

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความแตกต่างของค่ารักษาพยาบาลตามสิทธิประกันสุขภาพต่างๆ นับว่าเป็นปัญหาสำคัญที่เป็นอุปสรรคขัดขวางไม่ให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ และมีความเสมอภาคกัน ปัญหานี้อาจเกิดจากหลายสาเหตุ อาทิ ระบบประกันสุขภาพที่หลากหลายก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำในด้านสิทธิประโยชน์ กล่าวคือ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และรัฐวิสาหกิจ มีค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในขณะที่ระบบสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย (สปร.) ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากภาครัฐน้อยกว่าระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และรัฐวิสาหกิจ ถึง 8 เท่า (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และ คณะ, 2547) ซึ่งปัญหาของระบบสวัสดิการข้าราชการ และพนักงานรัฐวิสาหกิจนี้มีปัญหาเชิงประสิทธิภาพ 3 ประการ ได้แก่ การนอนรักษาตัวอย่างไม่จำเป็น การนอนรักษาตัวที่นานเกินไป และค่าใช้จ่ายที่สูง (อัตราการเพิ่ม 14 % ต่อปีระหว่าง 2531- 2540) โดยอาจกล่าวได้ว่าปัญหาของระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ในประเทศไทยมีลักษณะที่แยกเป็นส่วน ๆ และไม่สามารถให้ความครอบคลุมที่เพียงพอในบางระบบทำให้ไม่บรรลุเป้าหมายของระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ และเสมอภาค ปัญหาความไม่มีประสิทธิภาพเกิดจากระบบที่ไม่เอื้ออำนวยให้มีการรวมทุน เพื่อเพิ่มอำนาจการต่อรองกับผู้ให้บริการ สุขภาพ และไม่มีการสะท้อนผลงานให้ผู้บริการเห็นอันจะนำไปสู่การให้บริการสุขภาพที่ประสิทธิภาพ อย่างแท้จริง ระบบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลแบบ fee for service ที่เป็นอยู่ในปัจจุบันทำให้เกิดปัญหาค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในอัตราที่สูงกว่าการเติบโตของ GDP แม้ในช่วงของเศรษฐกิจ ถดถอย (นิภา ศรีอนันต์, 2545) เห็นได้จากปัญหาการขาดระบบบริการสุขภาพขั้นมูลฐานที่ประสิทธิภาพผลทำให้บริการสุขภาพ ส่วนใหญ่ต้องอาศัยโรงพยาบาลซึ่งมักมีราคาแพง ค่าเช่า และบริการที่ไม่เป็นที่น่าพอใจ (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และ คณะ, 2544)

ปัญหาความไม่เสมอภาคในระบบประกันสุขภาพ จะเห็นได้จากความไม่เท่าเทียมกันในจำนวนเงินภาษีที่ใช้สนับสนุนระบบประกันในรูปแบบต่างๆ ต่อหัว (per capita tax subsidy) ซึ่งเป็นที่ทราบกันว่า สวัสดิการข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจได้รับมากกว่าสวัสดิการผู้มีรายได้น้อย

รวมทั้ง ความแตกต่างกันในสิทธิประโยชน์ทางการรักษาพยาบาล แต่เนื่องจากโรงพยาบาลรัฐมักทำการเบิกจ่ายข้ามสิทธิเพื่อชดเชย (cross subsidy) ทำให้มองไม่เห็นปัญหาที่เกิดขึ้นจากความไม่เสมอภาคดังกล่าว

ความไม่เสมอภาคเนื่องจาก ได้รับงบประมาณที่สูงกว่าระบบอื่นผู้เกี่ยวข้องในระบบดังกล่าว มักไม่ตระหนักถึงปัญหาค่าใช้จ่าย โรงพยาบาลรัฐมักมีแรงจูงใจที่จะเบิกค่ารักษาพยาบาลที่สูงเกินจริงเพื่อชดเชยสำหรับผู้มีรายได้น้อยเช่นเดียวกับโรงพยาบาลเอกชน และผู้ป่วยที่ได้รับสิทธิประโยชน์ไม่ได้รู้สึกเดือดร้อน เพราะไม่ได้เป็นผู้รับภาระโดยตรง ปัญหาดังกล่าวมีความซับซ้อนยิ่งขึ้นเมื่อ กรมบัญชีกลางไม่มีความสามารถในการตรวจสอบความผิดพลาด ในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่เกินจริงได้ และไม่เคยนำนโยบายที่สมเหตุสมผลเข้ามาใช้ (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ, 2544)

ปัญหาหลักของการใช้ระบบประกันสุขภาพ ภายใต้ระบบสวัสดิการผู้มีรายได้น้อยที่มีอยู่ในอดีต คือ การกำหนดตัวผู้ที่เข้าข่ายฐานะยากจนเนื่องจากมีความผันแปรของรายได้จากอาชีพตามฤดูกาล และความยากในการประเมินระดับรายได้ที่แท้จริง การใช้กลไกสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาลในการคัดกรองผู้สมควรได้รับความคุ้มครองจากสวัสดิการอาจไม่ประสบความสำเร็จ และอาจมีปัญหาเรื่องการถูกสังคมนรนาสำหรับผู้อยู่รับสวัสดิการดังกล่าว ความพยายามให้ชุมชนเป็นคนกำหนดและค้นหาผู้ยากจนจะช่วยเพิ่มความสามารถในการพบคนยากจนที่แท้จริง และคัดกรองคนที่ไม่ใช่ยากจนจริงออก ไม่เพียงแต่ระบบสวัสดิการผู้มีรายได้น้อยในอดีตจะได้รับการสนับสนุนงบประมาณที่จำกัด แต่ยังพบปัญหาความรับผิดชอบของโรงพยาบาล และความตั้งใจของผู้ให้บริการในการให้บริการที่รวดเร็วและเหมาะสม โดยสรุปประชากรที่มีฐานะยากจนควรได้รับความครอบคลุมจากระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าจากรัฐ คนที่เกือบยากจนหรือคนชายขอบที่ไม่มีบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย โดยทั่วไปมักจะได้รับการยกเว้นค่ารักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูงจากโรงพยาบาลรัฐทั้งหมด หรือเพียงบางส่วนบางครั้งคนเหล่านี้อาจตกอยู่ในภาวะหนี้สินจากการยืมเงินเพื่อจ่ายค่ารักษาพยาบาลก่อนที่จะขอรับบริการสังคมสงเคราะห์จากโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีของความเจ็บป่วยที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง (catastrophic illness) (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และ คณะ, 2544)

ถึงแม้ว่าระบบประกันสังคมมีจุดเด่น คือ มีวิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาลแก่สถานบริการและผู้ให้บริการสุขภาพแบบเหมาจ่ายรายหัว (capitation) คือความสามารถในการจำกัดค่าใช้จ่าย อย่างไรก็ตาม การต้องเลือกระหว่างการประหยัดค่าใช้จ่าย และคุณภาพของบริการสุขภาพมักเป็นปัญหาสำคัญตามมา โดยเฉพาะเมื่อถูกจ้างไม่ได้สิทธิในการเลือกผู้ให้บริการที่ตนลงทะเบียนเป็นสมาชิก เพราะเป็นการยากที่ลูกจ้างเหล่านี้ จะได้รับข้อมูลที่ครบถ้วนเกี่ยวกับคุณภาพของสถานบริการที่ตนจะเลือกเป็นสมาชิก นอกจากนี้สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลยังผูกติดกับการมี

งานทำ ดังนั้นหากมีการเลิกจ้างเกิดขึ้น สิทธิประโยชน์ดังกล่าวก็จะหมดไปภายใน 6 เดือน (ขยายเป็นหนึ่งปีภายหลังวิกฤติทางเศรษฐกิจในปี 2540) สำนักงานประกันสังคมยังไม่มี การขยายระบบประกันสังคมไปสู่ประชากรที่อยู่นอกระบบการจ้างงานแบบสมัครใจ เนื่องจากเกรงปัญหาเรื่อง adverse selection และความยั่งยืนทางการเงินการคลัง (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และ คณะ, 2544) นอกจากนี้ยังพบปัญหาสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคมบางแห่ง มีนโยบายที่จะหลีกเลี่ยงการรักษา (untreatment) ในขณะที่จำนวนของสถานพยาบาลเอกชนมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี อันเนื่องมาจากเม็ดเงินในระบบเหมาะสมได้สร้างผลกำไรในเชิงธุรกิจเกินกว่าจุดคุ้มทุนจนเป็นที่น่าพอใจ สำหรับผู้ประกอบการ แต่ช่วงระยะเวลา 4 - 5 ปีแรก สำนักงานประกันสังคมกลับได้รับการร้องเรียน จากผู้ประกอบการรวมถึงการวิพากษ์วิจารณ์จากสื่อมวลชนอย่างรุนแรง ถึงคุณภาพบริการทางการแพทย์ในแง่ลบ ทำให้ภาพรวมของระบบประกันสังคมไม่เป็นที่ยอมรับในขณะ นั้น ดังนั้นตั้งแต่ปี 2538 เป็นต้นมาสำนักงานประกันสังคมจึงได้สร้างกลไกต่างๆ เพื่อควบคุมและกำกับคุณภาพสถานพยาบาลในโครงการควบคุมคู่ไปกับการปรับปรุงระบบการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ เพิ่มเติมนอกเหนือเหมาะสม เพื่อแก้ไขปัญหาการหลีกเลี่ยงการรักษา (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และ คณะ, 2547)

การปฏิรูประบบสุขภาพเป็นแนวทางหนึ่ง ในการที่จะสร้างบริการสุขภาพที่มีความเท่าเทียม ความเสมอภาค ประสิทธิภาพ และประชาชนสามารถเข้าถึงได้ เช่น การควบคุมรายจ่ายสวัสดิการรักษายาของข้าราชการ และการขยายระบบประกันสังคม (เดล โดแนลสัน และ คณะ, 2542) ส่วนการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal coverage) เป็นแนวคิดความ เป็นธรรมทางสุขภาพที่ประชาชนควรมีโอกาสเข้าถึงระบบบริการอย่างเท่าเทียมกัน แนวคิดนี้ผสมผสานได้ดีกับแนวคิดสุขภาพเป็นสิทธิของประชาชนทุกคน (health as a human right) ซึ่งกำหนดไว้อย่างชัดเจนในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยปี 2540 และในปี 2544 คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้ระบุว่า “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” หมายถึงสิทธิของประชาชนไทยทุกคนที่จะได้รับการบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้าด้วยเกียรติ ศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยที่ภาระด้านค่าใช้จ่ายไม่เป็นอุปสรรคที่จะได้รับสิทธินั้น (ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย, 2545)

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้สิทธิครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ เป็นประเด็นทางการเมืองและเป็นจุดขายใหญ่ของ “นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค” ซึ่งเป็นการพัฒนานโยบายที่ชัดเจนของรัฐบาลไทยรักไทย หลังจากที่ได้รับชัยชนะในการเลือกตั้งปี 2544 อย่างท่วมท้น รัฐบาลใช้เกณฑ์การร่วมจ่าย ณ จุดรับบริการ (copayment) “30 บาท” เป็นข่าวสารสำคัญ เพื่อบอกถึงสิทธิในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของคนไทยทุกคน อย่างไรก็ตามแม้ไม่มีเงิน 30 บาท ก็มีกระบวนการที่ ทำให้สามารถรับบริการโดยยกเว้นค่าธรรมเนียม 30 บาทนี้ แต่อย่างไรก็ตาม

นโยบายนี้ไม่ได้ระบุปรัชญา แนวคิดเบื้องหลังนี้อย่างชัดเจนนัก (ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย, 2545) ซึ่งการนำโครงการ 30 บาทมาให้หลักประกันสุขภาพสำหรับประชากรกลุ่มที่เหลือ (ซึ่งมีจำนวนไม่มากนัก) จึงเป็นเพียงการต่อยอดโครงการหลักประกันสุขภาพต่างๆ ที่ดำเนินการมาเป็นเวลานานแล้ว และเป็นเหตุผลประการสำคัญที่ทำให้สามารถดำเนินโครงการนี้ได้ทั่วประเทศในระยะเวลาเพียงปีเศษ (วิโรจน์ ณ ระนอง และ อัญชญา ณ ระนอง, 2545)

จากรายงานประจำปี การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประจำปี 2548 ที่สรุปโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่าปัญหาที่เกิดขึ้นจากการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี 2548 ซึ่งเป็นปีที่ 3 หลังจากพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีผลบังคับใช้ต้องประสบปัญหาในการดำเนินงานหลายประการ ปัญหาส่วนหนึ่งเป็นปัญหาพื้นฐานตั้งแต่เริ่มดำเนินงานขณะเดียวกันก็มีปัญหาใหม่ๆ เกิดขึ้น เนื่องจากความซับซ้อนของระบบ และความต้องการ ของประชาชนที่เปลี่ยนไป ดังกล่าวซึ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ดำเนินการไปแล้ว ประกอบด้วย

1. ความไม่เพียงพอของงบประมาณเหมาะสมจ่ายรายหัว เนื่องจากการคำนวณงบประมาณเหมาะสมจ่ายรายหัวคำนวณได้ต่ำกว่าค่าใช้จ่ายจริงซึ่งมีสาเหตุจาก

1.1 ความไม่เป็นปัจจุบันของข้อมูลที่ใช้ในการคำนวณ: เนื่องจากสำนักงานสถิติแห่งชาติไม่ได้มีการสำรวจอนามัยและสวัสดิการทุกปี (เดิมสำรวจทุก 2 ปีต่อมา เพื่อสนับสนุนระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำนักงานสถิติแห่งชาติจึงเห็นชอบที่จะให้มีการสำรวจทุกปีตั้งแต่ปี 2546 เป็นต้นมา) และกว่าที่จะประมวลผลข้อมูลที่ได้จากการสำรวจแต่ละครั้งให้แล้วเสร็จก็จะใช้เวลาอีกหลายเดือน ซึ่งในปีงบประมาณ 2548 เป็นปีแรกที่มีความพยายามปรับแก้ข้อจำกัดดังกล่าวโดยใช้เทคนิคการพยากรณ์ ทำให้ได้ข้อเสนออัตราเหมาะสมจ่ายรายหัวใหม่ที่สอดคล้องกับความเป็นจริงมากขึ้น

1.2 การอนุมัติงบประมาณเหมาะสมจ่ายรายหัวตามข้อเสนอ: นอกจากปัญหาความไม่เป็นปัจจุบันของข้อมูลที่ใช้ในการคำนวณอัตราเหมาะสมจ่ายรายหัวในแต่ละปี จะทำให้ข้อเสนอ อัตราเหมาะสมจ่ายรายหัวมีแนวโน้มต่ำกว่าความเป็นจริงแล้ว รัฐบาลยังเห็นชอบอนุมัติงบประมาณในแต่ละปี น้อยกว่าข้อเสนอด้วย หากคิดว่าความแตกต่างงบประมาณที่ได้รับคือการขาดทุน งบประมาณของทั้งระบบคาดประมาณว่าตั้งแต่ปี 2545 - 2548 ทั้งระบบมีการขาดทุนสะสมรวม 32,087 ล้านบาท แม้ว่าสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้นำเสนอปัญหางบประมาณเหมาะสมจ่ายรายหัวไม่สอดคล้องและต่ำกว่าค่าใช้จ่ายที่ควรเป็นให้รัฐบาลทราบหลายครั้ง จนในที่สุดคณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อ 2 พฤศจิกายน 2547 เห็นชอบให้คำนวณอัตราเหมาะสมจ่ายรายหัว โดยใช้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน โดยในปีงบประมาณ 2549 เป็นต้นไป ให้ใช้อัตรา 1,510 บาท ปรับด้วยเงินเดือนบุคลากรสถานพยาบาลที่

เพิ่มและอัตราเงินเฟ้อ (inflation) ส่วนการหักเงินเดือนของสถานพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุขให้คิดหักที่ร้อยละ 79 ของเงินเดือนทั้งหมด อย่างไรก็ตาม ในปีงบประมาณ 2548 เนื่องจากข้อจำกัดของงบประมาณเห็นชอบให้ออมูมิที่อัตรา 1,396 บาทต่อประชากร

2. การบริหารงบประมาณเพื่อคุ้มครองการเข้าถึงบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง: ในปีงบประมาณ 2548 เป็นปีแรกที่มีการคุ้มครองการเข้าถึงบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง โดยคำนวณอัตรการจ่ายค่าชดเชยต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ตามกลุ่มวินิจฉัยโรครวมในอัตรา 10,300 บาท ซึ่งสูงกว่าอัตรการจ่ายค่าชดเชยผู้ป่วยในกรณีอื่นๆ (1 หน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์เท่ากับ 5,050 บาท) อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการจ่ายดังกล่าวเป็นการจ่ายแบบมีเพดานวงเงิน (global budget) และผู้ป่วยค่าใช้จ่ายสูงในปีงบประมาณ 2548 มีจำนวนเพิ่มกว่าที่คาดประมาณไว้ค่อนข้างมาก ทำให้อัตรการจ่ายค่าชดเชยลดลงเหลือ 1 หน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์มีค่าเพียง 7,790 บาท หรือต่ำกว่าที่ประมาณร้อยละ 24 ส่งผลกระทบต่อการให้บริการผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูงอย่างมาก

3. หลักประกันสุขภาพสำหรับบุคคลไร้สัญชาติ: ปัญหาการได้รับสัญชาติไทยหรืออยู่ระหว่างรอพิสูจน์สัญชาติ เช่น กลุ่มคนที่อยู่ในประเทศไทยมานานแต่ขาดหลักฐานการรับรองสถานะความเป็นคนไทย ทั้งที่อยู่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง และในพื้นที่สูงหรือ พื้นที่ชายขอบ กลุ่มคนบางส่วนที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ หรือสถานบำบัดต่างๆ ฯลฯ บุคคลเหล่านี้เมื่อเจ็บป่วย หรือมีความจำเป็นต้องได้รับการสุขภาพแต่ไม่สามารถจ่ายเงินเองได้ สถานพยาบาลรัฐต้องให้บริการตามหลักมนุษยธรรมโดยที่ไม่มีงบประมาณรองรับ ที่ผ่านมามาสถานพยาบาลเหล่านี้ใช้งบประมาณจากแหล่งอื่น (โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) สนับสนุนการจัดบริการดังกล่าว ทำให้ปัญหาการขาดแคลนงบประมาณ ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ความรุนแรงมากขึ้น

4. ประสิทธิภาพการบริหารงบประมาณ สำหรับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค: ปัญหาระบบข้อมูลที่สามารถสะท้อนความครอบคลุมบริการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคสามารถใช้ในการติดตามกำกับทำให้บริการ โดยที่ไม่เป็นภาระกับหน่วยบริการ และมีต้นทุนการบริหารจัดการต่ำยังเป็นปัญหาเชิงระบบที่รอการพัฒนาต่อไป ขณะเดียวกันมีหลายประเด็นที่ประชาชนเกิดความเข้าใจสับสน และอาจเกิดความคาดหวังผิดๆ จากบริการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคจะมีผลทำให้จำนวนผู้ป่วยโดยรวมลดลง เพราะข้อเท็จจริง คือ การป้องกันโรคมีผลทำให้ผู้ป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ลดจำนวนลง โดยจะลดลงอย่างเห็นผลกรณีเป็นโรคติดต่อ แต่หากเป็นโรคที่ไม่ติดต่อกันการป้องกันจะเห็นผลได้ต้องใช้เวลาอันยาวนาน การป้องกันโรคในระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) โดยการค้นหาผู้ป่วยใหม่เพื่อการดูแล ยังมีผลทำให้จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น เพราะมีผู้ป่วยจำนวนมากไม่มีอาการและไม่ทราบว่าตนเองป่วยและไม่ได้รับการวินิจฉัย (พงษ์พิสุทธิ จงอุดมสุข, 2549)

จากปัญหาการรักษาพยาบาล และความไม่เท่าเทียมกันในสิทธิประโยชน์ที่เกิดขึ้นตามสิทธิประกันสุขภาพต่างๆ นั้น ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจว่าค่ารักษาพยาบาลตามสิทธิประกันสุขภาพจะมีความแตกต่างกันหรือไม่ จึงได้ศึกษาวิจัย ณ โรงพยาบาลแม่ทะ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง และเพื่อนำข้อสรุปที่ได้ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับหน่วยงานต่างๆ และเพื่อใช้เป็นแนวทางในการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยตามสิทธิประกันสุขภาพ
2. เพื่อเปรียบเทียบค่ารักษาพยาบาลตามสิทธิประกันสุขภาพ

คำถามการศึกษา

ค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยตามสิทธิประกันสุขภาพมีความแตกต่างกันหรือไม่

สมมติฐานการศึกษา

ค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยตามสิทธิประกันสุขภาพมีความแตกต่างกัน

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง โดยเก็บข้อมูลในปีงบประมาณ 2549 (1 ตุลาคม 2548 - 30 กันยายน 2549) ศึกษาในผู้ป่วยที่ใช้บริการโรงพยาบาลแม่ทะ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง ข้อมูลประชากรที่ศึกษาได้แก่ เพศ อายุ และโรค ตัวแปรต้นที่ต้องการศึกษา คือ สิทธิของผู้ป่วยในระบบประกันสุขภาพ ส่วนตัวแปรตามที่ต้องการศึกษา คือค่ารักษาพยาบาลซึ่งประกอบด้วยค่ายาและค่าอื่นๆ โดยทำการเก็บข้อมูลจากทะเบียนประวัติผู้ป่วยของโรงพยาบาลแม่ทะจำนวนผู้ป่วย ทั้งปี 61,658 ราย จำนวนตัวอย่างจึงเป็น 398 ตัวอย่าง ซึ่งได้จากการคำนวณหา กลุ่มตัวอย่างจากสูตรของทาโร ยามาเน่ ที่ระดับความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มอย่างเป็นระบบ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติบรรยายและการวิเคราะห์ความแปรปรวนที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05

นิยามศัพท์

คำรักษาพยาบาล ซึ่งความหมายตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยสวัสดิการประชาชน ด้านการพยาบาล พ.ศ. 2537 หมายถึง เงินที่สถานพยาบาลเรียกเก็บในการรักษาพยาบาลดังต่อไปนี้

1. ค่ายา ค่าผ่าตัด ค่าน้ำเกลือ ค่าทำคลอด ค่าทำหมัน ค่าบริการในการวางแผนครอบครัว ค่าเลือดและส่วนประกอบของเลือดหรือสารทดแทน ค่าน้ำยาหรืออาหารทางเส้นเลือด ค่าออกซิเจน และอื่นๆทำนองเดียวกันที่ใช้ในการบำบัดรักษาโรค

2. ค่าอวัยวะเทียม และ อุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค รวมทั้งค่าซ่อมแซมยกเว้นค่าแว่นตา

3. ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าตรวจโรค ค่าวิเคราะห์โรค ค่าชันสูตรโรค ค่าตรวจทางห้องทดลองและค่าใช้จ่ายอื่นๆของผู้ป่วยใน แต่ไม่รวมถึงค่าจ้างผู้พยาบาลพิเศษ ค่าธรรมเนียมพิเศษ และค่าบริการอื่นทำนองเดียวกันที่มีลักษณะเป็นเงินตอบแทนพิเศษ

4. ค่าอุดฟันธรรมดา ค่าถอนฟัน ค่าขูดหินน้ำลาย ค่าทำฟันปลอมที่ใช้อะคริลิก (acrylic) เป็นฐาน

5. ค่าห้องและค่าอาหารสามัญตลอดเวลาที่เข้ารับการรักษาพยาบาลยกเว้นค่าห้องพิเศษ ผู้ป่วย คือ ผู้ที่รับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลแม่ทะเลเฉพาะแผนกผู้ป่วยนอก

สิทธิประกันสุขภาพ คือ สิทธิในการประกันสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการ โดยจำแนกประเภทสิทธิตามคู่มือการบริหาร จัดการงานทะเบียนผู้มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าของ สปสช. ปี 2548 และแบบรายงาน 0110 รง.5 ดังนี้

1. บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า หมายถึง ผู้มาใช้บริการที่มีสิทธิตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และต้องเป็นผู้ที่ขึ้นทะเบียนตาม โครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประเภทบัตรทองไม่มี ท. หรือเรียกว่า บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าแบบเสียค่าธรรมเนียม 30 บาท หรือ UC (บัตรทองไม่มี ท.) หรือสิทธิ UC (UCS) ได้แก่ ประชาชนทั่วไป ยกเว้นผู้มีสิทธิต่างๆ ดังนี้

1.1 ข้าราชการหรือลูกจ้างของส่วนราชการ
1.2 พนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
1.3 พนักงานหรือลูกจ้างของรัฐวิสาหกิจ หรือผู้ปฏิบัติงานให้แก่หน่วยงานอื่นของรัฐหรือ บุคคลอื่นใดที่มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลโดยใช้จ่ายจากเงินงบประมาณ

1.4 บิดา มารดา คู่สมรส บุตรหรือบุคคลอื่นใดที่ได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลโดยอาศัยสิทธิของบุคคลตามข้อ (1.1) (1.2) หรือ (1.3)

1.5 ผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม

1.6 ผู้มีสิทธิบัตรทองมี ท.

2. ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ หมายถึง ผู้มาใช้บริการที่มีสิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของ ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานของรัฐ บิดา มารดา คู่สมรส และบุตรรวมทั้งที่มีสิทธิตามความ ครอบคลุมของสวัสดิการแต่ละแบบ

3. บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ยกเว้นค่าธรรมเนียม) หมายถึงผู้มาใช้บริการที่มีสิทธิ ตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพ ทั่วถ้วนหน้า และต้องเป็นผู้ที่ขึ้นทะเบียนตามโครงการสร้าง หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประเภทบัตรทองมี ท. หรือเรียกว่า UC (บัตรทองมี ท) หรือสิทธิ welfare (wel) เป็นกลุ่มคนที่ได้รับการยกเว้นการจ่ายค่าธรรมเนียม (30 บาท) เมื่อไปรับบริการ ณ หน่วยบริการเนื่อง จากกลุ่มคนที่เป็นผู้ยากไร้ หรือเป็นกลุ่มคนที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล หรือ เป็นกลุ่มคนที่เสียสละสร้างคุณงามความดี และประโยชน์ต่อประเทศชาติ เป็นบุคคลที่สมควรได้รับ การพิจารณาขยกเว้นค่าธรรมเนียมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่รัฐจัดให้ ประกอบด้วย

3.1 ผู้มีรายได้น้อยตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยสวัสดิการประชาชนด้าน การรักษาพยาบาล พ.ศ. 2537

3.2 ผู้นำชุมชน ได้แก่ กำนัน สารวัตร ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน และแพทย์ ประจำตำบล และบุคคลในครอบครัว

3.3 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครกรุงเทพมหานคร และบุคคลในครอบครัว

3.4 ผู้ที่อายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์

3.5 เด็กอายุไม่เกิน 12 ปีบริบูรณ์

3.6 บุคคลผู้พิการตามกฎหมายว่าด้วยการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 ทั้งนี้ จะมีบัตรประจำตัวผู้พิการหรือไม่ก็ตาม

3.7 พระภิกษุ สามเณร และแม่ชีในพระพุทธศาสนาซึ่งมีหนังสือสุทธิรับรอง นักบวช นักพรตและผู้นำศาสนาอิสลามที่มีหนังสือรับรอง ซึ่งหมายถึง กรรมการอิสลามประจำมัสยิด กรรมการ อิสลามประจำจังหวัด กรรมการอิสลามแห่งประเทศไทย อิหม่าม คอเต็บ บิหลั่น และ บุคคลในครอบครัวของ ผู้นำศาสนาอิสลาม

3.8 ทหารผ่านศึกทุกระดับชั้น (ชั้น 1- 4) ที่มีบัตรทหารผ่านศึกและบุคคลใน ครอบครัว รวมถึงผู้ได้รับพระราชทานเหรียญชัยสมรภูมิและทายาท

3.9 นักเรียนไม่เกินชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

3.10 นักเรียนทหารและทหารเกณฑ์

3.11 ผู้ได้รับพระราชทานเหรียญงานพระราชสงครามในทวีปยุโรป และบุคคลในครอบครัว

3.12 อาสาสมัครมาลาเรีย ตามโครงการของกระทรวงสาธารณสุข และบุคคลในครอบครัว

3.13 ช่างสุขภัณฑ์หมู่บ้านตามโครงการของกรมอนามัย และบุคคลในครอบครัว

3.14 ผู้บริหารโรงเรียนและครูของ โรงเรียนเอกชน ที่สอนศาสนาอิสลามควบคู่กับ วิชาสามัญ หรือวิชาชีพและบุคคลในครอบครัวในเขตจังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาส สตูล สงขลา พัทลุง นครศรีธรรมราช ระนอง กระบี่ พังงา และภูเก็ต

3.15 ผู้ได้รับพระราชทานเหรียญราชการชายแดน

3.16 ผู้ได้รับพระราชทานเหรียญพิทักษ์เสรีชน

3.17 สมาชิกผู้บริจาคโลหิตของสภากาชาดไทย ซึ่งมีหนังสือรับรองจากสภากาชาดไทยว่าได้บริจาคโลหิตตั้งแต่ 18 ครั้งขึ้นไป

3.18 หมออาสาสมัครหมู่บ้านตามโครงการของกระทรวงกลาโหม

3.19 อาสาสมัครคุมประพฤติ กระทรวงยุติธรรม

3.20 อาสาสมัครทหารพรานในสังกัดกองทัพบก (ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องบุคคล ที่ไม่ต้องจ่ายค่าบริการ (ฉบับที่ 2) ลงวันที่ 11 พฤษภาคม พ.ศ. 2547)

3.21 กลุ่มผู้ต้องขัง ผู้พำนักในสถานพินิจให้ถือเป็นกลุ่มที่ยกเว้นค่าธรรมเนียม 30 บาท หากเข้ารับรักษาพยาบาล ในหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการปฏิบัติงานอนามัยเรือนจำ พ.ศ. 2544

4. ประกันสังคม หมายถึง ผู้มาใช้บริการที่มีสิทธิตาม พรบ. ประกันสังคมและผู้ใช้สิทธิ พรบ.กองทุนเงินทดแทนฯ

5. อื่น ๆ หมายถึง ผู้มาใช้บริการที่ไม่ทราบสิทธิที่ชัดเจน เช่น ผู้มารับบริการที่ไม่มีบัตรประชาชน (ชาวไทยบนพื้นที่ราบสูง) หรือแรงงานต่างด้าวที่ไม่ขึ้นทะเบียนรวมถึงผู้ป่วยที่ปฏิเสธการใช้สิทธิ

ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา

1. เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับหน่วยงานต่างๆ
2. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ