

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบริการสาธารณสุขของประเทศไทยได้มีการเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศไทยได้มีการเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็วในช่วงประมาณ 10 ปีที่ผ่านมาก่อนที่จะเกิดวิกฤตการณ์ทางเศรษฐกิจในช่วงปี พ.ศ. 2540 จากการที่เศรษฐกิจได้เติบโตอย่างรวดเร็วนั้นได้ส่งผลต่อระดับการจ้างงานและรายได้ของประชาชน โดยทำให้ประชาชนมีรายได้ที่สูงขึ้นมีอาชีพที่ดีกว่าเดิม ประชาชนจึงมีความสามารถในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้มากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามความเจริญทางด้านเศรษฐกิจไม่ได้ทำให้มีการกระจายรายได้ให้ดีขึ้น (Sarntisart, 1994, P 618-627) ประชาชนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีมีโอกาที่จะเลือกใช้และเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างสะดวกและมีประสิทธิภาพ แต่มีประชาชนอีกจำนวนหนึ่งที่ไม่สามารถใช้บริการเมื่อเกิดความเจ็บป่วยได้ ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขได้อย่างชัดเจน ข้อมูลจากการสำรวจของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติในปี 2535, 2537, 2539 และ 2541 พบว่าคนจนมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพคิดเป็นสัดส่วนของรายได้สูงกว่าคนรวย โดยในปี 2541 กลุ่มคนจนมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 4.22 ของรายได้ ในขณะที่กลุ่มคนรวยจ่ายเพียงร้อยละ 1.23 ของรายได้ซึ่งต่างกัน 3.4 เท่า และจากรายงาน World Health Report 2000 ได้คำนวณดัชนีของความเสมอภาคของการใช้จ่ายเงินด้านสุขภาพของประเทศไทยใน ปี 2539 เท่ากับ 0.913 โดยจัดเป็นลำดับที่ 128-130 จาก 191 ประเทศ (ศุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2544, หน้า 20) จึงทำให้ภาครัฐได้พยายามเข้ามาแก้ปัญหาในระบบสาธารณสุขเพื่อที่จะคุ้มครองสุขภาพอนามัยของประชาชน

ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลและการประกันสุขภาพหลายระบบ (Pluralistic) โดยสามารถแบ่งได้เป็น 3 ประเภทคือ ประเภทที่ 1 เป็นหลักประกัน และการคุ้มครองในเชิงบังคับ ได้แก่ ประกันสังคมและกองทุนทดแทน ประเภทที่ 2 เป็นหลักประกัน และการคุ้มครองโดยสมัครใจ ได้แก่ การประกันสุขภาพเอกชนและโครงการบัตรประกันสุขภาพ สำหรับประเภทสุดท้ายคือ สวัสดิการสงเคราะห์และสิทธิประโยชน์แก่ผู้ด

ด้านสุขภาพอนามัย ได้แก่ สถิติการรักษาพยาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ โครงการสถิติการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและบุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือ เกื้อกูล (ชุตินา สุวรรณ์เดชา, 2542, หน้า 3) และจากการสำรวจพบว่าร้อยละ 79.7 ของประชากรไทย มีประกันสุขภาพ ซึ่งในจำนวนนี้ร้อยละ 40.8 อยู่ภายใต้โครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อย และบุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล ร้อยละ 17.5 อยู่ภายใต้การประกันสุขภาพโดยสมัครใจ ร้อยละ 12.0 อยู่ภายใต้สถิติการรักษาพยาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ และอีกร้อยละ 9.4 อยู่ภายใต้การประกันสุขภาพภาคบังคับ แต่ยังมีประชาชนไทยอีกร้อยละ 20.3 ที่ไม่ได้รับความคุ้มครองจากระบบประกันสุขภาพใด ๆ ทำให้ประชาชนเหล่านี้ต้องรับภาระในด้านค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพด้วยตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วย (คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544, หน้า 17) นอกเหนือจากปัญหาเรื่องความไม่ครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพของประชาชนแล้วระบบสวัสดิการสุขภาพ และการประกันสุขภาพแต่ละระบบยังมีความแตกต่างกันทั้งในเรื่องของวัตถุประสงค์ วัตถุประสงค์ของระบบ ประชากรที่ได้รับความคุ้มครอง สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ แหล่งที่มาของเงินในแต่ละระบบงบประมาณค่าใช้จ่ายต่อหัว การอุดหนุน งบประมาณจากรัฐ การเข้าถึง และการใช้บริการในระดับต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน วิธีการจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาล รวมถึงประสิทธิภาพของแต่ละระบบที่แตกต่างกันออกไป มีผลทำให้มาตรฐานของบริการสุขภาพแต่ละระบบแตกต่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งวิธีการจ่ายเงินค่าตอบแทน และเงินอุดหนุนของผู้รับบริการมีผลกระทบต่อแรงจูงใจและพฤติกรรมของผู้ให้บริการทางสุขภาพในการใช้ทรัพยากร และสร้างผลผลิตบริการสุขภาพในรูปแบบต่างกันไป ซึ่งส่งผลกระทบต่อประชาชนในการได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณลักษณะ และมาตรฐานที่แตกต่างกัน ขาดความเท่าเทียมกันในสิทธิขั้นพื้นฐาน (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และ สุภัทลยา คงสวัสดิ์, 2544, หน้า 1) ซึ่งขัดแย้งกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 ที่กำหนดสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนด้านสุขภาพไว้ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายทั้งนี้ตามกฎหมายบัญญัติ” และ “รัฐต้องจัด และส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่มีมาตรฐาน และประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง” (วิจิตร ระวิวงศ์ และคณะ, 2544, หน้า 2)

การมีหลักประกันด้านสุขภาพอนามัยเมื่อยามเจ็บป่วยโดยไม่มีฐานะทางเศรษฐกิจเป็นอุปสรรคขัดขวาง ถือได้ว่าเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนพึงได้รับ จากหลักการดังกล่าวได้เป็นที่ยอมรับไปทั่วโลก และองค์การสหประชาชาติได้พยายามที่จะผลักดันให้เกิดขึ้นในหลายประเทศ โดยที่รัฐบาลของประเทศที่เป็นสมาชิกขององค์การอนามัยโลกได้ยอมรับ และพยายามที่จะดำเนินการให้ประชาชนทุกคนมีหลักประกันด้านสุขภาพ เพื่อเป้าหมายการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า

จากเหตุผลดังกล่าว ประเทศไทยจึงได้พยายามที่จะขยายหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ และเมื่อรัฐบาลภายหลังการเลือกตั้งทั่วไปเมื่อวันที่ 6 มกราคม 2544 ได้เสนอนโยบาย 30 บาทรักษาได้ทุกโรค จึงทำให้เกิดการผลักดันให้เกิดการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งนโยบาย 30 บาทรักษาได้ทุกโรคนี้มีความสอดคล้องกับเนื้อหาของการปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนั้นทางภาครัฐ คือ กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงได้ดำเนินการสร้างโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้น โดยมีเป้าหมาย คือ ต้องการให้ประชาชนทั้ง 61 ล้านคนได้รับบริการชุดสิทธิประโยชน์หลักที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน (“สรุปสาระการประชุมฯ”, 2544, หน้า 203) ส่งเสริมให้เกิดความเป็นธรรม (Equity) ในการกระจายภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพไปสู่คนหมู่มากในลักษณะของการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขตามฐานะ และความสามารถทางเศรษฐกิจ ส่งเสริมให้เกิดความเท่าเทียมกัน (Equality) ในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นภายใต้กรอบมาตรฐานเดียวกัน อีกทั้งยังต้องการให้เกิดประสิทธิภาพ (Efficiency) ในระบบสุขภาพทั้งด้านการจัดสรรทรัพยากร และการใช้ทรัพยากรให้ตรงต่อความต้องการ มีการเลือกใช้บริการและเทคโนโลยีที่เหมาะสม และคุ้มค่า (คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544, หน้า 23)

แต่การเปลี่ยนจากระบบประกันสุขภาพแบบเดิมมาสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น ย่อมทำให้โรงพยาบาลต้องมีการปรับตัวอย่างมาก เนื่องจากมีการปฏิรูประบบการจัดสรรเงินงบประมาณ โดยจากเดิมโรงพยาบาลมีรายรับจากเงินงบประมาณที่จัดสรรจากส่วนกลางส่วนภูมิภาค และเงินที่ผู้ป่วยจ่ายเอง มาสู่การจัดสรรงบประมาณแบบเหมาจ่ายล่วงหน้าโดยจ่ายเป็นรายหัวต่อปีตามจำนวนประชากรที่มากขึ้นทะเบียนกับสถานบริการทั้งในระดับปฐมภูมิ และระดับโรงพยาบาล โดยใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมเป็นข้อมูลประกอบ นอกจากนี้รายรับของโรงพยาบาลที่เคยได้รับโดยตรงจากผู้ป่วยจะลดลงอย่างมาก เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ และต้องรับผิดชอบจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองได้เปลี่ยนมาอยู่ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลสารภีเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง โดยในแต่ละปีที่ผ่านมาโรงพยาบาลสารภีได้รับเงินในการดำเนินงานจากการจัดสรรงบประมาณที่รัฐบาลจัดสรรให้ และรายได้อีกส่วนหนึ่งมากจากการเก็บค่ารักษาพยาบาลจากผู้ป่วย เมื่อโรงพยาบาลสารภีได้เริ่มดำเนินการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเมื่อ 1 มิถุนายน 2544 ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการจัดสรรเงินงบประมาณจากระบบเดิมไปสู่ระบบการจัดสรรเงินงบประมาณตามจำนวนประชาชนที่ขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลซึ่งการเปลี่ยนแปลงระบบการจัดสรรเงินงบประมาณดังกล่าว ทำให้โรงพยาบาลจำเป็นต้องปรับตัว วางแผน และจัดสรรการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ซึ่งในการปรับตัวดังกล่าวอาจเกิดผลกระทบต่อประสิทธิภาพ และความเป็นธรรมในการรักษาพยาบาลได้

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษา และเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้ป่วยจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง และผู้ป่วยสวัสดิการรักษารักษาพยาบาลข้าราชการ และเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่ใช้สิทธิจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองก่อนที่จะมีการดำเนินการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับผู้ป่วยรายเดียวกัน แต่เปลี่ยนมาใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งผลที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการสะท้อนให้เห็นถึงความเสมอภาค ความเป็นธรรม คุณภาพ และประสิทธิภาพของบริการทางสุขภาพ และนำ ข้อมูลที่ได้ไปปรับปรุงการใช้ทรัพยากรทางสุขภาพให้เกิดประโยชน์อย่างคุ้มค่ายิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

- 1 เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้ป่วยที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง และผู้ป่วยสวัสดิการรักษารักษาพยาบาลข้าราชการ ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยก่อนใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและหลังใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่

ขอบเขตของการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาค้นคว้า (descriptive study) โดยศึกษาเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลระหว่างผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้ป่วยที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง และผู้ป่วยสวัสดิการรักษารักษาพยาบาลข้าราชการ ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่ในระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2544 - 31 ธันวาคม 2544 และเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลระหว่างก่อนใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และหลังใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

1. ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล หมายถึง ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลสารภีเรียกเก็บจากผู้ป่วยทุกครั้งที่มีรับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โดยแบ่งออกเป็น ค่ายา และเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา ค่าหัตถการ ได้แก่ ค่าบริการตรวจวินิจฉัยต่างๆ เช่น ค่าเอ็กซเรย์ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ และค่าบริการรักษาพยาบาลอื่นๆ เช่น ค่าทำแผล ค่าฉีดยา ค่าทำบัตร ค่าบริการทางการแพทย์ ฯลฯ

2. ผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หมายถึง ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตนในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่

3. ผู้ป่วยจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง หมายถึง ผู้ป่วยที่ต้องชำระเงินค่ารักษาพยาบาลเอง โดยไม่มีสิทธิในการลดหย่อนค่ารักษาพยาบาล และมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่

4. ผู้ป่วยสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการ และมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่

ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา

1. นำข้อมูลที่ได้มาใช้ประกอบการพัฒนารูปแบบการให้บริการให้เกิดความเสมอภาค และความเป็นธรรม

2. เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาประเมินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของจังหวัดเชียงใหม่