียอำนาจนำใน สปสช. และความขัดแย้งของการเมืองภาพใหญ่เป็น หัวใจสำคัญของความขัดแย้ง

ภาพที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง สปสช. กับกระทรวงสาธารณสุข



ในส่วนของความขัดแย้งระหว่าง สปสช. กับข้าราชการในกระทรวงสาธารณสุขนั้น สามารถพิจารณาภาพที่ 2 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การกระทำการของ สปสช. แม้จะยัง ผลให้เกิดการลดลงของค่าเช่าอันเป็นประโยชน์แก่ผู้บริโภคบริการสาธารณสุข

ทว่า ในอีกด้านหนึ่งการกระทำดังกล่าวก็ส่งผลกระทบลบต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ ด้วย (negative externality) อาทิเช่น การต่อรองเพื่อลดต้นทุนค่าเวชภัณฑ์แม้จะได้ผลดี ค่ายาและเวชภัณฑ์ลดลงอย่างมาก แต่ก็กระทำต่อบพบทางที่น้ำที่ของกระทรวงสาธารณสุข และยังเป็นการเข้าไปแสดงบทบาทที่ทับซ้อนทางฝั่งผู้ให้บริการ (operator/supply side) ทำให้ สปสช. ไม่ได้เกิดความขัดแย้งเพียงเฉพาะกับผู้ที่เสียประโยชน์โดยตรงจากการลดค่าใช้จ่ายทางเศรษฐกิจ (รพ.เอกชนและบริษัทยา)เท่านั้น แต่ สปสช. ยังต้องขัดแย้งจากโรงพยาบาลของรัฐรวมถึงแพทย์ในโรงพยาบาลเหล่านั้น และข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขซึ่งกำลังสูญเสียอำนาจในการบริหารหน่วยบริการและบทบาทในมิติอื่นๆ ของตนเองไปพร้อมกันด้วย

การล่วงล้ำเข้าไปทำหน้าที่ฝั่งผู้ให้บริการ นอกจากเรื่องการต่อรองค่าเวชภัณฑ์ยังมีเรื่องการทำโครงการในกลุ่มที่ สปสช. ตั้งบประมาณขึ้นมาจัดประมูลให้เกิดบริการ所謂เรียกว่า vertical program ซึ่งได้เรียนไปในตอนต้นแล้วว่า ช่วยลดค่าใช้จ่ายทางเศรษฐกิจลงและเพิ่มการเข้าถึงได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ขณะเดียวกันการทำโครงการกลุ่มนี้ก็ไปลดทรัพยากรต่อหัวที่จะลงไปในพื้นที่ต่างๆ ในขณะที่บริการซึ่งสร้างขึ้นนานั้นก็มิได้ลงกลับไปในพื้นที่ต่างๆ อย่างเท่าเทียมกัน

นัยนี้ จึงนำมาสู่ปมขัดแย้งที่สองคือ บางบทบาทของ สปสช. ไม่ใช่เพียงกระทำการแบ่งแยกหน้าที่ระหว่างผู้ซื้อผู้ให้บริการเท่านั้น แต่ยังแฝงนัยตัดสินว่าฝ่ายข้าราชการประจำไม่มีความก้าวหน้ามากเพียงพอที่จะตัดสินใจเรื่องราวด้วยตัวเองหรือทำบริการบางอย่างได้ด้วยตัวเอง จึงต้องดึงอำนาจจัดบริการมาอยู่ที่ สปสช. ซึ่งเป็นเรื่องที่ก่อให้เกิดความรู้สึกขัดแย้งในกลุ่มข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขมากขึ้นอีกระดับหนึ่ง กล่าวให้ตรงจุดมากยิ่งขึ้นคือ การกระทำของ

สปสช. ส่งสัญญาณให้ข้าราชการกระทรวงจำนวนมากรู้สึกถูกดูหมิ่นดูแคลนว่า ไม่มีประสิทธิภาพ

ส่วนสุดท้ายเป็นแรงกดดันที่เกิดจากบริบทเรื่องการกระจายอำนาจ (decentralization) ที่กำลังจะบังคับให้กระทรวงสาธารณสุขต้องถ่ายโอนอำนาจการบริหารหน่วยบริการไปสู่ท้องถิ่น ที่นี่เมื่อประกอบสร้างก็จะเห็นภาพว่า กระทรวงสาธารณสุขกำลังถูกแรงดึงดันๆ ดึงอำนาจออกไปจนหมด อันได้แก่ การเกิดขึ้นขององค์กร 4ส. ได้ดึงเอาภารกิจวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ด้านพัฒนาระบบสาธารณสุข การทำงานป้องกันโรค และการจัดการผู้ใช้บริการไปอยู่ภายนอกกระทรวงจนหมด นอกจากนี้อำนาจในการบริหารฝ่ายการให้บริการบางส่วน ก็ถูก สปสช. ดึงไปจัดการเองและยังก่อความรู้สึกว่ากลุ่มพลังปฏิรูปในปัจจุบัน ดูถูกดูแคลนความสามารถในการปฏิรูปตัวเองของกระทรวงสาธารณสุข

การขัดแย้งกันในเรื่องการแบ่งแยกหน้าที่ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขถูกอธิบายโดย สปสช. ว่าสามารถจะแก้ไขได้ด้วยการที่กระทรวงสาธารณสุขเปลี่ยนบทบาทจากผู้ให้บริการไปทำหน้าที่เป็นผู้กำกับดูแลและผู้ให้นโยบายแทน (ดู รายงานการประเมินหลักประกันสุขภาพด้านหน้าในศตวรรษแรก (2544-2553), 2555) ทว่า ปัญหาคือโดยพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 25 งบลง 8 ได้กำหนดบทบาทหน้าที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเอาไว้ว่ามีหน้าที่ “กำกับดูแลหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการในการให้บริการสาธารณสุขให้เป็นไปตามมาตรฐานที่คณะกรรมการกำหนด และอำนวยความสะดวกในการนำเสนอเรื่องร้องเรียน” ซึ่งหมายความว่า โดยกฎหมายแล้วการทำหน้าที่เป็นสถาบันกำกับดูแล (regulatory institution / regulator) ก็ยังคงตกอยู่กับ สปสช. อีกเช่นเดียวกัน

สภาพการณ์เข่นนี้ส่งผลกระทบด้านให้ เกิดการตื่นตัวที่จะต้องต่อสู้เพื่อกุมสภาพ บทบาทของกระทรงเจ้าไว้ไม่เข่นนั้นกระทรงก็จะเหลือเพียงอำนาจการวางแผนนโยบายเพียงประการเดียวเท่านั้น ซึ่งอำนาจในการวางแผนนโยบายนี้จะมีพลังมาก เพียงใด ทำได้จริงเพียงใดนั้นก็ยังไม่มีความขัดเจนมากนัก เพราะแต่เดิมนโยบาย ถูกจำกัดควบคุมด้วยบประมาณหรืออำนาจจากการจัดสรรกำลังคนอีกทีหนึ่ง เมื่อเครื่องมือเหล่านี้ถูกดึงออกไปเป็นอำนาจของการทรงก็ทำให้เครื่องมือ จำกัดดูแล เข่น ให้รางวัลและทำโทษ (carrot and stick) ที่กระทรงใช้อยู่ ลดลงไปพร้อมกันด้วย

สำหรับความขัดแย้งระหว่าง สปสช. และสมาคมวิชาชีพโดยเฉพาะแพทย์สภานั้น แท้ที่จริงแล้วไม่ได้มีส่วนร่วมในความขัดแย้งกับกลุ่มพลังปฏิรูประบบ สาธารณสุขมาตั้งแต่ต้น อันที่จริงหากพิจารณาอย่อนไปถึงประวัติศาสตร์ของ 医药卫生จะพบว่าเป็นรากฐานสำคัญที่นำมาสู่การปฏิรูประบบสาธารณสุขใน ทุกวันนี้เสียด้วยซ้ำ จุดเปลี่ยนของเรื่องราวที่กลับพลิกผันให้แพทย์สภานิปัจจุบัน มีแนวทางที่ขัดแย้งกับกลุ่ม นพ.ประเวศ วงศ์, ขมรมแพทย์ชนบท และองค์กร พัฒนาเอกชนด้านสาธารณสุข เป็นช่วงหลังทศวรรษที่ 2530 ซึ่งแพทย์มีแนวโน้ม ถูกฟ้องมากยิ่งขึ้นเป็นลำดับเนื่องจากหลายสาเหตุ เช่น วัฒนธรรมการซื้อ บริการสาธารณสุขในเชิงพาณิชย์เริ่มเกิดขึ้นอย่างแพร่หลาย ผู้ซื้อบริการมี ความคาดหวังที่จะได้รับบริการที่ดีมากกว่าความสัมพันธ์แบบอุปถัมภ์หรือ สงเคราะห์ ในขณะนั้นแพทย์สภานอกจากจะไม่ได้ทำหน้าที่ปกป้องแพทย์ด้วย กันในทางคดีความ ยังมีการตรวจสอบเอกสารทางจริยธรรมเพิ่มเติมด้วย เพราะ หลักการที่แพทย์สภานิปัจ พ.ศ. 2512 ถึงปลายทศวรรษที่ 2530 เน้น คือการ รักษาซื่อสัม更有วิชาชีพแพทย์มากกว่าคำนึงถึงแพทย์เป็นปัจเจกบุคคล ในช่วงระหว พ.ศ. 2512-2516 มีคดีฟ้องร้องระหว่างแพทย์ด้วยกันเองคดีแรกๆ ของไทยเกิดขึ้นนั้นคือคดีที่ นพ.ประเวศ วงศ์ ฟ้องร้องต่อแพทย์สภาระ

แพทย์สมาคม เพื่อให้สอบสวนกรณีแพทย์อาชญาท่านหนึ่งผิดจรรยาบรรณ ประกอบวิชาชีพเวชกรรมไม่ถูกต้อง ผลสรุปว่าแพทย์สภามีมติให้พักใช้ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม 2 ปีและจะต้องขอรับใหม่เมื่อพ้นกำหนด ต่อมาในภายหลังได้มีการใช้สิทธิ์คัดค้านมติโดย พล.ต.อ.ประเสริฐ รุจิวงศ์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขและนายแพทย์สถาพิเศษ ในสมัยนั้น เป็นเหตุให้กรรมการแพทย์สภางานท่านประท้วงด้วยการลาออก เช่น นพ.ประสาน ต่างใจ และ นพ.สุด แสงวิเชียร เป็นต้น ทั้งนี้ก็เพื่อยืนยันถึงหลักการที่ว่า “การลงโทษแพทย์ที่ทำผิดมารยาทวิชาชีพเวชกรรมไม่ใช่การทำลาย แต่เป็นการ ผดุงเกียรติวิชาชีพแพทย์” เอาจริงอย่างเห็นยอด (ประเวศ วะสี, 2554) หลังจากนั้นก็มีคดีจำนวนมากขึ้นที่ประชาชนเป็นผู้ฟ้องร้อง

การฟ้องร้องที่สูงขึ้น และบทบาทของแพทย์สภาก็ไม่เอื้ออำนวยให้แพทย์ สามารถต่อสู้คดีได้โดยง่าย ประกอบกับการผูกขาดทิศทางของแพทย์สภามา เป็นระยะเวลาระหว่างน้ำหนึ่งกลุ่มแพทย์ชนบท กัดดันให้แพทย์กลุ่มต่างๆ ต้อง เข้ามามีส่วนร่วมในแพทย์สภามากยิ่งขึ้น เช่น ราชวิทยาลัยแพทย์, กลุ่มแพทย์ ไทยสามัคคี (พทส.) สมาพันธ์แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ (รพศ/รพท.) ล้วนพยายามลงสมัครเลือกตั้งกรรมการแพทย์สภากลุ่มต่างๆ ทั้งในท้ายสุดกลุ่ม 医疗ชนบทก็หมดบทบาทไปจากแพทย์สภากลุ่มต่างๆ แต่หันมาเคลื่อนไหวภายนอก แทนเพื่อเตรียมการปฏิรูประบบสาธารณสุขร่วมกับกลุ่มองค์กรพัฒนาเอกชน ด้านสาธารณสุข

สำหรับสถานการณ์ปี พ.ศ. 2539 เป็นต้นมานั้น นพ.สมศักดิ์ โลเลขา ชี้แจงว่า “เดิมสถิติการร้องเรียนที่เข้าสู่แพทย์สภามีไม่มากนัก ระหว่างปี 2535-2541 มี 33-106 คดีต่อปี หลังจากนั้นในปี 2542 เพิ่มขึ้นเป็น 173 คดี ปี 2543 จำนวน 283 คดี ปี 2548 มีการร้องเรียนมากที่สุดจำนวน 294 คดี ขณะที่

นอกจากประเด็นความเห็นที่ไม่ตรงกันในเรื่อง พ.ร.บ. คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข กลุ่มพัลป์วีรูปที่บุกเบิก สปสช. มาตั้งแต่ต้นยังมักให้สัมภาษณ์เชื่อมโยงว่า แพทยสภาในปัจจุบันกลายเป็นหน่วยงานที่ถูกครอบงำ หรือมีความสัมพันธ์กับกลุ่มโรงพยาบาลเอกชนอย่างมาก ซึ่งพิจารณาได้จาก การที่แพทยสมาคมมีแกนนำหลายคนเป็นแพทย์ประจำ ผู้บริหาร หรือเจ้าของโรงพยาบาลเอกชน โดยเฉพาะพ.สมศักดิ์ โลเลขา และพ.อำนวย กุสลานันท์ ที่ทำหน้าที่นายแพทยสภาในอดีตและปัจจุบัน ก็มีส่วนเกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลเอกชน

อย่างไรก็ตามหากพิจารณากระบวนการที่มาจากการเลือกตั้งทั้งหมด จะพบว่า สัดส่วนของกรรมการจากการเลือกตั้งที่มาจากโรงพยาบาลและสถานศึกษา ของรัฐบาลยังคงเป็นส่วนใหญ่ของกรรมการแพทยสภา กล่าวคือมีกรรมการที่มาจากภาคเอกชนร้อยละ 38.46 และภาคครรภุ 57.69 นอกจากนี้เป็นภาคอิสระ เช่นข้าราชการเกษียณ เป็นต้น และหากพิจารณาเฉพาะส่วนของ ผู้บริหารแพทยสภาจะมีสัดส่วนของผู้แทนที่มาจากโรงพยาบาลเอกชนร้อยละ 37.5 และภาครรภุ 62.5¹³ ดังนั้นข้อวิพากษ์วิจารณ์ที่กล่าวว่าแพทยสภาเป็นหน่วยงานที่ถูกครอบงำโดยกลุ่มโรงพยาบาลเอกชนจึงยังไม่สามารถที่จะยืนยันได้ชัดเจนจากสัดส่วนของกรรมการภาคครรภุและเอกชนที่ปรากฏ

13 ดูเฉพาะความสัมพันธ์ทางตรงคือ หน่วยงานที่กรรมการดังกล่าวทำงานประจำอยู่ในปัจจุบัน ไม่ได้พิจารณาดึงงานพิเศษหรืองานของเครือญาติ-วงศ์ตระกูล ที่มา: คำนวณโดยผู้วิจัย



4.3 การแยกผู้เช่าในคณะกรรมการ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บอร์ด สปสช.)

ในทางทฤษฎี คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นับเป็นหน่วยงานที่มีอำนาจจัดสรรค่าเช่าทางเศรษฐกิจ (rent allocator) กล่าวคือ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีอำนาจทั้งไปแทรกแซงเพื่อลดค่าเช่า หรือแทรกแซงเพื่อเพิ่มและโอนย้ายค่าเช่า (rent transfer) ระหว่างกลุ่มต่างๆ ในตลาดบริการสาธารณสุขได้เข่นเดียวกัน ดังนั้นหากกลุ่มผลประโยชน์ใดครอบงำคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ ก็ย่อมสามารถที่จะกำหนดผลกำไรหรือค่าเช่าของตลาดระบบสาธารณสุขได้อย่างมีพลัง

ในช่วงที่ผ่านมา ค่าเช่าของกลุ่มบริษัทยาและกลุ่มทุนโรงพยาบาลได้ลดลงอย่างมากจากการดำเนินงานของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และลำพังการต่อสู้เป็นรายประเด็น ยกตัวอย่างเช่น การออกมาตรฐานต่อต้านการทำ CL ยา หรือการออกมาตรฐานเรียกร้องให้เกิดการยกเลิกระบบบัญชียาหลักแห่งชาติ หรือเสนอให้ปรับเปลี่ยนวิธีการจ่ายบประมาณโดยแยกเงินส่วนของการจัดจ้างบุคลากรทางการแพทย์ออกจากค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษา กลยุทธ์ของกลุ่มทุนโรงพยาบาลและบริษัทยาเหล่านี้ไม่สามารถที่จะปักป้องค่าเช่า (rent protection) ของตนเองเอาไว้ได้ในท้ายที่สุด ดังนั้นกลุ่มทุนจึงต้องแสวงหาช่องทางอื่นๆ ในการต่อสู้เพื่อปักป้องค่าเช่าของตนเอง

พร้อมกันนั้น ทั้งฝ่ายการเมือง ข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขที่กำลังสูญเสียอำนาจหน้าที่การบริหารหน่วยบริการขึ้นเรื่อยๆ เพราะ สปสช. ก้าวมาทำภารกิจผู้ให้บริการมากยิ่งขึ้น และสมาคมวิชาชีพซึ่งกำลังวิตกกับการผลักดันร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขก็ได้กล่าว

เป็นแนวร่วมอีกด้านหนึ่งในการปกป้องฐานอำนาจของตนเอง จากการกระทำของ สปสช. ดังนั้น ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นจึงมีทั้งมิติของอำนาจและผลประโยชน์ ซ้อนทับกันอยู่

วิธีการนี้ที่เป็นไปได้คือการเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ ผู้จัดสรรค่าใช้เสียเอง โดยวิธีการคือ เจ้าของกลุ่มทุน (เจ้าของโรงพยาบาล) อาจเข้าไปเป็นกรรมการโดยตรง (principal) หรือ จัดส่งตัวแทนเข้ามาวิเคราะห์ผลประโยชน์ (representative agent) ก็ได้ เพื่อ ยืนยันว่าข้อสมมติฐานทางทฤษฎีนี้ถูกต้อง ผู้วิจัยจะสำรวจถึงความเคลื่อนไหว ในการแต่งตั้งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติวาระปัจจุบัน ที่กำลังดำเนินการอยู่ในขณะนี้เป็นกรณีศึกษา

โครงสร้างของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประกอบไปด้วยกรรมการ หลักฯ 2 กรรมการที่มีบทบาทอย่างมากคือ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติเรียกโดยย่อว่า “กรรมการหลักฯ” และอีกชุดหนึ่งคือคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเรียกโดยย่อว่า “คณะกรรมการควบคุมฯ” นอกจากนี้ยังมีคณะกรรมการชุดอื่นๆ อีก 13 ชุด คณะกรรมการที่มีอำนาจมากที่สุดในการกำหนดติดตั่ง ฯอันส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงค่าใช้ของกลุ่มทุนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องฝ่ายต่างๆ คือคณะกรรมการหลักฯ

โครงสร้างคณะกรรมการหลักประกันประกอบไปด้วยฝ่ายการเมืองและหัวหน้าส่วนราชการ 9 ตำแหน่ง (รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข, ปลัดกระทรวง 7 กระทรวง, และผู้อำนวยการสำนักงบประมาณ) ผู้แทนสมาคมวิชาชีพ 5 ตำแหน่ง (แพทยสภา, สภาการพยาบาล, ทันตแพทยสภา, สภาเภสัชกรรม, และสมาคมโรงพยาบาลเอกชน) ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 4 ตำแหน่ง (เทศบาล,

จังหวัด, ตำบล, และรูปแบบอื่น) ผู้แทนองค์กรเอกชน 5 ตำแหน่ง (ผู้สูงอายุ, ผู้ป่วยเรื้อรัง, เกษตร, คนพิการและจิตเวช, และแรงงาน) และสุดท้ายคือคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ 7 ตำแหน่ง (ประกันสุขภาพ, แพทย์และสาธารณสุข, แพทย์ทางเลือก, การเงินการคลัง, กฎหมาย, และสังคมศาสตร์)

เมื่อพิจารณาเฉพาะจำนวนกรรมการจะพบว่า เป็นกรรมการที่แต่งตั้งโดยตำแหน่ง อよู่ 18 ตำแหน่ง (ฝ่ายการเมืองและหัวหน้าส่วนราชการ, สมาคมวิชาชีพ, และ ส่วนท้องถิ่น) และแต่งตั้งโดยการเสนอตัวเข้าแข่งขันจากภาคเอกชน 12 ตำแหน่ง ดังนั้น ทั้งกลุ่มทุนที่มีเป้าหมายในการเพิ่มค่าเช่ากับกลุ่มที่มุ่งลดทอนค่าเช่า จึงต้องแข่งขันกันเพื่อให้ได้ตำแหน่งคณะกรรมการใน 12 ตำแหน่งที่เปิดให้เกิด การเสนอข้อแข่งขันได้ อย่างไรก็ตามแต่ หากพิจารณาในแง่มุมที่ลึกยิ่งขึ้น การแทรกแซงทางอ้อม โดยการส่งตัวแทนเข้าไปเป็นสมาชิกในหน่วยราชการ นั้นอาจทำได้ยาก แต่สำหรับสมาคมวิชาชีพด้านสาธารณสุขอาจทำได้ไม่ยาก นัก การแข่งขันเพื่อช่วงชิงพื้นที่ระหว่างกลุ่มที่ต้องการลดค่าเช่าและรักษา ค่าเช่าของกลุ่มทุนยังหมายถึงการแข่งขิงตำแหน่งกันในสมาคมวิชาชีพที่ถูกตั้ง โดยตำแหน่งอีก 5 ตำแหน่งด้วย (ดู ตารางที่ 2)

ตารางที่ 4 แสดงรายชื่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสถานภาพตัวแทน

เป็นผู้แทนให้แก่	ชื่อกรรมการ	สถานภาพตัวแทน
ผู้แทนแพทยสภา	ศ.คลินิก นพ.อำนาจ ฤกานันท์	แพทยสภา
ผู้แทนสภากาชาดไทย	รศ.ดร.สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ	สภากาชาดไทย
ผู้แทนทันตแพทยสภา	ทพ.ศิริชัย บุประวงศ์	ทันตแพทยสภา
ผู้แทนสภามหาวิทยาลัย	รศ.ภาณุชิตา นิสานันท์	สภามหาวิทยาลัย
ผู้แทนสมาคมโรงพยาบาลเอกชน	นพ.เอื้อชาติ กาญจนพิทักษ์	เจ้าของโรงพยาบาล รามคำแหง จำกัด (มหาชน)
ผู้แทนองค์กรเอกชน (ด้านผู้สูงอายุ)	นพ.วิชัย ใจวิัฒน์	กลุ่มสามพราน และมี ส่วนเกี่ยวข้องกับองค์กร พัฒนาทางด้าน ¹ สาธารณสุขอีกหลาย องค์กร
ผู้แทนองค์กรเอกชน (ด้าน HIV/ผู้ป่วยเรื้อรัง)	นายนิมิตร เทียนอุดม	องค์กรพัฒนาเอกชนสาย ปฏิวัติประบบสาธารณสุข
ผู้แทนองค์กรเอกชน (ด้านเกษตรกร)	นางสาวบุญยืน ศิริธรรม	องค์กรพัฒนาเอกชนสาย ปฏิวัติประบบสาธารณสุข
ผู้แทนองค์กรเอกชน (ด้านคนพิการและจิตเวช)	นายழัศกัล จันทายานนท์	องค์กรพัฒนาเอกชนสาย ปฏิวัติประบบสาธารณสุข
ผู้แทนองค์กรเอกชน (ด้านแรงงาน)	นางสุนทรี เช่งกิง	องค์กรพัฒนาเอกชนสาย ปฏิวัติประบบสาธารณสุข

เป็นผู้แก้ไขหัวแก้	ชื่อกรรมการ	สถาบันภายในตัวแทน
ผู้ทรงคุณวุฒิ (ด้านประกันสุขภาพ)	ศ.เกียรติคุณ พญ.สมศรี เฝ้าสวัสดิ์	ปอ.กรรมการบริหาร รพ. สมิติเวช ศรีราชา
ผู้ทรงคุณวุฒิ (ด้านการแพทย์และ สาธารณสุข)	นพ.จรัล ตฤณวุฒิพงษ์	อดีตปลัดกระทรวง สาธารณสุข รัฐมนตรีช่วยว่ากระทรวง เกษตรฯ
ผู้ทรงคุณวุฒิ (ด้านการแพทย์แผนไทย)	นพ.ประดิษฐ์ สินชัวนวงศ์	กรรมการบอร์ด การบินไทย ผู้ถือหุ้น บริษัทสังหาริมทรัพย์
ผู้ทรงคุณวุฒิ (ด้านการแพทย์ทางเลือก)	นพ.พินิจ ทิรัญโ坐ดี	กรรมการแพทย์สภा หุ้นส่วนโรงพยาบาล สนามจันทร์ (เอกชน)
ผู้ทรงคุณวุฒิ (ด้านการเงินการคลัง)	นางสาวนาฎา คงสประภัส	ลาออก
ผู้ทรงคุณวุฒิ (ด้านกฎหมาย)	นายเสงี่ยม บุญจันทร์	นักกฎหมาย
ผู้ทรงคุณวุฒิ (ด้านสังคมศาสตร์)	นอ.(พิเศษ) นพ.อิทธพร คงเจริญ	รองเลขานุการแพทย์สภा
ที่มา: รวบรวมโดยผู้วิจัย		

ขันตันผู้วิจัยจะตัดฝ่ายการเมือง ข้าราชการประจำ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 13 ตำแหน่งออกไป โดยถือเป็นกรรมการฝ่ายการเมือง แล้วพิจารณาถึงสถานภาพ ของกรรมการในทั้งหมด 17 ตำแหน่งมีองค์ประกอบอย่างไร จากตารางที่ 2 จะพบว่าสถานภาพของกรรมการทั้ง 17 คนนี้ จะสามารถแบ่งกรรมการตาม บทบาทในตลาดระบบสาธารณสุขออกได้เป็นสามฝ่ายคือ ฝั่งนายทุนและผู้ให้บริการสาธารณสุข (production side¹⁴) 4 ตำแหน่ง, กลุ่มเครือข่ายวิชาชีพ 5 ตำแหน่ง, และกรรมการฝั่งผู้บริโภคในระบบสาธารณสุข (consumption side) 5 ตำแหน่ง โดยตำแหน่งที่ไม่เข้ามายังทั้งสามฝ่ายได้แก่ นักกฎหมายซึ่งไม่มีหลักฐานขัดเจนว่าแสดงบทบาทอย่างไร¹⁵ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่มีสถานภาพเป็นตัวแทนฝ่ายการเมือง และผู้ทรงคุณวุฒิด้านการเงินการคลังยังไม่มีการสรุหาราใหม่หลังจาก นางวรรณุช วงศ์ประภาส ลาออกจาก

จากโครงสร้างกรรมการข้างต้นจะพบว่า พลังของฝ่ายผู้บริโภคในคณะกรรมการมีไกล์เดียงกับฝ่ายผู้ให้บริการ ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อนนับตั้งแต่สมัย นพ.สุวน พนิจ นิตยาธัมภ์พงศ์ เป็นเลขานุการ เพราะกลุ่มสามพราน ขมรรนแพทย์ชนบท องค์กรพัฒนาเอกชนสายสนับสนุน สปสช. หรือนักวิชาการที่มีวิธีคิดสอดคล้องกับกลุ่มข้างต้น เป็นฝ่ายผูกขาดตำแหน่งเกือบทั้งหมด ในกรรมการหลักฯ ส่วนผู้ทรงคุณวุฒิและการภาคเอกชนทั้ง 12 ตำแหน่ง มาโดยตลอด

14 หมายถึงสถานภาพที่ เป็นเจ้าของกลุ่มทุน หรือรองตำแหน่งบริหารกลุ่มทุน โดยสมนดิให้ทุกกลุ่มทุนมี พฤติกรรมที่มุ่งแสวงหาค่าเช่า และ consumption side หมายถึงกลุ่มที่มุ่งลดค่าเช่าของผู้ให้บริการ ทางการแพทย์

15 ข้อสังเกตคือ กรรมการซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิฝ่ายกฎหมาย (นายเสี่ยม บุญจันทร์) มีความรู้จักกับกรรมการ ซึ่งมีสถานภาพฝ่ายผู้ให้บริการสาธารณสุขอยู่หลายท่านด้วยกัน เนื่องจากเคยเป็นกรรมการร่วมกันในคณะกรรมการอธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา ร่วมกับ นพ.เอื้อชาติ กัญจนพิทักษ์ และ นพ.พินิจ หิรัญโวชี เป็นต้น (ดู บันทึกการประชุม คณะกรรมการอธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา ครั้งที่ 7/2553 อังคารที่ 23 มีนาคม 2553)

ในรายละเอียด กระบวนการในการได้มาซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 7 เกิดจากการลงความเห็นของกรรมการหลักที่เลือกมาก่อนล่วงหน้า 23 คน ซึ่งในกรรมการหลักฯ ฝ่ายการเมืองและข้าราชการ (รวมห้องถินด้วย) มีเสียงทั้งสิ้น 12 เสียง หรือเกินกว่ากึ่งหนึ่งของที่ประชุมแล้วจึงสามารถที่จะกำหนดผลลงคะแนนได้ ฝ่ายการเมืองจึงเป็นผู้มีส่วนสำคัญที่จะกำหนดว่ากรรมการผู้ทรงคุณวุฒิจะมีคุณลักษณะอย่างไรในทางปฏิบัติ นัยนี้ อาจตีความได้ว่า การลดลงของสัดส่วนกรรมการที่สนับสนุนแนวทาง สปสช. เดิม เป็นความต้องการจากฝ่ายการเมือง (political will) เนื่องจากฝ่ายการเมืองไม่เลือกแพทย์และองค์กรพัฒนาเอกชนด้านสาธารณสุขกลุ่มเดิมกลับเข้ามาเป็นกรรมการหลักฯ ในส่วนผู้ทรงคุณวุฒิเลย

ตารางที่ 5 แสดงการประชุมของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ เปรียบเทียบกันในสามสมัย

แกนนำรัฐบาล	รัฐมนตรีว่าการกระทรวง สาธารณสุข	ประสิทธิภาพ		
		การ ประชุม	มติ ข้อเสนอ	ระยะเวลา
ไทยรักไทย	นายพินิจ จาจุสมบัติ	8 ครั้ง	22 วาระ	5 เดือน
พลังประชารัฐ	ร.ต.อ.เฉลิม อยู่บำรุง	2 ครั้ง	5 วาระ	2 เดือน
เพื่อไทย	นายวิทยา นุรัณศิริ	2 ครั้ง	2 วาระ	5 เดือน

ที่มา: ข้อมูลจากรายการวาระประเทศไทย ทางสถานีข่าวทีวีไทย วันที่ 3 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2555 เวลา 19.00 น.

สถานการณ์เข่นนี้ย่อมก่อความหวาดหวั่นให้กับกรรมการผู้บริโภคในระบบสาธารณสุขอย่างมาก จนเป็นเหตุให้เกิดความเคลื่อนไหวต่อต้านการตั้งกรรมการตามรายนามข้างต้นอย่างต่อเนื่อง เนื่อง การอุดมกล่าวถึงบันได 4 ขั้นล้มโครงการ 30 บาท จากชั้นรวมแพทย์ขั้นบทและองค์กรพัฒนาเอกชน เป็นต้น ซึ่งผลจากการประท้วงห่วงพังที่ต้องการจะเปลี่ยนแปลงข้าวอำนาจภายในคณะกรรมการหลักฯ และกลุ่มที่ต่อต้านการเปลี่ยนแปลงนั้นปรากฏออกมารูปเป็นความล่าช้าในการทำงาน หรือความยากลำบากที่จะแสวงหาความติร่วมกันโดยในช่วงเวลาที่ผ่านมา 5 เดือนคณะกรรมการหลักฯ สมัยนายวิทยา บุรณศิริ สามารถประชุมและออกมติขัดเจนได้เพียง 2 วาระเท่านั้น ซึ่งน้อยกว่ามากเมื่อเทียบกับในสมัยพินิจ ชาڑุสมบัติ และเฉลิม อยู่บำรุงซึ่งอยู่ในตำแหน่งสั้นกว่า หรือเท่ากัน (ดู ตารางที่ 4)

ทว่า ข้อวิตกวิจารณ์ของกลุ่มผู้แทนฝ่ายผู้บริโภคในระบบสาธารณสุขนั้นไม่สามารถที่จะยืนยันได้เพียงการพิจารณาถึงสถานภาพของกรรมการแต่ละท่านในคณะกรรมการหลักฯ เท่านั้น เป็นไปได้เช่นเดียวกันที่กรรมการแต่ละท่านจะมีบทบาทขัดแย้งกับสถานภาพของตนเอง เช่น การมีความสัมพันธ์ทางสายเลือด กับเจ้าของโรงพยาบาลอาจไม่จำเป็นปฏิบัติหน้าที่เอื้อประโยชน์แก่โรงพยาบาลเอกชนเสมอไป การขัดกันแห่งผลประโยชน์ (conflict of interest) จึงจำเป็นที่จะต้องพิจารณาผ่านหลักฐานเชิงประจักษ์ด้วยถึงจะสมบูรณ์

ตัวอย่างที่เคยเกิดขึ้นมาก่อนคณะกรรมการหลักฯ สมัยปัจจุบันก็เช่น กรณี นพ.เอื้อชาติ กาญจนพิทักษ์ ทำหนังสือเลขที่ 168/2551 ในนามสมาคมโรงพยาบาลเอกชน เรียกร้องโรงพยาบาลต่างๆ ไม่ให้เข้าร่วมบริการผู้ป่วยใต้วยในระบบหลักประกันสุขภาพด่วนหน้า เพราะจะทำให้เสียราคา ทั้งๆ ที่ นพ.เอื้อชาติ กาญจนพิทักษ์ ก็เป็นกรรมการควบคุมฯ อยู่ด้วย กระทั้ง

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติชุดที่แล้วมีมติให้เสนอคณะกรรมการรัฐมนตรี ดอดถอน เพราะมีความพฤติเสื่อมเสียตามมาตรา 16 (6) พระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 แต่ยังไม่สืนสุดกระบวนการกรรมการ ณ วันที่ 24 มกราคม พ.ศ. 2555 ทุกชุดก็หมดภาระลงเสียก่อน (ศูนย์ข่าวเพื่อชุมชน สำนักข่าวอิศรา, 2555)

ในขณะที่คณะกรรมการหลักฯ สมัยปัจจุบันภายใต้การบริหารของ นายวิทยา บุรณศิริ ก็มีการเปลี่ยนแปลงทิศทางมติไปจากคณะกรรมการหลักฯ ชุดก่อน ยกตัวอย่างเช่น คณะกรรมการหลักฯ ในชุดที่ผ่านมาเน้นการแบ่งแยกอำนาจ ของกระทรวงสาธารณสุข และ สปสช.¹⁵ เมื่อมีความบิดพลิวผิดพลาดในการให้บริการ สปสช. จะทำหน้าที่ในการเรียกร้องสิทธิ์และตรวจสอบการทำงานของผู้ให้บริการซึ่งก็คือกระทรวงสาธารณสุข ทว่าล่าสุดในวันที่ 24 มกราคม พ.ศ. 2555 คณะกรรมการหลักฯ ได้มีมติเสียงข้างมากแต่งตั้งให้ นพ.ไพบูลย์ ราชิต ปลัดกระทรวงสาธารณสุขนั่งเป็นประธานใน 2 อนุกรรมการสำคัญ ได้แก่ อนุกรรมการด้านบริหารยุทธศาสตร์ และ อนุกรรมการด้านการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการ การแต่งตั้งดังกล่าวเท่ากับมอบหมายหน้าที่ให้ผู้แทนฝ่ายให้บริการ (ปลัด สส.) มาพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการเสียเอง เป็นการแต่งตั้งที่ทำลายหลักตรวจสอบถ่วงดุลระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและ สปสช.

¹⁵ เป็นการเน้นหลักแบ่งแยกอำนาจในด้านเดียวคือไม่ยอมให้กระทรวงสาธารณสุขมาทำหน้าที่ผู้ซื้อบริการ แต่ สปสช. กับจะเป็นหน้าที่ด้านผู้ให้บริการจำนวนมากผ่าน vertical program หรือการจัดซื้อเวลาภัยกันที่แทนหน่วยบริการ

พร้อมกันนี้ยังได้มีการเสนอให้โอนถ่ายอำนาจจากอนุมัติวงเงิน 500 ล้านบาท และเรียกเงินคืนจากผู้ให้บริการที่ไม่สามารถทำตามเงื่อนไขของ สปสช. ลงไปเป็นอำนาจของอนุกรรมการด้านบริหารยุทธศาสตร์ ซึ่งที่ประชุมมีมติว่าไม่สามารถทำได้ เพราะเป็นอำนาจของคณะกรรมการหลักฯ จะตัดสินใจ และโดยเฉพาะในบริบทซึ่งหัวหน้าฝ่ายผู้ให้บริการเป็นประธานอนุกรรมการบริหารยุทธศาสตร์เสียเองแล้ว การโยกย้ายอำนาจดังกล่าวจะเป็นการให้อำนาจอนุมัติวงเงินและอำนาจตรวจสอบการให้บริการกลับไปเป็นอำนาจของกระทรวงสาธารณสุขโดยอ้อม หรือก็คือการสูญเสียหลักอิสริระระหว่างผู้ให้บริการและผู้ขอรับบริการโดยปริยาย

นอกจากความมีอิสริระที่ลดลงของ สปสช. แล้ว ตามรายงานข่าวว่า ในการประชุมคณะกรรมการหลักฯ ในวันที่ 24 มกราคม พ.ศ. 2555 ผู้แทนสมาคมโรงพยาบาลเอกชนเสนอให้เปลี่ยนแปลงวิธีการตั้งงบประมาณจากเดิมที่ให้โรงพยาบาลต่างๆ ในปีงบหน้าจากระบบปลายปิด (close end) เป็นระบบปลายเปิด (open end) กล่าวคือ เมื่อโรงพยาบาลให้บริการแล้วสามารถเรียกเก็บเงินได้ตามการให้บริการเหมือนระบบสวัสดิการข้าราชการ (มติชน ออนไลน์, 2555) ข้อเสนอดังกล่าววนี้เป็นความพยายามที่จะปลดเพดานค่ารักษาพยาบาลซึ่งทำให้ความสามารถในการแสวงหากำไรเกินปกติหรือค่าใช้จ่ายทางเศรษฐกิจสูงขึ้น

สัญญาณการแย่งชิงพื้นที่โดยความร่วมมือกันระหว่างฝ่ายการเมือง ข้าราชการประจำ และโรงพยาบาลเอกชน จึงเริ่มนิมิตความเด่นชัดมากยิ่งขึ้นเป็นลำดับอย่างไรก็ตาม คณะกรรมการหลักฯ ชุดปัจจุบันดำเนินการมาเพียง 5 เดือนเท่านั้น และมีมติทางการจำนวนไม่มาก ผู้วิจัยจึงมีข้อมูลในการใช้วิเคราะห์ที่จำกัด ผู้วิจัยหวังว่าข้อมูลเบื้องต้นที่ได้ยกมาจะได้ช่วยให้เห็นถึงประเด็นสำคัญคือ การเปลี่ยนแปลงภายคณะกรรมการหลักฯ เป็นความพยายามของฝ่าย

การเมือง โดยความพยายามดังกล่าวกำลังนำไปสู่ความขัดแย้งที่มากขึ้น (คือต้องยอมรับว่าก่อนหน้านี้ก็มีความขัดแย้งตึงเครียด已久อยู่ก่อนแล้วไม่ใช่เพิ่งเกิดขึ้นในปัจจุบัน) และกำลังจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทิศทางการทำงานของคณะกรรมการหลักฯ รวมถึงตำแหน่งเลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างมีนัยสำคัญ ๒

งานที่อ้างถึง

- Germano Mwabu. (2008). Health Economics for Low Income Countries. ใน *Handbook of Development Economics*. Elsevier BV.
- J. Dowie. (1975). The portfolio approach to health behavior. *Social Science and Medicine*.
- K.J. Arrow. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review*.
- Medic Thai. (ไม่ปรากฏปีที่แต่ง). คนไทยตายด้วยโรคหัวใจ มากกว่าต่างชาติ 2 เท่า. เรียกใช้เมื่อ 14 มีนาคม 2555 จาก http://www.medicthai.com/admin/news_cpe_detail.php?id=242.
- Mushtaq Khan. (2006). Determinants of Corruption in Developing Countries: The limits of Conventional Economic Analysis. ใน Susan Rose-Ackerman, *International Handbook on the Economics of Corruption*.
- Thaipublica. (17 ตุลาคม 2554). อดีตประธานสปสช. ระบุบอร์ดสปสช. มีอำนาจลับ ของเลขานุมัติครั้งละ 1 พันล้าน. กรุงเทพ, ประเทศไทย.
- VR Fuchs. (2004). Reflections on the socioeconomic correlates of health. *Journal of Health Economics*.
- กฤษฎา ศุภารัตน์กุล. (2555). เปิดเส้นทาง 'บัตรทอง' ชุมชนพยุงคนจน 'สปสช.' ถึงวันสั้นคลอน การเมือง-ผลประโยชน์'ของงบประมาณล้าน. ศูนย์ข้อมูลสำรวจสืบสวนเพื่อนสิทธิพลเมือง.
- จอมขวัญ โยธาสมุทร. (24 กันยายน 2554). เสียงหัวใจจากผู้อ่าน-จดหมายถึงกองบรรณาธิการ. www.thaipublica.com.

- เจด្ឋ อริยศรีวัฒนา. (2555). เปิดหน้ากาก ใคร? ตอนที่ ๑.
- เจด្ឋ อริยศรีวัฒนา. (ตุลาคม 2555b). โรงพยาบาลกระหงสารณสุข ขาดทุนเพราะอะไร.
- ไชยรัตน์ เจริญสินโอพาร. (2554). วากกรรมการพัฒนา. วิภาวดา.
- ไทยโพสต์. (ไม่ปรากฏปีที่แต่ง). รามาธิบดี คิดชุดตรวจยืนดื้อยาต้านไวรัส เอดส์สำเร็จ. เรียกใช้เมื่อ 14 มีนาคม 2555 จาก <http://health.kapook.com/view22176.html>.
- ไทยรัฐออนไลน์. (14 กุมภาพันธ์ 2555). ผู้ป่วยเอดส์ดื้อยาพุ่ง สิทธิบัตรทองสูง 1.4 แสนคน. เรียกใช้เมื่อ 14 มีนาคม 2555 จาก www.thairath.co.th/content/edu/130994.
- นวน้อย ตรีรัตน์, และ กนกศักดิ์ แก้วเทพ. (2545). การต่อต้านทุจริตยาภัค ประชานน. ศูนย์ศึกษาเศรษฐศาสตร์การเมือง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิตยสารสารคดี. (25 กุมภาพันธ์ 2554). อ่านเอาเรื่อง : ร่าง พ.ร.บ. คุ้มครอง ผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ....ทางสองแพร่งบนเส้นทาง สายสุขภาพระหว่าง “แพทย์” กับ “ผู้ป่วย”. กรุงเทพ, ประเทศไทย.
- นิมิตร เทียนอุดม. (2552). CL อำนาจอธิปไตย. AIDS access foundation.
- ใบตองแห้ง. (3 มีนาคม 2554). อุดมการณ์สื่อ Saga: จากขินคอร์ป ปตท. ถึง สสส. เรียกใช้เมื่อ 14 มีนาคม 2555 จาก <http://prachatai.com/journal/2011/03/33601>.
- ใบตองแห้ง. (2555). เพื่อไทยจะถูก 30 บาท. ประชาไท.
- ประเวศ วงศ์. (2554). บนเส้นทางชีวิต เรื่องราวชีวิต การงาน การต่อสู้ ความไฟแรงของคนบ้านนอกคนหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับคนหลายคน. สำนักพิมพ์หม้อชาวบ้าน.
- ผู้จัดการ Online. (5 สิงหาคม 2550). ผู้ป่วยได้หายหน้าใหม่เพิ่มเป็นเฉียด 8 พันราย/ปี แนะนำกินหวานจัด-เค็มจัด. เรียกใช้เมื่อ 14 มีนาคม 2555 จาก

<http://www.manager.co.th/Lite/ViewNews.aspx?NewsID=9500000091233>.

ผู้จัดการ Online. (2 กุมภาพันธ์ 2552). สธ.เผยแพร่สถานการณ์เจ็บป่วยของคนไทยในปี 2550 พบป่วยจาก 5 โรค. เรียกใช้เมื่อ 14 มีนาคม 2555 จาก http://www.moph.go.th/ops/iprg/iprg_new/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=22260.

มติชน ออนไลน์. (8 กุมภาพันธ์ 2555). อดีตรองปลัดสาธารณสุขชี้แผนล้มบัตรทองขั้นสามเริ่มแล้ว หลังการเมืองตั้งกก.สรรหาเตรียมเปลี่ยนเลขฯ สปสช. กรุงเทพ, ประเทศไทย.

วิโรจน์ ณ ระนอง, และ อัญชนา ณ ระนอง. (2545). จากการส่งเคราะห์คนจนสู่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า วิวัฒนาของสองปรัชญาเบื้องหลัง 30 บาท. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2554). เรียกใช้เมื่อ 14 มีนาคม 2555 จาก http://www.boe.moph.go.th/files/report/20110401_19956923.pdf.

ศูนย์ข่าวเพื่อชุมชน สำนักข่าวอิศรา. (31 มกราคม 2555). สปสช. ได้อันดับ 1 บริหารกองทุนดีเด่น ก.คลัง-หมอกขันบทดี "วิทยา" เคลลีย์ร์สังคม 8 ข้อ. เรียกใช้เมื่อ 21 กุมภาพันธ์ 2555 จาก <http://www.isranews.org/>.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2555 หน้า 1). ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าไทย: สัมฤทธิ์ผลและความท้าทาย.

อัทสูน เอฟ. เอ็ม. ที. (2552). เกมการเมืองโลกเพื่อครองอำนาจผูกขาดตลาดยา. แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.) คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 1

