

ปัญหา การรับบริการ **สุขภาพ** ภายใต้ ระบบต่างๆ



ปริทัศน์งานวิจัยเรื่อง
"ปัญหาการรับบริการสุขภาพภายใต้ระบบต่างๆ"

โดย...

รศ.วิจิตร ระวังค์ และคณะ

เรียบเรียงโดย...

ยุทธ บัญแผ้วผล - ชารินา ศรีกฤษณผล

W160
ว523ป
มปป.
ฉ.2



จัดพิมพ์โดย

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ

สนับสนุนการจัดพิมพ์โดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข



ปัญหา การรับบริการ

5 ระบบประกันสุขภาพ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 ได้กำหนดสิทธิของประชาชนด้านสุขภาพไว้ใน 2 มาตรา ได้แก่ มาตรา 52 ซึ่งระบุว่า "บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ" และมาตรา 82 ระบุว่า "รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง"



จากบทบัญญัติของกฎหมายสูงสุดของประเทศดังกล่าว กำลังเป็นที่มาของความเคลื่อนไหว เพื่อให้มี "สุขภาพดี ถ้วนหน้า" สำหรับประชาชน

- ในปัจจุบัน ไทยเรามีระบบประกันสุขภาพทั้งหมด 5 ระบบ ประกอบด้วย 1.ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ 2.ระบบประกันสังคม 3.ระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจ 4.ระบบโครงการสวัสดิการประชาชน



ด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) และ 5.ระบบการประกันสุขภาพเอกชน

ซึ่งการมีหลักประกันในรูปแบบต่างๆ ดังกล่าว ได้ช่วยให้ประชาชนได้มีทางเลือกในกรณีที่เกิดการเจ็บป่วย แต่อย่างไรก็ตาม จากกรณีวิเคราะห์ของนักวิชาการด้านสุขภาพจำนวนหลายคนพบว่า ยังมีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับหลักประกันสุขภาพ อย่างน้อย 4 ประเด็นหลัก คือ 1.ค่าใช้จ่ายสูงเป็นภาระทั้งต่อรัฐและประชาชน 2.ความไม่เสมอภาคระหว่างระบบประกันสุขภาพประเภทต่างๆ 3.คุณภาพของบริการ และ 4.ประชาชนจำนวนมากยังขาดหลักประกันสุขภาพ เนื่องจากไม่ได้เข้าอยู่ในระบบประกันสุขภาพใดๆ ทั้งสิ้น หรือเป็นผู้อยู่นอกระบบประกันสุขภาพ ซึ่งมีประมาณ 12-20 ล้านคน

นอกจากนี้ หากพิจารณาจากระบบประกันสุขภาพทั้ง 5 ระบบข้างต้น จะเห็นได้ว่า การให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในปัจจุบันค่อนข้างเป็นการแยกส่วนและกระจายความรับผิดชอบไปสู่หลายหน่วยงาน ซึ่งการขาดความเป็นเอกภาพดังกล่าว อาจมีส่วนทำให้ประชาชนไม่ได้รับบริการอย่างทั่วถึงหรือไม่ดีพอตามเจตนารมณ์ของรัฐบาล ซึ่งได้จ่ายเงินจำนวนมหาศาลตลอดมา เพื่อการนี้

แล้วเราจะแก้ปัญหานี้กันอย่างไร จึงเป็นคำถามที่นักวิชาการด้านสาธารณสุข ควรมาช่วยกันหาคำตอบ ???

ปรัชญา ของระบบประกันสุขภาพ

ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ

และพนักงานรัฐวิสาหกิจ

เป็นระบบประกันสุขภาพที่จัดขึ้นก่อนระบบอื่นทั้งหมด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นสวัสดิการแก่ผู้ที่เป็นลูกจ้างของทางราชการและที่เกษียณอายุราชการ มีพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาลรองรับ ซึ่งการได้รับสวัสดิการดังกล่าว ตั้งอยู่บนพื้นฐานที่ว่า สิทธิประโยชน์นี้เป็นส่วนหนึ่งของ "สัญญาจ้าง" ที่ทำให้ข้าราชการยอมรับเงินค่าจ้างในอัตราที่ต่ำกว่าภาคเอกชน ดังนั้น สิทธิทางสวัสดิการจึงเป็นสิ่งที่ข้าราชการพึงมีพึงได้ และเป็นการอุดหนุนด้านขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งในบรรดาหลักประกันสุขภาพทั้งหมด ถือว่าสวัสดิการนี้ให้ประโยชน์คุ้มครองที่ดีที่สุด และครอบคลุมถึงบุคคลในครอบครัว โดยผู้รับประโยชน์ไม่ต้องจ่ายเงินสมทบแต่อย่างใดสำหรับผู้มีสิทธิในระบบนี้มีประมาณ 8 ล้านคน.

ระบบประกันสังคม

แม้จะมีแนวความคิดเกี่ยวกับประกันสังคมอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรม เมื่อปี 2495 และมีกฎหมายประกันสังคมฉบับแรกตั้งแต่ปี 2497 แต่กฎหมายประกันสังคมที่มีผลบังคับใช้และมีการดำเนินการได้ประกาศใช้ในปี 2533

เนื่องจากก่อนหน้านั้น มีการแสดงความคิดเห็นคัดค้านจากประชาชนและกลุ่มนักธุรกิจ อันเนื่องมาจากความไม่ชัดเจน สำหรับการประกันสังคมในปัจจุบันได้ยึดหลักการจัดสวัสดิการให้ประชาชนแต่ละคนช่วยเหลือตนเองและครอบครัว และช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างบุคคลในสังคม ด้วยการออมรายได้ประจำตามความสามารถของแต่ละบุคคล สะสมไว้ในกองทุนกลาง มีนายจ้างและรัฐบาลช่วยออกเงินสมทบทุนด้วย และกองทุนนี้จะช่วยดูแลบุคคลผู้ประกันตนและครอบครัวในกรณีต่างๆ เพื่อให้พ้นจากความเดือดร้อนสำหรับผู้ อยู่ในข่ายประกันตนและมีสิทธิใช้บริการรักษายาบาล มีประมาณ 5-6 ล้านคน



ระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจ

ในแผนพัฒนาสาธารณสุขระยะที่ 6 (2530-2534) ได้ระบุนโยบายไว้ชัดเจนว่า "รัฐจะสนับสนุนและส่งเสริมการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ" โดยกระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินการจำหน่ายบัตรสุขภาพ เมื่อปี 2536 ราคาบัตรละ 500 บาท มีอายุบัตร 1 ปีนับตั้งแต่วันออกบัตร ประชากรกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ที่ไม่อยู่ในความคุ้มครองของระบบสวัสดิการหรือประกันสุขภาพแบบอื่น และกลุ่มประชากรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ต่ำจนเกินไป โดยเฉพาะในเขตชนบท ซึ่งปัจจุบันประมาณการว่า ครอบคลุมประชากรราว 8.5 ล้านคน

โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปส.)

จัดเป็นสวัสดิการสงเคราะห์ที่รัฐให้เป็นหลักประกันในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของประชาชนผู้มีรายได้น้อยในยามเจ็บป่วย โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายจากผู้รับบริการ รัฐบาลเป็นฝ่ายรับภาระค่าใช้จ่าย สถานพยาบาลของรัฐเป็นผู้ให้บริการ ผู้มีสิทธิได้รับสวัสดิการประเภทนี้ พิจารณาจากรายได้เป็นเกณฑ์ ได้แก่ คนโสดที่มีรายได้น้อยไม่เกิน 2,000 บาทต่อเดือน บุคคลในครอบครัวเดียวกัน รายได้รวมกันไม่เกินเดือนละ 2,800 บาท และผู้เยาว์ซึ่งไม่ได้อยู่ในอุปการะของบุคคลข้างต้น และมีรายได้น้อยไม่เกินเดือนละ 2,000 บาท สำหรับผู้มีสิทธิภายใต้ระบบนี้มีจำนวนประมาณ 29-30 ล้านคน หรือเกือบครึ่งหนึ่งของประชากรทั้งประเทศ

การประกันสุขภาพเอกชน

การประกันสุขภาพภาคเอกชนในประเทศไทย ที่ดำเนินการในลักษณะธุรกิจประกันสุขภาพโดยเฉพาะ เริ่มจากการจดทะเบียนของ “บริษัทการแพทย์และสาธารณสุขไทย” เมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2521 ต่อมา บริษัทประกันชีวิตและบริษัทประกันวินาศภัยหลายแห่งได้ขยายธุรกิจโดยผนวกการประกันสุขภาพไว้ด้วย ซึ่งปัจจุบันสามารถจำแนกธุรกิจประเภทนี้ได้ 3 ประเภท คือ บริษัทประกันชีวิตที่ขายสัญญาประกันสุขภาพเพิ่มเติมแบบทำกรมธรรม์หลัก 2.บริษัทประกันวินาศภัยที่จดทะเบียนเพื่อทำธุรกิจประเภทประกันสุขภาพโดยเฉพาะ และ 3.โรงพยาบาลเอกชนที่เปิดโอกาสให้มีการสมัครเป็นสมาชิก เพื่อจะได้รับสิทธิพิเศษบางประการในการรักษาพยาบาล ซึ่งทั้ง 3 รูปแบบนี้มีกลุ่มอยู่ภายใต้ระยะเวลา 1 ปี หรือต่อสัญญาปีต่อปี ผู้ประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชน มีจำนวนประมาณ 2-4 ล้านคน และในจำนวนนี้อาจรวมผู้ที่มีหลักประกันภายใต้ระบบอื่นอยู่ด้วย

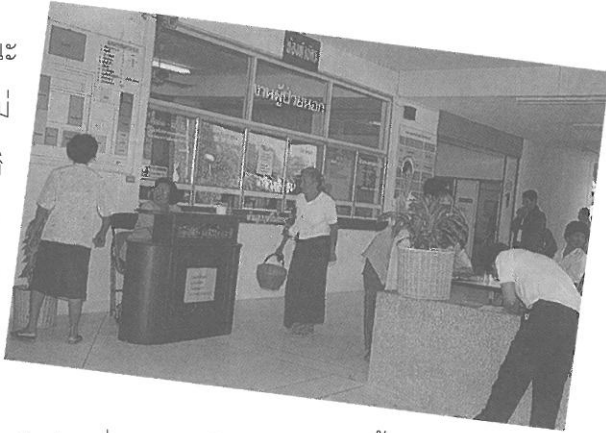
จากการศึกษาวิจัยของ รองศาสตราจารย์วิจิตร ระวังวงศ์ และคณะเกี่ยวกับปัญหาการรับบริการสุขภาพภายใต้ระบบต่างๆ ซึ่งใช้รูปแบบการศึกษามผสมผสานกันระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยการสนับสนุนของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) พบว่า การรับบริการสุขภาพภายใต้ระบบสุขภาพ ยังมีปัญหาพร้อมและปัญหาเฉพาะอยู่ทุกระบบ แม้ว่าระดับความพอใจและความรู้สึกว่าได้รับการปฏิบัติที่เท่าเทียมจะมีอยู่สูงพอสมควร

ผลวิจัย... ทุกระบบ ยังมีปัญหา วิเคราะห์จาก เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ส่วนปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการลดจำนวนของผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นคนยากจนและผู้ด้อยโอกาส คือ การเข้าไม่ถึงการมีสิทธิบัตร สปร. รวมทั้งการไม่มีรายได้ที่แน่นอน พอจะซื้อบัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจได้ ทำให้ยังคงมีผู้อยู่นอกระบบประกันเป็นจำนวนมากหรือประมาณ 12-20 ล้านคน จึงเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการมี “สุขภาพดีถ้วนหน้า”

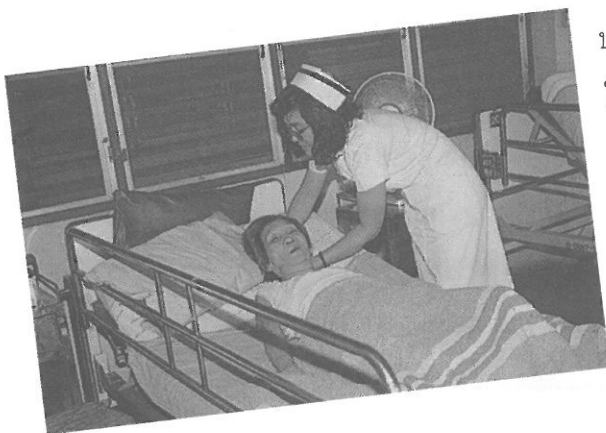
นอกจากนี้ คณะผู้วิจัยยังวิเคราะห์ถึงปัญหาของระบบประกันสุขภาพว่า มีสาเหตุมาจากระเบียบและกฎเกณฑ์ของระบบที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา สถานพยาบาลมุ่งรักษาผลประโยชน์ขององค์กรและเจ้า

หน้าที่มากเกินไป ขณะที่ผู้รับบริการเองก็ไม่ทำความเข้าใจในสิทธิประโยชน์ของบัตรข้ามขั้นตอน ต้องการไปโรงพยาบาล แม้จะเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยหรือเป็นความเจ็บป่วยที่สามารถเข้ารับการรักษาขั้นต้นจากสถานบริการใกล้บ้านได้



สำหรับข้อเสนอแนะเพื่อปรับระบบการบริการจัดการบริการสุขภาพนั้น ทางคณะผู้วิจัยฯ ไม่สนับสนุนการรวมศูนย์ให้มีระบบเดียว โดยให้เหตุผลว่าเป็นการไม่เปิดโอกาสให้ประชาชนมีทางเลือก และไม่สอดคล้องกับหลักการกระจายอำนาจ ตรงกันข้ามควรปรับปรุงระบบต่างๆ ที่มีอยู่เดิมให้มีประสิทธิภาพและจัดให้ประชาชนที่ยังอยู่นอกระบบประกันสุขภาพได้เข้าอยู่ในระบบที่เหมาะสม โดยไม่จำเป็นต้องจัดให้มีระบบใหม่มารองรับ

คณะผู้วิจัยฯ ยังเสนอว่า ในการปรับปรุงระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่เดิม ควรคำนึงถึงการให้ความเสมอภาคและบริการที่มีคุณภาพแก่ผู้รับ



บริการในทุกระบบ ให้ความคุ้มครอง ป้องกันโรคควบคู่ไปกับการรักษาที่ใช้ทรัพยากรพอเหมาะ พิจารณาให้มีการจ่ายร่วม

จากผู้รับบริการทุกระบบโดยคำนึงถึงความสามารถในการจ่าย รัฐควรสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมสำหรับโรงพยาบาลที่มีภาระค่าใช้จ่ายสูง ควรมีฐานข้อมูลกลางด้านสาธารณสุข และทุกสถานพยาบาลควรมีระบบฐานข้อมูลเชื่อมโยงกัน

นอกจากนี้ คณะผู้วิจัยฯ ยังเสนอแนะว่า ควรมีระบบตรวจสอบมาตรฐานคุณภาพของสถานพยาบาลเพื่อรองรับการออกนอกกระบวน ซึ่งควรเป็นในรูปของคณะกรรมการกลางที่แต่งตั้งโดยกระทรวงสาธารณสุข และมีบุคคลภายนอกร่วมเป็นกรรมการด้วย ควรให้ชุมชนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการบริการสุขภาพระดับท้องถิ่น โดยประสานงานกับนักการเมืองท้องถิ่นและสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรในเขต รวมทั้งการหาเกณฑ์วัดรายได้ที่น่าเชื่อถือ เพื่อจัดให้ประชาชนเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพที่เหมาะสม โดยควรเร่งจัดทำเพื่อรองรับประชาชนที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ

คณะผู้วิจัย
 รศ. วิจิตร ระวังวงศ์
 นพ.ชาย ธีระสุด นพ.ประวี อ่ำพันธุ์
 ดร.ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล ผศ.ธัญญา สนิทวงศ์ ณ อยุธยา
 ผศ.สุรียนต์ สุวรรณราช นางสุกัญญา เพชรญาติ
 นางกุลจิตร รุญเจริญ นางศศิธร ไชยสังข์
 นส.วิวรรณ แสงทอง

“
 คณะผู้วิจัยฯ
 ไม่สนับสนุนการรวมศูนย์ให้ระบบเดียวโดยให้เหตุผลว่าเป็นการไม่เปิดโอกาสให้ประชาชนมีทางเลือกและไม่สอดคล้องกับหลักการกระจายอำนาจ
 ”

ปัญหาการรับบริการสุขภาพภายใต้ระบบต่าง ๆ

ผลวิจัย...สู่ระบบยังปัญหา

ตัวอย่าง...

ปัญหา

5 ระบบประกันสุขภาพ

คำรักษาพยาบาลแพงกว่าสวัสดิการข้าราชการ

เด็กชายอายุ 12 ปี ป่วยเป็นเนื้องอกในสมอง พ่อและแม่เป็นข้าราชการ แพทย์โรงพยาบาลชุมชนส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งเป็นโรงเรียนแพทย์ในกรุงเทพฯ ได้รับการผ่าตัดขั้นต้นเสียค่าใช้จ่ายประมาณ 10,000 บาท เนื่องจากยาที่ใช้บางส่วนราคาแพง เบิกไม่ได้ แพทย์นัดให้มาผ่าตัดซ้ำใน 1 เดือน เพื่อเอาเนื้องอกออก หลังผ่าตัดผู้ป่วยอยู่ห้องพิเศษรวมมีค่ารักษาที่ต้องจ่ายเองประมาณ 100,000 บาท พ่อแม่มีปัญหาค่าใช้จ่ายสูงระหว่างผ่าตัด เพราะพ่อเป็นผู้ขายนอนฝ้าไม่ได้ ต้องเสียค่าโรงแรมและค่าแท็กซี่มาโรงพยาบาลให้ทัน 08.00 น. ทุกวัน ครั้งหลังนี้ต้องเสียค่ายาและอุปกรณ์การแพทย์สูงกว่าครั้งแรก เงินเดือนของพ่อแม่ต้องจ่ายเป็นค่าดอกเบี้ยยทั้งหมด และมีภาระหนี้สินเกินกว่าความสามารถของข้าราชการระดับกลาง-ล่าง ทั้ง 2 คนจะแบกรับได้

ประกันสังคมตีความผิด...กรรมตกที่ผู้ป่วย

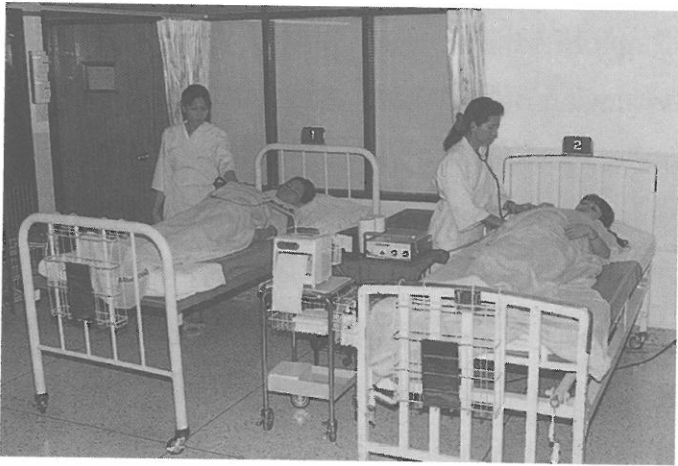
ผู้ประกันตนเป็นช่างเชื่อมของบริษัทรับเหมาก่อสร้างแห่งหนึ่ง ร่วมกับเพื่อนคนงานประมาณ 10 คน นั่งรถของบริษัทไปทำงานนอกสถานที่

แต่รถเกิดอุบัติเหตุพลิกคว่ำทำให้ผู้ประกันตนหมดสติ ถูกนำส่งโรงพยาบาลเอกชนใกล้ที่เกิดเหตุ เมื่อฟื้นปรากฏว่าแขน ขา ทั้งหมดขยับไม่ได้ ร่างกายไม่มีความรู้สึกตั้งแต่คอลงไป ต้องใช้เครื่องหายใจ และนอนบนเตียงตลอดเวลา 4 เดือนโดยอาการไม่ดีขึ้นเลย ต่อมามีการติดตัวของปอด หายใจเองได้น้อยลง โรงพยาบาลเบิกค่ารักษาจากกองทุนทดแทน เนื่องจากสำนักงานประกันสังคมจังหวัดตีความว่า เป็นการบาดเจ็บในงาน ซึ่งเบิกได้สูงสุด 85,000 บาท แต่ค่ารักษาทั้งสิ้น 315,000 บาท พ่อต้องหามาจ่ายอีก 230,000 บาท ประกันสังคมพิจารณาจ่ายเงินทดแทนให้เดือนละ 2,266 บาทชดเชยความทุกข์ทรมาน เมื่อเงินหมด ญาติได้นำกลับมารักษาที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดที่มีภูมิลำเนาอยู่ โดยผู้ป่วยไม่มีสิทธิคุ้มครองใดๆ ขณะที่ค่าใช้จ่ายในการรักษาก็เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ กรณีนี้การตีความว่าเป็นการเจ็บป่วยในงานทำให้ผู้ป่วยไม่ได้ใช้สิทธิคุ้มครองค่ารักษาพยาบาลตาม พ.ร.บ.ประกันสังคม ซึ่งอาจช่วยเหลือผู้ป่วยได้มากกว่า

บัตรประกันสุขภาพไร้ผล...เพราะความยากจนเป็นเหตุ

ผู้ป่วยเป็นเด็กหนุ่มอายุ 17 ปี ครอบครัวยากจน ขับรถจักรยานยนต์ของเพื่อนไปโรงเรียน โดยเพื่อนนั่งซ้อนท้าย ไปชนกับรถที่สวนมาได้รับบาดเจ็บทั้งสองคน แต่ผู้ป่วยมีอาการหนักกว่า คือ กระดูกต้นขาซ้ายขิด สะโพกหัก ต้องผ่าตัดและนอนโรงพยาบาล 18 วัน แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ โดยใช้ไม้ค้ำยันช่วยในการเดิน โรงพยาบาลเบิกค่ารักษาพยาบาลจากบริษัทประกันภัยตาม พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ 15,000 บาท และมีค่ารักษาส่วนเกิน 17,000 บาท ซึ่งแม่ได้อ่อนวอนขอจ่ายเพียง 2,000 บาท เท่าที่สามารถไปกู้ยืมมาได้ ครอบครัวไม่มีสิทธิบัตรใดๆ เจ้าหน้าที่จึงแนะนำให้ซื้อบัตรสุขภาพ ซึ่งแม่ก็ซื้อด้วยเงินที่กู้ยืมมาอีกเช่นกัน

ต่อมาแพทย์นัดให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล เพื่อติดตามการรักษาทุกเดือน แต่เนื่องจากไม่มีค่ารถและอาการทั่วไปก็ปกติดี ผู้ป่วยจึงไม่ได้มาพบแพทย์เป็นเวลา 6 เดือน จนกระทั่งเกิดมีอาการปวดสะโพกมากและเดินไม่ถนัด จึงมาพบแพทย์และได้รับทราบจากแพทย์ว่า เหล็กที่ใส่ไว้เคลื่อน ต้องผ่าตัดใส่ข้อสะโพกเทียมและต้องจ่ายค่าอุปกรณ์ 34,000 บาท โดยไม่สามารถใช้สิทธิตามบัตรประกันสุขภาพได้ กรณีนี้แม่ต้องวิ่งเต้นขอความช่วยเหลือจากบุคคลหลายฝ่ายและหลายขั้นตอน เพื่อให้มีการชี้แจงแพทย์ผู้รักษาให้ทราบสภาพปัญหาของครอบครัวผู้ป่วยและสิทธิประโยชน์ของบัตรประกันสุขภาพ จึงได้รับการรักษาโดยใช้สิทธิบัตรคุ้มครองในรายการค่ารักษาที่มีราคาแพง ส่วนที่เกินจากการคุ้มครองได้รับอนุเคราะห์ฟรี



เปลี่ยนโรงพยาบาลหมดสิทธิ์ใช้ สปร.

ผู้ป่วยหญิงอายุ 35 ปี ตั้งครรภ์แรก ครอบครัวมีบัตร สปร. จึงได้ฝากครรภ์ที่สถานีอนามัยในหมู่บ้าน แต่เพราะเกรงว่าจะมีความเสี่ยงสูงในการคลอด เนื่องจากอายุมาก จึงไปฝากครรภ์ต่อที่โรงพยาบาลชุมชน ผู้

ป่วยไม่มีปัญหาใดๆ ระหว่างฝากครรภ์ แต่เมื่อเลยกำหนดคลอดถึง 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยยังไม่เจ็บครรภ์ ทันทีที่ปวดท้องคลอด ซึ่งเป็นเวลากลางคืนจึงเหมารถไปที่โรงพยาบาลที่ฝากครรภ์ วันเต็มผ่านไปยังไม่คลอด สามิและญาติกังวลว่าจะเป็นอันตราย จึงไปขอร้องพยาบาลให้ส่งต่อไปทำการคลอดที่โรงพยาบาลจังหวัด พยาบาลแจ้งว่า ถ้าจะให้ส่งไป ญาติจะต้องเซ็นยินยอมว่าจะไม่ใช้สิทธิ สปร. เนื่องจากการคลอดสามารถทำได้ในโรงพยาบาลชุมชน สามิผู้ป่วยยอมเซ็นดี ไม่มีทางเลือก เนื่องจากเป็นห่วงความปลอดภัยของภรรยาที่โรงพยาบาลจังหวัด แพทย์ได้ผ่าตัดทำการคลอดให้ ซึ่งปลอดภัยทั้งแม่และลูก ค่าผ่าตัดรวมค่านอนโรงพยาบาล 7 วันเป็นเงิน 6,800 บาท แต่สามิผู้ป่วยจ่ายได้เพียง 1,000 บาท เมื่อไปพบนักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งชักชวนไปเยี่ยมมากมาย เขาต้องจ่ายเงิน 500 บาทสุดท้ายที่เขามิ.

บริษัทประกันเล่นแแง...ให้แพทย์ยืนยันการเจ็บป่วย

ชายผู้หนึ่งมีประสบการณ์เกี่ยวกับการใช้สิทธิการประกันสุขภาพซึ่งบริษัทที่ทำงานทำประกันสุขภาพหมู่ให้เป็นสวัสดิการแก่พนักงานทุกคนมา 7 ปีติดต่อกันกับบริษัทประกันแห่งเดียวตลอด วันหนึ่งไปพบแพทย์เนื่องจากมีอาการหายใจติดขัด แพทย์บอกว่าเป็นเนื้องอกในโพรงจมูก ต้องผ่าตัด ซึ่งจะมีค่าใช้จ่ายประมาณ 2 - 3 หมื่นบาท บริษัทประกันแจ้งว่ากรณีนี้จะเบิกได้เฉพาะเมื่อแพทย์ที่รักษายืนยันว่า เขาไม่ได้เป็นเนื้องอกมาก่อนการมีสิทธิจากการประกันสุขภาพหมู่ ซึ่งแพทย์ไม่สามารถยืนยันได้เนื่องจากอาการป่วยกำเริบ ผู้ป่วยจึงต้องเข้ารับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลเอกชน ค่าผ่าตัดและรักษาพยาบาล 27,000 บาท บริษัทที่ทำงานอยู่ได้ช่วยต่อรองกับบริษัทประกันให้เบิกค่าใช้จ่ายให้ ทางบริษัทยอมจ่าย 25,000 บาท ต้องรับผิดชอบเอง 2,000 บาท.

ระบบประกันสุขภาพในสายตาของ...

ผู้ทรงคุณวุฒิ

ดร.อาทิตย์ อุไรรัตน์

อดีตรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

(สัมภาษณ์โดย...คณะผู้วิจัยฯ)



“ผมเห็นว่า การมีระบบประกันสุขภาพ 5 ระบบนั้น ดีอยู่แล้ว เพราะครอบคลุมประชาชนทั้งหมด หลักการก็คือ ประชาชนทุกคน ไม่ว่าจะยากดีมีจน จะต้องได้รับการบริการเหมือนกัน รัฐต้องให้ความสนใจ เอาใจใส่ต่อคนยากจน และรัฐมีหน้าที่หลักที่จะต้องติดตามตรวจสอบการทำงานของระบบประกันสุขภาพทุกระบบ

อย่างไรก็ตาม ยอมรับว่าในทางปฏิบัติประชาชนยังได้รับการสุขภาพไม่ทั่วถึง และเป็นธรรม เนื่องจาก 1.การสนับสนุนงบประมาณของรัฐในระบบสปร. ประกันสุขภาพ หรือแม้แต่ประกันสังคมนั้น ยังไม่เพียงพอ 2.ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ รัฐเป็นผู้ให้บริการและรัฐก็เป็นผู้จ่ายเงิน ไม่มีระบบการตรวจสอบ ทำให้เกิดการทุจริตได้ง่าย 3.ประสิทธิภาพการบริหารจัดการยังไม่ได้ดีพอ

ส่วนแนวทางการปรับปรุงระบบประกันสุขภาพนั้น ผมคิดว่าประชาชนทุกคนต้องเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ ต้องนำเอาหลักการประกันสุขภาพมาใช้กับทุกระบบ โดยมุ่งเน้นทั้งการป้องกันและรักษาสุขภาพควบคู่กันไป รัฐจะต้องปรับเปลี่ยนกฎเกณฑ์หรือขั้วกฎเกณฑ์ของระบบสปร.ให้สอดคล้องกับความเป็นจริง และสามารถครอบคลุมคนยากจนที่มีอยู่ในสังคม ควรปรับเงินสมทบหรืองบประมาณที่รัฐจัดสรร เพื่อสนับสนุนระบบประกันสุขภาพ ส่วนประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการจ่ายเงินในการรับบริการสุขภาพทุกระบบ และจะต้องเพิ่มเงื่อนไขในการตรวจสุขภาพการเจ็บป่วยของระบบประกันสุขภาพของทุกระบบเอาไว้ด้วย”

บพ.เสรี อุจินดา

รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

(สัมภาษณ์โดย...คณะผู้วิจัยฯ)



“ระบบประกันสุขภาพแต่ละระบบแตกต่างกัน สำนักงานประกันสังคมดูแลผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม ประมาณ 2 - 3 ล้านคน ขณะที่สำนักงานประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข ดูแลประชากรภายใต้ระบบประกันสุขภาพ ได้แก่ ผู้ถือบัตร สปร. บัตรประกันสุขภาพ และผู้ที่ไม่อยู่ในระบบประกันสุขภาพใดๆ ซึ่งรวมแล้วมีประมาณ 40 ล้านคน ส่วนงานด้านสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและการประกันสุขภาพเอกชน ไม่ได้อยู่ในความดูแลของสำนักงานประกันสุขภาพ อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาทุกระบบประกันสุขภาพแต่ละบัตรพบว่า ผู้ถือบัตรส่วนมากเป็นผู้ที่เจ็บป่วย ผู้ที่ไม่เจ็บป่วยก็ไม่มาถือบัตร ทำให้รายรับต่ำ ขณะที่รายจ่ายสูง ไม่สามารถนำรายรับมาถัวเฉลี่ยกันได้ โรงพยาบาลจึงขาดทุน

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้ทุกโรงพยาบาลต้องขายบัตรประกันสุขภาพให้มาก เป้าหมาย คือ 2.4 ล้านบัตร เท่ากับ 12 ล้านคน เพราะถ้าคนส่วนใหญ่มีบัตรประกันสุขภาพ ก็เท่ากับเป็นความคุ้มครองความเจ็บป่วย โรงพยาบาลก็จะลดรับภาระการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ไม่มีบัตร และยังมีรายรับจากการขายบัตรมาถัวเฉลี่ยกับรายจ่ายได้มากขึ้น จะทำให้โรงพยาบาลไม่ขาดทุน จึงจำเป็นต้องมีการประชาสัมพันธ์ แต่ปัจจุบันโรงพยาบาลของรัฐขาดทุนคลาการ จึงไม่สามารถทำหน้าที่ในการประชาสัมพันธ์ได้อย่างกว้างขวาง

ส่วนการปรับปรุงระบบประกันสุขภาพนั้น ผมเห็นว่ากรมมีหลายระบบย่อยมี ซึ่งหลักการของรัฐที่กำหนดในแต่ละระบบดีอยู่แล้ว แต่จะต้องมีการประสานกันให้ดีและเหมาะสม ปัญหาแต่ละระบบเป็นปัญหาปลีกย่อย ต้องแก้ไขปัญหาที่ตัวระบบของมันเอง ถ้ามีระบบเดียวเป็นการผูกขาดยิ่งไม่ดี นอกจากนี้ แต่ละระบบไม่ควรมีช่องว่างมาก เพื่อให้เกิดความเสมอภาคและเป็นธรรมแก่ประชาชนทุกกลุ่ม และการปฏิรูประบบประกันสุขภาพ ควรมุ่งเน้นการป้องกันเพื่อลดภาระของรัฐในการที่จะต้องมาดูแลผู้เจ็บป่วย”

กรอบแนวคิดในการศึกษา

ความสัมพันธ์ระหว่างระบบประกันสุขภาพ ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ ที่ก่อให้เกิดปัญหาของบริการ



ห้องสมุด ๓๐๐ ปี สมเด็จพระนางเจ้า
00003744