นานาสาระ

ปัญหาโรงพยาบาลของรัฐที่ขาดสภาพคล่องทางการเงิน

ศ.นพ. สมศักดิ์ เทียมเก่า
อนุสาขาวิชาประสาทวิทยา สาขาวิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ปัญหาโรงพยาบาลของรัฐที่ขาดสภาพคล่องทางการเงิน และจะแก้ไขได้อย่างไร

วันนี้ผมอยากให้ทุกฝ่ายเปิดใจคุยกันอย่างตรงไปตรงมาว่าสาเหตุของการขาดสภาพคล่องทางการเงินของโรงพยาบาลรัฐเกิดจากอะไร ผมวิเคราะห์ได้ ดังนี้

1. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น เพราะมีวิธีการรักษาใหม่ ต้องมีการตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการมากขึ้น ตามแนวทางการรักษา และการป้องกันการฟ้องร้องจากผู้ป่วยด้วยในบางกรณี เช่น การวินิจฉัยไส้ติ่งอักเสบ ปัจจุบันมีการยืนยันการวินิจฉัยด้วยการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง ซึ่งในอดีตแทบไม่มีการส่งตรวจดังกล่าว
2. ผู้ป่วยสูงอายุมีจำนวนมากขึ้น และโรคกลุ่ม NCDs มีจำนวนผู้ป่วยมากขึ้น ยาที่ใช้รักษาก็มีกลุ่มใหม่ๆ มากขึ้น ส่งผลให้ค่ารักษาสูงขึ้น
3. จำนวนบุคลากรที่ให้การบริบาลมีจำนวนมากขึ้น เพราะผู้ป่วยมีจำนวนมากขึ้น และภาระงานในการดูแลรักษาให้ได้ตามมาตรฐานแต่ละวิชาชีพมีจำนวนมากขึ้น ตลอดจนภาระงานด้านเอกสารมีจำนวนมากขึ้น
4. ค่ายาต่อหน่วย ค่าการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีมูลค่าสูงขึ้น ร่วมกับการส่งตรวจที่มีจำนวนมากขึ้นจึงส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายสูงขึ้น
5. การตรวจเอกสารการส่งเบิกของกองทุนต่างๆ มีรายละเอียดมากขึ้น ส่งผลให้การเบิกจ่ายของโรงพยาบาลได้รับเงินไม่เต็มเม็ดเต็มหน่วย
6. ค่าชดเชยการรักษาไม่มีการปรับเพิ่มขึ้นมาหลายปี ในขณะที่ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นประมาณ 10% ต่อปี
7. ระยะเวลาการเบิกจ่ายใช้เวลานานในระดับหนึ่ง ทำให้โรงพยาบาลขาดสภาพคล่องเงินสดหมุนเวียน
8. ความคาดหวัง และความต้องการของสังคมต่อการให้บริบาลทางการแพทย์สูงขึ้น โรงพยาบาลจึงต้องมีการลงทุนในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมและสิ่งอำนวยความ

สะดวกในโรงพยาบาลมากขึ้น ส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายสูงขึ้นกว่าในอดีต

9. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอาการหนัก ปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์พัฒนาไปไกลมาก และมีค่าใช้จ่ายสูงขึ้นมากด้วย แต่การเบิกจ่ายยังได้ในอัตราเดิม
10. ทั้ง 3 กองทุนนั้นไม่มีการปรับอัตราการชดเชยค่ารักษาพยาบาลมาหลายปีแล้ว ซึ่งการชดเชยนั้นต่ำกว่าต้นทุนจริงที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะบัตรทองที่มีอัตราการชดเชยต่ำสุดใน 3 กองทุน

จากเหตุผล 10 ข้อข้างต้นนั้นส่งผลให้โรงพยาบาลมีรายจ่ายมากกว่ารายรับ จึงเกิดปัญหาการขาดสภาพคล่องทางการเงิน และโรงพยาบาลไหนให้บริบาลผู้ป่วยบัตรทองมากขึ้น ก็จะมีปัญหาการขาดสภาพคล่องทางการเงินมากขึ้น ดังนั้นการแก้ปัญหานี้ คือ การโรงพยาบาลต้องได้รับงบประมาณเพิ่มมากขึ้น ไม่ว่าจะได้จาก 3 กองทุนโดยการปรับอัตราการจ่ายให้สูงขึ้น หรือได้งบสนับสนุนโดยตรงจากรัฐบาล หรือสุดท้าย คือ การร่วมจ่าย

ประเด็นที่สังคมกำลังถกเถียงกัน คือ การให้ผู้ป่วยร่วมจ่าย สมควรเป็นทางออกหนึ่งหรือไม่ เราต้องมาวิเคราะห์ให้ดีว่าการร่วมจ่ายนั้นจะส่งผลกระทบต่อการรักษาที่จำเป็นหรือไม่ แล้ววิธีการร่วมจ่ายนั้นเป็นรูปแบบใด ถ้าไม่สามารถร่วมจ่ายได้จะทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาที่จำเป็นหรือไม่ ผมขอพูดถึงข้อเสียของการร่วมจ่ายก่อน คือ

1. ผู้ป่วยต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เงินจำนวนหนึ่งที่คนหนึ่งจ่ายได้ แต่อีกหลายคนอาจจ่ายไม่ได้ อาจทำให้คนที่จ่ายไม่ได้เสียโอกาสหรือไม่ แล้วคนที่จ่ายไม่ได้จะได้รับการรักษาที่จำเป็นสำหรับเขาหรือไม่ ต้องคิดให้ดี แต่ถ้าการร่วมจ่ายไม่ได้ร่วมจ่ายตอนเข้ารับบริการ เช่น การร่วมจ่ายตามฐานภาษีที่คนนั้นสีย หรือใช้ภาษีบาป เช่น ภาษีสุรา ภาษีบุหรี่มาจัดเป็นงบประมาณด้านสุขภาพแทนการร่วมจ่าย ก็เป็นทางออกหนึ่ง
2. กลุ่มผู้ป่วยเปราะบาง เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ คนยากจนต้องไม่ร่วมจ่าย หรือเป็นโรคหรือภาวะวิกฤติที่ส่งผลต่อชีวิตก็จะไม่มีการร่วมจ่าย เพื่อให้ทุกคนสามารถเข้าถึงการบริบาลนั้นๆ ได้ ถ้าเป็นแบบนี้ รัฐก็ต้องมีงบประมาณมาสนับสนุนในส่วนนี้โดยตรง
3. การร่วมจ่ายถ้าผู้ป่วยหรือญาติเลือกวิธีที่เป็นทางเลือก ไม่ใช่วิธีการรักษาหลัก เปรียบเสมือน การเดินทางด้วยเครื่องบินชั้นประหยัด ทุกคนสามารถเข้าถึงได้ แต่ถ้าต้องการซื้อความสะดวกสบาย ต้องการนำสัมภาระมีน้ำหนักมากขึ้น ได้ที่นั่งกว้างขึ้น มีอาหารทานบนเครื่องด้วยก็ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น แต่ทุกคนสามารถึงจุดหมายปลายทางเดียวกันได้ ถ้าเป็นแบบนี้ผมว่าสังคมก็น่าจะเข้าใจ และยอมรับข้อจำกัดของการเดินทางนั้นได้ในชั้นประหยัด แต่บางคนก็อาจบอกว่าการรักษาพยาบาลนั้นไม่สามาถเปรียบเทียบกับการเดินทางด้วยเครื่องบินชั้นประหยัดได้ ถ้าเป็นแบบนี้ทางออกก็หาทางได้ยากขึ้น หรืออาจจะหาทางออกไม่ได้

4. การร่วมจ่ายกรณีที่ผู้ป่วยเลือกใช้ยาต้นแบบ หรือยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติตั้งแต่แรก โดยยังไม่เคยพิสูจน์เลยว่าสามารถใช้ยาชื่อสามัญ หรือยาในบัญชียาหลักแห่งชาติได้หรือไม่ รูปแบบการร่วมจ่ายแบบนี้ก็น่าจะมีเหตุผลในระดับหนึ่ง ซึ่งการร่วมจ่ายก็น่าจะเป็นทางออกได้ แต่ถ้าได้ใช้ยาชื่อสามัญแล้ว และไม่ได้ผล หรือใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติแล้วไม่ได้ผล ก็ไม่ต้องร่วมจ่ายถ้าจำเป็นต้องใช้ยาต้นแบบ หรือยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

คราวนี้ลองมาดูข้อดีของการร่วมจ่ายบ้าง ได้แก่

1. ผู้ป่วยสามารถเลือกรับการรักษาด้วยชนิดของยาและวิธีการรักษาที่ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกว่าดีกับตนเองมากที่สุด เช่น การรักษาด้วยการผ่าตัดด้วยหุ่นยนต์ หรือการเลือกใช้ยาชนิดต้นแบบ เป็นต้น
2. ผู้ป่วยจะเห็นคุณค่า และมูลค่าของยาที่ตนเองได้รับไปจากโรงพยาบาล ผมสังเกตจากการรักษาผู้ป่วยที่โรงพยาบาลเอกชน พบว่าเวลาผู้ป่วยมาตรวจแต่ละครั้ง จะนับจำนวนเม็ดยาที่เหลือแต่ละชนิดมา เพื่อจะได้รับยาเพิ่มในจำนวนที่ต้องการใช้ ในขณะที่มารักษาที่โรงพยาบาลรัฐ ผู้ป่วยจะขอรับยาเพิ่มเต็มตามจำนวนวันที่นัด และมียาเหลือใช้จำนวนหนึ่ง เพราะไม่ต้องจ่ายค่ายาเอง
3. โรงพยาบาลมีรายได้ส่วนหนึ่งมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยและการบริหารจัดการในการพัฒนายกระดับการให้บริการดียิ่งขึ้น โดยลดงบประมาณที่ต้องพึ่งพาจากภาครัฐลงได้บ้าง

โดยสรุป คือ เงินที่ได้รับจากการชดเชยค่ารักษาพยาบาลนั้นไม่เพียงพอในการใช้เพื่อรักษาผู้ป่วย และการพัฒนาโรงพยาบาล จำเป็นที่ต้องได้งบประมาณเพิ่มเติม ซึ่งงบที่ได้นั้นอาจต้องมาจากส่วนกลาง คือ 3 กองทุนที่ต้องปรับค่าชดเชยให้สอดคล้องกับต้นทุนการรักษาและการบริหารโรงพยาบาล หรือจากการที่ผู้ป่วยร่วมจ่ายในส่วนที่นอกเหนือมาตรฐานการรักษาปกติ หรือเป็นส่วนที่ผู้ป่วยเลือกวิธีการรักษาเอง ที่สำคัญ คือ การร่วมจ่ายนั้นต้องไม่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงการรักษาที่จำเป็นและเป็นมาตรฐานในการรักษานั้นๆ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยเปราะบางที่ต้องสามารถเข้าถึงการรักษาได้

ทั้งหมดนี้ผมมีเจตนาดีต่อระบบสุขภาพ เพื่อให้ทุกคนในสังคมมองในภาพกว้างว่าเราทุกคนจะมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองและคนในครอบครัวได้อย่างไร เพื่อให้ระบบสุขภาพของคนไทยสามารถคงอยู่อย่างยั่งยืนตลอดไปอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อคนไทยทุกคน

หมอสมศักดิ เทียมเก่า อายุรแพทย์ระบบประสาท