

รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการวิจัยเรื่อง

ลักษณะปัญหาการรับบริการสุขภาพ
ภายใต้ระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ

โดย

รองศาสตราจารย์วิจิตร

นายแพทย์ชาย

นายแพทย์ประวิ

ดร.ทิพาภรณ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ธัญญา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุริยันต์

ระวิวงศ์

ธีระสุด

อำพันธ์

โพธิ์ถวิล

สนิทวงศ์ ณ ออยุธยา

สุวรรณราช

และคณะ

โครงการวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจาก
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

พฤษภาคม 2543

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	(i)
บทคัดย่อ	(ii)
ABSTRACT	(vi)
บทที่ 1 : บทนำ	1
- ความเป็นมาของการวิจัย	1
- ปรัชญาและหลักการของหลักประกันสุขภาพระบบต่าง ๆ	3
- วัตถุประสงค์ของการวิจัย	21
- ขอบเขตการวิจัย	22
- กรอบแนวคิดในการวิจัย	22
- ข้อจำกัดในการวิจัย	24
บทที่ 2 : การทบทวนทางเอกสารวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
- แนวคิดเกี่ยวกับการประกันสุขภาพ	25
- ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับระบบประกันสุขภาพ	27
- ความคิดเห็นเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพภายใต้ระบบต่าง ๆ	28
- ลักษณะปัญหาของผู้รับบริการในระบบประกันสุขภาพ	31
- การเข้าถึงระบบประกันสุขภาพของประชาชน	32
- ความพึงพอใจของผู้รับบริการสุขภาพ	34
- ความเสมอภาคในการได้รับบริการสุขภาพ	35
- การรับบริการของประชาชนที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ	36
- ระบบประกันสุขภาพในบางประเทศ	37
- ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงระบบประกันสุขภาพ ของประเทศไทย	38
บทที่ 3 : ระเบียบวิธีวิจัย	42
บทที่ 4 : ผลการศึกษาเชิงปริมาณ	46
- ลักษณะข้อมูลทั่วไป	46
- การเข้าถึงหลักประกันด้านสุขภาพ	48

	หน้า
- การรับรู้เกี่ยวกับหลักประกันด้านสุขภาพ	50
- การเข้าถึงบริการในสถานพยาบาล	51
- สถานบริการที่กลุ่มตัวอย่างเลือกเมื่อเจ็บป่วย	52
- ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล	53
- ระดับของสถานบริการที่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ในขณะนี้	54
- ความพึงพอใจในการรับบริการรักษาพยาบาล	54
- ความเท่าเทียมของการรับบริการ	55
บทที่ 5 : ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ	57
- ข้อมูลจากกลุ่มเสวนา	57
- ข้อมูลจากกรณีศึกษา	70
- ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้บริหารระดับสูง	75
บทที่ 6 : การวิเคราะห์ผลการศึกษา	81
บทที่ 7 : สรุปและเสนอแนะ	91
ตารางข้อมูลเชิงปริมาณ	103
12 กรณีศึกษา	141
บทสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้บริหารระดับสูง	170
เอกสารอ้างอิง	
คณะวิจัย	

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	: จำนวน / ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้มารับบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพและกลุ่มตัวอย่างผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพจำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป	103 - 111
ตารางที่ 2	: จำนวน / ร้อยละของผู้มารับบริการสุขภาพที่มีบัตร สปร. จำแนกตามขั้นตอนการได้มาซึ่งบัตร	112 - 113
ตารางที่ 3	: จำนวน / ร้อยละของผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพจำแนกตามการเข้าถึงระบบประกันสุขภาพ	114 - 115
ตารางที่ 4	: ร้อยละของการรับรู้เกี่ยวกับระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการของกลุ่มตัวอย่างในระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ	116
ตารางที่ 5	: ร้อยละของการรับรู้เกี่ยวกับระบบประกันสังคมของกลุ่มตัวอย่างในระบบประกันสังคมและกลุ่มผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพ	117
ตารางที่ 6	: ร้อยละของการรับรู้เกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างในระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจและผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพ	118
ตารางที่ 7	: ร้อยละของการรับรู้เกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพเอกชนของกลุ่มตัวอย่างในระบบประกันสุขภาพเอกชนและผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพ	119
ตารางที่ 8	: จำนวน / ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในระบบประกันสุขภาพจำแนกตามลักษณะปัญหาในการเข้าถึงบริการในสถานบริการ	120 - 125
ตารางที่ 9	: จำนวน / ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในระบบประกันสุขภาพจำแนกตามค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาล	126 - 127
ตารางที่ 10	: จำนวน / ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพจำแนกตามการจัดการกับปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาล	128
ตารางที่ 11	: จำนวน / ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในระบบสวัสดิการด้านการรักษายาบาลข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจจำแนกตามปัญหาการเบิกจ่ายเงินค่ารักษายาบาล	129

	หน้า
ตารางที่ 12 : จำนวน / ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในระบบประกันสุขภาพเอกชน จำแนกตามปัญหาการจ่ายค่ารักษาพยาบาล	130
ตารางที่ 13 : จำนวน / ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างภายใต้ระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ จำแนกตามความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับสถานบริการที่เหมาะสม กับโรคที่เป็น	131
ตารางที่ 14 : ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการในระบบสวัสดิการด้านการรักษา พยาบาลของข้าราชการจำแนกตามระดับความพึงพอใจในการเข้ารับ บริการในสถานบริการ	132
ตารางที่ 15 : ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการที่มีบัตรประกันสังคม จำแนกตามความพึงพอใจในการเข้ารับบริการในสถานบริการ	133
ตารางที่ 16 : ร้อยละของผู้รับบริการที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจ จำแนกตามความพึงพอใจในการเข้ารับบริการในสถานบริการ	134
ตารางที่ 17 : ร้อยละของผู้รับบริการที่มีบัตร สปร. จำแนกตามความพึงพอใจ ในการเข้ารับบริการในสถานบริการ	135
ตารางที่ 18 : ร้อยละของผู้รับบริการที่มีบัตรประกันสุขภาพเอกชน จำแนกตามความพึงพอใจในการเข้ารับบริการในสถานบริการ	136
ตารางที่ 19 : ร้อยละของผู้รับบริการที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพจำแนกตาม ความพึงพอใจในการเข้ารับบริการในสถานบริการ	137
ตารางที่ 20 : คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้มีบัตรประกันสุขภาพภายใต้ ระบบต่าง ๆ และผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพ	138
ตารางที่ 21 : ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในระบบประกันสุขภาพ จำแนกตามความคิดเห็นเรื่องความเท่าเทียมด้านการต้อนรับ / การเอาใจใส่ของแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่อื่น	139
ตารางที่ 22 : ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในระบบประกันสุขภาพ จำแนกตามความคิดเห็นเรื่องความเท่าเทียมด้านการให้คำตอบ ที่ชัดเจนเกี่ยวกับอาการ การวินิจฉัยโรค ยาที่ได้รับ และผลข้างเคียง	139

	หน้า
ตารางที่ 23 : ร้อยละของความเท่าเทียมกันของผู้มารับบริการสุขภาพจำแนกตามปริมาณและคุณภาพยาหรือเวชภัณฑ์ที่ได้รับ	140
ตารางที่ 24 : ร้อยละของความเท่าเทียมกันของผู้มารับบริการสุขภาพจำแนกตามการตรวจวินิจฉัยและการตรวจด้วยเครื่องมือตรวจพิเศษที่แพทย์จัดหาให้	140

กิตติกรรมประกาศ

คณะวิจัยขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขทุกท่านที่กรุณาให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับการปรับปรุงรายงานการวิจัยเบื้องต้น เรื่อง “ลักษณะปัญหาการรับบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพต่างๆ” ซึ่งเป็นผลให้มีรายงานฉบับสมบูรณ์ตามมา และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ของสถาบันที่ได้ช่วยจัดหาเอกสาร และช่วยติดตามนัดหมายวันสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิบางท่านให้ด้วย

ขอขอบคุณผู้ที่กรุณาสละเวลาให้ข้อมูล นับตั้งแต่ผู้ร่วมกลุ่มเสวนาผู้ให้สัมภาษณ์ เฉพาะอย่างยิ่งผู้บริหารระดับสูงซึ่งเป็นที่ทราบกันว่าเวลาของท่านแต่ละนาทีมีค่าอย่างยิ่ง เวลาที่ท่านสละให้เป็นการเพิ่มคุณค่างานวิจัยชิ้นนี้โดยแท้

คณะวิจัยมีความภูมิใจที่ได้มีส่วนในการผลิตผลงานซึ่งอาจมีโอกาสดำเนินการนำไปประกอบการพิจารณาเพื่อนำไปสู่ระบบสุขภาพที่ดีกว่าสำหรับคนไทย แม้จะเป็นเพียงส่วนเล็ก ๆ เท่านั้น ก็หวังว่าคงจะมีประโยชน์บ้างไม่มากนัก

คณะวิจัย

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่อง “ลักษณะปัญหาการรับบริการสุขภาพของประชาชนภายใต้ระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ “ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) วิเคราะห์สภาพปัญหาของผู้รับบริการภายใต้ระบบประกันสุขภาพ 5 ระบบที่มีอยู่ในปัจจุบันและผู้รับบริการที่อยู่นอกระบบประกันสุขภาพ 2) วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาด้านการดำเนินการที่เป็นปัญหาต่อผู้รับบริการ 3) วิเคราะห์แบบแผนการให้บริการสุขภาพของประชาชนที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ 4) วิเคราะห์ปัญหาการรับบริการซึ่งเกิดจากจุดอ่อนของระบบและคุณภาพการให้บริการ และ 5) เสนอแนะแนวทาง/กลไกที่จะนำไปสู่การปรับระบบการบริหารจัดการบริการสุขภาพระดับชาติ

วิธีการวิจัยเป็นการผสมผสานระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ การวิจัยเชิงปริมาณเก็บข้อมูลจากผู้รับบริการภายใต้ระบบประกันสุขภาพ 5 ระบบๆ ละ 400 ราย และผู้รับบริการที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ 400 ราย รวม 2,400 ราย ในจังหวัดสมุทรปราการ เชียงใหม่ ปัตตานี และศรีสะเกษ การวิจัยเชิงคุณภาพรวบรวมข้อมูลจากการจัดกลุ่มเสวนา 9 กลุ่ม กรณีศึกษา 12 กรณี และการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิด้านบริการสุขภาพและผู้บริหารระดับสูง 9 ท่าน

ผลการศึกษาเชิงปริมาณพบว่ามีความซ้ำซ้อนของการมีหลักประกันสุขภาพ เฉพาะอย่างยิ่งผู้มีประกันสุขภาพเอกชนจะมีหลักประกันสุขภาพในระบบอื่นด้วยถึงร้อยละ 57.9 ผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพร้อยละ 31.5 เคยอยู่ในระบบประกันสุขภาพระบบใดระบบหนึ่งมาแล้ว และหากจะเข้าสู่ระบบอีกส่วนใหญ่ประสงค์จะใช้บัตร สปร. และบัตรสุขภาพ ผู้ที่ไม่ต้องการเข้าสู่ระบบใดเลยมีร้อยละ 6.5 กลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มเมื่อเจ็บป่วยส่วนใหญ่จะใช้บริการสถานพยาบาลของรัฐ ผู้ใช้บัตร สปร. ร้อยละ 5.6 และผู้ใช้บัตรร้อยละ 8.25 ต้องจ่ายเงินในกรณีที่ลดขั้นตอนหรือไม่แสดงบัตร ผู้ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพร้อยละ 76.0 ต้องจ่ายเงินเอง ในด้านความเสมอภาคเมื่อไปรับบริการไม่มีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนระหว่างกลุ่มต่าง ๆ ทั้ง 6 กลุ่ม

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพให้ภาพปัญหาในการรับบริการมากกว่าการศึกษาเชิงปริมาณ เช่น ผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการเห็นว่าประสิทธิภาพของผู้ให้บริการควรปรับปรุง ผู้ใช้บัตรประกันสังคมเห็นว่าการตรวจรักษาเท่าเทียมกับกลุ่มอื่น แต่ยาที่ได้รับอาจมีคุณภาพต่ำ ผู้ใช้บัตรสุขภาพเห็นว่าตนได้รับบริการด้อยกว่าข้าราชการหรือผู้ป่วยที่จ่ายเงินเองทั้งหมด ผู้ใช้บัตร สปร. มีปัญหาในการส่งต่อผู้ป่วย ผู้ซื้อประกันสุขภาพเอกชนมักต้องจ่ายเงินเพิ่มเพราะได้รับการตีเกินไปและมากกว่าที่กำหนดไว้ในกรมธรรม์ ผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพเห็นว่าการมีสิทธิบัตรต่าง ๆ ได้รับการบริการไม่ดีเท่าจ่ายเงินเอง แต่ก็มีทุกข์จากการเสียค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการผู้ป่วยใน

การจัดเสวนากลุ่มผู้ให้บริการได้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาในการออกบัตร สปร. ซึ่งมีความยุ่งยากเกี่ยวกับเกณฑ์การประเมินรายได้ มีปัญหาในการขายบัตรสุขภาพเพราะเปลี่ยนกฎเกณฑ์บ่อย ทำให้ประชาชนสับสน โรงงาน/บริษัทบางแห่งไม่แจ้งขึ้นทะเบียนคนงานกับสำนักงานประกันสังคม และผู้ใช้

สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการจำนวนหนึ่งมีหลักประกันสุขภาพระบบอื่นอยู่ด้วย ปัญหาในการให้บริการคือ ผู้รับบริการไม่เข้าใจขั้นตอนการรับบริการ มีการแอบอ้างใช้สิทธิ ไม่พอใจระบบการส่งต่อ เรียกร้องบริการที่ไม่จำเป็น และไม่ไคร่ยอมแสดงบัตร

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากกรณีศึกษาชี้ให้เห็นปัญหาการเรียกเก็บค่ารักษายาบาลที่สร้างความเดือดร้อนให้ผู้รับบริการ ลูกจ้างถูกเอาเปรียบจากนายจ้างไม่ขึ้นทะเบียนประกันสังคมให้ ผู้ป่วยได้รับสิทธิประโยชน์ไม่เต็มที่เนื่องจากการตีความสาเหตุของการเจ็บป่วยจากเจ้าของระบบ สิทธิของผู้ป่วยบัตรสุขภาพและบัตร สปร. ถูกปฏิเสธเพราะแพทย์ไม่เข้าใจเรื่องสิทธิประโยชน์ที่ผู้ป่วยพึงได้ภายใต้ระบบประกันสุขภาพ การผลักภาระต้นทุนในบริการที่มีราคาแพงให้ผู้ป่วยรับผิดชอบ ปัญหาจากระบบส่งต่อการจ่ายเพิ่มเงินรักษายาบาลของผู้ประกันสุขภาพเอกชน และผู้ไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพไม่สามารถเข้าถึงระบบประกันเนื่องจากมีโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูงประจำตัว

การสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อมูลที่มีน้ำหนักเกี่ยวกับจุดแข็งและจุดอ่อนของระบบประกันสุขภาพแต่ละระบบ ชี้ให้เห็นจริงเกี่ยวกับประชาชนที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ และผลประโยชน์ของสถานพยาบาลที่เป็นตัวแปรของความเหมาะสมในการให้บริการ

ผลการศึกษาซึ่งตอบวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ สรุปได้ดังนี้

1. ผู้รับบริการในทุกระบบประกันประสบปัญหาเมื่อไปรับบริการเป็นต้นว่า เจ้าหน้าที่ไม่ไคร่กระตือรือร้นในการให้บริการ ต้องรอแพทย์นาน แพทย์ใช้เวลาในการตรวจน้อย และไม่ให้อธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย สถานพยาบาลที่กำหนดให้ไม่สะดวกในการเดินทาง ระบบการส่งต่อผู้ป่วยยุ่งยาก มีความวิตกกังวลในคุณภาพของยาที่ได้รับ ไม่มั่นใจในการวินิจฉัยโรค ผู้รับบริการทุกระบบมีค่าใช้จ่ายนอกเหนือจากค่ารักษายาบาล ถ้าไปรับการรักษาโดยไม่แสดงบัตรก็มีฐานะเช่นเดียวกับผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพ ผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพที่เจ็บป่วยเรื้อรังไม่สามารถเข้าถึงระบบสุขภาพ ส่วนใหญ่จะเดือดร้อนเพราะค่าใช้จ่ายสูงเกินความสามารถในการจ่าย

2. ปัญหาด้านการดำเนินการที่มีผลกระทบต่อผู้รับบริการ เกิดจากการที่เจ้าหน้าที่ออกบัตรไม่ได้อธิบายให้เข้าใจสิทธิประโยชน์ของแต่ละระบบประกัน เจ้าหน้าที่ไม่เข้าใจสิทธิของผู้มีหลักประกันสุขภาพ งบประมาณต่อหัวที่ได้รับจากรัฐสำหรับผู้ป่วยบัตร สปร. น้อย ทำให้สถานบริการมีความลำเอียงในการให้บริการโดยให้น้อยเกินไปสำหรับผู้มีสิทธิบางระบบที่เบิกได้น้อย และมากเกินไปสำหรับผู้มีสิทธิบางระบบที่เบิกได้มาก หรือปฏิเสธผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวมารับการรักษาเนื่องจากปัญหาในการเบิกเงินระหว่างสถานพยาบาลซึ่งมีการค้างจ่ายมาก ผู้รับบริการได้รับผลกระทบจากการที่แพทย์และเจ้าหน้าที่ได้คำตอบแทนน้อยไม่เป็นแรงจูงใจในการให้บริการซึ่งเชื่อมโยงไปถึงคุณภาพของบริการ

3. ประชาชนที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพส่วนหนึ่งมีศักยภาพในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้เอง แต่ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ด้อยโอกาสที่ไม่สามารถจ่ายได้เลยหรือจ่ายได้เพียงบางส่วน แบบแผนการให้บริการของประชาชนกลุ่มนี้ ถ้าเจ็บป่วยไม่รุนแรงหรือเริ่มเจ็บป่วยจะไปซื้อยากินเอง หรือไปคลินิกแพทย์ การใช้บริการโรงพยาบาลจะน้อยกว่าประชาชนที่มีหลักประกันคุณภาพ ถ้าเป็นผู้ป่วยนอกค่าใช้จ่ายไม่สูงจะพอพึ่งพาตนเองได้ แต่ถ้าเป็นผู้ป่วยในเตียงสามัญ พยาบาลมักแนะนำให้ซื้อบัตรสุขภาพหรือให้ไปพบนักสังคมสงเคราะห์ หากมีคุณสมบัติเข้าเกณฑ์หลักประกันสุขภาพได้ นักสังคมสงเคราะห์จะแนะนำให้ไปติดต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

4. ระบบประกันสุขภาพแต่ละระบบมีจุดอ่อนที่ต้องแก้ไข ในภาพรวมการซ้ำซ้อนของสิทธิและการขาดความต่อเนื่องของการมีสิทธิในหลักประกันทำให้การเก็บข้อมูลที่ถูกต้องเป็นเรื่องยากและเป็นอุปสรรคต่อการวางแผนที่มีประสิทธิภาพ งบประมาณที่ไม่เพียงพอมีผลกระทบต่อมาตรฐานของสถานพยาบาล กลไกในการจ่ายเงินเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมของฝ่ายผู้ให้บริการ ขณะที่การให้บริการโดยไม่ต้องจ่ายเงินเองทำให้ผู้รับบริการมีแนวโน้มใช้บริการเกินความจำเป็น

5. คณะผู้วิจัยเห็นว่าข้อเสนอที่จะมีระบบประกันสุขภาพระบบเดียวสำหรับประชาชนทุกคนอาจเป็นไปได้ยากเมื่อพิจารณาตามสภาพการณ์ของประเทศไทย เนื่องจากความสามารถในการเสียภาษีและเก็บภาษีของเราไม่ทัดเทียมกับประเทศอื่นที่ประสบความสำเร็จจากการใช้ระบบนี้ สิ่งที่ต้องเร่งรีบดำเนินการคือการปรับปรุงระบบบริหารจัดการด้านการเงินการคลังโดยให้ทุกคนมีสิทธิเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีความจำเป็นโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย แต่ให้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายเองสำหรับบริการที่ไม่จำเป็น สำหรับประชาชนที่ไม่สามารถรับภาระค่าใช้จ่ายให้มีช่องทางการเข้าถึงบริการชุมชนซึ่งรัฐอาจให้การสนับสนุนในระยะเริ่มแรก

คณะผู้วิจัยเสนอแนะให้แก้ไขในจุดอ่อนที่มีอยู่ในระบบต่างๆ โดยพิจารณาจากกฎเกณฑ์ของระบบ พฤติกรรมของผู้ให้บริการและพฤติกรรมของผู้รับบริการ ให้ความสำคัญระบบสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลของข้าราชการเข้ากับระบบประกันสังคม เนื่องจากผู้อยู่ในระบบทั้งสองมีรายได้ที่แน่นอนและมีนายจ้างร่วมรับผิดชอบได้ และควรรวมระบบ สปร. เข้ากับระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจ เนื่องจากหน่วยงานที่รับผิดชอบเป็นหน่วยเดียวกันและสิทธิประโยชน์ก็เหมือนกัน และอาจรวมผู้ที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพเข้าอยู่ในระบบด้วยโดยไม่จำเป็นต้องมีระบบใหม่มารองรับ ส่วนการประกันสุขภาพเอกชนยังคงให้มีอยู่เพื่อเป็นทางเลือกเสริมสำหรับผู้ต้องการบริการเพิ่มเติม

เพื่อให้การควบคุมระบบประกันสุขภาพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ควรพยายามลดช่องว่างระหว่างสิทธิประโยชน์ของแต่ละระบบที่มีอยู่ในปัจจุบัน การปรับปรุงด้านกลไกควรพิจารณาให้มีการจ่ายร่วมจากผู้รับบริการ ปรับปรุงการจ่ายเงินสนับสนุนโดยพิจารณาตามปริมาณของงานและความจำเป็นทางการแพทย์และสาธารณสุข มีกลไกตรวจสอบเพื่อป้องกันการใช้ทรัพยากรเกินความจำเป็นและไม่ให้มีการเลือกปฏิบัติต่อผู้รับบริการเพื่อผลประโยชน์ของสถานบริการหรือเจ้าหน้าที่ มาตรการที่

ควรดำเนินในทันทีคือการกำหนดเกณฑ์รายได้ขั้นต่ำของผู้มีสิทธิได้รับบัตรสงเคราะห์ ซึ่งเห็นว่าควรสูงกว่า 2,800 บาทต่อเดือน พร้อมแนวทางประเมินรายได้ที่เหมาะสมและมีการศึกษาวิจัยระดับลึกเกี่ยวกับผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพเพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพดีถ้วนหน้า

ABSTRACT

This research on “the Characteristics of Problems on Health Service Utilization under different Health Insurance Schemes” aims at analyzing 1) conditions and problems of health service consumers under current five insurance program and of a group of consumers who are not covered by the system; 2) problems of health service delivery affecting the consumer; 3) mode of health service utilization of the consumers who are not insured; 4) problems caused by weaknesses of the five schemes and the quality of service; and 5) proposing guidelines and machinery leading to the development a national health service system.

The research is both quantitative and qualitative. The quantitative study involves the interviews of 2,400 consumers consisting of 400 each from the five different schemes and another 400 from the non-insured group in 4 provinces namely Samutprakarn, Chiangmai, Pattani, and Srisaket. The qualitative study involves the administration of 9 focus groups, 12 case studies and interviews with 9 resource persons.

The quantitative study finds that there are duplication of health insurance rights especially among the private health insurance group, of which 57.9 percent simultaneously hold other types of insurance cards. At one time 31.5 percent of the non-insured used to be under one of the insurance schemes. If they were to go back under the schemes, the majority would prefer either the free medical care or the health card scheme, while 6.5 percent of them prefer stay uninsured. Most of the consumers in each group choose government health centers for treatment. While 5.6 percent of consumers under the free medical care program and 8.25 percent of consumers under the health card program have to pay for service upon failing to present the cards or the referral papers, 76.0 percent of the non-insured pay in whole out of their pockets. The majority of consumers in each group are moderately satisfied with the service provided. The equity of service has not been sufficiently traced by means of quantitative study.

The qualitative study gives more evidence on problems of service utilization. For example, it is found that consumers under the civil servant's medical benefits scheme complain about the quality of service; consumers under social security scheme worry about the understandard of the drugs prescribed; consumers under the health card scheme view that the service received are inferior compared to consumers under the civil servant's medical benefits scheme and the non-insured who fully pay for service; consumers under the free medical care have difficulties with the referral system; consumers under private health insurance utilize additional payment

due to unnecessary service imposed on them; while the non-insured have better access to the service they suffer from hospitalized expenditures.

Providers in the focus groups mention the problem of distributing free medical care cards due to the unmeasurable minimum income for eligibility; the selling of health cards due to frequent change of regulations, employer's negligence to register insured persons with the Social Security Office; duplication of rights entitled by civil servant's rights abuse; by-passing health card patients; beneficiaries demand for unnecessary service; and patient's unwillingness to present the cards.

The 12 case studies reflect consumer's problems in connection with pre-payment; the interpretation of insurance rights in favor of the provider; health card and free medical care card holders are denied the rights due to doctor's inadequate knowledge on insurance schemes; referral system complications; the dumping of financial burden of patients with high-cost expenditures; non-essential service imposed on consumers under private health insurance; and the inaccessibility to the insurance scheme of the non-insured with severe or chronic illness.

Interviews with resource persons confirm the strengths and weaknesses of each insurance scheme, conditions of the non-insured as citizens, and benefits of the health centers and providers as a factor causing inequity and inappropriateness of the service.

The objectives of the research are hereby responded:

1) Problems encountered by all groups of consumers including the non-insured are the lack of promptness on part of public providers; the long waiting for the doctors, the limited time spent for the examination and diagnosis with no explanation on symptoms of the illness; difficulty to commute to and from the designated health centers; non-medical expenses; inaccessibility to the insurance scheme of the current non-insured due to income barrier; and heavy financial problem for patients with severe illness.

2) Problems relating to the implementation which affect the consumers are lack of sufficient information on benefits under the schemes by the insurers and lack of good coordination among them; inappropriate subsidization for the free medical care consumers; moral hazard and adverse selection; refusal to service referred patients due to reimbursement difficulty; and inefficient service due to unreasonable financial incentives managed by central administration.

3) Only the non-insured minority are capable to pay for their own medical expenses. In case of minor illness, the non-insured would go to

the drug stores or private clinics. Their utilization of hospital service is less compared to all of the insured groups. Most of them can depend on themselves for out-patient charges. Non-insured patients with high cost of expenditures are sometimes advised by the nurse to buy health card or to consult with hospital social workers for appropriate assistance. The number of the non-insured could be much decreased upon efficient health campaigns.

4) Each of the health insurance schemes has its strengths and weaknesses. Collectively speaking, the duplication as well as the discontinuing of rights undermine the reliability of the data used for effective planning. Insufficient subsidization has an impact on the standardization of health centers. Payment mechanism is perhaps the most important factors determining provider's behavior. Good accessibility to free service enhances the beneficiaries to overuse the service.

5) The researchers have some reservations over adopting one single insurance system for the "health for all" policy. We might not be able to adopt the system that has been proved successful in many developed countries due to our people's limited ability to pay tax on the one side and the efficiency of tax collection on the other.

Recommendations made in this study include the elimination of weaknesses found in each scheme, taking into consideration the regulations involved, the provider's behavior and the consumer's behavior; the unification of civil servant's medical benefits scheme and social security health scheme; the unification of health card scheme and free medical care program which can eventually accommodate the presently non-insured. The private health insurance will remain separated as an alternative or supplementary insurance scheme.

To facilitate the unification, standardization of benefits among the existing schemes is recommended. The public health insurance programs should consider the possibility of co-payment by consumers, subsidization based on workload and medical/public health necessities, control mechanism to prevent moral hazard and adverse selection and involvement of civil society. Among suggested immediate measures are the increase of minimum income rate for free medical care eligibility to have more population under the scheme, the provision of definite criteria for income assessment, and an in-depth study on conditions of the non-insured.

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาของการวิจัย :

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 กำหนดสิทธิของประชาชนด้านสุขภาพไว้ใน 2 มาตรา ได้แก่ มาตรา 52 ซึ่งระบุว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ” และมาตรา 82 ที่ระบุว่า “รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง” ซึ่งกำลังเป็นที่มาของความเคลื่อนไหวเพื่อให้ “สุขภาพดีถ้วนหน้า” สำหรับประชาชน

ปัจจุบันหน่วยงานของรัฐได้จัดระบบประกันสุขภาพหลัก ๆ ขึ้น 4 ระบบ ประกอบด้วย

- 1.สวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ
- 2.ระบบประกันสังคม
- 3.ระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจ
- 4.โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.)

นอกจากนี้ยังมีการประกันสุขภาพที่มีวัตถุประสงค์เฉพาะ เช่น โครงการกองทุนเงินทดแทน การประกันการประสบภัยจากรถ เป็นต้น

ในส่วนภาคเอกชน มีการประกันสุขภาพโดยบริษัทประกันภัยและบริษัทประกันชีวิต ซึ่งดำเนินการในลักษณะของธุรกิจเอกชน ผู้เอาประกันต้องเสียค่าเบี้ยประกันมากขึ้นตามวงเงินที่เอาประกัน

การมีหลักประกันสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ ได้ช่วยให้ประชาชนได้มีทางเลือกเมื่อเกิดเจ็บป่วย อย่างไรก็ตามนักวิชาการด้านสุขภาพเป็นจำนวนมากได้ทำการวิเคราะห์และชี้ให้เห็นถึงสภาพปัญหาที่เกี่ยวข้องกับหลักประกันสุขภาพภายใต้ระบบต่าง ๆ ซึ่งรวบรวมได้อย่างน้อย 4 ประการหลัก ดังนี้

1. **ค่าใช้จ่ายสูงเป็นภาระทั้งต่อรัฐและประชาชน** เห็นได้จากตัวเลขของสภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติที่ประมาณว่าค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพในปี 2533 จะมีประมาณร้อยละ 6 ของรายได้ประชาชาติ และคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 8.1 ในปี 2543 (อ้างใน สงวน นิติยาภิรมย์พงศ์, 2541) ซึ่งเป็นอัตราที่ค่อนข้างสูงมาก และจะกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศโดยรวมในอนาคต ในด้านประชากร แม้ว่ารัฐจะสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อดูแลสุขภาพแก่ประชาชนเพิ่มมากขึ้น แต่พบว่าอัตราส่วนการใช้จ่ายของประชาชนที่จ่ายไปเพื่อสุขภาพกลับเพิ่มมากกว่า จะเห็นได้จากตัว

เลขของธนาคารโลกที่พบว่าสัดส่วนของเงินที่ประชาชนไทยได้ใช้จ่ายไปเป็นค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในปี 2536 สูงถึงร้อยละ 74 ในขณะที่รัฐบาลเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายเพียงร้อยละ 26 เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศใกล้เคียงในภูมิภาคเดียวกัน ปรากฏว่าประชาชนไทยรับภาระในการออกค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพมากกว่าหลายประเทศ เช่น ประเทศสิงคโปร์รัฐบาลออกค่าใช้จ่ายร้อยละ 67 ฟิลิปปินส์ร้อยละ 44 และอินโดนีเซียร้อยละ 51 (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2541)

2. ความไม่เสมอภาคระหว่างระบบประกันสุขภาพประเภทต่าง ๆ ความไม่เสมอภาคดังกล่าวรวมถึงการได้รับเงินสนับสนุนจากรัฐและสิทธิประโยชน์ที่ได้รับ กล่าวคือ สถานพยาบาลที่ให้บริการผู้ป่วยในโครงการ สปร. และโครงการประกันสุขภาพโดยสมัครใจได้รับเงินชดเชยต่ำกว่าโครงการอื่น (ตารางที่ 1) นอกจากนั้นวิธีการจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลที่เป็นแบบงบประมาณยอดรวม เช่น โครงการประกันสังคม ทำให้ผู้ให้บริการพยายามควบคุมค่าใช้จ่าย และอาจให้บริการที่ต่ำกว่าควรจะเป็น ซึ่งมีผลกระทบต่อการเข้าถึงบริการของผู้ใช้สิทธิโครงการ สปร. และโครงการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ ซึ่งดูแลโดยกระทรวงสาธารณสุข มีข้อดีคือสามารถควบคุมค่าใช้จ่าย แต่ระบบราชการมีจุดอ่อนตรงที่ไม่ค่อยสนองตอบความต้องการของประชาชน และทำให้ประชาชนขาดความเชื่อมั่นในบริการ การมีหลายระบบทำให้มีความซ้ำซ้อนและขาดเอกภาพในการดำเนินการ รวมทั้งให้ประโยชน์แก่บางกลุ่มที่ไม่จำเป็น เช่น ผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบำนาญอาจใช้สิทธิรักษาพยาบาลทั้งจากสวัสดิการข้าราชการและสวัสดิการผู้สูงอายุ เด็กในครอบครัวฐานะดีสามารถใช้สิทธิรักษาพยาบาลทั้ง ๆ ที่ครอบครัวสามารถรับผิดชอบค่าใช้จ่ายได้ เป็นต้น

ตารางที่ 1 : ค่าใช้จ่ายของรัฐและการใช้บริการสุขภาพภายใต้ระบบต่าง ๆ

หลักประกันสุขภาพ	ค่าใช้จ่ายของรัฐ (บาท/คน/ปี) 2542
สวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ	2,106
ประกันสังคม	1,284
บัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจ	249
สวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (ผู้ไม่มีหลักประกัน)	273 (ไม่มีตัวเลข)

ที่มา : ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ,2542

3. คุณภาพของบริการ ประชาชนมักมีการร้องเรียนเกี่ยวกับคุณภาพของบริการที่ได้รับ และสื่อมวลชนก็ได้สะท้อนเสียงเรียกร้องอย่างกว้างขวาง ความรู้สึกของประชาชนต่อสถานพยาบาลของรัฐส่วนใหญ่จะไม่ประทับใจในการให้บริการ บุคลากรทางการแพทย์ต้อนรับไม่ดี ต้องรอเป็นเวลานานกว่าจะได้รับบริการ สำหรับสถานพยาบาลของเอกชน ประชาชนจะมีความรู้สึกที่ว่า

บริการดี บุคลากรทางการแพทย์มีอัธยาศัยดี ไม่ต้องรอนาน แต่ราคาแพง บางครั้งรู้สึกว่าคุณดูดีรีด และถูกเอารัดเอาเปรียบ ผู้ประกันตนถูกปฏิเสธให้การรักษายาบาลบางประเภท บางครั้งมีปัญหาเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค แพทย์บางคนวินิจฉัยโรคผิด ทำให้อาการป่วยรุนแรงยิ่งขึ้นและรักษายาก ผู้ปรับบริการโดยใช้สิทธิตามบัตร สปร. หรือบัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจมักรู้สึกว่าได้รับการปฏิบัติต่อด้อยกว่าผู้รับบริการภายใต้โครงการประกันสังคมหรือสวัสดิการข้าราชการ

4. ประชาชนไทยอีกจำนวนมากยังขาดหลักประกันด้านสุขภาพ ระบบประกันสุขภาพที่จัดโดยรัฐทั้ง 4 ระบบ คุ้มครองหรือให้หลักประกันเมื่อเจ็บป่วยแก่ประชาชนได้ประมาณร้อยละ 70 เท่านั้น ที่เหลือร้อยละ 30 หรือประมาณ 18 ล้านคน ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่รัฐเป็นผู้ดูแล (ตารางที่ 2) ในจำนวนนี้ส่วนหนึ่งอาจเป็นผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจดีสามารถทำประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชนโดยเสียเบี้ยประกันหรือสามารถออกค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลได้โดยไม่เดือดร้อน แต่คาดหมายได้ว่าส่วนใหญ่หรือไม่น้อยกว่า 15 ล้านคนไม่มีหลักประกันใด ๆ ทางสุขภาพและได้รับความเดือดร้อนจากภาระค่าใช้จ่ายเมื่อเจ็บป่วย

ตารางที่ 2 : ความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพภาครัฐ , 2538

หลักประกันสุขภาพ	ความครอบคลุม (ร้อยละของประชากร)
สวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ	11.0
ประกันสังคม / กองทุนเงินทดแทน	7.3
บัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจ	7.8
สวัสดิการประชาชนด้านการรักษายาบาล	43.9
(ผู้ไม่มีหลักประกัน)	30.0

ที่มา : สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข , 2538.

ปรัชญาและหลักการของหลักประกันสุขภาพระบบต่าง ๆ

1. สวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ

สวัสดิการข้าราชการเป็นระบบประกันสุขภาพที่จัดขึ้นก่อนระบบอื่นทั้งหมดโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นสวัสดิการแก่ข้าราชการที่เป็นลูกจ้างของทางราชการ มีพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาลรองรับ การได้รับสวัสดิการดังกล่าวตั้งอยู่บนพื้นฐานที่ว่าสิทธิประโยชน์นี้เป็นส่วนหนึ่งของ “สัญญาจ้าง” ที่ทำให้ข้าราชการยอมรับเงินเดือนค่าจ้างในอัตราที่ต่ำกว่าภาคเอกชน ดังนั้นสิทธิทางสวัสดิการจึงเป็นสิ่งที่ข้าราชการพึงมีพึงได้ (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์ , 2541) และเป็นการอุดหนุนด้านขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน

การจัดสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ เป็นสวัสดิการที่ให้ประโยชน์คุ้มครองที่ดีที่สุดในบรรดาหลักประกันสุขภาพทั้งหมด โดยผู้รับประโยชน์ ไม่ต้องจ่ายเงินสมทบแต่อย่างใด

การจ่ายเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ รัฐบาลหรือรัฐวิสาหกิจแล้วแต่กรณีจะใช้จ่ายจากภาษีอากร (สุชาติ กิระนันท์, 2532)

ประชาชนที่ได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลประเภทนี้ ประกอบด้วย

1. ข้าราชการ
2. พนักงานรัฐวิสาหกิจ
3. ลูกจ้างประจำ
4. ลูกจ้างชาวต่างประเทศ
5. ผู้ได้รับบำนาญปกติหรือบำนาญพิเศษ

6. บุคคลในครอบครัว ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส บุตรโดยชอบด้วยกฎหมายที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะหรือบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่เป็นคนไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถซึ่งอยู่ในอุปการะเลี้ยงดูของผู้มีสิทธิได้รับสวัสดิการนี้ ไม่รวมบุตรบุญธรรมหรือบุตรซึ่งยกให้เป็นบุตรบุญธรรมของผู้อื่น โดยให้สิทธิในการรับสวัสดิการสำหรับบุตรเพียง 3 คน

เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่จัดให้บุคคลที่กล่าวมา ประกอบด้วย

- ค่ายา ค่าเลือด และส่วนประกอบของเลือดหรือสารทดแทน ค่าน้ำยาหรืออาหารทางเส้นเลือด ค่าออกซิเจน และอื่น ๆ ทำนองเดียวกับที่ใช้ในการบำบัดรักษาโรค
- ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค รวมทั้งค่าซ่อมแซม
- ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าตรวจ ค่าวิเคราะห์โรค แต่ไม่รวมค่าจ้างพยาบาลพิเศษ ค่าธรรมเนียมพิเศษ และค่าบริการอื่นทำนองเดียวกันที่มีลักษณะเป็นเงินตอบแทนพิเศษ
- ค่าห้องและค่าอาหารตลอดเวลาที่เข้ารับการรักษาพยาบาล
- ค่าตรวจสุขภาพประจำปี

การจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล มีหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

- ค่ารักษาพยาบาลกำหนดตามประเภทของสถานพยาบาล
- สถานพยาบาลของทางราชการ ให้เบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยคนไข้ใน และคนไข้นอกได้เต็มตามที่จ่ายจริง
- สถานพยาบาลของเอกชนให้เบิกค่ารักษาพยาบาลได้เฉพาะผู้ป่วยคนไข้ในเท่านั้น ในอัตราครึ่งหนึ่งของจำนวนเงินที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินวันละ 3,000 บาท ในระยะเวลาไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่เข้ารับการรักษา หากเกินกว่า 30 วัน ก็ให้เบิก

- ค่ารักษาพยาบาลได้ในอัตราครึ่งหนึ่งของจำนวนที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินวันละ 100 บาท ในกรณีที่เข้ารับการรักษายาหลายครั้งโดยมีระยะเวลาห่างกันไม่เกิน 15 วัน ให้นับระยะเวลาการเข้ารับการรักษายาทุกครั้งรวมเข้าด้วยกัน
- ค่าอวัยวะเทียม ค่าอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาและค่าซ่อมแซมให้เบิกได้ตามอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด
 - ในกรณีคนไข้ใน ค่าห้องและค่าอาหารให้เบิกได้ไม่เกินวันละ 600 บาท

การเบิกจ่ายสวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการเพิ่มในอัตราสูงมาก ซึ่งอาจเป็นเพราะจำนวนข้าราชการ ลูกจ้าง และข้าราชการบำนาญเพิ่มขึ้น อัตราการใช้บริการเพิ่มสูงขึ้น จากการวิเคราะห์รายจ่ายค่ารักษาพยาบาลพบว่าได้เพิ่มจาก 4,316 ล้านบาทในปีงบประมาณ 2533 เป็น 13,587 ล้านบาทในปีงบประมาณ 2539 หรือเพิ่มขึ้นกว่า 3 เท่าในช่วงเวลาเพียง 6 ปี และในปีต่อมา (2540) เพิ่มขึ้นประมาณ 15,503 ล้านบาท (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541)

รายได้จากค่ารักษาพยาบาลข้าราชการเป็นแหล่งการเงินที่สำคัญของสถานพยาบาลของรัฐเพราะถือเป็นเงินบำรุงหรือเงินรายได้นอกงบประมาณที่สามารถเก็บได้เต็มเม็ดเต็มหน่วย และไม่ต้องนำส่งเป็นรายได้ของแผ่นดิน เป็นผลให้สถานพยาบาลมีแรงจูงใจที่จะคิดค่าบริการในอัตราสูงสุดเท่าที่ระเบียบของส่วนราชการกำหนดไว้ เพราะสถานพยาบาลของรัฐได้รับการจัดสรรงบประมาณไม่เพียงพอต่อปริมาณการให้บริการ สถานพยาบาลของเอกชนก็ให้ความสำคัญต่อกลุ่มข้าราชการและครอบครัวในฐานะกลุ่มเป้าหมายที่มีศักยภาพในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลสูงเพราะสามารถเบิกได้ ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นภาระหนักของรัฐบาล

การเบิกจ่ายในกรณีผู้ป่วยนอกในสถานพยาบาลของทางราชการและในกรณีผู้ป่วยในสถานพยาบาลเอกชน ผู้ป่วยจะจ่ายเงินไปก่อนแล้วเบิกคืนภายหลังโดยผ่านกรมต้นสังกัด ส่วนการเบิกจ่ายในกรณีผู้ป่วยในในสถานพยาบาลของทางราชการ กำหนดให้มีใบรับรองของผู้บังคับบัญชามาแสดงต่อสถานพยาบาล แล้วสถานพยาบาลเป็นผู้เบิกกับกรมบัญชีกลางหรือคลังจังหวัดแล้วแต่กรณี กล่าวได้ว่า เป็นหลักประกันที่ให้การคุ้มครองด้านสุขภาพอนามัยที่ดีและกว้างขวางมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับหลักประกันอื่น ๆ ในปัจจุบัน (เทียนฉาย กีระนันท์, 2539)

สำหรับสวัสดิการการรักษายาพยาบาลของพนักงานรัฐวิสาหกิจนั้น โดยหลักการได้เลียนแบบทำนองเดียวกับสวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการเกือบทั้งหมด โดยรัฐวิสาหกิจแต่ละแห่งมีอำนาจออกระเบียบกำหนดวัตถุประสงค์ ขอบเขต เงื่อนไข และสิทธิประโยชน์ครอบคลุมสวัสดิการนี้ด้วยตนเอง ดังนั้นสาระสำคัญจะไม่แตกต่างกัน เพียงแต่มีข้อที่แตกต่างกันไปบ้างในรายละเอียดและวิธีปฏิบัติ โดยเฉพาะในรัฐวิสาหกิจที่มีสถานพยาบาลของตนให้บริการอยู่ด้วย อย่างไรก็ตาม

ดี สวัสดิการรักษายาบาลที่รัฐวิสาหกิจแต่ละแห่งจัดให้แก่พนักงานของตนนั้น ไม่ปรากฏว่ามีแห่งใดจัดให้ด้อยไปกว่าสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการเลย (เทียนฉาย กิระนันท์, 2539)

ประเด็นที่สำคัญ คือ แม้ว่าระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจอาจเทียบได้กับสวัสดิการที่นายจ้างให้กับลูกจ้าง แต่ค่าใช้จ่ายของสวัสดิการนี้มาจากเงินภาษีอากรของประชาชนทั้งประเทศและพฤติกรรมการใช้สิทธิมีลักษณะเป็นการ “ใช้สิทธิอันพึงมีพึงได้” ผู้ใช้บริการจึงขาดแรงจูงใจที่จะประหยัด จากการสำรวจภาวะการเจ็บป่วยและการใช้บริการของข้าราชการและข้าราชการบำนาญพบว่า จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลรัฐบาลของข้าราชการมีค่าเฉลี่ย 12 วัน ข้าราชการบำนาญเฉลี่ย 18 วัน ในขณะที่ค่าเฉลี่ยของประชาชนทั่วไปนอนโรงพยาบาลรัฐเพียง 3-5 วันเท่านั้น ซึ่งเป็นความแตกต่างมากกว่า 3 เท่า (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541) ค่าใช้จ่ายเพื่อสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจจึงเป็นภาระหนักอึ้งอย่างยิ่งในปัจจุบัน

2. ระบบประกันสังคม

แนวความคิดเกี่ยวกับการประกันสังคมในประเทศไทยเริ่มอย่างเป็นรูปธรรมในปี 2495 กฎหมายประกันสังคมฉบับแรกประกาศใช้เมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2497 แต่ยังไม่เห็นผลในทางปฏิบัติเนื่องจากได้มีการแสดงความคิดเห็นคัดค้านจากประชาชนและกลุ่มธุรกิจอันเนื่องมาจากความไม่ชัดเจน ได้มีการศึกษาและปรับปรุงพระราชบัญญัติปี 2497 หลายครั้ง จนในที่สุดได้ผ่านความเห็นชอบของสภาผู้แทนราษฎร ประกาศใช้เป็นพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 และได้มีการปรับปรุงให้เหมาะสมกับสภาพการณ์อีกหลายครั้ง

พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ.2537 กำหนดให้กองทุนประกันสังคมเก็บเงินจาก 3 ภาคี คือ รัฐบาล นายจ้าง และผู้ประกันตน ฝ่ายละเท่า ๆ กัน คือร้อยละ 1.5 ของค่าจ้างของผู้ประกันตน แต่หลังจากที่ประเทศประสบภาวะเศรษฐกิจ ได้มีการลดเงินสมทบลงเหลือฝ่ายละร้อยละ 1 ของค่าจ้างของผู้ประกันตน การดำเนินงานประกันสังคมตามกฎหมายมี 2 ระบบคือ การประกันตนโดยบังคับ ซึ่งบังคับใช้กับสถานประกอบการที่มีจำนวนลูกจ้างตามที่กฎหมายกำหนด คือ ระยะแรกบังคับใช้กับสถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 20 คนขึ้นไป และระยะที่สอง (พ.ศ.2538) บังคับใช้กับสถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 10 คนขึ้นไป และการประกันตนโดยสมัครใจสำหรับบุคคลทั่วไปที่ไม่ใช่ลูกจ้างในข่ายบังคับ ซึ่งสำนักงานประกันสังคมได้เปิดให้บริการตั้งแต่วันที่ 2 กันยายน 2537 เป็นต้นมา

ผู้ประกันตน คือ ลูกจ้างที่เริ่มเข้าทำงาน อายุไม่ต่ำกว่า 15 ปีและไม่เกิน 60 ปี ในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป ซึ่งทั้งนายจ้างและลูกจ้างจะต้องขึ้นทะเบียนประกันสังคม นายจ้างจะต้องหักเงินสมทบในส่วน of ลูกจ้างจากค่าจ้างทุกครั้งและนำส่งเงินสมทบส่วน

ของนายจ้างในจำนวนเท่ากับที่ลูกจ้างทั้งหมดถูกหักไปส่งต่อสำนักงานประกันสังคม ผู้ประกันตนจะได้รับบัตรประกันสังคมเมื่อได้ขึ้นทะเบียนแล้ว 5 วันทำการ บัตรประกันสังคมจะมีใบเดียวไม่ว่าจะออกไปทำงานที่ใหม่กี่ครั้งก็ตาม ส่วนบัตรรับรองสิทธิในการรักษาพยาบาล ผู้ประกันตนจะได้รับเมื่อได้ขึ้นทะเบียนและส่งเงินสมทบครบ 3 เดือนแล้ว โดยผู้ประกันตนจะต้องเลือกสถานพยาบาลที่จะเข้ารับการรักษาเอง

ผู้ที่ไม่อยู่ในข่ายบังคับการประกันตนตามกฎหมาย ได้แก่

1. ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราวรายวันและลูกจ้างชั่วคราวรายชั่วโมง ของราชการส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และราชการส่วนท้องถิ่น ยกเว้น ลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน
2. ลูกจ้างของรัฐบาลต่างประเทศหรือองค์การระหว่างประเทศ
3. ลูกจ้างของนายจ้างที่มีสำนักงานในประเทศและไปประจำทำงานในต่างประเทศ
4. ครูหรือครูใหญ่ของโรงเรียนเอกชนตามกฎหมายว่าด้วยโรงเรียนเอกชน
5. นักเรียน นักเรียนพยาบาล นิสิตหรือนักศึกษาหรือแพทย์ฝึกหัด ซึ่งเป็นลูกจ้างของโรงเรียน มหาวิทยาลัยหรือโรงพยาบาล
6. ลูกจ้างของสภาอากาศไทย
7. ลูกจ้างของรัฐวิสาหกิจตามพระราชบัญญัติพนักงานรัฐวิสาหกิจสัมพันธ พ.ศ.2534
8. ลูกจ้างของกิจการเพาะปลูก ประมง ป่าไม้ และเลี้ยงสัตว์ ที่มีใช้ลูกจ้างตลอดปีและไม่มีงานลักษณะอื่นรวมอยู่ด้วย
9. ลูกจ้างของนายจ้างที่จ้างไว้เพื่อทำงานอันมีลักษณะเป็นครั้งคราว เป็นการจรหรือเป็นไปตามฤดูกาล

การประกันสุขภาพในระบบประกันสังคมตั้งอยู่บนพื้นฐานแนวความคิดของการเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และการเฉลี่ยความรับผิดชอบในระหว่างกลุ่มผู้ประกันตน โดยมุ่งหมายให้การคุ้มครองทุกประเภทของการเจ็บป่วย และให้ผู้ที่ได้รับการคุ้มครองสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอนามัยได้เมื่อจำเป็นโดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างในฐานทางเศรษฐกิจและสังคม (เทียนฉาย กิระนันท์, 2539)

ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 และ พ.ศ.2537 กำหนดสิทธิที่ผู้ประกันตนจะได้รับ 6 ประการคือ

1. ประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย

ในกรณีผู้ประกันตนเจ็บป่วยหรือประสบอันตรายจะได้รับประโยชน์ทดแทนแตกต่างกันใน 3 ลักษณะ ดังนี้

1.1 กรณีเจ็บป่วยทั่วไป ผู้ประกันตนจะได้รับการรักษาพยาบาล ณ สถานบริการทางการแพทย์ที่ระบุไว้ในบัตรรับรองสิทธิโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ยกเว้นโรคหรือกลุ่มอาการ 15 รายการที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด (โรคจิต โรคจากการใช้สารเสพติด โรคเดียวกันที่ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทคนไข้ในเกิน 180 วัน การทำไตเทียมแบบล้างโลหิต การกระทำเพื่อความสวยงาม การรักษาที่ยังอยู่ในระหว่างทดลอง การรักษาภาวะการมีบุตรยาก การตรวจเนื้อเยื่อเพื่อเปลี่ยนอวัยวะ การตรวจใด ๆ ที่เกินความจำเป็น การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ การเปลี่ยนเพศ การผสมเทียม การบริการระหว่างพักฟื้น ทันตกรรม ยกเว้นการถอนฟัน อุดฟันและขูดหินปูน และการทำแว่นตา)

1.2 กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ผู้ประกันตนเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลได้ทุกแห่ง โดยสำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นภายใน 72 ชั่วโมงแรกตามอัตราที่กำหนด ประกอบด้วย

- ค่ารักษาพยาบาล ค่าตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ เช่น ตรวจเลือด เอกซเรย์ และค่ารักษาพยาบาลด้วยหัตถการจากแพทย์ เช่น ทำแผล เย็บแผล สำหรับผู้ป่วยนอก
- ค่ารักษาพยาบาล ค่าผ่าตัดใหญ่ ค่าห้องและค่าอาหารสำหรับผู้ป่วยใน
- ค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษาด้วยเทคโนโลยีขั้นสูง ได้แก่ CT scan หรือ MRI
- ค่าพาหนะในกรณีผู้ป่วยถูกส่งตัวไปตรวจวินิจฉัยหรือรักษาต่อยังสถานพยาบาลอื่น

1.3 กรณีอุบัติเหตุ ผู้ประกันตนสามารถเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลได้ทุกแห่ง โดยสำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นภายใน 72 ชั่วโมง (ตั้งแต่เข้ารับการรักษาพยาบาล) ในอัตราดังนี้

- โรงพยาบาลรัฐบาล : ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน เบิกได้เท่าที่จ่ายจริงหรือไม่จำกัดวงเงิน
- โรงพยาบาลเอกชน : ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เบิกได้ในอัตราเท่ากับกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน

2. ประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตร

ผู้ประกันตนทั้งชายและหญิงสามารถเบิกค่าคลอดบุตรได้คนละ 2 ครั้ง โดยจะได้รับค่าคลอดบุตรเหมาจ่ายเป็นเงิน 4,000 บาท/ครั้ง พร้อมกันนี้ผู้ประกันตนหญิงจะได้รับเงินสงเคราะห์การหยุดงานเป็นจำนวนครั้งหนึ่งของค่าจ้างเป็นระยะเวลา 90 วันด้วย

3. ประโยชน์ทดแทนกรณีทุพพลภาพ

นอกเหนือจากค่ารักษาพยาบาลเดือนละไม่เกิน 2,000 บาท ผู้ประกันตนยังได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้เป็นจำนวนหนึ่งของค่าจ้างไปตลอดชีวิต

4. ประโยชน์ทดแทนกรณีเสียชีวิต

ผู้ประกันตนจะได้รับค่าทำศพรายละ 20,000 บาท พร้อมเงินสงเคราะห์ให้แก่ทายาทอีกจำนวนหนึ่ง

5. การสงเคราะห์บุตร

ผู้ประกันตนจะได้รับเงินสงเคราะห์บุตรสำหรับบุตรที่อายุไม่เกิน 6 ปี คราวละไม่เกิน 2 คน โดยเหมาจ่ายเดือนละ 150 บาทต่อบุตร 1 คน

6. ประโยชน์ทดแทนกรณีชราภาพ

ผู้ประกันตนจะได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีชราภาพต่อเมื่อผู้ประกันตนได้จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่ต่ำกว่า 15 ปี ไม่ว่าจะระยะเวลา 15 ปีนั้นจะติดต่อกันหรือไม่ก็ตาม

สิทธิประโยชน์ 4 กรณีแรก แม้ผู้ประกันตนได้สิ้นสุดสภาพการเป็นลูกจ้างแล้ว กฎหมายยังให้ความคุ้มครองต่อไปอีก 6 เดือน

ในระยะเริ่มต้นของการประกันสังคม ปรากฏว่าผู้ประกันตนใช้บริการด้านสุขภาพจากโรงพยาบาลในอัตราค่อนข้างต่ำ แต่คาดว่า การจัดระบบให้ผู้ประกันตนเป็นผู้เลือกและกำหนดโรงพยาบาลมารับด้วยตนเองจะทำให้อัตราการใช้บริการเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ วิธีการเบิกจ่ายเงินจากกองทุนประกันสังคมคือการเหมาจ่ายล่วงหน้าให้สถานพยาบาลตามอัตราที่กำหนดเป็นรายหัวต่อปี ปัจจุบันนี้คือ 1,000 บาท ซึ่งเป็นผลดีต่อสถานพยาบาลที่จะสามารถดำเนินการได้โดยคุ้มทุน และกองทุนเองก็สามารถควบคุมยอดค่าใช้จ่ายได้ เป็นผลให้กองทุนประกันสังคมมีฐานะทางการเงินมั่นคงมาก สามารถให้ผู้รับบริการรักษาพยาบาลเบิกค่าพาหนะในกรณีมีความจำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยไปตรวจวินิจฉัยหรือรักษาต่อยังสถานพยาบาลอื่นภายในระยะเวลา 72 ชั่วโมง ทั้งภายในเขตจังหวัดเดียวกันและในกรณีข้ามเขตจังหวัด

3. ระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจ

แผนพัฒนาสาธารณสุขระยะที่ 6 (2530-2534) ได้ระบุนโยบายชัดเจนว่า “รัฐจะสนับสนุนและส่งเสริมการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ” และนโยบายที่รัฐบาลแถลงต่อรัฐสภาเมื่อ วันที่ 27 สิงหาคม 2529 มีว่า “กลวิธีที่จะนำไปสู่การประกันสุขภาพโดยสมัครใจคือบัตรสุขภาพ” หลัก

การของโครงการประกันสุขภาพสะท้อนแนวคิดพื้นฐานสำคัญคือ แนวความคิดเกี่ยวกับการพัฒนา
งานสาธารณสุขมูลฐานซึ่งมีปรัชญาสำคัญอยู่ที่การให้ประชากรสามารถดูแลสุขภาพอนามัยของตน
เองได้ แนวความคิดให้ชุมชนมีบทบาทริเริ่มในการช่วยเหลือตนเอง และมีส่วนร่วมในการสนับสนุน
งบประมาณบางส่วนแก่สถานบริการ แนวความคิดเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่เริ่มจากระดับหมู่
บ้านและมีการส่งต่อไปถึงระดับจังหวัด และแนวความคิดของระบบการประกันภัยซึ่งรวมหลักการ
ของการเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและการได้รับการรักษาพยาบาล รวมถึงการมีหลักประกัน
ยามเจ็บป่วยว่าจะได้รับการรักษาพยาบาลตามสมควร

กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินการจำหน่ายบัตรสุขภาพเมื่อปี 2536 ประมาณ
ว่าในปัจจุบันบัตรสุขภาพครอบคลุมประมาณร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด บัตรสุขภาพราคา
บัตรละ 500 บาท โดยกระทรวงสาธารณสุขให้วงเงินอุดหนุนอีกบัตรละ 1,000 บาท เพื่อให้สถาน
บริการเข้าสู่จุดคุ้มทุน ประชากรกลุ่มเป้าหมายคือผู้ที่ไม่อยู่ในความคุ้มครองของระบบสวัสดิการหรือ
ประกันสุขภาพแบบอื่นและกลุ่มประชากรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างด้อย โดยเฉพาะในเขต
ชนบท อย่างไรก็ตามในระยะหลัง ๆ เมื่อมีความจำเป็นต้องคำนึงถึงความคุ้มทุนของการให้การรักษา
พยาบาลมากขึ้น บัตรสุขภาพจึงเน้นเป้าหมายที่กลุ่มประชากรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ต่ำจนเกินไป
เพราะเหตุว่ากลุ่มประชากรที่ยากจนหรือค่อนข้างยากจนไม่น่าจะช่วยเหลือตัวเองได้โดยการซื้อบัตรสุ
ภาพและน่าจะอยู่ในข่ายของการรับสวัสดิการแบบให้เปล่าของโครงการสวัสดิการประชาชนด้าน
รักษาพยาบาล (สปร.)

บัตรสุขภาพมีอายุใช้สิทธิได้ 1 ปีนับตั้งแต่วันออกบัตร สำหรับการขอมีบัตรนั้น ให้
หัวหน้าครอบครัวหรือบุคคลในครอบครัวคนใดก็ได้ยื่นคำขอลงทะเบียนต่อเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบ
หมายให้เป็นผู้แทนจำหน่ายบัตรในเขตปฏิบัติการซึ่งเป็นภูมิลำเนาของผู้ยื่นคำขอนั้น พร้อมสำเนา
ทะเบียนบ้านหรือหนังสือรับรองของบุคคลที่มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านในชุมชนนั้นรับรองว่าได้
มาพักอาศัยอยู่ในเขตปฏิบัติการนั้น ๆ เป็นหลักฐาน

เมื่อเจ้าหน้าที่ได้ตรวจสอบหลักฐานถูกต้องแล้ว ให้เรียกเก็บเงินสมทบค่าบัตรและ
ออกใบรับเงินเป็นหลักฐานให้แก่ผู้จ่ายเงินทันที แล้วรีบส่งคำขอและเงินสมทบนั้นไปยังเจ้าหน้าที่ที่
เกี่ยวข้องโดยเร็ว ให้เจ้าหน้าที่ที่ออกบัตรให้แก่ผู้ยื่นคำขอหลังจากวันที่ได้รับเงินสมทบครบถ้วนแล้ว
ภายใน 30 วัน แต่ไม่เกิน 45 วัน และให้ลงวันที่ออกบัตรตามวันที่ออกบัตรจริง เว้นแต่บัตรที่ต่ออายุ
ก่อนวันหมดอายุของบัตรเดิมให้ลงวันที่ออกบัตรต่อจากบัตรเดิม เมื่อมีการออกบัตรไปแล้วจะขอให้
ออกบัตรให้แก่บุคคลในครอบครัวเพิ่มอีกไม่ได้

บุคคลที่จะมีสิทธิได้รับบัตรสุขภาพรายครอบครัว ได้แก่ บุคคลในครอบครัว คือ สามี
ภรรยา และบุตรโดยชอบด้วยกฎหมายที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เว้นแต่บุตรที่กำลังศึกษาในระดับปริญญา

ตรึงมาและอายุไม่เกิน 25 ปีบริบูรณ์ รวมกันไม่เกิน 5 คน ถ้ายังไม่ครบ 5 คน สามารถระบุชื่อบิดา มารดาของสามีหรือภรรยา หรือบุตรของสามีหรือภรรยา ซึ่งเป็นบุตรโดยชอบด้วยกฎหมายที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะและยังเป็นโสด ซึ่งอยู่ในทะเบียนบ้านเดียวกันได้

ในการไปรับบริการทางการแพทย์ทุกครั้ง ผู้มีประกันต้องปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. นำบัตรสุขภาพและบัตรประจำตัวประชาชน หรือหลักฐานอื่น เช่น หนังสือรับรองของเจ้าหน้าที่หรือผู้ที่เชื่อถือได้ แสดงว่าเป็นบุคคลเดียวกัน แสดงต่อเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการทันทีเมื่อขอรับบริการ

2. ไปรับบริการในเวลาทำงานปกติของหน่วยบริการ เว้นแต่กรณีอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือกรณีส่งต่อจากหน่วยบริการอื่น เวลาทำงานปกติให้หมายรวมถึงเวลาทำงานที่หน่วยบริการนั้นได้ประกาศขยายออกไปนอกเวลาราชการหรือในวันหยุดราชการเป็นการประจำด้วย

3. ต้องปฏิบัติตามระเบียบของหน่วยบริการและให้ความร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่เพื่อให้เกิดผลดีในการให้บริการแก่ตน

สำหรับสถานบริการที่สามารถไปรับบริการ ได้แก่ หน่วยบริการที่ระบุไว้ในบัตร หรือหน่วยบริการที่อยู่ใกล้ที่เกิดอุบัติเหตุหรือที่เกิดความเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือที่เกิดความจำเป็นต้องรับบริการทางการแพทย์ หรือหน่วยบริการที่รับการส่งต่อจากหน่วยบริการอื่น ซึ่งผู้มีประกันสามารถระบุหน่วยบริการได้ไม่เกิน 2 แห่งคือ หน่วยบริการระดับตำบลหนึ่งแห่ง และระดับอำเภอที่มีแพทย์ประจำอีกหนึ่งแห่งที่ผู้ประกันจะไปรับบริการได้ตามปกติได้

ผู้มีประกันได้รับความคุ้มครองค่าบริการทางการแพทย์โดยไม่ต้องเสียค่าบริการดังนี้

1. ค่ายา ค่าผ่าตัด ค่าน้ำเกลือ ค่าทำคลอด ค่าทำหมัน ค่าบริการวางแผนครอบครัว ค่าเลือดและส่วนประกอบของเลือด ค่าน้ำยาหรืออาหารทางเส้นเลือด ค่าออกซิเจน ค่าวัคซีนและเซรุ่มในการป้องกันโรคที่กรมควบคุมโรคติดต่อจัดเป็นบริการพื้นฐานสำหรับประชาชนทั่วไป และอื่น ๆ ทำนองเดียวกันที่ใช้ในการให้บริการทางการแพทย์และอนามัย

2. ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าตรวจโรค ค่าวิเคราะห์โรค ค่าชันสูตรโรค ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ในการให้บริการทางการแพทย์และอนามัยที่ให้แก่ผู้ป่วยทั่วไป ซึ่งไม่ใช่บริการที่จัดขึ้นเป็นพิเศษแก่ผู้ป่วยเฉพาะรายหรือจัดทำตามคำขอของผู้ป่วยเฉพาะราย

3. ค่าอวัยวะเทียมหรืออุปกรณ์ในการบำบัดโรครวมทั้งค่าซ่อมแซม ยกเว้นค่าอวัยวะเทียมหรืออุปกรณ์ที่ปลัดกระทรวงกำหนด

4. ค่าถอนฟัน ค่าอุดฟันทุกชนิด ค่าขูดหินน้ำลาย ค่าเคลือบฟันฟลูออไรด์ ค่ารักษาโรคฟันและเหงือก และค่าทำฟันปลอมที่ใช้อะคริลิก (Acrylic) เป็นฐานที่ทันตแพทย์เห็นว่าจำเป็นเพื่อการโภชนาการ

5. ค่าห้องสามัญและค่าอาหารสามัญตลอดเวลาที่เข้ารับการรักษ หากผู้มีประกันจะใช้ห้องพิเศษหรืออาหารพิเศษ ต้องลงทะเบียนตามข้อ 1-4 ข้างต้น ยกเว้นบัตรสุขภาพสำหรับผู้นำชุมชนหรืออาสาสมัครสาธารณสุขที่มีสิทธิได้รับสวัสดิการด้านรักษาพยาบาลตามระเบียบอื่นซึ่งยังบังคับใช้อยู่

โครงการบัตรสุขภาพบริหารในรูปแบบสำนักงานเงินทุน ประกอบด้วย

1. สำนักงานเงินทุนกลาง อยู่ในส่วนกลาง ทำหน้าที่กำหนดนโยบาย อำนวยการ และสนับสนุนจัดหางบประมาณและแหล่งทุนอื่น ๆ เพื่อสมทบเงินอุดหนุนค่าบัตร

2. สำนักงานเงินทุนสาขาจังหวัด อยู่ในจังหวัดต่าง ๆ ทำหน้าที่เป็นหน่วยเบิกจ่ายเงินเพื่อจัดสรรให้หน่วยบริการหรือสำนักงานเงินทุนสาขาอำเภอตามจำนวนบัตรและการให้บริการรักษาพยาบาล

3. สำนักงานเงินทุนสาขาอำเภอ เป็นหน่วยปฏิบัติการในการหาผู้ประกันตนและการดูแลสิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตนในการใช้บริการจากสถานพยาบาลให้เป็นไปตามข้อตกลง

ในส่วนของการจัดสรรเงินทุนหมุนเวียน คณะกรรมการบริหารเงินทุนหมุนเวียน บัตรสุขภาพอนุมัติการจัดสรรเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. เป็นค่าใช้จ่ายค่าบริหารจัดการ 75 บาท/บัตร แบ่งเป็น

- จัดสรรให้ส่วนกลาง 25 บาท/บัตร
- จัดสรรให้ส่วนภูมิภาค 50 บาท/บัตร

2. เป็นค่าบริการทางการแพทย์ บัตรละ 1,425 บาท/บัตร แบ่งเป็น

- จัดสรรไว้ที่ส่วนกลาง 38 บาท/บัตร สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ กรณีค่าใช้จ่ายสูง
- จัดสรรไว้ที่ส่วนภูมิภาค 1,387 บาท/บัตร สำหรับค่านามัยขั้นพื้นฐาน ค่าบริการทางการแพทย์นอกเครือข่าย และค่าบริการทางการแพทย์ ภายในเครือข่าย

โดยพื้นฐานของโครงการบัตรสุขภาพ นอกเหนือจากการได้รับบริการรักษาพยาบาลตามสิทธิประโยชน์ที่กำหนดในบัตรแล้ว ยังก่อให้เกิดพฤติกรรมในทางบวกอันเป็นประโยชน์แก่เจ้าของบัตรอย่างน้อย 2 ประการคือ การปรับเปลี่ยนแบบแผนการรักษาพยาบาลของประชาชนจากเดิมที่เป็นการไปซื้อยาจากร้านขายยาทั่ว ๆ ไปมาใช้ประโยชน์จากสถานบริการมากขึ้น และลดอัตรา

การสูญเสียจากการตั้งครุฑและอัตราการตายของทารกในครรภ์ที่มารดาตัดสินใจซื้อบัตรสุขภาพเมื่อเริ่มตั้งครุฑ

4. โครงการบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.)

โครงการนี้เมื่อแรกดำเนินการในปี 2528 ใช้ชื่อว่า “โครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล (สปน.)” จัดเป็นสวัสดิการสงเคราะห์ที่รัฐให้เป็นหลักประกันในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของประชาชนผู้มีรายได้น้อยในยามเจ็บป่วยโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายจากผู้รับบริการ รัฐบาลเป็นฝ่ายรับภาระค่าใช้จ่าย สถานพยาบาลของรัฐเป็นผู้ให้บริการ ในปี 2527 ได้มีการเปลี่ยนชื่อโครงการเป็นโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) ณ ปัจจุบันผู้มีสิทธิได้รับสวัสดิการประเภทนี้โดยให้รายได้เป็นเกณฑ์ ได้แก่ คนโสดที่มีรายได้ไม่เกิน 2,000 บาท ต่อเดือน บุคคลในครอบครัวเดียวกันรายได้รวมกันไม่เกินเดือนละ 2,800 บาท (สำนักงานประกันสังคม กระทรวงสาธารณสุข, 2540)

นอกจากกลุ่มผู้มีรายได้น้อยแล้ว ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2537 ยังมีนโยบายให้สวัสดิการด้านรักษาพยาบาลให้กับกลุ่มที่สังคมควรให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งได้แก่ :

1. เด็กแรกเกิดจนถึง 12 ปี
2. เด็กนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นอนุบาลจนถึงมัธยมศึกษาปีที่ 3 ซึ่งมีการประกันสุขภาพนักเรียนตามโครงการประกันสุขภาพ นักเรียนของกระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงมหาดไทย
3. ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
4. ผู้พิการ ได้แก่ ผู้ที่มีความบกพร่องทางร่างกายทางสติปัญญาหรือทางจิตใจตามประเภทและหลักเกณฑ์ที่กำหนดในกฎกระทรวงตามพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ.2534
5. ทหารผ่านศึกและครอบครัว ได้แก่ ผู้ที่เป็นทหารผ่านศึกนอกประจำการทุกชั้นบรรดามทั้งครอบครัว และครอบครัวของผู้เสียชีวิตจากการปฏิบัติการรบที่มีบัตรทหารผ่านศึก
6. ภิกษุ/ผู้นำศาสนา ได้แก่ นักบวชในศาสนาพุทธหรือศาสนาอื่น ๆ ที่มีอยู่ในประเทศทุกศาสนา และบุคคลดังกล่าวต้องมีหลักฐานแสดงตน
7. บัตรชั่วคราวออกให้กลุ่มที่กล่าวมาข้างบนที่ไม่มีทะเบียนบ้าน หรือหลักฐานแสดงประกอบชัดเจน

นับว่าโดยหลักการแล้ว โครงการให้หลักประกันนี้มีความมุ่งหมายเพื่อช่วยเหลือกลุ่มผู้ยากไร้และด้อยโอกาส ตามแนวคิดแบบรัฐสวัสดิการ

วิธีดำเนินโครงการ สรุปได้ดังนี้

1. เปิดโอกาสให้ผู้มีรายได้น้อยแสดงความจำนงขอรับสิทธิได้ทุก 3 เดือน
2. ในการคัดกรองผู้มีรายได้น้อยได้รับสวัสดิการอย่างแท้จริงใช้กลวิธีสังคมช่วยและร่วมกับการประเมินรายได้
3. ให้คณะกรรมการพิจารณาผู้มีสิทธิทุกระดับ ดำเนินการตรวจสอบคุณสมบัติของผู้แสดงความจำนงขอสิทธิอย่างเข้มงวดและจริงจัง และพิจารณาตรวจสอบทบทวนผู้ได้รับสิทธิเป็นระยะ ๆ ตามความเหมาะสม
4. สิทธิสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล สำหรับบัตรถาวรมีอายุคราวละไม่เกิน 3 ปี และบัตรชั่วคราวมีอายุคราวละไม่เกิน 1 ปี ทั้งนี้นับตั้งแต่วันออกบัตร
5. การระบุสถานพยาบาลในบัตร ให้ผู้มีสิทธิเลือกสถานพยาบาลหรือศูนย์บริการสาธารณสุขที่มีแพทย์ประจำ ซึ่งตั้งอยู่ในภูมิลำเนาหรือไปรับบริการได้สะดวกที่สุด 1 แห่ง เป็นสถานพยาบาลประจำครอบครัวหลักหรือเลือกสถานพยาบาลระดับต้นที่ไม่มีแพทย์ ซึ่งตั้งอยู่ในภูมิลำเนาหรือไปรับบริการได้สะดวกที่สุด (ถ้ามี) อีก 1 แห่ง เช่น สถานีอนามัยเป็นสถานพยาบาลประจำครอบครัวเครือข่าย ทั้งนี้ให้เป็นไปตามหลักการที่ให้ผู้มีสิทธิได้มีโอกาสพบแพทย์ เช่นเดียวกับผู้มีบัตรสุขภาพ
6. ให้จังหวัด/กรุงเทพมหานคร ดำเนินการออกบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยเป็นรายบุคคลและขึ้นทะเบียนเพื่อทำฐานข้อมูล
7. คงไว้ซึ่งระบบส่งต่อระหว่างสถานพยาบาลระดับต่าง ๆ ที่มีแพทย์หรือระหว่างเครือข่าย
8. ในการมอบบัตรให้ทำความเข้าใจในเรื่องการเข้ารับบริการ สิทธิ และอื่น ๆ ที่จำเป็น พร้อมมอบคู่มือบัตรให้กับผู้มีสิทธิเป็นรายครอบครัว
9. ออกบัตรสวัสดิการสำหรับผู้ที่ยังคงสมควรช่วยเหลือเกื้อกูลโดยไม่คิดมูลค่า

การติดตามและประเมินผลกระทำโดยคณะกรรมการนิเทศ ควบคุม กำกับและประเมินผลระดับจังหวัด อำเภอ เทศบาล ซึ่งมีหน้าที่ควบคุมและกำกับการออกบัตรสวัสดิการฯ ในพื้นที่ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด นิเทศติดตามในพื้นที่ทุกแห่งและช่วยเหลือแก้ไขปัญหาในบางพื้นที่ที่มีปัญหา สรุปวิเคราะห์ผลการออกบัตรสวัสดิการฯ ของจังหวัด/กรุงเทพมหานคร เมื่อได้รับรายงานผลจากหน่วยงานระดับล่าง และประเมินผลคุณภาพของการออกบัตรสวัสดิการฯ ในจังหวัดและกรุงเทพมหานคร

สิทธิของผู้ได้รับบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) มีดังนี้

1. มีสถานพยาบาลประจำครอบครัวและเจ้าหน้าที่ให้การดูแลสุขภาพของผู้ได้รับบัตร ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขขั้นพื้นฐานที่จำเป็นได้มาตรฐานอย่างต่อเนื่อง
2. เมื่อเจ็บป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่จำเป็นจนสิ้นสุดการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลประจำครอบครัวที่ระบุในบัตรรวมทั้งเครือข่ายของสถานพยาบาลนั้น โดยไม่ต้องเสียเงิน สำหรับค่าใช้จ่ายดังนี้
 - 2.1 ค่ายา ค่าผ่าตัด ค่าน้ำเกลือ ค่าทำคลอด ค่าทำหมัน ค่าบริการวางแผนครอบครัว ค่าเลือดและส่วนประกอบของเลือดหรือสารทดแทน ค่าน้ำยาหรืออาหารทางเส้นเลือด ค่าออกซิเจน และอื่น ๆ ทำนองเดียวกันที่ใช้ในการบำบัดรักษาโรค
 - 2.2 ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดโรค รวมทั้งค่าซ่อมแซม ยกเว้น ค่าแว่นตา
 - 2.3 ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าตรวจโรค ค่าวิเคราะห์โรค ค่าชันสูตรโรค ค่าตรวจทางห้องทดลองและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ของผู้ป่วยใน แต่ไม่รวมถึง ค่าจ้างพยาบาลพิเศษ ค่าธรรมเนียมพิเศษและค่าบริการอื่นทำนองเดียวกันที่มีลักษณะเป็นเงินตอบแทนพิเศษ
 - 2.4 ค่าอุดฟันธรรมชาติ ค่าถอนฟัน ค่าขูดหินน้ำลาย ค่าทำฟันปลอมที่ใช้อะคริลิก (Acrylic) เป็นฐาน
 - 2.5 ค่าห้องและค่าอาหารสามัญตลอดเวลาที่เข้ารับการักษาพยาบาล ยกเว้นค่าห้องพิเศษ

ทั้งนี้ หากเป็นการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากรถ ผู้บาดเจ็บจะได้รับความคุ้มครองและให้สิทธิตาม “พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ.2535” ก่อน โดยให้ผู้ป่วยมอบอำนาจและสำเนาเอกสารที่จำเป็นให้สถานพยาบาลเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลจากบริษัทประกันภัยหรือกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถแทน

3. ผู้ได้รับบัตร เมื่อใช้สิทธิรับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลแห่งหนึ่งแล้ว จะใช้สิทธิเพื่อการรักษาพยาบาลสำหรับโรคเดียวกันในสถานพยาบาลแห่งอื่นในวันเดียวกันนั้นอีกไม่ได้ เว้นแต่กรณีแพทย์ผู้ทำการรักษาจะนัดหมายโดยเฉพาะ หรือกรณีที่เกิดอุบัติเหตุหรือป่วยฉุกเฉิน หรือผู้ได้รับบัตรยินยอมชำระค่ารักษาพยาบาลตามที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ

ในปี 2519 งบประมาณรัฐบาลสำหรับโครงการของ สปร.เริ่มจาก 520 ล้านบาท และเพิ่มถึงเกือบ 8,000 ล้านบาทในปี 2542 การหาตัวเลขที่แน่นอนของจำนวนผู้มีสิทธิได้รับบัตร สปร.เป็นเรื่องยาก เนื่องจากการซ้ำซ้อนกันของผู้มีสิทธิโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและเด็กอายุต่ำ

กว่า 12 ปี ซึ่งมีการออกบัตรเป็นบุคคลตามอายุมากกว่าออกเป็นครอบครัว อย่างไรก็ตาม มีข้อสรุปว่า ในปี 2541 มีประชากรร้อยละ 28.9 ของประชากรทั้งหมดหรือประมาณ 17.7 ล้านคน มีสิทธิตามโครงการ สปร. (เดล โดแนลสัน และคณะ ,2542)

5. การประกันสุขภาพเอกชน

การประกันสุขภาพภาคเอกชนในประเทศไทยที่ดำเนินการในลักษณะธุรกิจประกันสุขภาพโดยเฉพาะนั้นเริ่มจากการจดทะเบียนของ “บริษัทการแพทย์และสาธารณสุขไทย” เมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2521 โดยบริษัทได้เริ่มโครงการตามรูปแบบการประกันสุขภาพในต่างประเทศ โดยเฉพาะการคุ้มครองค่ารักษาพยาบาลในกรณีเจ็บป่วยแก่ผู้เอาประกัน ต่อมาบริษัทประกันชีวิตและบริษัทประกันวินาศภัยหลายแห่งได้ขยายธุรกิจประกันชีวิตโดยผนวกการประกันสุขภาพเข้าไว้ด้วยในทางปฏิบัติการขายประกันชีวิตและการประกันวินาศภัยได้รวมกรรมธรรมที่ครอบคลุมการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ การรักษาพยาบาล และ/หรือการชดเชยการสูญเสียรายได้ที่เกิดจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุไว้ด้วย (เทียนฉาย กิระนันท์ ,2539)

นายแพทย์ปรากรม วุฒิพงศ์ (2532) ได้จำแนกธุรกิจการประกันสุขภาพเอกชนในประเทศไทยเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. บริษัทประกันชีวิตที่ขายสัญญาประกันสุขภาพเพิ่มเติมแนบท้ายกรมธรรม์หลัก ซึ่งมีทั้งประกันรายบุคคลและประกันกลุ่ม
2. บริษัทประกันวินาศภัยที่จดทะเบียนเพื่อทำธุรกิจประเภทประกันสุขภาพโดยเฉพาะ ซึ่งมีทั้งการประกันรายบุคคลและประกันกลุ่มเช่นกัน
3. โรงพยาบาลเอกชนที่เปิดโอกาสให้มีการสมัครเป็นสมาชิกเพื่อจะได้รับสิทธิพิเศษบางประการในการรักษาพยาบาล

การทำประกันสุขภาพทั้ง 3 รูปแบบข้างต้นมักจะอยู่ภายใต้เงื่อนไขระยะเวลา 1 ปี หรือต่อสัญญาปีต่อไป

ปัจจุบัน บริษัทที่จดทะเบียนเป็นบริษัทประกันสุขภาพโดยตรงมีเพียง 6 บริษัท ได้แก่

1. บจ.เอเพ็กซ์ประกันสุขภาพ
2. บจ.บลูครอสประกันสุขภาพ
3. บจ.ศูนย์สุขภาพประเทศไทย
4. บจ.แอมบาซาเตอร์ประเทศไทย
5. บจ.ไทยประกันสุขภาพ
6. บจ.วานิชย์ประกันสุขภาพและเบ็ดเตล็ด

จำนวนกรรมธรรม์ทั้งสิ้นของทั้ง 6 บริษัทในปี 2540 มีเพียง 26,414 ราย ในจำนวนนี้ ประมาณร้อยละ 46 เป็นลูกค้าของ บจ.ไทยประกันสุขภาพ และร้อยละ 32 เป็นลูกค้าของ บจ. บลูครอสประกันสุขภาพ ส่วนบริษัทที่เหลือมีลูกค้าน้อยมากจนคิดว่าอาจล้มเลิกกิจการในอนาคต ก็ได้

ธุรกิจประกันชีวิตในประเทศไทยมีบริษัทดำเนินการทั้งหมด 25 บริษัท (รายงาน ธุรกิจประกันภัยในประเทศไทยของกรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์, 2540) มีกรรมธรรม์แนบท้ายที่คลุมถึงการประกันสุขภาพรายบุคคล 4,002,005 ราย และรายกลุ่ม 162,752 รายในปี 2540 (ตัวเลขจากสำนักประกันชีวิต) ในส่วนของบริษัทประกันวินาศภัย จำนวนกรรมธรรม์แนบท้ายที่คลุมถึงการประกันสุขภาพปี 2540 มี 46,353 ราย รวมทั้งสิ้นจะมีการประกันสุขภาพรายบุคคลกับธุรกิจ เอกชน 4,074,772 ราย และรายกลุ่ม 162,752 ราย ซึ่งนับว่าไม่น้อย

แบบประกันสุขภาพที่บริษัทประกันชีวิตขายต่อท้ายกรรมธรรม์ ประกอบด้วยสัญญาเพิ่มเติมดังนี้ (อารีย์ อังคภากรณ์กุล, 2542)

1. **สัญญาเพิ่มเติมประกันการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลและศัลยกรรม**
สัญญาเพิ่มเติมนี้ให้ความคุ้มครองทั้งกรณีเป็นผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก โดยผู้ป่วยใน หมายถึง ผู้ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลาอย่างน้อย 6 ชั่วโมง และเสียค่าห้อง ค่าอาหารประจำวันในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนผู้ป่วยนอก หมายถึง ผู้ที่รับบริการหรือเวชภัณฑ์อันเนื่องจากการรักษาพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก หรือในห้องรักษาฉุกเฉินของโรงพยาบาล ผู้เอาประกันที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในฐานะผู้ป่วยในมีข้อจำกัดว่าต้องเป็นสถานพยาบาลที่รับอนุญาตจากกระทรวงสาธารณสุขให้ประกอบการรักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บหรือเจ็บป่วย ตรวจวินิจฉัยโรค และทำการผ่าตัดโดยมีเตียงสำหรับผู้ป่วยในและให้บริการด้านพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง

บริษัทจะจ่ายผลประโยชน์ให้ต่อเมื่อผู้เอาประกันเข้ารับการรักษาพยาบาลเมื่อพ้นกำหนด 30 วัน นับจากวันทำสัญญาหรือวันต่ออายุสัญญา

ความคุ้มครองของสัญญามี 8 รายการ และแต่ละรายการมีข้อจำกัด/เงื่อนไขแตกต่างกันไป ได้แก่

- 1) **ค่าห้องและค่าอาหารประจำวันในโรงพยาบาล** ในอัตราไม่เกินจำนวนผลประโยชน์ค่าห้องและค่าอาหารประจำวันในโรงพยาบาลต่อวันที่ผู้เอาประกันภัยเลือกซื้อ
- 2) **ค่ารักษาพยาบาลอื่น ๆ ในโรงพยาบาล** บริษัทจะจ่ายผลประโยชน์เกี่ยวกับการให้ยาและการใช้ยาโดยคำสั่งแพทย์ผู้ทำการรักษา การแต่งบาดแผลและอื่น ๆ รวมถึงการบริการของรพพยาบาล แต่ไม่เกิน

จำนวนผลประโยชน์ค่าห้องและค่าอาหารประจำวันในโรงพยาบาล
สำหรับการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยครั้งใดครั้งหนึ่ง

- 3) ค่าผ่าตัด บริษัทจะจ่ายให้ตามที่ผู้เอาประกันภัยจ่ายไปจริง แต่ไม่เกิน
อัตราร้อยละของตารางอัตราค่าธรรมเนียมการผ่าตัดที่ปรากฏใน
สัญญาต่อการเข้ารับการรักษารั้งใดครั้งหนึ่ง
- 4) ค่าห้องผ่าตัด ใช้เกณฑ์เดียวกันกับค่าผ่าตัด
- 5) ค่าวางยาสลบ ใช้เกณฑ์เดียวกับค่าผ่าตัดและค่าห้องผ่าตัด
- 6) ค่ารักษาพยาบาลฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมงนับจากเวลาเกิดอุบัติเหตุ
บริษัทจะจ่ายให้ตามจำนวนที่จ่ายจริง
- 7) ค่าวินิจฉัยโรคด้วยรังสีเอกซ์และการตรวจในห้องปฏิบัติการ ขณะที่
เป็นผู้ป่วยนอก บริษัทจะจ่ายให้ตามจำนวนเงินที่ผู้เอาประกันภัยได้
จ่ายไปจริง แต่ไม่เกินจำนวนที่ซื้อต่อการเจ็บป่วยครั้งใดครั้งหนึ่ง และ
การกระทำดังกล่าวต้องเกิดขึ้นภายใน 30 วัน ก่อนหรือหลังการเข้ารับ
การรักษา
- 8) ค่าปรึกษาแพทย์ในโรงพยาบาล บริษัทจะจ่ายค่าปรึกษาแพทย์ตาม
จำนวนวันที่ผู้เอาประกันภัยเลือกซื้อ ซึ่งอาจเป็น 45 วัน หรือ 75 วัน
หรือ 90 วัน

2. สัญญาเพิ่มเติมประกันการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลและศัลยกรรมแบบพี

พีโอ (Preferred Provider Organizations) ให้ความคุ้มครอง 8 รายการเช่นเดียวกัน แต่ผู้เอาประกัน
สามารถเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลใดก็ได้ บริษัทจะจ่ายผลประโยชน์ให้ตามที่ผู้เอาประกันภัย
ได้จ่ายไปจริง แต่ไม่เกินผลประโยชน์ที่ซื้อประกันไว้

3. สัญญาเพิ่มเติมการประกันการชดเชยค่ารักษาพยาบาลรายวัน บริษัทจะจ่าย
ผลประโยชน์ให้ผู้เอาประกันภัยเป็นค่าชดเชยรายวันกรณีที่ผู้เอาประกันภัยเจ็บป่วยและเข้ารับการ
รักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยในอย่างน้อย 6 ชั่วโมง โดยจ่ายให้เป็นรายวันตามจำนวนวันที่เข้ารับการ
รักษาพยาบาลจริง แต่ไม่เกินจำนวนวันสูงสุดที่กำหนดไว้ต่อครั้ง

สัญญาเพิ่มเติมประกันภัยทั้ง 3 แบบ ทั้งบริษัทและผู้เอาประกันภัยสามารถบอกเลิก
สัญญาได้โดยบริษัทส่วนใหญ่ให้เวลาไม่น้อยกว่า 30 วันในการบอกเลิกสัญญา

การบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่จะไม่ได้รับความคุ้มครองจากการเอาประกัน มีดังนี้

1. การทำร้ายร่างกายตนเอง หรือพยายามทำร้ายร่างกายของตนเอง
2. การทำหมั้นเพศหนึ่งเพศใด และการทำหมั้นหรือรักษาเกี่ยวกับการคุมกำเนิด
3. การตั้งครรภ์ การแท้งบุตร หรือการคลอดบุตร
4. สภาพจิตใจหรือประสาทผิดปกติ
5. การรักษาโรคพิษสุราเรื้อรัง การติดยาเสพติดให้โทษ กามโรค กรรมพันธุ์ หรือความบกพร่องของร่างกายที่เป็นมาแต่กำเนิด หรือการเจ็บป่วยเนื่องจากโรคดังกล่าว
6. การผ่าตัดเพื่อเสริมสวยหรือศัลยกรรมตกแต่งหรือการผ่าตัดอันมีลักษณะเลือกได้ หรือการผ่าตัดเพื่อแก้ไขสิ่งผิดปกติเนื่องมาจากกำเนิด
7. การรักษาฟัน การทำฟัน การรักษาเหงือกอักเสบ การตรวจสายตา การประกอบแว่นตาหรือคอนแทคเลนส์ เครื่องช่วยได้ยิน เว้นแต่จะเป็นการจำเป็นอันเนื่องจากอุบัติเหตุ
8. การตรวจสุขภาพทั่วไป การรักษาแบบพักฟื้นหรือพักฟื้นหรือให้น้ำเกลือ โดยไม่มีการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยใด ๆ โดยชัดเจนและการบริการอื่น ๆ อันมิใช่การรักษาโรค
9. การรักษาหรือผ่าตัดต่อมทอมซิล ต่อมในหลอดคอ ไขสันหลัง หรือโรคภายในของสตรี เว้นแต่ผู้ประกันตนได้รับความคุ้มครองภายใต้สัญญาเพิ่มเติมที่ต่อเนื่อง
10. โรคเรื้อรังที่เป็นมาก่อนทำประกัน เช่น โรคจิตเสียดวงทวารหนัก ไชนัสต์ อักเสบ กระเพาะอาหาร หืด และยังไม่ได้ทำการรักษาให้หายขาด
11. ภัยสงครามไม่ว่าจะประกาศหรือไม่ก็ตาม สงครามกลางเมือง การก่อการร้าย การปฏิวัติหรือรัฐประหาร การกบฏ การจลาจล และการนัดหยุดงาน
12. ขณะที่ผู้ประกันตนกระทำความผิดทางอาญาโดยเจตนา หรือขณะถูกจับกุมโดยเจ้าหน้าที่เพราะการกระทำความผิดทางอาญานั้น เว้นแต่ความผิดลหุโทษหรือความผิดอันยอมความกันได้
13. ขณะที่ผู้ประกันตนได้ปฏิบัติหน้าที่เป็นทหารอาสาสมัครและปฏิบัติการในสงครามหรือปราบปราม ในกรณีเช่นนี้ถ้าผู้ประกันตนได้ปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าวเป็นเวลาติดต่อกันเกินกว่า 30 วัน บริษัทประกันจะคืนเบี้ยประกันให้ตามสัดส่วนสำหรับระยะเวลาที่เข้าปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าว

14. ขณะที่ผู้ประกันตนเข้าร่วมทะเลาะวิวาทหรือมีส่วนช่วยทำให้เกิดการทะเลาะวิวาท

ช้อยกเว้นความคุ้มครองดังกล่าว ส่วนใหญ่จะกำหนดคล้ายคลึงกัน บางบริษัทอาจกำหนดช้อยกเว้นความคุ้มครองมากหรือน้อยกว่านี้ ทั้งนี้ขึ้นกับอัตราเบี้ยประกัน

หลักเกณฑ์ในการรับลูกค้าเป็นผู้ประกันตนของบริษัทประกันสุขภาพนั้น บริษัทจะพิจารณาจากพื้นฐานการลดความเสี่ยงของบริษัท โดยกำหนดเบี้ยประกันสูงหรือต่ำตามภาวะของบุคคลที่เอาประกัน ซึ่งมีปัจจัยสำคัญในการพิจารณาอยู่ 2 ประการคือ

1. สุขภาพโดยรวมของผู้เอาประกัน โดยคำนึงถึงอายุ ภาวะสุขภาพอนามัย ความสัมพันธ์ระหว่างส่วนสูงกับน้ำหนัก ประวัติการรักษาพยาบาลในอดีต เป็นต้น
2. อาชีพของผู้เอาประกัน โดยคำนึงถึงความเสี่ยงในการประกอบอาชีพ

ในการดำเนินธุรกิจของบริษัทประกันสุขภาพโดยตรงซึ่งมีอยู่เพียง 6 บริษัท ปรากฏว่าส่วนใหญ่ประสบปัญหาค่าใช้จ่ายดำเนินการค่อนข้างสูงและทำให้ขาดทุน ยกเว้นบริษัทขนาดใหญ่ 2 บริษัทที่มีส่วนแบ่งการตลาดสูง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะอำนาจซื้อของคนไทยส่วนใหญ่ยังไม่ สูงนัก แม้จะมีประชากรถึงร้อยละ 86.5 เห็นความจำเป็นของการประกันสุขภาพ แต่ก็จัดลำดับว่าน่าจะเป็นการจัดในรูปแบบสวัสดิการโดยรัฐหรือหน่วยงานแบบให้เปล่าหรือเสียเงินน้อย หรือไม่ก็ให้ประชาชนเก็บออมเงินไว้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเองมากกว่าที่จะดำเนินการซื้อประกันสุขภาพสำหรับตนและครอบครัว (จีฬร โกลากุล และคณะ, 2528 อ้างใน เทียนฉาย กิระนันท์, 2539) ดังนั้นเมื่อธุรกิจประกันสุขภาพเอกชนต้องคิดค่าเบี้ยประกันสูงก็ยังมีผลให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายของธุรกิจนี้แคบลง เหลือแต่เฉพาะผู้มีรายได้ปานกลางค่อนข้างสูงจนถึงผู้มีรายได้สูงเท่านั้น

พิจารณาระบบประกันสุขภาพ 5 ระบบข้างต้น จะเห็นว่าการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในปัจจุบันค่อนข้างเป็นการแยกส่วน และกระจายความรับผิดชอบไปสู่หลายหน่วยงาน การขาดความเป็นเอกภาพอาจมีส่วนให้ประชาชนไม่ได้รับบริการอย่างทั่วถึงหรือไม่ดีพอตามเจตนารมณ์ของรัฐบาล ซึ่งได้จ่ายเงินมหาศาลตลอดมาเพื่อการนี้

การดูแลให้ระบบบริการสุขภาพสนองตอบความต้องการของประชาชนทั่วประเทศ ขณะเดียวกันสามารถบรรเทาปัญหาการเงินการคลังของรัฐ จึงมีโจทย์สำคัญคือ

1. ประชาชนที่อยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพทั้ง 5 ระบบ ได้รับบริการที่สนองตอบความต้องการหรือไม่ เหมาะสมและเป็นธรรมหรือไม่ ทำอย่างไรจึงจะปรับปรุงให้เกิดความเป็นธรรมและมีประสิทธิภาพ การตอบโจทยนี้จำเป็นต้องตรวจสอบสถานการณ์ว่าแต่ละระบบมีจุดอ่อนที่ควรปรับปรุงอย่างไร และการปรับปรุงแต่ละระบบย่อยจะกระทบต่อระบบย่อยอื่นและภาพรวมอย่างไร

2. ร้อยละ 30 ของประชาชนทั้งประเทศที่ไม่ได้อยู่ในระบบบริการสุขภาพใด ๆ เลย เฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ยากจนและขาดศักยภาพในการช่วยเหลือตนเอง มีปัญหาการรับบริการสุขภาพหรือไม่เพียงใด การตอบโจทย์นี้จำเป็นต้องศึกษาว่าผู้ไม่อยู่ในระบบประกันสุขภาพเป็นใคร มีการรับรู้เกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพหรือเคยพยายามที่จะเข้าใช้ระบบใดบ้างหรือไม่ ลักษณะและสาเหตุความเดือดร้อนเป็นอย่างไร ชุมชนและสังคมได้เข้าไปช่วยเหลือบ้างหรือไม่ อย่างไร

การวิจัยในประเด็นหลักข้างต้น จะทำให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะปัญหาของผู้รับบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพ 5 ระบบ และปัญหาในการรับบริการของประชาชนที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพในแง่ของความทุกข์หรือความเดือดร้อน ความพึงพอใจ ความเสมอภาค/เท่าเทียม ความเป็นธรรม คุณภาพของบริการ การเข้าถึงบริการ สาเหตุของปัญหาและการแก้ไข เพื่อประกอบเป็นส่วนหนึ่งของการพิจารณาปฏิรูปการให้บริการสุขภาพที่มุ่งสู่เอกภาพและประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย :

1. วิเคราะห์สภาพปัญหาของผู้รับบริการภายใต้ระบบประกันสุขภาพ 5 ระบบ และสภาพปัญหาของประชาชนที่ไม่ได้อยู่ในระบบใด ๆ
2. วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาด้านการดำเนินงานภายใต้ระบบต่าง ๆ และการให้บริการแก่กลุ่มที่ไม่ได้อยู่ในระบบ
3. ศึกษาแบบแผนการใช้บริการสุขภาพของประชาชนที่ไม่อยู่ในระบบ ลักษณะปัญหาที่เกิดขึ้นเมื่อไปรับบริการสุขภาพ สาเหตุที่ไม่ใช้บริการสุขภาพ และความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง
4. วิเคราะห์ปัญหาซึ่งเกิดจากจุดอ่อนของแต่ละระบบและคุณภาพของการให้บริการ
5. เสนอแนะแนวทาง/กลไกที่จะนำไปสู่การปรับระบบการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพระดับชาติ

ขอบเขตการวิจัย :

1. ศึกษาสภาพปัญหาของผู้รับบริการสุขภาพ 5 กลุ่ม คือ สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ ระบบประกันสังคม ระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจ โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษายาบาล (สปร.) การประกันสุขภาพเอกชน และกลุ่มประชาชนที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ โดยเว้นไม่ศึกษาการรับบริการสุขภาพภายใต้พระราชบัญญัติกองทุนเงินทดแทน และพระราชบัญญัติการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ

2. พื้นที่ศึกษาประกอบด้วย 4 จังหวัดในแต่ละภาคของประเทศ ได้แก่ สมุทรปราการ เชียงใหม่ ปัตตานี และศรีสะเกษ

กรอบแนวคิดในการวิจัย :

ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบหลักของระบบประกันสุขภาพ อันได้แก่ การเฉลี่ยความเสี่ยง สิทธิประโยชน์ กลไกการจ่ายเงิน แรงจูงใจของฝ่ายผู้ให้บริการ พฤติกรรมของผู้ให้บริการ พฤติกรรมของประชาชนผู้รับบริการ จะมีผลต่อบริการสุขภาพทั้งในด้านคุณภาพ ด้านความพึงพอใจ และด้านความเท่าเทียมในการรับบริการ

ระบบประกันสุขภาพที่มีหลักการชัดเจนในการสร้างหลักประกันด้านสุขภาพเพื่อให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายสามารถได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐาน มีสิทธิประโยชน์ที่เป็นธรรม สามารถเข้าถึงระบบประกันสุขภาพได้อย่างสะดวก และมีทางเลือกที่เหมาะสมกับฐานะ จะทำให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีความเชื่อมั่นในระบบประกันสุขภาพนั้น ๆ และพร้อมที่จะปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ที่ระบบประกันสุขภาพกำหนดขึ้น ในทางกลับกัน หากประชาชนมีความเข้าใจในหลักการของหลักประกันสุขภาพที่ถูกต้อง ไม่คิดแต่ผลประโยชน์ระยะสั้นเฉพาะหน้า ทำให้มีการเฉลี่ยของความเสี่ยงที่เหมาะสมในระบบประกันสุขภาพนั้น ก็จะทำให้ระบบประกันสุขภาพมีความมั่นคงและยั่งยืน

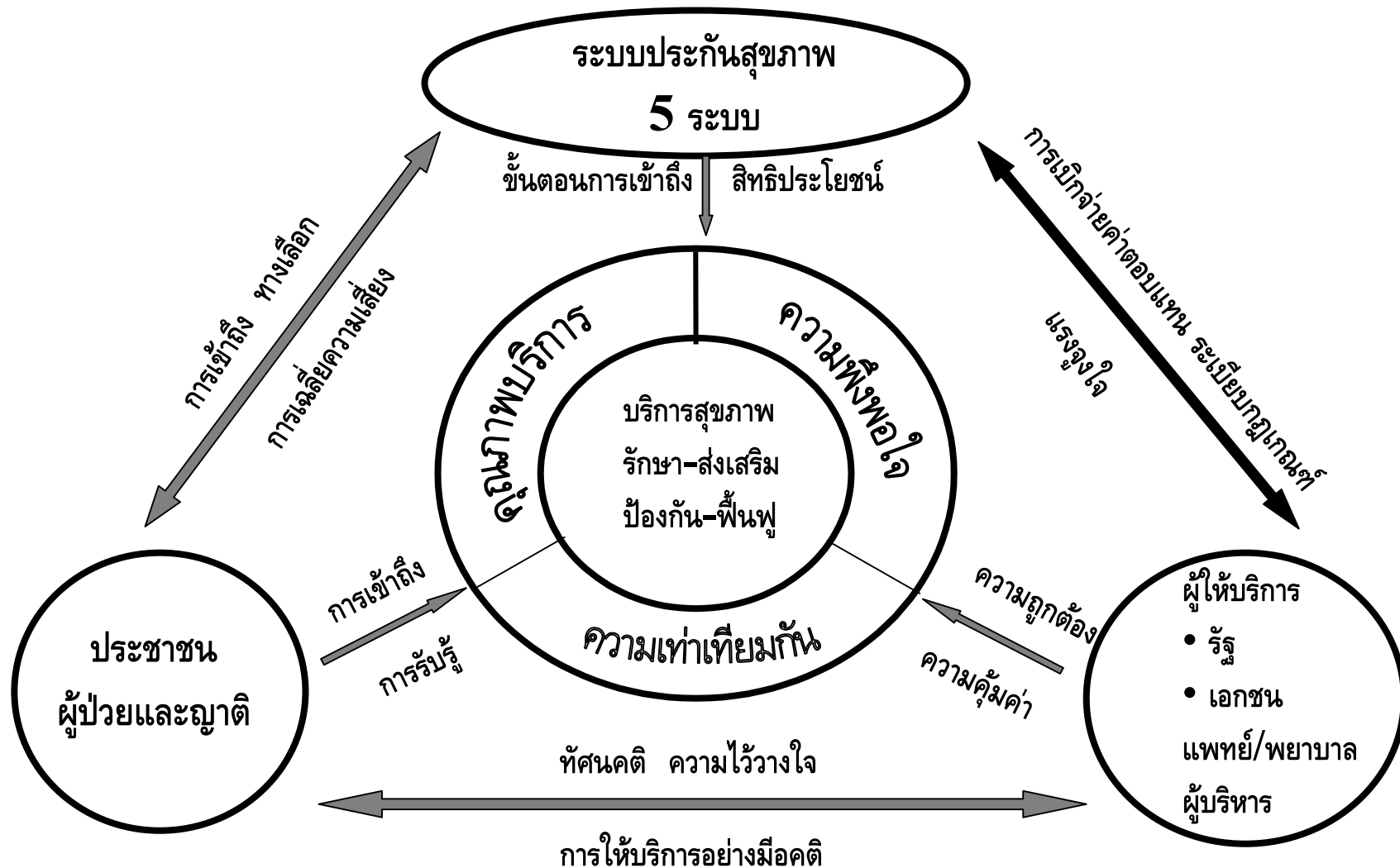
ระบบประกันสุขภาพที่มีหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่าตอบแทนผู้ให้บริการที่เป็นธรรม และเพียงพอในการดำเนินงานให้มีคุณภาพ จะทำให้เกิดแรงจูงใจในการให้บริการและนำไปสู่ทัศนคติที่ดีต่อผู้รับบริการ ในทางกลับกันผู้ให้บริการจะต้องให้ข้อมูลที่ถูกต้องเป็นจริงและปฏิบัติตามระเบียบกฎเกณฑ์ที่ระบบประกันสุขภาพอย่างเคร่งครัด เพื่อให้การบริหารจัดการของระบบประกันสุขภาพเกิดประสิทธิภาพ

ผู้ให้บริการจะต้องมีทัศนคติที่ดีต่อประชาชนที่มาใช้บริการ โดยคำนึงถึงผลประโยชน์ของประชาชนก่อนผลประโยชน์ของสถานบริการ เพื่อนำไปสู่การบริการด้านสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมและคุ้มค่า ในทางกลับกันประชาชนผู้รับบริการจะต้องมีความไว้วางใจต่อผู้ให้บริการ รวมทั้งไม่เห็นแก่ประโยชน์ส่วนตนมากเกินไปจนทำให้เกิดการบริการด้านสุขภาพเกินความจำเป็น

กรอบแนวคิดในการศึกษา แสดงโดยแผนภูมิ เป็นดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย แสดงโดยแผนภูมิ เป็นดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย
ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของระบบประกันสุขภาพ ที่ก่อให้เกิดปัญหาของการบริการ



ข้อจำกัดในการวิจัย :

1. การสัมภาษณ์ผู้รับบริการในกลุ่มประกันสุขภาพเอกชนค่อนข้างมีอุปสรรค เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้ยากและเป็นกลุ่มที่นิยมไปรับบริการจากโรงพยาบาลเอกชนเป็นส่วนใหญ่ ทำให้การเก็บข้อมูลในจังหวัดปัตตานีและจังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งไม่มีโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ต้องล่าช้าออกไป และต้องปรับวิธีการเก็บ โดยในจังหวัดปัตตานีส่วนหนึ่งเก็บจากคลินิกซึ่งเป็นสาขาของโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ของจังหวัดยะลา และจังหวัดศรีสะเกษส่วนหนึ่งใช้วิธีติดต่อกับนายหน้าหาประกันเพื่อขอทราบชื่อและที่อยู่ของผู้ซื้อประกัน และส่งแบบสอบถามให้ตอบกลับทางไปรษณีย์ โดยวิธีนี้ทำให้ได้ข้อมูลครบ 100 ชุดในแต่ละจังหวัด

2. ในช่วงการเก็บข้อมูล (มกราคม-กุมภาพันธ์ 2542) เป็นช่วงที่กระแสสังคมวิพากษ์วิจารณ์พฤติกรรมของแพทย์ ทำให้ไม่ได้รับความร่วมมือจากผู้บริหารงานบางแห่ง แต่ก็เพียงส่วนน้อยและเกิดขึ้นเฉพาะในบางจังหวัดเท่านั้น

3. การจัดกลุ่มเสวนาจัดเฉพาะในจังหวัดศรีสะเกษและจังหวัดสมุทรปราการเท่านั้น เนื่องจากในจังหวัดปัตตานีและเชียงใหม่ ขาดความสะดวกในการจัดกลุ่ม

4. ผู้ทรงคุณวุฒิที่คณะวิจัยขอสัมภาษณ์ความคิดเห็นส่วนใหญ่เป็นผู้บริหารโรงพยาบาลในภาครัฐ ไม่ได้มีการสัมภาษณ์ผู้บริหารของโรงพยาบาลเอกชนซึ่งอาจให้ความเห็นที่แตกต่างออกไป ทั้งนี้เพราะความยากลำบากในการติดต่อนัดหมาย

บทที่ 2

การทบทวนเอกสารทางวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับการประกันสุขภาพ

การประกันสุขภาพเป็นลักษณะหนึ่งของระบบสุขภาพ และอาจพิจารณาได้จากหลายมุมมอง เช่น อาจมองว่าการประกันสุขภาพเป็นธุรกิจประเภทหนึ่ง อาจมองว่าเป็นเครื่องมือสำหรับลดภาระในการชำระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ เป็นกลไกในการกระจายความเสี่ยงของค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของปัจเจกชนไปสู่คนหมู่มาก หรืออาจมองว่าเป็นสวัสดิการประเภทหนึ่งของรัฐที่พึงจัดให้มีเพื่อเป็นหลักประกันแก่ประชาชน

การประกันสุขภาพเป็นการนำความเสี่ยงของแต่ละคนมารวมกันเป็นของกลุ่ม (Risk pooling) แล้วกระจายให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการแบกรับเฉลี่ยกันไป ซึ่งจะช่วยลดภาระความเสี่ยงของค่าใช้จ่ายจำนวนมากของแต่ละคนให้อยู่ในระดับที่ไม่มากนักและมีความแน่นอน เสมือนเป็นการเปลี่ยนแปลงค่าใช้จ่ายจำนวนมากที่ไม่แน่นอนของแต่ละคนไปสู่ค่าใช้จ่ายจำนวนน้อย ๆ แต่คงที่

ปัจเจกชนซื้อประกันเพราะไม่ชอบความเสี่ยง (Risk averse) ทำให้ยอมรับความสูญเสียจำนวนน้อย ๆ แต่คงที่แน่นอนได้มากกว่าความสูญเสียจำนวนมากที่ต้องเสี่ยงหรือไม่มี ความแน่นอน ในทางตรงกันข้ามปัจเจกชนที่ชอบความเสี่ยง (Risk loving) จะไม่ทำประกันสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ผู้ที่ไม่ชอบความเสี่ยงจะตัดสินใจซื้อประกันสุขภาพก็ต่อเมื่อเบี้ยประกันภัยไม่ สูงกว่าความสูญเสียที่คาดการณ์ไว้ตามความเสี่ยงที่เขาต้องแบกรับเอง (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2543)

ประเด็นสำคัญที่ต้องคำนึงถึงในการจัดประกันสุขภาพ ได้แก่

1. ความเสี่ยงทางจริยธรรม (Moral hazard) ทั้งในส่วนของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ในส่วนของผู้รับบริการ ผู้มีประกันสุขภาพมักมีแนวโน้มที่จะใช้บริการสุขภาพมากกว่าในกรณีที่ไม่มีการประกันทั้ง ๆ ที่ไม่มีความจำเป็นทางการแพทย์ ส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายสูงขึ้น สาเหตุมาจากการมีประกันสุขภาพทำให้ภาระค่าใช้จ่าย ณ จุดรับบริการมีน้อยหรือไม่มีเลย จึงมีการบริโภคบริการในปริมาณที่มากขึ้น นอกจากนี้ผู้มีประกันสุขภาพยังอาจจะละเลยในการดูแลสุขภาพตนเอง ทำให้โอกาสเจ็บป่วยมีมากขึ้น ในด้านผู้ให้บริการก็อาจลดความถี่ถ้วนในการพิจารณาความจำเป็นของการตรวจรักษาเนื่องจากไม่ต้องกังวลเกี่ยวกับความสามารถในการจ่ายของผู้ป่วยที่มาใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนที่แข่งขันกันด้านเครื่องมือพิเศษ ราคาแพง การใช้เครื่องมือเหล่านั้นทำให้โรงพยาบาลได้เงินจากผู้ป่วยทั้ง ๆ ที่อาจไม่จำเป็น ซึ่งเป็นการสูญเสียเปล่าทางเศรษฐกิจที่มีผลกระทบทางสังคม ปัญหาความเสี่ยงทางจริยธรรมนี้สามารถพบได้ในทุกระบบของการประกันสุขภาพ (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2543)

2. การรับความเสี่ยงที่ไม่พึงประสงค์ (Adverse selection) หมายถึง การที่กองทุนประกันต้องรับความเสี่ยงมากกว่าค่าเฉลี่ยของประชากรซึ่งเกิดจากการที่ผู้ซื้อประกันจ่ายเงินในอัตราคงที่โดยการคำนวณจากค่าเฉลี่ยของค่าใช้จ่ายของประชากรทั้งกลุ่ม (community rating) โดยไม่ได้ปรับตามความเสี่ยงของผู้ซื้อ (experience rating) จึงปรากฏว่า ผู้ที่มีแนวโน้มว่าจะเจ็บป่วยหรือเจ็บป่วยอยู่แล้วจะซื้อประกันสุขภาพ ในขณะที่ผู้ที่มีความเสี่ยงต่ำจะไม่ซื้อประกันสุขภาพเนื่องจากเบี้ยประกันแพงเกินไปเมื่อเทียบกับความเสี่ยงของตน (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2543)

3. กลไกการเบิกจ่ายเงิน การเบิกจ่ายเงินที่ขาดความรัดกุมและมีการตรวจสอบน้อยทำให้เกิดการไม่สุจริตขึ้นได้ ระบบประกันที่ใช้วิธีการเบิกจ่ายตามบริการที่ให้จริง (Fee for service) เช่น ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการพบว่าสถานบริการเอกชนบางแห่งเปลี่ยนสถานะผู้ป่วยจากผู้ป่วยนอกที่เบิกไม่ได้ไปเป็นผู้ป่วยในเพื่อให้สามารถนำไปเบิกได้ ลูกจ้างที่ออกจากการงานและยังมีสิทธิประกันสังคมอยู่มักย้ายกลับไปภูมิลำเนาเดิม แต่สำนักงานประกันสังคมก็ยังจ่ายให้กับโรงพยาบาลคู่สัญญาต่อไปโดยไม่ได้มีการให้ผลประโยชน์กับคนงานที่ออกจากงานไป สถานบริการที่รับผู้ป่วยภายใต้ระบบประกันสังคมและบัตรสุขภาพอาจพยายามวินิจฉัยโรคให้เป็นโรคในกลุ่มที่มีการจ่ายเงินพิเศษโดยเฉพาะโดยจัดให้อยู่ในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ที่ให้ได้รับเงินมากขึ้น (เดล โดแนลสัน และคณะ, 2542)

4. คุณภาพของการให้บริการ การแข่งขันระหว่างสถานพยาบาลมีผลต่อคุณภาพของการให้บริการ ในประเทศไทยปัญหาเรื่องคุณภาพบริการเป็นเรื่องที่สำคัญมาก โรงพยาบาลเอกชนมีการแข่งขันกันเพื่อให้บริการแก่ผู้ใช้สิทธิภายใต้ระบบประกันสังคม กระทรวงสาธารณสุขกำลังร่างความต้องการพื้นฐานเพื่อให้เกิดโครงการประเมินและรับประกันคุณภาพสำหรับผู้ลงทะเบียนกับสถานบริการภายใต้โครงการประกันสังคม และโรงพยาบาลต่างก็พยายามปรับตัวเพื่อให้สอดคล้องกับการรับรองมาตรฐานในระบบ ISO 9000 (เดล โดแนลสัน และคณะ, 2542)

5. แรงจูงใจสำหรับสถานบริการและผู้รับบริการ ความแตกต่างในระบบการเงินการคลัง ทำให้สถานบริการมีแรงจูงใจที่แตกต่างกันในการให้บริการด้านสุขภาพ การจ่ายเงินตามบริการที่ให้จริง (Fee for service) ในกรณีของสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการจะทำให้สถานบริการมีแรงจูงใจที่จะให้บริการมากขึ้นโดยเฉพาะบริการที่ได้ผลกำไร ในทางทฤษฎีการจ่ายแบบเหมาจ่ายต่อหัว (Capitation) ในระบบประกันสังคมและบัตรสุขภาพจะกระตุ้นให้สถานบริการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่ในพื้นที่ที่ไม่มีการแข่งขันจะพบว่าระบบเหมาจ่ายอาจนำไปสู่ระบบบริการที่มีคุณภาพต่ำลงหรือให้บริการน้อยลงได้เช่นเดียวกับระบบเหมาจ่ายรวมสำหรับผู้ป่วยในโครงการ สปร. ซึ่งมีเงินไม่เพียงพอ ก็อาจทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะให้บริการน้อยลงและลดคุณภาพของบริการ นอกจากนี้การจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายต่อหัวภายใต้ระบบประกันสังคมยังเป็น

การส่งเสริมให้มีการรักษาในโรงพยาบาลแทนที่จะทำให้โรงพยาบาลมีความตระหนักถึงศักยภาพที่จะให้บริการสาธารณสุขมูลฐาน (เดล โดแนลสัน และคณะ, 2542)

2. ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับระบบประกันสุขภาพ

การประกันสุขภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบันยังเน้นการประกันการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลเป็นหลัก ซึ่งสืบทอดมาจากความเคยชินในอดีตของประเทศตะวันตก เป็นการประกันทางการแพทย์มิใช่การประกันสุขภาพ โดยปล่อยให้บริการด้านการส่งเสริมและป้องกันโรคเป็นภาระของรัฐหรือของครัวเรือนเอง (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์, 2543)

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์ ระบุปัญหาในระบบประกันสุขภาพไว้ดังนี้

1. การขาดความทัดเทียมกันในสิทธิประโยชน์และการสนับสนุนงบประมาณของรัฐ ซึ่งจะเห็นได้จากค่าใช้จ่ายต่อหัวของประชาชนในด้านการรักษาพยาบาลภายใต้ระบบประกันประเภทต่าง ๆ
2. การขาดความต่อเนื่องของหลักประกันตามเงื่อนไขที่กำหนดของแต่ละระบบ เช่น ตามอายุ หรือการจ้างงาน
3. ความซ้ำซ้อนของหลักประกันประเภทต่าง ๆ สืบเนื่องจากเงื่อนไขและสิทธิประโยชน์ที่ต่างกัน ทำให้มีการปฏิเสธหรือเกี่ยงการจ่ายระหว่างประกันสุขภาพประเภทต่าง ๆ
4. การได้รับบริการที่ไม่เท่าเทียมกันของประชาชนหรือถูกเลือกปฏิบัติจากสถานพยาบาล เช่น การใช้จ่าย การให้บริการ เนื่องจากประชาชนบางกลุ่มถูกมองว่าเป็นภาระของโรงพยาบาล

ประสิทธิภาพของระบบ มีปัญหาทั้งในระดับมหภาคและระดับจุลภาค ในระดับมหภาคมีค่าใช้จ่ายมากแต่ได้ผลน้อย ในระดับจุลภาคทุกระบบการประกันเน้นการรักษา ละเลยการเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การตรวจสอบสุขภาพประจำปีของข้าราชการไม่มีผลชัดเจนว่าได้ประโยชน์อะไรหรือไม่ หรือเปลี่ยนวิถีการดำรงชีวิตของบุคคลได้หรือไม่ ผู้ซื้อบัตรสุขภาพส่วนใหญ่เป็นผู้มีความเสี่ยงสูงหรือเป็นโรคเรื้อรัง กระทรวงสาธารณสุขตั้งเป้าในการขาย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องขายให้ได้ตามเป้า จึงต้องหาทางออกด้วยวิธีง่าย ๆ คือขายให้กับผู้ที่สุขภาพไม่ดี และขายตลอดทั้งปี

อีกมุมมองหนึ่งปัญหาของระบบประกันสุขภาพ มีดังนี้ (ณรงค์ศักดิ์ อังคสุพลา, 2541)

1. *ความครอบคลุม* มีการขาดหลักประกันสุขภาพในประชาชนบางกลุ่ม ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ยังไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากนัก เพราะมีการศึกษาต่ำและรายได้ค่อนข้างต่ำ

2. *ความเป็นธรรม* มีความไม่เท่าเทียมกันในสิทธิประโยชน์ ตลอดจนการสนับสนุนงบประมาณของรัฐในแต่ละระบบ กล่าวคือ กลุ่มคนที่จนที่สุดและเกือบที่สุดกลับได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐน้อยกว่ากลุ่มคนที่มีความเป็นอยู่ดีกว่าในสังคม ปัจจุบันสวัสดิการข้าราชการเป็นรายได้หลักของโรงพยาบาลของรัฐโดยมีสัดส่วนร้อยละ 35 ของรายรับเงินบำรุงของโรงพยาบาลเฉพาะบริการผู้ป่วยในอย่างเดียว ในขณะที่ต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายของโครงการ สปร. และบัตรสุขภาพ ทำให้พฤติกรรมของผู้ให้บริการเอนเอียง ยากต่อการคาดหวังว่าผู้ป่วยจะได้รับบริการที่เท่าเทียมกัน

3. *ประสิทธิภาพและประสิทธิผล* มีความซ้ำซ้อนของระบบต่าง ๆ เช่น เด็กคนหนึ่งอาจอยู่ทั้งในโครงการบัตรสุขภาพ สวัสดิการเด็กอายุ 0-12 ปี และประกันสุขภาพนักเรียน นอกจากนี้ ยังขาดความตรงของกลุ่มเป้าหมาย กล่าวคือ คนที่ควรได้รับการช่วยเหลือจริง ๆ ได้รับไม่ทั่วถึง ในขณะที่คนที่ไม่ควรได้รับการช่วยเหลือเข้ามาใช้ประโยชน์จากโครงการ

ปัญหาอีกประการหนึ่งที่เป็นที่กังวลสำหรับการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือ ภาระค่าใช้จ่ายที่จะเพิ่มขึ้น อันเนื่องมาจากความต้องการในบริการที่เพิ่มขึ้นจากภาระค่าใช้จ่ายของครัวเรือนที่ลดลงในขณะที่ใช้บริการเพิ่มขึ้น ขณะนี้สังคมไทยจ่ายค่าบริการสุขภาพปีละกว่า 1.8 - 2.5 ล้านบาท หรือประมาณร้อยละ 4-5 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ โดยร้อยละ 71 เป็นรายจ่ายเพื่อการรักษาพยาบาล แต่ครอบคลุมประชากรที่ได้รับการได้เพียงประมาณร้อยละ 70 พร้อมกับความลักลั่นระหว่างระบบประกันต่าง ๆ (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2543)

3. ความคิดเห็นเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพภายใต้ระบบต่าง ๆ

ในบทที่ 3 ของหนังสือ "เศรษฐกิจการเงินสาธารณสุข" (2539) โดย ศ.ดร. เทียนฉาย กีระนันทน์ มีการวิเคราะห์หลักประกันสุขภาพภายใต้ระบบต่าง ๆ โดยสรุปดังนี้

สวัสดิการรักษายาของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ รายจ่ายจากงบกลางเป็นสวัสดิการของข้าราชการส่วนใหญ่ได้รับการยกเว้นไม่ต้องนำส่งเป็นรายได้แผ่นดินโดยคงเก็บไว้เป็นรายได้ประเภทเงินบำรุงของสถานพยาบาลนั้น ๆ ซึ่งมีเป็นสัดส่วนถึงร้อยละ 40-45 ของค่าใช้จ่ายบริหารโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และประมาณร้อยละ 50 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการบริหารโรงพยาบาลในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย ในขณะที่โรงพยาบาลของ

ทางราชการมีภาระกิจที่ต้องให้การรักษายาบาลฟรีหรือคิดค่าบริการต่ำแก่ผู้ป่วยสามัญและผู้ป่วยที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษายาบาลได้ รายได้จากสวัสดิการการรักษายาบาลจึงเท่ากับเป็นการอุดหนุนหรือช่วยเหลือทางการเงินข้ามกลุ่มผู้ป่วย (cross subsidy) ไปในตัว

การประกันสุขภาพในระบบประกันสังคม มีแนวโน้มว่าเงินสะสมจะเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ในขณะที่รายจ่ายเป็นค่าทดแทนต่าง ๆ มีแนวโน้มว่าเพิ่มขึ้นในอัตราที่ต่ำกว่า ข้อดีประการหนึ่งของระบบประกันสังคมคือการเบิกจ่ายให้สถานพยาบาลเป็นอัตราที่กำหนดต่อรายของผู้ประกันตนต่อปี การเบิกจ่ายในระบบนี้ผู้ให้บริการคือสถานพยาบาลเองสามารถดำเนินการได้โดยคุ้มทุน โดยการจัดระบบการให้บริการที่มีประสิทธิภาพสูง ซึ่งจะเป็นผลให้เกิดการแข่งขันการให้บริการระหว่างสถานพยาบาลของรัฐกับสถานพยาบาลของเอกชน และนำไปสู่ประสิทธิภาพของการรักษายาบาลในสถานพยาบาลของรัฐโดยตรง

โครงการบัตรประกันสุขภาพ พิจารณาจากเป้าหมายของโครงการบัตรสุขภาพในระยะแรก ๆ ที่เน้นเรื่องการสาธารณสุขมูลฐานแล้ว จะเห็นว่าเป้าหมายหลักคือกลุ่มประชากรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างต่ำ โดยเฉพาะในภาคชนบทที่ไม่อยู่ในข่ายครอบคลุมของสวัสดิการหรือหลักประกันด้านสุขภาพประเภทอื่น ๆ อย่างไรก็ตาม เป้าหมายของโครงการในระยะต่อมาเริ่มคำนึงถึงความคุ้มทุนของการให้บริการรักษายาบาลมากขึ้น บัตรสุขภาพจึงเน้นเป้าหมายที่กลุ่มประชากรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ต่ำนัก เพราะกลุ่มประชากรที่ยากจนหรือค่อนข้างยากจนไม่น่าจะช่วยเหลือตัวเองได้โดยการซื้อบัตรสุขภาพและน่าจะอยู่ในข่ายได้รับบัตร สปร.มากกว่า เงื่อนไขทางเศรษฐกิจเป็นตัวกำหนดความสามารถในการเป็นเจ้าของบัตรสุขภาพ สมาชิกบัตรสุขภาพแทบไม่มีข้อแตกต่างที่ได้เปรียบกว่าผู้ที่มีชื่อสมาชิกในแง่ของการเข้าถึงบริการ

โครงการบัตร สปร. งบประมาณเพื่อการนี้ของรัฐบาลได้จัดสรรลงในระดับภาคเป็นลำดับแรก โดยอาศัยสัดส่วนของจำนวนผู้มีรายได้ร้อยละในแต่ละภาคเป็นเกณฑ์ เกณฑ์รายได้ที่จะทำให้มีสิทธิในบัตร สปร. นี้ได้เปิดโอกาสให้องค์กรชุมชนระดับท้องถิ่นมีส่วนร่วมพิจารณาด้วย รายได้ดังกล่าวรวมถึงรายได้ที่ไม่เป็นตัวเงินด้วย จึงกลายเป็นปัญหาสำคัญในแง่ของการตีความและทำให้เกิดปัญหาความไม่เป็นธรรมในการออกบัตร สปร. Dow Mongkolsmai (1993) ได้ให้ข้อสังเกตว่า เกณฑ์รายได้โครงการ สปร. นั้นกำหนดไว้สูงกว่าเกณฑ์เส้นแบ่งความยากจนถึงกว่า 4 เท่าตัว และเป็นที่น่าสังเกตว่าในทางปฏิบัติแล้วผู้ยากจนจริง ๆ ก็สามารถเข้ารับบริการทางแพทย์และสาธารณสุขได้ในระดับหนึ่งโดยไม่ต้องมีบัตร สปร.

การประกันสุขภาพเอกชน ลูกค้ายาบาลส่วนใหญ่ที่น่าจะเป็นกลุ่มประชากรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างสูง และมีระดับการศึกษาค่อนข้างสูงที่รู้และเข้าใจหลักการประกันชีวิต การประกันวินาศภัย และการประกันสุขภาพดีพอ การประกันสุขภาพในธุรกิจประกันวินาศ

ภัยนั้นโดยทั่วไปครอบคลุมเฉพาะค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเท่านั้น การเติบโตซ้ำของธุรกิจ ประกันภัยน่าจะเกิดจากทัศนคติของคนไทยเอง นอกจากความไม่รู้และไม่เข้าใจต่อถึงหลักการ และเหตุผลของการประกันภัย โดยเฉพาะการประกันชีวิตและการประกันสุขภาพแล้ว วัฒนธรรม ประเพณีที่เชื่อกันว่าการประกันชีวิตและการประกันสุขภาพเป็นการกำหนดลงบอกเหตุหรือสาป แข่งให้เสียชีวิตหรือเจ็บป่วยก็มีส่วนด้วย หากเปรียบเทียบสัดส่วนของรายได้สุทธิของครอบครัวที่ ใช้จ่ายไปในเรื่องสุขภาพอนามัยซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ประชาชนน่าจะหันไปหาหลักประกัน ค้ำครองชีวิตและการเจ็บป่วยมากขึ้น แต่คนไทยจำนวนมากก็ยังคิดว่าเบี้ยประกันเป็นรายจ่ายที่ ยังไม่น่าจะจ่ายหรือยังไม่ถึงคราวที่ควรจ่าย

ข้อสรุปรวมของการศึกษาวิเคราะห์ประกันและการคุ้มครองด้านสุขภาพอนามัย ขึ้นนี้ คือ มีความหลากหลายในหลักประกันและการคุ้มครองต่าง ๆ ด้านสุขภาพสำหรับประชาชน มาก การแบ่งรับภาระค่าใช้จ่ายมีสัดส่วนแตกต่างกันมาก ตั้งแต่ผู้ใช้บริการรับผิดชอบเองทั้งหมด จนถึงไม่ต้องรับภาระเลย ส่วนของรัฐบาลให้การสนับสนุนก็แตกต่างกันคือ อุดหนุนทั้งหมดไปจน ถึงไม่อุดหนุนเลย ดังนั้นรายจ่ายของรัฐบาลที่จัดสรรให้ประชาชนต่อรายตามประเภทหลักประกัน ต่าง ๆ นั้นจึงแตกต่างกันอย่างมากและไม่เป็นธรรมอย่างยิ่ง

เอกสารสำหรับประชาชนชุด “ความ(ไม่)เท่าเทียมจากรัฐสวัสดิการด้านสุขภาพ” (2541) เผยแพร่โดยสำนักงานวิจัยระบบสุขภาพ (สวรส.) สรุปประเด็นสำคัญ ๆ จากโครงการศึกษา การเงินการคลังและการบริหารจัดการสาธารณสุขในประเทศไทยของ เดล โดแนลสัน ศุภสิทธิ์ พรรณารุณทิว และวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร (2540) ได้ชี้ให้เห็นว่าระบบสวัสดิการด้านสุขภาพที่มี อยู่ยังคงมีความไม่เท่าเทียมและไม่เสมอภาคด้วยปัจจัยต่าง ๆ นานับประการ ทั้งในเรื่องของการ กระจายรายได้ การจัดสรรทรัพยากร การเข้าถึงและการใช้บริการสาธารณสุข ตลอดจนสถานะ สุขภาพที่แตกต่างกัน คนไทยที่อยู่ในชนบทไม่มีสิทธิแม้แต่จะเลือกสถานพยาบาล แพทย์ และ บริการที่ดีที่สุดสำหรับตนเอง ขณะที่คนไทยในเมืองหลวงหรือเมืองใหญ่ต้องอดทนกับสภาพความ แออัดแอแออัดของสถานบริการภาครัฐและราคาค่ารักษาพยาบาลที่สูงโหดและบริการที่เกินจำเป็น ของสถานพยาบาลเอกชน

จากโครงการศึกษาดังกล่าวพบว่า คนในชนบทพึ่งตนเองด้านสุขภาพด้วยการซื้อ ยามากินเองมากกว่าในเขตเมือง ตัวเลขการใช้บริการในสถานพยาบาลที่มีแพทย์ใน กทม. มีถึงกว่า 80% ขณะที่ในชนบทมีเพียงกว่า 40% เล็กน้อยเท่านั้น เอกสารได้ชี้ให้เห็นว่าการประกันสุขภาพ แต่ละระบบมีจุดอ่อนและจุดแข็งที่แตกต่างกัน ดังนี้

สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ปัญหาของระบบนี้คือ ปัญหาในด้านองค์กรและการจัดการซึ่งขาดระบบควบคุมตรวจสอบ ทำให้มีค่าใช้จ่ายสูงมาก มีการทุจริตโดยทำหลักฐานให้ผู้ป่วยนอก ซึ่งในระเบียบไม่สามารถเบิกได้ เป็นผู้ป่วยใน เพื่อให้เบิกได้ โรงพยาบาลของรัฐมีแรงจูงใจที่จะคิดค่าบริการในอัตราสูงสุดเท่าที่ระเบียบกำหนดให้เบิกได้ เพื่อนำเงินรายรับในส่วนนี้ไปจัดสรรทดแทนเงินงบประมาณในส่วนของการบริหาร สป. หรือโครงการอื่น ๆ ที่ไม่เพียงพอได้

ระบบประกันสังคม จุดอ่อนที่สำคัญของระบบนี้คือ การให้บริการระบบเหมาจ่ายรายหัว ซึ่งทำให้ระบบประกันสังคมถูกมองว่าเป็นบริการที่ต่ำกว่ามาตรฐาน ต่อมาเมื่อเปิดโอกาสให้ลูกจ้างมีสิทธิเลือกสถานพยาบาลด้วยตนเองก็พบว่า ส่วนใหญ่เลือกที่จะใช้บริการของภาคเอกชนมากกว่า ซึ่งทำให้ได้รับบริการที่เท่าเทียมหรืออาจดีกว่าการให้บริการของรัฐ

ระบบบัตรสุขภาพโดยสมัครใจ ปัญหาในปัจจุบันคือ ต้นทุนที่สูงของบัตรความไม่เท่าเทียมของระบบเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ใช้บัตร สป. กลุ่มเป้าหมายไม่ตรงตามเจตนารมณ์ เช่น คนรวยมาซื้อบัตรมากขึ้น คนที่ป่วยอยู่แล้วมาซื้อบัตรเพราะต้องการรักษาต่อเนื่องที่มีค่าใช้จ่ายสูง ทำให้กระทรวงสาธารณสุขประสบกับภาวะขาดทุน

โครงการ สป. ปัญหาสำคัญของระบบนี้คือ การจัดสรรงบประมาณต่อหัวต่อปีต่ำมากเมื่อเทียบกับระบบอื่น ๆ และในกรณีที่มีรายได้สูงกว่าเกณฑ์เพียงเล็กน้อย ก็ไม่อยู่ในข่ายที่จะได้บัตร เมื่อเกิดการเจ็บป่วยรุนแรงจึงเกิดช่องว่าง เนื่องจากคนกลุ่มหนึ่งไม่สามารถแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลได้ นอกจากนี้ยังมีปัญหาในเรื่องความ (ไม่) เท่าเทียมในการเข้าถึงบริการและการได้รับบริการที่มีคุณภาพด้วย

4. ลักษณะปัญหาของผู้รับบริการในระบบประกันสุขภาพ

จากการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนในหัวข้อ "หลักประกันสุขภาพในสายตาประชาชน" โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ร่วมกับสำนักวิจัยเอแบค-เคเอสซีอินเทอร์เน็ตโพลล์ โดยใช้ตัวอย่างจำนวน 2,156 ตัวอย่างใน 21 จังหวัด ระหว่างวันที่ 15 กุมภาพันธ์ - 10 มีนาคม 2543 พบว่าประชาชนกว่าร้อยละ 40 ทั้งในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลระบุว่าความยากลำบากในการไปรับบริการทางแพทย์อันดับแรกคือเรื่องของบริการล่าช้า รองลงมาได้แก่ค่ารักษายาบาลแพง โดยในส่วนของค่ารักษายาบาลนั้นประชาชนที่อยู่นอกเขตเทศบาลจะมีความลำบากในเรื่องของค่ารักษายาบาลมากกว่าประชาชนในเขตเทศบาล และประชาชนซึ่งอยู่นอกเขตเทศบาลหรือห่างไกลออกไปจะมีปัญหาเรื่องการเดินทางมารับการรักษาด้วย เมื่อแยกวิเคราะห์ตามระดับรายได้พบว่าความเดือดร้อนอันดับ 1 และ 2 เป็นเรื่องบริการล่าช้าและค่ารักษาแพงเหมือนกันทุกกลุ่มรายได้ สำหรับกลุ่มครอบครัวที่ไม่มีสมาชิกคนใดมีสิทธิรับสวัสดิการเลยนั้น

ปัญหาเรื่องค่ารักษาพยาบาลกลับแซงเรื่องบริการล่าช้าขึ้นมาเป็นอันดับ 1 โดยมีสัดส่วนถึงร้อยละ 42.4 และยังพบอีกว่าประชาชนที่มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลภายใต้ระบบประกันสุขภาพแบบต่าง ๆ ถึงร้อยละ 74.4 จะเดือดร้อนเรื่องค่ารักษาพยาบาลหากต้องประสบอุบัติเหตุรุนแรง ร้อยละ 76.8 จะเดือดร้อนหากต้องผ่าตัดใหญ่ เช่น ผ่าตัดสมองหรือหัวใจ ร้อยละ 55.2 จะเดือดร้อนเรื่องค่าใช้จ่ายกรณีเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น หอบหืด เบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง แม้แต่ครอบครัวที่ใช้สิทธิสวัสดิการข้าราชการซึ่งได้สิทธิประโยชน์มากที่สุดก็ยังพบว่าหากต้องประสบอุบัติเหตุรุนแรงหรือผ่าตัดใหญ่จะมีครอบครัวที่เดือดร้อนถึงร้อยละ 65.1 แสดงว่าสิทธิที่ได้รับภายใต้ระบบประกันสุขภาพยังไม่ครอบคลุมโรคหรืออาการป่วยบางชนิด

ปัจจัยที่มีผลต่อสภาพทุกข์ของผู้ป่วยจากการวิจัยของโยธิน แสงวงศ์ และคณะ (2543) พบว่ามีหลากหลาย นับตั้งแต่สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ ลักษณะของงานที่ให้บริการ ระบบการบริหารจัดการ บุคลิกภาพและฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วย โรคและอาการของโรค สิทธิบัตรต่าง ๆ ที่ใช้ เป็นต้น ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ใช้บัตรสุขภาพจะมีความทุกข์เนื่องจากความกังวลใจที่ว่าคุณภาพการบริการที่ได้รับจะไม่ดี โดยพิจารณาจากชนิดของยาที่ได้รับว่าอาจจะเป็นยาไม่มีคุณภาพ ราคาถูก อาจทำให้รักษาอาการผู้ป่วยไม่หาย ฯลฯ ซึ่งส่วนใหญ่จะพบมากในกลุ่มฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ยากจนที่มักจะวิตกว่าจะถูกเอาเปรียบในวิธีการรักษา ผู้ป่วยส่วนมากที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลของรัฐไม่มีปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายทางตรงเพราะใช้บริการบัตรสุขภาพ บัตรประกันสังคม และบัตร สปร. ตลอดจนสิทธิบัตรอื่น ๆ ที่เบิกคืนได้ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยหลายคนระบุว่ามีความกังวลใจในเรื่องคุณภาพการให้บริการและคุณภาพของยา ซึ่งวิเคราะห์ได้ว่าผู้รับบริการมีทัศนคติว่าตนเองถูกเอาเปรียบและได้รับบริการที่ไม่เป็นธรรม ในประเด็นของค่าใช้จ่ายทางอ้อม เช่น ค่าเดินทาง ค่าอาหาร พบว่าผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่โรงพยาบาลอำเภอหรือโรงพยาบาลทั่วไปตามระบบส่งต่อได้รับผลกระทบมาก เพราะผู้ป่วยต้องออกค่าใช้จ่ายเอง และต้องเดินทางไกล นำมาสู่ความทุกข์ที่ไม่สามารถปฏิเสธได้

5. การเข้าถึงระบบประกันสุขภาพของประชาชน

การเข้าถึงระบบประกันสุขภาพคือการที่ประชาชนมีโอกาสได้รับสิทธิบัตรในระบบต่าง ๆ นอกเหนือจากสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจซึ่งได้ปรับโดยอัตโนมัติ เอกสารและผลการวิจัยที่ผ่านมาแสดงว่ายังมีกลุ่มคนซึ่งยังเข้าไม่ถึงบริการด้วยสาเหตุต่าง ๆ กันดังนี้

ลูกจ้างซึ่งควรได้รับสิทธิตามโครงการประกันสังคมไม่ได้รับสิทธิ เนื่องจากนายจ้างจ้างงานรายชื่อกองงานไม่ครบถ้วนทั้ง ๆ ที่หักเงินสมทบตลอด หรือจ้างแต่ไม่ส่งบัตรรับรองสิทธิและบัตรประกันสังคมให้ลูกจ้างโดยเร็วหรือส่งให้ไม่ครบถ้วน ทำให้ลูกจ้างมีปัญหาในการใช้

สิทธิ นายจ้างบางรายมีผลประโยชน์กับโรงพยาบาลบางแห่ง จึงมีการเลือกสถานพยาบาลแทนให้ หรือชี้แนะให้เลือกโรงพยาบาล ในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางแห่งกำหนดให้คนงานต้อง แสดงบัตรประจำตัวก่อนจึงจะรักษา ทั้ง ๆ ที่สำนักงานประกันสังคมได้แจ้งให้โรงพยาบาลทราบแล้วว่าให้รักษาไปก่อน (บัณฑิต ธนชัยเศรษฐวุฒิ, 2540)

ในส่วนของการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ การเข้าถึงระบบพบว่า ความครอบคลุมในการขายบัตรประกันสุขภาพยังคงอยู่ในระดับต่ำ ทำให้คนที่มาซื้อบัตรเป็นคนที่มีความเสี่ยงสูงกว่าประชาชนทั่วไป ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ยอมรับกันทั่วไปของโครงการประกันสุขภาพแบบสมัครใจ ประกอบกับราคาบัตรที่ตั้งไว้บัตรละ 500 บาท ค่อนข้างต่ำ จึงอาจเกิดแรงจูงใจสูงสำหรับคนที่มีโรคประจำตัวอยู่แล้วมาซื้อบัตร ซึ่งหากไม่สามารถดึงประชาชนที่มีความเสี่ยงน้อยเข้ามาซื้อบัตรในจำนวนที่มากพอก็จะทำให้กองทุนต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายสูง (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2538) ผู้ป่วยเรื้อรังมักได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขเองให้ซื้อบัตรเพื่อจะได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง (เดล โดแนลสัน และคณะ, 2542)

โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) มีปัญหาด้านการเข้าถึงเช่นเดียวกัน จากการประเมินความครอบคลุมและความตรงของการออกบัตรแก่ผู้มีรายได้ น้อยระหว่างปี 2533-2537 พบว่าประชาชนที่มีรายได้น้อยต่ำกว่าเกณฑ์เพียงร้อยละ 32.34 เท่านั้นที่ได้รับบัตร และในกลุ่มที่ได้รับบัตรก็มีเพียงร้อยละ 55 เท่านั้นที่มีรายได้น้อยต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์) ปัญหาในการเข้าถึงบริการเกิดจากการปฏิบัติในการคัดเลือกต่างไปจาก กฎเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ทำให้ผู้ที่ไม่ยากจนจริงได้รับการสงเคราะห์ แต่ผู้ยากจนจริงกลับไม่ได้รับ ข้อมูลรายได้ของผู้แสดงความจำนงมีบัตรขาดความถูกต้อง (สมชาย สุขสิริเสรีกุล, 2541) ประชาชนที่ยากจนบางส่วนละเลยต่อการขอรับบัตร วัสดุอุปกรณ์ในการออกบัตรไม่เพียงพอ ขาดการประสานงานของเจ้าหน้าที่ ขาดความร่วมมือและจริงจังของเจ้าหน้าที่ในการเข้าร่วมพิจารณา ติดตาม และประเมินผลโครงการ (รวมพร สัมฤทธิ์, 2534) ช่วงเวลาในการออกบัตรสั้น ขั้นตอนรายละเอียดยุ่งยากเกินไป ผู้ใหญ่บ้านเก็บเรื่องไว้พอใกล้หมดกำหนดก็ใส่ชื่อตามอำเภอใจ คนจนที่ไม่ถูกกับผู้ใหญ่บ้านไม่ได้รับบัตร คนจนจริงไม่กล้าแสดงความจำนง (อัจฉรา อ่อมเครือ, 2532) ผู้มีบัตรมากกว่าร้อยละ 50 ใช้บัตรทุกครั้งที่มารับบริการ ขณะที่ร้อยละ 44 ใช้บัตรเป็นบางครั้ง ผู้มีบัตรสงเคราะห์ที่มีได้ไปใช้สิทธิตามบัตรก็จะไปใช้บริการจาก 3 แหล่ง คือ ร้านขายยา ร้อยละ 22 ซื้อยาจาก ผสส. หรือ ผสม. ร้อยละ 21 และคลินิกแพทย์ ร้อยละ 16.5 (สมชาย สุขสิริเสรีกุล, 2541)

สำหรับการประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชน ผู้เอาประกันสามารถซื้อกรมธรรม์ การประกันสุขภาพได้จากบริษัทประกันสุขภาพ หรือจากบริษัทประกันวินาศภัย หรือบริษัท ประกันชีวิตได้โดยซื้อกรมธรรม์ของบริษัทและขอทำสัญญาเพิ่มเติมการประกันสุขภาพทำ

กรมธรรม์ สัญญาประกันสุขภาพเป็นสัญญาเพียงปีเดียวแต่สามารถขอต่ออายุสัญญาได้ทุกปี โดยบริษัทมีสิทธิที่จะไม่ต่ออายุให้กับผู้เอาประกันหรือยกเลิกสัญญาประกันภัยได้ พร้อมทั้งให้สิทธิผู้เอาประกันที่จะบอกเลิกสัญญาได้เช่นกัน ผู้เอาประกันอาจทำการต่อสัญญาเป็นเวลาหลายปี แต่เมื่อเกิดเจ็บป่วยซึ่งต้องมีการรักษาตัวอย่างต่อเนื่อง บริษัทก็มีสิทธิที่จะไม่ต่ออายุประกันสุขภาพให้กับผู้เอาประกันได้ (บุษรา อึ้งภากรณ์, 2539) ความคลุมเครือของเงื่อนไขในสัญญามักทำให้ผู้รับประกันเสียเปรียบ

6. ความพึงพอใจของผู้รับบริการสุขภาพ

ความพึงพอใจเป็นความรู้สึกหรือทัศนคติในทางบวกของผู้ที่มาใช้บริการต่อสถานบริการ ตามประสบการณ์ที่ได้รับจากการเข้าไปติดต่อขอรับบริการในสถานบริการนั้น ๆ การศึกษาความพึงพอใจของผู้ประกันตนต่อการบริการของโรงพยาบาลสระบุรี โดย สุพิณญา เกิดไธ และคณะ (2539) พบว่าผู้ประกันตนมีความพึงพอใจต่อการบริการในระดับพอใจร้อยละ 47.5 รองลงมาคือ ระดับพอใจมาก ร้อยละ 44.0 และไม่ค่อยพอใจและไม่พอใจอย่างยิ่ง ร้อยละ 5.2 และ 3.3 ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการบริการทางการแพทย์ตามปัจจัยต่าง ๆ พบว่า เพศ ลักษณะการเข้ารับบริการ ประสบการณ์ของการใช้บริการ สถานที่ทำงานและภูมิลำเนา ไม่มีผลทำให้ผู้ประกันตนมีความพึงพอใจต่อการบริการต่างกัน แต่พบว่าตำแหน่งงานของผู้ประกันตนที่แตกต่างกันมีผลต่อความพึงพอใจต่อการบริการที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.000 และพบว่าอายุ รายได้ แผนกที่ให้บริการที่แตกต่างกัน มีผลทำให้ความพึงพอใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.015 , 0.024 และ 0.010 ตามลำดับ

สุรีย์ลักษณ์ จักรพัฒนา และคณะ (2541) ได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยในโรงพยาบาลสุโขทัย รวมถึงปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยและ/หรือญาติ จำนวน 370 คน ผลการวิจัยพบว่า ระดับความพึงพอใจโดยรวมทุกด้าน (ด้านมนุษยสัมพันธ์ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านบริการรักษา ด้านบริการพยาบาลและด้านสุขศึกษา/ประชาสัมพันธ์) กลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจระดับปานกลาง ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับระดับความพึงพอใจพบว่า อาชีพและแผนกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษามีความสัมพันธ์กับระดับความพึงพอใจโดยรวมทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วนเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา จำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาล ช่วงเวลาที่มาโรงพยาบาล จำนวนวันนอนโรงพยาบาลและสิทธิบัตรไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความพึงพอใจโดยรวมทุกด้าน

การศึกษาพฤติกรรมการเลือกสถานพยาบาลและการใช้บริการรักษาพยาบาลของผู้ประกันตนในโครงการประกันสังคม จังหวัดนนทบุรี (ปรีชา ผาติชล, 2540) พบว่าตัวแปรสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมของผู้ประกันตนคือทัศนคติและความพึงพอใจ ผู้ประกันตนส่วน

ใหญ่เลือกโรงพยาบาลของรัฐมากกว่าโรงพยาบาลเอกชน การเปลี่ยนโรงพยาบาลมีสาเหตุจากการที่ผู้ประกันตนคำนึงถึงความสะดวกในการเดินทางและบริการทางแพทย์ที่ดี ส่วนสาเหตุที่ไม่เปลี่ยนโรงพยาบาล ได้แก่ ความพอใจในโรงพยาบาลเดิม และขั้นตอนการขอเปลี่ยนยุ่งยากตลอดจนไม่ทราบว่าโรงพยาบาลอะไรให้เลือกบ้าง ผู้มีอายุน้อยมีการเปลี่ยนโรงพยาบาลมากกว่าผู้สูงอายุมาก ผู้มีรายได้มากขึ้นจะมีการเปลี่ยนโรงพยาบาลมากขึ้น เพศหญิงจะมีการเปลี่ยนโรงพยาบาลมากกว่าเพศชาย ผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับการประกันตนมากขึ้นจะมีการเปลี่ยนโรงพยาบาลมากขึ้น ความสะดวกในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลเป็นปัจจัยที่ทำให้ตัดสินใจเลือกสถานบริการ

7. ความเสมอภาคในการได้รับบริการสุขภาพ

มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับความเสมอภาคในการได้รับบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันที่แตกต่างกันไว้ค่อนข้างมาก โดยสรุปพบว่ายังมีความไม่เท่าเทียมกันในหลายประเด็น ดังนี้

ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงทุกคน และมีความแตกต่างของค่าใช้จ่ายต่อหัวในหลักประกันสุขภาพแบบต่าง ๆ ค่อนข้างมาก นอกจากนี้ภายใต้ระบบ สปร.ประชาชนไม่มีสิทธิเลือกสถานพยาบาลของตนเอง โดยเจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นผู้กำหนดสถานื่อนามัยหรือโรงพยาบาลที่ใกล้บ้านให้ บางครั้งก่อให้เกิดปัญหาว่าสถานพยาบาลที่เจ้าหน้าที่เลือกให้ไม่ใช่สถานบริการที่สะดวก หรือสะดวกแต่ไม่พึงพอใจในบริการที่ได้รับ (สงวน นิตยารัมพงศ์, 2541) กลุ่มคนที่จนที่สุดหรือเกือบที่สุดกลับได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐน้อยกว่ากลุ่มคนที่มีความเป็นอยู่ดีที่สุดในสังคม (ณรงค์ศักดิ์ อังคสุพลลา ,2541) การที่โครงการ สปร.ได้รับงบประมาณที่ต่ำ ประกอบกับวิธีการในการจัดสรรงบประมาณจากส่วนกลางไปยังจังหวัดและการจัดสรรภายในจังหวัดเองยังไม่ค่อยสอดคล้องกับภาระงานและค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นของสถานพยาบาล ทำให้สถานพยาบาลขาดแรงจูงใจในการจัดบริการและอาจทำให้มีการเลือกปฏิบัติในการให้บริการ (สัมฤทธิ์ ศรีธีรวงศ์สวัสดิ์ , 2541)

ผู้รับบริการภายใต้ระบบประกันสุขภาพบางระบบคิดว่าตนเองได้รับการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพต่ำกว่าผู้รับบริการในระบบประกันประเภทอื่น เช่น ผู้มีบัตร สปร.คิดว่ายาที่ได้รับมีคุณภาพต่ำกว่า และคิดว่าตนเองได้รับลำดับความสำคัญจากเจ้าหน้าที่สถานพยาบาลน้อยกว่า เช่น ต้องรอนานกว่า ได้รับยาจากบัญชียาหลักเท่านั้น ฯลฯ ทำให้ผู้มีบัตร สปร.บางส่วนไม่ต้องการใช้สิทธินี้ (สมชาย สุขสิริเสรีกุล , 2539) ในขณะที่ประชาชนบางส่วนยังไม่ได้รับการคุ้มครองภายใต้ระบบใด ประชาชนบางส่วนกลับมีสิทธิในการรักษาพยาบาลหลายสิทธิ ทั้งบัตร สปร. บัตรสุขภาพ และอาจรวมถึงสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการด้วย ผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบำนาญหรือปิตามารดาของข้าราชการจะมีสองสิทธิซ้ำซ้อนกัน (สงวน นิตยารัมพงศ์ , 2541)

8. การรับบริการของประชาชนที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ

ผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ ได้แก่ ผู้มีรายได้น้อยที่ไม่มีโอกาสเข้าถึงการมีบัตร สปร. หรือไม่สนใจที่จะใช้สิทธิ ผู้เคยซื้อบัตรสุขภาพแต่ไม่ได้ต่ออายุ ผู้ไม่ได้เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างในข่ายประกันสังคม รวมถึงผู้มีเศรษฐฐานะดีบางส่วนที่ไม่เห็นความจำเป็นของการมีหลักประกันสุขภาพแม้จะเป็นการประกันสุขภาพเอกชน เนื่องจากมีขีดความสามารถที่จะจ่ายค่ารักษาพยาบาล แม้จะเป็นเงินจำนวนสูงเท่าใดก็ตาม

ประเด็นหนึ่งที่น่าสนใจคือ สัดส่วนของประชากรที่ไม่มีหลักประกันตามกลุ่มรายได้ต่าง ๆ อยู่ในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน แม้แต่กลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีมาก ซึ่งควรได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลจากรัฐ หรือกลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีซึ่งน่าจะอยู่ในระบบประกันสุขภาพระบบใดระบบหนึ่งหรือสามารถซื้อหาประกันสุขภาพภาคเอกชนได้ (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2543) จากการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของประชาชนที่ไม่มีหลักประกันทางด้านสุขภาพในอำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา (วรรณา ธนานุภาพไพศาล, 2539) ซึ่งจากการสำรวจเมื่อปีงบประมาณ 2538 มีจำนวนทั้งสิ้น 29,649 คน โดยการสุ่มตัวอย่าง 1,680 คน พบว่า กลุ่มที่เคยและไม่เคยซื้อบัตรสุขภาพมีความตั้งใจจะซื้อบัตรสุขภาพในรอบจำหน่ายใหม่มีร้อยละ 45.0 และ 21.3 ตามลำดับ เหตุผลที่ไม่ซื้อเนื่องจากนาน ๆ ครั้งจึงจะเจ็บป่วยหรือไม่เคยเจ็บป่วยร้ายแรงร้อยละ 41.2 กลุ่มผู้มีความประสงค์จะซื้อบัตรสุขภาพมีค่าเฉลี่ยจำนวนสมาชิกในครอบครัวและค่าเฉลี่ยจำนวนผู้ไม่มีหลักประกันในครอบครัวสูงกว่าค่าเฉลี่ยในกลุ่มผู้ที่ไม่มีความประสงค์จะซื้อบัตรสุขภาพ และค่าเฉลี่ยรายได้ต่อหัวต่อปีในกลุ่มผู้ที่มีความประสงค์จะซื้อบัตรสุขภาพต่ำกว่าค่าเฉลี่ยในกลุ่มผู้ที่ไม่มีความประสงค์จะซื้อบัตรสุขภาพ

จากการวิจัยยังพบอีกว่าผู้ไม่มีหลักประกันทางด้านสุขภาพไปใช้บริการที่สถานบริการของรัฐหรือของเอกชนมากกว่าการไม่ไปใช้บริการ โดยจะใช้สถานบริการของรัฐสูงกว่าสถานบริการของเอกชน ผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพในกลุ่มผู้มีรายได้สูงจะไปใช้บริการของสถานพยาบาลเอกชนมากกว่าของรัฐ ผู้ไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพมีอัตราการเจ็บป่วยที่ไม่ต้องนอนโรงพยาบาล 2.9 ครั้งต่อคนต่อปี โดยป่วยเป็นโรคหัดมากที่สุด ส่วนอัตราการเจ็บป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาลมี 0.05 ครั้งต่อคนต่อปี โดยสาเหตุที่ต้องนอนโรงพยาบาลมากที่สุดคือการคลอดบุตร

การไม่มีหลักประกันสุขภาพส่งผลให้ประชาชนต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพเกินความจำเป็น การไม่ได้รับหรือไม่ไปรับบริการรักษาตั้งแต่ในระยะแรกซึ่งอาจเป็นเพราะไม่สามารถแบกรับภาระค่ารักษาพยาบาลได้นั้น ส่งผลต่อประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ โดยเป็นการเพิ่มต้นทุนของระบบ ต้องใช้ทรัพยากรมากขึ้นในการรักษาโรค และมีผลต่อการจัดสรรทรัพยากรภายในระบบโดยตรง การศึกษาที่สรุปชัดเจนถึงผลกระทบของการไม่มีหลักประกันสุขภาพในประชากร

กลุ่มหนึ่งยังไม่มีในประเทศไทย แต่มีการศึกษาในต่างประเทศโดย Davis , Rowland และ Spillman (อ้างใน จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2543) พบว่าประชาชนกลุ่มที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพมีแนวโน้มจะใช้บริการผู้ป่วยนอกกับแพทย์น้อยกว่าผู้ที่มีประกันถึงร้อยละ 30-50 และใช้บริการผู้ป่วยในของโรงพยาบาลน้อยกว่าผู้ที่มีประกันสุขภาพประมาณร้อยละ 25-50 ผู้ที่ไม่มีประกันสุขภาพมีแนวโน้มที่จะป่วยมากกว่าผู้ที่มีประกัน ทำให้เห็นว่าการใช้บริการที่มากกว่าของผู้ที่มีประกันสุขภาพข้างต้นไม่ใช่เป็นเพราะปัญหาทางสุขภาพ และพบว่าผู้ไม่มีประกันสุขภาพมีแนวโน้มที่จะไม่มีแหล่งที่ไปรับบริการทางสุขภาพเป็นประจำ ทำให้ไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ต่อเนื่อง

9. ระบบประกันสุขภาพในบางประเทศ

จากการศึกษาประสบการณ์ในการปฏิรูประบบสุขภาพจาก 10 ประเทศ (เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์ , 2543) ซึ่งประกอบด้วย เยอรมนี อังกฤษ ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ มาเลเซีย และสหรัฐอเมริกา พบว่าประเทศส่วนใหญ่ยกเว้นมาเลเซียและสหรัฐอเมริกา มีการประกันสุขภาพครอบคลุมประชากรทั้งหมด และเป็นการประกันแบบบังคับ ประเทศอังกฤษ นิวซีแลนด์ มาเลเซีย และสหรัฐอเมริกามีระบบประกันสุขภาพเอกชน ประเทศเยอรมนีผู้มีรายได้และข้าราชการสามารถเลือกประกันกองทุนหรือประกันเอกชนได้ ประเทศเกาหลีใต้ สิงคโปร์ และสหรัฐอเมริกามีส่วนหนึ่งที่เป็นสวัสดิการจากรัฐ ประเทศญี่ปุ่นและเกาหลีใต้มีส่วนหนึ่งที่อยู่ภายใต้การจัดการของกองทุนชุมชน ในประเทศที่มีระบบประกันสุขภาพแบบบังคับ ประชาชนไม่มีสิทธิเลือกระบบประกัน

ประเทศส่วนใหญ่ใช้กฎหมายเป็นเครื่องมือในการสร้างหลักประกันสุขภาพและในการควบคุมค่าใช้จ่าย แต่การมีกฎหมายที่ให้สิทธิแก่ประชากรในเรื่องหลักประกันสุขภาพไม่ได้เป็นหลักประกันว่าจะสามารถสร้างหลักประกันสุขภาพทั่วหน้าได้หากไม่สามารถนำกฎหมายไปปฏิบัติให้เป็นจริงได้

ประเทศอังกฤษไม่มีปัญหาในเรื่องความเท่าเทียมกันในการรับบริการสุขภาพ แต่มีปัญหาด้านประสิทธิภาพและคุณภาพของระบบบริการ ดังที่เป็นการทราบกันดีว่า ระยะเวลาในการรอเพื่อเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยที่ไม่ใช่ผู้ป่วยฉุกเฉิน (elective surgery) ใช้เวลานานมาก นอกจากนี้ในปัจจุบันผู้รับบริการมีความต้องการที่จะรับบริการที่ดีมากขึ้น ในขณะที่รัฐบาลมีทางเลือกให้แก่ผู้รับบริการค่อนข้างน้อย และผู้ให้บริการขาดแรงจูงใจในการทำงานให้มีประสิทธิภาพเนื่องจากผลตอบแทนไม่มากภายใต้กลไกการทำงานที่ยึดติดอยู่กับระเบียบข้อบังคับ (มิ่งขวัญ สุพรรณพงศ์, 2540)

ประเทศแคนาดาแบ่งระดับบริการสุขภาพเป็น 2 ระดับ คือ บริการในระดับปฐมภูมิที่ให้บริการโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และในระดับบริการที่โรง

พยาบาลซึ่งบริการโดยแพทย์เฉพาะทางเป็นส่วนใหญ่และเป็นโรงพยาบาลที่ไม่มุ่งหวังกำไร แพทย์ที่ให้บริการส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นข้าราชการแต่รับเงินผ่านรัฐ ประชาชนไม่ต้องจ่ายเงินโดยตรงให้แก่ผู้บริการ แต่จ่ายเงินผ่านระบบภาษี ซึ่งจ่ายให้ในอัตราที่แตกต่างกันตามระดับรายได้ โรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลเอกชนมีบ้างแต่เป็นโรงพยาบาลที่ไม่มุ่งหวังกำไร บริการระดับปฐมภูมิเกือบทั้งหมดเป็นบริการที่จัดโดยภาคเอกชนแต่รับเงินจากรัฐบาลระดับจังหวัด ประชาชนจะต้องไปใช้บริการที่ระดับปฐมภูมิก่อนไปใช้บริการที่โรงพยาบาล ยกเว้นกรณีอุบัติเหตุหรือฉุกเฉิน การใช้ยาจะต้องมีใบสั่งยาจากแพทย์ ยกเว้นยาพื้นฐาน และต้องรับยาจากร้านยาซึ่งมีเภสัชกรเป็นผู้ดูแล ค่ายาประชาชนต้องจ่ายเงินเองก่อน แล้วจึงไปเบิกคืนจากรัฐบาลตามรายการที่รัฐกำหนด การบริการด้านทันตกรรมจะไม่รวมอยู่ในบริการประกันพื้นฐาน (สุพิศตรา ศิริวิชชากร , 2540)

10. ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย

จากเอกสารเผยแพร่ “ความ (ไม่) เท่าเทียมจากรัฐสวัสดิการด้านสุขภาพ” ของ สวรรส. ซึ่งสรุปโครงการศึกษาการเงินการคลังและการบริหารจัดการสาธารณสุขในประเทศไทย โดย เดล โดแนลสัน และคณะ (2542) เสนอคำแนะนำการปฏิรูประบบประกันสุขภาพในลักษณะที่เป็นมาตรการระยะสั้นรายระบบดังนี้คือ ระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ จะไม่ลดทอนสิทธิของการใช้บริการ แต่จะปรับปรุงการเบิกจ่ายในขั้นตอนต่าง ๆ เช่น เปลี่ยนแปลงรูปแบบการจ่ายเงินในระบบผู้ป่วยนอกเป็นแบบเหมาจ่ายรายหัว และให้ผู้มีสิทธิไปขึ้นทะเบียนเพื่อใช้บริการในสถานพยาบาลแห่งใดแห่งหนึ่ง ระบบประกันสังคม ให้มีการขยายสิทธิประโยชน์ให้ครอบคลุมถึงผู้ไม่มีงานทำ รวมกองทุนประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทนเข้าด้วยกัน รวมทั้งให้ความสนใจกับรายงานทบทวนระบบประกันสังคมขององค์การแรงงานระหว่างประเทศที่เสนอให้ขยายความครอบคลุมประกันสุขภาพไปยังครอบครัวผู้ประกันตน กลุ่มผู้เกษียณ และกลุ่มที่ประกอบอาชีพอิสระและครอบครัว ระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจ เสนอให้ปรับกลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มประชากรที่ “ไม่จน” และ “ไม่รวย” ปรับสิทธิในแง่การเข้าไปใช้บริการเพื่อสนับสนุนระบบส่งต่อกระจายการขายบัตรไปสู่ส่วนราชการท้องถิ่น และจัดให้มีระยะเวลาเวลาก่อนมีสิทธิเพื่อลดผลไม่พึงประสงค์จากการเลือกใช้บริการ นโยบายระยะยาวสำหรับระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจ เสนอให้รวมบัตรประกันสุขภาพและบัตรสปร.เข้าด้วยกันและปรับเปลี่ยนนโยบายครอบคลุมประกันสุขภาพแก่ทุกคนโดยเป็นลักษณะความรับผิดชอบของครัวเรือน โดยกำหนดยอดสูงสุดที่ต้องจ่ายเพื่อสุขภาพต่อปี โดยให้ชำระค่าบริการจำนวนหนึ่งที่จุดบริการ ยกเว้นกลุ่มผู้มีรายได้น้อย ส่วนนโยบายโดยรวมในระยะยาว มีข้อเสนอว่าประเทศไทยควรผนวกระบบประกันสุขภาพซึ่งแยกย่อยเป็นรายประเภทเข้าเป็น “ระบบเดียว” โดยจัดทำเป็น “โครงการประกันสุขภาพ” หัก

เก็บจากภาษีทั่วไปเหมือนหลาย ๆ ประเทศในยุโรปซึ่งระบบประกันสุขภาพมีความเข้มแข็งมาก ภายใต้การจัดเก็บภาษีแบบก้าวหน้า ซึ่งจะทำให้เกิด "ความเสมอภาค" ในแนวดิ่งแก่ระบบ

การศึกษาทัศนะของนักคิด นักปราชญ์ และผู้นำทางสังคมไทยจำนวน 15 ท่าน ซึ่งนายแพทย์วิพุธ พูลเจริญ และคณะ (2543) ได้สรุปไว้ในบทที่ 2 ของหนังสือชุดสุขภาพคนไทย ปี พ.ศ.2543 ในชื่อ "สู่การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ" แสดงญาณทัศนะของตัวแทนสังคมไทย ว่ารัฐจำเป็นต้องรับภาระค่าใช้จ่ายด้านรักษาพยาบาลของประชาชน ให้หลักประกันด้านสุขภาพ พื้นฐานแก่ประชาชนอย่างเท่าเทียม และส่งเสริมให้ประชาชนต่างฐานะสามารถเข้าถึงบริการที่มี คุณภาพและประสิทธิภาพได้อย่างเสมอภาคอย่างแท้จริง โดยเฉพาะผู้ด้อยโอกาส ผู้มีรายได้น้อย หรือไม่มีรายได้ ตลอดจนชนชั้นกลางที่เจ็บป่วยถึงขั้นสิ้นเนื้อประดาตัว รัฐควรเปิดโอกาสให้ ประชาชนทุกคนมีสิทธิที่จะเข้าถึงบริการที่มีความจำเป็น (Essential care) ได้ แต่หากเป็นบริการ ที่ไม่จำเป็น (Non-essential care) อาจให้ประชาชนรับผิดชอบตนเอง การจัดให้มีการประกันสุขภาพควรให้ประชาชนมีอิสระและมีทางเลือกไม่ว่าจะเป็นภาครัฐหรือภาคเอกชน ข้อพึงระวังคือการ มีหลักประกันสุขภาพที่ดีเกินไปอาจทำให้ประชาชนไม่ดูแลสุขภาพของตนเอง

องค์ประกอบของหลักประกันสุขภาพที่รัฐพึงมีให้แก่ประชาชนควรประกอบด้วย (1)สวัสดิการและการประกันสุขภาพ (Health welfare and insurance) หมายถึง ความคุ้มครอง ที่เป็นหลักประกันทางการเงินเมื่อต้องเข้ารับบริการทางสุขภาพ ช่วยไม่ให้ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย เป็นอุปสรรคทำให้ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงบริการ (2) การให้บริการทางสุขภาพ (Health service provision) หมายถึง การให้บริการทางสุขภาพพื้นฐานที่รัฐต้องจัดให้แก่ประชาชนและให้ ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ มีระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ (3) กลไกสนับสนุนหลักประกันทาง สุขภาพ (supportive mechanisms) หมายถึง กลไกของระบบที่จะช่วยสนับสนุนและเอื้ออำนวย ให้การจัดหลักประกันสุขภาพของประชาชนมีความยั่งยืนและสามารถดำเนินไปสู่เป้าหมายระดับ ชาติของระบบสุขภาพได้

หนังสือเล่มเดียวกันได้สรุปด้วยว่าการสร้างหลักประกันสุขภาพควรเน้นการเข้าถึง บริการ ประเทศไทยควรเรียนรู้จากประสบการณ์ของประเทศต่าง ๆ เทียบกับอุดมคติที่วางไว้ ทั้งนี้ เพราะความรู้สึกว่าตนเองเจ็บป่วย "จนต้องไปหาหมอหรือไปใช้บริการ" นั้น แต่ละคนขีดเส้นแบ่ง ไว้ไม่เหมือนกัน ผลที่ตามมาอาจเป็นปรากฏการณ์ที่ประชาชนไปใช้บริการเพิ่มขึ้นมากกว่าเดิมเมื่อ ตนเองมีหลักประกันในการเข้าถึงบริการ หรือผู้ให้บริการมีแนวโน้มจะเพิ่มค่าบริการซึ่งสามารถไป เรียกเก็บเงินจากหน่วยงานที่ถือเงิน ซึ่งในทางทฤษฎีเรียกว่า Moral Hazard นอกจากนี้ปัญหา เรื่องความเป็นไปได้ในการทำให้เกิดระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นเรื่องใหญ่ที่ประชาชนทุกคน ควรจะได้รับรู้ เพราะจากประสบการณ์ของหลายประเทศที่มีลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคมใกล้เคียงกับประเทศไทย การออกกฎหมายเพื่อให้เกิดระบบดังกล่าวในทางปฏิบัติกลับเกิดสภาพที่

ประชาชนเป็นจำนวนมากได้รับการประกันสุขภาพต่ำกว่าที่ควรจะเป็น เพราะปัญหาในทางปฏิบัติ นอกจากการเข้าถึงประชาชนทั่วประเทศแล้วยังต้องประกอบไปด้วยความสามารถในด้านการเงิน และความสามารถในการบริหารจัดการ ซึ่งความสามารถดังกล่าวนี้ขึ้นอยู่กับภูมิหลังของระบบต่าง ๆ ในแต่ละประเทศ ประเด็นสำคัญก็คือในการจัดระบบการเงินเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพ ต้องมีการออกแบบระบบการใช้จ่ายเงินและการบริหารจัดการเพื่อให้สามารถใช้จ่ายเงินได้คุ้มค่าที่สุด

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และคณะ (ไม่ระบุ พ.ศ.) จัดทำเอกสารความเป็นไปได้ของงบประมาณและมาตรการเพื่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อกระตุ้นให้เกิดการถกประเด็น และแลกเปลี่ยนมากขึ้น มีสาระสำคัญโดยสรุปว่าจากประสบการณ์ประเทศต่าง ๆ ที่สามารถสร้างหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนทุกคนได้นั้น ล้วนแต่เป็นการประกันสุขภาพโดยบังคับทั้งสิ้น ดังนั้นการสร้างหลักประกันสุขภาพให้แก่ผู้ที่สามารถจ่ายเบี้ยประกันได้จึงควรเป็นแบบบังคับ ซึ่งด้วยวิธีการนี้จะทำให้มีการกระจายความเสี่ยงที่ดี และให้กองทุนสามารถอยู่ได้โดยที่เบี้ยประกันไม่สูงจนเกินไปจนประชาชนไม่สามารถจ่ายได้ คณะผู้จัดทำเอกสารได้เสนอมาตรการในการดำเนินงานเป็นมาตรการระยะสั้นที่สามารถดำเนินงานได้โดยทันที และมาตรการระยะ 3 ปี โดยมาตรการที่สามารถดำเนินการได้ทันทีประกอบด้วย (1) ขยายการครอบคลุมประชาชนโดยอาศัยกฎหมาย และกองทุนที่มีอยู่ในปัจจุบัน เช่น ขยายความคุ้มครองแก่คู่สมรสของผู้ประกันตน โดยเน้นเฉพาะการประกันสุขภาพ ขยายความคุ้มครองด้านประกันสังคมให้ รวมถึงสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป และการจัดงบประมาณเพิ่มเติมเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงมีความเสี่ยงเหลือเกิน (2) สร้างเอกภาพของระบบประกันสุขภาพเพื่อนำไปสู่การประกันสุขภาพแห่งชาติและจัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่ประสานระบบบริการประกันสุขภาพและสวัสดิการสุขภาพต่าง ๆ ที่มีอยู่เพื่อให้เกิดความเป็นเอกภาพ ลดความเหลื่อมล้ำ มีคุณภาพ และประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (3) สนับสนุนและส่งเสริมประชาคมและชุมชนให้มีบทบาทในการประกันสุขภาพ และ (4) เพิ่มประสิทธิภาพของระบบประกันสุขภาพปัจจุบัน โดยเฉพาะในส่วนของการทวงถามหนี้และทวงถามแรงงานและสวัสดิการสังคม ส่วนมาตรการระยะยาว (3 ปี) ประกอบด้วยการออกพระราชบัญญัติประกันสุขภาพเพื่อครอบคลุมประชาชนทุกคนโดยให้มีผลบังคับใช้เป็นลำดับขั้น แต่ให้มีผลเต็มที่หลังจากการประกาศเป็นพระราชบัญญัติอย่างน้อย 3 ปี เพื่อให้มีการเตรียมการอย่างสมบูรณ์ และให้ประชาชนมีส่วนร่วมจ่ายในการใช้บริการ เช่น การใช้บริการผู้ป่วยนอกซึ่งมีค่าใช้จ่ายไม่สูง เพื่อป้องกันการให้บริการที่เกินจำเป็น

กระทรวงสาธารณสุขเองมีเป้าหมายเพิ่มอัตราการมีหลักประกันด้านสุขภาพของประชาชนจากร้อยละ 70 เป็นร้อยละ 100 ในปีสุดท้ายของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544) โดยระบุว่ายังมีปัญหาที่จำเป็นต้องแก้ไข ทั้งในด้านการขาดหลักประกันของคนบางกลุ่ม การขาดความเสมอภาค และประสิทธิภาพของระบบที่เป็นอยู่ รวม

ทั้งมีแนวคิดที่จะปฏิรูปการประกันสุขภาพโดยให้มีกลไกทางการเงินที่ทำให้เกิดการปรับตัวของทุก ๆ ส่วนในระบบ ดังนี้

1. มีระบบการจัดสรรงบประมาณให้แก่สถานบริการที่เป็นธรรมและมีประสิทธิภาพ โดยงบประมาณควรเป็นไปตามปริมาณของงาน (money follow services) และความจำเป็นทางการแพทย์และสาธารณสุข (Health needs)

2. มีวิธีการจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาล (Payment mechanism) ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบ ในขณะเดียวกันก็ต้องสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ได้ เช่น เหมาจ่ายตามรายหัว (Capitation) สำหรับบริการขั้นปฐมภูมิ (Primary care) จ่ายตามปริมาณบริการ (Fee for service) สำหรับบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันและควบคุมโรค หรือจ่ายตามราคากลางของกลุ่มการวินิจฉัยโรค (DRGs) สำหรับการรักษาระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ (hospital care) นั้น ประชาชนผู้ใช้บริการควรมีส่วนร่วมจ่าย (Co-payment) ตามหลักการที่เหมาะสม

3. มีงบประมาณจัดสรรต่อรายหัวประชาชน (Unit Cost) เพื่อจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขขั้นพื้นฐานภายใต้กองทุนสวัสดิการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน (Basic essential package) ภายใต้กองทุนสวัสดิการสาธารณสุขและประกันสุขภาพประเภทต่าง ๆ อย่างเพียงพอและเหมาะสม โดยการคิดคำนวณงบประมาณจัดสรรต่อหัวและต้องเอื้อให้ภาคเอกชนได้เข้ามามีส่วนร่วมแข่งขันในการให้บริการ

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

ระเบียบวิธีที่ใช้ในการวิจัยเรื่อง “ลักษณะปัญหาการรับบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ” เป็นการผสมผสานระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณ (Quatitative research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยมีขั้นตอนตามลำดับดังนี้

1. **การจัดกลุ่มเสวนา (Focus group)** มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมความคิดเห็นจากทั้งฝ่ายผู้ให้บริการและผู้รับบริการเกี่ยวกับปัญหาของแต่ละฝ่าย เพื่อใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการจัดทำกรอบคำถามในแบบสัมภาษณ์ที่ใช้เป็นเครื่องมือการวิจัยเชิงปริมาณ จำนวนกลุ่มที่จัด มีดังนี้

กลุ่มผู้ให้บริการ จัด 2 กลุ่ม เมื่อวันที่ 4 พฤศจิกายน 2542 ที่จังหวัดศรีสะเกษ และวันที่ 16 พฤศจิกายน 2542 ที่จังหวัดสมุทรปราการ ผู้เข้าร่วมทั้ง 2 กลุ่ม 19 คน

กลุ่มผู้นำชุมชนและอสม. จัด 1 กลุ่มเมื่อวันที่ 5 พฤศจิกายน ที่จังหวัดศรีสะเกษ ผู้เข้าร่วม 14 คน

กลุ่มผู้รับบริการภายใต้ระบบประกันต่าง ๆ ประกอบด้วย

- กลุ่มผู้รับสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ จัดเมื่อวันที่ 25 พฤศจิกายน 2542 ที่จังหวัดสมุทรปราการ ผู้เข้าร่วม 13 คน
- กลุ่มผู้รับบริการประกันสังคม จัดเมื่อวันที่ 23 พฤศจิกายน 2542 ที่จังหวัดสมุทรปราการ ผู้เข้าร่วม 11 คน
- กลุ่มผู้มีบัตรสุขภาพ จัดเมื่อวันที่ 16 พฤศจิกายน 2542 ที่จังหวัดศรีสะเกษ ผู้เข้าร่วม 8 คน
- กลุ่มผู้มีบัตร สปร. จัดเมื่อวันที่ 17 พฤศจิกายน 2542 ที่จังหวัดศรีสะเกษ ผู้เข้าร่วม 8 คน
- กลุ่มผู้ซื้อประกันสุขภาพเอกชน จัดเมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน ณ กรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน 2542 ผู้เข้าร่วม 7 คน
- กลุ่มผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพ จัดเมื่อวันที่ 23 พฤศจิกายน ณ จังหวัดศรีสะเกษ ผู้เข้าร่วม 8 คน

2. **การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ** เป็นการหาข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามจากผู้รับบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ รวมทั้งผู้ที่ไม่ใช่หลักประกันสุขภาพใด ๆ เกี่ยวกับการรับรู้ การได้มาซึ่งสิทธิ การเข้าถึงบริการ การเลือกใช้สิทธิในกรณีที่มีหลักประกันมาก

กว่า 1 ประเภท ปัญหาที่ประสบเมื่อไปรับบริการ ความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจ ความรู้สึกถึงความเท่าเทียมในการได้รับการบริการ ความคิดเห็นเกี่ยวกับการปรับปรุงระบบการให้บริการ เป็นต้น

สำหรับผู้รับบริการที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ เพิ่มคำถามเกี่ยวกับการแก้ปัญหาด้านค่ารักษาพยาบาล สาเหตุที่ไม่ใช้หรือไม่ได้สิทธิที่จะมีหลักประกัน ความพยายามที่จะเข้าอยู่ในระบบประกันสุขภาพ โดยหวังว่าจากข้อมูลที่ได้รับจะสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการจัดบริการสุขภาพให้ทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วยผู้รับบริการภายใต้ระบบประกันสุขภาพ 5 ระบบ และผู้รับบริการที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพรวม 6 กลุ่ม ในจังหวัดสมุทรปราการ เชียงใหม่ ปัตตานี และศรีสะเกษ กลุ่มละ 100 รายในแต่ละจังหวัด รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างจังหวัดละ 600 ราย และรวมทุกจังหวัด 2,400 ราย โดยใช้วิธี purposive random sampling โดยในขั้นต้นได้วางแผนที่จะใช้โรงพยาบาลทั่วไปของแต่ละจังหวัดเป็นฐานในการเก็บข้อมูล แต่ภายหลังได้ยืดหยุ่นสำหรับกลุ่มผู้ใช้สิทธิประกันสุขภาพเอกชน เนื่องจากไม่สามารถหาตัวอย่างได้ครบจำนวนในโรงพยาบาลทั่วไปเพราะผู้ใช้สิทธิตามกรมธรรม์ประกันสุขภาพเอกชนส่วนใหญ่นิยมไปรับบริการของโรงพยาบาลเอกชน ในบางจังหวัดแม้จะได้พยายามตามไปเก็บ ณ โรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งก็ยังไม่ครบ เพราะส่วนใหญ่เป็นผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างดี ไม่สนใจที่จะเสียเวลาให้สัมภาษณ์ บางรายขอกรอกแบบสอบถามให้เองแทนการสัมภาษณ์ สถานที่ที่เก็บข้อมูลในส่วนนั้นนอกจากโรงพยาบาลทั่วไปแล้ว ในพื้นที่จังหวัดสมุทรปราการเก็บที่โรงพยาบาลศิริรินทร์ จังหวัดเชียงใหม่เก็บจากโรงพยาบาลเชียงใหม่รามา โรงพยาบาลมหาสารคาม โรงพยาบาลหนองบัวลำภู โรงพยาบาลชัยภูมิ โรงพยาบาลราชเวช และโรงพยาบาลลำปาง จังหวัดปัตตานีเก็บที่คลินิกสาขาของโรงพยาบาลสิโรตม์ (จังหวัดยะลา) รวมทั้งขอความร่วมมือจากสาขาของบริษัท เอ.ไอ.เอ. และบริษัทไทยประกันชีวิตในจังหวัดปัตตานีทำการสัมภาษณ์ลูกค้าที่นำใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาลมาขอเบิกเงิน ส่วนจังหวัดศรีสะเกษเก็บที่โรงพยาบาลประชารักษ์ และส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ไปยังลูกค้าโดยติดต่อขอรายชื่อและที่อยู่จากตัวแทนขายประกันในจังหวัดศรีสะเกษ

กลุ่มตัวอย่างที่สัมภาษณ์มีทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยนอกส่วนใหญ่กระทำในช่วงที่ผู้ป่วยรอจ่ายยา ส่วนผู้ป่วยในเลือกสัมภาษณ์ผู้ที่มีกำหนดออกจากโรงพยาบาลในวันที่สัมภาษณ์ (exit interview) โดยติดต่อสอบถามล่วงหน้าจากเจ้าหน้าที่ว่ามีผู้ใดอยู่ในรายชื่อที่จะให้ข้อมูลได้

3. **การจัดทำกรณีศึกษา** ได้ทำการสัมภาษณ์เจาะลึกเฉพาะรายเพื่อนำมาจัดทำกรณีศึกษา ซึ่งให้เห็นลักษณะปัญหาที่ผู้บริการในระบบต่าง ๆ ได้ประสบอันเนื่องมาจากการใช้สิทธิการรักษาพยาบาลจำนวน 2 กรณีต่อระบบ และอีก 2 กรณีในกลุ่มผู้บริการที่ไม่มีหลักประกันใด ๆ เพื่อประกอบในรายงานการศึกษาให้เห็นภาพของปัญหาชัดเจนยิ่งขึ้น ดังนี้

- กรณีศึกษาที่ 1 : ผู้สูงอายุต้องจ่ายเงินสำรองค่ารักษาพยาบาลเอง โดยไม่ได้รับเงินคืนจากบุตรที่นำไปเสริมรับเงินไปเบิก (สวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ)
- กรณีศึกษาที่ 2 : ค่าใช้จ่ายส่วนเกินที่เบิกไม่ได้สูงเกินความสามารถที่จะจ่ายได้ (สวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ)
- กรณีศึกษาที่ 3 : บริษัทไม่แจ้งจัดทะเบียนประกันสังคมให้ลูกจ้าง (ระบบประกันสังคม)
- กรณีศึกษาที่ 4 : บัตรไม่คุ้มครองเนื่องจากการตีความว่าเป็นการเจ็บป่วยในงาน (ระบบประกันสังคม)
- กรณีศึกษาที่ 5 : การรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูงแพทย์ปฏิเสธการเขียนใบส่งตัวให้ใช้สิทธิได้ (โครงการบัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจ)
- กรณีศึกษาที่ 6 : ไม่ได้รับคุ้มครองค่าอุปกรณ์หรือยาที่มีราคาแพง (โครงการบัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจ)
- กรณีศึกษาที่ 7 : การส่งตัวโดยสถานพยาบาลไม่ยอมให้ผู้ป่วยใช้สิทธิบัตร (โครงการ สปร.)
- กรณีศึกษาที่ 8 : ระบบส่งต่อทำให้ความลับของการเจ็บป่วยถูกเปิดเผย (โครงการ สปร.)
- กรณีศึกษาที่ 9 : เงื่อนไขกรมธรรม์ไม่ได้คุ้มครองค่าใช้จ่ายทุกกรณี (ประกันสุขภาพเอกชน)
- กรณีศึกษาที่ 10 : ผู้บริการถูกยึดเยียดการรักษาพยาบาลเกินความจำเป็น (ประกันสุขภาพเอกชน)
- กรณีศึกษาที่ 11 : ไม่มีการแนะนำให้ใช้สิทธิหรือการเข้าถึงสิทธิบัตร (ผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพ)
- กรณีศึกษาที่ 12 : เป็นโรคเรื้อรัง ค่ารักษาสูง ไม่สามารถเข้าถึงระบบประกันสุขภาพ (ผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพ)

4. การสัมภาษณ์ความคิดเห็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านบริการสุขภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบและเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้จากการวิจัย ประเด็นหลักของการสัมภาษณ์ประกอบด้วย

1. ความคิดเห็นเกี่ยวกับจุดอ่อนและจุดแข็งของระบบประกันสุขภาพแต่ละระบบ
2. ความคิดเห็นเกี่ยวกับการปรับปรุง/ปฏิรูประบบประกันสุขภาพ
3. ประชาชนที่ไม่ได้อยู่ในระบบใดเลย มีปัญหาในการมารับบริการอย่างไร และควรดำเนินการอย่างไร
4. การใช้ทรัพยากรในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในปัจจุบันเป็นอย่างไร
5. ผลประโยชน์ของแพทย์และโรงพยาบาลเป็นตัวแปรของความไม่เหมาะสมของบริการที่ผู้ป่วยได้รับหรือไม่
6. ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมจากคำถามหลักข้างต้น

ผู้ทรงคุณวุฒิและนักบริหารระดับสูงที่ให้โอกาสแก่ทีมวิจัยสัมภาษณ์มี 9 ท่าน ประกอบด้วย ดร.อาทิตย์ อุไรรัตน์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงวิทยาศาสตร์และสิ่งแวดล้อม และอดีตรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์เสรี ตู้จินดา รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ศาสตราจารย์นายแพทย์วิรุฬห์ เหล่าภัทรเกษม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น นายแพทย์ประสาธน์ โหดระภวานนท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี นายแพทย์เทียนชัย ดังทัตสวัสดิ์ หัวหน้าฝ่ายประกันสังคม โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี นายแพทย์กวี ไชยศิริ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ นายแพทย์ธีรพล เจนวิทยารองผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี นายแพทย์วิชาญ เกิดวิชัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรปราการ และนายแพทย์สุรเดช วลีอิทธิกุล ผู้อำนวยการกองประสานการแพทย์ สำนักงานประกันสังคม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และค่าไคว์สแควร์
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีจัดหมวดหมู่ของข้อมูลและสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัย

การเสนอรายงาน

เสนอรายงานเชิงพรรณนาประกอบตาราง แผนภูมิการศึกษา และบทสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิด้านบริการสุขภาพ

บทที่ 4

ผลการศึกษาเชิงปริมาณ

การศึกษาเชิงปริมาณเป็นการศึกษาความคิดเห็นของผู้รับบริการขณะมารับบริการตามโรงพยาบาลที่กำหนดเป็นแหล่งการเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 2,386 คน จำแนกตามกลุ่มผู้มีหลักประกันด้านสุขภาพภายใต้ 5 ระบบ และกลุ่มผู้ไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพ ดังนี้คือ ระบบสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลข้าราชการ/พนักงานรัฐสาหกิจ 402 คน ระบบประกันสังคม 394 คน ระบบบัตรสุขภาพโดยสมัครใจ 400 คน ระบบสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) 400 คน ระบบประกันสุขภาพเอกชน 390 คน และผู้ไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพ 400 คน สรุปผลการศึกษาได้ดังนี้

1.1 ลักษณะข้อมูลทั่วไป

เพศและอายุ กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมดเป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.0 เป็นเพศชาย ร้อยละ 39.8 (ตารางที่ 1 ข้อ 1) และส่วนใหญ่ร้อยละ 54.5 มีอายุระหว่าง 21-40 ปี รองลงมาร้อยละ 25.6 มีอายุระหว่าง 41-60 ปี (ตารางที่ 1 ข้อ 2)

ระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 39.5 ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 22.5 ระดับอนุปริญญา/ปริญญา ร้อยละ 28.4 ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 6.3 ระดับสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 2.1 สำหรับในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เรียนหนังสือจำนวน 150 คนนั้น ร้อยละ 65 จะอยู่ในระบบประกันสุขภาพประเภทสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเรื่องอายุที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างในระบบประกันสุขภาพประเภทนี้มีผู้ที่มีอายุมากกว่า 61 ปีถึงร้อยละ 32.3 แต่มีข้อที่น่าสังเกตว่า กลุ่มตัวอย่างในระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจและกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ มีผู้ที่มีอายุมากกว่า 61 ปี เพียงร้อยละ 1.8 และร้อยละ 4.0 แต่มีผู้ไม่ได้เรียนหนังสือ (ทุกกลุ่มอายุ) สูงถึงร้อยละ 5.7 และร้อยละ 8.4 ตามลำดับ (ตารางที่ 1 ข้อ 2 และ 3)

อาชีพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 20.7 รองลงมามีอาชีพรับราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 14.5 และอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 12.2 (ตารางที่ 1 ข้อ 4)

จำนวนสมาชิกทั้งหมดในครอบครัว (ไม่รวมผู้อาศัย) พบว่า ในกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 1-4 คน ร้อยละ 63.2 จำนวน 5-8 คน ร้อยละ 34.3 และจำนวนมากกว่า 8 คน ร้อยละ 1.5 เมื่อจำแนกกลุ่มตัวอย่างตามประเภทของการมีหลักประกันด้านสุขภาพไม่พบความแตกต่างในจำนวนสมาชิกทั้งหมดในครอบครัวในระหว่างกลุ่มดังกล่าว (ตารางที่ 1 ข้อ 5)

บุคคลในครอบครัวที่ไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีหลักประกันด้านสุขภาพทั้ง 5 ระบบ มีบุคคลในครอบครัวที่ไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพจำนวน 1-3 คน ร้อยละ 24.2 จำนวน 4-7 คน ร้อยละ 3.6 และเมื่อเปรียบเทียบในระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้ง 5 ระบบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างในระบบประกันสุขภาพที่มีบุคคลในครอบครัวที่ไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพเรียงลำดับจากมากไปน้อยได้ดังนี้คือ กลุ่มตัวอย่างในระบบประกันสังคม ร้อยละ 39.8 กลุ่มตัวอย่างในระบบประกันสุขภาพเอกชน ร้อยละ 37.2 กลุ่มตัวอย่างในระบบสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 24.3 กลุ่มตัวอย่างในระบบสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) ร้อยละ 22.0 และกลุ่มตัวอย่างในระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจร้อยละ 16.5 (ตารางที่ 1 ข้อ 6)

รายได้ของครอบครัว พบว่า จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ครอบครัวที่ไม่มีรายได้มีร้อยละ 0.4 มีรายได้ 100-2,800 บาทต่อเดือน ร้อยละ 9.5 มีรายได้ 2,801-5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 21.3 มีรายได้ 5,001-10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 24.0 มีรายได้ 10,001-50,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 33.8 และมีรายได้มากกว่า 50,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 3.7 เมื่อเปรียบเทียบในระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด โดยพิจารณาจากสัดส่วนของผู้มีรายได้ตั้งแต่ 10,000 บาทขึ้นไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ของครอบครัวเรียงจากมากไปหาน้อย ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างในระบบประกันสุขภาพเอกชน กลุ่มตัวอย่างในระบบสวัสดิการข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ กลุ่มตัวอย่างในระบบประกันสังคม กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างในระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจ และกลุ่มตัวอย่างในระบบสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (ตารางที่ 1 ข้อ 7)

ประสบการณ์ในการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเคยมารับบริการที่โรงพยาบาลที่เก็บข้อมูล ร้อยละ 80.3 เมื่อเปรียบเทียบในระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด พบว่าไม่มีความแตกต่างที่ชัดเจนในกลุ่มตัวอย่างที่มีหลักประกันด้านสุขภาพทั้ง 5 ระบบ คือเคยมารับบริการตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป ยกเว้นในกลุ่มตัวอย่างของผู้ไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพ พบมีเพียงร้อยละ 65.5 ที่เคยมารับบริการที่โรงพยาบาล (ตารางที่ 1 ข้อ 8)

ความซ้ำซ้อนของการมีหลักประกันด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีหลักประกันสุขภาพทั้ง 5 ระบบ มีจำนวนหนึ่งมีหลักประกันด้านสุขภาพมากกว่าหนึ่งระบบ กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างในระบบประกันสุขภาพเอกชนจะมีหลักประกันสุขภาพในระบบอื่นร่วมด้วยถึงร้อยละ 58.0 รองลงมาคือกลุ่มตัวอย่างในระบบสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 8.6 กลุ่มตัวอย่างในระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจ ร้อยละ 4.5 กลุ่มตัวอย่างในระบบ

ประกันสังคม ร้อยละ 4.3 กลุ่มตัวอย่างในระบบสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล ร้อยละ 2 (ตารางที่ 1 ข้อ 9)

ผู้ที่มีหลักประกันด้านสุขภาพมากกว่า 1 ระบบ ได้ให้เหตุผลดังนี้ สามารถเลือกใช้สิทธิใดก่อนก็ได้ ร้อยละ 49.0 มีความสะดวกในการรับบริการของเอกชน ร้อยละ 38.8 สามารถเบิกได้หลายสิทธิ ร้อยละ 30.5 บางสิทธิมีข้อจำกัดเกี่ยวกับจำนวนครั้งและค่ารักษาพยาบาล ร้อยละ 29.6 บางระบบไม่มีความสะดวกในการเบิกค่าใช้จ่ายคืน ร้อยละ 28.2 บางสิทธิมีข้อจำกัดเกี่ยวกับขั้นตอนการส่งต่อ ร้อยละ 11.5 (ตารางที่ 1 ข้อ 10) ในการมารับการรักษาพยาบาลในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้ใช้สิทธิตรงกับที่ตนต้องการไว้ มีเพียงส่วนน้อยที่ต้องการใช้สิทธิอื่นแต่ในที่สุดต้องเลือกใช้สิทธิที่ตนเองใช้ในวันที่ถูกสัมภาษณ์ เช่น กลุ่มที่ใช้สิทธิของข้าราชการในวันที่ถูกสัมภาษณ์ต้องการจะใช้สิทธิอื่นก่อน โดยต้องการใช้บัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจ 3 ราย บัตร สปร. 3 ราย บัตรประกันสังคม 2 ราย บัตรประกันสุขภาพเอกชน 2 ราย ผู้ที่ใช้บัตร สปร.ในวันที่ถูกสัมภาษณ์ต้องการใช้บัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจก่อน 1 ราย และใช้สิทธิข้าราชการก่อน 1 ราย (ตารางที่ 1 ข้อ 11) และการใช้สิทธิในครั้งที่สัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่างที่มีหลักประกันด้านสุขภาพมากกว่า 1 ระบบ พบว่า ร้อยละ 91.4 ของกลุ่มตัวอย่างกำหนดเอง ร้อยละ 6.3 ผู้ให้บริการเป็นผู้กำหนดให้ (ตารางที่ 1 ข้อ 13)

1.2 การเข้าถึงหลักประกันด้านสุขภาพ

ระบบสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างในระบบสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล ได้หลักประกันด้านสุขภาพในระบบนี้ โดยการยื่นความจำนงกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และผู้ใหญ่บ้านเท่านั้น ร้อยละ 27.8 โดยการยื่นความจำนงกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ผู้ใหญ่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสำรวจผู้มีสิทธิ ร้อยละ 23.8 โดยการยื่นความจำนงกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสำรวจผู้มีสิทธิและกรรมการหมู่บ้านพิจารณาออกบัตร ร้อยละ 16.0 โดยยื่นความจำนงกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสำรวจผู้มีสิทธิและกรรมการหมู่บ้านพิจารณาออกบัตร ร้อยละ 16.5 โดยผู้ใหญ่บ้านสำรวจและออกบัตรให้ ร้อยละ 10.5 (ตารางที่ 2 ข้อ 1) นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 13 ของกลุ่มตัวอย่างในระบบสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลเหล่านี้ต้องเสียค่าใช้จ่าย โดยจำแนกตามจำนวนเงินที่ต้องเสียได้ดังนี้ ต้องเสียเงินจำนวน 1-10 บาท ร้อยละ 80.7 จำนวน 11-20 บาท ร้อยละ 13.5 จำนวน 100 บาท ร้อยละ 3.8 และจำแนกตามการใช้จ่ายได้ดังนี้ เพื่อค่าทำบัตร ร้อยละ 71.2 เพื่อเป็นค่าเคลือบบัตรร้อยละ 13.5 (ตารางที่ 2 ข้อ 2)

สำหรับผู้ที่มิรายได้น้อยและยังไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพ พบว่า ร้อยละ 17.7 ของกลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่า ในหมู่บ้านยังมีคนจนที่ยังไม่ได้รับบัตรสวัสดิการ โดยในจำนวนนี้ผู้ตอบ

ว่ามีจำนวน 1-10 ครอบครัวต่อหมู่บ้าน ร้อยละ 29.6 ผู้ตอบว่ามีจำนวน 20-100 ครอบครัวขึ้นไป ต่อหมู่บ้านร้อยละ 11.3 ที่น่าสังเกตคือ ผู้ตอบว่าไม่ทราบมีมากถึงร้อยละ 62.8 (ตารางที่ 2 ข้อ 3) และสาเหตุที่ผู้มีรายได้น้อยในหมู่บ้านไม่ได้รับบัตรเพราะไม่สนใจ ร้อยละ 37.3 ขาดหลักฐานประกอบ ร้อยละ 25.3 ขึ้นตอนยุ่งยาก ร้อยละ 17.3 น่าสังเกตว่ามีผู้ตอบว่ามีการเลือกพวกพ้องร้อยละ 4.0 การรับบัตร สปร.ไม่มีศักดิ์ศรีร้อยละ 4.0 (ตารางที่ 2 ข้อ 4)

ผู้ไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพ แต่เคยอยู่ในระบบประกันสุขภาพระบบใดระบบหนึ่งมาแล้วมีจำนวน 126 คน หรือร้อยละ 31.5 ดังนี้ (ตารางที่ 3 ข้อ 1)

- เคยอยู่ในระบบประกันสังคม จำนวน 42 คน หรือร้อยละ 33.3 และเหตุผลที่ไม่ได้เข้าอยู่ในระบบประกันสังคมในขณะนี้ เนื่องจากไม่ได้เป็นลูกจ้างในสถานประกอบการเดิม ร้อยละ 85.7 มีประสบการณ์จากการที่เคยอยู่ในระบบว่ามีการจำกัดวงเงินในการรักษา ร้อยละ 9.5 คุณภาพของยาต่ำ ร้อยละ 14.3

- เคยอยู่ในระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจจำนวน 79 คน หรือร้อยละ 62.7 และเหตุผลที่ไม่ได้เข้าระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจในขณะนี้เพราะ ไม่มีเงินซื้อบัตรร้อยละ 32.9 ขาดหลักฐานประกอบร้อยละ 8.9 มีความเห็นว่ามันไม่คุ้มค่า ร้อยละ 17.7 มีข้อจำกัดในการใช้บัตร ร้อยละ 13.9 และเหตุผลอื่น เช่น ถึงมีบัตรก็ยังคงต้องเสียเงิน กำลังจะซื้อ ไม่สะดวกที่จะไปซื้อ เป็นต้น มีมากกว่าร้อยละ 35.4

- เคยอยู่ในระบบสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลจำนวน 30 คน หรือร้อยละ 23.8 เหตุผลที่ไม่ได้เข้าระบบสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลในขณะนี้เพราะ ขึ้นตอนยุ่งยากร้อยละ 56.7 ขาดหลักฐานประกอบ ร้อยละ 33.3 มีการเลือกพวกพ้อง ร้อยละ 33.3 มีความเห็นว่ามันไม่มีศักดิ์ศรี ร้อยละ 10 และเหตุผลอื่น ๆ เช่น ย้ายที่อยู่ ไม่อยู่ในข่ายที่ควรจะได้รับ ไม่มีเวลาไปทำบัตร ร้อยละ 20.0

- เคยอยู่ในระบบประกันสุขภาพเอกชนจำนวน 5 คน หรือร้อยละ 1.3 เหตุผลที่ไม่ได้เข้าระบบประกันสุขภาพเอกชนในขณะนี้เพราะไม่มีเงินซื้อประกัน ร้อยละ 40 มีการจำกัดวงเงินในการรักษาพยาบาลร้อยละ 20 มีการจำกัดสิทธิในการรับบริการบางอย่าง ร้อยละ 20 และมีความเห็นว่ามันไม่คุ้มค่า ร้อยละ 20

สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพและไม่เคยเข้าอยู่ในระบบประกันสุขภาพระบบใด ๆ เลย จำนวน 271 คน หรือร้อยละ 67.8 ให้เหตุผลที่ไม่ได้เข้าระบบสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล คือ ไม่ได้รับข่าวการประชาสัมพันธ์ ร้อยละ 63.4 ขาดหลักฐานประกอบ ร้อยละ 17.2 มีการเลือกพวกพ้อง ร้อยละ 5 และอื่น ๆ ได้แก่ ยังไม่จำเป็น รายได้สูงกว่า

เกณฑ์ ไม่ว่าง ขึ้นตอนยุ่งยาก ร้อยละ 17.9 เหตุผลที่ไม่ได้เข้าระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจ คือ ไม่ได้รับข่าวการประชาสัมพันธ์ ร้อยละ 48.8 ไม่มีเงิน ร้อยละ 17.2 ขาดหลักฐานประกอบ ร้อยละ 14.9 สมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพดี ร้อยละ 13.4 และอื่น ๆ ได้แก่ ไม่ต้องการซื้อ สมาชิกเกินจำนวนที่ระบุให้ใช้สิทธิใด ๆ เจ้าหน้าที่ปิดบริการขายบัตร ร้อยละ 11.1 (ตารางที่ 3 ข้อ 1)

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพเหล่านี้ มีความต้องการเข้าอยู่ในระบบประกันสุขภาพระบบต่อไปนี้มากที่สุดคือ ระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจ ร้อยละ 41.0 ระบบประกันสุขภาพเอกชน ร้อยละ 20.5 ระบบสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล ร้อยละ 16.8 ระบบประกันสังคม ร้อยละ 11.8 และไม่ต้องการอยู่ในระบบประกันสุขภาพใด ๆ เลย ร้อยละ 6.5 หนึ่งในผู้ตอบว่าไม่ทราบรายละเอียดของแต่ละระบบร้อยละ 1.8 (ตารางที่ 3 ข้อ 2)

1.3 การรับรู้เกี่ยวกับหลักประกันด้านสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างในระบบสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ มีการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับระบบสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจดังนี้ หลักการของการจัดระบบสวัสดิการ ร้อยละ 82.3 ผู้ได้รับสิทธิประโยชน์ ร้อยละ 94.0 เงื่อนไขเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของบุตร ร้อยละ 74.4 ระเบียบในการรักษาตรวจสอบสุขภาพประจำปีในเรื่องผู้มีสิทธิ ร้อยละ 32.3 ในเรื่องสถานบริการ ร้อยละ 76.4 การรับรู้เกี่ยวกับสิทธิของบุตรที่บรรลุนิติภาวะ แต่เป็นผู้ไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ และการรับรู้เกี่ยวกับการใช้สิทธิในกรณีของค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการรักษาโรคน้อยเมื่อเทียบกับการรับรู้ในด้านอื่น ๆ (ตารางที่ 4)

กลุ่มตัวอย่างในระบบประกันสังคม มีการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับระบบประกันสังคมดังนี้ สิทธิประโยชน์เมื่อเจ็บป่วย ร้อยละ 78.7 สิทธิประโยชน์สำหรับบุตร ร้อยละ 65.0 สิทธิประโยชน์เมื่อยามชรา ร้อยละ 62.2 สิทธิประโยชน์เกี่ยวกับการคลอดบุตร ร้อยละ 73.7 สิทธิประโยชน์ระหว่างลาคลอด ร้อยละ 70.1 สิทธิประโยชน์เมื่อต้องพิกิจจากการทำงาน ร้อยละ 73.6 เงื่อนไขในเรื่องค่ารักษาพยาบาล ร้อยละ 25.9 กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ตอบหรือไม่ทราบว่าการประกันสังคมจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทุกกรณีหรือไม่สูงถึงร้อยละ 25.4 (ตารางที่ 5)

กลุ่มตัวอย่างในระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจ มีการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจดังนี้ อายุของหลักประกัน ร้อยละ 70.8 เงื่อนไขในการรักษาพยาบาล ร้อยละ 59.0 สถานบริการที่อยู่ในระบบ ร้อยละ 46.2 การส่งต่อตามระบบร้อยละ 58.0 เป็นที่น่าสังเกตว่าการรับรู้เกี่ยวกับระเบียบการส่งต่อ และสิทธิในการรักษาพยาบาลที่มีข้อยกเว้นเกี่ยวกับการบริการทางการแพทย์บางประเภทมีน้อย (ตารางที่ 6)

กลุ่มตัวอย่างในระบบประกันสุขภาพเอกชน มีการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพเอกชนดังนี้ สิทธิประโยชน์ของการประกัน ร้อยละ 66.7 การเลือกสถานบริการ ร้อยละ 71.5 เงื่อนไขการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ร้อยละ 89.2 ความสัมพันธ์ระหว่างเบี้ยประกันและผลตอบแทน ร้อยละ 72.6 ผลพลอยได้จากการประกันสุขภาพเอกชน ร้อยละ 65.1 และร้อยละ 74.9 (ตารางที่ 7)

ผู้ไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพ มีการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพ 3 ระบบ ยกเว้นระบบสวัสดิการข้าราชการและโครงการ สปร. ดังนี้ ระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจ ใน 4 ประเด็นถูกต้อง ตั้งแต่ร้อยละ 33.0 ถึงร้อยละ 69.5 ระบบประกันสังคม ใน 6 ประเด็นถูกต้อง ตั้งแต่ร้อยละ 20.8 ถึง ร้อยละ 49.8 ระบบประกันสุขภาพเอกชนใน 2 ประเด็นถูกต้อง ร้อยละ 24.5 และร้อยละ 17.7 (ตารางที่ 5,6 และ 7)

1.4 การเข้าถึงบริการในสถานพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างในระบบสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ระบุระยะทางและความสะดวกในการเข้าถึงบริการ ดังนี้คือ ร้อยละ 32.6 มีระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการที่ใกล้ที่สุดเกิน 6 กิโลเมตร ร้อยละ 65.9 มีความสะดวกและพอใจที่จะเดินทางไปโรงพยาบาลทั่วไป และอีกร้อยละ 10.4 มีความสะดวกที่จะเดินทางไปโรงพยาบาลชุมชน โดยส่วนใหญ่จะเดินทางด้วยรถยนต์ส่วนตัว ร้อยละ 43.0 และโดยรถจักรยานยนต์ร้อยละ 33.1 (ตารางที่ 8 ข้อ 1,2 และ 3)

กลุ่มตัวอย่างในระบบประกันสังคม พบว่าร้อยละ 54.3 มีระยะทางจากบ้านหรือโรงงานถึงสถานบริการที่ใกล้ที่สุดที่ระบุไว้ในบัตรไม่เกิน 6 กิโลเมตร โดยส่วนใหญ่จะเดินทางมาโดยรถจักรยานยนต์ ร้อยละ 49.7 และรถประจำทาง ร้อยละ 27.7 (ตารางที่ 8 ข้อ 1,2 และ 3)

กลุ่มตัวอย่างในระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจ พบว่า ร้อยละ 32.8 มีระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการที่ใกล้ที่สุดตามที่ระบุไว้ในบัตรไม่เกิน 6 กิโลเมตร และร้อยละ 57.5 ของกลุ่มตัวอย่าง มีความสะดวกและพอใจที่จะเดินทางไปโรงพยาบาลทั่วไป โดยส่วนใหญ่จะเดินทางโดยรถจักรยานยนต์ ร้อยละ 41.8 รถประจำทาง ร้อยละ 39.0 ผู้มีปัญหาในการเดินทางมีร้อยละ 7 (ตารางที่ 8 ข้อ 1,2,3 และ 4)

กลุ่มตัวอย่างในระบบสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล พบว่า ร้อยละ 27.5 ของกลุ่มตัวอย่างมีระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการที่ใกล้ที่สุดตามที่ระบุไว้ในบัตรเกิน 6 กิโลเมตร ร้อยละ 46.8 ของกลุ่มตัวอย่างมีความสะดวกและพอใจที่จะเดินทางไปโรงพยาบาลทั่วไป และอีกร้อยละ 37.7 มีความสะดวกและพอใจที่จะเดินทางไปสถานอนามัย โดยส่วนใหญ่จะเดินทาง

โดยรถประจำทางร้อยละ 43.7 รถจักรยานยนต์ ร้อยละ 33.0 ผู้มีปัญหาในการเดินทางมีร้อยละ 9.8 (ตารางที่ 8 ข้อ 1,2,3 และ 4) ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างใน 3 ระบบข้างต้น

1.5 สถานบริการที่กลุ่มตัวอย่างเลือกเมื่อเจ็บป่วย

พบว่า กลุ่มตัวอย่างในระบบสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจจะใช้สถานบริการแห่งแรกเป็นโรงพยาบาลของรัฐ ร้อยละ 65.9 คลินิก ร้อยละ 18.9 สถานีอนามัย ร้อยละ 5.5 กลุ่มตัวอย่างในระบบประกันสังคมจะใช้สถานบริการแห่งแรกเป็นโรงพยาบาลที่ระบุในกรมธรรม์ร้อยละ 38.8 ร้านขายยา ร้อยละ 24.4 คลินิก ร้อยละ 23.9 สถานีอนามัย ร้อยละ 5.8 กลุ่มตัวอย่างในระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจจะใช้สถานบริการแห่งแรกเป็นโรงพยาบาลของรัฐ ร้อยละ 59.5 สถานีอนามัย ร้อยละ 32.5 กลุ่มตัวอย่างในระบบสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลจะใช้สถานบริการแห่งแรกเป็นโรงพยาบาลของรัฐ ร้อยละ 52.5 สถานีอนามัย ร้อยละ 41.0 กลุ่มตัวอย่างในระบบประกันสุขภาพเอกชนจะใช้สถานบริการแห่งแรกเป็นโรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ 44.1 เป็นโรงพยาบาลรัฐ ร้อยละ 34.6 สถานีอนามัย ร้อยละ 4.4 คลินิก ร้อยละ 14.4 ร้านขายยา ร้อยละ 2.1 กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพจะใช้สถานบริการแห่งแรกเป็นโรงพยาบาลของรัฐ ร้อยละ 38.2 สถานีอนามัย ร้อยละ 23.7 คลินิก ร้อยละ 21.0 ร้านขายยา ร้อยละ 15.2 (ตารางที่ 8 ข้อ 5)

ในการเจ็บป่วยครั้งนี้ สถานบริการที่กลุ่มตัวอย่างไปใช้บริการเป็นแห่งแรก ส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลของรัฐ การไปใช้บริการที่สถานีอนามัยในสัดส่วนที่ค่อนข้างสูงพบในกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจ ร้อยละ 22.5 และในระบบสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล ร้อยละ 27.5 การไปใช้บริการที่คลินิกในสัดส่วนที่ค่อนข้างสูงพบในกลุ่มตัวอย่างในระบบสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 15.4 และระบบประกันสังคม ร้อยละ 13.2 สำหรับเหตุผลที่ไปใช้บริการในสถานบริการดังกล่าว ส่วนใหญ่จะเป็นในเรื่องของความสะดวก ใกล้บ้าน มีแพทย์ในการรักษา มียาดี สำหรับกลุ่มตัวอย่างในระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจและกลุ่มตัวอย่างในระบบสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลมีเหตุผลในเรื่องของข้อกำหนดในสิทธิบัตรด้วยร้อยละ 67.5 (ตารางที่ 8 ข้อ 6 และ 7)

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 161 คนใน 3 ระบบประกันยกเว้นระบบประกันสังคมและประกันสุขภาพเอกชนที่ไม่ไปรักษาพยาบาลในสถานบริการของรัฐที่ใกล้บ้าน พบว่า เป็นกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในระบบสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ จำนวน 83 คน โดยให้เหตุผลในเรื่องบริการไม่ดี ร้อยละ 30.1 ไม่วางใจในความสามารถ ร้อยละ 22.9 เป็นกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจ จำนวน 14 คน โดยให้เหตุผลในเรื่องบริการไม่ดี ร้อยละ 50.0 เจ้าหน้าที่ไม่อยู่ ร้อยละ 7.1 ไม่วางใจในความสามารถของเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 7.1

เป็นกลุ่มตัวอย่างในระบบสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลจำนวน 16 คน โดยให้เหตุผลในเรื่องความไม่สะดวกและไม่พอใจในบริการเป็นส่วนใหญ่ และเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพจำนวน 48 คน ให้เหตุผลในเรื่องความไม่สะดวกและไม่พอใจในบริการเป็นส่วนใหญ่เช่นกัน (ตารางที่ 8 ข้อ 8)

1.6 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวนหนึ่งจะไม่ทราบจำนวนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลครั้งนี้ โดยกลุ่มตัวอย่างในระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจ ร้อยละ 66.0 กลุ่มตัวอย่างในระบบสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล ร้อยละ 60.0 กลุ่มตัวอย่างในระบบประกันสังคม ร้อยละ 50.0 และกลุ่มตัวอย่างผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพ ร้อยละ 12.5 ไม่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้ สำหรับในกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้ พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 64.2 มีค่าใช้จ่ายไม่เกิน 1,000 บาท รองลงมาร้อยละ 16.2 มีค่าใช้จ่ายระหว่าง 1,001-5,000 บาท (ตารางที่ 9 ข้อ 1)

เหตุผลที่ต้องจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลเอง กลุ่มตัวอย่างในระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจที่ต้องจ่ายเอง จำนวน 33 คน ให้เหตุผลเพราะ ลัดชั้นตอนร้อยละ 36.4 ไม่ได้นำบัตรมาด้วย ร้อยละ 15.1 ลืมแสดงบัตร ร้อยละ 6.1 รับบริการที่อยู่นอกสิทธิและอื่น ๆ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ไม่เข้าใจ ร้อยละ 15.1 กลุ่มตัวอย่างในระบบสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาล 14 คน เพราะลัดชั้นตอน ไม่มีใบส่งต่อ ร้อยละ 50.0 ไม่ได้นำบัตรมาด้วย ลืมแสดงบัตรและใช้บริการพิเศษอื่น ๆ ร้อยละ 7.1 เท่า ๆ กัน กลุ่มตัวอย่างในระบบประกันสังคมต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาล 23 คน เนื่องจากใช้บริการพิเศษที่อยู่นอกสิทธิ ร้อยละ 34.8 ลัดชั้นตอนร้อยละ 26.1 ไม่ได้นำบัตรมาด้วย ร้อยละ 26.1 (ตารางที่ 9 ข้อ 2)

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่อยู่ในระบบประกันสุขภาพแก้ไขปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยการพึ่งพาตนเอง ร้อยละ 76.0 ซึ่งส่วนใหญ่ใช้เงินออมในครอบครัวหรือบุคคลในครอบครัวส่งมา ส่วนน้อยเท่านั้นที่จะต้องขายข้าวที่เก็บไว้หรือขายที่นาของตนเอง แก้ไขปัญหาโดยการยืมจากญาติ เพื่อน นายจ้าง ร้อยละ 8.7 ซึ่งส่วนใหญ่ไม่ต้องเสียดอกเบี้ย พึ่งพานายทุน ร้อยละ 1.5 โดยกู้เงินเสียดอกเบี้ยในอัตราร้อยละ 5-10 บาทต่อปี ที่เหลือขอความช่วยเหลือจากหน่วยสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาล ร้อยละ 18.3 (ตารางที่ 10)

กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในระบบสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ เห็นด้วยกับระเบียบที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน ร้อยละ 87.8 ไม่เห็นด้วย ร้อยละ 11.4 ในส่วนที่ไม่เห็นด้วยให้เหตุผลว่าจำกัดสิทธิเกินไป ไม่ควรต้องจ่ายสำรองเงินไปก่อน และการรักษาที่โรงพยาบาล

เอกชนควรเบิกได้ทุกกรณี ส่วนในเรื่องปัญหาการเบิกจ่ายเงินคืนจากหน่วยงานต้นสังกัด ร้อยละ 11.9 ของกลุ่มตัวอย่างเห็นว่าขั้นตอนเบิกเงินล่าช้ายุ่งยาก ร้อยละ 10.4 เห็นว่าเจ้าหน้าที่ทำงานล่าช้า และร้อยละ 5.7 เห็นว่ามีปัญหาด้านข้อกำหนดสิทธิการเบิกตามบัญชีเงินเดือน (ตารางที่ 11)

กลุ่มตัวอย่างในระบบประกันสุขภาพเอกชน ร้อยละ 50.8 ต้องจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลแล้วจึงนำไปสำคัญไปเบิกเงินคืนจากบริษัทประกัน ส่วนเหตุผลที่ต้องจ่ายเงินไปก่อนคือ เป็นเหตุฉุกเฉินไม่สามารถแจ้งการเข้ารับบริการรักษาต่อบริษัทประกันได้ในเวลาที่กำหนด ร้อยละ 30.5 ไปรับบริการจากโรงพยาบาลนอกเครือข่าย กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 35.2 ระบุว่า การเบิกเงินคืนจากบริษัทประกันมีความล่าช้า (ตารางที่ 12 ข้อ 1, 2 และ 3)

1.7 ระดับของสถานบริการที่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ในขณะนี้

กลุ่มตัวอย่างในระบบประกันสุขภาพทั้ง 5 ระบบ และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพส่วนใหญ่ คือมากกว่าร้อยละ 80 มีความเห็นว่าระดับของสถานบริการที่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ในขณะนี้ คือระดับโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐ สาเหตุสำคัญประการหนึ่งคงเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างได้ผ่านขั้นตอนการส่งต่อมาแล้วและโรงพยาบาลทั่วไปเป็นโรงพยาบาลที่ระบุในสิทธิบัตร กลุ่มตัวอย่างระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจมีความเห็นด้วยกับการมารับบริการในสถานบริการที่ระบุไว้ในบัตรร้อยละ 87.3 มีความเห็นด้วยกับข้อกำหนดที่ต้องปฏิบัติตามขั้นตอนและมีใบส่งต่อร้อยละ 86.5 กลุ่มตัวอย่างระบบสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลมีความเห็นด้วยกับการมารับบริการในสถานบริการที่ระบุไว้ในบัตรร้อยละ 91.5 (ตารางที่ 13)

1.8 ความพึงพอใจในการรับบริการรักษาพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความมีความพึงพอใจในการเข้ารับบริการในระดับปานกลางและระดับมาก (ตารางที่ 14-19) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างแต่ละระบบพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างเรียงจากมากไปหาน้อยได้ดังนี้ ระบบประกันสุขภาพเอกชน ระบบสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ระบบประกันสุขภาพเอกชน ระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจ ระบบสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล และกลุ่มผู้ไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพ

เมื่อนำข้อมูลคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจมาจำแนกเป็นรายจังหวัดพบว่า คะแนนความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างในระบบประกันสุขภาพเอกชนสูงสุดทั้ง 4 จังหวัด คะแนนความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างในระบบสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจสูงเป็นลำดับที่ 2 ในจังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดเชียงใหม่ และจังหวัดสมุทรปราการ แต่เป็นลำดับที่ 5 ในจังหวัดปัตตานี คะแนนความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างประกันสังคมจะสูงเท่ากับระบบประกัน

สุขภาพเอกชนในจังหวัดสมุทรปราการ แต่เป็นลำดับที่ 5 ในจังหวัดเชียงใหม่ และเป็นลำดับที่ 8 ในจังหวัดศรีสะเกษและจังหวัดปัตตานี คะแนนความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างในระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจจะสูงเป็นลำดับที่ 2 ในจังหวัดปัตตานี เป็นลำดับที่ 3 ในจังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดเชียงใหม่ และลำดับที่ 6 ในจังหวัดสมุทรปราการ คะแนนความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างในระบบสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลจะสูงเป็นอันดับที่ 4 ในจังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดปัตตานี และเป็นอันดับที่ 5 ในจังหวัดสมุทรปราการ คะแนนความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพสูงเป็นลำดับที่ 3 ในจังหวัดปัตตานี ลำดับที่ 4 ในจังหวัดสมุทรปราการ ลำดับที่ 5 ในจังหวัดศรีสะเกษ และลำดับที่ 6 ในจังหวัดเชียงใหม่ (ตารางที่ 20)

ที่น่าสังเกตคือ ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างในระบบประกันสังคมมีสูงในจังหวัดสมุทรปราการจังหวัดเดียว เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีโรงงานและคนงานในชายประกันสังคมมาก เฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเปรียบเทียบกับจังหวัดศรีสะเกษและจังหวัดปัตตานี นอกจากนี้ยังอยู่ในเขตบริเวณชล ซึ่งการตรวจแรงงานอาจทั่วถึงมากกว่า

1.9 ความเท่าเทียมกันของการรับบริการ

ในการสอบถามความคิดเห็นด้านความเท่าเทียมกันของการได้รับบริการของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 6 กลุ่ม โดยขอให้ตอบว่าได้รับการให้บริการโดยเท่าเทียม ดีกว่า หรือด้อยกว่าผู้ใช้สิทธิในระบบอื่นใน 4 ประเด็น คือ 1) การต้อนรับ การเอาใจใส่ของแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง 2) การให้คำตอบที่ชัดเจนจากแพทย์เกี่ยวกับอาการป่วย การวินิจฉัยโรค ยาที่ได้รับ และผลข้างเคียง 3) ปริมาณและคุณภาพของยาหรือเวชภัณฑ์ที่ได้รับ และ 4) การตรวจวินิจฉัยและการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษที่แพทย์จัดหาให้ และนำข้อมูลที่ได้มาเปรียบเทียบโดยวิธีการทางสถิติ ซึ่งพบว่าความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มด้านความเท่าเทียมระหว่างระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P \text{ value} = 0.000$) ซึ่งอธิบายได้ดังนี้

- ความคิดเห็นต่อความเท่าเทียมกันด้านการต้อนรับ การเอาใจใส่ของแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง พบว่ากลุ่มประกันสุขภาพเอกชนคิดว่าตนได้รับด้อยกว่ากลุ่มอื่นในสัดส่วนที่สูงที่สุด ขณะที่กลุ่มผู้ใช้บัตร สปร. มีสัดส่วนต่ำที่สุด กลุ่มตัวอย่างที่คิดว่าตนได้รับการต้อนรับดีกว่าผู้ใช้สิทธิในระบบอื่นคือผู้มีบัตรประกันสังคม ขณะที่ต่ำสุดคือกลุ่มผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพ (ตารางที่ 21)

- ความคิดเห็นต่อความเท่าเทียมกันในการที่ได้รับคำตอบที่ชัดเจนจากแพทย์เกี่ยวกับอาการป่วย ยาที่ได้รับ และผลข้างเคียง พบว่า กลุ่มที่คิดว่าตนเองได้รับการไม่ดีเท่ากลุ่มอื่นในสัดส่วนสูงสุดคือกลุ่มประกันสุขภาพเอกชน และต่ำสุดคือกลุ่มผู้ใช้บัตร สปร. กลุ่มตัวอย่างที่

คิดว่าตนได้รับคำตอบมากกว่ากลุ่มอื่นในสัดส่วนที่สูงที่สุดคือผู้มีบัตรประกันสังคม ขณะที่ต่ำสุดคือผู้มีบัตรประกันสุขภาพ (ตารางที่ 22)

- ความคิดเห็นต่อความเท่าเทียมกันในด้านปริมาณและคุณภาพยาหรือเวชภัณฑ์ที่ได้รับ พบว่า กลุ่มที่คิดว่าตนเองได้รับบริการดีไม่เท่ากลุ่มอื่นในสัดส่วนที่สูงที่สุดคือ กลุ่มประกันสุขภาพเอกชน และต่ำสุดคือผู้ใช้บัตร สปร. ส่วนกลุ่มที่คิดว่าตนได้รับบริการดีมากกว่ากลุ่มอื่นในสัดส่วนที่สูงที่สุดคือผู้มีบัตรประกันสังคม และต่ำที่สุดคือกลุ่มผู้ใช้บัตร สปร. (ตารางที่ 23)

- ความคิดเห็นต่อความเท่าเทียมกันด้านการตรวจวินิจฉัยทั่วไปและตรวจด้วยเครื่องมือตรวจพิเศษ พบว่า กลุ่มที่คิดว่าตนเองได้รับด้อยกว่ากลุ่มอื่น สูงที่สุดคือกลุ่มผู้ใช้บัตร สปร. และที่ต่ำที่สุดคือกลุ่มประกันสุขภาพเอกชน ส่วนกลุ่มที่คิดว่าตนเองได้รับดีกว่ากลุ่มอื่นสูงสุดคือกลุ่มผู้ใช้บัตรประกันสังคม และต่ำที่สุดคือผู้ใช้บัตร สปร. (ตารางที่ 24)

ในภาพรวมตัวเลขแสดงว่าผู้ใช้บัตร สปร. ผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพ และผู้ใช้บัตรสุขภาพมีความคิดเห็นว่าตนได้รับบริการไม่เท่าเทียมกับกลุ่มอื่นในทางที่ด้อยกว่า มีข้อสังเกตว่า ตัวเลขเปรียบเทียบความคิดเห็นว่ากลุ่มใดคิดว่าตนเองได้รับบริการที่ดีกว่าหรือด้อยกว่ากลุ่มอื่น กลุ่มผู้รับบริการประกันสุขภาพเอกชนคิดว่าตนเองได้รับบริการด้อยกว่ากลุ่มอื่น ในด้านการต้อนรับและเอาใจใส่จากแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่น ในด้านการได้รับคำตอบที่ชัดเจนจากแพทย์เกี่ยวกับอาการของโรค และยาที่ได้รับ ในด้านปริมาณและคุณภาพของยาและเวชภัณฑ์ที่แพทย์จัดให้ มีเพียงด้านเดียวคือการตรวจวินิจฉัยและการตรวจด้วยเครื่องมือตรวจพิเศษเท่านั้นที่กลุ่มประกันสุขภาพเอกชนตอบว่าได้รับไม่ด้อยกว่ากลุ่มอื่น ๆ ในสัดส่วนที่สูงที่สุดของทุกกลุ่ม ขณะเดียวกันกลุ่มประกันสุขภาพเอกชนเป็นกลุ่มที่ให้ความเห็นว่าตนได้รับบริการเท่าเทียมกับกลุ่มอื่น ๆ ในสัดส่วนที่ต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มอื่น ๆ ในทุกด้าน สำหรับกลุ่มอื่นทั้งหมดมีความคิดเห็นว่ากลุ่มตนได้รับบริการที่เท่าเทียมกับกลุ่มอื่นในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน

ข้อมูลในส่วนที่เกี่ยวกับกลุ่มประกันสุขภาพเอกชนน่าจะคลาดเคลื่อนกับข้อเท็จจริงที่เข้าใจกันโดยทั่วไป เนื่องจากผู้ซื้อประกันของบริษัทเอกชนโดยเฉลี่ยแล้วจะเป็นผู้มีฐานะเศรษฐกิจดีหรือปานกลาง สามารถรับบริการได้ทั้งในสถานพยาบาลของเอกชนและของรัฐ แม้แต่ในการเสวนากลุ่มย่อยและกรณีศึกษาในการศึกษาคั้งนี้ก็ได้พบว่า ผู้รับบริการในกลุ่มนี้ได้รับความสะดวกสบายและสิทธิพิเศษต่าง ๆ มากกว่ากลุ่มอื่น อย่างไรก็ตามสิ่งที่พออธิบายได้ในกรณีนี้คือ อาจจะเนื่องมาจากกลุ่มผู้ใช้บริการประกันสุขภาพเอกชนในจังหวัดศรีสะเกษ ส่วนใหญ่เป็นผู้มีรายได้น้อย โดยที่ผู้หาประกันไม่ได้เจาะเฉพาะกลุ่มผู้มีรายได้สูงหรือปานกลาง ผู้รับบริการประกันสุขภาพเอกชนที่มีรายได้น้อย เมื่อใช้บริการตามสิทธิจึงอาจไม่ได้รับความสะดวกสบายในระดับเดียวกันหรือสูงกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้รับบริการโดยทั่วไปก็อาจเป็นไปได้

บทที่ 5

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ

การศึกษาเชิงคุณภาพประกอบด้วยการจัดกลุ่มเสวนา การจัดทำกรณีศึกษา และการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้บริหารระดับสูง สรุปผลการศึกษาได้ดังนี้

1. ข้อมูลจากกลุ่มเสวนา

1.1) กลุ่มข้าราชการ

สมาชิกกลุ่มทุกคนมีความเข้าใจในสิทธิและขั้นตอนในการใช้บริการรักษาพยาบาล กล่าวคือ ทราบว่าข้าราชการและลูกจ้างประจำทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสุขภาพจากสถานพยาบาล โดยเมื่อใช้บริการของรัฐถ้าเป็นคนไข้นอกต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลไปก่อน แล้วนำไปเสร็จไปเบิกกับหน่วยงานต้นสังกัด ส่วนในกรณีคนไข้ใน ผู้ป่วยเพียงแค่แสดงบัตรข้าราชการและขอหนังสือส่งตัวจากหน่วยงานต้นสังกัดซึ่งจะไม่มีปัญหาแต่อย่างใด ข้าราชการระดับสูง ถ้าเป็นคนไข้นอกมักเลือกสถานพยาบาลเอกชนโดยยอมเสียค่าใช้จ่ายเอง ข้าราชการบางคนมักเลือกสถานพยาบาลเอกชน เนื่องจากต้องการความสะดวกไม่ต้องเสียเวลาคอยนาน ข้าราชการที่เคยใช้บริการคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการของโรงพยาบาลรัฐเนื่องจากแพทย์เป็นผู้นัดพบว่าได้รับบริการที่ดีกว่าและไม่ต้องคอยนาน ข้าราชการที่มีโอกาสรู้จักขอบพอกับแพทย์ เนื่องจากเป็นข้าราชการเหมือนกันมักพอใจการรักษาของสถานพยาบาลของรัฐและได้รับทราบข้อมูลจากแพทย์มากกว่าผู้ป่วยอื่น ทำให้ความวิตกกังวลมีน้อยกว่า

ปัญหาที่ประสบเมื่อไปรับบริการ มีดังนี้

1. ต้องคอยนาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อไปรับบริการจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ของรัฐ
2. แพทย์เฉพาะทางที่มีความสำคัญต่อชีวิตประชาชนมีน้อยไม่เพียงพอ ขณะที่แพทย์ผิวหนังรักษาสิวกลับมีเพียงพอ ผู้ป่วยมักจะพบแต่พยาบาลเป็นส่วนใหญ่ ผู้ป่วยฉุกเฉินหากไปโรงพยาบาลของรัฐจะถูกปล่อยให้นอนรออยู่ในห้องฉุกเฉินที่มีแต่แพทย์ฝึกหัดอยู่ประจำ
3. แพทย์โรงพยาบาลของรัฐมักมีเวลาตรวจจำกัด มีเวลาให้ผู้ป่วยน้อย คนไข้ในของโรงพยาบาลรัฐจะมีแพทย์มาดูแลน้อย และไม่คอยซักถามหรือแนะนำอะไร โรงพยาบาลขนาดเล็กหรือโรงพยาบาลชุมชนในต่างจังหวัด แพทย์ไม่ใคร่สนใจผู้ป่วยและตรวจไม่ละเอียด

- 4.การจัดทำบัญชียาหลักของโรงพยาบาลของรัฐมักไม่ทันกับกระบวนการผลิตยาชนิดใหม่ ๆ ทำให้ข้าราชการที่มีสิทธิได้ยาตามบัญชีหลักเท่านั้นไม่มีโอกาสได้ยาใหม่ ๆ ที่มีประสิทธิภาพดี หากข้าราชการต้องการยานอกบัญชีหลักจะต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง
5. โรงพยาบาลมีแนวโน้มจ่ายยาเกินความจำเป็น เช่น จ่ายยาเป็นจำนวนมาก เมื่อยาเหลือก็ต้องทิ้งไปโดยเปล่าประโยชน์

ความเห็นเกี่ยวกับระบบสวัสดิการข้าราชการ สรุปได้ดังนี้

1. ระบบสวัสดิการรักษายาของข้าราชการเป็นระบบที่ดี แต่ในทางปฏิบัติอาจมีข้อบกพร่อง เพราะบุคคลที่เกี่ยวข้องบางส่วนขาดความกระตือรือร้นในการทำงาน
2. การใช้สิทธิข้าราชการในการรับการรักษาพยาบาลสะดวกกว่าและได้รับสิทธิมากกว่าระบบอื่น สมาชิกกลุ่มมีความเห็นว่าระบบประกันสุขภาพแต่ละระบบควรมีความเท่าเทียมกัน เช่น บัตรทุกบัตรควรได้ใช้กับทุกโรงพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชน
3. ควรป้องกันการใช้สิทธิแทนกัน โดยมีการตรวจสอบสิทธิของผู้ใช้บริการ
4. ควรให้ข้าราชการเบิกค่ารักษายาพยาบาลทั้งในฐานะคนไข้และคนไข้นอกเมื่อไปรับบริการรักษาทั้งจากโรงพยาบาลรัฐและเอกชน
5. โรงพยาบาลควรมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญประจำตลอด 24 ชั่วโมง การจัดคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ จะช่วยให้แพทย์มีรายได้เพิ่มโดยไม่ต้องเปิดคลินิกส่วนตัว

1.2) กลุ่มผู้ใช้บัตรประกันสังคม

ผู้อยู่ในข่ายประกันสังคมส่วนใหญ่รู้สิทธิและขั้นตอนการใช้บัตรประกันสังคมดีพอสมควร เช่น เข้าใจถูกต้องว่าต้องแสดงบัตรก่อนเข้ารับบริการ ไม่เช่นนั้นถ้าไปรับบริการในสถานพยาบาลขนาดใหญ่อาจมีปัญหาดังจ่ายเงินเองไปก่อน ผู้ประกันตนรู้ว่าตนมีสิทธิเลือกสถานพยาบาลเอง ส่วนใหญ่มักเลือกสถานบริการใกล้ที่ทำงานเป็นลำดับแรก และใกล้บ้านเป็นลำดับที่สอง และไม่คิดจะเปลี่ยนเพราะการเดินทางสะดวก แต่ก็มีบางส่วนที่เลือกสถานบริการใหม่เมื่อขึ้นต้นปีใหม่ ผู้ประกันตนที่มีสิทธิบัตรมากกว่า 1 บัตร เช่น มีประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชนจะเลือกใช้บัตรประกันสุขภาพเอกชนเป็นการรักษายาแบบผู้ป่วยนอก โดยจ่ายเงินค่ารักษาไปก่อนแล้วไปเบิกกับบริษัทประกัน ผู้ประกันตนที่เจ็บป่วยเนื่องจากอุบัติเหตุรถยนต์ จะใช้สิทธิประกันตนตาม พ.ร.บ.ประกันการประสบอันตรายจากรถก่อน ส่วนที่ต้องจ่ายเกินจึงเบิกตามสิทธิของบัตรประกันสังคม

สถานพยาบาลขนาดใหญ่ที่เป็นคู่สัญญากับสำนักงานประกันสังคมส่วนมากจะให้ความสำคัญกับผู้ใช้บริการบัตรประกันสังคม โดยจัดคลินิกพิเศษให้โดยเฉพาะ ผู้ประกันตนไม่ต้องเข้าแถวปะปนกับผู้ป่วยอื่น และจะมีเจ้าหน้าที่คอยสอบถามผู้ใช้บริการว่ามีบัตรประเภทใด ทำให้ไม่มีปัญหาการแจ้งสิทธิตามบัตรภายหลังการรักษา ผู้ประกันตนที่เคยไปรับบริการส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่าได้รับการดูแลจากแพทย์และพยาบาลเป็นที่น่าพอใจ โรงพยาบาลเอกชนบางแห่งให้บัตรส่วนลดค่ารักษาพยาบาลแก่ครอบครัวของผู้ประกันตนเพื่อเป็นแรงจูงใจในการเลือกโรงพยาบาล

ปัญหาที่ประสบเมื่อไปรับบริการ สรุปได้ดังนี้

1. ผู้ประกันตนส่วนใหญ่ประสบปัญหาการรอตรวจนานเนื่องจากแพทย์ที่ตรวจมาช้า แต่ใช้เวลาในการตรวจสั้นมาก ไม่ถามอาการ ทั้ง ๆ ที่ผู้ป่วยอยากจะบอกมาก
2. ผู้ประกันตนรู้สึกที่แพทย์ให้ยาราคาถูก ไม่น่าจะรักษาอาการป่วยของตนได้
3. ถ้าไปโรงพยาบาลขนาดเล็กจะไม่มีแพทย์เฉพาะทาง ซึ่งทำให้ไม่แน่ใจว่าจะรักษาโรคที่ไม่ใช่โรคทั่วไปได้
4. ในกรณีที่ไปสถานพยาบาลเนื่องจากประสบอุบัติเหตุหรือฉุกเฉินและไม่ได้นำบัตรประกันสังคมไปด้วย ทางโรงพยาบาลมักจะต้องรอให้ญาตินำบัตรมาก่อนจึงจะทำการรักษาให้ โดยเฉพาะกรณีที่ป่วยมากหรือบาดเจ็บสาหัส มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตระหว่างที่คอยแพทย์
5. สถานพยาบาลของเอกชนส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีแพทย์ประจำ เพราะส่วนใหญ่อาศัยแพทย์จากโรงพยาบาลของรัฐมาประจำเป็นบางเวลา ในกรณีฉุกเฉินต้องติดต่อแพทย์จากที่อื่นมารักษา

ความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบประกันสังคม มีดังนี้

1. ผู้ประกันตนส่วนใหญ่คิดว่าตนได้รับการตรวจรักษาเท่าเทียมกับผู้ป่วยคนอื่น ๆ แต่คิดว่าตนอาจได้รับยาที่มีคุณภาพต่ำกว่าผู้ป่วยอื่น ๆ มีผู้ประกันตนบางรายเลือกไปคลินิกและเสียค่าใช้จ่ายเองจึงจะสบายใจว่ามีโอกาสหายจากการเจ็บป่วย
2. ข้อดีของระบบประกันสังคม คือ สามารถเลือกสถานพยาบาลได้ และถ้าเลือกสถานพยาบาลที่มีสาขาเครือข่ายหลายแห่ง ก็สามารถใช้บริการได้ทุกแห่งโดยไม่ต้องเสียเงิน
3. ผู้ประกันตนต้องการให้มีการรับประกันว่าตนจะได้รับการรักษาจากแพทย์ที่มีความสามารถ และได้รับยาที่ดีเหมือนผู้ป่วยอื่น ๆ
4. ผู้ประกันตนต้องการให้แพทย์รักษาตนจนหายมากกว่าจะต้องย้ายไปสถานพยาบาลอื่น

1.3) กลุ่มผู้รับบริการที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจ

ส่วนใหญ่ของสมาชิกในกลุ่มจะเป็นผู้ที่ซื้อบัตรสุขภาพติดต่อกันหลายปี ทุกคนมีที่ดินทำกินเป็นของตนเอง ซื้อบัตรสุขภาพโดยการแนะนำของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยและซื้อต่อเนื่องทุกปีเนื่องจากได้รับประสบการณ์ที่ดีในการรับบริการ มีผู้ที่ซื้อบัตรสุขภาพเป็นปีแรก 3 คน การซื้อก็ง่ายเพียงเอาสำเนาทะเบียนบ้านไปแสดง ผู้รับบริการกลุ่มนี้บางคนไม่ทราบเรื่องบัตร สปร. บางคนทราบ แต่เห็นว่าการขอยุ่งยากและเสียเวลาจึงเลือกซื้อบัตรสุขภาพแทน สมาชิกกลุ่มทุกคนทราบว่าจะต้องต่ออายุบัตรก่อนวันหมดอายุ ทราบขั้นตอนการไปรับบริการโดยการอ่านจากด้านหลังของบัตร และทราบว่าทุกครั้งที่ไปรับบริการจะต้องนำบัตรประชาชนไปด้วย

ปัญหาที่ประสบเมื่อไปรับบริการ

จากการเสวนากลุ่มผู้ที่มีบัตรสุขภาพพบว่าปัญหาจากการใช้บัตรมีน้อยมาก และส่วนใหญ่จะพอใจและมีทัศนคติที่ดีต่อการให้บริการ เช่น การต้องรอพบแพทย์ก็จะให้เหตุผลว่า “โรงพยาบาลใหญ่ ผู้ป่วยมาก ทุกคนก็ต้องรอเหมือน ๆ กัน” ผู้รับบริการให้ความเห็นว่าถ้าไปรับบริการตามขั้นตอนจะไม่เสียเงิน สมาชิกผู้หนึ่งเล่าว่าเคยไปรับบริการโดยไม่ได้ยื่นบัตรที่ห้องบัตรเนื่องจากเป็นผู้ป่วยส่งต่อ โรงพยาบาลเรียกเก็บเงิน แต่ภายหลังเมื่อเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลก็เข้าใจและได้รับเงินคืน สมาชิกอีกผู้หนึ่งเป็นนิ่วในไต ลูกพาไปรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนเป็นคนไข้ใน 4 คืน ได้แต่กินยาและนอนพัก ยังไม่ได้ผ่าตัด เสียค่ารักษาพยาบาล 37,000 บาท ลูก ๆ ต้องรวบรวมเงินซึ่งได้จากการไปรับจ้างในกรุงเทพฯ มาจ่ายค่ารักษาพยาบาล ต่อมาได้มาผ่าตัดที่โรงพยาบาลของรัฐ นอนพัก 2 คืน ไม่ได้เสียค่ารักษาเลย

อย่างไรก็ตาม สมาชิกกลุ่มส่วนใหญ่ชอบวิธีรักษาโดยการฉีดยาเพราะหายเร็ว แต่ที่โรงพยาบาลหมอไม่ค่อยฉีดยาให้เลยทำให้หายยากหรือไม่หาย บางรายจึงไปรักษาตามคลินิกซึ่งต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง

ความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบบัตรสุขภาพโดยสมัครใจ

ผู้ร่วมสนทนาเห็นว่าการมีบัตรประกันสุขภาพจะได้รับบริการที่ดีกว่าและสบายใจกว่าผู้ซื้อบัตร สปร. แต่ถ้าเปรียบเทียบกับข้าราชการหรือผู้ป่วยที่จ่ายเงินเองทั้งหมด เห็นว่าบุคคลใน 2 กลุ่มหลังจะได้รับบริการดีกว่า ซึ่งเห็นว่าเป็นเรื่องธรรมดา เพราะข้าราชการเป็นกลุ่มที่เสียภาษีเต็มทีและผู้ป่วยที่จ่ายเงินเองก็มีส่วนช่วยค่าใช้จ่ายของรัฐ ข้าราชการที่ไปรับการรักษาบางรายรู้จักเจ้าหน้าที่เพราะเป็นข้าราชการด้วยกัน มีการแซงคิวกันบ้าง ซึ่งเห็นว่าเป็นเรื่องธรรมดา

นอกจากนี้สมาชิกบางรายเสนอว่าครอบครัวที่มีสมาชิกใช้บัตรน้อยกว่า 5 คน เช่น มีเพียง 2 คนจะเสียเปรียบ น่าจะคิดค่าบัตรตามจำนวนผู้ใช้สิทธิ เช่น ถ้ามีเพียง 2 คนก็จ่าย 200

บาท ขณะเดียวกันก็มีสมาชิกบางรายไม่เห็นด้วยโดยแสดงความคิดเห็นว่า ถ้าเจ็บป่วยไปรักษาคลินิกเพียงครั้งเดียวคนเดียวก็เสีย 300-400 บาทแล้ว

1.4) กลุ่มผู้รับบริการที่ใช้บัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.)

กลุ่มผู้ใช้บริการบัตร สปร.ที่ร่วมเสวนาจำนวน 8 คน มีที่นาเป็นของตนเอง ในหมู่บ้าน ซึ่งมี 85 หลังคาเรือนมีบัตร สปร.ทุกครัวเรือน และทุกครัวเรือนได้บัตร สปร. โดย อบต.เรียกเก็บเงินครอบครัวละ 100 บาท ส่งให้เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยและไปรับบัตรที่สถานีอนามัยโดยไม่มีการสำรวจรายได้ ทั้งนี้เนื่องจากการพิจารณาให้บัตรรอบแรกในหมู่บ้าน มีครอบครัวที่ได้รับบัตรโดยใช้เกณฑ์ความยากจน 20 ครอบครัวโดยไม่เสียเงิน ภายหลังมีการร้องเรียนว่าบางครอบครัวไม่ยากจนจริง ต่อมา อบต.จึงมีมติว่าทุกครัวเรือนจะต้องจ่ายเงิน 100 บาท และค่าเคลือบบัตรอีก 10 บาท จึงจะได้รับบัตร โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้นำบัตรมาให้

มีข้อสงสัยเกิด คือ ในบรรดาสมาชิกกลุ่มไม่มีใครทราบเกณฑ์การประเมินรายได้เพื่อรับบัตร สปร. เมื่อทีมงานวิจัยได้อธิบายให้ทราบ ผู้ร่วมเสวนาส่วนใหญ่เห็นว่า ถ้าใช้เกณฑ์ดังกล่าว กลุ่มของตนก็สมควรจะได้รับบัตรสงเคราะห์อยู่แล้ว อย่างไรก็ตาม ผู้ร่วมเสวนาเคยซื้อบัตรสุขภาพเมื่อ 2 ปีที่แล้ว แต่เนื่องจากบัตรสุขภาพหมดอายุและเป็นช่วงที่มีการออกบัตร สปร. ทุกคนจึงตัดสินใจเลือกบัตร สปร.เพราะเสียเงินเพียง 100 บาท ผู้รับบริการส่วนใหญ่ทราบขั้นตอนในการใช้บัตรและทราบว่าถ้าปฏิบัติตามขั้นตอนจะไม่เสียเงิน ผู้ร่วมเสวนา 1 ใน 3 ไม่เคยใช้บัตรเนื่องจากยังไม่เคยเจ็บป่วยถึงขั้นต้องไปโรงพยาบาล

ปัญหาที่ประสบเมื่อไปรับบริการโดยใช้บัตร สปร.

1. การกำหนดสถานพยาบาลในบัตรยังไม่เหมาะสม เนื่องจากมีปัญหาด้านคมนาคม สถานพยาบาลลำดับ 1 เห็นด้วยว่าควรเป็นสถานีอนามัย แต่อันดับ 2 น่าจะเป็นโรงพยาบาลจังหวัดมากกว่าโรงพยาบาลอำเภอ
2. การรับบริการที่โรงพยาบาลในวันเสาร์-อาทิตย์และวันหยุดราชการ ต้องผ่านสถานีอนามัยก่อน ถ้าเจ็บป่วยรุนแรงก็ค่อนข้างเป็นปัญหา

ความเห็นเกี่ยวกับระบบบัตร สปร.

1. ผู้ร่วมเสวนาส่วนใหญ่กล่าวว่าไม่รู้สิทธิอายุเมื่อยื่นบัตร สปร.เข้ารับการรักษา เนื่องจากยอมรับสภาพตนเอง รวมทั้งไม่มีความกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายเพราะ “มีแค่ค่ารถก็ยังไม่เลย” บางคนใส่ทองหยองไปรับบริการก็ไม่มีใครว่าอะไร เจ้าหน้าที่ให้การต้อนรับดี ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ไปรับบริการ เจ้าหน้าที่ก็ให้ความเป็นกันเองเพราะไปรับบริการบ่อยครั้งจนคุ้นเคยกัน

2. เปรียบเทียบบริการที่ได้รับกับผู้มีบัตรอื่น เช่น บัตรสุขภาพโดยสมัครใจ หรือบัตรข้าราชการ เห็นว่าเจ้าหน้าที่ปฏิบัติเหมือนกันทุกบัตร “การใช้บัตรไม่เหมือนกัน แต่การได้รับบริการเหมือนกัน”
3. การพิจารณาให้บัตร สป.ร.ควรให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมในการพิจารณาคัดเลือก เพื่อให้ผู้ยากจนจริงได้รับประโยชน์
4. กรณีที่เจ็บป่วยหนัก ควรมีการยืดหยุ่นเกี่ยวกับใบส่งตัวตามขั้นตอน

1.5) กลุ่มผู้มีประกันสุขภาพเอกชน

ผู้มีประกันสุขภาพเอกชนส่วนใหญ่จะเลือกไปรับบริการจากโรงพยาบาลเอกชน ยกเว้นเมื่อต้องการรักษาโรคเฉพาะทางอาจใช้บริการของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ของรัฐที่มั่นใจว่ามีแพทย์ที่มีชื่อเสียงและอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ที่ทันสมัย

สถานพยาบาลเอกชนจะให้การต้อนรับผู้ใช้บัตรประกันสุขภาพเอกชนเป็นอย่างดี บางแห่งจะมีโต๊ะไว้บริการพิเศษ คุณภาพของการให้บริการ ยา เวชภัณฑ์ และเครื่องมือที่ใช้อยู่ในเกณฑ์ดี และไม่ต้องเสียเวลาคอยนาน ส่วนการให้คำอธิบายเกี่ยวกับอาการป่วยจะได้รับจากแพทย์เมื่อสอบถาม แต่ก็จะได้รับคำอธิบายจากแพทย์ในสถานพยาบาลเอกชนมากกว่าสถานพยาบาลของรัฐ

ปัญหาที่ประสบในการรับบริการ

ปัญหาที่ประสบในการรับบริการของผู้ใช้สิทธิประกันสุขภาพบริษัทเอกชนมีลักษณะที่แตกต่างจากผู้รับบริการกลุ่มอื่น ๆ ที่ได้กล่าวถึงก่อนหน้านี้ ดังนี้

1. บางสถานพยาบาลทราบสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาลจึงมักเลี้ยงใช้และเรียกค่าใช้จ่ายเต็มพิกัด
2. ในกรณีที่เป็นคนไข้ใน การให้บริการในห้องพักรักษาผู้ป่วยดีเกินไปจนบางครั้งเกิดความรำคาญ เพราะมีเจ้าหน้าที่เข้าออกห้องบ่อยมากจนไม่มีเวลาพักผ่อน
3. เงื่อนไขเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ที่ระบุในกรมธรรม์หรืออนุสัญญาไม่ชัดเจน การรักษายาพยาบาลที่นอกเหนือจากข้อตกลงแต่จำเป็นต้องรักษา ผู้ใช้สิทธิต้องจ่ายเงินเพิ่มเอง
4. สถานพยาบาลบางแห่ง แพทย์ออกใบสำคัญเพื่อนำไปประกอบการเบิกเงินจากบริษัทล่าช้า
5. ตัวแทนขายประกันบางรายไม่มีใครรับผิดชอบ ไม่เอาใจใส่ดูแล ทำให้การเบิกเงินคืนจากบริษัทล่าช้า

ความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพเอกชน

1. ผู้รับบริการในระบบประกันสุขภาพเอกชนเห็นว่าการใช้สิทธิประกันสุขภาพเอกชนไม่แตกต่างกับการใช้สิทธิในระบบอื่น เพียงแต่ว่าโรงพยาบาลเอกชนจะให้บริการที่ดีกว่าโรงพยาบาลของรัฐแก่ผู้ไปใช้บริการ
2. ผู้รับบริการเห็นว่าบริษัทประกันควรจะต้องติดต่อเรื่องค่ารักษาพยาบาลกับสถานพยาบาลที่ผู้เอาประกันไปรับบริการโดยตรง โดยไม่ต้องผ่านนายหน้าหาประกัน เพื่อให้ขั้นตอนการเบิกเงินของผู้เอาประกันสะดวกรวดเร็วขึ้น

1.6) กลุ่มผู้รับบริการที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ

ผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพที่รวมกลุ่มเสวนาทุกคนมีที่ทำกินเป็นของตนเอง ส่วนใหญ่เคยทราบเรื่องการออกบัตร สปร. โดยในหมู่บ้านเคยมีการสำรวจรายชื่อผู้ที่สมควรได้รับบัตร สปร. ปรากฏว่ามีครอบครัวเดียวที่ได้รับบัตร ทั้ง ๆ ที่ดูแลก็ไม่ได้ยากจนกว่าครอบครัวอื่น ๆ แต่ที่ได้บัตรเพราะครอบครัวนี้ติดตามเรื่องอยู่ตลอดเวลา ส่วนครอบครัวอื่น ๆ ไม่ได้ติดตาม ประกอบกับกรรมการหมู่บ้านไม่มีส่วนร่วมในการพิจารณา เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเพียงคนเดียวเป็นผู้พิจารณา และผู้ที่ไม่ได้บัตรไม่ได้เรียกร้องสิทธิ เมื่อถามเกี่ยวกับความต้องการมีบัตร สปร. ผู้ร่วมเสวนาส่วนใหญ่ต้องการมีบัตร และเห็นว่าคณะกรรมการหมู่บ้านและชาวบ้านควรมีส่วนร่วมในการคัดเลือกครอบครัวที่สมควรได้รับบัตร สปร.

ผู้ร่วมเสวนาหลายรายมีรายได้พอจะซื้อบัตรสุขภาพโดยสมัครใจ แต่ที่ไม่ซื้อเพราะ “ไม่มีเงินซื้อ” ขณะที่เงินซื้อห่วยได้งวดละ 50 บาท บางรายให้เหตุผลว่าไม่ซื้อเพราะไม่เคยเจ็บป่วยถึงขั้นต้องเข้าโรงพยาบาล บางรายตอบว่าคิดจะซื้ออยู่เหมือนกันแต่ยังไม่ได้ซื้อ ที่น่าสนใจคือคำตอบที่ว่า การมีบัตร (ไม่ว่าประเภทใด ๆ) จะได้รับบริการไม่ดีเท่าคนไม่มีบัตร เพราะคนไม่มีบัตรจะต้องเสียเงิน การเสียเงินทำให้ได้รับบริการที่ดีกว่า

ผู้ที่อยู่นอกระบบสุขภาพ ซึ่งมีจำนวนประมาณร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมด เมื่อเข้ารับบริการรักษาพยาบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง จึงประกอบด้วยคน 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีสามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเองได้ทั้งหมด อีกกลุ่มหนึ่งคือกลุ่มที่มีรายได้ได้น้อยแต่ไม่สนใจหรือไม่รู้สิทธิของตนหรือไม่มีความรู้ช่องทางการเข้ารับบริการในระบบ เช่น ไม่มีทะเบียนบ้านหรือเป็นแรงงานอพยพที่ย้ายถิ่นเพื่อหางานทำไปเรื่อย ๆ สำหรับกลุ่มหลัง เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการจะแนะนำให้พบนักสังคมสงเคราะห์เพื่อขอลดหย่อนหรือยกเว้นค่ารักษาพยาบาล นักสังคมสงเคราะห์จะพิจารณาอาชีพ รายได้ และอายุของผู้รับบริการ หากเข้าเกณฑ์ที่จะใช้บัตรใดได้ก็จะแนะนำให้ไป

ติดต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขอใช้บัตร ซึ่งน่าจะมีผลให้สัดส่วนของผู้อยู่นอกระบบประกันสุขภาพลดน้อยลงในอนาคต

จากการเสวนาพบว่า ความทุกข์จากการไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ เลย ได้แก่ การรักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายมาก ๆ ตัวอย่างเช่น ภรรยาของผู้ร่วมเสวนาคนหนึ่งเข้ารับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลเอกชน 5 วัน เสียค่ารักษา 3 หมื่นกว่าบาท ต้องกู้ยืมเงินจากนายทุนซึ่งคิดดอกเบี้ยร้อยละ 3-5 บาทต่อเดือน เมื่อถึงเวลาต้องใช้คืนคิดว่าจะต้องขายควาย 2 ตัว ผู้ร่วมเสวนารายนี้ให้เหตุผลที่ไม่พากรรยาไปรับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลของรัฐว่า เพราะฝังใจว่าโรงพยาบาลรัฐให้บริการไม่ดี ทั้งการดูแลและการให้ยา เก่งว่าจะไม่หาย

ผู้เข้าร่วมเสวนาซึ่งอยู่ในชุมชนชนบทให้ข้อมูลว่า ถ้าเจ็บป่วยเล็กน้อยจะไปรับบริการที่สถานีอนามัย เสียค่ารักษาพยาบาลประมาณครั้งละ 10 บาท ถ้าเจ็บป่วยมากถึงต้องไปโรงพยาบาลก็จะขายข้าวในยุ้งเตรียมเป็นค่ารักษา กรณีที่หาเงินไม่ได้จริง ๆ ก็ “ยกมือไหว้ท่วมหัว” ขอความอนุเคราะห์จากเจ้าหน้าที่ให้ลดหย่อนหรือยกเว้นค่ารักษา แต่กับโรงพยาบาลเอกชนก็คงขอไม่ได้ ต้องเตรียมกู้ยืมเงินจากผู้อื่น รวมทั้งขายข้าว ขายควาย เป็นค่ารักษาพยาบาล

1.7) กลุ่มผู้ให้บริการจังหวัดศรีสะเกษ สรุปผลการเสนอได้ดังนี้

การเข้าถึงบริการสุขภาพ

กลุ่มผู้ให้บริการเห็นว่าประชาชนมีหลักประกันสุขภาพดีพอสมควร เช่น บัตร สปร. ซึ่งช่วยเหลือคนยากจนก็ทำไปได้ประมาณร้อยละ 80 สาเหตุที่ยังครอบคลุมไม่ได้ทั้งหมดเนื่องจากระยะเวลาสำรวจค่อนข้างน้อยเพราะมีปัญหาด้านงบประมาณ จึงมีการตกหล่นและการซ้ำซ้อนของข้อมูล นอกจากนี้เมื่อเจ้าหน้าที่มาสำรวจและดำเนินการออกบัตร ประชาชนบางส่วนไม่เห็นความสำคัญ ไม่มายื่นความจำนงขอมีบัตร การออกบัตร สปร. มีความยุ่งยากมากในการประเมินรายได้ของประชาชนเพื่อหาเกณฑ์รายได้ 2,800 บาทต่อเดือน ซึ่งครอบครัวที่มีรายได้ต่ำกว่าเกณฑ์นี้เท่านั้นจึงจะมีสิทธิรับบัตร เพราะประชาชนจะไม่เข้าใจว่าทำไมครอบครัวนั้นได้ ครอบครัวตนเองไม่ได้ ทั้ง ๆ ที่ที่มาของรายได้ก็เหมือน ๆ กัน และพอ ๆ กัน ในพื้นที่นอกเขตเทศบาลเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยต้องเป็นผู้ชี้แจง ส่วนในเขตเทศบาลก็มีปัญหาว่าครอบครัวอาจมีรายได้มากกว่า 2,800 บาทต่อเดือนจริง แต่มีภาระค่าใช้จ่ายมากกว่าคนที่อยู่ตามชนบท เช่น ต้องเช่าบ้านอยู่ ต้องเสียค่าน้ำ ค่าไฟ ทำให้ไม่มีเงินเหลือเก็บเพื่อการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย เป็นต้น

โดยทั่วไปการออกบัตร สปร. กลุ่มผู้นำในท้องถิ่นจะมีบทบาทมาก กลุ่มนี้จะพยายามออกบัตรให้ลูกบ้านทุกราย เพื่อเป็นฐานเสียงในการเลือกตั้ง อบต. ผู้ใหญ่บ้าน หรือกำนันครั้งต่อไป

นอกจากนี้ยังมีระบบเครือข่ายของผู้นำมาเกี่ยวข้องด้วย ผู้ขอบัตรเพียงกรอกรายได้ไม่เกิน 2,800 บาทต่อเดือนต่อครอบครัวก็ได้บัตรแล้ว

ในด้านบัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจ ผู้ให้บริการเห็นว่าขั้นตอนการออกบัตรมีความเหมาะสม แต่มีปัญหาเกี่ยวกับกฎระเบียบที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ทำให้ประชาชนสับสนและมีปัญหาในการตัดสินใจซื้อบัตร เช่น จำนวนสมาชิกบัตรที่เปลี่ยนจากเดิมคือ บุคคลที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน 5 คน เปลี่ยนเป็นครอบครัวเดียวกันรวมกันไม่เกิน 5 คน และการเริ่มใช้สิทธิหลังซื้อบัตรเปลี่ยนจากเดิม 15 วัน เป็น 30 วัน เป็นต้น

ส่วนบัตรประกันสังคม คนงานที่นายจ้างแจ้งขึ้นทะเบียนกับสำนักงานประกันสังคม จะไม่มีปัญหาในการมีหลักประกันสุขภาพ แต่อาจมีโรงงานบางแห่งแจ้งไม่ครบ ทำให้คนงานบางคนไม่มีหลักประกันสุขภาพ นอกจากนี้ยังพบว่ากองทุนเงินทดแทนจะใช้ได้เฉพาะลูกจ้างที่ไม่ได้ทำงานในหน่วยงานของราชการเท่านั้น

ผู้ร่วมเสวนาให้ความเห็นว่า สิทธิของข้าราชการซ้ำซ้อนกับหลักประกันอื่น เช่น ผู้สูงอายุกับบิดามารดาข้าราชการและข้าราชการบำนาญ เด็กอายุ 0-12 ปี กับบุตรข้าราชการ เป็นต้น ส่วนการประกันสุขภาพเอกชนนั้น มีข้อจำกัดตามเงื่อนไขกรมธรรม์หรืออนุสัญญา การประกันกลุ่มตามสถานศึกษาที่ซื้อบัตรประกันสุขภาพเอกชน เมื่อเจ็บป่วยที่ไม่อยู่ในเงื่อนไขการคุ้มครอง สถานศึกษาก็จะขอความร่วมมือมาที่โรงพยาบาล

ในกรณีของผู้รับบริการที่สามารถใช้สิทธิมากกว่าหนึ่งบัตร เช่น มีบัตรประกันสุขภาพกับ สปร. บัตรประกันสังคมกับบัตรประกันสุขภาพ สิทธิข้าราชการกับบัตรประกันสุขภาพและ/หรือประกันสุขภาพเอกชน พบว่าประชาชนจะเลือกใช้สิทธิในบัตรที่ตนเองสะดวกและได้ประโยชน์สูงสุด เช่น ข้าราชการถ้าเป็นผู้ป่วยนอกจะใช้สิทธิบัตรสุขภาพโดยสมัครใจ ถ้าเป็นผู้ป่วยในจะใช้สิทธิของข้าราชการ หรือผู้มีบัตรประกันสังคมเมื่อคลอดบุตรจะใช้สิทธิบัตรสุขภาพโดยสมัครใจ เป็นต้น

สภาพปัญหาที่ผู้ให้บริการประสบ สรุปได้ดังนี้

1. บัตรที่ยื่นเพื่อใช้สิทธิบางส่วนมีรอยขีด ลบ ขีด ผ่า ทางโรงพยาบาลจะอนุโลมให้ใช้บัตรได้ นอกจากในกรณีที่บัตรกับชื่อในหลักฐานราชการไม่ตรงกัน
2. ผู้รับบริการส่วนหนึ่งไม่เข้าใจขั้นตอนการรับบริการเนื่องจากกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ไม่อธิบายให้ทราบ โรงพยาบาลแก้ไขโดยการออกเสียงตามสายและประชาสัมพันธ์หน้าห้องบัตร

3. การส่งต่อผู้ป่วยค่อนข้างมีปัญหา เพราะต้องส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่มีแพทย์ จึงต้องผ่านโรงพยาบาลชุมชนก่อน ผู้รับบริการจะไม่ใคร่พอใจ เพราะทำให้เสียเวลา
4. มีการแอบอ้างใช้สิทธิ โดยการเอาชื่อผู้อื่นมาใช้สิทธิแทน แก้ไขโดยยอมเสียเวลาตรวจสอบหลักฐานเพื่อความเป็นธรรมแก่ทุกฝ่าย
5. ผู้มีบัตรสุขภาพโดยสมัครใจที่ไม่ได้เจ็บป่วยแต่บัตรใกล้จะหมดอายุมาขอรับบริการ “ให้น้ำเกลือ” เพื่อจะให้คุ้มค่าเงิน 500 บาท ที่ซื้อบัตร เจ้าหน้าที่ก็บริการให้ตามที่เรียกร้องเพื่อเขาจะได้ซื้อบัตรสุขภาพในปีต่อไป
6. การให้บริการจะดูที่ “อาการของผู้ป่วย” ไม่ใช่ “ตัวผู้ป่วย” เพื่อความเท่าเทียมกัน แต่ก็มักจะประสบปัญหาจากผู้รับบริการบางคนที่ไม่เหมาะสม อ้างอภิสิทธิ์ อ้างว่ารู้จักผู้ใหญ่คนนั้นคนนี้ และขู่ว่าจะร้องเรียนเกี่ยวกับการให้บริการ
7. การให้บริการจะไม่ใคร่มีปัญหาในเวรเช้า เพราะมีอัตรากำลังเพียงพอ แต่ถ้าเป็นเวรบ่ายหรือเวรดึกจะมีปัญหามากและเป็นที่มาของการร้องเรียนจากผู้รับบริการ
8. ในกลุ่มของชาวบ้าน เจ้าหน้าที่ต้องให้คำแนะนำมาก เช่น วิธีใช้ยา บางรายไม่มีเงินกลับบ้าน เจ้าหน้าที่ก็ต้องจ่ายให้ด้วย
9. ผู้รับบริการชอบให้แพทย์ฉีดยาให้เพราะเชื่อว่าจะหายเร็วกว่า พอไม่ได้ฉีดยาก็คิดว่าไม่ได้รับการดูแลที่ดี ไม่ทတ်เทียม
10. เงินค่าตอบแทนผู้ให้บริการ การจัดการของจังหวัดค่อนข้างเหมาะสม แต่ในทางปฏิบัติ ส่วนกลางได้ตัดทอนเงินลงก่อนจะถึงผู้ให้บริการ ทำให้ได้รับน้อย ขณะที่ผู้ป่วยมีจำนวนมากและเจ้าหน้าที่ต้องทำงานหนัก

ความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพ สรุปได้ดังนี้

1. เพื่อช่วยเหลือกลุ่มคนยากจน การคัดกรองผู้มีบัตร สปร. ต้องมีการสำรวจข้อมูลหลักประกันสุขภาพของประชาชนทุกหลังคาเรือน และมีการเปรียบเทียบข้อมูลมาประเมินรายได้จาก 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้นำในหมู่บ้าน และกลุ่ม อสม.
2. ควรทบทวนการขายบัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจ ทั้งในส่วนที่เกี่ยวกับกลุ่มเป้าหมายและราคา เดิมบัตรสุขภาพราคา 500 บาท มีกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้มีฐานะปานกลางถึงจน ควรปรับปรุงให้ผู้มีฐานะดีซื้อบัตรได้แต่ราคาสูงกว่า 500 บาท และควรจัดให้ซื้อบัตรสุขภาพทุกคนเพื่อความเท่าเทียม
3. กลุ่มข้าราชการและผู้มีบัตรประกันสังคมส่วนใหญ่จะมีความรู้เกี่ยวกับสิทธิ

ประโยชน์ของตน แต่ในกลุ่มผู้มีบัตรประกันสุขภาพและ สปร.ส่วนใหญ่มีระดับ การศึกษาน้อย ผู้ออกบัตรควรต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิให้มากขึ้น กรณีผู้ รับบริการที่มีบัตรมากกว่า 1 บัตร ผู้ให้บริการมีความรอบคอบในการเลือกใช้สิทธิ

4. ในภาพรวม ถ้าหากเป็นไปได้ สิทธิบัตรต่าง ๆ ควรเอื้อประโยชน์ให้ผู้รับบริการ โดยเท่าเทียมกัน เพื่อที่จะได้ไม่ต้องมีบัตรหลายประเภท ปัจจุบันบัตรแต่ละ ประเภทมีสิทธิประโยชน์แตกต่างกัน ทุกคนจึงพยายามเลือกหาสิ่งที่ดีที่สุด สำหรับตนเอง
5. ผู้รับบริการได้รับการปฏิบัติอย่างเท่าเทียมกันจากแพทย์ ยาที่จ่ายก็ไม่แตกต่างกัน เพราะแพทย์จะไม่ทราบว่าผู้ป่วยแต่ละคนมีสิทธิแบบใด แต่ถึงแม้ทราบก็ไม่ สามารถเลือกปฏิบัติในการสั่งยาได้

1.8) กลุ่มผู้ให้บริการ – จังหวัดสมุทรปราการ

จังหวัดสมุทรปราการมีลักษณะพิเศษตรงที่มีโรงงานมากและมีลูกจ้างเป็นจำนวน มากทั้งที่เป็นคนท้องถิ่นและอพยพมาจากจังหวัดอื่น ดังนั้นระบบประกันสุขภาพที่มีผู้ใช้มากที่สุด ได้แก่ บัตรประกันสังคม ซึ่งมีสูงกว่าร้อยละ 50 ของระบบหลักประกันสุขภาพทั้งหมด ส่วนลำดับที่ สองคือสิทธิข้าราชการ ลำดับที่สามคือบัตรประกันสุขภาพ และลำดับที่สี่คือบัตร สปร. (ส่วนใหญ่ เป็นผู้สูงอายุ) กลุ่มที่อยู่นอกระบบสุขภาพส่วนหนึ่งเป็นผู้ไม่มีทะเบียนบ้านเนื่องจากอพยพหางานทำ ไปเรื่อย ๆ กลุ่มที่ใช้สิทธิมากกว่า 1 ระบบส่วนใหญ่จะเป็นข้าราชการซึ่งมีสิทธิรักษาพยาบาลฟรี แต่ ยังซื้อบัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจ หรือใช้สิทธิการเป็นผู้สูงอายุ

ผู้ให้บริการมีความเห็นเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการของผู้มีหลักประกันระบบต่าง ๆ ใกล้เคียงกับกลุ่มผู้ให้บริการในจังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งเป็นการเสริมความน่าเชื่อถือของข้อมูล จึงจะไม่นำมากล่าวซ้ำ ณ ที่นี้

สภาพปัญหาที่ผู้ให้บริการประสบ

1. ผู้ป่วยบัตร สปร. และบัตรประกันสังคมไม่ใคร่ยอมแสดงบัตรเมื่อเริ่มเข้ารับการรักษา เนื่องจากเกรงว่าจะไม่ได้รับยาดีเท่าผู้ป่วยระบบอื่น ต่อเมื่อต้องเสียค่าใช้จ่ายจึงแสดงบัตร
2. ผู้ป่วยที่มีบัตร สปร.ซึ่งระบุสถานพยาบาลใกล้บ้าน มักไม่มีใบส่งตัวเมื่อมารักษา ในสถานพยาบาลที่ใหญ่กว่า
3. ผู้ป่วยนำบัตรของผู้อื่นมาขอใช้บริการ เช่น ปลอมบัตรหรือเอาบุคคลอื่นมาใช้สิทธิ เช่น เอาแม่ภรรยามารักษาแทนแม่ตัว หรือข้อมูลจากผู้ป่วยทำให้เจ้าหน้าที่เข้าใจ

ใจผิดพลาดเกี่ยวกับการมีสิทธิ เช่น ผู้ป่วยบอกว่าอยู่ในค่ายทหาร เจ้าหน้าที่ก็
เหมวว่าเป็นข้าราชการ แต่ภายหลังจึงรู้ว่าไม่ใช่ เป็นต้น

4. ญาติของผู้ป่วยมักจะหาเพิ่มช่องที่จะตรวจนอกเหนือจากที่แพทย์ระบุไว้
5. ผู้ป่วยที่เป็นญาติของบุคลากรในโรงพยาบาลมักลัดคิวการตรวจ
6. ผู้รับบริการบางกลุ่ม เช่น ผู้มีบัตรประกันสังคมและข้าราชการบางคนมาพบแพทย์
เพราะต้องการเอาใบรับรองแพทย์ประกอบการลา แต่ไม่ต้องการยา พอได้ใบรับ
รองแพทย์ก็ทิ้งยา ทำให้เกิดการสูญเสียโดยไม่จำเป็น
7. แพทย์ที่ทำหน้าที่ตรวจรักษาในโรงพยาบาลของรัฐมักมีเวลาอยู่ในโรงพยาบาล
ค่อนข้างจำกัด เนื่องจากส่วนหนึ่งรับงานนอกสถานที่ จึงอาจตรวจไม่ละเอียด
แพทย์ที่มีคลินิกของตนเองหรือทำงานภายนอกมักรับคนไข้ที่สถานพยาบาลภาย
นอก นอกจากเมื่อใดที่ต้องใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์การรักษาที่ตนเองไม่มี จึง
จะแนะนำให้มาที่สถานพยาบาลของรัฐ
8. การส่งต่อผู้ป่วยมีขั้นตอนมาก โดยเฉพาะในโรงพยาบาลจังหวัด ทำให้ผู้ป่วยต้อง
รอนานโดยใช้เหตุ และต้องใช้เอกสารประกอบมากเกินไปจนความจำเป็น บางกรณี
ต้องผ่านหลายขั้นตอน เช่น ผู้มีบัตรสงเคราะห์ แพทย์สั่งให้ตรวจในห้องปฏิบัติ
การ ต้องผ่านแผนกการเงินก่อน คนไข้โรคเบาหวานต้องรอ “ปัส” จากแผนก
การเงินจึงจะเจาะเลือดได้ เป็นต้น

ความคิดเห็นต่อหลักประกันสุขภาพระบบต่าง ๆ

กลุ่มผู้ให้บริการให้ข้อมูลว่าผู้ป่วยที่มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลจากบริษัทประกัน
ชีวิตหรือบริษัทประกันสุขภาพเอกชน มักนิยมเข้ารับบริการเป็นคนไข้ในสถานพยาบาลเอกชน
ถ้าเป็นผู้ป่วยนอกกรรมธรรมจะไม่ครอบคลุม กลุ่มข้าราชการยังมีทัศนคติว่าสถานพยาบาลของรัฐให้
บริการไม่ดี มีแพทย์พยาบาลไม่พอเพียง จึงนิยมไปใช้บริการของสถานพยาบาลเอกชนและยอมจ่าย
เงินเองบางส่วน ผู้มีบัตรประกันสังคมรับรู้สิทธิของตนเองมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับผู้รับบริการ
กลุ่มอื่น ๆ สำหรับผู้ไม่มีบัตรใด ๆ ที่มารับบริการและไม่มีเงินจ่าย นักสังคมสงเคราะห์ก็จะพิจารณา
อาชีพและอายุว่าเป็นกลุ่มเป้าหมายใด หากอยู่ในเกณฑ์จะใช้บัตรใดได้ก็จะแนะนำให้ไปติดต่อ
หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขอใช้บัตร

ผู้ให้บริการที่ร่วมเสวนากลุ่มให้ข้อคิดเห็นว่า ผู้ให้บริการจะดูแลผู้รับบริการที่อยู่ภาย
ใต้ระบบต่าง ๆ อย่างเท่าเทียมกันทุกระบบ แต่ผู้ป่วยที่มีบัตรประกันสังคมอาจจะได้รับยาที่มี
มาตรฐานตามต้องการ ขณะที่กลุ่มอื่น ๆ นอกจากประกันสุขภาพเอกชนจะได้รับยาตามบัญชีหลัก
ของแต่ละระบบ ทั้งนี้เพราะสำนักงานประกันสังคมออกระเบียบข้อบังคับให้สถานพยาบาลในข่าย

ประกันสังคมปฏิบัติและจ่ายค่ารักษาพยาบาลแบบเหมาจ่าย สำนักงานประกันสังคมจึงสามารถ
คุ้มครองผู้ประกันตนได้ดี

1.9) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดศรีสะเกษ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการสุขภาพ ใน
ด้านผู้ให้บริการนั้น อสม.ทำหน้าที่ให้ข่าวสารสาธารณสุข มีส่วนร่วมในการพิจารณาออกบัตร สปร.
และมีส่วนร่วมในการขายบัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจ อสม.ทุกคนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ
บัตร สปร. และบัตรประกันสุขภาพ ส่วนใหญ่เห็นว่าคนจนได้รับบัตร สปร. ครอบคลุมพอสมควร
แม้ว่าคนจนบางครอบครัวไม่สนใจขอมีบัตรถ้าไม่เจ็บป่วย ส่วนบัตรประกันสุขภาพนั้นเห็นว่าโรง
พยาบาลควรประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการใช้บัตรอย่างกว้างขวาง

ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาของผู้รับบริการบัตร สปร.และบัตรประกันสุขภาพ

1. เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลบางคนไม่เข้าใจสิทธิตามบัตร เช่น เรียกเก็บเงินผู้
ป่วยบัตร สปร.ที่มารักษาโรคเบาหวาน
2. เจ้าหน้าที่ห้องบัตรให้บริการล่าช้า ซึ่งเป็นปัญหามากสำหรับผู้ป่วยถอนฟันและ
ผู้ป่วยรอกคลอด
3. มีปัญหาในการมารับบริการนอกเวลาราชการ บางครั้งใช้บัตรได้ บางครั้งใช้ไม่
ได้ ทำให้เกิดความสับสน และส่วนใหญ่จะต้องเสียเงิน
4. ระบบการส่งต่อต้องมีหนังสือรับรองทำให้ล่าช้า
5. แพทย์วินิจฉัยโรคไม่เหมือนกัน เป็นผลเสียต่อผู้ป่วย อยากถามว่า “หมอเรียน
ตำราเดียวกันไหม?”
6. บางครั้งหมอตระกูลไม่ครบถ้วน นัดให้ผู้ป่วยมาอีกเพื่อตรวจต่อ ทำให้ผู้ป่วยต้อง
เสียค่ารถ 2 รอบ และเสียเวลาด้วย
7. แพทย์ไม่ใคร่รักษาน้ำใจคนไข้ เช่น ผู้ป่วยที่ไปรับการรักษาที่สถานีอนามัยถูกส่ง
ต่อมาที่โรงพยาบาล แพทย์ถามว่า “ทำไมต้องมาที่นี่” แต่ถ้าผู้ป่วยอาการหนัก
มา แพทย์จะถามว่า “ทำไมปล่อยจนหนักอย่างนี้ถึงมาโรงพยาบาล”
8. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่ให้บริการดีบ้างไม่ดีบ้างแล้วแต่อารมณ์ แต่แพทย์
ส่วนใหญ่ไม่ค่อยเอาใจใส่คนไข้ “ตรวจจึกๆ ไม่ถามอะไร แล้วไปนั่งเทียนเขียนเอา”

ความคิดเห็นเกี่ยวกับการรับบริการโดยใช้สิทธิบัตรต่าง ๆ

1. อสม.ส่วนใหญ่เห็นว่าเจ้าหน้าที่ให้บริการเท่าเทียมกัน การจ่ายยาก็เหมือนกัน สำหรับผู้ป่วยภายใต้ระบบประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน แต่เห็นว่ามีความไม่เท่าเทียมกันในเรื่องการส่งต่อ เพราะข้าราชการและผู้ประกันตนไม่ต้องใช้ใบส่งต่อ
2. ควรให้ทุกสิทธิบัตรใช้บริการที่โรงพยาบาลได้โดยไม่ต้องมีใบส่งต่อ
3. ควรให้มีใบส่งต่อที่เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยลงชื่อไว้แล้วเก็บไว้ที่ อสม.วันละ 1-2 ใบ เพื่อความสะดวกในการส่งต่อ
4. ควรปรับปรุงคุณภาพการบริการทั้งเจ้าหน้าที่ห้องบัตร แพทย์ และพยาบาล

2. ข้อมูลจากกรณีศึกษา

การศึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการภายใต้ระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ และกับผู้รับบริการที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ โดยการศึกษาจากกรณีที่เกิดขึ้นจริง สรุปได้ดังนี้

1. ปัญหาของผู้รับบริการที่ใช้สวัสดิการรักษายาของข้าราชการ

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว ต้องไปพบแพทย์บ่อย เคยมีบัตร สปร. ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ต่อมาบุตรชายไปรับราชการและบรรจุที่ต่างจังหวัด จึงต้องคืนบัตร สปร. มาใช้สิทธิของลูกชาย เวลาไปรับบริการต้องจ่ายเงินก่อนแล้วจึงส่งใบเสร็จไปให้ลูกชายเบิกและส่งเงินมาให้ปรากฏว่าบุตรชายไม่เคยคืนเงินมาให้เลย ทำให้เดือดร้อนเนื่องจากต้องไปกู้เงินมาจ่ายเป็นค่ารักษายาพยาบาลทุกเดือน จะซื้อบัตรประกันสุขภาพก็ไม่ได้เพราะอายุเกิน 60 ปี และมีบุตรเป็นข้าราชการ

กรณีศึกษาที่ 2 เด็กชายอายุ 12 ปี ป่วยเป็นเนื้องอกในสมอง พ่อและแม่เป็นข้าราชการ แพทย์โรงพยาบาลชุมชนส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลซึ่งเป็นโรงเรียนแพทย์ในกรุงเทพฯ ได้รับการผ่าตัดชิ้นเนื้อเสียค่าใช้จ่ายประมาณ 10,000 บาท เนื่องจากยาที่ใช้บางส่วนราคาแพงเบิกไม่ได้แพทย์นัดให้มาผ่าตัดซ้ำใน 1 เดือนเพื่อเอาเนื้องอกออก หลังผ่าตัดผู้ป่วยอยู่ห้องพิเศษรวม มีค่ารักษาที่ต้องเสียเงินเองประมาณ 100,000 บาท พ่อแม่มีปัญหาค่าใช้จ่ายสูงระหว่างผ่าตัดเพราะพ่อเป็นผู้ขายนอนเฝ้าไม่ได้ ต้องเสียค่าโรงแรมและค่าแท็กซี่มาโรงพยาบาลให้ทัน 8.00 น. ทุกวัน ครั้งหลังนี้ต้องเสียค่ายาและอุปกรณ์การแพทย์สูงกว่าครั้งแรก เงินเดือนของพ่อแม่ต้องจ่ายเป็นค่าดอกเบี้ยทั้งหมดและมีภาระหนี้สินเกินกว่าความสามารถของข้าราชการระดับกลาง-ล่างสองคนจะแบกรับได้

ปัญหาของผู้รับบริการตามระบบประกันสังคม

กรณีศึกษาที่ 3 ลูกจ้างบริษัทสิ่งทอแห่งหนึ่งได้รับอุบัติเหตุขณะปฏิบัติงานควบคุมเครื่องปั่นด้าย แขนซ้ายได้รับบาดเจ็บฟกช้ำตามลำตัว มีเลือดออกที่เยื่อเมือกและตาแดงซ้ำ นายจ้าง

ส่งเข้ารักษาที่โรงพยาบาลเอกชนใกล้บริษัท เพียงวันเดียวนายจ้างให้พนักงานบริษัทมารับตัวกลับ อ้างว่าค่าใช้จ่ายแพง หลังออกจากโรงพยาบาลไป 1 คืน พ่อมารับตัวกลับบ้านที่ต่างจังหวัดและพาไปรักษาที่คลินิกในอำเภอใกล้บ้าน ควบกับการรักษาแพทย์แผนโบราณอยู่ 2 เดือน อาการยังไม่หายสนิท แขนซ้ายทำงานไม่ได้ พ่อได้ติดต่อทางโรงงานให้ช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลแต่ถูกปฏิเสธ แคมป์ผ่านผู้ใหญ่บ้านว่าถ้าไม่ยุติเรื่องจะปลดคนงานที่เป็นลูกบ้านเดียวกับผู้ป่วยออกจากงานให้หมด พ่อได้ยื่นเรื่องขอความเป็นธรรมจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม รัฐมนตรีฯ ให้สำนักงานประกันสังคมจังหวัดที่บริษัทตั้งอยู่ตรวจสอบข้อเท็จจริง ปรากฏว่าบริษัทแห่งนี้ไม่ได้ดำเนินการให้ ลูกจ้างขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตนทั้งหมด มีลูกจ้างที่ทำงานนานถึง 5-6 ปี หลายร้อยคนไม่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตน

กรณีศึกษาที่ 4 ผู้ประกันตนเป็นช่างเชื่อมของบริษัทรับเหมาก่อสร้างแห่งหนึ่งกับเพื่อนคนงานประมาณ 10 คน นั่งรถของบริษัทเพื่อไปทำงานนอกสถานที่ รถเกิดอุบัติเหตุพลิกคว่ำ ทำให้ผู้ประกันตนหมดสติ ถูกนำส่งโรงพยาบาลเอกชนใกล้ที่เกิดเหตุ เมื่อฟื้น แขนขาทั้งหมดขยับไม่ได้ ร่างกายไม่มีความรู้สึกตั้งแต่คอลงไป ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ และนอนบนเตียงตลอดเวลา 4 เดือนโดยอาการไม่ดีขึ้นเลย ต่อมามีการติดเชื้อของปอด หายใจเองได้น้อยลง แขนขาขยับไม่ได้ โรงพยาบาลเบิกค่ารักษาจากกองทุนเงินทดแทน เนื่องจากสำนักงานประกันสังคมจังหวัดตีความว่าเป็นการบาดเจ็บในงานซึ่งเบิกได้สูงสุด 85,000 บาท ค่ารักษาทั้งสิ้นเป็นเงิน 315,000 บาท พ่อต้องหามาจ่ายอีก 230,000 บาท ประกันสังคมพิจารณาจ่ายเงินทดแทนให้เดือนละ 2,266 บาท ขาดเซี่ยความทุกข์พลภาพ เมื่อเงินหมดญาติได้นำกลับมารักษาที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดที่มีภูมิลำเนาอยู่ โดยผู้ป่วยไม่มีสิทธิคุ้มครองใดๆ ขณะที่ค่าใช้จ่ายในการรักษาก็เพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ กรณีนี้การตีความว่าเป็นการเจ็บป่วยในงานทำให้ผู้ป่วยไม่ได้ใช้สิทธิคุ้มครองค่ารักษาพยาบาลตาม พ.ร.บ. ประกันสังคม ซึ่งอาจช่วยเหลือผู้ป่วยได้มากกว่า

ปัญหาของผู้ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ

กรณีศึกษาที่ 5 หญิงอายุ 31 ปีผู้หนึ่งแต่งงานและมีบุตรแล้ว สุขภาพไม่แข็งแรง เหนื่อยง่าย ต้องไปรักษาตัวที่โรงพยาบาลชุมชนเป็นประจำ ได้ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพปกติ ครั้งหนึ่งเมื่อมีอาการบวม แพทย์ประจำโรงพยาบาลชุมชนส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลจังหวัด ซึ่งตรวจพบว่าผู้ป่วยเป็นโรคหัวใจ แนะนำให้ไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ซึ่งเป็นโรงเรียนแพทย์ โดยเขียนใบส่งตัวให้ ผู้ป่วยได้ไปรับการรักษาติดต่อกันทุกเดือนเป็นเวลา 1 ปี ครั้งสุดท้ายแพทย์แจ้งว่า จะต้องผ่าตัดเปิดหัวใจเพื่อแก้ไข โดยกำหนดวันนัดและให้ผู้ป่วยกลับมาติดต่อขอใบส่งตัวจากโรงพยาบาลจังหวัด และต่ออายุบัตรประกันสุขภาพ ผู้ป่วยกลับมาพบแพทย์ที่จังหวัดซึ่งไม่ใช่แพทย์คนเดิมที่ส่งตัวไปโรงพยาบาลศรีนครินทร์ในครั้งแรก แพทย์ไม่ยินยอมเขียนใบส่งตัวให้โดยอ้างว่าผู้ป่วย

ไม่ได้มารักษาตัวที่โรงพยาบาลจังหวัดน่านแล้ว กรณีนี้ผู้ป่วยตัดสินใจไปรับการผ่าตัดตามนัดหมาย โดยไม่มีใบส่งตัว จึงต้องเสียค่าใช้จ่ายเองทั้งหมดทั้ง ๆ ที่มีบัตรประกันสุขภาพ

กรณีศึกษาที่ 6 ผู้ป่วยเป็นเด็กหนุ่มอายุ 17 ปี ครอบครัวยากจน ขับรถจักรยานยนต์ของเพื่อนไปโรงเรียนโดยเพื่อนนั่งซ้อนท้ายไปชนกับรถที่สวนมาได้รับบาดเจ็บทั้ง 2 คน แต่ผู้ป่วยมีอาการหนักกว่า คือ กระดูกต้นขาซ้ายชิดข้อสะโพกหัก ต้องผ่าตัดและนอนโรงพยาบาล 18 วัน แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้โดยให้แม่ช่วยการเดิน โรงพยาบาลเบิกค่ารักษาพยาบาลจากบริษัทประกันภัยตาม พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ 15,000 บาท และมีค่ารักษาส่วนเกิน 17,000 บาท ซึ่งแม่ได้ออมนวอนขอจ่ายเพียง 2,000 บาทซึ่งได้มาจากการกู้ยืม ครอบครัวผู้ป่วยไม่มีสิทธิบัตรใด ๆ เจ้าหน้าที่จึงแนะนำให้ซื้อบัตรสุขภาพ ซึ่งแม่ก็ซื้อด้วยเงินที่กู้ยืมมาอีกเช่นกัน

แพทย์นัดให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเพื่อติดตามการรักษาทุกเดือน แต่เนื่องจากไม่มีค่ารถและอาการทั่วไปก็ปกติดี ผู้ป่วยจึงไม่ได้มาพบแพทย์เป็นเวลา 6 เดือน จนกระทั่งเกิดมีอาการปวดสะโพกมากและเดินไม่ถนัดจึงมาพบแพทย์และได้รับทราบจากแพทย์ว่าเหล็กที่ใส่ไว้เคลื่อน ต้องผ่าตัดใส่ข้อสะโพกเทียม ต้องจ่ายค่าอุปกรณ์ 34,000 บาท โดยไม่สามารถใช้สิทธิตามบัตรประกันสุขภาพได้ กรณีนี้แม่ต้องวิ่งเต้นขอความช่วยเหลือจากบุคคลหลายฝ่ายและหลายขั้นตอนเพื่อให้มีการชี้แจงแพทย์ผู้รักษาให้ทราบสภาพปัญหาของครอบครัวผู้ป่วยและสิทธิประโยชน์ของบัตรประกันสุขภาพ จึงได้รับการรักษาโดยใช้สิทธิบัตรคุ้มครองในรายการค่ารักษาที่มีราคาแพง ส่วนที่เกินจากการคุ้มครองได้รับอนุเคราะห์ฟรี

ปัญหาของผู้รับบริการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.)

กรณีศึกษาที่ 7 ผู้ป่วยหญิงอายุ 35 ปี ตั้งครรภ์แรก ครอบครัวนี้มีบัตร สปร. จึงได้ฝากครรภ์ที่สถานอนามัยในหมู่บ้าน แต่เพราะเกรงว่าจะมีความเสี่ยงสูงในการคลอด จึงไปฝากครรภ์ต่อที่โรงพยาบาลชุมชน ผู้ป่วยไม่มีปัญหาใด ๆ ระหว่างฝากครรภ์ แต่เมื่อเลยกำหนดคลอดถึง 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยยังไม่เจ็บครรภ์ ทันทีที่ปวดท้องคลอดซึ่งเป็นเวลากลางคืนจึงเหมารถไปโรงพยาบาลที่ฝากครรภ์ วันหนึ่งผ่านไปยังไม่คลอด สามีและญาติกังวลว่าจะเป็นอันตรายจึงไปขอรับพยาบาลให้ส่งต่อไปทำคลอดที่โรงพยาบาลจังหวัด พยาบาลแจ้งว่าถ้าจะให้ส่งไป ญาติจะต้องเซ็นยินยอมว่าจะไม่ใช้สิทธิ สปร. เนื่องจากการคลอดสามารถทำได้ในโรงพยาบาลชุมชน สามีผู้ป่วยยอมเซ็น ไม่มีทางเลือกเนื่องจากเป็นห่วงความปลอดภัยของภรรยา ที่โรงพยาบาลจังหวัด แพทย์ได้ผ่าตัดทำคลอดให้ซึ่งปลอดภัยทั้งแม่และลูก ค่าผ่าตัดรวมค่านอนโรงพยาบาล 7 วัน เป็นเงิน 6,800 บาท แต่สามีผู้ป่วยจ่ายได้เพียง 1,000 บาท เมื่อไปพบนักสังคมสงเคราะห์ซึ่งชักชวนให้ไปเสียเงินมากมาย เขาต้องจ่ายเงิน 500 บาทสุดท้ายที่เขาไม่

กรณีศึกษาที่ 8 ผู้ป่วยเป็นครูจบปริญญาตรี หารายได้เพิ่มด้วยการเล่นดนตรีตามห้องอาหารตอนกลางคืน ทำให้ได้ใช้ชีวิตแบบคนกลางคืนอยู่ระยะหนึ่ง ต่อมาแต่งงาน เมื่อภรรยาไปฝากครรภ์จึงได้ทราบจากแพทย์ว่าภรรยาติดเชื้อเอดส์ ตอนแรกผู้ป่วยไม่สนใจตรวจเลือด แต่ต่อมาเริ่มมีน้ำหนักรีด อ่อนเพลีย จึงไปตรวจเลือดและพบว่าผลเป็นบวก ลูกสาวที่คลอดออกมาก็ติดเชื้อเอดส์ด้วย ผู้ป่วยตัดสินใจลาออกจากอาชีพครูเพื่อเอาเงินก้อนใช้หนี้สหกรณ์ พาลูกและเมียกลับบ้านเกิดที่ภาคอีสาน ญาติพี่น้องแสดงอาการรังเกียจ ผู้ป่วยและภรรยาพยายามหางานทำ แต่ก็หายากมาก เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในหมู่บ้านเห็นใจจึงออกบัตร สปร.ให้

เมื่ออาการกำเริบมากขึ้น ผู้ป่วยมาขอรับบริการที่โรงพยาบาลจังหวัด เขาไม่ได้พบแพทย์ พบแต่พยาบาลซึ่งแสดงท่าทีรู้ว่าเขาป่วยเป็นเอดส์ และต้องตรวจรักษาที่คลินิกพิเศษ จึงให้เขากลับไปเอาใบส่งตัวจากโรงพยาบาลชุมชนเนื่องจากเขาใช้สิทธิบัตร สปร. วันต่อมาผู้ป่วยไปขอรับใบส่งตัวจากโรงพยาบาลชุมชน ได้ยินพยาบาลคุยกันอย่างเปิดเผยว่าเขาเป็นเอดส์ร้อยเปอร์เซ็นต์ ครั้งแรกแพทย์จะไม่ยอมส่งตัว ต้องอ้อนวอนอยู่นานจึงเซ็นให้เพื่อตัดความรำคาญ ระหว่างที่รักษาตัวในโรงพยาบาลจังหวัด ปัญหาของเขาคือต้องเดินกลับไปกลับมาระหว่างห้องตรวจกับฝ่ายการเงิน เพื่อให้แพทย์เซ็นกำกับอนุมัติค่ายาราคาแพงบางชนิด เช่น ยาต้านเชื้อรา ยาต้านเชื้อไวรัส ที่เขาใช้เป็นประจำ

ปัญหาของผู้ซื้อบัตรประกันสุขภาพเอกชน

กรณีศึกษาที่ 9 สามีภรรยาคนหนึ่งมีประสบการณ์เกี่ยวกับการใช้สิทธิการประกันสุขภาพ คือ สามีทำงานบริษัทแห่งหนึ่งที่ทำประกันสุขภาพหมู่ให้เป็นสวัสดิการแก่พนักงานทุกคนมา 7 ปีติดต่อกันกับบริษัทประกันแห่งเดียวตลอด วันหนึ่งไปพบแพทย์ มีอาการหายใจติดขัด แพทย์บอกว่าเป็นเนื้องอกในโพรงจมูก ต้องผ่าตัด ซึ่งจะมีค่าใช้จ่าย 2-3 หมื่นบาท บริษัทประกันแจ้งว่ากรณีนี้จะเบิกได้เฉพาะเมื่อแพทย์ที่รักษายืนยันว่าเขาไม่ได้เป็นเนื้องอกมาก่อนการมีสิทธิจากการประกันสุขภาพหมู่ ซึ่งแพทย์ไม่สามารถยืนยันได้ ผู้ป่วยได้เข้ารับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลเอกชนอีกแห่งหนึ่ง ค่าผ่าตัดและรักษาพยาบาล 27,000 บาท บริษัทที่ทำงานอยู่ได้ช่วยต่อรองกับบริษัทประกันให้เบิกค่าใช้จ่ายให้ บริษัทยอมจ่าย 25,000 บาท ต้องรับผิดชอบเอง 2,000 บาท

ส่วนภรรยาทำงานในมหาวิทยาลัยเอกชน ได้ทำประกันชีวิตและประกันสุขภาพต่อทำยกรมธรรม์ โดยจ่ายเบี้ยประกันปีละ 10,900 บาท เป็นเวลา 8 ปี โดยไม่เคยใช้สิทธิเลย วันหนึ่งเกิดปวดที่ช่องท้องอย่างรุนแรง จึงเข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลที่สามีเคยเข้ารับการผ่าตัดเนื้องอก โดยนอนเป็นผู้ป่วยใน 3 วัน เสียค่ารักษาพยาบาล 8,000 บาท เมื่อนำไปเบิกกับบริษัทประกัน เบิกได้เพียง 5,500 บาท โดยบริษัทอ้างว่าจำนวนที่เบิกได้เป็นไปตามเงื่อนไขที่กำหนดในกรมธรรม์ ปัญหาเกิดจากการที่ไม่ได้ศึกษากรมธรรม์ให้ชัดเจน

กรณีศึกษาที่ 10 ผู้ป่วยที่ประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชนมักถูกแนะนำจากสถานพยาบาลให้ใช้บริการเพิ่มเติมโดยไม่จำเป็น ดังเช่นตัวอย่าง ผู้เอาประกัน 2 รายไปรับบริการเป็นคนไข้ใน รายแรกไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลเอกชนเนื่องจากพบว่ามีย้อนเนื้อเล็ก ๆ ที่ข้อมือซ้าย ซึ่งเป็นเพียงก้อนไขมัน สามารถผ่าตัดออกได้โดยง่าย เมื่อแจ้งกับแพทย์ว่ามีสิทธิเบิกค่าใช้จ่ายจากการประกันสุขภาพ แพทย์แนะนำให้นอนพักฟื้น 1 คืนเพื่อสังเกตอาการจากการผ่าตัด ต้องเสียค่าใช้จ่าย 9,000 บาท และเบิกได้เพียงบางส่วนจากบริษัทประกัน รายที่ 2 ผู้ป่วยไปพบแพทย์โรงพยาบาลเอกชนเนื่องจากมีอาการอ่อนเพลียและเหนื่อยง่าย แพทย์ตรวจหัวใจโดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์แล้วบอกว่าไม่ได้เป็นอะไร เพียงแต่เครียดเพราะทำงานมาก ไม่ได้พักผ่อน แต่ได้แนะนำให้นอนพักรักษาตัว 1 คืน และตรวจร่างกายส่วนอื่น ๆ จนในที่สุดพบว่าผู้ป่วยมีก้อนไขมันเล็ก ๆ ที่ต้นคอ จึงผ่าตัดให้ผู้ป่วยต้องจ่ายเงินทั้งสิ้นประมาณ 12,000 บาท เมื่อนำหลักฐานไปเบิกเงินคืนจากบริษัท เขาได้เงินคืนเพียง 8,000 บาท ค่าใช้จ่ายที่สูงเกิดจากการใช้บริการทางการแพทย์เกินความจำเป็น

ปัญหาของผู้ไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพ

กรณีศึกษาที่ 11 เด็กนักเรียนมัธยมปลาย อายุ 17 ปี ขับรถจักรยานยนต์พลิกคว่ำ ได้รับบาดเจ็บอย่างรุนแรงที่ศีรษะ ถูกนำตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน ก่อนถูกนำตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ในสภาพที่ไม่รู้สึกตัว และต้องใส่ท่อช่วยหายใจ รักษาจนอยู่ 12 เดือน เมื่อมีอาการดีขึ้นพอไปรับตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลชุมชนอีกเป็นเวลา 1 เดือน แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ และหลังจากพักฟื้นที่บ้าน 3 เดือน ก็ได้กลับไปเรียนหนังสือ ปัญหาใหญ่สำหรับพ่อแม่คือค่ารักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลศูนย์ ครอบครัวยุติผู้ป่วยไม่ได้ซื้อบัตรประกันสุขภาพ พ่อต้องจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลไปกว่า 3 แสนบาท โดยพยาบาลจะนำไปส่งยามาให้พ่อไปเสียเงินที่ฝ่ายการเงินทุก 3-5 วัน ครั้งละมาก ๆ จนเงินที่เก็บหอมรอมริบไว้หมดลง พยาบาลจึงแนะนำให้ไปซื้อบัตรประกันสุขภาพที่สถานีอนามัย กรณีนี้ถ้าผู้ป่วยซื้อบัตรสุขภาพเป็นกลุ่มกับทางโรงเรียนในราคาเพียงคนละ 100 บาท จะช่วยให้ครอบครัวของเขาไม่ต้องรับภาระค่ารักษาพยาบาลจนหมดตัวอย่างที่เป็นอย่างเวลานี้

กรณีศึกษาที่ 12 ผู้ป่วยปัจจุบันอายุ 23 ปี ตอนอายุ 9 เดือนเกิดหกล้มและมีอาการท้องโต พ่อแม่ซึ่งเป็นข้าราชการทั้งคู่พาไปรักษาที่โรงพยาบาลในกรุงเทพฯ ที่เป็นโรงเรียนแพทย์ พบว่าเป็นโรคเลือดฮีโมโกลินผิดปกติรุนแรง เลือดออกง่ายและหยุดยากมาก ต้องรักษาโดยให้สารที่ช่วยทำให้เลือดแข็งตัวซึ่งมีอยู่ในพลาสมา ในช่วงนั้นพ่อแม่มีสิทธิใช้สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ แต่ก็มีค่าใช้จ่ายที่ไม่สามารถเบิกได้และค่าเดินทาง ค่ากินอยู่ค่อนข้างสูงในการมาโรงพยาบาลแต่ละครั้ง สิทธิจากสวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการสิ้นสุดลงเมื่อผู้ป่วยอายุเกิน 18 ปี หนี้สินของพ่อแม่จึงยิ่งเพิ่มพูนมากขึ้น ผู้ป่วยเคยติดต่อบริษัทประกันสุขภาพเอกชนแต่ถูกปฏิเสธเพราะป่วยเป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงมาก เคยซื้อบัตรประกันสุขภาพและไปใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชน แต่ผู้ป่วยเกรงใจ

โรงพยาบาลเพราะพลาสติกมาขวดละ 500 บาท ต้องเอามาใช้กับเขาคนเดียว ครั้งละไม่ต่ำกว่า 10,000 บาท เขาใช้วิธีซื้อพลาสติกมาเก็บไว้ที่บ้าน และนำไปโรงพยาบาลเมื่อมีอาการ ถ้าเลือดไม่หยุดก็ต้องไปโรงพยาบาลที่กรุงเทพฯ ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยรู้สึกลำบากใจมากที่สุดคือตอนไปจ่ายเงินแล้วมีเงินไม่พอ ต้องไปพบนักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งมักแสดงกิริยาเบือนหน้าเมื่อขอลดหย่อนหรือผ่อนผันการชำระเงิน ความจำเป็นที่ต้องเตรียมเงินไปทีละมาก ๆ ก่อนไปรักษาตัวที่กรุงเทพฯ เป็นความทุกข์ใจของผู้ป่วยรายนี้เป็นอย่างยิ่ง

โดยรวม ข้อมูลจากกรณีศึกษาชี้ให้เห็นถึงระบบการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลที่สร้างความเดือดร้อนให้ผู้รับบริการ เช่น การต้องจ่ายเงินไปก่อน แล้วไปเบิกภายหลัง สิทธิตามสิทธิบัตรไม่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายค่ายาที่อยู่นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ อุปกรณ์การแพทย์หรือเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาที่มีราคาแพง เฉพาะอย่างยิ่งในกรณีของโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ ผู้ป่วยที่นายจ้างละเลยไม่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตนขาดสิทธิรับการรักษาพยาบาลที่ครอบคลุม การตีความสาเหตุการเจ็บป่วยไม่ถูกต้องทำให้ผู้ป่วยประกันสังคมเสียประโยชน์ แพทย์บางรายไม่เข้าใจสิทธิของผู้มีบัตรประกันสุขภาพและบัตร สปร. ไม่ยอมเขียนใบส่งต่อให้ใช้สิทธิเพื่อรักษาผลประโยชน์ของโรงพยาบาล และพยายามผลักดันภาระต้นทุนในบริการที่มีราคาแพงให้ผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบ ระบบส่งต่อทำให้ความลับของการเจ็บป่วยถูกเปิดเผย ผู้ซื้อประกันสุขภาพเอกชนต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลส่วนที่เกินจากการถูกยึดเบี้ยค่าบริการจากโรงพยาบาลเอกชนเกินความจำเป็น และท้ายที่สุดผู้ไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพไม่ได้รับการแนะนำให้ใช้สิทธิและไม่สามารถเข้าถึงระบบสิทธิบัตรเนื่องจากมีโรคประจำตัวที่มีค่าใช้จ่ายสูง

3. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้บริหารระดับสูง

การสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพและผู้บริหารระดับสูงตามที่ระบุไว้ในบทที่ 3 กระทำระหว่างวันที่ 29 มีนาคม ถึง 4 พฤษภาคม 2543 โดยใช้กรอบคำถามเดียวกันเป็นส่วนใหญ่ และดัดแปลงบ้างตามสถานการณ์และความเหมาะสม สรุปความคิดเห็นได้ดังนี้

1) ความคิดเห็นเกี่ยวกับจุดแข็งและจุดอ่อนของระบบประกันสุขภาพแต่ละระบบ

ระบบสวัสดิการรักษายาของข้าราชการ จุดแข็งของระบบ ได้แก่ การที่ข้าราชการและครอบครัวสามารถเข้าถึงบริการผู้ป่วยใน สถานพยาบาลเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลได้ทั้งหมด สะดวกในการบริหารเงิน ส่วนจุดอ่อน ได้แก่ การจำกัดสิทธิไม่ให้รักษาในโรงพยาบาลเอกชน ต้องจ่ายค่ารักษาไปก่อนเมื่อเป็นผู้ป่วยนอก เป็นเหตุให้ข้าราชการบางรายแอบซื้อบัตรประกันสุขภาพ ไม่มีช่องทางเฉพาะสำหรับข้าราชการทำให้อายุคยาวนานในวันและเวลาราชการ การไม่มีระบบตรวจสอบโรงพยาบาลอาจเบิกค่าใช้จ่ายเกินเพื่อนำไปชดเชยระบบสิทธิบัตรอื่นที่ไม่คุ้มทุน

ระบบบัตรประกันสังคม จุดแข็งของระบบ คือ การเหมาจ่ายให้ก่อนแก่สถานบริการบริหารที่มีการตรวจสอบ รัฐสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ ผู้ประกันตนเลือกใช้สถานพยาบาลได้ ทำให้เกิดการกระจายของแหล่งให้บริการโดยรัฐไม่ต้องลงทุนสร้างสถานพยาบาลหรือระดมบุคลากรทางการแพทย์สำหรับลูกค้ากลุ่มนี้ การรักษาได้มาตรฐานแต่ประหยัดทรัพยากร มีคลินิกพิเศษประกันสังคม บุคลากรได้รับเงินตอบแทนที่เหมาะสมกับปริมาณงานที่เพิ่มขึ้น และมีคณะกรรมการแพทย์และอนุกรรมการระดับจังหวัดแก้ปัญหาความเดือดร้อนให้ผู้ใช้บริการ ตลอดจนมีการปรับค่าบริการเหมาจ่ายให้เหมาะสมตามสถานการณ์ ส่วนจุดอ่อน ได้แก่ การที่ผู้ประกันตนเข้าใจผิดว่าตนได้รับการรักษาพยาบาลที่ดีกว่ามาตรฐาน สถานพยาบาลบางแห่งอาจมีแนวโน้มคิดถึงผลกำไรเกินควรจึงลดมาตรฐานในการให้บริการลง แต่เมื่อมีการตรวจสอบอาจถูกเพิกถอนจากการเป็นสถานพยาบาลคู่สัญญาได้

ระบบบัตรประกันสุขภาพ จุดแข็งของระบบ ได้แก่ เจตนารมณ์สร้างหลักประกันที่เป็นจริงแก่ประชาชนส่วนใหญ่ ขยายบัตรได้มากเท่าใด โรงพยาบาลก็มีรายรับมากเท่านั้น ส่วนจุดอ่อนดูจะมีค่อนข้างมาก เป็นต้นว่าเป็นระบบที่ไม่คุ้มค่าใช้จ่าย เพราะผู้ซื้อบัตรส่วนใหญ่เจ็บป่วยมาก่อนด้วยโรคเรื้อรังต้องรักษานาน โรงพยาบาลขนาดใหญ่เฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลศูนย์มีปัญหาเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากกองทุนบัตรสุขภาพจังหวัด ผู้มีกำลังซื้อที่แตกต่างกันแต่ซื้อบัตรได้ในราคาเดียวกันซึ่งไม่เป็นธรรม ผู้ให้สัมภาษณ์ท่านหนึ่งให้ความเห็นว่าเป็นระบบที่ล้มเหลวต้องบริหารใหม่ทั้งหมด

ระบบบัตร สปร. จุดแข็งของระบบ คือ การแจกบัตรโดยใช้ฐานข้อมูลด้านอายุสามารถทำได้ทั่วถึง (เด็ก 0-12 ปี และผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป) จุดอ่อน คือ กองทุนเล็กเกินไป สำหรับการดูแลประชาชน 30-40 ล้านคน ผู้ที่ควรได้รับสิทธิไม่ได้ แต่ผู้ที่ไม่ควรได้รับสิทธิกลับได้ การพิสูจน์ความยากจนขาดมาตรฐานความน่าเชื่อถือ โรงพยาบาลได้รับงบประมาณสนับสนุนน้อย รายรับต่ำกว่ารายจ่าย โรงพยาบาลจึงไม่ยอมรับผู้ป่วยที่ใช้บัตร สปร. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยส่วนใหญ่จะไม่รับผู้ป่วย สปร. และในเขตเมืองประชาชนจะไม่นิยมใช้สิทธิบัตร สปร. โครงการบัตร สปร. ถือเป็นโครงการขาดทุนร่วมกัน ประชาชนขาดทุนเพราะได้รับการบริการไม่ดี สถานพยาบาลก็ขาดทุนเพราะรายรับน้อยกว่ารายจ่าย

ระบบประกันสุขภาพเอกชน ความไม่มั่นคงของบริษัทประกันทำให้โรงพยาบาลรัฐบางแห่งไม่รับผู้ป่วยที่ใช้บัตรประกันสุขภาพเอกชน โรงพยาบาลเอกชนที่รับผู้ป่วยจะให้บริการมากกว่าความจำเป็นและเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลเต็มที่และผู้ป่วยอาจต้องจ่ายเพิ่มเติมจากสิทธิที่มีตามกฎหมาย ส่วนมากจะเป็นเรื่องเจ็บป่วยที่ไม่ต้องอาศัยการรักษาพยาบาลที่ใช้เทคนิคสูง ถือได้

ว่าเป็นระบบทางเลือกเสริมที่ผู้ซื้อส่วนมากอยู่ในระบบอื่นอยู่แล้ว แต่ซื้อความสะดวกของบริการโรงพยาบาลเอกชน

2) ความคิดเห็นเกี่ยวกับการปรับปรุงระบบสุขภาพ สรุปได้ดังนี้

- 2.1) การมีหลักประกันหลายระบบดีอยู่แล้ว ถ้ามีระบบเดียวจะเป็นการผูกขาด
- 2.2) หลักการของแต่ละระบบดีอยู่แล้ว ปัญหาที่มีเป็นปัญหาปลีกย่อยสามารถแก้ไขได้
- 2.3) ต้องนำหลักการของการประกันสุขภาพ ประกันความเสี่ยงมาใช้กับทุกระบบ โดยมุ่งเน้นการป้องกันและการรักษาสุขภาพควบคู่กันไป ส่วนวิธีดำเนินการอาจแตกต่างกันตามกลุ่มเป้าหมาย
- 2.4) ประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการจ่ายเงินเพื่อรับบริการสุขภาพในทุกระบบ
- 2.5) รัฐต้องสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมในกรณีที่โรงพยาบาลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายสูงสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง
- 2.6) กระทรวงสาธารณสุขต้องกระจายบุคลากรทางการแพทย์ทุกสาขาไปยังสถานพยาบาลต่าง ๆ ทั้งในเขตเมืองและชนบทอย่างเหมาะสม
- 2.7) กลไกระดับล่างที่ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพประชาชน เช่น อสม. สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน ต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพ
- 2.8) ควรมีความเสมอภาคในระบบประกันต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ใช้สิทธิแต่ละระบบได้รับการใกล้เคียงกัน
- 2.9) โรงพยาบาลควรมีระบบ database รองรับการตรวจสอบการเรียกเก็บเงินซึ่งกันและกัน
- 2.10) บัตรสุขภาพควรเป็นการบังคับซื้อไม่ใช่สมัครใจ และตั้งราคาตามเศรษฐฐานะของผู้ซื้อ
- 2.11) ข้าราชการควรรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนได้โดยเบิกตามที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินราคากลาง ส่วนที่เกินให้รับผิดชอบเองเหมือนระบบประกันสุขภาพเอกชน
- 2.12) รัฐควรให้งบประมาณสนับสนุนแต่ละระบบให้เท่าเทียมกันมากขึ้น

3) ประชาชนที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพหรืออยู่นอกระบบประกันสุขภาพควรมีระบบใดมารองรับ อย่างไร

- 3.1) โดยทฤษฎีไม่น่ามีผู้อยู่นอกระบบประกันสุขภาพ เพราะโดยสิทธิมนุษยชนทุกคนมีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐาน โรงพยาบาลให้การรักษาคนทุกคน ถ้าเรียกเก็บค่าใช้จ่ายได้ก็เก็บ ส่วนที่ไม่สามารถจ่ายได้ก็ต้องให้ฟรีโดยผ่านการพิจารณาของนักสังคมสงเคราะห์
- 3.2) ไม่ควรจัดให้มีระบบใหม่รองรับประชาชนกลุ่มนี้อีก ถ้ายากจนจริงก็จัดบัตร สปร.ให้ ผู้ที่พอมีเงินก็ให้ซื้อบัตรประกันสุขภาพ ถ้าทำงานก็แนะนำเรื่องประกันสังคม เมื่อใดที่ดำเนินการจริงจึงผู้ตกค้างจะหมดไป
- 3.3) ควรปรับปรุงระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่เดิมให้ดีขึ้นและสนับสนุนงบประมาณให้เพียงพอ
- 3.4) ภาครัฐและประชาสังคมให้ประชาชนที่ยังไม่เข้าถึงบริการมาซื้อบัตรประกันสุขภาพให้ทั่วถึง รวมทั้งชาวเขา แรงงานต่างด้าว และแรงงานอพยพภายในประเทศ ส.ส.ในท้องถิ่นอาจเข้ามาช่วยในส่วนนี้ เพราะเป็นหน้าที่ที่ต้องดูแลประชาชน
- 3.5) ควรมีระบบบางอย่างมารองรับ เช่น ระบบดอดอมเพื่อเกษียณ (คล้ายกับประกันสุขภาพของระบบประกันสังคม)

4) การใช้ทรัพยากรในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนมีความไม่ถูกต้องไม่เหมาะสมอย่างไรหรือไม่

- 4.1) ในสภาพเศรษฐกิจถดถอย เครื่องมือแพทย์ราคาแพง จำนวนหนึ่งถูกทิ้งไว้ไม่ได้ใช้ประโยชน์หรือใช้น้อย เมื่อมีโอกาสใช้ตามกระแสความต้องการแพทย์ อาจมีแนวโน้มสังเกตถึงความจำเป็น เช่น การทำ Mammogram ในหญิงไทยซึ่งไม่จำเป็นต้องตรวจด้วยเครื่อง หรือการผ่าตัดทำคลอดในรายที่สามารถคลอดปกติ เป็นต้น
- 4.2) โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขไม่ค่อยใช้ทรัพยากรเกินความจำเป็นเพราะส่วนใหญ่รับผู้ป่วยที่มีบัตรประกันสุขภาพ และบัตร สปร.
- 4.3) ในการรักษาผู้ทำประกันสุขภาพเอกชน เป็นไปได้ที่สถานพยาบาลอาจใช้ทรัพยากรเกินความจำเป็น เพื่อบริหารรายได้ทั้งจากบริษัทประกันและผู้ป่วยที่ต้องจ่ายเพิ่มเองในรายการที่ไม่ครอบคลุมโดยกรมธรรม์

- 4.4) อาจมีการใช้ทรัพยากรเกินความจำเป็นแก่ผู้ป่วยประกันสังคมบางรายที่เรียกร้องสิทธิมากเกินไป สถานพยาบาลต้องยอมให้เพราะเกรงว่าผู้รับบริการจะไม่พอใจ
- 4.5) การใช้ทรัพยากรที่น้อยไปบ้างสำหรับผู้ป่วยที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ หรือ สปร. เป็นเรื่องที่น่าเห็นใจสถานพยาบาล แต่ปณิธานของแพทย์ทุกคนก็ต้องการรักษาคนไข้ให้หายอยู่แล้ว
- 4.6) มีความไม่ทัดเทียมกันของบัญชียาหลักของโรงพยาบาลพบว่าโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขกับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมียาในบัญชีหลักมาใช้รักษาผู้ป่วยไม่เท่าเทียมกัน

5) ผลประโยชน์ของสถานพยาบาลหรือของแพทย์เป็นตัวแปรของความเหมาะสมในการให้บริการหรือไม่

- 5.1) มีส่วนจริงเพราะโรงพยาบาลรับคนไข้มาก ผู้ให้บริการทำงานมาก ถ้าไม่มีค่าตอบแทนก็ไม่มีกำลังใจทำงาน ผู้บริหารจำเป็นต้องพิจารณาว่าระบบใดที่ทำให้โรงพยาบาลมีรายรับหรือสามารถถ่ายเททรัพยากรมาใช้ได้
- 5.2) สถานพยาบาลที่ได้รับเงินเหมาจ่ายเป็นรายหัวต่อปี มีความเสี่ยงค่อนข้างสูงหากผู้ป่วยที่ต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูง จึงอาจมีแนวโน้มที่จะผลักผู้ป่วยให้ไปรักษาที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ของรัฐ
- 5.3) ผลประโยชน์ของสถานพยาบาลมีผลต่อความอยู่รอดและไม่ใช้ผลประโยชน์ส่วนบุคคลของแพทย์ แต่เป็นการทำหน้าที่แทนรัฐบาลเพื่อผลประโยชน์ของประเทศชาติ เพราะโรงพยาบาลรัฐยังอยู่ในระบบ ต้องนำส่วนที่กำไรไปชดเชยส่วนที่ขาดทุน ไม่ได้เอาเข้ากระเป๋าของตนเอง
- 5.4) ต่อปัญหานี้ ควรต้องมีการประเมินโดยบุคคลภายนอกจึงน่าจะเป็นธรรมสำหรับทุกฝ่าย

6) ข้อเสนอแนะที่น่าสนใจ

- 6.1) การปฏิรูประบบประกันสุขภาพ ควรมุ่งเน้นการป้องกันเพื่อลดภาระของรัฐที่ต้องดูแลผู้เจ็บป่วย

- 6.2) ควรให้ความรู้กับประชาชนว่าตนควรได้รับการตรวจรักษาระดับไหน ควรให้เข้าใจว่าการตรวจไม่จำเป็นต้องเอกซเรย์หรืออัลตราซาวด์ทุกครั้ง การรักษาไม่จำเป็นต้องฉีดยา หรือได้ยาหลาย ๆ อย่างในคราวเดียว เป็นต้น
- 6.3) นโยบายที่ผลักดันให้โรงพยาบาลออกนอกกรอบ อาจทำให้ไม่สามารถให้บริการแก่ประชาชนอย่างเหมาะสมได้ ค่าบริการอาจแพงขึ้น

บทที่ 6

การวิเคราะห์ผลการศึกษา

การวิเคราะห์ผลการศึกษาเป็นการสังเคราะห์ข้อมูลทุกส่วนที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มเสวนา กรณีศึกษา การสัมภาษณ์ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิด้านการประกันสุขภาพ รวมถึงข้อมูลที่ได้จากการทบทวนเอกสารวิชาการและผลงานวิจัยในบทที่ 2 เพื่อหาทิศทางตอบวัตถุประสงค์แต่ละข้อของการวิจัย ดังนี้

1. สภาพปัญหาของผู้รับบริการภายใต้ระบบประกันสุขภาพ 5 ระบบ และของประชาชนที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ

ปัญหาประการแรกของผู้รับบริการภายใต้ระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ คือ การไม่สามารถเลือกสถานพยาบาลด้วยตนเอง เช่น ผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการไม่สามารถใช้สถานพยาบาลของเอกชนในฐานะผู้ป่วยนอก ผู้ใช้สิทธิประกันสังคมสามารถเลือกสถานพยาบาลเองแต่ต้องไปรักษาที่สถานพยาบาลแห่งนั้นซึ่งถือเป็นคู่สัญญากับสำนักงานประกันสังคม ยกเว้นกรณีฉุกเฉินหรืออุบัติเหตุ ผู้ใช้สิทธิบัตรสุขภาพไม่ต้องมีใบส่งตัวจากสถานอนามัยไปโรงพยาบาลชุมชนแต่ต้องมีใบส่งตัวเมื่อต้องไปรับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลทั่วไป ผู้ใช้บัตร สปร. ต้องมีใบส่งตัวทั้งสองขั้นตอน แม้แต่ผู้มีประกันสุขภาพเอกชนบริษัทก็จะกำหนดประเภทของโรงพยาบาลที่ผู้เอาประกันจะไปรักษาได้ หากผิดจากกฎเกณฑ์ที่บริษัทตั้งไว้ก็ถือว่าผิดเงื่อนไขและจะไม่จ่ายค่ารักษายาบาลให้ ส่วนประชาชนที่ไม่มีหลักประกันใด ๆ ไม่ได้ถูกจำกัดในเรื่องของการเลือกสถานพยาบาล แต่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง ปัญหาที่ต่อเนื่องจากข้อจำกัดในการเลือกสถานพยาบาลคือความไม่สะดวกในการเดินทางไปรับการรักษา เฉพาะอย่างยิ่งในชนบทซึ่งเส้นทางคมนาคมอาจจะลำบาก โครงการ สปร.กำหนดให้ผู้รับบริการใช้สถานอนามัยในพื้นที่เป็นอันดับแรก และโรงพยาบาลชุมชนเป็นอันดับต่อไป แต่ผู้ใช้บัตร สปร. บางรายสามารถเดินทางไปสถานพยาบาลอื่นที่ง่ายกว่า จึงมีการลดขั้นตอนและต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง

ในด้านความพึงพอใจเมื่อไปรับบริการนั้น จากการศึกษาเชิงปริมาณพบว่าทุกกลุ่มมีความพึงพอใจในระดับปานกลาง ในส่วนที่ยังไม่พึงพอใจนั้น ผู้ใช้สิทธิรักษายาบาลของข้าราชการระบุว่าผู้ให้บริการขาดความกระตือรือร้นในการปฏิบัติหน้าที่ และต้องรอแพทย์นาน ทำให้เสียเวลาราชการและเพิ่มวันลาราชการ ผู้ใช้สิทธิประกันสังคมไม่พึงพอใจที่ต้องรอแพทย์นาน แต่พอได้ตรวจแพทย์ใช้เวลาเพียงนิดเดียว ทำให้คิดว่าแพทย์อาจไม่พบโรคภัยไข้เจ็บที่แท้จริง เสียเวลาในการรอยา และได้รับข้อมูลน้อยเกี่ยวกับโรคที่เป็นและวิธีปฏิบัติตัว ผู้ซื้อบัตรสุขภาพมีเพียงส่วนน้อยที่ไม่ประทับใจกับบริการที่ได้รับ แต่ก็มีบางส่วนที่เห็นว่าได้รับบริการไม่คุ้มค่าบัตร ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้ซื้อและ

สมาชิกที่ร่วมใช้สิทธิไม่ใคร่เจ็บป่วย หรือเพราะสมาชิกที่ใช้สิทธิได้น้อยกว่า 5 คน ผู้ใช้บัตร สปร. มีปัญหาจากระบบส่งต่อผู้ป่วยมากกว่ากลุ่มอื่น เพราะนอกจากจะล่าช้าเสียเวลาแล้วยังทำให้ค่าใช้จ่ายที่ไม่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลโดยตรง เช่น ค่าเดินทาง ค่ากินอยู่ระหว่างรอการรักษา และอื่น ๆ อีกมาก ซึ่งเป็นข้อด้อยที่ทำให้ผู้มีบัตร สปร. บางส่วนไม่ต้องการใช้สิทธินี้ ผู้มีประกันสุขภาพเอกชนมี ปัญหาจากการที่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเพิ่มบางส่วนสำหรับการรักษาที่เกินเงื่อนไขในกรมธรรม์ หรือที่เกิดจากการที่สถานพยาบาลยึดเยียดการรักษาเกินความจำเป็นหรือใช้อุปกรณ์การรักษาที่แพง เกินกว่าอาการของโรค

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างบางกลุ่มได้พบ ความแตกต่างระหว่างผลลัพธ์การศึกษาเชิงปริมาณและการศึกษาเชิงคุณภาพคือ จากการศึกษาระดับ ปริมาณพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างในระบบประกันสังคมน้อยกว่าค่าเฉลี่ย ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างในระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจ ขณะที่กลุ่มเสวนาผู้ใช้สิทธิ ประกันสังคมในเขตจังหวัดสมุทรปราการ พบว่าได้รับบริการที่น่าพึงพอใจเนื่องจากได้รับการต้อนรับ ดี มีช่องทางพิเศษ และสถานบริการเสนอส่วนลดให้กับบุคคลในครอบครัวอีกด้วย ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็น เพราะในเขตจังหวัดสมุทรปราการมีโรงพยาบาลเป็นจำนวนมาก จึงต้องแข่งขันกันเพื่อที่จะได้รายได้ จากการเหมาจ่ายต่อหัวจากสำนักงานประกันสังคม ซึ่งแตกต่างกับอีก 3 จังหวัดในพื้นที่ศึกษา

ต่อปัญหาที่ว่าผู้รับบริการรู้สึกว่าจะได้รับความเสมอภาคหรือความเท่าเทียมกับผู้ รับบริการในระบบประกันสุขภาพอื่นหรือไม่ในด้านการดูแลเอาใจใส่จากแพทย์และพยาบาล การได้รับ คำตอบที่ชัดเจนเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค ปริมาณ และคุณภาพของยาที่ได้รับ ปรากฏว่าผู้มีประกัน สุขภาพเอกชนมีความมั่นใจน้อยกว่ากลุ่มอื่นที่จะตอบว่าเท่าเทียมหรือไม่ เนื่องจากส่วนใหญ่จะไป รับบริการจากโรงพยาบาลเอกชน กลุ่มผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาของข้าราชการส่วนใหญ่ เห็นว่าตนได้รับความเท่าเทียมกับผู้รับบริการที่ใช้สิทธิบัตรอื่นเช่นเดียวกับกลุ่มของผู้ใช้สิทธิประกัน สังคม กลุ่มตัวอย่างโครงการบัตร สปร. เห็นว่าเมื่อไปรับบริการที่โรงพยาบาลทั่วไป กลุ่มของตนได้ รับบริการที่ดีกว่าผู้มีประกันสุขภาพเอกชน ผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาของข้าราชการ ผู้ ประกันตน และผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพ แต่ไม่แตกต่างกับผู้บัตรสุขภาพ ขณะที่ในกลุ่มเสวนาผู้ ใช้บัตรสุขภาพเห็นว่าการมีบัตรสุขภาพได้รับบริการที่ดีกว่าและสบายใจกว่าผู้บัตร สปร. แต่ถ้า เปรียบเทียบกับกลุ่มสวัสดิการรักษายาของข้าราชการหรือผู้ป่วยที่จ่ายเงินเองทั้งหมด เห็นว่า บุคคลใน 2 กลุ่มหลังจะได้รับบริการที่ดีกว่า ดังนั้นปัญหาอีกประการหนึ่งของผู้รับบริการคือความไม่ เท่าเทียมกันในการได้รับบริการซึ่งเกิดจากพฤติกรรมของฝ่ายผู้ให้บริการ

ปัญหาหน้กอกของผู้ป่วยในทุกกลุ่มที่ทำการศึกษา ได้แก่ ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายใน การรักษาพยาบาล ข้าราชการและครอบครัวต้องจ่ายเงินเองเมื่อไปรับบริการในฐานะผู้ป่วยนอกของ

โรงพยาบาลเอกชน และในกรณีที่แพทย์สั่งยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ผู้ใช้สิทธิบัตรสุขภาพและบัตร สปร. ต้องจ่ายเงินเองในกรณีที่ข้ามขั้นตอนการส่งต่อ ใช้บริการพิเศษที่อยู่นอกสิทธิ ไม่ได้นำบัตรมาด้วย ลืมแสดงบัตร หรือเจตนาไม่แสดงบัตร เมื่อรวมกับค่าใช้จ่ายในการเดินทางและอื่น ๆ ก็เป็นความเดือดร้อนสำหรับผู้ที่ยากจนหรือมีรายได้น้อย จนมีกรณีที่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลระบุว่าต้องควักเงินจ่ายเป็นค่ารถให้ผู้ป่วยกลับบ้าน กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพต้องจ่ายค่ารักษาเองทั้งหมด ซึ่งอาจไม่เป็นปัญหาสำหรับคนชั้นกลาง แต่สำหรับประชาชนระดับล่างต้องใช้เงินออมในครอบครัวหรือเงินที่บุคคลในครอบครัวไปทำงานหารายได้ที่อื่นส่งมาให้ จากข้อมูลเชิงปริมาณผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพที่ต้องขอความช่วยเหลือรักษาพยาบาลฟรีจากหน่วยงานสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาลมีร้อยละ 18.3

ปัญหาอันเนื่องมาจากค่าใช้จ่ายจะมากเป็นทวีคูณในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ต่างจังหวัด แต่จำเป็นต้องมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในกรุงเทพฯ ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าที่พัก ค่ากินอยู่ และค่าใช้จ่ายสำหรับอุปกรณ์การรักษาและยาที่เบิกไม่ได้ จนครอบครัวที่เคยพอมีพอกินเดือดร้อนแสนสาหัสจากหนี้สินที่ต้องชดเชยไปตลอดชีวิต ดังตัวอย่างในกรณีศึกษาที่ 11 และ 12

ปัญหาในการรับบริการของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจริงจากกรณีศึกษา นอกจากค่าใช้จ่ายส่วนเกินที่เบิกไม่ได้สูงเกินความสามารถที่จะจ่ายได้แล้ว ยังมีอีกหลายรูปแบบ ได้แก่ การที่ผู้ป่วยซึ่งมีสิทธิที่จะรับบริการสุขภาพได้หลายสิทธิ แต่ไม่มีโอกาสเลือกใช้สิทธิตามต้องการ สถานประกอบการไม่แจ้งจดทะเบียนประกันสังคมให้ลูกจ้าง บัตรประกันสังคมไม่คุ้มครองเนื่องจากการตีความว่าเป็นการเจ็บป่วยในงานซึ่งสิทธิคุ้มครองมีน้อยกว่า แพทย์ไม่ยอมเขียนใบส่งตัวให้ใช้สิทธิสำหรับการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูง สถานพยาบาลไม่ยอมส่งตัวไปรักษาที่อื่นโดยเหตุผลว่าสถานพยาบาลนั้นสามารถดูแลได้เอง ระบบส่งต่อทำให้ความลับของการเจ็บป่วยถูกเปิดเผย ผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพเจ็บป่วยเรื้อรัง ค่าใช้จ่ายสูง ไม่สามารถเข้าถึงระบบประกันสุขภาพ ซึ่งทุกปัญหานี้มาซึ่งความเดือดร้อนแก่ผู้ป่วย

2. สาเหตุของปัญหาด้านการดำเนินการที่เป็นปัญหาต่อผู้รับบริการ

การที่ยังมีผู้อยู่นอกระบบประกันสุขภาพในสัดส่วนที่สูงถึงร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมดนั้น ส่วนหนึ่งเกิดจากปัญหาการเข้าไม่ถึงบริการซึ่งเกี่ยวข้องกับการดำเนินการ สำหรับบัตร สปร. การวัดรายได้ขั้นต่ำที่ 2,800 บาทต่อปีนั้นวัดได้ยาก และเกณฑ์ระดับรายได้นี้ขาดความเหมาะสมในสภาวะปัจจุบันเพราะต่ำเกินไป ทำให้ผู้ควรได้รับบัตร สปร. ไม่ได้หลักประกันสุขภาพ นอกจากนี้ระบบอุปถัมภ์ในสังคมยังมีอยู่มาก ก่อให้เกิดการเลือกปฏิบัติในการพิจารณาให้สิทธิบัตร รวมทั้งอาจขาดการประสานงานที่ระหว่าผู้มีหน้าที่ออกบัตรประเภทสงเคราะห์ด้วย

ในด้านสิทธิที่ผู้อยู่ในระบบประกันสุขภาพควรจะได้รับนั้น เนื่องจากกฎหมายที่รองรับแต่ละระบบแตกต่างกัน บางระบบเป็นพระราชบัญญัติ บางระบบเป็นพระราชกฤษฎีกา หรือเป็นเพียงกฎกระทรวง หรือระเบียบปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้เกิดปัญหาในการตีความคุ้มครองสิทธิ ซึ่งมักจะตีความเข้าใจผู้ให้บริการเมื่อเกิดมีปัญหาในทางปฏิบัติ

คุณภาพของบริการอาจถูกกระทบได้จากความพยายามเพื่อควบคุมต้นทุน ดังที่พบจากการวิจัยครั้งนี้สถานพยาบาลมีข้อจำกัดในการให้บริการแก่ผู้ใช้บัตรประเภทสงเคราะห์เนื่องจากความจำเป็นด้านงบประมาณ โรงพยาบาลส่วนใหญ่ยังต้องรับบริจาคหรือมีมูลนิธิช่วยเหลือทางการเงินกันอยู่ ข้อมูลด้านคุณภาพของบริการไม่ได้รับโดยตรงจากการศึกษาเชิงปริมาณ แต่ได้จากกลุ่มเสวนา ซึ่งมีผู้ให้ความเห็นว่าแพทย์เฉพาะทางที่มีความสำคัญต่อชีวิตประชาชนกลับขาดแคลน ขณะที่แพทย์ผิวหนังรักษาสิวกลับมีเพียงพอ โรงพยาบาลมีแนวโน้มจ่ายยาเกินความจำเป็น เช่น จ่ายเป็นจำนวนมาก ยาที่เหลือต้องทิ้งไปโดยเปล่าประโยชน์ ถ้าป่วยหนักหรือบาดเจ็บสาหัสไปรับบริการมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตระหว่างที่คอยแพทย์ เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลบางคนไม่เข้าใจเรื่องสิทธิของผู้ใช้บัตร แพทย์วินิจฉัยโรคไม่เหมือนกัน อันตรายตอกอยู่กับผู้ป่วย จนอยากถามว่า "หมอเรียนตำราเดียวกันไหม?" แพทย์บางคนไม่รักษาน้ำใจคนไข้ เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่วนใหญ่ให้บริการดีบ้างไม่ดีบ้างตามอารมณ์ เป็นต้น ผู้ให้บริการในกลุ่มเสวนาให้ความเห็นว่า แพทย์มีเวลาอยู่ในโรงพยาบาลจำกัด เนื่องจากรับงานนอกโรงพยาบาลหรือทำคลินิกส่วนตัว นอกจากนี้ยังพบว่าโรงพยาบาลที่ลงทุนซื้อเครื่องมือทางการแพทย์ราคาแพง มีแนวโน้มจะใช้เครื่องมือเหล่านั้นจนทุนคืน โดยนำมาใช้กับการเจ็บป่วยธรรมดา เช่น การผ่าตัดที่ไม่สำคัญ หรือการผ่าตัดทำคลอดในรายที่ผู้ป่วยสามารถคลอดตามธรรมชาติได้ เป็นต้น

ส่วนในด้านความเสมอภาคหรือความเท่าเทียมในการให้บริการนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมในบทที่ 2 และการให้สัมภาษณ์ของผู้ทรงคุณวุฒิมีน้ำหนักพอจะเชื่อได้ว่า ผลประโยชน์ของสถานพยาบาลรวมทั้งผลประโยชน์ด้านค่าตอบแทนของแพทย์และเจ้าหน้าที่มีอิทธิพลสูงต่อการให้บริการที่ไม่เหมาะสมและไม่ถูกต้อง ทั้งมากไปในกรณีสวัสดิการรักษายาของข้าราชการ และน้อยไปในกรณีของบัตรสุขภาพและบัตร สปร. ซึ่งหมายถึงว่ามีการเลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วย แพทย์ทุกคนมีปณิธานที่ต้องการรักษาคนไข้ให้หาย แต่ผู้บริหารอาจมีความจำเป็นต้องพิจารณาว่าทำอย่างไรโรงพยาบาลจึงจะมีรายรับหรือสามารถถ่ายเททรัพยากรมาใช้ได้ สถานพยาบาลที่ได้รับเงินเหมาจ่ายเป็นรายปี มีความเสี่ยงค่อนข้างสูงหากรับผู้ป่วยที่ต้องรักษาโดยมีค่าใช้จ่ายสูง จึงมีความระมัดระวังในการใช้จ่าย และไม่สามารถปฏิบัติต่อผู้ป่วยในทุกระบบโดยเท่าเทียมกันได้

การได้รับงบประมาณน้อยในกรณีของบัตรสุขภาพและบัตร สปร. แต่ต้องรับภาระดูแลผู้ป่วยจำนวน 30-40 ล้านคน เป็นภาระแก่สถานพยาบาล ทำให้เจ้าหน้าที่ขาดแรงจูงใจในการให้

บริการ นอกจากนี้เงินค่าตอบแทนผู้ให้บริการยังถูกตัดทอนลงจากส่วนกลางก่อนถึงมือผู้ให้บริการ ทำให้ได้รับน้อยขณะที่ผู้ป่วยมีจำนวนมากและเจ้าหน้าที่ทุกคนทำงานหนัก เวิร์บายและเวิร์ดิกจะมีอัตราค่าจ้างไม่เพียงพอ ทำให้มีปัญหาในการให้บริการ และทำให้ถูกร้องเรียนจากผู้รับบริการ ซึ่งไม่เป็นการส่งเสริมให้มีกำลังใจในการทำหน้าที่

ปัญหาของผู้รับบริการที่เกิดจากการดำเนินการ ยังรวมถึงการที่เจ้าหน้าที่ผู้ออกบัตร 'ไม่ได้อธิบายให้ผู้มีบัตรเข้าใจในสิทธิประโยชน์และกระบวนการเข้าถึงบริการ ทำให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลต้องเสียเวลามากในการอธิบายแก่ผู้ป่วย จากกรณีศึกษาได้พบว่าแพทย์และพยาบาลบางรายยังมีความเข้าใจไม่ดีพอเกี่ยวกับสิทธิและขอบเขตการคุ้มครองของสิทธิบัตรประเภทต่าง ๆ ซึ่งมีหลากหลาย และระเบียบปฏิบัติของแต่ละพื้นที่ยังแตกต่างกันในรายละเอียด ทำให้เกิดปัญหาด้านการใช้ประโยชน์จากสิทธิที่มีของผู้รับบริการอีกด้วย

3. แบบแผนการใช้บริการสุขภาพของประชาชนที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ

การวิจัยหาข้อมูลเกี่ยวกับประชาชนที่ไม่มีหลักประกันคุณภาพซึ่งมีจำนวนไม่น้อยกว่า 18 ล้านคนยังมีน้อยมาก นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ ให้สัมภาษณ์ในจดหมายข่าว สวรส. ฉบับประจำเดือนธันวาคม 2541 ว่า "เราบ่นกันมากเลยเรื่องคนไทยไม่มีประกันสุขภาพ ผมมีคำถามขึ้น ๆ ว่า แล้วคนที่ไม่มีประกันสุขภาพเป็นใคร ต้องการความช่วยเหลือขนาดไหน เป็นคนรวยหรือคนจน..... ก็ยังไม่มีใครวิจัยตรงนี้ออกมาชัด ๆ นะ เราจะได้รู้กันเสียที"

ในงานวิจัยชิ้นนี้ ผู้อยู่นอกระบบประกันเป็นเพียง 1 ใน 6 กลุ่มเป้าหมาย ได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิว่า ประชาชนที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ เลยนั้น ส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มประชาชนที่เข้าไม่ถึงบริการ ประชาชนที่มีแหล่งที่อยู่ไม่แน่นอน ไม่มีทะเบียนบ้าน เช่น เป็นคนยากจน เกษตรกรยากจน ชาวเขา แรงงานอพยพ เป็นต้น โดยทฤษฎีไม่ควรมีประชาชนที่อยู่นอกระบบประกันสุขภาพ เพราะในแง่สิทธิมนุษยชนถือว่ามนุษย์ทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับบริการรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐาน และโดยหลักการผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพเมื่อไปโรงพยาบาลก็ต้องได้รับการเหมือนคนอื่น ๆ ดังนั้นถ้าหาทางให้ประชาชนกลุ่มนี้เข้าถึงระบบประกันสุขภาพ จำนวนของผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพก็จะลดลงได้มาก

ผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพไม่สามารถเข้าถึงบริการส่วนหนึ่งเพราะขาดการรับรู้ซึ่งอาจเกิดจากการที่เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ไม่ได้ทำงานเต็มที่ และส่วนหนึ่งขาดหลักฐานมาแสดงประกอบการรับบัตร สปร. หากมีการยืดหยุ่นบ้าง เช่น อาจใช้วิธีให้ผู้เชื่อถือได้รับรอง ก็น่าจะออกบัตร สปร. ให้ได้ ส่วนใหญ่ของผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพในการวิจัยครั้งนี้ต้องการมีบัตร สปร. แต่ยังไม่มีความจำเป็นรีบด่วนเพราะตนเองและครอบครัวไม่เคยเจ็บป่วยรุนแรงที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงใน

การรักษา จึงไม่กระตือรือร้นที่จะดำเนินการเพื่อให้ได้บัตร ส่วนน้อยที่ไม่ต้องการมีบัตร สปร.เพราะต้องการเลือกสถานพยาบาลโดยตรงเอง

ผู้ให้บริการให้ข้อมูลว่าประชาชนที่ไม่มีสิทธิบัตรใด ๆ เมื่อเจ็บป่วยจะใช้บริการของสถานบริการของรัฐน้อยกว่าประชาชนที่มีสิทธิบัตร แบบแผนที่เป็นอยู่ก็คือเมื่อเจ็บป่วยไม่รุนแรงหรือเป็นระยะแรก ส่วนหนึ่งจะไปร้านขายยาหรือคลินิกแพทย์ ในกรณีที่ไปรับบริการที่สถานพยาบาลของรัฐ นอกจากในเรื่องค่าใช้จ่ายแล้วจะพบปัญหาไม่แตกต่างไปจากประชาชนที่มีหลักประกันสุขภาพโดยทั่วไป ในด้านค่าใช้จ่ายถ้าเป็นผู้ป่วยนอกจะมีค่าใช้จ่ายไม่สูงนักเพราะส่วนใหญ่จะไปใช้บริการของรัฐ ดังนั้นส่วนใหญ่จึงยังสามารถพึ่งพาตนเองได้ แต่กรณีที่เป็นผู้ป่วยในจะมีค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นตามความหนักเบาของการเจ็บป่วยแม้จะเป็นผู้ป่วยสามัญ เมื่อมีค่าใช้จ่ายสูงและบอกพยาบาลว่าไม่มีเงินพอ ทั้งโรคที่เป็นยังมีความจำเป็นจะต้องรักษาต่อไปอีกยาวนาน พยาบาลจะแนะนำให้ซื้อบัตรสุขภาพ จึงตัดปัญหาค่าใช้จ่ายบางส่วนไปได้ (กรณีศึกษาที่ 11) แต่ถ้าเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง เช่นโรคทางพันธุกรรมที่ต้องรักษาไปตลอดชีวิตจะไม่สามารถเข้าถึงระบบประกันสุขภาพใด ๆ ได้ นอกจากเมื่อไปรักษาต้องขอลดหย่อนหรือผิดผ่อนการจ่ายเงิน ซึ่งเป็นความทุกข์ทรมานทางใจเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้รักษาศักดิ์ศรีของตนเอง (กรณีศึกษาที่ 12) เนื่องจากประชาชนที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพส่วนใหญ่จะมีรายได้น้อย (แม้ว่าจากข้อมูลเชิงปริมาณจะพบว่าเป็นกลุ่มที่มีรายได้สูงกว่ากลุ่มที่มีบัตร สปร.) ความสามารถในการพึ่งพาตนเองจึงมีได้ในระดับที่การรักษาพยาบาลไม่มีค่าใช้จ่ายมากนักคือในกรณีที่เจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ที่พึ่งอื่นนอกจากตนเองคือ ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง นายทุนกู้ยืม ซึ่งก็คงไม่สามารถแก้ปัญหาให้ได้ตลอดไป เฉพาะอย่างยิ่งที่พึ่งประการหลังสุดอาจทำให้ทุกข์หนักยิ่งขึ้น

ผู้ทรงคุณวุฒิท่านหนึ่งเสนอให้สมาชิกสภาผู้แทนราษฎรมีบทบาทในการจัดการกับปัญหาผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพเนื่องจากเป็นตัวแทนของประชาชนโดยการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ของรัฐซึ่งเป็นแนวคิดที่ดี กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยยังไม่มีใครที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในชุมชนเพื่อช่วยเหลือตนเองในด้านบริการสุขภาพ แม้ว่าปัจจุบันจะมีกลุ่มสัจจะออมทรัพย์อย่างน้อย 2 แห่งที่จัดหลักประกันสุขภาพแก่สมาชิกอย่างเป็นระบบ ได้แก่ กลุ่มสัจจะออมทรัพย์ตำบลคลองเปี้ยะอำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา และกลุ่มสัจจะออมทรัพย์พระอาจารย์สุบิน ปณีโต วัดไผ่ล้อม จังหวัดตราด กลุ่มสัจจะออมทรัพย์ตำบลคลองเปี้ยะ ก่อตั้งเมื่อปี 2523 เริ่มจ่ายค่ารักษาพยาบาลในปี 2537 ในอัตราร้อยละ 30 ของเงินที่สมาชิกจ่ายจริงโดยไม่จำกัดวงเงิน และเพิ่มค่ารักษาพยาบาลในอัตราร้อยละ 10 ทุกปี โดยเกณฑ์นี้สมาชิกจะเบิกค่ารักษาพยาบาลได้เต็มหรือตามที่จ่ายจริง กลุ่มสัจจะออมทรัพย์พระอาจารย์สุบิน ปณีโต จ่ายค่ารักษาพยาบาลสมาชิกที่เจ็บป่วยต้องนอนโรงพยาบาลสูงสุดคืนละ 200 บาท ไม่เกิน 15 คืนต่อปี ในการพิจารณาเงินกู้เพื่อสวัสดิการจะให้ความ

สำคัญกับการกู้เพื่อการรักษาพยาบาลเป็นอันดับแรก คณะผู้วิจัยเห็นว่าหากแนวคิดนี้ได้แพร่หลายออกไป นอกจากจะส่งเสริมการพึ่งพาตนเองของประชาชนแล้ว ยังเป็นการสร้างความมั่นคงของระบบประกันสุขภาพโดยรวมอีกด้วย

เพื่อที่จะลดจำนวนผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพและสนับสนุนนโยบายให้ประชาชนมีหลักประกันโดยถ้วนหน้า ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอว่า เจ้าหน้าที่ของรัฐต้องเข้าถึงประชาชนและให้ประชาชนเข้าถึงบริการ วิธีการคือการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้รับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพอย่างกว้างขวาง จัดการสำรวจรายครอบครัวให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องชัดเจนทุกด้าน ประสานงานกับทุกหน่วยราชการที่เกี่ยวข้องรวมทั้งองค์กรเอกชนและประชาคมสาธารณสุข ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีอยู่หลากหลาย เช่น ชมรมแพทย์ชนบท ชมรมเภสัชชนบท ชมรมเภสัชโรงพยาบาลชุมชน ชมรมทันตสาธารณสุข ชมรมแพทย์โรงพยาบาลศูนย์ ชมรมพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน เป็นต้น องค์กรภาคประชาชนที่มีบทบาทอย่างสูงในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ ได้แก่ มูลนิธิหมอชาวบ้าน ซึ่งได้จัดพิมพ์นิตยสารหมอชาวบ้านเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพต่อเนื่องกันมานานกว่า 2 ทศวรรษ รวมทั้งจัดรายการวิทยุเกี่ยวกับสุขภาพเป็นประจำ

การที่จะจัดให้ผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพจำนวนมากถึง 18 ล้านคน ได้เข้าอยู่ในระบบประกันอย่างทั่วถึงนั้นจะต้องใช้เวลานานและต้องการความร่วมมือจากหลายฝ่ายรวมทั้งประชาชนในกลุ่มนี้เองที่จะต้องปรับเปลี่ยนทัศนคติเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและวิถีปฏิบัติเรื่องสุขภาพว่าตนเองมีบทบาทสำคัญที่สุด นับตั้งแต่การป้องกันตนเองไม่ให้เจ็บป่วย มีการออมเพื่อใช้จ่ายในกรณีเจ็บป่วย ร่วมมือกับชุมชนในการรับสวัสดิการด้านสุขภาพ โดยพยายามไม่ให้เป็นการขอของชุมชนหรือของรัฐ

4. ปัญหาการรับบริการซึ่งเกิดจากจุดอ่อนของระบบและคุณภาพการให้บริการ

ปัญหาการรับบริการซึ่งเกิดจากจุดอ่อนของระบบวิเคราะห์ระบบได้ดังนี้

ระบบสวัสดิการรักษายาของข้าราชการ จุดอ่อนอยู่ที่ไม่มีการควบคุมการใช้สิทธิ จึงมักมีการใช้สิทธิมากเกินไปและมีการเบิกเงินค่ารักษายาเกินจริงเนื่องจากขาดระบบตรวจสอบ การจ่ายค่ารักษายาไปก่อนแล้วทำเบิกจากต้นสังกัดในกรณีผู้ป่วยนอกทำให้ข้าราชการชั้นผู้น้อยเดือดร้อน ทำให้ต้องแอบซื้อบัตรสุขภาพ เพื่อลดภาระค่ายาที่ต้องจ่ายเมื่อรับยา

ระบบประกันสังคม จุดอ่อนของระบบคือความพึงใจของผู้ป่วยประกันสังคมที่คิดว่าตนจะได้รับบริการต่ำกว่ามาตรฐานหรือได้ยาคุณภาพต่ำ อาจมีสถานบริการบางแห่งที่ปฏิบัติเช่นนั้นจริง เนื่องจากค่านึงถึงผลกำไรมากเกินไป แต่เชื่อว่าจะเป็นส่วนน้อยมาก เพราะสำนักงานประกันสังคมมีระบบตรวจสอบสถานพยาบาลคู่สัญญา หากพบว่าเป็นเช่นนั้นก็จะเลิกสัญญา โดยความ

เป็นจริงระบบนี้มีจุดแข็งมากกว่าจุดอ่อน แต่มักจะมีผู้ร้องเรียนผ่านสื่อมวลชนอยู่เสมอว่าแพทย์ให้บริการไม่เหมาะสม ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้ประกันตนส่วนหนึ่งเป็นสมาชิกสหภาพแรงงานซึ่งพร้อมจะเรียกร้องหรือวิพากษ์วิจารณ์เมื่อเห็นว่าตนไม่ได้รับความยุติธรรม เป็นการดีที่สำนักงานประกันสังคมมีการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อสาธารณะอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งน่าจะช่วยให้เข้าใจการคุ้มครองสิทธิของผู้ประกันตนมากขึ้น

ระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจ จุดอ่อนของระบบคือผู้มีกำลังซื้อที่แตกต่างกัน ชี้อัตราในราคาเดียวกัน ผู้ซื้อส่วนใหญ่ป่วยมาก่อน ผู้ไม่เจ็บป่วยไม่มาซื้อบัตร ทำให้สถานพยาบาลมีรายรับต่ำ รายได้สูง เป็นระบบที่ไม่คุ้มค่าใช้จ่าย สถานพยาบาลบางแห่งไม่ยอมขายบัตรเพราะขาดทุน การเปลี่ยนกฎเกณฑ์บ่อยทำให้เกิดความสับสนในการปฏิบัติงาน และผู้รับบริการบางส่วนเห็นว่าบัตรสุขภาพมีไว้สำหรับประชาชนชั้นสอง

โครงการบัตร สป.ร. จุดอ่อนของระบบนี้มีค่อนข้างมาก การส่งต่อผู้ป่วยมีขั้นตอนมากทำให้ผู้รับบริการเดือดร้อน สถานพยาบาลได้รับงบประมาณน้อย รายรับต่ำกว่ารายจ่าย จึงไม่ยอมรับผู้ป่วยบัตร สป.ร. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยส่วนใหญ่ไม่รับคนไข้ สป.ร. สรุปคือเป็นโครงการที่ขาดทุนร่วมกัน ประชาชนขาดทุนเพราะได้บริการที่ไม่ดี และสถานพยาบาลก็ขาดทุนเพราะรายรับน้อยกว่ารายจ่าย

ระบบประกันสุขภาพเอกชน จุดอ่อนของระบบนี้คือการดำเนินการแบบธุรกิจค้ากำไรโดยไม่รับประกันผู้ที่ประกอบอาชีพมีความเสี่ยงสูง ผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโรคประจำตัว ซึ่งจะทำให้มีค่าใช้จ่ายสูง โดยลักษณะแล้วระบบประกันประเภทนี้เป็นทางเลือกสำหรับผู้ไม่อยู่ในข่ายของ 4 ระบบประกันข้างต้นที่มีฐานะดีพอสมควร หรือเป็นระบบทางเลือกเสริมสำหรับผู้ใช้สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ หรือผู้มีบัตรประกันสังคมที่ต้องการการต้อนรับที่ดี ความสะดวกสบาย และสามารถจ่ายค่าเบี้ยประกันได้ หากมีการปรับปรุงระบบประกันต่าง ๆ ในภาครัฐให้มีประสิทธิภาพและครอบคลุมจำนวนประชากรให้มากขึ้น ระบบประกันสุขภาพเอกชนอาจได้รับผลกระทบพอสมควร

ในภาพรวมจุดอ่อนอีกประการหนึ่งของระบบประกันสุขภาพเกิดจากความซ้ำซ้อนในการใช้สิทธิและความไม่ต่อเนื่องของหลักประกัน เงื่อนไขของสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการจะไม่คุ้มครองบุตรข้าราชการเมื่ออายุเกิน 18 ปี ผู้สูญเสียอาชีพและหางานใหม่ทำไม่ได้เป็นเวลานานอาจสูญเสียสิทธิภายใต้ระบบประกันสังคม บัตรสุขภาพเป็นบัตรที่มีอายุ 1 ปี ผู้ที่ไม่ซื้อบัตรเมื่อบัตรหมดอายุแล้วก็เท่ากับขาดหลักประกัน บัตร สป.ร.ต้องทำใหม่ทุก 3 ปี และบัตรประกันสุขภาพเอกชนก็มีสัญญาปีต่อปี การเก็บข้อมูลต้องให้ทันสมัยอยู่ตลอดเวลาจึงจะสามารถนำไปประกอบในการวางแผนที่มีประสิทธิภาพได้

ในส่วนปัญหาการรับบริการที่เกิดจากคุณภาพของบริการนั้นไม่พบว่าเกิดจากมาตรฐานและความรู้ทางวิชาชีพแต่อย่างใด และการให้การรักษาก็ทำให้สุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น อย่างไรก็ตามการที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการบริการทันต่อเหตุการณ์ ไม่ให้เวลาในการตรวจรักษาจนเกิดความมั่นใจว่าการวินิจฉัยโรคจะถูกต้อง หรือมีความรู้สึกว่ายากที่ได้รับมีคุณภาพด้อยกว่าผู้ใช้สิทธิในระบบอื่น ก็จะไม่มีความพอใจ ถ้าตีความว่าคุณภาพของบริการคือการให้บริการที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการก็อาจต้องมีการปรับปรุงในระดับหนึ่ง คุณภาพของบริการโดยสถานพยาบาลย่อมดีขึ้นหากมีทรัพยากรกำลังคนและอุปกรณ์เครื่องมือที่มีมาตรฐานและเพียงพอ รวมทั้งได้รับงบประมาณสนับสนุนจากรัฐอย่างสมเหตุสมผล

5. แนวทาง/กลไกที่จะนำไปสู่การปรับระบบการบริหารจัดการบริการสุขภาพระดับชาติ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าข้อเสนอเกี่ยวกับการปรับปรุงประสิทธิภาพของระบบประกันสุขภาพมากมาย เนื่องจากเป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องใกล้ชิดกับการปฏิรูประบบสุขภาพ ข้อเสนอแนะที่น่าสนใจคือเสนอให้มีทั้งการปรับปรุงรายระบบ การควบคุมบางระบบประกันเข้าด้วยกัน และการผนวกระบบประกันสุขภาพซึ่งแยกย่อยเป็นหลายประเภทเข้าเป็นระบบเดียวในชื่อ “โครงการประกันสุขภาพ” คำนี้ง่ายมาจากการเก็บภาษีทั่วไป ซึ่งเป็นการจัดเก็บภาษีแบบก้าวหน้า เช่นเดียวกับหลาย ๆ ประเทศในยุโรปซึ่งระบบประกันสุขภาพมีความเข้มแข็งมาก

แนวคิดเกี่ยวกับการปรับปรุงสุขภาพในลักษณะดังกล่าวมีที่มาจากการศึกษาพบว่าการใช้จ่ายเพื่อสุขภาพสูงมากทั้งในภาครัฐและเอกชน ขณะเดียวกันก็ยังมีปัญหาในด้านคุณภาพของบริการ และที่ที่มีการกล่าวถึงอยู่ตลอดเวลาคือความสูญเสียทั้งทางเศรษฐกิจและสังคมซึ่งเกิดจากการเสี่ยงทางจริยธรรม (Moral hazard) และการบริหารอย่างมีอคติ (Adverse selection) จึงต้องมีการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังใหม่ ให้มีการใช้เงินอย่างคุ้มค่าที่สุด และให้ความเสมอภาคในการรับบริการแก่ประชาชนทุกคน รวมถึงให้ประชาชนทุกคนมีสิทธิเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีความจำเป็น (Essential care) ส่วนบริหารสุขภาพที่ไม่จำเป็น (Non-essential care) ให้ประชาชนรับผิดชอบเอง

บางมาตรการที่เสนอ รัฐบาลได้รับไปดำเนินการแล้ว เช่น ข้อเสนอโดยนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และคณะ ที่เสนอว่าควรมีการขยายความคุ้มครองด้านประกันสังคมให้รวมถึงสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป ข้อเสนอให้มีการส่งเสริมบทบาทประชาคมและสังคมในการประกันสุขภาพ ซึ่ง ณ ปัจจุบันมีหลายชุมชนดำเนินการอยู่บ้างแล้ว และมีความเป็นไปได้ที่รัฐจะสนับสนุนให้เป็นนโยบายระดับชาติ คณะผู้วิจัยมีความเห็นว่ากลไกต่าง ๆ เพื่อปรับระบบประกันสุขภาพให้ไปถึงจุดหมายของการประกันสุขภาพถ้วนหน้ากำลังขับเคลื่อนไปในทางที่สอดคล้องกันอย่างดี ดังเช่นกระทรวงสาธารณสุขเองก็มีแผนที่จะจัดสรรงบประมาณให้แก่สถานพยาบาลอย่าง

เป็นธรรมและมีประสิทธิภาพ โดยจะจัดงบประมาณตามปริมาณของงาน (Money follow services) และความจำเป็นทางการแพทย์และสาธารณสุข (Health needs) รวมทั้งปรับวิธีการจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลในทางที่จะก่อให้เกิดแรงจูงใจในการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบ และควบคุมค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ได้ เช่น เหมาจ่ายตามรายหัว (Capitation) สำหรับบริการขั้นปฐมภูมิ จ่ายตามปริมาณบริการ (Fee for service) สำหรับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นต้น

ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยนี้เป็นไปในแนวทางที่ว่าทุกระบบมีจุดอ่อนที่ต้องแก้ไขและอยู่ในวิสัยที่จะแก้ไขได้ ปัจจุบันบัตรแต่ละประเภทมีสิทธิแตกต่างกัน ถ้ามีการเอื้อประโยชน์แก่ผู้รับบริการเท่าเทียมกันทุกบัตร ก็ไม่จำเป็นต้องมีบัตรหลายประเภท นอกเสียจากว่าที่มาของกองทุนจะแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิเน้นการให้บริการด้านการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพเพื่อลดภาระของรัฐในการดูแลผู้เจ็บป่วย ควรให้ความรู้แก่ประชาชนให้ใช้บริการรักษาพยาบาลอย่างมีเหตุผล ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอของเจ้าหน้าที่ระดับสูงในกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นหน่วยงานกำหนดนโยบาย จึงคาดว่าแนวทาง/กลไกต่าง ๆ ซึ่งจะนำไปสู่ประสิทธิภาพการให้บริการที่ครอบคลุมประชาชนได้ทุกคนจะดำเนินไปได้ด้วยดีเมื่อทุกฝ่ายได้ทำความเข้าใจกับปัญหา เฉพาะอย่างยิ่งในการปรับระบบการบริหารจัดการ

การปรับปรุงระบบบริหารจัดการตามแนวข้างต้นอาจส่งผลกระทบต่อบุคคลหลายฝ่าย เช่น การเสนอให้ผู้รับบริการเองจ่ายเงินสมทบ ผู้ที่รับผิดชอบการรักษาพยาบาลของข้าราชการก็อาจมีปฏิกิริยาเพราะไม่เคยต้องจ่ายมาก่อน หรือหากปรับปรุงแล้วระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ ที่จัดโดยภาครัฐมีประสิทธิภาพมากขึ้น ระบบประกันสุขภาพเอกชนก็ต้องได้รับผลกระทบไม่มากนัก

บทที่ 7

สรุปและเสนอแนะ

การมีหลักประกันสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ ช่วยให้ประชาชนมีทางเลือกเมื่อต้องใช้บริการ แต่ปัญหาเกี่ยวข้องกับระบบประกันสุขภาพก็ยังมีอยู่หลากหลายเป็นต้นว่าความไม่เสมอภาคระหว่างระบบประกันสุขภาพประเภทต่าง ๆ การร้องเรียนเรื่องคุณภาพของบริการ ค่าใช้จ่ายสูงเป็นภาระทั้งต่อรัฐและประชาชนโดยเฉพาะที่สำคัญคือประชาชนที่อยู่นอกระบบสุขภาพมีถึงประมาณ 18 ล้านคน ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ นอกจากประชาชนจะมีทางเลือกแล้ว ระบบจัดการยังต้องมุ่งสู่หลักการของการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าโดยทุกฝ่ายมีส่วนร่วมบนพื้นฐานของสิทธิและความเสมอภาคด้วย

การศึกษาเรื่อง “ลักษณะปัญหาการรับบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ” มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) วิเคราะห์สภาพปัญหาของผู้รับบริการภายใต้ระบบประกันสุขภาพ 5 ระบบที่มีอยู่ในปัจจุบันคือ สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ ระบบประกันสังคม ระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจ โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษายาบาล (สปร.) และระบบประกันสุขภาพเอกชน รวมไปถึงกลุ่มประชาชนที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ 2) วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาด้านการดำเนินการที่เป็นปัญหาต่อผู้รับบริการ 3) วิเคราะห์แบบแผนการให้บริการสุขภาพของประชาชนที่ไม่อยู่ในระบบประกันสุขภาพ 4) วิเคราะห์ปัญหาการรับบริการซึ่งเกิดจากจุดอ่อนของระบบและคุณภาพการให้บริการ และ 5) เสนอแนะแนวทาง/กลไกที่จะนำไปสู่การรับระบบการจัดการบริการด้านสุขภาพในระดับชาติ

วิธีการศึกษาเป็นการผสมผสานระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เริ่มจากการจัดกลุ่มเสวนาฝ่ายผู้ให้บริการ 3 กลุ่ม และผู้รับบริการ 6 กลุ่ม ซึ่งประกอบด้วยผู้รับบริการภายใต้ระบบประกันสุขภาพ 5 ระบบ และกลุ่มผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการจัดทำแบบสอบถามหาข้อมูลเชิงปริมาณ ได้ใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้รับบริการทั้ง 6 กลุ่ม กลุ่มละ 400 ราย ในพื้นที่ 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดสมุทรปราการ เชียงใหม่ ปัตตานี และศรีสะเกษ จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 2,400 ราย ซึ่งส่วนใหญ่เก็บจากผู้ป่วยนอกที่รอรับยา และผู้ป่วยในที่มีกำหนดออกจากโรงพยาบาลในวันที่สัมภาษณ์ สถานที่ในการเก็บข้อมูลส่วนใหญ่คือโรงพยาบาลจังหวัด นอกจากกลุ่มประกันสุขภาพเอกชนซึ่งตามเก็บเพิ่มเติมจากโรงพยาบาลเอกชนและผ่านตัวแทนบริษัทประกัน

ข้อมูลเชิงคุณภาพซึ่งนำมาประกอบในการวิเคราะห์อีก 2 ส่วน ได้จากการทำกรณีศึกษา 12 กรณี และการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้บริหารระดับสูงด้านบริการสุขภาพ 9

ท่าน ซึ่งได้นำเสนอในท้ายรายงานนี้ด้วย การตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 5 ได้ใช้ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาประกอบด้วย

ผลการศึกษาเชิงปริมาณซึ่งรวบรวมจากแบบสอบถามที่ใช้วิเคราะห์ได้จำนวน 2,386 ตัวอย่าง พบว่ามีความซ้ำซ้อนของการมีหลักประกันด้านสุขภาพ กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างในระบบประกันสุขภาพเอกชนจะมีหลักประกันสุขภาพในระบบอื่นด้วยถึงร้อยละ 57.9 รองลงมาคือกลุ่มตัวอย่างในระบบสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจร้อยละ 8.7 เหตุผลที่มีหลักประกันสุขภาพมากกว่า 1 ระบบส่วนใหญ่เพราะต้องการเลือกใช้สิทธิที่ให้ประโยชน์มากกว่าก่อน และต้องการความสะดวกในการรับบริการของสถานพยาบาลเอกชน

ผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพที่ให้ข้อมูลในการวิจัยร้อยละ 31.5 เคยอยู่ในระบบประกันสุขภาพระบบใดในระบบหนึ่งมาแล้ว หากจะเข้าสู่ระบบอีกส่วนใหญ่ร้อยละ 41.0 ประสงค์จะเข้าระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจ และระบบสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล ผู้ที่ไม่ต้องการเข้าสู่ระบบใดเลยมีร้อยละ 6.5

เมื่อเกิดเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างในระบบสวัสดิการข้าราชการร้อยละ 60.9 ในระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจร้อยละ 59.5 ในระบบสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) ร้อยละ 52.5 ในระบบประกันสุขภาพเอกชนร้อยละ 38.2 ซึ่งเป็นส่วนใหญ่ของแต่ละระบบ จะเลือกใช้บริการของโรงพยาบาลรัฐเป็นแห่งแรก กลุ่มตัวอย่างในระบบประกันสังคมร้อยละ 90.0 เลือกโรงพยาบาลรัฐเช่นเดียวกัน (แตกต่างจากข้อมูลที่ได้จากกลุ่มเสวนา) กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เลือกใช้บริการโรงพยาบาลของรัฐส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าบริการไม่ดี

ในส่วนที่เกี่ยวกับการระคำใช้จ่ายเมื่อมารับบริการพบว่า กลุ่มตัวอย่างในระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจร้อยละ 8.25 และกลุ่มตัวอย่างในระบบ สปร. ร้อยละ 5.6 ต้องจ่ายเงินเป็นค่าบริการเอง เหตุผลที่ต้องจ่ายคือลดขั้นตอน ไม่ได้นำบัตรมาด้วย และลืมแสดงบัตร กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพร้อยละ 76.0 ต้องจ่ายเงินเองซึ่งส่วนใหญ่เป็นเงินออมในครอบครัวหรือลูกหลานส่งมาให้ ถ้ามีเงินไม่พอจ่ายก็ขอความอนุเคราะห์จากหน่วยสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างในระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการมีปัญหากการเบิกจ่ายคืนเมื่อไปใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเอกชน และการเบิกเงินคืนจากต้นสังกัดล่าช้าเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างประกันสุขภาพเอกชน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการเข้ารับบริการในระดับปานกลางและระดับมาก เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างแต่ละระบบพบว่ากลุ่มตัวอย่างในระบบประกันสังคมมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างในระบบประกันสุขภาพ

โดยสมัครใจและกลุ่มตัวอย่างในระบบ สปร และค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างในระบบ ประกันสุขภาพเอกชนมากกว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างในทุกระบบรวมทั้งกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพ

ในด้านความเท่าเทียมหรือความเสมอภาคเมื่อไปรับบริการที่โรงพยาบาลของรัฐ นั้น จากการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มไม่ชัดเจนว่ามีความแตกต่างกัน แม้แต่กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีหลักประกันส่วนใหญ่ก็ไม่มีความรู้สึกว่ามีความไม่เท่าเทียมในการรับบริการเกิดขึ้นระหว่างตนเอง กับประชาชนที่มีหลักประกันด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับความเห็นของผู้บริหารและผู้ให้บริการที่ยืนยันว่าได้ให้บริการประชาชนอย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่คำนึงถึงฐานะและการมีหลักประกัน ความคิดเห็นที่แตกต่างก็มีเช่นเดียวกัน แต่ถือว่าเป็นส่วนน้อย

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพที่ได้จากการจัดกลุ่มเสวนาที่เป็นผู้รับบริการได้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาที่ประสบเมื่อไปรับบริการและความเห็นเกี่ยวกับระบบที่ตนเองเกี่ยวข้องอยู่ ซึ่งสรุปได้ดังนี้

กลุ่มผู้รับบริการสวัสดิการข้าราชการ ประสบปัญหาคือต้องคอยนาน แพทย์มีเวลาตรวจจำกัด ไม่ค่อยซักถามหรือแนะนำอะไร ถ้าแพทย์จ่ายยานอกบัญชียาหลักต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง เห็นว่าระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเป็นระบบที่ดีได้รับสิทธิมากกว่าระบบอื่น แต่ทางปฏิบัติมีข้อบกพร่องเนื่องจากประสิทธิภาพของผู้ให้บริการ

กลุ่มผู้มีบัตรประกันสังคมส่วนหนึ่งมีสิทธิบัตรมากกว่า 1 บัตร ส่วนใหญ่จะเป็นการประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชน ถ้าเจ็บป่วยเนื่องจากอุบัติเหตุรถยนต์จะมีใช้สิทธิตาม พรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถก่อน ส่วนที่ต้องจ่ายเกินจึงเบิกตามสิทธิของบัตรประกันสังคม ปัญหาที่พบเมื่อไปรับบริการเหมือนกับข้าราชการตรงที่ว่าต้องคอยนานแต่ใช้เวลาตรวจสั้นมาก นอกจากนั้นยังรู้สึกว่าแพทย์ให้ยาราคาถูก ไม่หาย ถ้าไม่ได้นำบัตรไปด้วยก็จะไม่รับรักษา ผู้ประกันตนส่วนใหญ่เห็นว่าตนได้รับการตรวจรักษาเท่าเทียมกับคนอื่น แต่ยาที่ได้อาจมีคุณภาพต่ำ เห็นว่าข้อดีของระบบประกันสังคมคือเลือกสถานพยาบาลที่จะไปรับบริการได้

กลุ่มผู้รับบริการในระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจให้ข้อมูลว่า ปัญหาจากการใช้บัตรมีน้อย ส่วนใหญ่จะพอใจและมีทัศนคติที่ดีต่อการให้บริการของแพทย์และเจ้าหน้าที่ ถ้าไปรับบริการตามขั้นตอนจะไม่เสียเงินเลย ปัญหาจะมีบ้างตรงที่หมอรักษาโดยไม่ฉีดยา ถ้าอยากฉีดยาต้องไปหาหมอคลินิกซึ่งต้องเสียค่าใช้จ่าย เห็นว่าการมีบัตรประกันสุขภาพได้รับการดีกว่าผู้ใช้บัตร สปร. แต่ด้อยกว่าข้าราชการหรือผู้ป่วยที่จ่ายเงินเองทั้งหมด บางคนเห็นว่าครอบครัวที่มีสมาชิกใช้บัตรน้อยกว่า 5 คน เสียเปรียบเพราะต้องจ่าย 500 บาทเท่ากันหมด

กลุ่มผู้รับบริการโดยใช้บัตร สปร. มีข้อสงสัยเกิดคือไม่มีใครเข้าใจเรื่องเกณฑ์การประเมินรายได้เพื่อได้สิทธิ และมีปัญหาเกี่ยวกับการไปรับบริการที่โรงพยาบาลในวันเสาร์-อาทิตย์ และวันหยุดราชการที่ต้องผ่านสถานีนายกก่อน แต่ในทางปฏิบัติจริง สถานีนายกหยุดทำการ วันเสาร์-อาทิตย์ ทำให้ไม่ได้รับการส่งตัว ผู้ร่วมเสวนาไม่รู้สึกลายที่ยื่นบัตร สปร. เพราะเจ้าหน้าที่ปฏิบัติเหมือนกันทุกบัตร

กลุ่มผู้รับบริการประกันสุขภาพเอกชน จะเป็นผู้ป่วยที่ได้รับบริการอย่างดีจากสถานพยาบาล จนเกิดปัญหาว่าดีเกินไปทำให้ราคาแพงและต้องเสียเงินเพิ่มมากกว่าพอใจ บางแห่งเลี้ยงไข้เพื่อจะได้ค่ารักษาพยาบาลมาก ความไม่ชัดเจนของกรรมวิธีทำให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มที่ต้องออกเองเมื่อไปรับบริการ และมีปัญหาการเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลที่ต้องผ่านนายหน้าเอาประกัน

กลุ่มผู้รับบริการที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ ส่วนใหญ่เคยทราบเรื่องการออกบัตร สปร. แต่ไม่ได้รับบัตร ส่วนใหญ่ต้องการมีบัตรและเห็นว่าคณะกรรมการหมู่บ้านและชาวบ้านควรมีส่วนร่วมในการคัดเลือกครอบครัวที่ควรได้บัตร ที่ไม่ได้หาหลักประกันโดยซื้อบัตรประกันสุขภาพ เพราะไม่เคยเจ็บป่วย คิดจะซื้ออยู่เหมือนกันแต่ยังไม่ได้ซื้อ บางรายเห็นว่าการมีบัตรจะได้รับบริการไม่ดีเท่าคนไม่มีบัตรที่จ่ายเงินเอง การเสียเงินทำให้ได้รับบริการที่ต่ำกว่า ความทุกข์จากการไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ เลย ได้แก่ การจ่ายค่ารักษาพยาบาลในจำนวนเงินที่สูงมาก ต้องกู้ยืมและขายทรัพย์สิน เฉพาะอย่างยิ่งถ้าไปรับบริการในโรงพยาบาลเอกชน

ในด้านกลุ่มผู้ให้บริการให้ข้อมูลว่าการออกบัตร สปร. มีความยุ่งยากเกี่ยวกับเกณฑ์การประเมินรายได้ ทำให้คนที่ควรได้ไม่ได้ แต่คนไม่ควรได้กลับได้ นอกจากนั้นยังมีระบบอุปถัมภ์ ระบบเครือญาติเข้ามาเกี่ยวข้อง ส่วนบัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจ การขายบัตรมีปัญหาเกี่ยวกับกฎระเบียบที่เปลี่ยนแปลงบ่อยทำให้ประชาชนสับสน ส่วนบัตรประกันสังคมคนงานที่นายจ้างแจ้งขึ้นทะเบียนกับสำนักงานประกันสังคมจะไม่มีปัญหาเรื่องหลักประกัน แต่อาจมีโรงงานบางแห่งแจ้งไม่ครบ สวัสดิการรักษายาของข้าราชการซ้ำซ้อนกับหลักประกันอื่น

ในการให้บริการ ผู้ให้บริการประสบปัญหาจากการที่ผู้รับบริการบางส่วนไม่เข้าใจขั้นตอนการรับบริการซึ่งผู้ออกบัตรน่าจะอธิบายให้เข้าใจ บัตรที่ยื่นเพื่อใช้สิทธิบางครั้งมีรอยชูดลบ ชีด ฆ่า มีการแอบอ้างใช้สิทธิโดยการเอาชื่อผู้อื่นมาใช้สิทธิแทน ผู้รับบริการจะไม่ใคร่พอใจระเบียบการส่งต่อผู้ป่วย ผู้รับบริการชอบให้แพทย์ฉีดยาให้เพราะเชื่อว่าจะหายเร็วกว่า พอไม่ได้ฉีดยาก็คิดว่าไม่ได้รับการรักษาที่ดี ผู้มีบัตรสุขภาพโดยสมัครใจบางรายไม่ได้เจ็บป่วย แต่เมื่อบัตรใกล้หมดอายุจะมาขอรับบริการให้น้ำเกลือเพื่อให้คุ้มกับเงินที่ซื้อบัตร ผู้ให้บริการต้องให้บริการตามที่เรียกร้องเพื่อเขาจะได้ซื้อบัตรสุขภาพในปีต่อไป ผู้ป่วยบัตร สปร. และบัตรประกันสังคมไม่มีใครยอมแสดงบัตรเมื่อเริ่มเข้ารับการรักษา ต่อเมื่อต้องเสียค่าใช้จ่ายจึงแสดงบัตร ผู้รับบริการบาง

กลุ่ม เช่น ข้าราชการและลูกจ้างประกันสังคมมาพบแพทย์เพราะต้องการใบรับรองแพทย์ประกอบการลางาน แต่ไม่ต้องการยา พอได้ใบรับรองแพทย์ก็ทิ้งยา ทำให้เกิดการสูญเสียโดยไม่จำเป็น

ผู้ให้บริการมีความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพที่น่าสนใจหลายประการ เช่น เห็นว่าควรทบทวนการขายบัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจทั้งในส่วนกลุ่มเป้าหมายและราคาบัตร หากเป็นไปได้สิทธิบัตรต่าง ๆ ควรเอื้อประโยชน์ให้ผู้รับบริการโดยเท่าเทียมกัน เพื่อจะได้ไม่ต้องมีบัตรหลายประเภท ผู้ให้บริการยืนยันว่าการให้บริการจะให้อย่างเท่าเทียมกันทุกระบบ และผู้ป่วยประกันสังคมอาจได้รับยาที่มีมาตรฐานเหมาะสมกับโรค ขณะที่กลุ่มอื่น ๆ นอกจากประกันสุขภาพเอกชนจะได้รับยาตามบัญชียาหลักของแต่ละโรงพยาบาล

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากกรณีศึกษาชี้ให้เห็นปัญหาการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลที่สร้างความเดือดร้อนให้ผู้รับบริการ ลูกจ้างที่ถูกเอาเปรียบจากนายจ้างไม่ขึ้นทะเบียนประกันสังคมให้ผู้ป่วยได้รับสิทธิประโยชน์ไม่เต็มที่เนื่องจากการตีความสาเหตุของการเจ็บป่วยจากเจ้าของระบบสิทธิของผู้ป่วยบัตรประกันสุขภาพและบัตร สปร. ถูกปฏิเสธเพราะแพทย์ไม่เข้าใจเรื่องสิทธิประโยชน์ที่ผู้ป่วยพึงได้ภายใต้ระบบประกันสุขภาพ การผลักภาระต้นทุนในบริการที่มีราคาแพงให้ผู้ป่วยรับผิดชอบ ปัญหาจากระบบส่งต่อ การจ่ายเพิ่มเงินค่ารักษาพยาบาลของผู้ประกันสุขภาพเอกชน และผู้ไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพไม่สามารถเข้าถึงระบบประกันเนื่องจากมีโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูงประจำตัว

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิและนักบริหารระดับสูงได้ให้ความคิดเห็นที่มีน้ำหนักเกี่ยวกับจุดแข็งและจุดอ่อนของระบบประกันสุขภาพแต่ละระบบ ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับประชาชนที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพและความเห็นที่ว่าควรจัดให้ประชาชนกลุ่มนี้เข้าระบบที่มีอยู่แล้วตามความเหมาะสมโดยไม่ต้องสร้างระบบใหม่ขึ้นมาอีก ได้รับการชี้แจงเหตุผลของการใช้ทรัพยากรที่อาจมากไปหรือน้อยไป ซึ่งชี้ให้เห็นว่าประโยชน์ของสถานพยาบาลอาจเป็นตัวแปรของความเหมาะสมในการให้บริการ แต่ไม่มีบุคคลใดได้รับประโยชน์ส่วนตัว เป็นความจำเป็นทางด้านการบริหารมากกว่า

การวิเคราะห์ข้อมูลได้วิเคราะห์ตามกรอบแนวคิดการศึกษาเริ่มจากการวิเคราะห์สภาพปัญหาของผู้รับบริการในแต่ละรายระบบรวมทั้งกลุ่มผู้ไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพในประเด็นการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ การรับรู้สิทธิ ความพึงพอใจเมื่อไปรับบริการ ความเท่าเทียมหรือความเป็นธรรมของการได้รับบริการ และภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล วิเคราะห์สาเหตุด้านการดำเนินการที่เป็นปัญหาต่อการรับบริการ แบบแผนการใช้บริการของกลุ่มผู้ไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพ และจุดอ่อนของระบบและคุณภาพของบริการที่ทำให้เกิดปัญหา โดยชี้ให้เห็นว่าปัญหาของการให้และรับบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพทั้งหมดมีที่มาจาก 3

ด้านคือ จากระเบียบกฎเกณฑ์และการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ จากสถานบริการและผู้ให้บริการ และจากผู้รับบริการและประชาชน และเพิ่มเติมโดยวิเคราะห์ความเป็นไปได้ของแนวทางและกลไกต่าง ๆ ที่มีนักวิชาการและนักวิจัยหลายคนเสนอเป็นแนวทางในการปรับปรุงระบบประกันสุขภาพเพื่อนำไปสู่การปฏิรูปการบริหารจัดการบริการสุขภาพระดับชาติ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถสรุปประเด็นการศึกษาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ดังนี้

1. สภาพปัญหาของผู้รับบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพและผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพ

ผู้รับบริการในทุกระบบประกันรวมทั้งผู้ไม่มีหลักประกันใด ๆ มีประสบการณ์ในการไปรับบริการคือ เจ้าหน้าที่ไม่ใคร่กระตือรือร้นในการให้บริการ ต้องรอแพทย์นาน แพทย์ใช้เวลาตรวจน้อย และไม่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ทุกระบบแม้แต่การประกันสุขภาพเอกชนมีปัญหาในการถูกจำกัดสิทธิในการเลือกสถานบริการ การเดินทางไปยังสถานบริการที่กำหนดให้ไม่สะดวก ผู้ใช้บัตร สปร.มีปัญหาในเรื่องของใบส่งตัวตามระบบการส่งต่อ ซึ่งมีหลายขั้นตอนและเป็นข้อด้อยที่ทำให้ผู้มีหลักประกันในระบบนี้ไม่อยากใช้บัตร ผู้ซื้อบัตรสุขภาพบางส่วนเห็นว่าได้รับบริการไม่คุ้มค่าบัตรเพราะไม่ค่อยได้เจ็บป่วย และเพราะสมาชิกที่ใช้สิทธิได้มีไม่ถึง 5 คน

ในด้านความเสมอภาคหรือความเท่าเทียมกับผู้รับบริการในระบบอื่นเมื่อไปรับบริการ เช่น การดูแลเอาใจใส่จากแพทย์และพยาบาล การตรวจและวินิจฉัยโรค ปริมาณและคุณภาพของยาที่ได้รับ กลุ่มผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและกลุ่มประกันสังคมเห็นว่าได้รับความเท่าเทียมกับกลุ่มอื่น กลุ่มผู้ใช้บัตร สปร. เห็นว่าเมื่อไปรับบริการที่โรงพยาบาลทั่วไปได้รับบริการที่ดีต่อยกกว่า กลุ่มอื่นทุกกลุ่มยกเว้นกลุ่มผู้ใช้บัตรสุขภาพ ขณะที่กลุ่มผู้ใช้บัตรสุขภาพเห็นว่ากลุ่มของตนได้รับบริการที่ดีกว่าและสบายใจกว่าผู้ใช้บัตร สปร. แต่ต่อยกกว่าผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการหรือผู้ป่วยที่จ่ายเงินเองทั้งหมด

ปัญหาหนักที่สุดของผู้รับบริการทุกกลุ่ม ไม่เว้นแม้แต่ผู้มีประกันสุขภาพเอกชนคือปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาล ผู้ใช้สิทธิบัตร สปร. และบัตรสุขภาพต้องจ่ายเงินเองในกรณีที่ข้ามขั้นตอนการส่งต่อ ใช้บริการนอกเหนือสิทธิ ไม่ได้นำบัตรมาด้วย ลืมแสดงบัตร หรือเจตนาไม่แสดงบัตร นอกจากนี้ยังมีค่าใช้จ่ายที่ไม่เกี่ยวกับการรักษายาบาลโดยตรง เช่น ค่าพาหนะเดินทาง ค่ากินอยู่ระหว่างรอการรักษา หรือค่าที่พักในกรณีที่ไปรักษาในสถานบริการที่ไกลจากบ้าน ถ้าเป็นค่าใช้จ่ายที่สูง ก็ทำให้เดือดร้อน ต้องเป็นหนี้สิน และวิตกกังวล ดังตัวอย่างในกรณีศึกษาทำรายงานนี้ ซึ่งนอกจากจะชี้ให้เห็นปัญหาด้านค่าใช้จ่ายที่เกินความสามารถจะจ่ายได้ ยังมีปัญหาอื่น ๆ เช่น มีหลายสิทธิแต่เลือกใช้สิทธิที่ต้องการไม่ได้ สถานประกอบการไม่แจ้งจดทะเบียนประกันสังคมให้ลูกจ้าง บัตรประกันสังคมไม่คุ้มครองเนื่องจากการตีความสิทธิ แพทย์ไม่

ยอมเขียนใบส่งตัวให้ใช้สิทธิสำหรับการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูง สถานพยาบาลไม่ยอมส่งตัวไปรักษาที่อื่น ระบบส่งต่อทำให้ความลับของการเจ็บป่วยถูกเปิดเผย ผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพเจ็บป่วยเรื้อรังไม่สามารถเข้าถึงระบบประกันสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งทุกกรณีนำมาซึ่งความเดือดร้อนเมื่อเจ็บป่วย

2. สาเหตุของปัญหาด้านการดำเนินการที่เป็นปัญหาต่อผู้รับบริการ

ปัญหาด้านการดำเนินการที่มีผลกระทบต่อผู้รับบริการมีที่มาจากหลายสาเหตุ เช่น เจ้าหน้าที่ที่ออกบัตรบางส่วนไม่ได้อธิบายให้ผู้มีสิทธิเข้าใจในสิทธิประโยชน์และกระบวนการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งต่อผู้ป่วยภายใต้ระบบ สปร.และระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจ เจ้าหน้าที่ของสถานบริการบางคนไม่เข้าใจสิทธิของผู้มีหลักประกันสุขภาพ เมื่อใดที่มีปัญหาเกี่ยวกับการตีความก็มักตีความเข้าข้างสถานบริการคือให้บริการแต่น้อย แพทย์ใช้เวลาอยู่ในโรงพยาบาลน้อยเพราะทำงานส่วนตัวนอกโรงพยาบาล ในส่วนงบประมาณสนับสนุนที่ได้รับจากรัฐบาล สำหรับบัตร สปร. จะได้รับน้อยมากต่อหัว ขณะที่โรงพยาบาลของรัฐยังต้องรับภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพและไม่สามารถจ่ายอีกด้วย ทำให้มีข้อจำกัดในการให้บริการแก่ผู้ใช้บัตรประเภทสงเคราะห์ แต่ให้บริการไม่จำกัดสำหรับผู้ป่วยในระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและผู้ป่วยที่มีประกันสุขภาพเอกชนซึ่งสามารถเบิกค่ารักษายาบาลได้เต็มที่ ซึ่งเป็นการเลือกปฏิบัติ นอกจากนี้โรงพยาบาลบางแห่งยังปฏิเสธไม่รับผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมาให้รักษา เนื่องจากปัญหาในการเบิกเงินคืนซึ่งปรากฏว่ามีการค้างจ่ายมาก การเบิกเงินคืนที่มีความล่าช้าในกรณีของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและของผู้มีประกันสุขภาพเอกชนก็เป็นปัญหาที่เกิดจากการดำเนินงานของผู้ที่เกี่ยวข้องด้วย

นอกจากนี้ผลประโยชน์ด้านค่าตอบแทนของแพทย์และเจ้าหน้าที่มีอิทธิพลต่อการให้บริการด้วย เงินค่าตอบแทนผู้ให้บริการมักถูกตัดทอนก่อนถึงมือผู้รับบริการ ทำให้ได้รับน้อย ขณะที่ต้องทำงานหนักเพราะผู้ป่วยมีเป็นจำนวนมาก ทำให้ขาดแรงจูงใจในการให้บริการ ซึ่งกระทบถึงคุณภาพของการให้บริการและกระทบต่อไปถึงความพึงพอใจของผู้รับบริการ

3. แบบแผนการให้บริการสุขภาพของประชาชนที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ

ประชาชนนอกประกันสุขภาพมี 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่มีศักยภาพในการจ่ายค่ารักษายาบาลได้เอง อีกกลุ่มหนึ่งซึ่งเป็นส่วนใหญ่คือผู้ด้อยโอกาสที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการเนื่องจากขาดการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ขาดคุณสมบัติตามข้อกำหนด ขาดหลักฐานแสดง หรือขาดความสนใจเอาใจใส่ติดตาม จากผลการวิจัยนี้พบว่าผู้ไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพที่ให้ข้อมูลเคยอยู่ในระบบประกันสุขภาพระบบใดระบบหนึ่งมาแล้วถึงร้อยละ 31.5 โดยเคยอยู่ในระบบประกัน

สุขภาพโดยสมัครใจมากที่สุดถึงร้อยละ 62.7 รองลงมาเคยอยู่ในระบบประกันสังคมร้อยละ 33.3 ส่วนใหญ่ของผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพต้องมีการบัตร สปร. แต่ยังไม่มีความจำเป็นรีบด่วนเพราะตนเองและครอบครัวไม่เคยเจ็บป่วยรุนแรง ผู้ที่ไม่ต้องการเข้าสู่ระบบให้เหตุผลว่าต้องการเลือกสถานบริการเอง ในทางปฏิบัติอาจถือได้ว่าไม่มีผู้ใดอยู่นอกระบบประกันสุขภาพเพราะสถานพยาบาลให้บริการอยู่แล้วตามปกติ เมื่อใดที่หาทางให้ประชาชนกลุ่มนี้เข้าถึงระบบประกันสุขภาพก็จะลดจำนวนประชาชนที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพลงได้มาก

ผู้ไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพจะใช้บริการของสถานพยาบาลของรัฐน้อยกว่าประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพ ถ้าเจ็บป่วยไม่รุนแรงหรือเพิ่งเจ็บป่วยส่วนใหญ่จะไปร้านขายยาหรือคลินิกแพทย์ ในกรณีที่ไม่ไปโรงพยาบาล ถ้าเป็นผู้ป่วยนอกจะมีค่าใช้จ่ายไม่สูงนัก ยังพอพึ่งพาตนเองได้ แต่ถ้าเป็นผู้ป่วยในจะเลือกเป็นผู้ป่วยสามัญ ในรายที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงและจำเป็นต้องรับการรักษาคิดต่อกันเป็นเวลานาน โรงพยาบาลมักจะช่วยเหลือโดยแนะนำให้ซื้อบัตรสุขภาพหรือให้ไปพบนักสังคมสงเคราะห์ประจำโรงพยาบาลเพื่อขอลดหย่อนหรือไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาล ซึ่งก็จะได้รับการสงเคราะห์ตามความเหมาะสม หากมีคุณสมบัติเข้าเกณฑ์รับบัตร สปร. ได้เช่นอายุเกิน 60 ปี หรือรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 2,800 บาทต่อเดือน นักสังคมสงเคราะห์ก็จะแนะนำให้ไปติดต่อขอบัตรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

การรับบริการโดยมีค่าใช้จ่ายมักจะนำความเดือดร้อนมาสู่ประชาชนที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ ความสามารถในการพึ่งพาตนเองจะพอมิในกรณีที่เป็นผู้ป่วยนอก ถ้าเป็นผู้ป่วยในส่วนใหญ่จะต้องพึ่งพาญาติ พี่น้อง เพื่อนฝูง ซึ่งไม่สามารถแก้ปัญหาได้ตลอดไป การพึ่งพาสายสัมพันธ์ทำให้ทุกข์หนักยิ่งขึ้นดังตัวอย่างในกรณีศึกษา

มาตรการที่จะช่วยให้ผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพไม่ต้องเดือดร้อนในการได้รับบริการสุขภาพน่าจะได้แก่การสนับสนุนให้ประชาชนกลุ่มนี้เข้าอยู่ในระบบ สปร. หรือระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจอย่างใดอย่างหนึ่ง ขณะเดียวกันควรสนับสนุนการพึ่งตนเองของชุมชนในด้านการรักษาพยาบาลซึ่งได้มีการดำเนินการอยู่บ้างแล้ว เพื่อให้ผู้ที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพได้มีส่วนร่วมส่งเงินสมทบเข้ากองทุนของชุมชนซึ่งจะได้รับการดูแลจัดสรรส่วนหนึ่งของผลประโยชน์เป็นสวัสดิการสำหรับสมาชิกที่เจ็บป่วย นอกจากนี้รัฐควรประสานงานกับประชาคมสาธารณสุขและองค์กรวิชาชีพด้านสุขภาพอื่น ๆ ในการเผยแพร่ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ ตลอดจนแนะนำการดูแลสุขภาพเพื่อจะได้ไม่ต้องเจ็บป่วย เป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายทั้งของตนเองและของรัฐ

4. ปัญหาการรับบริการซึ่งเกิดจากจุดอ่อนของระบบและคุณภาพการให้บริการ

ระบบประกันสุขภาพทุกระบบยังมีจุดอ่อนที่จะต้องแก้ไข เช่น ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการมีพฤติกรรมที่เรียกว่า moral hazard ทั้งในฝ่ายผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ระบบเหมาจ่ายเงินต่อหัวให้สถานพยาบาลล่วงหน้าของโครงการประกันสังคม อาจทำให้ผู้ป่วยประกันสังคมได้รับบริการเพียงระดับหนึ่งเนื่องจากสถานพยาบาลต้องคำนึงถึงจุดคุ้มทุน ระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจมีจุดอ่อนที่ราคาบัตรเป็นราคาเดียวสำหรับผู้กำลังซื้อที่แตกต่างกันและผู้ซื้อส่วนใหญ่ป่วยอยู่ก่อนแล้ว ระบบ สปร.มีปัญหามากในเรื่องของการส่งต่อผู้ป่วย และมักถูกปฏิเสธการรักษาเพราะเบิกค่าใช้จ่ายได้น้อย

นอกจากนี้ระบบประกันสุขภาพโดยรวมยังมีปัญหาเรื่องการซ้ำซ้อนของสิทธิ เช่น คน ๆ เดียวอาจมีสิทธิในหลักประกันสุขภาพหลายประเภท และปัญหาจากความไม่ต่อเนื่องของการมีสิทธิในหลักประกัน เช่น ผู้ประกันตนถูกเลิกจ้างและหางานใหม่ไม่ได้เป็นเวลานาน ผู้ไม่ต่ออายุบัตร สปร. และผู้เลิกซื้อบัตรสุขภาพทำให้การเก็บข้อมูลเป็นเรื่องยาก และเป็นอุปสรรคต่อการวางแผนที่มีประสิทธิภาพ

ส่วนปัญหาการรับบริการซึ่งเกิดจากคุณภาพการให้บริการนั้น จากการวิจัยครั้งนี้ยังไม่ใคร่ชัดเจน สรุปได้เพียงว่างบประมาณที่ไม่เพียงพอทำให้ขาดแคลนบุคลากรและอุปกรณ์ที่ได้มาตรฐานพอที่จะดึงดูดให้ผู้รับบริการมีความมั่นใจในคุณภาพของบริการ และปัจจัยอีกประการหนึ่งคือค่าตอบแทนแพทย์และเจ้าหน้าที่ซึ่งน้อยอยู่แล้วถูกตัดทอนจากส่วนกลางก่อนถึงมือผู้รับมีผลต่อกำลังใจของผู้ให้บริการ ทำให้ขาดแรงจูงใจในการจัดกิจกรรมเพื่อผู้รับบริการ

5. แนวทาง/กลไกที่จะนำไปสู่การปรับระบบการบริหารจัดการบริการสุขภาพระดับชาติ

แนวทางหนึ่งที่จะนำไปสู่การปรับระบบการบริหารจัดการบริการสุขภาพระดับชาติเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้าคือการปรับปรุงระบบประกันสุขภาพซึ่งมีข้อเสนอจากนักวิชาการไว้ก่อนหน้านี้ว่า ควรปรับปรุงรายระบบ ควรควบคุมบางระบบประกันเข้าด้วยกัน จนถึงควรผนวกระบบต่าง ๆ เข้าเป็นระบบเดียวในชื่อ “โครงการประกันสุขภาพ” โดยค่าใช้จ่ายมาจากการเก็บภาษีทั่วไปและจัดเก็บแบบภาษีก้าวหน้าเช่นเดียวกับหลายประเทศซึ่งระบบประกันสุขภาพมีความเข้มแข็งมาก คณะผู้วิจัยเห็นด้วยกับการปรับปรุงรายระบบ และการควบคุมรวมระบบที่มีความใกล้เคียงกันเข้าด้วยกัน แต่เห็นว่าการมีระบบประกันสุขภาพระบบเดียวอาจเป็นไปได้ยากและไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ของประเทศเรา เนื่องจากความสามารถของการเสียภาษีและความสามารถในการจัดเก็บภาษีแตกต่างกับประเทศอื่นที่ประสบความสำเร็จในการมีระบบเดียว

ข้อมูลจากการวิจัยเชิงปริมาณพบว่าทุกระบบประกันสุขภาพมีจุดอ่อนที่ต้องแก้ไข และอยู่ในวิสัยที่จะแก้ไขได้ ถ้ามีการเอื้อประโยชน์แก่ผู้รับบริการโดยเท่าเทียมกันทุกบัตรก็ไม่จำเป็นต้องมีหลายระบบหรือมีบัตรหลายประเภท แต่ในทางปฏิบัติอาจเป็นไปได้ยากเพราะที่มาของกองทุนอาจแตกต่างกัน และกลุ่มเป้าหมายแตกต่างกัน

ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความสำคัญกับการให้บริการด้านการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อไม่ให้เจ็บป่วย และการให้ความรู้แก่ประชาชนให้ใช้บริการอย่างมีเหตุผล เช่น เปลี่ยนทัศนคติที่ว่าการรักษาที่ดีคือการฉีดยา การตรวจที่ดีคืออัลตราซาวด์ เป็นต้น

คณะผู้วิจัยเห็นด้วยกับนักวิชาการที่ได้ศึกษาเรื่องนี้มาก่อนว่า หัวใจของการปรับปรุงประสิทธิภาพของระบบบริหารจัดการบริการสุขภาพระดับชาติอยู่ที่การปฏิรูปด้านการเงินการคลังโดยการจัดสรรงบประมาณอย่างเหมาะสม ดูแลให้มีการใช้เงินอย่างคุ้มค่าที่สุดและให้ความเสมอภาคแก่ประชาชนทุกคน ให้ประชาชนทุกคนมีสิทธิเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีความจำเป็นโดยไม่ต้องมีค่าใช้จ่าย แต่ได้รับผิดชอบบริการที่ไม่จำเป็นเอง ประชาชนที่ไม่สามารถรับผิดชอบเองได้ให้มีช่องทางเข้าใช้บริการประกันสุขภาพที่จัดโดยชุมชนซึ่งมีการดำเนินการอยู่บ้างแล้วในขณะนี้ ในด้านกลไกการบริหารจัดการควรปรับวิธีการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลของรัฐในทางที่จะก่อให้เกิดแรงจูงใจในการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบ และควบคุมค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ได้ รวมทั้งป้องกันพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อจริยธรรม หรือการให้บริการอย่างมีอคติ และมุ่งเน้นการให้บริการด้านการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพควบคู่ไปกับการรักษาที่มีคุณภาพ

ข้อเสนอแนะ :

แม้ปัจจุบันระบบประกันสุขภาพจะมีหลายระบบและมีความซ้ำซ้อน ขาดเอกภาพในการดำเนินการ แต่การเพิ่มประสิทธิภาพให้เกิดความเป็นเอกภาพโดยให้มีการบริหารจัดการบริการสุขภาพระบบเดียว ค่าใช้จ่ายจะมาจากภาษีทั่วไปและจัดเก็บแบบก้าวหน้าอาจเป็นไปได้ยาก เนื่องจากความสามารถในการจ่ายภาษีและความสามารถในการเก็บภาษีของประเทศไทยแตกต่างจากประเทศที่ดำเนินการในระบบนี้แล้วประสบผลสำเร็จ จากผลการศึกษาพบว่าทั้งประชาชนและผู้ให้บริการระบบต่าง ๆ ยังไม่มีความเข้าใจในเรื่องนี้เพียงพอ และบางส่วนยังเห็นว่าเป็นการปิดกั้นทางเลือกของประชาชน ขณะที่ส่วนใหญ่เชื่อว่าปัญหาที่มีอยู่ในแต่ละระบบเป็นปัญหาที่จะแก้ไขได้ โดยเฉพาะในเรื่องที่มีความเหลื่อมล้ำกันในแต่ละระบบ จึงน่าจะพิจารณาปรับปรุงบนพื้นฐานของความเป็นไปได้

คณะผู้วิจัยมีความเห็นว่าการพัฒนาระบบประกันสุขภาพเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพโดยถ้วนหน้า จะต้องดำเนินการสร้างความเข้าใจเพื่อให้เกิดแนวคิดที่ถูกต้องแก่ประชาชนใน

ทุกระบบประกันสุขภาพ เนื่องจากยังมีประชาชนในหลายกลุ่มที่มีความหวั่นวิตกการสูญเสียประโยชน์ ดังนั้นการปรับเปลี่ยนเพื่อการพัฒนาจำเป็นต้องดำเนินการเป็นขั้นตอน เพื่อให้การปรับเปลี่ยนนำไปสู่การยอมรับในที่สุด จึงขอเสนอแนะแนวทางดังนี้

1. จัดรวมระบบประกันสุขภาพที่มีลักษณะใกล้เคียงกันเข้าด้วยกัน โดยรวมระบบสวัสดิการด้านรักษาพยาบาลข้าราชการเข้ากับระบบประกันสังคม เนื่องจากผู้อยู่ในระบบทั้งสองมีเงินเดือนประจำที่แน่นอน มีนายจ้างร่วมรับผิดชอบในการสร้างหลักประกันสุขภาพได้ นอกจากนี้ระบบประกันสังคมยังประสบความสำเร็จในด้านการควบคุมค่าใช้จ่ายได้อย่างเหมาะสม สิทธิประโยชน์แม้จะแตกต่างกันบ้างแต่ก็ไม่มาก สามารถปรับให้อยู่ในแนวทางเดียวกันได้โดยอาจมีการสูญเสียสิทธิประโยชน์บางประการ แต่จะได้รับสิทธิประโยชน์บางอย่างเป็นการทดแทน

2. รวมระบบสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลเข้ากับระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจ เนื่องจากหน่วยงานที่รับผิดชอบเป็นหน่วยงานเดียวกันอยู่แล้ว สิทธิประโยชน์ก็เหมือนกัน มีเพียงการจัดสรรเงินให้หน่วยบริการที่ยังมีความแตกต่างกันอยู่ ซึ่งสามารถปรับให้เป็นแนวเดียวกันโดยไม่ยาก

3. ผู้ไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพสามารถเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพที่ควรรวมสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลเข้ากับระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจได้หากมีการประชาสัมพันธ์ที่ดีพอ มีการสำรวจข้อมูลอย่างครอบคลุมและมีมาตรการเชิงรุก โดยไม่จำเป็นต้องจัดให้มีระบบใหม่มารองรับ

4. ระบบประกันสุขภาพเอกชนควรยังมีอยู่ในรูปแบบเดิม เพื่อเป็นทางเลือกเสริมของผู้ต้องการบริการที่มีความสะดวกสบาย

5. การปรับปรุงระบบประกันสุขภาพควรมุ่งเน้นสู่การป้องกันโรคและการเสริมสร้างสุขภาพเพื่อลดภาระของรัฐที่ต้องดูแลการเจ็บป่วยของประชาชน

6. ระบบประกันสุขภาพที่ดีควรเป็นระบบและความพึงพอใจแก่ประชาชน ผู้ยากจนและผู้ด้อยโอกาสต้องได้รับบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานตามความจำเป็นโดยไม่เป็นภาระมาก ราคาของบัตรสุขภาพควรปรับตามอำนาจซื้อของผู้ถือบัตร ควรปรับปรุงระบบส่งต่อผู้ป่วยและพยายามลดช่องว่างระหว่างสิทธิประโยชน์ของแต่ละระบบให้แคบลง

7. ควรพิจารณาให้มีการจ่ายร่วม (co-payment) จากฝ่ายผู้รับบริการในทุกระบบประกัน ปัจจุบันข้าราชการและผู้ใช้บัตร สปร. ยังไม่ได้จ่ายร่วม ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความตระหนักในหน้าที่ควบคู่กับการได้สิทธิ รวมทั้งเป็นการส่งเสริมการพึ่งตนเองในระดับหนึ่ง เฉพาะผู้ไม่มีความสามารถในการจ่ายอย่างแท้จริงอาจจัดให้ในรูปแบบสวัสดิการ

8. ควรสนับสนุนให้ชุมชนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการบริการสุขภาพ และควรให้ทั้งนักการเมืองท้องถิ่นทุกระดับและสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรในเขตต่าง ๆ ร่วมรับผิดชอบในฐานะเป็นตัวแทนของประชาชน

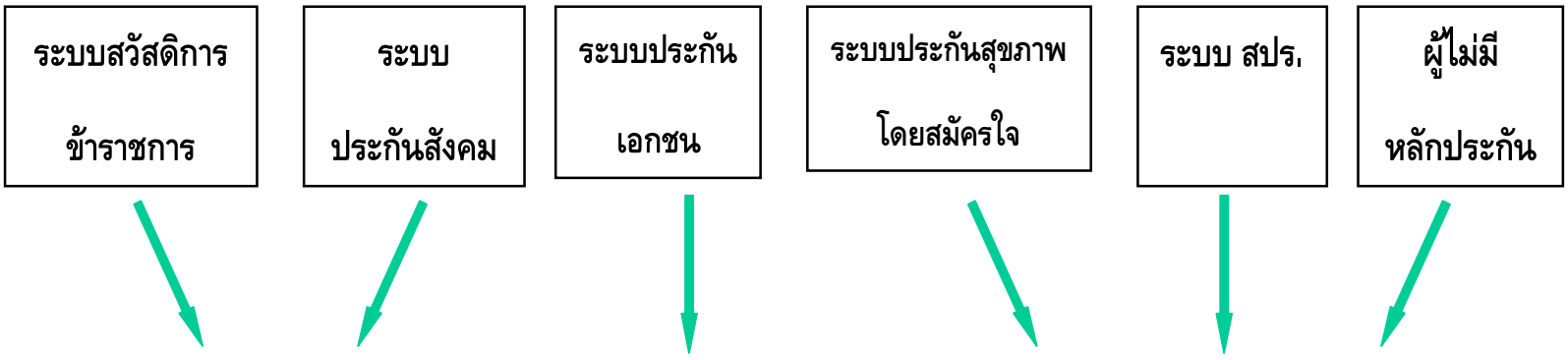
9. ควรมีฐานข้อมูลกลางรองรับระบบประกันสุขภาพ และสถานพยาบาลทุกระดับควรมีระบบฐานข้อมูลเชื่อมโยงกันซึ่งจะเอื้อต่อการแก้ปัญหาการส่งต่อผู้ป่วยและการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลระหว่างกัน

10. การจัดสรรงบประมาณให้แก่สถานพยาบาล ควรเป็นไปตามปริมาณของงานและความจำเป็นทางการแพทย์และสาธารณสุข มีการปรับปรุงวิธีการจ่ายเงินในลักษณะที่จะสร้างแรงจูงใจในการเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพของการให้บริการ รวมทั้งมีกลไกในการตรวจสอบเพื่อไม่ให้เกิดการใช้ทรัพยากรเกินความจำเป็น หรือการเลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วยซึ่งเนื่องมาจากการรักษาผลประโยชน์ของสถานพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่

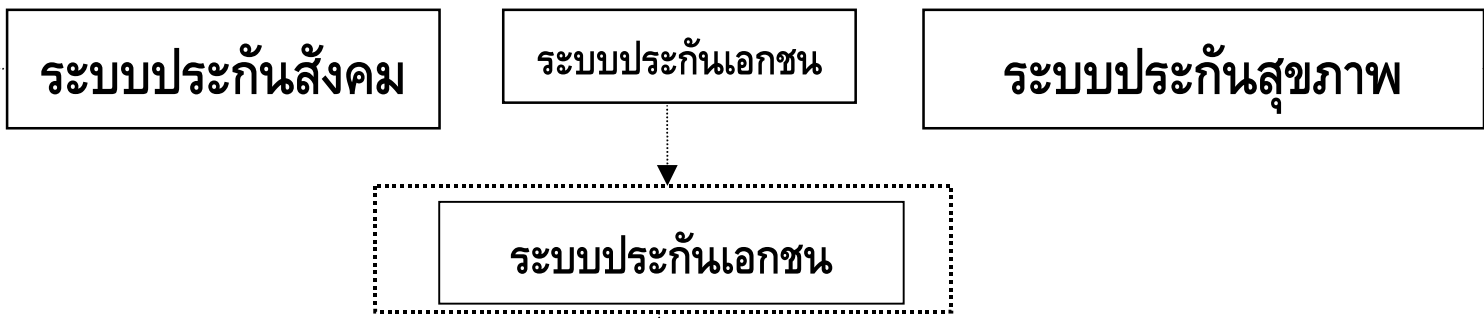
11. มาตรการที่ควรดำเนินการในทันที คือ การพิจารณาเพิ่มเกณฑ์กำหนดรายได้ของครอบครัวผู้ขอบัตร สปร. ให้สูงกว่า 2,800 บาทต่อเดือน พร้อมกันไปกับการศึกษาวิจัยระดับลึกเกี่ยวกับผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพ

แนวทางในการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ

ปัจจุบัน



ระยะสั้น



ระยะยาว



ตารางข้อมูลเชิงปริมาณ

ตารางที่ 1 : จำนวน / ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้มารับบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพและกลุ่มตัวอย่างผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพ จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	ข้าราชการ/ พนักงานรัฐสาหกิจ		ประกันสังคม		ประกันสุขภาพ โดยสมัครใจ		สปร.		ประกันสุขภาพ เอกชน		ไม่มีหลักประกัน สุขภาพ		รวม	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. เพศ														
• ชาย	171	42.5	139	35.3	135	33.8	162	40.5	164	42.1	179	44.8	950	39.8
• หญิง	228	56.7	255	64.7	265	66.2	237	59.3	225	57.7	221	55.2	1,431	60.0
• ไม่ตอบ	3	0.8	-	-	-	-	1	0.2	1	0.1	-	-	5	0.2
2. อายุ														
• ต่ำกว่า 20 ปี	10	2.5	14	3.6	38	9.5	41	10.2	23	5.9	60	15.0	186	7.8
• 21-40 ปี	185	46.0	331	84.0	188	47.0	123	30.8	235	60.3	239	59.7	1,301	54.5
• 41-60 ปี	154	38.3	48	12.2	167	41.7	107	26.7	121	31.0	85	21.3	682	28.6
• มากกว่า 61 ปี	53	13.2	1	0.2	7	1.8	129	32.3	11	2.8	16	4.0	217	9.1
3. การศึกษา														
• ไม่ได้เรียน	14	3.5	5	1.3	23	5.7	65	16.2	10	2.6	33	8.4	150	6.3
• ประถมศึกษา	62	15.4	115	29.2	247	61.8	281	70.2	44	11.3	193	48.2	942	39.5
• มัธยมศึกษา	74	18.4	160	40.6	95	23.7	45	11.3	60	15.4	102	25.5	536	22.5
• อนุปริญญา/ปริญญาตรี	228	56.7	108	27.4	31	7.8	5	1.3	241	61.7	65	16.2	678	28.4
• สูงกว่าปริญญาตรี	12	3.0	5	1.3	1	0.2	1	0.2	26	6.7	5	1.3	50	2.1
• ไม่ตอบ	12	3.0	1	0.2	3	0.8	3	0.8	9	2.3	2	0.5	30	1.3

ตารางที่ 1 : จำนวน / ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้มารับบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพและกลุ่มตัวอย่างผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพ จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ข้าราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ		ประกันสังคม		ประกันสุขภาพ โดยสมัครใจ		สปร.		ประกันสุขภาพ เอกชน		ไม่มีหลัก ประกันสุขภาพ		รวม	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
4. อาชีพ														
● เกษตรกรรม	-	-	-	-	95	23.7	103	25.8	32	8.2	60	15.0	290	12.2
● ค้าขาย	-	-	-	-	77	19.3	27	6.7	81	20.8	67	16.8	252	10.6
● รับจ้าง	-	-	-	-	109	27.2	104	26.0	123	31.5	157	39.2	493	20.7
● อุตสาหกรรม	-	-	165	41.9	-	-	-	-	15	3.8	-	-	180	7.5
● พาณิชยกรรม	-	-	50	12.7	-	-	-	-	-	-	-	-	50	2.1
● บริการ	-	-	139	35.3	-	-	-	-	-	-	-	-	139	5.8
● สถาบันการศึกษาเอกชน	-	-	16	4.1	-	-	-	-	-	-	-	-	16	0.6
● ลูกจ้างภาครัฐ	-	-	12	3.0	-	-	-	-	-	-	-	-	12	0.5
● ข้าราชการ	221	55.0	-	-	-	-	-	-	94	24.1	-	-	315	13.2
● พนักงานรัฐวิสาหกิจ	31	7.7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	31	1.3
● ลูกจ้างประจำ	48	12.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	48	2.0
● ข้าราชการบำนาญ	24	6.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	24	1.0
● ญาติข้าราชการ	74	18.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	74	3.1
● อื่น ๆ (นักศึกษา หมออาสาสมัคร, พระภิกษุ , ไม่มีอาชีพ, แม่บ้าน, เย็บผ้า, ประมง)	-	-	-	-	116	29.0	165	41.3	41	10.6	114	28.5	436	18.3
● ไม่ตอบ	4	0.9	12	3.0	3	0.8	1	0.2	4	1.0	2	0.5	26	1.1

ตารางที่ 1 : จำนวน / ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้มารับบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพและกลุ่มตัวอย่างผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพ จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ข้าราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ		ประกันสังคม		ประกันสุขภาพ โดยสมัครใจ		สปร.		ประกันสุขภาพ เอกชน		ไม่มีหลัก ประกันสุขภาพ		รวม	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
5. จำนวนสมาชิกทั้งหมดในครอบครัว (ไม่รวมผู้ อาศัย) • 1-4 คน • 5-8 คน • 9-13 คน • 13 คนขึ้นไป • ไม่ตอบ	278	69.2	262	66.5	234	58.5	229	57.3	248	63.6	256	64.0	1,507	63.2
	113	28.1	122	31.0	153	38.2	160	40.0	135	34.6	135	33.8	818	34.3
	9	2.2	9	2.3	3	0.8	4	1.0	5	1.3	7	1.7	37	1.5
	-	-	-	-	-	-	1	0.2	-	-	-	-	1	0.1
	2	0.5	1	0.2	10	2.5	6	1.5	2	0.5	2	0.5	23	0.9
6. จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ไม่มีสิทธิรักษา พยาบาลใด ๆ เลย • 1-3 คน • 4-7 คน • 8 คนขึ้นไป (ผู้มีสิทธิ)	86	21.4	133	33.8	58	14.5	69	17.3	135	34.6	-	-	481	24.2
	12	3.0	24	6.0	8	2.0	18	4.5	10	2.6	-	-	72	3.6
	-	-	-	-	-	-	1	0.2	-	-	-	-	1	0.1
	304	75.6	237	60.2	334	83.5	312	78.0	245	62.8	-	-	1,432	72.1

ตารางที่ 1 : จำนวน / ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้มารับบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพและกลุ่มตัวอย่างผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพ จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ข้าราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ		ประกันสังคม		ประกันสุขภาพ โดยสมัครใจ		สปร.		ประกันสุขภาพ เอกชน		ไม่มีหลัก ประกันสุขภาพ		รวม	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
7. รายได้ของครอบครัว														
● ไม่มีรายได้	-	-	-	-	1	0.2	5	1.3	-	-	4	1.0	10	0.4
● 100 - 2,800 บาท/เดือน	2	0.5	4	1.0	47	11.7	104	26.0	14	3.6	56	14.0	227	9.5
● 2,801 - 5,000 บาท/เดือน	9	2.2	73	18.5	119	29.8	144	36.0	21	5.4	142	35.5	508	21.3
● 5,001 - 10,000 บาท/เดือน	38	9.5	186	47.3	141	35.3	61	15.2	38	9.7	109	27.3	573	24.0
● 10,001 - 50,000 บาท/เดือน	296	73.6	125	31.7	64	16.0	14	3.5	243	62.3	64	16.0	806	33.8
● 50,001 ขึ้นไป	18	4.5	2	0.5	-	-	3	0.8	63	16.2	2	0.5	88	3.7
● ไม่ตอบ	39	9.7	4	1.0	28	7.0	69	17.2	11	2.8	23	5.7	174	7.3
8. ประสบการณ์ในการรักษาพยาบาลใน โรงพยาบาล														
● เคย	350	87.1	344	87.3	321	80.2	320	80.0	318	81.6	262	65.5	1,915	80.3
● ไม่เคย	40	9.9	46	11.7	76	19.0	79	19.8	66	16.9	137	34.3	444	18.6
● ไม่ตอบ	12	3.0	4	1.0	3	0.8	1	0.2	6	1.5	1	0.2	27	1.1

ตารางที่ 1 : จำนวน / ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้มารับบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพและกลุ่มตัวอย่างผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพ จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ข้าราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ		ประกันสังคม		ประกันสุขภาพ โดยสมัครใจ		สปร.		ประกันสุขภาพ เอกชน		รวม	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
9. ในปัจจุบันมีหลักประกันสุขภาพ												
● บัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจ	-	-	-	-	382	95.5	-	-	-	-	382	19.2
● บัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจ+บัตรสวัสดิการผู้มีรายได้น้อย	-	-	-	-	9	2.3	4	1.00	-	-	13	0.6
● บัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจ+บัตรประกันสังคม	-	-	15	3.8	3	0.8	-	-	-	-	18	0.9
● บัตรประกันสุขภาพเอกชน	-	-	-	-	-	-	-	-	164	42.0	164	8.3
● บัตรประกันสุขภาพเอกชน+บัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจ+สิทธิข้าราชการ	-	-	-	-	-	-	-	-	3	0.8	3	0.2
● บัตรประกันสุขภาพเอกชน+บัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจ+บัตรประกันสังคม	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.3	1	0.1

ตารางที่ 1 : จำนวน / ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้มารับบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพและกลุ่มตัวอย่างผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพ จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ข้าราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ		ประกันสังคม		ประกันสุขภาพ โดยสมัครใจ		สปร.		ประกันสุขภาพ เอกชน		รวม	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
● บัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจ+สิทธิข้าราชการ	13	3.2	-	-	1	0.2	-	-	-	-	14	0.70
● บัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจ+บัตรประกันสุขภาพเอกชน	-	-	-	-	4	1.0	-	-	81	20.8	85	4.30
● บัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจ+บัตรสวัสดิการผู้มีรายได้น้อย+สิทธิข้าราชการ	-	-	-	-	1	0.2	-	-	-	-	1	0.1
● บัตรประกันสังคม	-	-	377	95.7	-	-	-	-	-	-	377	18.9
● บัตรประกันสังคม+บัตรประกันสุขภาพเอกชน	-	-	2	0.5	-	-	-	-	70	17.9	72	3.6
● บัตรสวัสดิการผู้มีรายได้น้อย	-	-	-	-	-	-	392	98.0	-	-	392	19.7
● บัตรสวัสดิการผู้มีรายได้น้อย+สิทธิข้าราชการ	7	1.7	-	-	-	-	3	0.8	-	-	10	0.5
● บัตรสวัสดิการผู้มีรายได้น้อย+บัตรประกันสุขภาพเอกชน	-	-	-	-	-	-	1	0.2	-	-	1	0.1
● บัตรข้าราชการ	367	91.3	-	-	-	-	-	-	-	-	367	18.0
● บัตรข้าราชการ+บัตรประกันสุขภาพเอกชน	14	3.5	-	-	-	-	-	-	71	18.2	85	4.3
● บัตรข้าราชการ+บัตรประกันสังคม	1	0.2	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.1

ตารางที่ 1 : จำนวน / ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้มารับบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพและกลุ่มตัวอย่างผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพ จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ข้าราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ		ประกันสังคม		ประกันสุขภาพ โดยสมัครใจ		สปร.		ประกันสุขภาพ เอกชน		รวม	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
10. เหตุผลที่มีสิทธิมากกว่า 1 สิทธิ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)												
• สามารถเลือกใช้บริการใดก่อนก็ได้	11	35.5	13	76.5	7	38.8	5	62.5	113	29.0	149	49.0
• สามารถเบิกได้หลายสิทธิ	7	22.6	-	-	5	27.7	3	37.5	78	20.0	93	30.5
• สิทธิที่ทำไว้ก่อน มีข้อจำกัดเกี่ยวกับขั้นตอนการส่งต่อ	2	6.5	2	11.7	3	16.6	2	25.0	26	6.7	35	11.5
• ความสะดวกในการเข้ารับบริการของเอกชน	4	12.9	2	11.7	4	22.2	-	-	108	27.7	118	38.8
• บางสิทธิต้องทอดรองจ่ายไปก่อน กว่าจะทำเรื่องขอเบิกเงิน คืนล่าช้ามาก	7	22.6	6	35.3	4	22.2	2	25.0	67	17.2	86	28.2
• บางสิทธิเบิกค่ารักษาได้ไม่เต็มจำนวน	7	22.6	3	17.6	-	-	-	-	66	16.9	76	25.0
• บางสิทธิมีข้อจำกัดเกี่ยวกับจำนวนครั้งและค่ารักษา พยาบาล	6	19.4	3	17.6	3	16.6	1	12.5	77	19.7	90	29.6
• อื่น ๆ (เพื่อไว้ในอนาคต, สธ. ออกบัตรผู้สูงอายุให้, เพื่อนชวน, ทำงานนอกเวลา รพ. เอกชน, ได้สิทธิรักษาฟรี, โรงเรียนทำ บัตรให้)	5	16.1	-	-	-	-	1	12.5	-	-	6	1.9
• ไม่ตอบ	1	3.2	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.3

ตารางที่ 1 : จำนวน / ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้มารับบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพและกลุ่มตัวอย่างผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพ จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ข้าราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ		ประกันสังคม		ประกันสุขภาพ โดยสมัครใจ		สปร.		ประกันสุขภาพ เอกชน		รวม	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
11. กรณีที่มีสิทธิการรักษาพยาบาลมากกว่า 1 สิทธิ ผู้รับบริการต้องการใช้สิทธิใดในการเจ็บป่วยครั้งนี้												
• บัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจ	3	9.6	-	-	18	100.0	1	12.5	-	-	22	7.2
• บัตรสวัสดิการผู้มีรายได้น้อย	3	9.6	-	-	-	-	4	50.0	-	-	7	2.3
• บัตรประกันสังคม	2	6.5	17	100.0	-	-	-	-	-	-	19	6.3
• สิทธิข้าราชการ	23	74.2	-	-	-	-	1	12.5	-	-	24	7.9
• บัตรประกันสุขภาพเอกชน	2	6.5	-	-	-	-	-	-	226	100.0	228	75.0
• ไม่ตอบ	2	6.5	-	-	-	-	2	25.0	-	-	4	1.3
12. ในการมารับการรักษาพยาบาลในครั้งนี้ใช้สิทธิใด												
• บัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจ	-	-	-	-	18	100.0	-	-	-	-	18	5.9
• บัตรสวัสดิการผู้มีรายได้น้อย	-	-	-	-	-	-	8	100.	-	-	8	2.6
• บัตรประกันสังคม	-	-	17	100.0	-	-	-	-	-	-	17	5.5
• สิทธิข้าราชการ	26	74.3	-	-	-	-	-	-	-	-	26	8.5
• บัตรประกันสุขภาพเอกชน	-	-	-	-	-	-	-	-	226	100.0	226	74.3
• ไม่ตอบ	9	25.7	-	-	-	-	-	-	-	-	9	2.9

ตารางที่ 1 : จำนวน / ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้มารับบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพและกลุ่มตัวอย่างผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพ จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ข้าราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ		ประกันสังคม		ประกันสุขภาพ โดยสมัครใจ		สปร.		ประกันสุขภาพ เอกชน		รวม	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
13. สิทธิที่ใช้ในครั้งนี้ ใครเป็นผู้กำหนดให้ใช้												
• กำหนดเอง	20	57.2	12	70.6	14	77.8	6	75.0	226	100.0	278	91.4
• ผู้ให้บริการเป็นผู้กำหนด	8	22.8	5	29.4	4	22.2	2	25.0	-	-	19	6.3
• ไม่ตอบ	7	20.0	-	-	-	-	-	-	-	-	7	2.3

ตารางที่ 2 : จำนวน / ร้อยละของผู้มารับบริการสุขภาพที่มีบัตร สปร. จำแนกตามขั้นตอนการได้มาซึ่งบัตร

ขั้นตอนการได้มาของบัตร สปร.	n	%
1. ขั้นตอนของการได้มาซึ่งบัตร สปร.		
● ยื่นความจำนงขอบัตรกับ จนท.สาธารณสุขกับ อสม. ผู้ใหญ่บ้าน	111	27.8
● ยื่นความจำนงขอบัตรกับ จนท.สาธารณสุข กับ อสม. ผู้ใหญ่บ้านและ จนท.สาธารณสุขสำรวจผู้มีสิทธิ	95	23.8
● ยื่นความจำนงขอบัตรกับ จนท.สาธารณสุขกับ อสม. ผู้ใหญ่บ้านและ จนท.สำรวจผู้มีสิทธิและกรรมการหมู่บ้านพิจารณาออกบัตร	64	16.0
● จนท.สาธารณสุขสำรวจผู้มีสิทธิ และไม่มีการพิจารณาจากกรรมการหมู่บ้าน	66	16.5
● อื่น ๆ		
- ผู้ใหญ่บ้านสำรวจและออกบัตรให้	42	10.5
- สามเณร/บุตรไปติดต่อทำบัตรให้	4	1.0
- ยื่นกับ อสม.	2	0.5
- โรงเรียนจัดทำให้	12	3.0
- บัตร อสม./บัตรผู้พิการ	2	0.5
● ไม่ทราบ	1	0.2
● ไม่ตอบ	1	0.2

ตารางที่ 2 : จำนวน / ร้อยละของผู้มารับบริการสุขภาพที่มีบัตร สปร. จำแนกตามขั้นตอนการได้มาซึ่งบัตร (ต่อ)

ขั้นตอนการได้มาของบัตร สปร.	n	%
2. การเสียค่าใช้จ่ายในการทำบัตร สปร. ● ไม่เสียค่าใช้จ่าย 345 86.2 ● เสียค่าใช้จ่าย 52 13.00 1) 1-10 บาท 42 80.7 2) 11-20 บาท 7 13.5 3) 100 บาท 2 3.8 4) 900 บาท(ฝากน้องสาวไปทำบัตร) 1 1.9 สำหรับเป็นค่า 1) เคลือบบัตร 7 13.5 2) ทำบัตร 37 71.2 3) ปากกา 1 1.9 4) ค่าธรรมเนียม 2 3.8 5) ไม่ตอบ 5 9.6 ● ไม่ตอบ 3 0.8		
3. ในหมู่บ้านยังมีคนจนที่ไม่มี/มีบัตร สปร. ● ไม่มี 75 18.7 ● มี 71 17.7 1) 1-10 ครอบครัว 21 29.6 2) 20-100 ครอบครัว 8 11.3 3) ไม่ตอบ 42 59.2 ● ไม่ทราบ 251 62.8 ● ไม่ตอบ 3 0.8		
4. สาเหตุที่คนจนในหมู่บ้านไม่มีบัตร เพราะ ● มีการเลือกพวกพ้อง 3 4.0 ● ขาดหลักฐานประกอบ 19 25.3 ● ขั้นตอนยุ่งยาก 13 17.3 ● ไม่มีศักดิ์ศรี 3 4.0 ● ไม่สนใจ 28 37.3 ● อื่น ๆ (จนท.เป็นผู้สำรวจ,ไม่ทราบ,งบไม่พอ) 9 12.0		

ตารางที่ 3 : จำนวน / ร้อยละของผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพจำแนกตามการเข้าถึงระบบประกันสุขภาพ

การเข้าถึงระบบประกันสุขภาพ	n	%
1. ผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพเคยเข้าระบบบริการสุขภาพเหล่านี้หรือไม่		
1.1 กรณีเคยเข้าระบบบริการสุขภาพ โดยใช้ระบบต่อไปนี้	126	31.5
- ระบบประกันสังคม/กองทุนทดแทน และเหตุผลที่ไม่เข้าระบบนี้เพราะ - ไม่ได้เป็นลูกจ้างในสถานประกอบการเดิม 36 85.7 - ไม่คุ้มค่า - - - มีการจำกัดวงเงินในการรักษา 4 9.5 - อื่น ๆ (คุณภาพยาต่ำ) 6 14.3		
- ระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจ และเหตุผลที่ไม่เข้าระบบนี้เพราะ - ไม่มีเงินซื้อ 26 32.9 - ขาดหลักฐานประกอบ 7 8.9 - ไม่คุ้มค่า 14 17.7 - มีข้อจำกัดการใช้บัตร 11 13.9 - อื่น ๆ (ซื้อแล้วไม่ได้รับบัตร, ได้รับแต่ใบเสร็จ แต่ใช้ไม่ได้, ถึงมีบัตรก็เสียเงิน, กำลังจะซื้อ, ไม่สะดวก เนื่องจากค้าขาย, บัตรหมดอายุ รอซื้อบัตรใหม่, ซื้อบัตรที่จังหวัดอื่น) 28 35.4		
- ระบบ สปร. และเหตุผลที่ไม่เข้าระบบนี้เพราะ - มีการเลือกพวกพ้อง 10 33.3 - ขาดหลักฐานประกอบ 10 33.3 - ขั้นตอนยุ่งยาก 17 56.7 - ไม่มีศักดิ์ศรี 3 10.0 - ไม่สนใจ - - - อื่น ๆ (ย้ายที่อยู่, ไม่อยู่ในข่ายที่ควรจะได้รับ, ไม่มีเวลาไปทำ, รพ. ให้บริการไม่เท่าเทียมกัน) 6 20.0		
- ระบบประกันสุขภาพเอกชนและเหตุผลที่ไม่เข้าระบบนี้เพราะ - ไม่มีเงินซื้อ 2 40.0 - ไม่คุ้มค่า 1 20.0 - มีการจำกัดวงเงินในการรักษา 1 20.0 - มีการจำกัดสิทธิในการรับบริการบางอย่าง 1 20.0	5	1.3

ตารางที่ 4 : ร้อยละของการรับรู้เกี่ยวกับระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการของกลุ่มตัวอย่างในระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ

การรับรู้เกี่ยวกับสิทธิบัตร	ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ		
	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ/ ไม่ตอบ
1. สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการเป็นการให้สิทธิประโยชน์ด้านการรักษายาบาล ในทำนองเดียวกับสวัสดิการที่นายจ้างให้แก่ลูกจ้าง เพื่อเป็นการเสริมขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน	82.3	9.2	8.5
2. สิทธิในการรับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการครอบคลุมบิดา มารดา คู่สมรส และบุตร	94.0	1.7	4.2
3. บุตรของข้าราชการ 3 คนเรียง ลำดับบุตรคนที่ 1 ถึง 3 เท่านั้นที่มีสิทธิรับสวัสดิการ	74.4	9.0	16.7
4. บุตรของข้าราชการแม้บรรลุนิติภาวะแล้ว แต่เป็นคนไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ และอยู่ในอุปการะเลี้ยงดูของท่านก็สามารถได้รับสิทธิสวัสดิการ	46.3	20.1	33.6
5. ค่ารักษายาบาลที่ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ เบิกได้ตามสิทธิ ได้แก่ - ค่ายา ค่าเลือด - ค่าอวัยวะเทียม และอุปกรณ์ในการรักษาโรค - ค่าตรวจ ค่าวิเคราะห์โรค - ค่าห้องและค่าอาหาร (กรณีคนไข้ใน) - ค่าจ้างพยาบาลพิเศษ - ค่าตรวจสุขภาพ ประจำปี	83.3 56.2 85.6 85.6 10.4 78.1	1.5 15.4 3.0 4.5 76.4 9.2	10.2 28.4 11.4 10.0 13.2 12.7
6. ข้าราชการสามารถเบิกค่ารักษายาบาลได้เต็มตามที่จ่ายจริงเมื่อไปรับบริการทั้งสถานบริการของรัฐและเอกชน	31.8	60.9	7.2
7. ข้าราชการมีสิทธิเบิกค่าตรวจสุขภาพประจำปี สำหรับตนเอง บิดา มารดา คู่สมรส และบุตร	50.7	32.3	16.9
8. ข้าราชการเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีในสถานพยาบาลของทางราชการเท่านั้น จึงจะมีสิทธิเบิกค่าตรวจสุขภาพตามสิทธิเบิกค่า ตรวจสุขภาพตามสิทธิสวัสดิการนี้	76.4	10.0	13.7

ตารางที่ 5 : ร้อยละของการรับรู้เกี่ยวกับระบบประกันสังคมของกลุ่มตัวอย่างในระบบประกันสังคมและกลุ่มผู้ไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพ

การรับรู้เกี่ยวกับสิทธิบัตร	ประกันสังคม			ไม่มีหลักประกันสุขภาพ		
	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ/ ไม่ตอบ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ/ ไม่ตอบ
1. การประกันสังคมทำให้ได้รับการรักษาพยาบาลฟรีทุกอย่างในยามเจ็บป่วย	78.7	16.2	5.1	20.8	22.2	57.0
2. การประกันสังคมทำให้นุตรได้รับเงินช่วยเหลือ	65.0	17.0	18.0	-	-	-
3. การประกันสังคมทำให้มีรายได้ยามชรา	62.2	14.2	23.6	-	-	-
4. การประกันสังคมทำให้ผู้ประกันตนคลอดบุตรฟรี	73.7	10.4	15.9	-	-	-
5. การประกันสังคมทำให้ผู้ประกันตนมีรายได้ระหว่างการลาคลอด	70.1	11.7	18.2	-	-	-
6. การประกันสังคมทำให้มีรายได้เมื่อต้องพิการจากการทำงาน	73.6	6.9	19.5	-	-	-
7. การประกันสังคมจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล คลอดบุตร ทุกอย่างทุกกรณี	48.7	25.9	25.4	-	-	-
8. ระบบประกันสังคมกำหนดให้สถานประกอบ การที่มีจำนวนลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไปให้ลูกจ้างเป็นสมาชิกกองทุนประกันสังคม	-	-	-	40.0	1.5	58.5
9. การประกันสังคมให้ความคุ้มครองแก่ลูกจ้างในกรณีที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยจากการทำงาน	-	-	-	49.8	3.5	46.7
10. ลูกจ้างที่เป็นสมาชิกกองทุนประกันสังคมสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐและโรงพยาบาลเอกชน	-	-	-	34.2	13.8	52.0
11. การประกันสังคมยังจ่ายค่าทดแทนประเภทอื่น ๆ นอกเหนือจากการรักษาพยาบาลให้กับลูกจ้าง	-	-	-	28.5	10.5	61.0
12. กองทุนทดแทนเป็นเงินที่จ่ายให้ลูกจ้างที่ประสบอันตรายหรือตายเนื่องจากการทำงานให้นายจ้าง	-	-	-	38.5	5.0	56.5

ตารางที่ 6 : ร้อยละของการรับรู้เกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างในระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจและผู้ไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพ

หลักประกัน	ประกันสุขภาพโดยสมัครใจ			ไม่มีหลักประกันสุขภาพ		
	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ/ ไม่ตอบ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ/ ไม่ตอบ
1. บัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจมีอายุบัตร 1 ปี	74.8	2.2	23.0	69.5	1.8	28.7
2. บัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจมีสิทธิในการรักษาพยาบาล แต่มีข้อยกเว้นเกี่ยวกับการผ่าตัดหรือโรคที่หาใส่ตัวและบริการทางการแพทย์บางประเภท	59.0	8.2	32.8	49.3	8.2	42.5
3. สถานบริการของผู้มีบัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจที่มีสิทธิรักษาพยาบาลได้ ได้แก่ สถานบริการของรัฐและโรงพยาบาลเอกชน	23.2	46.2	30.6	33.0	26.5	40.5
4. ในการไปรับบริการที่สถานบริการอีกแห่งหนึ่งต้องมีใบส่งต่อ	58.0	2.5	39.5	48.5	1.8	49.7

ตารางที่ 7 : ร้อยละของการรับรู้เกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพเอกชนของกลุ่มตัวอย่างในระบบประกันสุขภาพเอกชน และผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพ

การรับรู้เกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพ	ประกันสุขภาพเอกชน		
	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ/ ไม่ตอบ
1. การมีประกันสุขภาพเอกชนทำให้ท่านไม่ต้องรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาล	66.7	27.9	5.4
2. การมีประกันสุขภาพเอกชนทำให้ท่านเลือกสถานพยาบาลได้อย่างเสรี	71.5	19.0	9.5
3. บริษัทประกันสุขภาพจะจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามเงื่อนไขในกรมธรรม์	89.2	4.6	6.1
4. การจ่ายเบี้ยประกันสูงจะทำให้ท่านได้รับค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นตามอัตราการจ่ายเบี้ยประกัน	72.6	16.4	11.0
5. การมีประกันสุขภาพเอกชนทำให้ท่านลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ	65.1	27.9	6.9
6. การมีประกันสุขภาพเอกชนเป็นช่องทางหนึ่งที่จะช่วยให้ท่านมีค่าใช้จ่าย เพื่อการรักษาพยาบาลเพิ่มเติมจากสิทธิอื่นที่ท่านมีอยู่แล้ว	74.9	11.0	14.1

ตารางที่ 8 : จำนวน / ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในระบบประกันสุขภาพ จำแนกตามลักษณะปัญหาในการเข้าถึงบริการในสถานบริการ

ปัญหาในการเข้าถึงบริการในสถานบริการ	ข้าราชการ/พนักงาน รัฐวิสาหกิจ		ประกันสังคม		ประกันสุขภาพโดย สมัครใจ		สปร.	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1. ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการที่ใกล้ที่สุดที่ระบุในบัตร - ต่ำกว่า 1 กิโลเมตร - ประมาณ 1-3 กิโลเมตร - ประมาณ 4-6 กิโลเมตร - ประมาณ 7-9 กิโลเมตร - มากกว่า 10 กิโลเมตร - ไม่ตอบ	63	15.6	44	11.2	47	11.8	37	9.2
	138	34.3	137	34.7	129	32.2	163	40.8
	67	16.7	81	20.6	92	23.0	90	22.5
	39	9.7	50	12.7	56	14.0	46	11.5
	92	22.9	79	20.0	75	18.8	64	16.0
	3	0.8	3	0.8	1	0.2	-	-
2. ความสะดวกในการเดินทางจากบ้านถึงสถานบริการใดที่พอใจที่สุด - สถานีนอนมัย - โรงพยาบาลชุมชน - โรงพยาบาลทั่วไป - โรงพยาบาลศูนย์ - โรงพยาบาลเอกชน - คลินิกเอกชน - ไม่ตอบ	20	5.0	-	-	115	28.8	151	37.7
	42	10.4	-	-	44	11.0	51	12.7
	265	65.9	-	-	230	57.5	187	46.8
	-	-	-	-	1	0.2	2	0.5
	22	5.5	-	-	3	0.8	3	0.8
	37	9.2	-	-	6	1.5	5	1.3
	16	4.0	-	-	1	0.2	1	0.2

ตารางที่ 8 : จำนวน / ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในระบบประกันสุขภาพ จำแนกตามลักษณะปัญหาในการเข้าถึงบริการในสถานบริการ (ต่อ)

ปัญหาในการเข้าถึงบริการในสถานบริการ	ข้าราชการ/พนักงานรัฐ วิสาหกิจ		ประกันสังคม		ประกันสุขภาพโดยสมัครใจ		สปร.	
	n	%	n	%	n	%	n	%
3. พาหนะที่ใช้เดินทางเป็นประจำในการไปรับ บริการที่โรงพยาบาลตามสิทธิบัตร								
• เดินเท้า	6	1.5	7	1.8	12	3.0	26	6.5
• รถจักรยาน	9	2.2	12	3.1	9	2.2	16	4.0
• รถจักรยานยนต์	133	33.1	196	49.7	167	41.8	132	33.0
• รถยนต์ส่วนตัว	173	43.0	64	16.2	47	11.8	20	5.0
• รถประจำทาง	74	18.4	109	27.7	156	39.0	175	43.7
• อื่น ๆ (รถรับจ้าง, รถไฟ)	6	1.5	4	1.0	8	2.0	31	7.8
• ไม่ตอบ	1	0.2	2	0.5	1	0.2	-	-
4. จากข้อ 3 มีปัญหาในการเดินทางไปรับ บริการหรือไม่								
• มีปัญหา (เสาร์-อาทิตย์ สอ.ปิด, ต้องออกแต่เช้า จะไม่ทันรถ, เดินด้วยเท้า, รถมีน้อย/ไม่มีรถ, ทางลูกรังเดินทางไม่สะดวก, รถประจำทางหมด ตอนขากลับ, ไกล)	-	-	-	-	28	7.0	39	9.8
• ไม่มีปัญหา	-	-	-	-	370	92.5	354	88.5
• ไม่ตอบ	-	-	-	-	2	0.5	7	1.7

ตารางที่ 8 : จำนวน / ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในระบบประกันสุขภาพ จำแนกตามลักษณะปัญหาในการเข้าถึงบริการในสถานบริการ (ต่อ)

ปัญหาในการเข้าถึงบริการในสถานบริการ	ข้าราชการ/พนักงาน รัฐวิสาหกิจ		ประกันสังคม		ประกันสุขภาพโดย สมัครใจ		สปร.		ประกันสุขภาพ เอกชน		ไม่มีหลักประกัน สุขภาพ	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
5. โดยทั่วไป เมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย ใช้สถานบริการใดที่ใช้เป็นแห่งแรก												
- โรงพยาบาลของรัฐ	265	65.9	16	4.1	238	59.5	210	52.5	135	34.6	153	38.2
- โรงพยาบาลเอกชน	12	2.9	2	0.5	4	1.0	3	0.8	172	44.1	2	0.5
- สถานเอนามัย	22	5.5	23	5.8	130	32.5	164	41.0	17	4.4	95	23.7
- คลินิก	76	18.9	94	23.9	17	4.3	8	2.0	56	14.4	84	21.0
- ร้านขายยา	18	4.5	96	24.4	8	2.0	12	3.0	8	2.1	61	15.2
- โรงพยาบาลที่ทำประกัน	-	-	153	38.8	-	-	-	-	2	0.4	-	-
- อื่น ๆ (อสม.,รักษาเอง)	7	1.7	8	2.0	2	0.5	3	0.8	-	-	2	0.5
- ไม่ตอบ	2	0.5	2	0.5	1	0.2	-	-	-	-	3	0.8

ตารางที่ 8 : จำนวน / ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในระบบประกันสุขภาพ จำแนกตามลักษณะปัญหาในการเข้าถึงบริการในสถานบริการ (ต่อ)

ปัญหาในการเข้าถึงบริการในสถานบริการ	ข้าราชการ/พนักงาน รัฐวิสาหกิจ		ประกันสังคม		ประกันสุขภาพโดย สมัครใจ		สปร.		ประกันสุขภาพ เอกชน		ไม่มีหลักประกัน สุขภาพ	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
6. ในการเจ็บป่วยครั้งนี้สถานบริการใดที่ใช้ บริการรักษาพยาบาลเป็นแห่งแรก												
- ร้านขายยา	19	4.7	33	8.4	11	2.8	9	2.3	-	-	17	4.3
- คลินิก	62	15.4	52	13.2	11	2.8	6	1.5	-	-	30	7.5
- สถานีอนามัย	9	2.2	14	3.6	90	22.5	110	27.5	-	-	33	8.3
- โรงพยาบาลชุมชน	35	8.7	-	-	44	11.0	52	13.0	-	-	54	13.5
- โรงพยาบาลทั่วไป	262	65.2	-	-	243	60.7	222	55.5	-	-	262	65.5
- โรงพยาบาลที่ระบุในกรมธรรม์	-	-	276	70.1	-	-	-	-	-	-	-	-
- โรงพยาบาลที่ไม่ได้ระบุในกรมธรรม์	-	-	17	4.3	-	-	-	-	-	-	-	-
- โรงพยาบาลเอกชน	7	1.7	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.2
- อื่น ๆ (หมอพื้นบ้าน)	2	0.5	-	-	-	-	1	0.2	-	-	1	0.2
- ไม่ตอบ	6	1.5	2	0.5	1	0.2	-	-	-	-	2	0.5

ตารางที่ 8 : จำนวน / ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในระบบประกันสุขภาพ จำแนกตามลักษณะปัญหาในการเข้าถึงบริการในสถานบริการ (ต่อ)

ปัญหาในการเข้าถึงบริการในสถานบริการ	ข้าราชการ/พนักงาน รัฐวิสาหกิจ		ประกันสังคม		ประกันสุขภาพโดย สมัครใจ		สปร.		ประกันสุขภาพ เอกชน		ไม่มีหลักประกัน สุขภาพ	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
7. จากข้อ 6 เหตุผลที่ไปใช้บริการรักษาพยาบาล ในสถานที่ยังกล่าว												
- สะดวก ใกล้บ้าน	293	72.9	-	-	269	67.2	294	73.3	248	63.6	302	75.5
- โรคไม่รุนแรง	70	14.4	-	-	50	12.5	24	6.0	-	-	50	12.5
- มีแพทย์	163	40.5	-	-	163	40.7	128	32.0	207	53.1	163	40.8
- มีความคุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่	55	13.6	-	-	27	6.8	24	6.0	91	23.3	19	4.8
- มียาดี	52	12.9	-	-	66	16.5	58	14.5	73	18.7	74	18.5
- เครื่องมือพร้อม	90	22.3	-	-	76	19.0	57	14.3	-	-	75	18.8
- ใช้สิทธิตามบัตร	-	-	-	-	270	67.5	270	67.5	-	-	-	-
- อื่น ๆ (คิดว่าหายเร็ว, บริการดีกว่า, แพทย์ นัด, คู่มือทำงานอยู่ รพ. ที่รับบริการ, อุบัติเหตุ มีผู้นำส่ง, ต้องมาเอาใบส่งตัว, เสาร์-อาทิตย์ สถานีนอนมัยปิด)	-	-	-	-	20	5.0	27	6.8	-	-	35	8.7
- สถานบริการสะดวก สบาย สะอาด	-	-	-	-	-	-	-	-	187	47.9	-	-
- ค่าบริการไม่แพง	-	-	-	-	-	-	-	-	51	13.1	-	-
- เป็นสถานพยาบาลในเครือบริษัทประกัน	-	-	-	-	-	-	-	-	144	36.9	-	-
- ไปรักษาที่อื่นหลายครั้งแล้วไม่ดีขึ้น	-	-	-	-	-	-	-	-	16	4.1	-	-

ตารางที่ 8 : จำนวน / ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในระบบประกันสุขภาพ จำแนกตามลักษณะปัญหาในการเข้าถึงบริการในสถานบริการ (ต่อ)

ปัญหาในการเข้าถึงบริการในสถานบริการ	ข้าราชการ/พนักงาน รัฐวิสาหกิจ		ประกันสังคม		ประกันสุขภาพโดย สมัครใจ		สปร.		ประกันสุขภาพ เอกชน		ไม่มีหลักประกัน สุขภาพ	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
8. กรณีที่ไม่ไปรักษาพยาบาลในสถานบริการของ รัฐที่อยู่ใกล้บ้าน เพราะเหตุใด	83	51.6	-	-	14	8.7	16	9.9	-	-	48	29.8
- เจ้าหน้าที่ไม่อยู่	5	6.0	-	-	1	7.1	3	18.8	-	-	8	16.7
- บริการไม่ดี ไม่พอใจ	25	30.1	-	-	7	50.0	1	6.2	-	-	9	18.7
- ไม่ไว้วางใจในความสามารถของเจ้าหน้าที่	19	22.9	-	-	1	7.1	3	18.8	-	-	6	12.5
- อื่น ๆ (มีร้านขายยาใกล้บ้าน, เสียเวลา, ใกล้กว่า รพ.ของรัฐ, ไม่เคยไปรับบริการ, ในเวลาราชการ ไปใช้บริการไม่ได้, ไม่มั่นใจคุณภาพยา, เครื่อง มือไม่พร้อม, เจ็บป่วยเล็กน้อย)	17	20.5	-	-	5	35.7	9	56.2	-	-	23	47.9
- ไม่ตอบ	17	20.5	-	-	-	-	-	-	-	-	2	4.2

ตารางที่ 9 : จำนวน / ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในระบบประกันสุขภาพ จำแนกตามค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

การเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล	ข้าราชการ/พนักงาน รัฐวิสาหกิจ		ประกันสังคม		ประกันสุขภาพโดย สมัครใจ		สปร.		ประกันสุขภาพ เอกชน		ไม่มีหลักประกัน สุขภาพ	
	น	%	น	%	น	%	น	%	น	%	น	%
1. การเจ็บป่วยครั้งนี้ เสียค่าใช้จ่ายในการรักษา พยาบาลเท่าใด												
- ไม่เสียเงิน	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0.4
- ไม่ทราบ	-	-	197	50.0	264	66.0	240	60.0	-	-	50	12.5
- ต่ำกว่า 1,000 บาท	-	-	161	40.9	86	21.5	93	23.2	-	-	256	64.2
- 1,001 - 5,000 บาท	-	-	30	7.6	27	6.8	34	8.5	-	-	65	16.2
- 5,001 - 10,000 บาท	-	-	6	1.5	13	3.2	20	5.0	-	-	14	3.5
- 10,001 - 20,000 บาท	-	-	-	-	6	1.5	4	1.0	-	-	12	3.0
- 20,001 - 158,385 บาท	-	-	-	-	4	1.0	9	2.3	-	-	1	0.2

ตารางที่ 9 : จำนวน / ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในระบบประกันสุขภาพ จำแนกตามค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

การเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล	ข้าราชการ/พนักงาน รัฐวิสาหกิจ		ประกันสังคม		ประกันสุขภาพโดย สมัครใจ		สปร.		ประกันสุขภาพ เอกชน		ไม่มีหลักประกัน สุขภาพ	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2. เหตุผลที่จ่ายเงินเองโดยไม่ใช้สิทธิตามบัตร												
- ลัดชั้นตอน ไม่มีใบส่งต่อ	-	-	6	26.1	12	36.4	7	50.0	-	-	-	-
- ไม่ได้นำบัตรมาด้วย	-	-	6	26.1	5	15.1	1	7.1	-	-	-	-
- ลืมแสดงสิทธิบัตรที่ตนมี	-	-	-	-	2	6.1	1	7.1	-	-	-	-
- บริการพิเศษที่อยู่นอกสิทธิ	-	-	8	34.8	5	15.1	1	7.1	-	-	-	-
- อื่น ๆ (จนท.ไม่เข้าใจ, มาตามขั้นตอนแต่ รพ. ให้เสียเงิน, ต้องเบิกที่โรงเรียน ค่า X-ray สมอง 4000 บาท)	-	-	1	4.4	9	27.3	4	28.7	-	-	-	-
- ไม่ตอบ	-	-	2	8.7	-	-	-	-	-	-	-	-

ตารางที่ 10 : จำนวน / ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพ จำแนกตามการจัดการกับปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

การจัดการกับปัญหาค่าใช้จ่าย	ผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพ	
	n	%
1. พึ่งพาตนเองได้	304	76.0
- ใช้เงินออมในครอบครัวเป็นค่ารักษาพยาบาล	299	74.7
- ขายที่ดินหรือทรัพย์สินสมบัติอื่น ๆ (ขายข้าว)	3	0.8
- อื่น ๆ (ลูกส่งเงินมาให้, ค่ารักษาไม่แพง)	4	1.0
2. ได้รับความช่วยเหลือจากญาติ เพื่อน นายจ้าง	35	8.7
- ช่วยค่ารักษาให้	9	2.3
- สรรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้ก่อน โดยไม่คิดดอกเบี้ย	22	5.5
- อื่น ๆ (เบิกค่าจ้างล่วงหน้า, กู้ยืมญาติ)	4	1.0
3. พึ่งพานายทุน	6	1.5
- จำนองที่ดิน	-	-
- กู้เงินโดยเสียดอกเบี้ย	6	1.5
ในอัตราร้อยละ 5 บาท/เดือน	4	1.0
ในอัตราร้อยละ 10 บาท/เดือน	2	0.5
4. ขอสงวนสิทธิ์	73	18.3
5. อื่น ๆ (ค้างชำระ, ผ่อนชำระ, ยืมเงินวัด, คนในหมู่บ้านช่วยกันบริจาค)	12	3.0

ตารางที่ 11 : จำนวน / ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในระบบสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ จำแนกตามปัญหาการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล

ปัญหาการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล	ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	
	n	%
1. ปัญหาการเบิกจ่ายเงินค่างวดของข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ • มีปัญหาด้านข้อกำหนดสิทธิการเบิกตามบัญชีเงินเดือน • มีปัญหาด้านข้อกำหนดจำกัดสิทธิการเบิกกรณีเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน • ขั้นตอนการเบิกจ่ายเงินยุ่งยาก • เจ้าหน้าที่ทำงานล่าช้า • อื่น ๆ • ไม่ตอบ (ไม่มีปัญหา)	23 66 48 42 4 219	5.7 16.4 11.9 10.4 1.0 54.5
2. ความคิดเห็นเกี่ยวกับระเบียบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ • เห็นด้วย • ไม่เห็นด้วย(เพราะจำกัดสิทธิเกินไป , ควรให้บริการโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย , ไปรับบริการรักษาจากโรงพยาบาลเอกชนน่าจะเบิกค่ารักษาได้) • ไม่ตอบ	353 46 3	87.8 11.4 0.8

ตารางที่ 12 : จำนวน / ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในระบบประกันสุขภาพเอกชน จำแนกตามปัญหาการจ่ายค่ารักษาพยาบาล

การจัดการกับปัญหาค่าใช้จ่าย	ประกันสุขภาพเอกชน	
	n	%
1. วิธีการในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล - จ่ายเองก่อนแล้วนำไปเบิกเงินจากบริษัทประกัน - บริษัทจ่ายโดยตรงให้สถานบริการ - อื่น ๆ (นายจ้างจ่ายให้) - ไม่ตอบ	198 169 1 22	50.8 43.3 0.3 5.6
2. เหตุผลที่ผู้มีบัตรประกันสุขภาพเอกชนต้องจ่ายเงินเองก่อนไปเบิกจากบริษัทประกัน - เป็นสถานบริการนอกเครือข่ายบริษัทประกัน - เป็นเหตุฉุกเฉินไม่สามารถแจ้งการเข้ารับการรักษาต่อบริษัทประกันได้ในเวลาที่กำหนด - บริษัทรับผิดชอบ/เงื่อนไขยังไม่ครอบคลุม - ตัวแทนไม่รับผิดชอบ - ไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเพิ่ม - ไม่ตอบ	69 119 26 2 51 23	17.7 30.5 6.7 0.5 38.7 5.9
3. การเบิกเงินคืนจากบริษัทประกัน - สะดวก รวดเร็ว - ล่าช้า - ไม่ตอบ	132 102 56	45.5 35.2 19.3

ตารางที่ 13 : จำนวน / ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างภายใต้ระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ จำแนกตามความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับสถานบริการที่เหมาะสมกับโรคที่เป็น

สถานบริการที่เหมาะสม	ข้าราชการ/พนักงาน รัฐวิสาหกิจ		ประกันสังคม		ประกันสุขภาพโดย สมัครใจ		สปร.		ประกันสุขภาพ เอกชน		ไม่มีหลักประกัน สุขภาพ	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
● โรงพยาบาลศูนย์	18	4.5	6	1.5	5	1.3	3	0.8	-	-	5	1.3
● โรงพยาบาลทั่วไป	343	85.3	322	81.7	359	89.7	349	87.2	-	-	335	83.7
● โรงพยาบาลชุมชน	12	3.0	12	3.1	18	4.5	10	2.5	-	-	28	7.0
● สถานีอนามัย	2	0.5	7	1.7	-	-	1	0.2	-	-	6	1.5
● โรงพยาบาลเอกชน	9	2.2	14	3.6	-	-	4	1.0	-	-	4	1.0
● อื่น ๆ (รพ.เป็นเกล้า,รพ.ตำรวจ,จุฬาฯ,รพ. มหาวิทยาลัย)	5	1.2	5	1.3	2	0.5	3	0.8	-	-	-	-
● ไม่ทราบ/ไม่ตอบ	13	3.2	28	7.1	16	4.0	30	7.5	-	-	22	5.5

ตารางที่ 14 : ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ผู้รับบริการในระบบสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลของข้าราชการ จำแนกตามระดับความพึงพอใจในการเข้ารับบริการในสถานบริการ

ที่	การบริการที่ได้รับในระบบข้าราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ	ระดับความพึงพอใจ					ไม่มี ประสพ การณ์
		มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด	
1	ความรวดเร็วในการจัดทำบัตรผู้ป่วยนอก	1.5	37.8	45.8	10.4	2.0	2.5
2	การแนะนำ ประชาสัมพันธ์ในการมาใช้ บริการ	1.3	38.3	43.5	12.2	2.7	2.0
3	ระยะเวลาในการรพบแพทย์	2.0	25.1	40.3	24.1	7.2	1.2
4	การเอาใจใส่ของแพทย์ในการตรวจรักษา	3.2	49.5	35.3	8.2	2.7	1.0
5	การดูแลเอาใจใส่ของพยาบาล	3.7	45.5	40.3	6.5	3.0	1.0
6	การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็นและวิธี ปฏิบัติตัว	1.0	39.3	42.0	12.4	3.5	1.7
7	ระยะเวลาารอรับยา	2.2	35.3	43.5	10.7	4.5	3.7
8	คุณภาพของยาที่ท่านได้รับ	2.5	44.5	42.0	2.7	0.5	7.7
9	จำนวนยาที่ได้รับ	2.0	43.5	46.3	3.5	-	4.7
10	การแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา	3.5	36.6	41.8	12.4	2.2	3.5
11	ความเหมาะสมของค่ารักษาพยาบาล	4.7	35.3	49.3	5.5	1.5	3.7
12	บริการรักษาพยาบาลที่ท่านได้รับในครั้งนี้ โดยภาพรวม	4.2	41.3	45.8	5.7	1.7	1.2

ตารางที่ 15 : ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการที่มีบัตรประกันสังคม จำแนกตามความพึงพอใจ
ในการเข้ารับบริการในสถานบริการ

ที่	การบริการที่ได้รับในระบบประกันสังคม	ระดับความพึงพอใจ					ไม่มี ประสพ การณ์
		มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด	
1	ความรวดเร็วในการจัดทำบัตรผู้ป่วยนอก	3.1	36.4	41.5	11.2	5.1	2.8
2	การแนะนำ ประชาสัมพันธ์ในการมาใช้ บริการ	2.3	31.3	42.2	16.5	7.1	0.5
3	ระยะเวลาในการรพบแพทย์	3.8	41.0	44.8	6.9	3.1	0.5
4	การเอาใจใส่ของแพทย์ในการตรวจรักษา	2.0	35.9	46.3	8.7	5.6	1.5
5	การดูแลเอาใจใส่ของพยาบาล	3.1	29.0	46.3	14.8	4.3	2.5
6	การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็นและวิธี ปฏิบัติตัว	1.0	14.8	28.2	8.4	4.6	43.0
7	ระยะเวลาารอรับยา	2.0	37.7	48.1	5.6	1.8	4.8
8	คุณภาพของยาที่ท่านได้รับ	2.0	35.1	53.9	4.8	1.0	3.1
9	จำนวนยาที่ได้รับ	2.3	32.8	47.6	12.2	2.3	2.8
10	การแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา	2.8	24.2	49.4	8.4	3.6	11.7
11	ความเหมาะสมของค่ารักษาพยาบาล	0.8	11.7	21.9	6.9	2.3	56.5
12	บริการรักษาพยาบาลที่ท่านได้รับในครั้งนี้ โดยภาพรวม	2.0	30.3	58.0	5.6	2.3	1.8

ตารางที่ 16 ; ร้อยละของผู้รับบริการที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจ จำแนกตามความพึงพอใจ ในการเข้ารับบริการในสถานบริการ

ที่	การบริการที่ได้รับในระบบบัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจ	ระดับความพึงพอใจ					ไม่มี ประสบ การณ์
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
1	ความรวดเร็วในการจัดทำบัตรผู้ป่วยนอก	1.8	33.3	48.6	12.8	1.8	1.8
2	การแนะนำ ประชาสัมพันธ์ในการมาใช้ บริการ	2.3	42.6	37.8	10.3	2.8	4.3
3	ระยะเวลาในการรพพบแพทย์	3.0	27.3	39.1	26.6	4.0	-
4	การเอาใจใส่ของแพทย์ในการตรวจรักษา	9.6	52.1	31.7	6.0	0.5	-
5	การดูแลเอาใจใส่ของพยาบาล	4.0	50.9	37.0	7.3	0.8	-
6	การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็นและวิธี ปฏิบัติตัว	2.8	43.6	42.1	8.3	2.3	1.0
7	ระยะเวลาารรับยา	2.5	23.5	55.6	13.6	2.0	2.8
8	คุณภาพของยาที่ท่านได้รับ	2.8	49.5	41.0	3.0	-	3.8
9	จำนวนยาที่ได้รับ	2.3	41.7	51.3	3.0	-	1.7
10	การแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา	3.0	36.8	48.4	8.1	2.5	1.3
11	ความเหมาะสมของค่ารักษาพยาบาล	6.4	34.9	37.4	2.5	1.8	17.0
12	บริการรักษาพยาบาลที่ท่านได้รับในครั้งนี้ โดยภาพรวม	3.5	45.4	46.6	3.0	1.3	0.3

ตารางที่ 17 : ร้อยละของผู้รับบริการที่มีบัตร สปร. จำแนกตามความพึงพอใจในการเข้ารับบริการในสถานบริการ

ที่	การบริการที่ได้รับในระบบสวัสดิการผู้มีรายได้น้อย	ระดับความพึงพอใจ					ไม่มี ประสบ การณ์
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
1	ความรวดเร็วในการจัดทำบัตรผู้ป่วยนอก	2.8	38.1	45.6	9.3	1.5	2.8
2	การแนะนำ ประชาสัมพันธ์ในการมาใช้บริการ	1.8	34.8	39.8	11.4	2.0	10.2
3	ระยะเวลาในการรพบแพทย์	2.7	33.5	43.7	15.3	4.3	0.5
4	การเอาใจใส่ของแพทย์ในการตรวจรักษา	3.0	60.1	32.4	3.0	1.3	0.3
5	การดูแลเอาใจใส่ของพยาบาล	3.0	56.3	34.5	4.5	0.5	1.3
6	การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็นและวิธีปฏิบัติตัว	0.5	35.6	49.9	9.2	2.0	2.8
7	ระยะเวลาารอรับยา	1.3	29.6	48.7	10.8	1.8	7.8
8	คุณภาพของยาที่ท่านได้รับ	1.7	43.9	45.4	1.5	0.8	6.7
9	จำนวนยาที่ได้รับ	1.5	44.7	48.5	1.8	0.5	3.0
10	การแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา	2.3	31.2	55.7	7.6	1.5	1.8
11	ความเหมาะสมของค่ารักษาพยาบาล	13.9	14.6	37.0	3.5	1.3	29.7
12	บริการรักษาพยาบาลที่ท่านได้รับในครั้งนี้โดยภาพรวม	3.3	50.6	43.8	1.3	0.3	0.7

ตารางที่ 18 : ร้อยละของผู้รับบริการที่มีบัตรประกันสุขภาพเอกชน จำแนกตามความพึงพอใจในการเข้ารับบริการในสถานบริการ

ที่	การบริการที่ได้รับในระบบประกันสุขภาพ เอกชน	ระดับความพึงพอใจ					ไม่มี ประสพ การณ์
		มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด	
1	ความรวดเร็วในการจัดทำบัตรผู้ป่วยนอก	12.1	42.3	40.0	3.8	0.5	1.3
2	การแนะนำ ประชาสัมพันธ์ในการมาใช้ บริการ	12.1	41.3	38.5	5.6	1.0	1.5
3	ระยะเวลาในการรพบแพทย์	7.7	36.9	36.4	13.3	3.8	1.8
4	การเอาใจใส่ของแพทย์ในการตรวจรักษา	13.3	44.6	32.8	6.7	1.3	1.3
5	การดูแลเอาใจใส่ของพยาบาล	11.5	45.6	30.5	8.7	2.3	1.3
6	การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็นและวิธี ปฏิบัติตัว	7.7	36.7	40.0	11.8	1.8	2.1
7	ระยะเวลาารอรับยา	4.4	33.1	43.1	10.8	3.6	5.1
8	คุณภาพของยาที่ท่านได้รับ	5.9	45.9	37.2	5.4	1.3	4.4
9	จำนวนยาที่ได้รับ	5.4	39.7	46.2	5.1	0.5	3.1
10	การแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา	7.4	46.7	35.6	6.2	2.1	2.1
11	ความเหมาะสมของค่ารักษาพยาบาล	4.6	27.7	51.5	7.7	1.8	6.7
12	บริการรักษาพยาบาลที่ท่านได้รับในครั้งนี้ โดยภาพรวม	10.8	41.0	40.0	5.4	1.0	1.8

ตารางที่ 19 : ร้อยละของผู้รับบริการที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพจำแนกตามความพึงพอใจในการเข้ารับบริการในสถานบริการ

ที่	การบริการที่ได้รับ	ระดับความพึงพอใจ					ไม่มี ประสบ การณ์
		มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด	
1	ความรวดเร็วในการจัดทำบัตรผู้ป่วยนอก	2.8	38.3	45.1	9.0	3.3	1.5
2	การแนะนำ ประชาสัมพันธ์ในการมาใช้ บริการ	3.6	39.9	38.9	10.7	2.3	4.6
3	ระยะเวลาในการรพบแพทย์	2.3	30.7	43.8	17.6	5.3	0.3
4	การเอาใจใส่ของแพทย์ในการตรวจรักษา	5.3	48.5	38.5	5.5	2.0	0.3
5	การดูแลเอาใจใส่ของพยาบาล	5.0	49.4	38.1	3.8	3.0	0.8
6	การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็นและวิธี ปฏิบัติตัว	2.3	31.4	56.5	6.8	0.8	2.3
7	ระยะเวลาารอรับยา	2.0	23.9	53.8	10.3	5.3	4.8
8	คุณภาพของยาที่ท่านได้รับ	3.5	39.2	39.9	3.0	0.8	13.6
9	จำนวนยาที่ได้รับ	2.0	36.7	51.8	2.8	0.5	6.3
10	การแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา	2.0	33.3	49.6	8.9	3.1	3.1
11	ความเหมาะสมของค่ารักษาพยาบาล	2.0	24.2	59.2	9.4	1.0	4.1
12	บริการรักษาพยาบาลที่ท่านได้รับในครั้งนี้ โดยภาพรวม	3.0	43.8	44.5	3.0	2.0	3.8

ตารางที่ 20 : คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้มีบัตรประกันสุขภาพภายใต้ระบบต่าง ๆ และผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพ

ระบบประกันสุขภาพ	ศรีสะเกษ	สมุทรปราการ	เชียงใหม่	ปัตตานี	รวม
สวัสดิการข้าราชการ	38.02	42.77	45.64	38.09	41.11
ประกันสังคม	32.87	42.77	40.88	32.40	37.28
ประกันสุขภาพโดยสมัครใจ	36.88	36.30	44.39	42.28	47.67
สวัสดิการผู้มีรายได้น้อย	36.69	38.65	43.44	38.19	39.24
ประกันสุขภาพเอกชน	44.95	48.39	48.91	48.75	47.67
ไม่มีหลักประกันสุขภาพ	35.01	39.25	40.41	40.02	38.68
รวม	37.34	41.35	43.95	39.87	40.65

ตารางที่ 21 : ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในระบบประกันสุขภาพจำแนกตามความคิดเห็นเรื่องความเท่าเทียมด้านการต้อนรับ/การเอาใจใส่ของแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่อื่น

ระบบบริการสุขภาพ	ความเท่าเทียมกันในการต้อนรับและการเอาใจใส่ของแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่อื่น ๆ			รวม
	ดีกว่า	เท่ากัน	ไม่ดีเท่าสิทธิอื่น	
1. ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	1.0 (21)	14.1 (295)	2.6 (54)	17.7 (370)
2. ประกันสังคม	2.4 (50)	11.9 (248)	1.9 (40)	16.2 (338)
3. ประกันสุขภาพโดยสมัครใจ	1.2 (25)	15.1 (314)	1.0 (21)	17.3 (360)
4. สปร.	1.3 (28)	14.9 (311)	0.6 (12)	16.8 (351)
5. ประกันสุขภาพเอกชน	2.0 (41)	8.8 (184)	5.7 (119)	16.5 (344)
6. ไม่มีหลักประกันสุขภาพ	0.8 (17)	12.6 (263)	2.0 (42)	15.4 (322)
รวม	13.8 (288)	77.4 (1615)	8.7 (182)	100.0 (2085)

Chi-Square = 218.26

df = 10

p value = 0.000

ตารางที่ 22 : ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในระบบประกันสุขภาพจำแนกตามความคิดเห็นเรื่องความเท่าเทียมด้านการให้คำตอบที่ชัดเจนเกี่ยวกับอาการ การวินิจฉัยโรค ยาที่ได้รับและผลข้างเคียง

ระบบบริการสุขภาพ	ความเท่าเทียมกันของการให้คำตอบที่ชัดเจนเกี่ยวกับอาการ การวินิจฉัย ยาที่ได้รับและผลข้างเคียง			รวม
	ดีกว่า	เท่ากัน	ไม่ดีเท่าสิทธิอื่น	
1. ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	0.8 (17)	14.1 (294)	2.1 (44)	17.0 (355)
2. ประกันสังคม	1.8 (38)	12.4 (260)	4.4 (93)	18.7 (391)
3. ประกันสุขภาพโดยสมัครใจ	0.6 (13)	15.6 (327)	1.2 (25)	17.5 (365)
4. สปร.	0.9 (18)	14.5 (303)	0.6 (12)	15.9 (333)
5. ประกันสุขภาพเอกชน	1.5 (32)	9.5 (199)	4.9 (103)	16.0 (334)
6. ไม่มีหลักประกันสุขภาพ	0.7 (14)	12.7 (266)	1.6 (33)	15.0 (313)
รวม	6.3 (132)	78.8 (1649)	14.8 (310)	100.0 (2091)

Chi-Square = 185.86

df = 10

p value = 0.000

ตารางที่ 23 : ร้อยละของความเท่าเทียมกันของผู้มารับบริการสุขภาพจำแนกตามปริมาณและคุณภาพยาหรือเวชภัณฑ์ที่ได้รับ

ระบบบริการสุขภาพ	ความเท่าเทียมกันปริมาณและคุณภาพยาหรือเวชภัณฑ์ที่ได้รับ			รวม
	ดีกว่า	เท่ากัน	ไม่ดีเท่าสิทธิอื่น	
1. ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	0.8 (17)	13.6 (273)	3.0 (61)	17.4 (351)
2. ประกันสังคม	2.2 (44)	13.2 (264)	3.9 (78)	19.3 (386)
3. ประกันสุขภาพโดยสมัครใจ	1.4 (29)	14.3 (286)	1.3 (26)	17.0 (341)
4. สปร.	1.0 (21)	13.5 (270)	0.6 (12)	15.1 (303)
5. ประกันสุขภาพเอกชน	1.6 (33)	9.3 (186)	5.1 (102)	16.0 (321)
6. ไม่มีหลักประกันสุขภาพ	1.1 (22)	12.0 (241)	2.0 (41)	15.1 (304)
รวม	8.1 (166)	75.9 (1520)	15.9 (320)	100.0 (2006)

Chi-Square = 137.67

df = 10

p value = 0.000

ตารางที่ 24 : ร้อยละของความเท่าเทียมกันของผู้มารับบริการสุขภาพจำแนกตามการการตรวจวินิจฉัยและการตรวจด้วยเครื่องมือตรวจพิเศษที่แพทย์จัดหาให้

ระบบบริการสุขภาพ	ความเท่าเทียมกันในการการตรวจวินิจฉัยและการตรวจด้วยเครื่องมือตรวจพิเศษที่แพทย์จัดหาให้			รวม
	ดีกว่า	เท่ากัน	ไม่ดีเท่าสิทธิอื่น	
1. ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	0.9 (16)	15.2 (279)	2.5 (45)	18.6 (340)
2. ประกันสังคม	1.8 (33)	13.1 (239)	4.9 (89)	19.8 (361)
3. ประกันสุขภาพโดยสมัครใจ	0.7 (13)	14.2 (259)	1.4 (25)	16.3 (297)
4. สปร.	0.6 (11)	12.7 (232)	0.6 (11)	13.9 (254)
5. ประกันสุขภาพเอกชน	1.7 (31)	9.5 (174)	5.9 (108)	17.1 (313)
6. ไม่มีหลักประกันสุขภาพ	0.8 (15)	12.0 (220)	1.6 (30)	14.4 (265)
รวม	6.5 (119)	76.7 (1403)	16.9 (308)	100.0 (1830)

Chi-Square = 167.40

df = 10

p value = 0.000

กรณีศึกษา 12 กรณี

1. ผู้สูงอายุต้องจ่ายสำรองเงินรักษาพยาบาลเองโดยไม่ได้รับเงินคืนจากบุตร
2. ค่าใช้จ่ายส่วนเกินที่เบิกไม่ได้สูงเกินความสามารถที่จะจ่ายได้
3. บริษัทไม่ได้แจ้งจดทะเบียนประกันสังคมให้ลูกจ้าง
4. บัตรไม่คุ้มครองเนื่องจากตีความว่าเป็นการเจ็บป่วยในงาน
5. การรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูงแพทย์ไม่ยอมเขียนใบส่งตัวให้ใช้สิทธิ
6. ผู้ป่วยไม่ได้รับคุ้มครองค่าอุปกรณ์หรือยาที่มีราคาแพงทั้งหมด
7. การส่งตัวโดยสถานพยาบาลไม่ยอมให้ผู้ป่วยใช้สิทธิบัตร
8. ระบบส่งต่อทำให้ความลับของการเจ็บป่วยถูกเปิดเผย
9. เงื่อนไขกรมธรรม์ไม่ได้คุ้มครองค่าใช้จ่ายทุกกรณี
10. ผู้รับบริการถูกยึดเยียดการรักษาพยาบาลเกินความจำเป็น
11. ไม่มีการแนะนำให้ใช้สิทธิหรือการเข้าถึงสิทธิบัตร
12. เป็นโรคเรื้อรัง ค่ารักษาสูง ไม่สามารถเข้าถึงระบบประกันสุขภาพ

กรณีศึกษาที่ 1

สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ :
ผู้สูงอายุต้องจ่ายเงินสำรองค่ารักษายาบาลเองโดยไม่ได้รับเงินคืนจากบุตร

นายเทศ ไสสัด (นามสมมติ) อายุ 65 ปี อดีตผู้ใหญ่บ้าน มีบุตร 5 คน คนสุดท้องเป็นชายเพิ่งได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการครูได้ประมาณ 1 ปีเศษ ส่วนบุตรคนอื่นประกอบอาชีพเกษตรกรรม ขณะนี้พักอยู่กับภรรยาและหลาน 1 คน โดยบุตรทั้ง 5 คนจะให้เงินเพื่อเป็นการใช้จ่ายต่าง ๆ แต่ไม่สม่ำเสมอ มีบ่อยครั้งต้องร้องขอเนื่องจากไม่มีเงินสำหรับใช้สอย

นายเทศมีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน รับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนในอำเภอมาตลอด 10 กว่าปี หลังจากเกษียณจากตำแหน่งผู้ใหญ่บ้าน ทางเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยได้จัดทำบัตรสวัสดิการด้านการรักษายาบาลประเภทผู้สูงอายุให้ เวลาไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลจึงไม่ต้องเสียเงินค่ารักษาใด ๆ เลย จนกระทั่งบุตรชายคนสุดท้องได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการครูที่จังหวัดหนองคาย เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยได้ขอบัตรสวัสดิการด้านการรักษายาบาลประเภทผู้สูงอายุคืน เนื่องจากมีสิทธิเบิกจากสวัสดิการข้าราชการของบุตรชายซึ่งให้สวัสดิการที่ดีกว่า ขณะนี้เวลาจะไปโรงพยาบาลชุมชนเพื่อรับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานตามที่แพทย์นัด นายเทศต้องหาเงินเตรียมไปอย่างน้อย 500 บาท เพื่อเป็นค่ายาต่อเดือนโดยไปยืมจากเพื่อนบ้าน ถ้ายืมไม่ได้ก็ต้องกู้ที่ร้านค้าในหมู่บ้าน เมื่อลูกส่งเงินมาคืนให้จึงจะได้นำไปใช้คืนพร้อมดอกเบี้ย ใบเสร็จที่ได้จากทางโรงพยาบาล นายเทศได้ส่งไปให้บุตรชายที่เป็นครูเบิกเงินให้ แต่ไม่เคยได้เงินส่งมา เคยทวงถามไปหลายครั้ง บุตรชายก็ยังไม่ส่งเงินมาให้เลย ระยะหลังนายเทศจึงไม่ได้ส่งใบเสร็จไปให้บุตรชายอีก

นายเทศเคยไปติดต่อขอซื้อบัตรประกันสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยแต่ได้รับการปฏิเสธ เจ้าหน้าที่อ้างว่าอายุเกิน 60 ปีแล้ว และบุตรเป็นข้าราชการด้วย นายเทศเคยคิดว่าการที่บุตรได้เป็นข้าราชการจะทำให้ตัวเองสบายขึ้นเหมือนกับที่หลายคนเคยเล่าให้ฟัง แต่กรณีของตนเองกลับตรงกันข้าม ความสะดวกสบายที่เคยได้รับลดลงและยังต้องเสียเงินอีก นายเทศสงสัยอยู่ตลอดว่าทำไมตนเองจึงเลือกสิทธิตามที่ต้องการไม่ได้

ปัญหาของผู้รับบริการ

เสียเงินเป็นค่ารักษาตัวเป็นประจำทุกเดือน แต่ไม่ได้รับเงินคืนจากลูกที่เป็นข้าราชการที่อยู่ห่างไกลกัน ไม่สามารถเลือกระบบประกันสุขภาพที่เหมาะสมกับสภาพของตนเองได้

ข้อเท็จจริง

ผู้สูงอายุที่อายุเกิน 60 ปี สามารถที่จะเลือกสิทธิคุ้มครองด้านสุขภาพได้อย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งอาจเลือกสิทธิบัตร สปร.ผู้สูงอายุ หรือเลือกสิทธิตามสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการก็ได้ ซึ่งสิทธิอันหลังจะได้ผลคุ้มครองที่สูงกว่า แต่ในกรณีเป็นผู้ป่วยนอกจำเป็นต้องเสียเงินค่ารักษายาบาลก่อนแล้วจึงนำไปเสร็จไปตั้งเบิกภายหลัง จะเป็นปัญหามากในกรณีที่ค่าใช้จ่ายสูง หรือบุตรมักจะไม่มีเงินที่เบิกได้คืนให้พ่อแม่ นายเทศควรจะได้รับารชี้แจงและอนุญาตให้เลือกสิทธิบัตรตามที่ต้องการได้

กรณีศึกษาที่ 2

สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ : ค่าใช้จ่ายส่วนเกินที่เบิกไม่ได้สูงเกินความสามารถที่จะจ่ายได้

เด็กชายเอกพันธ์ อายุ 12 ปี เป็นบุตรชายคนโตของครอบครัว มีน้องชาย 1 คน เอกพันธ์เรียนอยู่ชั้นมัธยมปีที่ 1 ที่โรงเรียนมัธยมในอำเภอ มีผลการเรียนดีมาก ปกติจะมีนิสัยร่าเริง ชอบช่วยพ่อแม่ทำงานบ้านและทำสวนครัว พ่อของเอกพันธ์รับราชการในตำแหน่งหัวหน้าสถานีอนามัย ส่วนแม่รับราชการครู ทั้งสองเพิ่งสร้างบ้านใหม่เมื่อปีที่แล้วโดยไปกู้เงินจากธนาคารอาคารสงเคราะห์ ต้องผ่อนชำระหนี้เดือนละ 8,000 บาท นอกจากนี้พ่อของเอกพันธ์กำลังศึกษาต่อที่สถาบันราชภัฏ มีค่าใช้จ่ายอีกเดือนละไม่ต่ำกว่า 2,000 บาท ครอบครัวของเอกพันธ์จึงต้องใช้จ่ายกันอย่างประหยัด และมีหลายครั้งที่พ่อต้องไปกู้เงินเสียดอกเบี้ยร้อยละ 5 ต่อเดือน เพื่อนำมาใช้จ่ายในครอบครัว

เอกพันธ์เริ่มมีอาการปวดศีรษะตั้งแต่ปลายปีที่แล้ว พ่อให้กินยาแก้ปวดอาการดีขึ้น แต่ต่อมาอาการปวดศีรษะกลับทวีขึ้น โดยเฉพาะตอนตื่นนอนเช้า กินยาแก้ปวดไม่หาย และเริ่มมีอาการเห็นภาพซ้อน ตอนแรกพ่อไม่ได้สนใจเพราะคิดว่าเขาดูหนังสีมากเกินไป จนในที่สุดอาการปวดศีรษะรุนแรงจนเอกพันธ์ทนไม่ไหวและมีอาเจียนด้วย พ่อพาเขาไปตรวจที่โรงพยาบาลชุมชนในอำเภอ แพทย์ตรวจร่างกายแล้วส่งให้ไปพบจักษุแพทย์ที่โรงพยาบาลจังหวัด หลังจากได้ทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง จึงรู้ว่าเป็นเนื้องอกในสมอง แพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชนส่งไปรักษาที่โรงพยาบาลในกรุงเทพฯ แห่งหนึ่งซึ่งเป็นโรงเรียนแพทย์และมีชื่อเสียงในการรักษาโรคทางระบบประสาทในเด็ก

หลังเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลได้ 2 วัน เอกพันธ์ได้รับการผ่าตัดชิ้นแรกใส่ท่อระบายไว้ก่อน เพื่อลดความดันภายในกะโหลกศีรษะ เขามีอาการดีขึ้นอย่างชัดเจน อาการปวดศีรษะลดลง อาการเห็นภาพซ้อนหายไป ที่โรงพยาบาลแห่งนี้เขาได้นอนพักในห้องพิเศษรวม 6 คน โรงพยาบาลอนุญาตให้ผู้ปกครองที่เป็นเพศหญิงเฝ้าได้ 1 คน โดยให้นอนข้างเตียงผู้ป่วย แม่เป็นผู้นอนเฝ้าเอกพันธ์ ส่วนพ่อต้องไปนอนค้างที่บ้านญาติในจังหวัดนนทบุรีและมาอยู่กับลูกในตอนเช้า จนถึงเย็นทุกวัน เอกพันธ์อยู่โรงพยาบาลได้ 7 วัน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ และนัดให้มาผ่าตัดซ้ำเพื่อเอาก้อนเนื้องอกออกในอีก 1 เดือน ในการผ่าตัดครั้งแรกพ่อต้องเสียค่าใช้จ่ายไปประมาณ 1 หมื่นบาท ส่วนหนึ่งเป็นค่ายาที่ไม่ใช่บัญชียาหลักแห่งชาติไม่สามารถเบิกจากทางราชการได้

หนึ่งเดือนต่อมา เอกพันธ์ได้กลับเข้าโรงพยาบาลอีกครั้ง เพื่อรับการผ่าตัดเอาก้อนเนื้องอกออก คราวนี้พ่อและแม่ลัดกันกลางานเพื่อมาเฝ้าคนละ 1 สัปดาห์ ในช่วงที่แม่เฝ้าไม่มีปัญหา

เพราะสามารถนอนพักข้างเตียงได้ แต่ในช่วงที่พ่อเฝ้าอยู่ได้เฉพาะตอนกลางวัน ตอนเช้านั่งรถแท็กซี่มาโรงพยาบาล รถติดมากมาไม่ทัน 8.00 น. ซึ่งเป็นช่วงให้ญาติต้องช่วยทำความสะอาดร่างกายและให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร พยาบาลที่ดูแลอยู่รู้อะไรเรื่องนี้เข้าจึงเห็นใจ ได้ติดต่อยามเพื่อขออนุญาตให้พ่อของเอกพันธ์ได้นอนที่ชั้นล่างของตึกผู้ป่วยนอก ตามม้านั่งรถตรวจที่ญาติผู้ป่วยซึ่งมาจากต่างจังหวัดนอนจับจองอยู่แล้วเป็นจำนวนมาก ในคืนหนึ่งพ่อของเอกพันธ์ลงไปนอนที่เดิมอีก แต่คราวนี้ยามที่ดูแลไม่ใช่คนเดิมจึงขอตรวจบัตรประจำตัว พ่อรู้ว่าพ่อเป็นข้าราชการระดับ 6 จึงสอบถามอย่างแปลกใจและสงสัยมากที่พ่อของเอกพันธ์ต้องมานอนแบบนี้ คืนต่อมาพ่อของเอกพันธ์รู้สึกอายนั่งไม่กล้านอนที่โรงพยาบาลอีก ต้องไปเช่าโรงแรมใกล้ ๆ ราคาคืนละ 400 บาท และนั่งรถแท็กซี่จากโรงแรมมาโรงพยาบาลให้ทันก่อน 8.00 น. เสียค่าแท็กซี่ประมาณวันละ 80 บาท การผ่าตัดครั้งนี้มีค่ายาและค่าอุปกรณ์การแพทย์ที่เบิกไม่ได้สูงกว่าการผ่าตัดครั้งที่แล้ว พ่อของเขาต้องจ่ายเงินครั้งละ 15,000 – 20,000 บาท หลายครั้ง รวมแล้วกว่า 100,000 บาท เงินจำนวนนี้ส่วนหนึ่งยืมมาจากญาติแต่อีกส่วนหนึ่งต้องกู้มา เสียดอกเบี้ยร้อยละ 5 พ่อของเอกพันธ์เคยถามพยาบาลว่าสามารถลดหย่อนกว่านี้อีกได้ไหม พยาบาลบอกว่าทางแพทย์ได้ช่วยลดหย่อนให้มากที่สุดแล้ว

ขณะนี้เอกพันธ์ได้กลับมาอยู่บ้านแล้ว หมอบอกพ่อว่าโรคที่ที่น้องอกไม่ได้เป็นเนื้อร้าย โอกาสหายขาดมีถึง 95 เปอร์เซ็นต์ แต่เขาจำเป็นต้องกินฮอร์โมนที่เกี่ยวกับการเจริญเติบโตเสริมและต้องใช้จ่ายซึ่งมีราคาแพงมากหยดที่จุ่ม เพื่อไม่ให้ปัสสาวะบ่อยเกินไป

ปัญหาของผู้รับบริการ

ครอบครัวนี้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการมาเฝ้าใช้เป็นจำนวนมาก เงินเดือนของพ่อและแม่ที่เคยเหลือต้องนำมาจ่ายเป็นค่าดอกเบี้ยจนเกือบหมด ครอบครัวอยู่ในภาวะชักหน้าไม่ถึงหลัง เกิดหนี้สินเพิ่มพูนเกินกว่ารายได้ประจำของข้าราชการระดับกลาง 2 คนจะปลดเปลื้องภาระได้ ความสุขใจมีเพียงประการเดียวคือลูกชายปลอดภัย

ข้อเท็จจริง

1. สวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการจะไม่ครอบคลุมยาที่อยู่นอกบัญชียาหลักหรือวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้ประกอบการรักษาที่มีราคาแพงหลายรายการ ซึ่งในกรณีของโรงเรียนแพทย์มักจะมียาที่นอกบัญชียาหลักเป็นจำนวนมากและแพทย์มักจะสั่งใช้ แต่ก็ยังสามารถพิจารณาให้เบิกจากสิทธิข้าราชการได้ถ้าคณะกรรมการแพทย์ลงความเห็นว่ามีคามจำเป็นต้องใช้ยาประเภทนั้น เนื่องจากไม่มีตัวยาอื่น ๆ ในบัญชียาของโรงพยาบาลจะใช้ทดแทนได้ ส่วนกรณีของ

เวชภัณฑ์มีไชยา หรือค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีราคาแพงจะขอเบิกจากสิทธิข้าราชการได้ เท่าที่ กำหนดไว้ตามระเบียบของกระทรวงการคลัง ซึ่งต่ำกว่าราคาที่เรียกเก็บ ผู้ป่วยต้องจ่ายส่วนเกินเอง

2. การอยู่ห้องพิเศษรวมคงเพื่อให้ใช้สิทธิเบิกของข้าราชการได้ทั้งหมด คือ 600 บาท/วัน โดยมากค่าห้องพิเศษเดี่ยวจะต้องเสียเพิ่มอีกนอกจากที่เบิกได้ ซึ่งโรงพยาบาลบางแห่งจะมี ราคาค่อนข้างสูง ทำให้ข้าราชการระดับกลาง-ล่างไม่สามารถสู้ราคาค่าห้องได้

3. ถ้าพิจารณาส่งผู้ป่วยไปรับบริการผ่าตัดที่โรงพยาบาลศูนย์ ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ อาจ ถูกกว่านี้มาก แต่เรื่องความเชื่อมั่นในความชำนาญของแพทย์ และความก้าวหน้าทางวิทยาการ การรักษาของโรงเรียนแพทย์ คงจะเป็นมูลเหตุจูงใจให้ผู้ป่วยต่างเลือกที่จะมารักษาในกรุงเทพฯ มากกว่าต่างจังหวัด

กรณีศึกษาที่ 3

ระบบประกันสังคม : บริษัทไม่แจ้งจดทะเบียนประกันสังคมให้ลูกจ้าง

นายบุญคง อายุ 30 ปี ภูมิลำเนาอยู่ในหมู่บ้านแห่งหนึ่งทางภาคอีสาน ได้ไปรับจ้างทำงานที่บริษัทกิจการทอ จำกัด (ชื่อสมมติ) ซึ่งขึ้นทะเบียนประกันสังคม ประเภทกิจการทอผ้าโดยใช้เครื่องจักร ตั้งอยู่จังหวัดหนึ่งในภาคกลาง นายบุญคงทำงานกับบริษัทดังกล่าวมานานประมาณ 6 ปี

เมื่อวันที่ 7 มกราคม 2543 ขณะที่นายบุญคง ปฏิบัติงานควบคุมเครื่องปั่นด้าย เกิดอุบัติเหตุเครื่องปั่นด้ายรัดแขนและลำตัว แขนซ้ายได้รับบาดเจ็บ มีแผลบริเวณรักแร้ ฟกช้ำตามลำตัว มีเลือดออกที่เยื่อปอดและตาแดงซ้ำ นายจ้างส่งเข้ารักษาที่โรงพยาบาลเอกชนใกล้บริษัท เมื่อนอนพักรักษาตัวได้ 1 วัน นายจ้างให้พนักงานบริษัทมารับตัวกลับ อ้างว่าโรงพยาบาลนี้เสียค่าใช้จ่ายแพง (เสียค่าใช้จ่ายไป 4,407 บาท) หลังออกจากโรงพยาบาลไปนอนพักอยู่บ้านเช่า 1 คืน จึงได้โทรศัพท์บอกบิดาที่บ้านเกิดมารับตัวกลับ บิดาได้พาไปรักษาตัวที่คลินิกแพทย์ในอำเภอใกล้บ้าน และไปรักษาต่อกับแพทย์แผนโบราณ รดน้ำมันดีและประคบหนองบริเวณฟกช้ำ รวมเวลาที่รักษาอยู่กับแพทย์แผนโบราณประมาณ 2 เดือน ขณะนี้อาการยังไม่หายสนิท ใช้แขนซ้ายทำงานไม่ได้ ระหว่างทำการรักษาตัวอยู่ บิดาของนายบุญคงได้ติดต่อทางโรงงานเพื่อขอรับการช่วยเหลือในเรื่องค่ารักษาพยาบาลและเงินชดเชย ทางโรงงานปฏิเสธการช่วยเหลือ และยังมีจดหมายขู่มาถึงผู้ใหญ่บ้านให้ยุติเรื่อง ไม่งั้นจะปลดคนงานซึ่งเป็นลูกบ้านจากหมู่บ้านเดียวกับบุญคงออกจากงานกว่าสิบคน ผู้ใหญ่บ้านจึงไม่กล้าเป็นภาระให้

ต่อมาบิดาของบุญคงได้ไปร้องเรียนต่อสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรของจังหวัด ซึ่งได้ช่วยเหลือยื่นเรื่องขอความเป็นธรรมจากรัฐมนตรีกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม รัฐมนตรีฯ ให้เลขาธิการกรมฯแจ้งให้สำนักงานประกันสังคมจังหวัดที่บริษัทตั้งอยู่ตรวจสอบข้อเท็จจริง สำนักงานประกันสังคมจังหวัดตรวจสอบโรงงานปรากฏว่า โรงงานนี้ขึ้นทะเบียนประกันสังคมจริง แต่ไม่ได้ดำเนินการให้ลูกจ้างขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันสังคมทั้งหมด ซึ่งปรากฏว่ามีลูกจ้างที่ทำงานมานาน 5 – 6 ปี หลายร้อยคนรวมทั้งนายบุญคงไม่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตน นายจ้างจะเลือกขึ้นทะเบียนให้ลูกจ้างเป็นผู้ประกันตนเป็นบางคนเท่านั้น ซึ่งมีจำนวนไม่มากเมื่อเทียบกับจำนวนลูกจ้างทั้งหมด

สำนักงานประกันสังคมจังหวัด แฉมายังนายบุญคงให้ไปติดต่อที่สำนักงานเพื่อขอค่าทดแทนอัตราเดือนละ 2,527 บาท เป็นเวลา 10 วัน ตามที่แพทย์ลงความเห็นให้หยุดรักษาตัวรวมเป็นเงิน 842 บาท และบุญคงได้รับเงินจำนวนนี้มาแล้ว

ต่อมาสำนักงานประกันสังคมจังหวัดมีหนังสือขอความร่วมมือให้ทางโรงพยาบาลประจำจังหวัดที่บ้านเกิดของนายบุญคงให้ตรวจคนไข้เพื่อประเมินการสูญเสียสมรรถภาพซึ่งนายบุญคงได้มาตรวจที่โรงพยาบาลในวันที่ 13 มีนาคม 2543 ผลการตรวจพบว่าเมื่อเคลื่อนไหวหัวไหล่ซ้ายจะมีการปวดเล็กน้อย หัวไหล่ไม่หลุด กระดูกไม่หัก แพทย์ลงความเห็นว่าการบาดเจ็บที่เอ็นหัวไหล่ซ้าย ต้องใช้เวลาพักฟื้นมากกว่า 2 อาทิตย์ การบาดเจ็บไม่ถึงขั้นทุพพลภาพ โรงพยาบาลได้ให้สำนักงานประกันสังคมจังหวัดส่งเรื่องไปให้สำนักงานประกันสังคมจังหวัดที่บริษัทตั้งอยู่เพื่อวินิจฉัยเงินทดแทนต่อไป ซึ่งขณะนี้อยู่ในระหว่างดำเนินการ

ข้อเท็จจริง

นายบุญคงเกิดการบาดเจ็บในงาน ซึ่งจะสามารถเบิกค่าใช้จ่ายการรักษาจากกองทุนเงินทดแทนได้ โดยเบิกตรงจากสำนักงานประกันสังคมจังหวัดที่โรงงานนั้นตั้งอยู่ นายจ้างจะต้องจ่ายก่อนแล้วนำไปเบิกได้ในวงเงินค่ารักษาพยาบาลไม่เกิน 35,000 บาทต่อราย ในกรณีนี้แม้โรงงานจะไม่ได้ทำประกันสังคมให้กับนายบุญคง แต่นายบุญคงคงมีสิทธิในการขอรับการคุ้มครองจากกองทุนเงินทดแทน ซึ่งจะเห็นว่าสำนักงานประกันสังคมจังหวัดได้พิจารณาให้เงินทดแทนในระหว่างหยุดงานรวมเป็นเวลา 10 วันตามมาภายหลัง ส่วนเงินทดแทนทุพพลภาพนั้นดูจากการวินิจฉัยของแพทย์แล้ว นายบุญคงไม่เข้าข่ายทุพพลภาพ การที่บริษัทพยายามให้นายบุญคงออกจากโรงพยาบาลโดยเร็วคงเป็นเพราะเกรงว่าจะขอเบิกเงินคืนจากกองทุนเงินทดแทนไม่ได้ เพราะบริษัทไม่ได้แจ้งจดทะเบียนประกันสังคมให้กับนายบุญคง ทำให้นายบุญคงเสียโอกาสในการรักษาตัวอย่างมีคุณภาพในช่วงแรก ๆ ของการบาดเจ็บ

กรณีศึกษาที่ 4

ระบบประกันสังคม :

บัตรไม่คุ้มครองเนื่องจากการตีความว่าเป็นการเจ็บป่วยในงาน

นายสำเนียง มงคล (นามสมมติ) อายุ 28 ปี ประกอบอาชีพรับจ้างทำงานที่บริษัท รับเหมาก่อสร้างเอกชนแห่งหนึ่งของจังหวัดสมุทรปราการ ตำแหน่งช่างเชื่อม สำเนียงเข้าทำงาน และจ่ายเงินสมทบขึ้นทะเบียนประกันสังคม เลขที่บัญชี 11-0004654 -2 โดยเริ่มจ่ายเงินเข้าสมทบ ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2542

เมื่อวันที่ 13 พฤศจิกายน 2542 สำเนียงและเพื่อนคนงานประมาณ 10 คน ได้เดินทางโดยรถยนต์ของบริษัทเพื่อไปทำงานนอกสถานที่ ระหว่างเดินทางรถได้เกิดอุบัติเหตุพลิกคว่ำ สำเนียงเองหมดสติ ถูกนำส่งโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งใกล้ที่เกิดเหตุ เมื่อฟื้นแล้วสำเนียงรู้สึกตัว แต่แขนและขาทั้งหมดขยับไม่ได้ ร่างกายไม่มีความรู้สึกตั้งแต่คอลงไป ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจตลอด สำเนียงต้องนอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา หายใจได้เองเป็นบางช่วง แพทย์บอกพ่อว่าสำเนียงกระดูก คอเคลื่อนไปตัดไขสันหลัง การรักษาต้องอาศัยเวลา อาจมีโอกาสดีขึ้นได้แต่ไม่มาก เวลานานไป 4 เดือน อาการของสำเนียงมีแต่ทรุดลงตามลำดับ มีแผลกดทับ มีการติดเชื้อของปอด หายใจเองได้น้อยลง แขนขาขยับไม่ได้ และอาการชายังคงสภาพเดิม

ค่าใช้จ่ายด้านรักษาพยาบาล แพทย์บอกว่า โรงพยาบาลเบิกจากกองทุนเงินทดแทน เนื่องจากสำนักงานประกันสังคมจังหวัดตีความว่าเป็นการบาดเจ็บที่เกิดในงาน ซึ่งมีสิทธิเบิกได้สูงสุด รวม 85,000 บาท ส่วนที่เหลือพ่อต้องมาจ่ายเอง ค่ารักษาทั้งสิ้นเป็นเงิน 315,000 บาท ซึ่งพ่อต้องจ่ายส่วนที่เกิน 230,000 บาท ประกันสังคมได้พิจารณาจ่ายเงินทดแทนให้เดือนละ 2,266 บาท ชดเชยในกรณีของทุพพลภาพ เมื่อเงินหมดญาติต่างลงความเห็น ว่าควรนำสำเนียงกลับมารักษาที่โรงพยาบาลจังหวัดที่บ้าน เนื่องจากคงไม่ดีขึ้นแล้ว และสู้ค่าใช้จ่ายที่แพงนี้ไม่ได้ แพทย์โรงพยาบาลเอกชนจึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ ญาติได้เช่าเหมารถพยาบาลมาส่งสำเนียงที่จังหวัดบ้านเกิดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยเสียค่ารถและพยาบาล รวม 10,000 บาท

สำเนียงมาถึงโรงพยาบาลจังหวัดในวันที่ 11 มีนาคม 2543 อาการทั่วไปไม่ดีขึ้น มีไข้ ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจตลอด มีการติดเชื้อในปอด รวมทั้งแผลกดทับเป็นมากขึ้น ระหว่างที่รักษาตัวที่โรงพยาบาลจังหวัด สำเนียงไม่มีสิทธิคุ้มครองใด ๆ แล้ว มีค่าใช้จ่ายในการรักษาทั้งหมด 84,736 บาท โดยที่ญาติพี่น้องช่วยจ่ายได้เพียง 15,946 บาท นอกนั้นเป็นการขออนุเคราะห์ฟรีจากโรงพยาบาล หลังจากที่อยู่โรงพยาบาลจังหวัดนานร่วม 42 วัน พ่อจึงขออนุญาตแพทย์พาสำเนียง

กลับบ้าน แม้จะทราบดีว่าสำเนียงต้องอาศัยเครื่องช่วยหายใจตลอดเวลา และเจ้าหน้าที่ต่างทดทาน
ไม่ให้น้ำกลับ สำเนียงเสียชีวิต 1 วัน ให้หลังจากที่ออกจากโรงพยาบาล ในวันที่ 22 เมษายน 2543

ข้อเท็จจริง

1. กรณีนี้ค่าใช้จ่ายสามารถพิจารณาเบิกได้จาก 2 สิทธิ คือ เบิกตาม พรบ. คຸ້ມ
ครองผู้ประสพภัยจากกรรท พ.ศ. 2535 ร่วมกับ พรบ.ประกันสังคม พ.ศ.2533 หรือร่วมกับ พรบ. เงินทุน
ค่าทดแทน พ.ศ. 2537 ก็ได้ โดยจะเบิกสิทธิใดก่อนหลังก็ได้
2. ตาม พรบ. คຸ້ມครองผู้ประสพภัยจากกรรท พ.ศ. 2533 สำเนียงมีสิทธิจะได้รับ
การคຸ້ມครองเต็มวงเงิน ถึง 85,000 บาท เนื่องจากเกิดทุพพลภาพถาวร
3. พรบ.ประกันสังคม พ.ศ 2533 จะมีผลคຸ້ມครองค่ารักษาค่อนข้างสูง หรือเกือบ
ทั้งหมดในกรณีนี้ได้ แต่กรณีของสำเนียงกลับถูกชี้ว่าเป็นการบาดเจ็บในงาน ซึ่งยังเป็นที่ยสงสัยอยู่
งานของสำเนียงคือช่างเชื่อม แต่การเดินทางไปทำงานแล้วเกิดอุบัติเหตุในรถของบริษัทเอง ไม่น่าจะ
เป็นอุบัติเหตุในงาน ถ้าการตีความเข้าข้างสำเนียง ครอบครัวของสำเนียงจะหมดภาระค่าใช้จ่าย
เกือบทั้งหมดที่ต้องจ่ายไป
4. ตาม พรบ.เงินทุนค่าทดแทน พ.ศ. 2537 ถ้าการตีความว่าการบาดเจ็บนี้เกิดใน
งาน นายจ้างของสำเนียงจะต้องเขียนแบบคำร้อง (กท 16 และ กท 44) เพื่อขอรับเงิน ซึ่งจะคຸ້ມครอง
รวมทั้งสิ้น ไม่เกิน 85,000 บาท ซึ่งเป็นสิทธิเดียวที่สำเนียงถูกชี้ให้ใช้สิทธิ

กรณีศึกษาที่ 5

บัตรประกันสุขภาพ : การรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูงแพทย์ไม่ยอมเขียนใบส่งตัวให้สิทธิ

บุญศรี หญิงอายุ 31 ปี แต่งงานและมีบุตรแล้ว บุญศรีและสามีมีอาชีพทำนา อาศัยอยู่ในอำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดมหาสารคาม ครอบครัวมีรายได้พอเลี้ยงตนเองได้ และมีงานเสริมอื่นคือ ขายของเล็ก ๆ น้อย ๆ ในหมู่บ้าน บุญศรีสุขภาพไม่แข็งแรงนัก เหนื่อยง่าย ต้องไปรักษาตัวบ่อย ๆ ที่โรงพยาบาลชุมชนเป็นประจำ ในที่สุดบุญศรีได้ซื้อบัตรประกันสุขภาพจากสถานีอนามัยซึ่งขึ้นทะเบียนที่อำเภอนั้น หลังจากนั้นบุญศรีสามารถไปรับการรักษาฟรีมาตลอดที่โรงพยาบาลชุมชน และบุญศรีได้ซื้อบัตรต่อเนื่องมาตลอดหลายปี จนกระทั่งเดือนมีนาคม 2542 บุญศรีมีอาการเหนื่อยอ่อนเพลียมากและบวมเล็กน้อย อาการเริ่มมากขึ้นภายใน 1 เดือน แพทย์ประจำโรงพยาบาลชุมชนจึงส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลจังหวัด ซึ่งได้รับการตรวจคลื่นหัวใจ เอกซเรย์ และตรวจร่างกายพร้อมเจาะเลือด แพทย์บอกว่าเป็นโรคหัวใจ ทดลองให้ยามากิน และพักผ่อนที่บ้าน พร้อมกับนัดให้บุญศรีมาพบอีก 1 เดือนถัดไป

เดือนพฤษภาคม 2542 บุญศรีมาพบแพทย์ตามนัด ยังมีอาการคงเดิม แพทย์ได้แนะนำให้บุญศรีไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ซึ่งเป็นโรงเรียนแพทย์จังหวัดขอนแก่น โดยเขียนใบส่งตัวให้ หลังจากนั้นบุญศรีจึงไปติดต่อกับรักษาตัวที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์มาตลอดจนครบ 1 ปี บุญศรีไปรับการรักษาทุกเดือน และต้องพักรักษาตัว 1 ครั้งในรอบปีนั้น ครั้งสุดท้ายแพทย์แนะนำให้จะต้องผ่าตัดเปิดหัวใจเพื่อแก้ไข โดยนัดทำการผ่าตัดวันที่ 3 พฤษภาคม 2543 จึงแนะนำให้บุญศรีกลับมาติดต่อขอใบส่งตัวจากโรงพยาบาลมหาสารคามใหม่ พร้อม ๆ กับที่บุญศรีต้องซื้อบัตรสุขภาพต่อเนื่องจากบัตรเก่ากำลังจะหมดอายุ บุญศรีเข้ามาปรึกษาแพทย์ที่โรงพยาบาลมหาสารคามซึ่งไม่ใช่แพทย์ผู้ส่งตัวไปในครั้งแรก ครั้งนี้แพทย์ปฏิเสธไม่ยินยอมเขียนใบส่งตัวให้บุญศรีไปผ่าตัดเปิดหัวใจที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โดยอ้างว่าบุญศรีไม่ได้มารักษาตัวที่โรงพยาบาลนั้นนานแล้ว ไม่รู้อาการเจ็บป่วยที่แท้จริง ถ้าบุญศรีจะไปรักษาตัวที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ต้องไปเองและใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพไม่ได้ บุญศรีตัดสินใจไปรักษาตัวตามการนัดหมายของโรงพยาบาลศรีนครินทร์เองโดยไม่มีใบส่งตัว

ขณะที่ศึกษากรณีนี้อยู่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคามได้มอบให้นักสังคมสงเคราะห์ไปติดตามกรณีของบุญศรีเพื่อดำเนินการออกใบส่งตัวไปตามขั้นตอนคือผ่านโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นก่อน ซึ่งคาดว่าบุญศรีคงอยู่ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์แล้ว

ข้อเท็จจริง

1. การพิจารณาช่วยเหลือในกรณีการรักษาพยาบาลพิเศษที่มีค่าใช้จ่ายสูงของบัตรสุขภาพนี้ มีกำหนดเกณฑ์การเบิกจ่ายและวิธีเบิกจ่ายไว้ชัดเจน ในการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (Open Heart Surgery) จะจ่ายให้เท่ากับที่จ่ายจริง โดยโรงพยาบาลที่ให้การรักษาส่งค่าใช้จ่ายมาเรียกเก็บที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่เป็นเจ้าของบัตรสุขภาพนั้นตามจริง และสำนักงานสาธารณสุขจะได้ส่งเรื่องต่อไปยังสำนักงานประกันสุขภาพที่ส่วนกลางเพื่อพิจารณาส่งเงินชดเชยให้จังหวัดต่อไปตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) แต่มีข้อแม้ว่าการส่งผู้ป่วยไปรับบริการต้องถูกขั้นตอน

ในกรณีนี้ผู้ป่วยจากโรงพยาบาลจังหวัดจะต้องส่งตัวผ่านไปที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นก่อน และถ้าโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นเห็นว่าสมควรที่จะส่งต่อไปให้โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยจึงจะออกใบส่งตัวให้ต่อไป เมื่อเป็นไปตามขั้นตอนดังกล่าวแล้วระบบการเรียกเงินกันตามที่กล่าวมาข้างต้นจึงจะไม่มีปัญหา

2. ในการปฏิบัติจริง การจ่ายเงินชดเชยให้ตามที่เรียกเก็บกัน ยังมีข้อติดขัดมาก สถานบริการที่ให้บริการก็ยังไม่ได้รับเงินเต็มจำนวนตามที่เรียกเก็บ เนื่องจากจังหวัดที่เป็นเจ้าของกองทุนบัตรฯ เองก็ไม่มีเงินเพียงพอที่จะจ่าย และการพิจารณาชดเชยจากสำนักงานประกันสุขภาพส่วนกลางยังล่าช้ามาก เกณฑ์ของ DRG ยังมีปัญหา ทำให้ระบบเรียกเก็บเงินระหว่างสถานบริการติดค้างกันอยู่มาก และล่าช้าข้ามปี สถานบริการเองบางครั้งจึงผลักรวบรวมค่าใช้จ่ายให้ผู้ป่วยจ่ายเองไปก่อนบางส่วน

กรณีศึกษาที่ 6

บัตรประกันสุขภาพ : ไม่ได้รับคุ้มครองค่าอุปกรณ์หรือยาที่มีราคาแพงทั้งหมด

“อานันต์” เด็กหนุ่มวัย 17 ปี เป็นบุตรคนโตในจำนวนพี่น้องสองคน กำลังศึกษาอยู่ในชั้น ม. 5 และน้องชายวัย 15 ปี กำลังศึกษาอยู่ชั้น ม. 2 ครอบครัวมีฐานะยากจน ไม่มีที่ดินทำกิน เป็นของตนเอง รายได้ของครอบครัวทั้งหมดประมาณ 4,000 บาทต่อเดือน มาจากพ่อซึ่งประกอบอาชีพรับจ้างขับรถบรรทุกสิบล้อส่งของขึ้น-ล่อง ระหว่างกรุงเทพฯ - ขอนแก่น ซึ่งแม่จำเป็นต้องไปเป็นเพื่อนด้วยทุกครั้ง โดยแม่จะบอกฝากลูกไว้กับน้ำซึ่งอยู่ในหมู่บ้านเดียวกัน พ่อกับแม่จะกลับมาบ้านเดือนละครั้ง เพื่อนำเงินมาให้ลูกไว้ใช้จ่ายและอยู่ด้วยสองสามวันก็ต้องกลับไปทำงานอีก

ปกติแล้วอานันต์จะไปโรงเรียน ซึ่งอยู่ไกลจากบ้านประมาณ 12 กิโลเมตร โดยรถโดยสารประจำหมู่บ้าน แต่ก็มีบางครั้งเพื่อนที่มีรถมอเตอร์ไซด์จะมารับอานันต์ไปโรงเรียนด้วยกัน เมื่อวันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2542 เพื่อนขับมอเตอร์ไซด์มารับอานันต์ไปโรงเรียน โดยให้อานันต์เป็นผู้ขับ ระหว่างทางได้เกิดอุบัติเหตุขึ้น โดยอานันต์ขับมอเตอร์ไซด์ไปชนกับรถยนต์นั่ง ทำให้อานันต์และเพื่อนได้รับบาดเจ็บ รถเสียหายทั้งสองคัน อานันต์และเพื่อนถูกนำส่งโรงพยาบาลประจำอำเภอซึ่งอยู่ใกล้ที่เกิดเหตุ พ่อแม่ของเพื่อนมาถึงโรงพยาบาลก่อน โรงพยาบาลได้ติดต่อน้ำของอานันต์ซึ่งได้เดินทางมาโรงพยาบาล น้ำไม่มีเงินที่จะจ่ายค่ารักษาพยาบาลของอานันต์ได้ จึงขอยืมเงินจากแม่ของเพื่อนจ่ายไปก่อน ต่อมาทางโรงพยาบาลชุมชนได้ส่งอานันต์และเพื่อนมารักษาต่อที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด อานันต์บาดเจ็บสาหัส แพทย์ตรวจวินิจฉัยพบว่า กระดูกต้นขาซ้ายยึดข้อสะโพกหัก แพทย์ทำการรักษาโดยผ่าตัดใส่สกรูตรึงกระดูกสะโพกไว้ (Dynamic hipscrew) อานันต์ต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาลประจำจังหวัด ตั้งแต่วันที่ 4 – 22 กุมภาพันธ์ 2542 เป็นเวลา 18 วัน แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ โดยให้ไม้ค้ำยันช่วยในการเดิน ส่วนค่าใช้จ่ายที่เป็นค่ารักษาเบื้องต้น 15,000 บาท ทางโรงพยาบาลขอหลักฐานเบิกจากบริษัทประกันภัยตาม พรบ. คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ แต่ค่ารักษาส่วนที่เกินอีกประมาณ 17,000 บาท จะต้องจ่ายเอง ครอบครัวของอานันต์ไม่มีสิทธิบัตรใด ๆ เช่น บัตร สปร. หรือบัตรประกันสุขภาพ ที่เป็นเช่นนี้เพราะการประกอบอาชีพของพ่อแม่ทำให้ไม่ได้ทราบข้อมูลข่าวสารเรื่องบัตรประกันสุขภาพและบัตร สปร. จึงไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญของสิทธิบัตรต่าง ๆ ณ จุดนี้เจ้าหน้าที่ได้แนะนำให้ครอบครัวอานันต์ซื้อบัตรประกันสุขภาพซึ่งพ่อก็ได้ปฏิบัติตาม

ระหว่างที่รับการรักษาอานันต์มีความรู้สึกว่ายากลำบากปฏิบัติกับคนมีเงิน ใครมีญาติจะดูแลก่อน เมื่อแรกเข้าโรงพยาบาลประจำจังหวัดนั้น อานันต์ถูกส่งมาพร้อมเพื่อนที่ได้รับ

บาดเจ็บน้อยกว่าอานันต์ แต่เพื่อนได้รับการพยาบาลดูแลให้เข้าไปนอนเตียงรักษา ก่อน อานันต์ซึ่งบาดเจ็บสาหัสแต่ไม่มีญาติมาด้วยต้องนอนรออยู่ในรถเข็นผู้ป่วยเป็นเวลานานร่วม 6 ชั่วโมง เมื่อน้ำของอานันต์มาถึง อานันต์จึงได้เข้านอนเตียง

อานันต์กลับไปพักฟื้นที่บ้าน โดยแพทย์นัดมาที่โรงพยาบาลเพื่อติดตามผลการรักษาทุกเดือน นัดครั้งแรกวันที่ 22 มีนาคม 2542 แม่พาอานันต์มาตามแพทย์นัด หลังจากตรวจแล้วแพทย์แนะนำ "ให้ใช้ไม้ค้ำยันช่วยเดินต่อไป" แล้วนัดเวลาอีก 1 เดือนให้มาพบใหม่ นัดครั้งที่ 2 อานันต์ไม่ได้มาเพราะแม่ไม่มีเงินค่าจ้างเหมารถพามา และอานันต์เห็นว่าอาการทั่วไปปกติดี จึงดื้อไม่มาพบแพทย์เป็นเวลา 6 เดือน จนกระทั่งเดือนตุลาคม 2542 อานันต์เริ่มมีอาการปวดสะโพกมากขึ้น เดินไม่ได้ถนัด จึงให้แม่พามาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลจังหวัดอีกครั้งหนึ่ง แพทย์ได้ตรวจอย่างละเอียดและบอกกับอานันต์ว่า "เหล็กที่ใส่ไว้เคลื่อน" และได้บอกกับอานันต์และแม่ว่าการรักษาต้องผ่าตัดใหม่ใส่ข้อสะโพกเทียมและต้องจ่ายเงินค่าอุปกรณ์เป็นเงิน 34,000 บาท แม่ถามว่า "ใช้บัตรประกันสุขภาพได้หรือไม่" แพทย์บอกแม่ว่า ค่าอุปกรณ์เทียม (ข้อสะโพก) นี้ต้องจ่ายเงินสดเท่านั้น เพราะเป็นอุปกรณ์ที่มีราคาแพงและไม่ครอบคลุมโดยบัตรประกันสุขภาพ และพูดว่า "เอายาไปกินก่อนเมื่อพร้อมมีเงินแล้วจึงมารักษา"

แม่ได้พาอานันต์กลับบ้าน ปรีกษาพ่อเรื่องหาเงินค่ารักษาอานันต์ พ่อบอกว่า "ไม่รู้จะไปหาที่ไหน หินสินที่มีอยู่ก็มากพอแล้ว บ้านพร้อมที่ดินก็นำไปจำนองหมดแล้ว" ผลที่สุดให้น้องหยุดเรียนมาอยู่บ้านเพื่อดูแลอานันต์ พ่อกับแม่จะได้ไปทำงานรับจ้างต่างจังหวัดเพื่อหาเงินมาเป็นค่ารักษาอานันต์

ช่วงที่รอพ่อแม่ไปหาเงิน อาการของอานันต์แยลง คือปวดสะโพกรุนแรงขึ้น และขาเล็ดเล็ดลง เดินเองไม่ได้ อานันต์ก็กังวลกลัวว่าตนเองจะพิการ ช่วงจากเดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม 2542 อานันต์ไปพบแพทย์ 3 ครั้ง คือ ไปทุกเดือนแต่ก็ได้แค่รับยามารับประทานที่บ้าน พ่อแม่ยังไม่สามารถหาเงินได้ พ่อจึงไปปรึกษาผู้ใหญ่บ้าน ผู้ใหญ่บ้านช่วยเขียนหนังสือขอความช่วยเหลือไปถึงนายอำเภอ ต่อจากนั้นนายอำเภอได้ทำหนังสือขออนุเคราะห์ค่ารักษาพยาบาลไปถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน จึงมีการส่งต่อเรื่องของอานันต์มาถึงโรงพยาบาลจังหวัดอีกครั้ง และแม่ได้พบนักสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ทำการสอบถามประวัติข้อเท็จจริงวินิจฉัยปัญหาว่าอานันต์เป็นผู้ประกันสุขภาพตามโครงการบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจของกระทรวงสาธารณสุข แต่ไม่ได้รับการคุ้มครองตามสิทธิประโยชน์ที่พึงได้รับ จึงได้ประสานงานกับแพทย์ผู้ให้การรักษา เพื่อปรึกษาและชี้แจงถึงสิทธิประโยชน์ของผู้ใช้บัตรประกันสุขภาพ

จากการที่แพทย์ได้รับทราบข้อมูลสภาพปัญหาที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ อานันต์จึงได้รับการรักษาโดยใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพคุ้มครองในรายการค่ารักษาที่มีราคาแพง (ในกรณีนี้คุ้มครอง 20,000 บาท) ส่วนค่ารักษาที่เกินจากส่วนที่คุ้มครองได้รับการพิจารณาให้ฟรี

ปัญหาจากระบบประกันสุขภาพ

ในกรณีของอานันต์ ค่ารักษาพยาบาล 15,000 บาทแรกได้รับการคุ้มครองโดย พรบ. คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 ระหว่างรับการรักษาไม่ได้รับบริการที่ดีพอ ค่ารักษาส่วนที่เกินก็ต้องจ่ายเอง เจ้าหน้าที่แนะนำให้ไปซื้อบัตรประกันสุขภาพซึ่งมีผลคุ้มครองภายหลังจากออกโรงพยาบาลแล้ว อานันต์ได้ใช้บัตรประกันสุขภาพในการรักษาพยาบาลมาตลอดช่วงหลัง ต่อมาแพทย์แจ้งให้ทราบว่า การรักษาคั้งใหม่ต้องผ่าตัดใส่ข้อสะโพกเทียม ค่าผ่าตัดและค่ารักษาอื่น ๆ ใช้บัตรประกันสุขภาพได้ แต่ค่าอุปกรณ์เทียมต้องจ่ายเงินสดเท่านั้น จากการที่อานันต์ยืนยันจะใช้บัตรประกันสุขภาพจึงทำให้ได้รับรักษาล่าช้า รวมเวลาที่ต้องรอจนกว่าจะได้รับการผ่าตัดเป็นเวลา 5 เดือน ที่ต้องรอคอยอย่างทุกข์ทรมาน เสียทั้งเวลา เสียกำลังใจ เสียโอกาสของครอบครัวเป็นอย่างมาก

ข้อเท็จจริง

1. สิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตนในโครงการบัตรประกันสุขภาพตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบัตรประกันสุขภาพ จะได้รับการคุ้มครองรวมถึงค่ายา ค่าอวัยวะเทียม และอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคด้วย แต่แพทย์ผู้ทำการรักษาต้องการให้ผู้ประกันสุขภาพจ่ายเงินสด เพราะสถานพยาบาลจะได้รับเงินเต็มจำนวนของค่าอุปกรณ์เทียมที่ต้องซื้อ ถ้าให้ผู้ประกันตนใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ เงินที่ได้รับจัดสรรคืนจากเงินทุนหมุนเวียนบัตรสุขภาพจากส่วนกลางจะไม่ได้รับเต็มจำนวนที่สถานพยาบาลนั้นนำไปเพื่อซื้ออุปกรณ์ สถานพยาบาลในระดับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปของรัฐหลายแห่งจึงพยายามผลักดันทุนในบริการที่มีราคาแพงให้ผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบทั้งหมด ด้วยการตั้งกฎเกณฑ์หรือขั้นตอนที่ยุ่งยากขึ้นมาเองและไม่เป็นไปตามพันธสัญญาของบัตรสุขภาพที่ผู้ป่วยพึงได้รับ

2. ปัญหาความยุ่งยากในการขอรับการคุ้มครองจาก พรบ. คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 เกิดจากการที่ผู้ขับขี่ไม่มีใบอนุญาตขับขี่ ซึ่งตาม พรบ.ฉบับนี้จะไม่อนุโลมให้ถ้าอายุยังไม่ถึงเกณฑ์ทำใบอนุญาตขับขี่ (กรณีขนาดสูงกว่า 90 ซีซี จะได้รับอนุญาตให้ทำเมื่ออายุครบ 18 ปีบริบูรณ์) ต่อมาภายหลัง คือ ปี พ.ศ. 2543 เป็นต้นมา กฎหมายจึงอนุโลมให้คุ้มครองผู้ขับขี่ทุกคน แม้ว่าจะไม่มีใบอนุญาตขับขี่ แต่จะคุ้มครองเฉพาะค่าเสียหายเบื้องต้น 15,000 บาทแรกเท่านั้น ในกรณีนี้โชคดีที่ผู้ชนท้ายที่เป็นเพื่อนของอานันต์บาดเจ็บไม่มาก ค่าใช้จ่ายไม่เกิน 15,000 บาท ซึ่งถ้าเกินกว่านี้อานันต์จะต้องถูกไล่เบี้ยให้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายของเพื่อนได้

กรณีศึกษาที่ 7

สวัสดิการประชาชนด้านรักษาพยาบาล (สปร.) : การส่งตัวโดยสถานพยาบาลไม่ยอมให้ผู้ป่วยใช้สิทธิบัตร

ทองศรี อายุ 35 ปี ตั้งครรภ์แรก ภูมิลำเนาอยู่ในชนบทห่างไกลของอำเภอเล็ก ๆ แห่งหนึ่งที่ติดกับเขตอำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ ครอบครัวมีอาชีพทำนาโดยยังอาศัยรวมกันกับพ่อแม่ที่อายุมากแล้ว สามีของทองศรีมีรายได้จากการรับจ้างงานก่อสร้างเมื่อว่างจากฤดูทำนา ส่วนทองศรีต้องอยู่ดูแลพ่อแม่ที่บ้าน ครอบครัวนี้มีบัตร สปร. เมื่อตั้งครรภ์ ทองศรีได้ฝากครรภ์ที่สถานอนามัยในหมู่บ้านและรู้ว่าตนเองเสี่ยงในการคลอดบุตรยาก เนื่องจากอายุมาก และเป็นครรภ์แรก เจ้าหน้าที่แนะนำให้ทองศรีไปฝากครรภ์ต่อที่โรงพยาบาลชุมชน ทองศรีจึงมาติดต่อกับฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลชุมชน ทองศรีไม่มีปัญหาใด ๆ ในระหว่างตั้งครรภ์ ไปตรวจครรภ์ครบตามกำหนดทุกเดือน ได้รับการฉีดวัคซีนและยาบำรุงเลือดครบ มีกำหนดนัดวันคลอดและคำแนะนำต่าง ๆ ชัดเจน เมื่อครบกำหนดคลอดทองศรียังไม่เจ็บครรภ์ จนเลยกำหนดมา 2 สัปดาห์ ซึ่งในช่วงนั้นทองศรีกังวลใจมาก โชคดีที่เริ่มปวดท้องคลอดจึงได้เหมารถไปโรงพยาบาลชุมชนที่ฝากครรภ์ในเวลากลางคืน แต่ปรากฏว่าทองศรียังไม่สามารถคลอดเองได้ จนเวลาล่วงเลยไปอีก 1 วันเต็ม สามีของทองศรีและญาติต่างวิตกกังวลมาก กลัวว่าจะมีอันตรายเนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนแห่งนี้มีแพทย์เพียง 1 คน ในช่วงเวลากลางคืนจะไม่มีแพทย์อยู่เวรและพยาบาลเวรมีเพียงไม่กี่คน สามีของทองศรีจึงไปขอโรงพยาบาลให้ช่วยส่งต่อไปคลอดที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด พยาบาลแจ้งว่าถ้าส่งไปจะต้องเซ็นยินยอมว่าจะไม่ใช้สิทธิบัตร สปร. เนื่องจากเป็นการคลอดที่โรงพยาบาลชุมชนทำได้ สามีทองศรียอมเซ็นโดยไม่มีทางเลือก เนื่องจากกำลังตกใจและสงสารภรรยามาก เมื่อทองศรีถูกนำส่งตัวถึงโรงพยาบาลจังหวัด แพทย์ได้ตัดสินใจผ่าตัดคลอดให้ซึ่งปลอดภัยทั้งแม่และลูก การรักษาผ่าตัดคลอดรวมทั้งหมดที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาล 7 วัน มีค่าใช้จ่าย 6,800 บาท สามีทองศรีมีเงินจ่ายค่ารักษาได้เพียงบางส่วนคือ 1,000 บาท ส่วนที่เหลือต้องไปคุยกับนักสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาล ซึ่งถูกชักไ้ร้มากมายโดยนักสังคมสงเคราะห์พยายามขอให้ผู้ป่วยจ่ายเพิ่มเติมอีกจนต้องจ่ายเงิน 500 บาทสุดท้ายที่เขามี เขารู้สึกอับอายที่ต้องใช้บัตร สปร. และต้องมาขอค่ารักษาฟรีอีก และรู้สึกไม่พอใจที่ต้องเสียเงินเพิ่มทั้งที่เขาควรจะได้รับสิทธิ

ข้อเท็จจริง

การส่งตัวไปรักษาต่อในระดับที่สูงขึ้น ในกรณีนี้มีเงื่อนไขที่จะไม่ให้ใช้สิทธิบัตร ฯ เนื่องจากพยาบาลเวรคงประเมินว่ายังสามารถคลอดได้ปกติที่โรงพยาบาลชุมชน แต่เมื่อถูกส่งตัวมาถึงโรงพยาบาลจังหวัดและแพทย์ต้องทำการผ่าตัดคลอดให้ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องควรจะได้นำ

ให้ผู้ป่วยกลับไปโรงพยาบาลชุมชน เพื่อขอใบส่งตัวใหม่โดยยินยอมให้ใช้สิทธิบัตร ซึ่งน่าจะได้รับใบส่งตัวใหม่ โรงพยาบาลจังหวัดจำเป็นต้องใช้ใบส่งตัวใหม่ที่ยินยอมให้ใช้สิทธิบัตรนี้ไปประกอบเป็นหลักฐานในการแจ้งให้ศูนย์ประกันสุขภาพที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรวจสอบในการเรียกเก็บเงินจากอำเภอ ซึ่งอาจเป็นระเบียบที่ทำให้เกิดความลำบากแก่ผู้ป่วยได้มาก

กรณีศึกษาที่ 8

สวัสดิการประชาชนด้านรักษาพยาบาล สปร. : ระบบส่งต่อทำให้ความลับของการเจ็บป่วยถูกเปิดเผย

“สุทัศน์” เป็นบุตรคนโตของครอบครัว มีพี่น้องอีก 5 คน แม่เสียชีวิตตั้งแต่เขาอายุ 15 ปี พ่อจึงแต่งงานใหม่ สุทัศน์เป็นบุตรคนเดียวที่ได้เรียนจนจบปริญญาตรีและสามารถสอบบรรจุเป็นข้าราชการครูได้ที่จังหวัดเชียงราย สุทัศน์มีความสามารถพิเศษคือเล่นดนตรีได้ จึงทำงานหารายได้พิเศษรับจ้างเล่นดนตรีตอนกลางคืนตามห้องอาหาร เพื่อให้ได้เงินใช้จ่ายรวมทั้งส่งเงินให้พ่อและให้เงินช่วยเหลือน้อง ๆ เป็นประจำทุกเดือน ในช่วงนั้นสุทัศน์ได้เที่ยวใช้ชีวิตกลางคืนกับนักร้องและเด็กเสิร์ฟในร้านอาหารบ้าง ต่อมาสุทัศน์ได้แต่งงานกับ“แทน”หญิงชาวบ้านในหมู่บ้านที่เขาสอนอยู่ เมื่อ“แทน”ท้องได้ไปฝากท้องที่โรงพยาบาลประจำอำเภอ และที่นั่นเองที่หมอบอกให้สุทัศน์ทราบว่าภรรยาของเขาติดเชื้อเอดส์ หมอนัดขอตรวจเลือดสุทัศน์ด้วย แต่เขายังสับสนไม่พร้อมจึงไม่สมัครใจตรวจ เขาเคยวาดฝันอนาคตไว้งดงามที่จะมีบ้าน มีรถยนต์ มาถึงตอนนี้กลับท้อแท้ เบื่อหน่าย สิ้นหวัง หลังจากนั้นไม่นานเขาเริ่มมีอาการอ่อนเพลีย น้ำหนักลด ปวดศีรษะ จึงตัดสินใจไปขอตรวจเลือดหาเชื้อเอดส์ ซึ่งผลก็เป็นไปตามที่วิตกไว้ สุทัศน์ยังวิตกกังวลและรู้สึกว่าการหลุดลงอย่างรวดเร็ว ต้องกู้หนี้และยืมเงินจากสหกรณ์ออมทรัพย์เป็นเงินก้อนใหญ่มาใช้จ่ายในการ ดูแลรักษาตนเองพร้อม ๆ กับที่ภรรยาคลอดลูกเป็นหญิง ทั้งสองให้ชื่อลูกว่า “ผักกาด” ตามที่เคยคิดไว้ล่วงหน้า

เมื่อ “ผักกาด” อายุได้ 2 เดือนก็ป่วยเป็นไข้ ไอ หอบ เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล หมอบอกว่าเป็นปอดบวมและสงสัยจะติดเชื้อเอดส์ ภายหลังจากที่ลูกหายกลับบ้าน สุทัศน์จึงตัดสินใจลาออกจากอาชีพครู เพื่อนำเงินก้อนมาชดเชยหนี้สหกรณ์ เหลือเงินเพียงเล็กน้อยจึงพาครอบครัวกลับมาอยู่บ้านเกิดที่ภาคอีสานเพื่อหวังพึ่งญาติพี่น้องที่ตนเคยส่งเงินทองมาช่วยเหลือ

ทุกคนที่บ้านต่างดีใจที่สุทัศน์กลับมา แต่ยังไม่ทันข้ามคืนเมื่อทุกคนได้รับรู้ความจริงแม้กระทั่งพ่อของเขาเอง ต่างมีปฏิกิริยาตรงกันข้ามกับการดีใจ เขาต้องนอนอยู่ใต้ถุนบ้านที่เขาส่งเสียเงินมาช่วยเป็นค่าง่อสร้าง และวันรุ่งขึ้นญาติ ๆ ต่างพากันไปช่วยสร้างกระท่อปที่ท้ายนาให้สุทัศน์และครอบครัวอยู่ แทนและสุทัศน์ต้องพยายามไปหางานทำ ซึ่งกว่าจะได้งานก็ยากลำบากมากแถมยังถูกนายจ้างเอารัดเอาเปรียบมากจนต้องลาออกจากงาน เงินจะซื้อนมให้ลูกก็ไม่มี เมื่อเจ็บป่วยแต่ละครั้งก็ไปขอรับยาจากสถานอนามัยที่หมู่บ้าน จนเจ้าหน้าที่เห็นใจและจัดทำบัตรสวัสดิการรักษาศูนย์สุขภาพฟรี (สปร.) ให้

สามเดือนหลังจากกลับมาอยู่ที่บ้าน สุทัศน์เริ่มมีตุ่มคันขึ้นทั่วตัว ผอมลงมาก และ
ลื่นเป็นฝ้าขาว เขาจึงตัดสินใจมาขอรับบริการที่โรงพยาบาลจังหวัด วันแรกเขารู้สึกว่าไม่ได้รับการ
ปฏิบัติเหมือนคนไข้คนอื่นที่ทุกคนต่างได้วัดความดันโลหิตก่อนที่จะซักประวัติและตรวจพบแพทย์
พยาบาลที่หน้าห้องตรวจถามเขาว่ารู้ตัวหรือเปล่าว่าเป็นโรคอะไร สุทัศน์ไม่เข้าใจวัตถุประสงค์ของ
การถาม แต่ก็ตอบไปว่า “รู้ครับ” พยาบาลได้พยายามอธิบายให้ทราบว่าเขาป่วยเป็นโรคเอดส์ซึ่งจะ
ต้องตรวจรักษาที่คลินิกพิเศษ และจะต้องกลับไปเอาใบส่งตัวจากโรงพยาบาลชุมชนที่จะยินยอมส่ง
ตัวมารักษาเพราะสุทัศน์มีบัตรและจะใช้สิทธิบัตร สปร. พยาบาลแจ้งให้ทราบว่าค่ารักษาพยาบาล
ค่อนข้างจะแพง จำเป็นจะต้องให้ถูกชั้นตอน และนัดให้เขามาวันหลังเพื่อเข้าคลินิกพิเศษของผู้ติดเชื้อ
เอดส์ โดยที่ไม่ได้พบแพทย์เลย

เมื่อกลับถึงบ้านวันนั้นเขาค้นมาก ต้องไปหาใบปลิว ซึ่งเป็นสมุดไพบูลย์หนึ่งมา
ต้มอาบพอทุเลาอาการ และวันต่อมาจึงได้ไปติดต่อที่โรงพยาบาลชุมชนเพื่อขอรับใบส่งตัว เขาได้ยื่น
พยาบาลคุยกันว่า “ใช่หรือเปล่า” “100 เปอร์เซ็นต์ อาการชัดมากแบบนี้” พร้อมกับดำเนินเรื่องให้
อย่างไม่กระตือรือร้น แพทย์ประจำโรงพยาบาลแรก ๆ ก็ไม่เต็มใจจะออกใบส่งตัวให้ ต้องอ้อนวอน
อยู่นาน ในที่สุดคงจะรำคาญจึงยอมเซ็นชื่อให้ เมื่อสุทัศน์กลับมารักษาตัวที่โรงพยาบาลจังหวัด
ตามวันนัดถูกส่งตัวไปรักษาที่คลินิกพิเศษ ซึ่งมีกิจกรรมต่าง ๆ มากมาย ได้พบกับผู้ติดเชื้อรายอื่น ๆ
ได้แลกเปลี่ยนความคิดและข้อปฏิบัติเป็นการให้กำลังใจกัน เขาได้สมัครเป็นอาสาสมัครที่จะดูแล
และให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ป่วยด้วยกัน ระหว่างที่รักษาอยู่นี้เขามีกำลังใจขึ้น รู้สึกมีคุณค่าที่ได้
ทำตัวให้เป็นประโยชน์ต่อสังคม ได้รับเงินค่ายังชีพจากประชาสงเคราะห์ ปัญหาในการรับบริการจะ
มีบ้างคือค่ายาที่มีราคาแพงบางชนิด เช่น ยาต้านเชื้อราและต้านเชื้อไวรัสที่เขาจะต้องเดินกลับไป
กลับมายังห้องตรวจเพื่อให้แพทย์เซ็นต์กำกับอีกครั้ง เนื่องจากเป็นยาที่แพง มีอยู่ครั้งหนึ่งที่ยาหมด
ไม่ได้รับยานานหลายอาทิตย์ ต่อมาสุทัศน์เริ่มมีอาการไอเป็นเลือด มีไข้ หมอบอกสุทัศน์ว่าป่วยเป็น
วัณโรคปอด รวมทั้งอาจเข้าสมอง จึงเริ่มรักษาวัณโรคอีก ครั้งสุดท้ายสุทัศน์ถูกนำส่งโรงพยาบาล
โดยไม่รู้ตัว ซัก ปัสสาวะอุจจาระรดที่นอน ภรรยาต้องคอยเฝ้าจับสุทัศน์ไว้ไม่ให้ตกเตียง ผ้าปูที่นอน
ก็ไม่มีใช้ พยาบาลบอกว่าผ้าปูที่นอนหมด สุทัศน์ต้องนอนเปียกอุจจาระ ปัสสาวะ มีกลิ่นคาวคั่ง
และเสียชีวิตท่ามกลางความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน

หลังจากเผาศพของสุทัศน์แล้ว แทนที่จะตัดสินใจพาผักกาดกลับบ้านเกิดที่ภาคเหนือ
ซึ่งก็เป็นการตัดสินใจบนพื้นฐานเดียวกันกับตอนสุทัศน์ตัดสินใจกลับบ้านเกิดคือหวังในความช่วย
เหลือของญาติพี่น้องใกล้ชิด

ข้อเท็จจริง

บริการที่จะได้รับจากสิทธิบัตร สปร. นั้นไม่ได้ด้อยไปกว่าสิทธิบัตรอื่นเลย แต่จำเป็นที่จะต้องมีการส่งต่อผู้ป่วยมาตามขั้นตอน ถ้าสถานบริการนั้นไม่ได้ถูกระบุอยู่ในบัตร ในกรณีที่สุดทัศน์ต้องไปขอใบส่งตัวจากโรงพยาบาลชุมชน ทำให้เขาต้องถูกเปิดเผยตัวเองโดยไม่เต็มใจนัก และอำนาจในการตัดสินใจที่จะส่งต่อขึ้นอยู่กับโรงพยาบาลเจ้าของกองทุนนั้น ในกรณีที่แพทย์ผู้นั้นคิดว่าเป็นโรคที่เขารักษาได้ เขาอาจไม่ยินยอมส่งตัวไปรักษาต่อที่อื่น โดยไม่ได้พิจารณาว่าการรักษาตัวนั้นไม่ใช่เฉพาะเรื่องของทางการแพทย์เท่านั้น โดยเฉพาะในเรื่องโรคเอดส์ยังมีเรื่องการดูแลทางสังคมและทางด้านอาชีพด้วย การรักษาการติดเชื้อแทรกซ้อนในผู้ป่วยเอดส์นั้น โดยมากยาจะมีราคาแพงและเป็นยาที่ต้องถูกควบคุมการสั่งใช้ และถ้าแพทย์ผู้ส่งจ่ายยาไม่ได้เป็นแพทย์ในแผนกที่ได้รับอำนาจให้เซ็นจ่าย ห้องจ่ายยาจะขอให้ผู้ป่วยนำไปส่งยากลับมาให้แพทย์ผู้ที่มีอำนาจเซ็นจ่ายยาเป็นผู้ลงนามกำกับอีกครั้ง ซึ่งเป็นขั้นตอนที่เกิดความลำบากกับผู้ป่วยได้

กรณีศึกษาที่ 9

การประกันสุขภาพเอกชน : เงื่อนไขกรมธรรม์ไม่ได้คุ้มครองค่าใช้จ่ายทุกกรณี

นายกร และนางอัญชัญ (นามสมมติ) เป็นสามีภรรยา นักการทำงานเป็นพนักงานของบริษัทที่ทำธุรกิจด้านสื่อสารโทรคมนาคม ย่านถนนวิภาวดีรังสิต กรุงเทพมหานคร ส่วนนางอัญชัญเป็นอาจารย์มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง ทั้งสองยังไม่มีบุตรด้วยกัน

บริษัทที่นายกรทำงานอยู่ ได้ทำประกันสุขภาพหมู่กับบริษัทเอกชนให้เป็นสวัสดิการสำหรับพนักงานทุกคน โดยบริษัทชำระเบี้ยประกันเป็นรายปี และไม่เคยเปลี่ยนบริษัทประกันเป็นเวลา 7 ปี ติดต่อกัน ส่วนนางอัญชัญภรรยา ได้ทำประกันชีวิตและทำประกันสุขภาพต่อท้ายในกรมธรรม์กับบริษัทประกันแห่งเดียวมาตั้งแต่ปี 2535 โดยจ่ายเบี้ยประกันปีละ 10,900 บาท ที่นางอัญชัญเลือกประกันประเภทรายบุคคลเนื่องจากเห็นว่านายกรได้รับสิทธิประโยชน์จากการประกันสุขภาพหมู่ของบริษัทอยู่แล้ว

เมื่อเดือนธันวาคมปีที่แล้ว นายกรมีอาการหายใจติดขัดจึงได้ไปพบแพทย์และได้รับทราบว่าเป็นเนื้องอกในโพรงจมูก จำเป็นจะต้องผ่าตัด นายกรมีความพร้อมทางร่างกายและจิตใจที่จะเข้ารับการผ่าตัด ซึ่งหมอแจ้งว่าค่าใช้จ่ายจะตกประมาณ 2 – 3 หมื่นบาท จึงได้นำเรื่องของตนไปปรึกษาฝ่ายบุคคลของบริษัท เพื่อให้ติดต่อไปยังบริษัทประกัน คำตอบที่ได้รับจากบริษัทคือนายกรจะต้องได้รับการยืนยันจากแพทย์ที่จะผ่าตัดว่านายกรไม่เป็นเนื้องอกในโพรงจมูกมาก่อนการประกันสุขภาพหมู่ เพราะหากเป็นมาก่อนนายกรจะไม่มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล ซึ่งปรากฏว่าแพทย์ที่นายกรไปปรึกษาด้วยไม่กล้ายืนยันให้ เวลาผ่านไปร่วมเดือนก็ยังหาข้อสรุปไม่ได้ ขณะที่นายกรกำลังตัดสินใจว่าจะทำอย่างไรดี อาการหายใจขัดของนายกรก็รุนแรงมากขึ้นจนเจ้าตัวทนไม่ไหวได้หาทางออกโดยเข้ารับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลเอกชนอีกแห่ง และจ่ายค่าผ่าตัดรวมทั้งค่ารักษาพยาบาลไป 27,000 บาท โดยยังมีความหวังว่าจะสามารถนำไปเบิกคืนจากบริษัทประกันในภายหลัง

หลังการพักรักษาตัว นายกรได้นำใบเสร็จค่ารักษาพยาบาลไปยื่นกับฝ่ายบุคคลของบริษัทที่ตนเป็นพนักงานอยู่เพื่อขอให้ดำเนินการเบิกเงินคืนให้ ทางฝ่ายบุคคลบอกนายกรว่าไม่แน่ใจว่าจะเบิกได้ จนกระทั่งเวลาผ่านไปประมาณ 1 เดือน ด้วยการเจรจาต่อรองระหว่างฝ่ายบุคคลของบริษัทเขาประกันกับบริษัทรับประกันและการติดตามเรื่องอย่างใกล้ชิด ปรากฏว่าบริษัทประกันยอมจ่ายคืนให้ 25,000 บาท นายกรต้องรับผิดชอบเอง 2,000 บาท

ในกรณีของนางอัญชัญ แม้ว่าจะทำประกันชีวิตและประกันสุขภาพมาหลายปี และไม่เคยขาดการส่งเบี้ยประกัน ปรากฏว่ายังไม่เคยใช้สิทธิเลย กระทั่งเมื่อไม่นานมานี้ นางอัญชัญมีอาการปวดที่ช่องท้องอย่างรุนแรง จึงเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ โรงพยาบาลแห่งเดียวกับที่สามีเคยเข้ารับการผ่าตัดเนื่องจากอยู่ใกล้บ้าน โดยโรงพยาบาลรับเป็นผู้ป่วยใน 3 วัน เสียค่ารักษาพยาบาล 8,000 บาท นางอัญชัญชำระไปก่อน เมื่อนำไปเสร็จไปเบิกคืนกับบริษัทกับบริษัทในเวลาต่อมา เบิกได้เพียง 5,500 บาท โดยทางบริษัทอ้างว่าจำนวนที่เบิกได้เป็นไปตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ และสัญญาต่อท้ายกรมธรรม์ นอกจากต้องจ่ายเงินเองบางส่วนแล้ว นางอัญชัญยังรู้สึกที่ไม่ได้รับการเอาใจใส่หรือรับรู้จากตัวแทนของบริษัทประกัน และเบิกเงินคืนได้ล่าช้า

ข้อเท็จจริง

1. เมื่อเปรียบเทียบปัญหาที่เกิดขึ้นกับนายกรและนางอัญชัญ จะเห็นว่าเกี่ยวข้องกับเงื่อนไขในกรมธรรม์ซึ่งอาจไม่ชัดเจน หรือไม่ได้รับการอธิบายให้ผู้เอาประกันเข้าใจอย่างชัดเจน ผู้เอาประกันสุขภาพเอกชนมักเข้าใจว่าตนจะได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลอย่างเต็มที่และได้รับความสะดวกสบายทุกอย่าง แต่ในความเป็นจริงย่อมขึ้นอยู่กับเงื่อนไขในกรมธรรม์ ซึ่งผู้เอาประกันต้องศึกษาอย่างถี่ถ้วน

2. ในกรณีของนายกร ถ้าพิจารณาโดยตรงไปตรงมาตามสัญญา กรมธรรม์การประกันสุขภาพหมู่ นายกรควรมีสิทธิตั้งแต่ต้น เมื่อบริษัทประกันหมู่ไปแล้วและมีกรมธรรม์มาถึงผู้รับเรียบร้อยแล้ว บริษัทประกันไม่สามารถจะมีข้อสอบถามที่จะไม่จ่ายได้ เนื่องจากว่าต้องถือว่าผ่านขั้นตอนที่บริษัทประกันจะพิจารณารับหรือไม่รับการทำประกันไปแล้ว แต่มักจะเกิดปัญหาในลักษณะนี้เป็นประจำ ทำให้ผู้เอาประกันบางรายเบื่อหน่ายและไม่ติดตามเอาเงินประกัน ในกรณีนี้เนื่องจากว่าบริษัทที่นายกรทำงานอยู่คงเป็นผู้ดำเนินการให้ทำให้น้ำหนักในการต่อรองสูง และบริษัทประกันคงเกรงจะเสียลูกค้าทั้งกลุ่ม ซึ่งทำประกันมายาวนานถึง 7 ปีติดต่อกัน การที่จะให้แพทย์รับรองว่าโรคนั้น ๆ เกิดขึ้นเมื่อใดก่อนหรือหลังการประกันนั้นในเชิงวิชาการบางครั้งบอกไม่ได้ว่าเกิดมานานเท่าใดแล้วแต่วันที่ตรวจพบนั้นจะระบุได้

กรณีศึกษาที่ 10

การประกันสุขภาพเอกชน : ผู้รับบริการถูกยึดเยียดการรักษาพยาบาลเกินความจำเป็น

การประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชนทำให้ผู้ซื้อประกันได้รับการรักษาพยาบาลพิเศษที่แตกต่างจากการใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขและบัตรประกันสังคมคือสามารถเลือกโรงพยาบาลได้ตามต้องการ แต่มีข้อจำกัดคือ ในสัญญาบางลักษณะ บริษัทประกันเอกชนจะจ่ายค่ารักษาพยาบาลแก่ผู้ซื้อประกันในกรณีที่เจ็บป่วยเข้ารับรักษาเป็นคนที่อยู่ในเท่านั้น หากเป็นคนไข้นอก ผู้ทำประกันจะต้องจ่ายเงินเอง

กรณีศึกษานี้เป็นกรณีเปรียบเทียบคนไข้ 2 ประเภท รวม 3 ราย โดยรายที่ 1 และ 2 มีสถานะเป็นคนไข้นอก ส่วนรายที่ 3 เป็นคนไข้นอก

รายที่ 1 นางสาวมณียา (นามสมมติ) อายุ 30 ปี ทำประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชน ไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครด้วยพบว่ามีก้อนเนื้อเล็ก ๆ โตขึ้นที่บริเวณข้อมือซ้าย แพทย์ตรวจแล้วระบุว่าเป็นเพียงก้อนไขมันไม่มีอันตรายใด ๆ สามารถทำการผ่าตัดออกได้โดยง่าย เมื่อแพทย์นัดหมายให้เข้ารับการผ่าตัด นางสาวมณียาแจ้งว่าตนต้องการใช้สิทธิการประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชนรายหนึ่ง แพทย์จึงแนะนำให้เธอนอนพักฟื้น 1 คืน เพื่อดูแลอาการจากการผ่าตัด ทั้ง ๆ ที่เป็นการผ่าตัดโดยการฉีดยาชาเฉพาะที่เท่านั้น และตัวเธอเองก็ช่วยเหลือตนเองได้ตลอดเวลา นางสาวมณียาต้องเสียค่าใช้จ่ายไปทั้งสิ้นประมาณ 9,000 บาท เมื่อนำหลักฐานไปเบิกกับบริษัท เธอได้รับเงินคืนบางส่วนของค่ารักษา ค่าตรวจ ค่ายา ฯลฯ ส่วนค่าห้องพัก เธอต้องจ่ายเพิ่มเนื่องจากบริษัทประกันจำกัดวงเงินค่าห้องพัก นางสาวมณียาคิดว่า การพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อผ่าตัดก้อนไขมันทำให้เธอสูญเสีย 2 ประการ คือ เสียเวลา และเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นโดยไม่จำเป็น

รายที่ 2 นายบรรเทิง (นามสมมติ) อายุ 35 ปี มีอาการเหนื่อยง่าย อ่อนเพลียตลอดเวลา จึงไปพบแพทย์ ณ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร แพทย์ตรวจอาการพร้อมทั้งตรวจหัวใจโดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์แล้วบอกว่านายบรรเทิงไม่ได้เจ็บป่วยอะไร เพียงแต่ทำงานหนักโดยไม่ได้พักผ่อนมานานจึงเครียด แพทย์แนะนำให้เขาพักผ่อนให้มากขึ้น และให้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างไรก็ตาม จากการที่นายบรรเทิงระบุแต่แรกว่า มีความประสงค์จะใช้สิทธิของการประกันสุขภาพของเอกชน แพทย์จึงแนะนำให้เข้าพักรักษาตัว 1 คืน และทำการตรวจร่างกายด้านอื่น ๆ ด้วย ในที่สุดพบว่า นายบรรเทิงมีก้อนไขมันเล็ก ๆ ที่ต้นคอ จึงทำการผ่าตัดให้

จากการพักรักษาตัว 1 คืน นายบรรเทิงต้องเสียค่าใช้จ่ายทั้งสิ้นประมาณ 12,000 บาท เมื่อนำหลักฐานไปเบิกเงินคืน ปรากฏว่าเขาได้รับเงินคืนมาเพียงประมาณ 8,000 บาท โดยส่วนที่เขาต้องออกเพิ่มเติมเองเป็นค่าห้องพักที่เกินวงเงินและค่าบริการทางการแพทย์บางรายการ

รายชื่อ 3 นางสาวลิกา (นามสมมติ) อายุ 50 ปี ทำประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชนถึง 2 บริษัท เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานครด้วยอาการกระดูกซี่โครงหักจากการเดินพลัด หกล้ม แพทย์รักษาให้โดยการเข้าเฝือกที่ข้อเท้าและอนุญาตให้กลับไปพักรักษาตัวที่บ้านได้ นางสาวลิกาไม่ต้องเข้าพักรักษาเป็นคนที่ 3 ค่าใช้จ่ายที่เป็นค่ารักษาทั้งหมดรวม 5,000 บาท เธอสามารถเบิกได้ทั้งหมดจากบริษัทประกันแรก นอกจากนั้นเธอยังได้รับเงินชดเชยจากการบาดเจ็บจากบริษัทที่ 2 ด้วย แต่ต้องเสียเวลาในการติดต่อ กว่าจะได้เงินคืนจากบริษัททั้งสองนานเกือบ 2 เดือน

ปัญหาจากระบบ

ผู้ทำประกันที่เข้ารับการักษาตัวทั้ง 3 ราย ต่างพอใจในบริการทางการแพทย์ที่ตนได้รับจากทางโรงพยาบาล เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลที่ตนเองเลือกเอง แพทย์และบุคลากรอื่น ๆ ในโรงพยาบาลให้การดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี แต่ผู้เอาประกันต้องเสียค่าใช้จ่ายเองบางส่วนและสูงมากเมื่อเปรียบเทียบกับราคาค่าบริการของโรงพยาบาลรัฐและการเบิกเงินคืนจากบริษัทต้องใช้เวลานาน

ข้อเท็จจริง

ผู้ที่ทำประกันกับบริษัทเอกชน แม้จะได้รับสิทธิประโยชน์คุ้มครองค่าเมื่อการมีเจ็บป่วยตามที่ปรากฏอยู่ในข้อตกลงกรมธรรม์ สามารถเลือกโรงพยาบาลได้ตามความต้องการ แต่ในกรณีที่เป็นการเจ็บป่วยลักษณะที่กรมธรรม์ไม่ได้คุ้มครองต้องจ่ายค่ารักษาเพิ่มเอง ผู้ป่วยที่ต้องการใช้สิทธิของการประกันสุขภาพส่วนใหญ่จะถูกแนะนำให้นอนพักรักษาหรือรับบริการเพิ่มเติมโดยไม่มี ความจำเป็น ผลที่เกิดขึ้นและกระทบต่อส่วนรวม คือ มีการใช้บริการทางการแพทย์เกินความจำเป็น และต่อตัวผู้ป่วยต้องสูญเสียเวลาและเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มจากส่วนที่เกินการคุ้มครองจากกรมธรรม์ การไปรับบริการโดยใช้สิทธิในกรณีของผู้ป่วยนอกได้รับความสะดวก ส่วนใหญ่จะไม่ต้องจ่ายเพิ่ม แต่การเบิกเงินคืนจากบริษัทล่าช้า

กรณีศึกษาที่ 11

**ผู้ไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพ :
ไม่มีการแนะนำให้ใช้สิทธิหรือการเข้าถึงสิทธิบัตร**

อินทร์ พิลาดิ เด็กหนุ่มที่เอาจริงเอาจังกับชีวิตวัย 17 ปี เรียนหนังสืออยู่ชั้นมัธยมปีที่ 4 ที่โรงเรียนมัธยมประจำอำเภอ อินทร์ตั้งใจเรียนและมีความมุ่งมั่นที่จะเรียนต่อในระดับมหาวิทยาลัยให้ได้ แม้ว่าครอบครัวของเขาไม่ได้มีฐานะที่ร่ำรวยนักก็ตาม แต่เขามั่นใจว่าพ่อแม่สามารถส่งเสียเขาได้

เมื่อประมาณ 1 ปีเศษมานี้ ทุกสิ่งทุกอย่างได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างสิ้นเชิง เมื่อเขาขับรถจักรยานยนต์ซึ่งพ่อซื้อใหม่ได้ไม่ถึงเดือนไปเบิกเงินที่ธนาคารในอำเภอ ขากลับเขาขับรถมาด้วยความเร็วสูง รถเสียหลักพลิกคว่ำตกลงข้างสะพานก่อนจะเข้าหมู่บ้าน อินทร์ได้รับบาดเจ็บอย่างรุนแรงที่ศีรษะ เขาถูกนำตัวไปที่โรงพยาบาลชุมชนประจำอำเภอ ก่อนถูกส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ ในสภาพที่ไม่รู้สึกตัวและต้องใส่ท่อช่วยหายใจ มีเพียงยายและน้องสาวเท่านั้นที่ติดตามไปเฝ้าดูอาการที่โรงพยาบาลศูนย์ในระยะแรก

ขณะนั้นพ่อและแม่ของอินทร์ทำงานรับจ้างกับบริษัทก่อสร้างที่กรุงเทพฯ ทั้งคู่จะส่งเงินมาให้อินทร์และน้องเดือนละ 2,000 บาท เงินที่เหลือจะเก็บสะสมไว้เพื่อสร้างบ้านหลังใหม่บนที่ดินกว่า 2 ไร่ ในหมู่บ้านที่ซื้อไว้เมื่อหลายปีก่อน เมื่อตอนที่อินทร์อายุได้ 5 ปี พ่อเคยพาครอบครัวไปทำไร่ที่จังหวัดปราจีนบุรี ทำอยู่ได้ 10 ปี จึงย้ายกลับมาพร้อมเงินจากการขายไร่เกือบสองแสนบาท แต่ไม่พอสำหรับการสร้างบ้านใหม่ พ่อและแม่ได้ตัดสินใจเดินทางเข้ากรุงเทพฯ อีกเพื่อหาเงินมาเพิ่มโดยฝากอินทร์และน้องสาวไว้กับยาย

เมื่อพ่อและแม่ทราบข่าวอุบัติเหตุของอินทร์ได้เดินทางกลับมาดูอาการของลูกชายทันทีและหลังจากได้สอบถามรายละเอียดต่าง ๆ จากแพทย์แล้ว ทั้งคู่จึงตัดสินใจอยู่ดูแลอินทร์และไม่กลับไปกรุงเทพฯ อีก แม้ว่าทางบริษัทก่อสร้างยังติดค้างเงินเดือนอยู่ถึง 3 เดือน ในช่วงแรกที่นอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก อินทร์ไม่รู้สึกตัว ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ต่อมาต้องเจาะคอเพื่อต่อท่อหายใจแต่ไม่ต้องผ่าตัดสมอง พ่อและแม่ของอินทร์จะอาศัยพักรออยู่บริเวณชั้นล่างของตึกจนถึงเวลาเยี่ยม และเมื่อหมดเวลาเยี่ยมก็กลับไปนั่งรอที่เดิมอีก ตอนกลางคืนจะอาศัยนอนตามม้านั่งแถว ๆ นั้น แม้ว่าจะถูกเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลคอยไล่อยู่ประจำ แต่ทั้งคู่ก็ไม่มีเงินพอที่จะออกไปเช่าที่พักนอกโรงพยาบาล จนเวลาผ่านไปหลายสัปดาห์ อินทร์เริ่มมีอาการดีขึ้น สามารถหายใจได้เอง จึงได้ย้ายมาอยู่หอผู้ป่วยสามัญ ได้รับอาหารเหลวทางสายยาง แต่ยังพูดไม่ได้ แพทย์ที่โรงพยาบาลศูนย์บอกว่าอาการดีพอที่จะมาพักรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านได้ พ่อจึงตัดสินใจนำอินทร์มารักษาต่อที่

โรงพยาบาลชุมชนที่บ้าน เมื่อกลับได้ 2 วัน อินทร์ล้มตาและขยับแขนขาได้มากขึ้น พ่อและแม่คอยช่วยบริหารร่างกาย พยาบาลสอนให้พ่อหัดทำอาหารปั้นเหลวสำหรับอินทร์ โดยพ่อได้ไปซื้อเครื่องปั้นอาหารมาราคา 2,000 บาท พ่อหัดทำจนมั่นใจและสามารถใส่ยางทางจมูกพร้อมทั้งให้อาหารได้อย่างคล่องแคล่ว แพทย์จึงอนุญาตให้พ่อพาอินทร์กลับบ้าน รวมเวลาที่อยู่โรงพยาบาลประมาณ 2 เดือน

เมื่อกลับมาอยู่บ้านพ่อและแม่ได้ทุ่มเวลาทั้งหมดให้กับอินทร์ ตั้งแต่การเตรียมอาหารปั้น การให้อาหาร การบริหารร่างกาย การทำความสะอาดร่างกาย และการพูดคุยให้กำลังใจอินทร์ อินทร์มีอาการดีขึ้นช้า ๆ ประมาณ 1 เดือนให้หลังเริ่มนั่งได้ ต่อมาสามารถรับประทานอาหารโดยไม่ต้องให้อาหารทางสายยาง พอเวลาผ่านไปอีกเกือบ 3 เดือน พ่อฝึกให้อินทร์หัดเดินใหม่อีกครั้ง จนสามารถเดินเองได้คล่อง พูดได้ และกลับไปเรียนหนังสือที่โรงเรียน แม้ว่าขณะนี้อินทร์ยังสื่อสารได้ไม่คล่อง แต่พอเขียน และอ่านหนังสือได้ ช่วยตนเองได้ทุกอย่างที่โรงเรียน

สำหรับการใช้จ่ายในการรักษาเป็นปัญหาที่ใหญ่ยิ่งสำหรับครอบครัว พ่ออินทร์บอกว่าตอนซื้อรถจักรยานยนต์ ได้ให้เงินกับทางร้านไป 600 บาท เพื่อไปทำประกันภัยผู้ประสบภัยจากรถด้วย แต่เมื่อเกิดอุบัติเหตุทางร้านกลับปฏิเสธว่าไม่ได้รับเงิน และเกือบ 6 เดือนหลังจากอุบัติเหตุทางร้านกลับเอากรรมธรรม์มาให้แต่ไม่มีผลคุ้มครอง ครอบครัวของอินทร์ไม่ได้ซื้อบัตรประกันสุขภาพ เพราะที่บ้านมีแต่ยายและน้อง ยายอายุเกิน 60 ปี ได้บัตร สปร.ผู้สูงอายุ น้องได้รับบัตรสปร.เด็ก อายุ 0 - 12 ปี เหลือแต่อินทร์จึงคิดว่าไม่คุ้มที่จะซื้อบัตรประกันสุขภาพ พ่อต้องจ่ายเงินเพื่อการรักษาอินทร์ไปกว่า 3 แสนบาท โดยพยาบาลของโรงพยาบาลศูนย์จะนำไปส่งยามาให้พ่อไปเสียเงินที่แผนกการเงินทุก 3 - 5 วัน แต่ครั้งราคาไม่ต่ำกว่าหนึ่งหมื่นบาท บางครั้งเกือบสี่หมื่นบาท โดยไม่เคยมีเจ้าหน้าที่คนใดถามพ่อว่ามีปัญหาเรื่องการเงินหรือไม่ และพ่อก็ไม่เคยพูดบ่นหรือขออะไร เมื่อเงินที่สะสมไว้เกือบ 200,000 บาทหมด พ่อได้ประกาศขายที่ดินที่เตรียมสร้างบ้านได้เงินมาอีก 100,000 บาท จนครั้งสุดท้ายก่อนออกจากโรงพยาบาล พยาบาลยื่นใบสั่งยาให้อีกเป็นเงิน 27,000 บาท พ่อมีเงินเหลือเพียง 9,000 บาท จึงได้บอกพยาบาลว่ามีเงินไม่พอ เขาจึงแนะนำให้ไปซื้อบัตรสุขภาพที่สถานีอนามัยใกล้บ้าน แต่กว่าที่บัตรประกันสุขภาพจะใช้ได้ แพทย์ได้ให้อินทร์ออกจากโรงพยาบาลศูนย์แล้ว แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อแพทย์นัดตรวจเพื่อติดตามอาการครั้งต่อไป พ่อไม่ต้องจ่ายเงินค่ารักษาอีกเลย รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่อยู่ระหว่างพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลชุมชน

ขณะนี้ครอบครัวของอินทร์อาศัยอยู่กับยาย บ้านมีสภาพเป็นกระท่อมเล็ก ๆ แม่เริ่มขายกล้วยเดี่ยวภายในหมู่บ้าน แต่ขายไม่ดีเท่าไร พ่อหารับจ้างไปวัน ๆ และไม่คิดที่จะไปกรุงเทพฯ อีก เพราะเป็นห่วงอินทร์ แม่อินทร์บอกว่าตอนนี้ไม่มีสมบัติอะไรเหลือเลย อยากให้ทางการให้ความช่วยเหลือบ้าง โดยเฉพาะในเรื่องที่ดินทำกิน

ความทุกข์

ต้องสูญเสียเงินรวมทั้งที่ดินที่เก็บสะสมมาตลอดในระยะสร้างตัวของครอบครัว เพื่อการรักษาลูกที่ประสบอุบัติเหตุสาหัส โอกาสที่ครอบครัวนี้จะเริ่มลืมตาอ้าปากได้คงจะใช้เวลาอีกร่วม 10 ปี

ข้อเท็จจริง

1. เด็กนักเรียนมัธยมปลายจะผ่านเกณฑ์ได้รับสิทธิคุ้มครองการประกันสุขภาพในโครงการของรัฐไปแล้ว เด็กนักเรียนจะต้องซื้อบัตรประกันสุขภาพเองโดยสมัครใจ ซึ่งโรงเรียนและสถานบริการสาธารณสุขจะเป็นผู้แนะนำให้ แต่อินทรีคงไม่ได้สมัครใจซื้อกับทางโรงเรียน เมื่อเกิดอุบัติเหตุแม้ว่าเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลศูนย์จะได้แนะนำให้พ่อของอินทรีไปซื้อบัตรสุขภาพให้เพื่อลดค่าใช้จ่าย แต่บัตรสุขภาพจะมีผลคุ้มครองภายหลังซื้อ 30 วัน นั่นหมายความว่าสามารถคุ้มครองค่ารักษาพยาบาลในช่วงท้ายของการอยู่โรงพยาบาลศูนย์เป็นต้นไป ดังนั้นการซื้อบัตรสุขภาพเป็นกลุ่มกับทางโรงเรียนในราคาเพียงคนละ 100 บาท/ปี เป็นการล่วงหน้า จะช่วยให้ครอบครัวของอินทรีหมดภาระด้านค่ารักษาพยาบาลไปทั้งหมด
2. การซื้อรถใหม่ทั้งหมดในปัจจุบันทางร้านค้าจะบังคับให้ผู้ซื้อเสียเงินเพื่อซื้อกรมธรรม์คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถทันที ซึ่งควรจะได้รับการคุ้มครองทันทีหรือไม่ล่าช้ามาก เช่นกรณีนี้ซึ่งส่งมาให้ 6 เดือนภายหลัง ในกรณีของอินทรีนี้ควรได้ตรวจสอบว่ากรมธรรม์ที่ส่งมาให้ภายหลังเริ่มมีผลคุ้มครองก่อนวันเกิดอุบัติเหตุหรือไม่ ถ้ามีผลคุ้มครองอินทรีซึ่งเป็นผู้ขับขี่เองจะได้รับค่าเสียหายเบื้องต้นตามที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน 15,000 บาท ซึ่งสามารถยื่นเรื่องขอค่าเสียหาย (ค่ารักษาพยาบาล) จากบริษัทได้ถ้าไม่เกิน 180 วัน นับจากวันเกิดเหตุ

กรณีศึกษาที่ 12

**ผู้ไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพ :
เป็นโรคเรื้อรัง ค่ารักษาสูง ไม่สามารถเข้าถึงระบบประกันสุขภาพ**

ดอมเป็นบุตรคนที่สองของครอบครัว ปัจจุบันอายุ 23 ปี พ่อของดอมรับราชการตำรวจ แม่รับราชการครู ตั้งแต่กำเนิดมาดอมไม่ได้แตกต่างจากเด็กปกติทั่วไป จนกระทั่งเมื่อดอมอายุได้ 9 เดือนกำลังจะหัดเดิน เกิดหกล้มและมีอาการท้องโตขึ้น แม่พาดอมไปรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัด แพทย์ไม่สามารถบอกได้ว่าดอมเป็นโรคอะไร ดอมมีอาการบวมและซีดลงเรื่อย ๆ สุดท้ายแพทย์แนะนำให้พ่อดอมไปที่โรงพยาบาลในกรุงเทพฯ พ่อและแม่ได้พาดอมมาโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยที่ทันสมัยที่สุดในขณะนั้น ดอมอยู่โรงพยาบาลได้สองสัปดาห์แพทย์บอกพ่อและแม่ว่าเป็นโรคเลือดฮีโมฟีเลียชนิดรุนแรง มีเลือดออกง่ายและเมื่อเลือดออกแล้วหยุดยากมาก ต้องได้รับการให้สารที่ช่วยทำให้เลือดแข็งตัวซึ่งมีอยู่ในพลาสมา และนับตั้งแต่นั้นมาดอมก็เป็นคนไข้ประจำของโรงพยาบาลแห่งนี้ เมื่อโตขึ้นแมื่อดอมจะไม่ได้สนุกสนานไปกว่าเด็กคนอื่นที่อยู่ในวัยเดียวกัน แต่ดอมกลับมีเลือดออกบ่อยมากขึ้น โดยเฉพาะที่ข้อเข่า พ่อและแม่พาดอมเข้ากรุงเทพฯแทบทุกเดือน บางเดือนถึง 3 ครั้ง บางครั้งต้องนอนรักษาที่โรงพยาบาลนานหลายเดือน พ่อกับแม่ผลัดกันลงงานไปเฝ้าดอม แม้จะได้รับความเมตตาจากอาจารย์แพทย์และคณะเจ้าหน้าที่ของทางโรงพยาบาลด้วยดีมาตลอด และมีสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการ แต่มีค่าใช้จ่ายที่ต้องเสียเองจำนวนไม่น้อยตั้งแต่ค่ายาและอุปกรณ์การแพทย์ที่ราคาสูง ไม่สามารถเบิกได้ และยังต้องจ่ายค่าเดินทาง ค่ากินอยู่ พ่อและแม่ของดอมเริ่มต้องยืมและกู้เงินมาเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อรักษาดอมหนี้สินมากขึ้นเรื่อย ๆ พ่อและแม่จึงคิดหารายได้เพิ่มโดยเปิดร้านอาหารพื้นเมืองซึ่งรสชาติเป็นที่นิยมของลูกค้าและบริหารจัดการเงินตามงานต่าง ๆ ในระยะแรกขายดีมาก ทำให้นี้สินลดลง แต่แล้วเมื่อดอมต้องเข้ารับการผ่าตัดข้อเข่า ซึ่งมีค่าใช้จ่ายที่เบิกไม่ได้เป็นจำนวนเงินถึงประมาณ 500,000 บาท ประกอบกับสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลจากพ่อและแม่สิ้นสุดลงเพราะดอมอายุเกิน 18 ปี หนี้สินจึงกลับพอกพูนขึ้นอีก พ่อและแม่จึงตัดสินใจยกร้านอาหารแจ่วฮ้อนให้ดอมบริหารจัดการ เงินที่ได้ให้เก็บเป็นค่ารักษาตัวต่อไป

ดอมไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพใด ๆ เคยติดต่อบริษัทประกันเอกชนแต่ได้รับการปฏิเสธเพราะดอมเป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงมาก เคยซื้อบัตรประกันสุขภาพของรัฐและไปใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน ทางโรงพยาบาลไม่สามารถรักษาให้ดอมดีขึ้นได้ทุกครั้งเพราะขาดแคลนพลาสมาที่จะทำให้เลือดหยุดออก และดอมเองก็รู้สึกเกรงใจทางโรงพยาบาลมากเพราะพลาสมาที่ส่งมาไว้แต่ครั้งคราวเป็นหนี้ต้องเอาให้ดอมเพียงคนเดียว ดอมต้องไปซื้อพลาสมาจากสภา

กาชาดไทยมาเก็บไว้ที่บ้าน พลาสมาราคาขวดละ 500 บาท เวลามีอาการเลือดออกจึงนำพลาสมานั้นไปให้ที่โรงพยาบาล บ่อยครั้งที่เมื่อมีอาการเลือดออกต้องใช้พลาสมามากกว่า 10 ขวด เลือดยังไม่หยุดต้องเดินทางเข้ากรุงเทพฯ ไปโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ดอมไม่รบกวนพ่อและแม่ จะนั่งรถทัวร์ไปเองคนเดียว ระหว่างการเดินทางทรมานมากเพราะมีอาการปวดตลอด

เงินที่ได้จากร้านอาหารและรับจัดโต๊ะจีนใช้เป็นค่ารักษาพยาบาลเกือบทั้งหมด บางครั้งดอมมีอาการเลือดออกและพลาสมาที่เก็บไว้ที่บ้านหมด ดอมไม่มีเงินพอต้องไปขอร้องแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชนให้ฉีดยาแก้ปวดบรรเทาอาการไปก่อน เพื่อดอมจะได้มีแรงออกไปรับจัดอาหารโต๊ะจีนและได้เงินไปรักษาตัวที่กรุงเทพฯ ซึ่งเป็นผลร้ายกับตัวดอมเองเพราะทำให้อาการเลือดเป็นมากและใช้เวลารักษานานขึ้น

ที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยดอมได้ย้ายมารับการรักษาที่แผนกผู้ใหญ่แล้ว แพทย์ที่ดูแลยังให้ความเมตตาอยู่ไม่ว่าจะไปบ่อยหรืออยู่นานแค่ไหนก็ตาม สำหรับเวลาที่ดอมรู้สึกลำบากใจมากที่สุดคือตอนไปจ่ายเงินแล้วมีเงินไปไม่พอ เพราะดอมต้องไปพบกับเจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์ของทางโรงพยาบาล ที่มักแสดงท่าทางที่ไม่พอใจ เบื่อหน่ายเมื่อดอมขอลดหย่อนหรือผิดผ่อนการจ่ายเงิน ดอมตั้งใจกับตัวเองเอาไว้ว่าต้องเตรียมเงินไปให้พอก่อนที่จะรักษาตัวที่กรุงเทพฯ และเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ดอมต้องทนทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้น

ปัญหา

ไม่สามารถเข้าถึงระบบประกันสุขภาพใด ๆ ได้ เนื่องจากป่วยเป็นโรคทางพันธุกรรมที่มีเลือดออกไม่หยุดอย่างรุนแรง (Haemophilia) และการรักษาต้องมียูเทรลตลอดชีวิต ค่าใช้จ่ายสูงถ้าอยู่ไกลกรุงเทพฯ หรือโรงพยาบาลศูนย์

ข้อเท็จจริง

1. ดอมสามารถขอซื้อบัตรสุขภาพที่โรงพยาบาลชุมชนในภูมิลำเนาได้ในราคา 500 บาทต่อปี ซึ่งจะมีผลคุ้มครอง แม้ว่าดอมต้องมารักษาตัวที่โรงพยาบาลที่กรุงเทพฯ ซึ่งเป็นโรงเรียนแพทย์ ถ้ามีการส่งตัวอย่างถูกต้องจากจังหวัดที่ดอมอยู่ผ่านโรงพยาบาลศูนย์ก่อน เพราะโรคบางชนิดเกินขีดความสามารถของโรงพยาบาลจังหวัดไปแล้ว โรงพยาบาลจังหวัดมีหน้าที่จะต้องพิจารณาเลือกโรงพยาบาลที่สูงขึ้น เพื่อส่งตัวมารักษาตามชนิดของโรค ส่วนมากต้องผ่านไปที่โรงพยาบาลศูนย์ แต่ถ้าเป็นโรคที่โรงพยาบาลศูนย์ก็อาจดำเนินการให้บริการไม่ได้ สามารถพิจารณาส่งผ่านมาถึงโรงเรียนแพทย์ได้

2. ค่ารักษาพยาบาลในระดับโรงเรียนแพทย์ บางชนิดอาจมีการเรียกเก็บจากผู้ป่วยโดยตรงได้ ขึ้นอยู่กับระเบียบของโรงพยาบาลนั้น ๆ ว่าจะไม่รอมารเรียกเก็บที่กองทุนหมุนเวียนบัตรสุขภาพระดับจังหวัด หรือระดับส่วนกลาง ซึ่งส่วนมากเป็นเวชภัณฑ์ที่อยู่นอกเหนือบัญชียาหลักแห่งชาติ

บทสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้บริหารระดับสูง
ด้านบริการสุขภาพ

บทสัมภาษณ์ ดร. อาทิตย์ อุไรรัตน์
ผู้ทรงคุณวุฒิ อธิการบดีมหาวิทยาลัยการสาธารณสุข
วันที่ 1 พฤษภาคม 2543

1. คำถาม : ขอเรียนถามปรัชญาของการสาธารณสุขและกลไกการดูแลสุขภาพของประชาชน

คำตอบ : ปรัชญาของการสาธารณสุข ต้องให้ความสำคัญกับการป้องกันสุขภาพประชาชนเท่า ๆ กับการรักษา แต่ขณะนี้รัฐบาลและประชาชนทั่วไปยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ทำอย่างไรประชาชนทั่วไปจะสนใจ เอาใจใส่ต่อการดูแลสุขภาพตนเอง มีการตรวจสุขภาพก่อนเจ็บป่วย รัฐจะต้องตรวจสอบสภาวะการณของโรค เพื่อจะได้หาทางป้องกันได้ทัน

กลไกองค์กรระดับล่างที่ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพประชาชน ได้แก่ อสม. สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน ต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพ เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ กล่าวคือ บุคลากรมีเพียงพอและได้รับการอบรมให้มีความรู้ความสามารถ มีสวัสดิการที่ดี มีเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ขั้นพื้นฐาน และการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมและไม่เกินความจำเป็น

2. คำถาม : ระบบประกันสุขภาพแต่ละระบบมีจุดเด่นและจุดด้อยอย่างไร

คำตอบ : ในด้านการรักษาสุขภาพนั้น การมีระบบประกันสุขภาพ 5 ระบบนั้นดีอยู่แล้วเพราะครอบคลุมประชาชนทั้งหมด หลักการก็คือ ประชาชนทุกคน ไม่ว่ายากดีมีเงินจะต้องได้รับการบริการเหมือนกัน รัฐต้องให้ความสนใจเอาใจใส่ต่อคนยากจน ควรให้เอกชนเข้ามาดูแลประชาชนที่มีเงิน มีฐานะทางเศรษฐกิจดี และรัฐมีหน้าที่หลักที่จะต้องติดตามตรวจสอบการทำงานของระบบประกันสุขภาพทั้งระบบ

ในทางปฏิบัติ การที่ระบบประกันสุขภาพไม่สามารถทำให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการสุขภาพอย่างทั่วถึงและเป็นธรรมนั้น เกิดจาก

1. การสนับสนุนงบประมาณของรัฐในระบบ สปร. ประกันสุขภาพ หรือแม้แต่การประกันสังคมนั้นมีไม่เพียงพอ
2. ระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ รัฐเป็นทั้งผู้ให้บริการ (ต้องรักษายาพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ จึงจะเบิกค่ารักษายาพยาบาลได้) และรัฐก็เป็นผู้จ่ายเงิน ไม่มีระบบการตรวจสอบ การใช้จ่ายเงินของโรงพยาบาล ทำให้เกิดการทุจริตได้ง่าย ข้าราชการส่วนมากจะได้รับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมและเป็นธรรม
3. ประสิทธิภาพการบริหารจัดการ

- ไม่สนับสนุนให้เอกชนมาดำเนินการในสถานพยาบาลของรัฐ เช่น กรมธนารักษ์ ไม่อนุญาตให้เอกชนเข้าไปลงทุนทำคลินิกเอกชนในโรงพยาบาลของรัฐ เพราะผิดระเบียบการลงทุนในที่ดินหลวง
 - ไม่สนับสนุนให้แพทย์ทำคลินิกนอกเวลาในโรงพยาบาล เนื่องจากกลัวว่าแพทย์จะไม่สนใจงานในหน้าที่ เป็นผลทำให้แพทย์ขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน
 - รัฐไม่ส่งเสริมให้มีการผลิตบุคลากร (แพทย์ พยาบาล) เพิ่มเติม เนื่องจากมีงบประมาณไม่เพียงพอ ทำให้ขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์
- “ การศึกษาต้องทำ มีเงิน ไม่มีเงิน ก็ต้องทำ ”

3. **คำถาม :** ประชาชนที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสุขภาพใด ๆ เลย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ยากจนและขาดศักยภาพในการช่วยเหลือตนเอง มีปัญหาในการรับบริการสุขภาพหรือไม่ ควรจะดำเนินการอย่างไรให้บุคคลเหล่านี้ได้รับความช่วยเหลือ

คำตอบ : ในหลักการ ต้องไม่มีประชาชนที่อยู่นอกระบบประกันสุขภาพ ประชาชนต้องอยู่ในระบบประกันสุขภาพทั้งหมด ในทางปฏิบัติเป็นข้อบกพร่องของการบริหารจัดการ ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติให้เป็นไปตามหลักการและกฎระเบียบ ส่งผลให้ประชาชนบางกลุ่ม บางคนไม่ได้รับการคุ้มครองสุขภาพ (เพราะอยู่นอกระบบฯ) “ หลักการมี กฎหมายมี แต่ไม่ทำ ” การแก้ไข ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายต้องช่วยกัน (ผู้บริหาร แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สถานีนามัย สื่อสารมวลชน ฯลฯ) ให้ความรู้ความเข้าใจและประชาสัมพันธ์

4. **คำถาม :** การปรับปรุงระบบประกันสุขภาพควรทำอย่างไร

คำตอบ :

1. ประชาชนทุกคนต้องเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ
2. ต้องนำเอาหลักการประกันสุขภาพมาใช้กับทุกระบบ โดยมุ่งเน้นทั้งการป้องกัน และรักษาสุขภาพควบคู่กันไป
3. วิธีการประกันสุขภาพ อาจแตกต่างกันตามกลุ่มเป้าหมาย
4. ประชาชนล่างสุดหรือคนยากจนซึ่งรัฐจะต้องดูแลภายใต้ระบบ สปร. รัฐจะต้องปรับเปลี่ยนกฎเกณฑ์หรือขยับกฎเกณฑ์ให้สอดคล้องกับความเป็นจริง และสามารถครอบคลุมคนยากจนที่มีอยู่ในสังคม เช่น กฎเกณฑ์การพิจารณารายได้ครอบครัวของผู้มีสิทธิเข้าสู่ระบบ สปร. จะต้องมียาได้ต่ำกว่า 2,800 บาท ต่อปีนั้นต่ำเกินไป ควรปรับให้มีรายได้สูงขึ้นเป็น 4,000 – 5,000 บาทต่อปี

5. ควรปรับเงินสมทบหรืองบประมาณที่รัฐจัดสรร เพื่อสนับสนุนระบบประกันสุขภาพ เช่น สปร. ระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจ ระบบประกันสังคม ฯลฯ ให้เหมาะสมกับสภาพความเป็นจริง
6. ประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการจ่ายเงินในการรับบริการสุขภาพในทุกระบบ
7. จะต้องเพิ่มเงื่อนไขในการตรวจสอบสุขภาพการเจ็บป่วยของระบบประกันสุขภาพของทุกระบบเอาไว้ด้วย

ผู้สัมภาษณ์: ดร. ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล

ผศ. ธีัญญา สนิทวงศ์ ณ อยุธยา

บทสัมภาษณ์ นายแพทย์เสรี ตู้จินดา รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

วันที่ 7 เมษายน พ.ศ. 2543

1. คำถาม : ความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับจุดอ่อนและจุดแข็งของระบบประกันสุขภาพแต่ละระบบเป็นอย่างไร

คำตอบ : ระบบประกันสุขภาพแต่ละระบบแตกต่างกัน สำนักงานประกันสังคมดูแลผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมประมาณ 2 - 3 ล้านคน ขณะที่สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขดูแลประชากรภายใต้ระบบประกันสุขภาพ ได้แก่ ผู้ถือบัตร สปร. บัตรประกันสุขภาพ และผู้ที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสุขภาพใด ๆ ซึ่งมีจำนวนประมาณ 40 ล้านคน สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และการประกันสุขภาพเอกชนก็ไม่ได้อยู่ในความดูแลของสำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขเช่นกัน

หากพิจารณาระบบประกันสุขภาพแต่ละบัตร พบว่า

บัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย (สปร.) จัดให้สำหรับประชาชนที่ยากจน มีรายได้น้อยกว่า 2,000 บาทต่อเดือนกรณีคนโสด และ 2,800 บาทต่อเดือนกรณีคนมีครอบครัว คนที่มีรายได้น้อยกว่านี้ถือว่ารัฐจะต้องเกื้อกูล นอกจากนี้ก็มีกลุ่มผู้ด้อยโอกาสอื่น ๆ เช่น คนพิการ คนชรา ทหารผ่านศึก เป็นต้น โดยรัฐจ่ายให้ 273 บาทต่อคน ในทางปฏิบัติงบประมาณที่รัฐจ่ายให้สถานพยาบาลภายใต้บัตร สปร. นับว่าต่ำมากและไม่เพียงพอ สถานพยาบาลจะต้องนำงบประมาณจากส่วนอื่นมาเฉลี่ย

ปัญหาระบบบัตร สปร. ก็คือ (1) คนที่ควรได้รับสิทธิก็ไม่ได้ คนที่ไม่ควรได้รับสิทธิกลับได้รับ จึงไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายที่ควรได้รับ (2) โรงพยาบาลได้รับงบประมาณสนับสนุนน้อยรายได้น้อยกว่ารายจ่าย จึงไม่ยอมรับผู้ป่วยที่มีบัตร สปร. โครงการบัตร สปร. ถือเป็นโครงการขาดทุนร่วมกัน ทั้งประชาชนก็ขาดทุนเพราะได้รับบริการไม่ดี สถานประกอบการก็ขาดทุนเพราะรายได้เฉลี่ย

บัตรประกันสุขภาพ ผู้ที่มีรายได้เหนือเส้นขีดความยากจนมีสิทธิซื้อบัตรประกันสุขภาพ โดยหลักการก็คือ ประชาชนจ่าย 1 ส่วน รัฐบาลจ่าย 2 ส่วน เท่ากับประชาชนจ่าย 500 บาทต่อครอบครัว รัฐบาลจ่าย 1,000 บาท รวมเป็น 1,500 บาท ครอบครัวหนึ่งใช้บริการได้ 5 คน สิทธิของการประกันสุขภาพเหมือนกับสิทธิของบัตร สปร. และใกล้เคียงกับสิทธิของการประกันสังคม

หากพิจารณาระบบประกันสุขภาพแต่ละบัตร พบว่า ผู้ซื้อบัตรส่วนมากเป็นผู้ที่เจ็บป่วย ผู้ที่ไม่เจ็บป่วยก็ไม่มาซื้อบัตร ทำให้รายรับต่ำ ขณะที่รายจ่ายสูง ไม่สามารถนำรายรับมาเฉลี่ยกันได้โรงพยาบาลจึงขาดทุน

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้ทุกโรงพยาบาลต้องขายบัตรประกันสุขภาพให้มาก เป้าหมายคือ 2.4 ล้านบัตร เท่ากับ 12 ล้านคน เพราะถ้าคนส่วนใหญ่มีบัตรประกันสุขภาพก็เท่ากับเป็นการคุ้มครองความเจ็บป่วย โรงพยาบาลก็จะลดรับภาระการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ไม่มีบัตร และยังมีรายรับจากการขายบัตรมาถัวเฉลี่ยกับรายจ่ายได้มากขึ้น ก็จะทำให้โรงพยาบาลไม่ขาดทุน จึงจำเป็นต้องมีการประชาสัมพันธ์ แต่ปัจจุบันโรงพยาบาลของรัฐขาดบุคลากร จึงไม่สามารถทำหน้าที่ในการประชาสัมพันธ์ได้อย่างกว้างขวาง

ข้อสังเกต ในสังคมเมืองซึ่งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง ประชาชนนิยมใช้การประกันสังคม ขณะที่ชนบทประชาชนให้ความสำคัญกับบัตรประกันสุขภาพและบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยมาก

ปัญหาบัตรประกันสุขภาพ

1. ราคาบัตรประกันสุขภาพยังถูกไป แต่ถ้าบริการให้ดีก็อยู่ได้ ทั้งนี้ประชาชนจะต้องไม่เลือกซื้อบริการ บุคคลที่อยู่ในข่ายทุกคนต้องมาซื้อบัตรประกันสุขภาพไว้เป็นหลักประกันการเจ็บป่วย ปัญหาเรื่องงบประมาณก็จะหมดไป

2. สถานพยาบาลไม่อยากขายบัตร เพราะส่วนใหญ่คนที่มาซื้อคือคนที่ป่วยหนักหรือเป็นโรคเรื้อรัง ค่าใช้จ่ายมากแต่รายรับไม่มาก สถานพยาบาลก็ขาดทุน

3. ประชาชนส่วนใหญ่ มองว่าบัตรประกันสุขภาพเป็นของประชาชนชั้น 2 เป็นปมด้อยการไปรับบริการไม่ได้รับการเหลียวแลเอาใจใส่จากบุคลากรของสถานพยาบาล

สวัสดิการรักษายาของข้าราชการ ข้าราชการได้รับการรักษายาพยาบาลฟรีเมื่อเจ็บป่วย รัฐเป็นผู้จ่ายทั้งหมด ข้าราชการย่อมพอใจมาก ยิ่งสมัยก่อนยังมีสิทธิมาก (เบิกได้หมด) ปัจจุบันถูกตัดทอนลงบ้างในเรื่องยาและจำนวนวันที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เป็นต้น ในความเป็นจริงสิทธิประโยชน์ที่ข้าราชการได้รับน่าจะเหมาะสม เพราะข้าราชการรับผิดชอบทำงานให้รัฐ การได้รับสิทธิประโยชน์เกี่ยวกับการรักษายาพยาบาลก็เหมือนสวัสดิการที่รัฐให้ตอบแทนการทำงาน แต่ข้อเสียของสวัสดิการรักษายาของข้าราชการ คือ การขาดการตรวจสอบ

ประกันสังคม จุดแข็งของประกันสังคม คือ มีความเป็นระบบมากที่สุด ผู้ประกันตนสามารถเลือกใช้บริการได้ทั้งของรัฐและเอกชน สามารถควบคุมค่าใช้จ่าย และจ่ายให้แก่สถานพยาบาลในอัตราที่เหมาะสม (หัวละ 1,000 บาท) ทำให้สถานพยาบาลอยู่ได้ สถานพยาบาลมีอิสระในการบริหารงบประมาณที่ได้มาสามารถนำไปพัฒนาระบบการบริการให้มีคุณภาพดีขึ้นได้ ระบบการตรวจสอบแก้ปัญหาที่ดี

ข้อเสียของการประกันสังคม คือ ระยะแรก ๆ ผู้ประกันตนพึงพอใจ สถานพยาบาลก็พอใจแต่ระยะหลังมีการเอาวัดเอาเปรียบคือ สถานพยาบาลโดยเฉพาะโรงพยาบาลเอกชนบางแห่งมีการปฏิเสธการรับคนไข้ป่วยหนัก และส่งต่อไปรับบริการยังโรงพยาบาลใหญ่ ๆ ของรัฐ เช่น โรงพยาบาลรามาธิบดี ฯลฯ ทำให้โรงพยาบาลใหญ่ ๆ ของรัฐขาดทุน

การแก้ไขปัญหาดังกล่าว ก็คือ รัฐต้องสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมในกรณีที่โรงพยาบาลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายสูงสำหรับผู้ป่วยหนักหรือเรื้อรัง

การประกันภัยบุคคลที่ 3 เป็นปัญหามาก ผู้เกี่ยวข้องมีหลายฝ่ายทั้งกรมการประกันภัย ตำรวจ บริษัทเอกชน โรงพยาบาล ฯลฯ

ปัญหาการประกันภัยบุคคลที่ 3 คือ (1) สถานพยาบาลรักษา แต่ไม่ได้เงิน (2) คนที่เกิดปัญหา ไม่ได้ประกัน (บางทีก็มีการปลอมแปลง)

ผู้ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ ได้แก่ (1) กลุ่มคนยากจนทำงานนอกระบบ เช่น เกษตรกร เข้าไม่ถึงบริการ (2) ชาวเขา แรงงานต่างด้าว กลุ่มคนเหล่านี้มีจำนวนมากต้องได้รับการสงเคราะห์ รัฐบาลต้องใช้จ่ายเงินจำนวนมาก

2. คำถาม : การปรับปรุงระบบประกันสุขภาพ ควรทำอย่างไร

คำตอบ : 1. การมีหลายระบบย่อมดี หลักการของรัฐที่กำหนดในแต่ละระบบดีอยู่แล้ว แต่จะต้องมีการประสานกันให้ดี และเหมาะสม ปัญหาแต่ละระบบ เป็นปัญหาปลีกย่อย ต้องแก้ไขปัญหาที่ตัวระบบของมันเอง ถ้ามีระบบเดียว เป็นการผูกขาด ยิ่งไม่ดี

2. แต่ละระบบไม่ควรมีช่องว่างมาก เพื่อให้เกิดความเสมอภาคและเป็นธรรมแก่ประชาชนทุกกลุ่ม

3. การปฏิรูประบบประกันสุขภาพ ควรมุ่งเน้นการป้องกัน เพื่อลดภาระของรัฐในการที่จะต้องมาดูแลผู้ที่เจ็บป่วย

3. คำถาม : ประชาชนที่ไม่ได้อยู่ในระบบใดเลย มีปัญหาการมารับบริการอย่างไร

คำตอบ : ประชาชนที่ไม่ได้อยู่ในระบบใดเลย มีทั้งกลุ่มประชาชนที่ไม่เข้าถึงบริการ ชาวเขา และแรงงานต่างด้าว ในแง่กฎหมายแรงงานต่างด้าวที่เข้ามาประเทศไทยโดยผิดกฎหมายย่อมไม่มีสิทธิในการรับบริการ แต่ในแง่สิทธิมนุษยชนถือว่ามนุษย์ทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐาน จึงเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะต้องให้การรักษายาบาลบุคคลกลุ่มนี้ เช่นเดียวกับชาวเขา

สำหรับกลุ่มประชาชนที่เข้าไม่ถึงบริการ คือคนยากจน คนอยู่นอกระบบ พวกเกษตรกรขาดการรับรู้ทำให้เข้าไม่ถึงบริการ คนกลุ่มนี้จำเป็นต้องพยายามให้เข้าสู่ระบบให้มากที่สุด โดย

1. ให้สิทธิและเชิญชวนชาวเขาและแรงงานต่างด้าวมาซื้อบัตรประกันสุขภาพ ก็จะทำให้รัฐมีรายได้จากการขายบัตร ลดภาระการให้การสงเคราะห์

2. روندและประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนที่ยังไม่เข้าถึงบริการ ให้มาซื้อบัตรประกันสุขภาพหรือขอใช้สิทธิบัตร สปร. ตามสิทธิที่ควรได้รับ

3. เป็นบทบาทหน้าที่ของสำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ในการประสานความร่วมมือกับสถานพยาบาลในระดับจังหวัด อำเภอและตำบล

5. คำถาม : การใช้ทรัพยากรในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในปัจจุบัน เป็นอย่างไร

คำตอบ : 1. ปัญหางบประมาณจำกัด เมืองงบประมาณจำกัดในการบริหารงบประมาณของโรงพยาบาลรัฐ ก็จำเป็นที่จะต้องพยายามเอารายรับจากการให้บริการในกลุ่มที่ได้กำไรไปชดเชยรายจ่ายของกลุ่มที่ขาดทุน จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้การบริการผู้ป่วยแต่ละกลุ่มเป้าหมายของโรงพยาบาลไม่เหมือนกันร้อยเปอร์เซ็นต์ กล่าวคือ ถ้าคนไข้กลุ่มที่ทำให้โรงพยาบาลมีรายได้หรือได้กำไร โรงพยาบาลก็ต้องพยายามให้บริการที่ดีเพื่อให้คนไข้กลุ่มนี้มารับบริการอีก ยกตัวอย่างโรงพยาบาลบางแห่ง ด้วยฝีมือของผู้อำนวยการโรงพยาบาล ได้เชิญข้าราชการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจสุขภาพประจำปีเป็นการเอาอกใจข้าราชการ ผู้มีฐานะพ่อค้า คหบดี มาใช้บริการของโรงพยาบาลเพื่อนำรายได้จากส่วนนี้มาช่วยกลุ่มผู้ป่วยที่ยากจน (บัตร สปร.)

2. ทรัพยากรของกระทรวงสาธารณสุขขาดแคลนอย่างมหาศาล ในขณะที่เดียวกันรัฐก็พยายามที่จะตัดงบประมาณลง โรงพยาบาลขนาด 30 เตียง มีคนไข้ตรวจวันละ 100 กว่าคน รวมกับคนไข้ในอีก 30 คน แพทย์มี 2 คน ผู้อำนวยการ 1 คน กับแพทย์ 1 คน ผู้อำนวยการต้องทำงานบริหารด้วยและตรวจรักษาผู้ป่วยด้วย เท่ากับมีแพทย์ 1 คนครึ่ง ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยนอกวันละ 100 กว่าคน และผู้ป่วยในอีก 30 คน พยาบาลก็ขาดแคลนมาก

3. ปัญหาการกระจายทรัพยากร บุคลากรส่วนใหญ่กระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพฯและในเมือง สถานพยาบาลบางแห่งมีทรัพยากรเพียงพอ บางแห่งก็ขาดแคลน จึงเกิดความเหลื่อมล้ำกัน

4. การที่สถานพยาบาลมีปัญหาบุคลากรและทรัพยากร ทำให้ต้องดิ้นรนหาเงินมาดำเนินการให้สถานพยาบาลของตนอยู่รอด แต่จะทำได้ก็ต้องใช้หลายวิธีการ ซึ่งจะต้องขึ้นอยู่กับผู้บริหาร และบุคลากรที่มีความจงรักภักดีต่อองค์กรขนาดไหน จะเห็นว่าบางครั้งบุคลากรน้อย แต่บุคลากรเหล่านั้นรักองค์กร องค์กรก็อยู่รอด บางแห่งบุคลากรมีมากแต่ความสามัคคีไม่มี องค์กรก็อยู่ไม่ได้

5. เทคโนโลยีที่มีอยู่เกินความจำเป็น การรับความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีอย่างรวดเร็วทำให้เกิดปัญหา เครื่องมือที่มีอยู่ก็ใช้ไม่เต็มศักยภาพ แต่ส่วนใหญ่การมีและใช้เทคโนโลยีเกินความจำเป็นมักเป็นสถานพยาบาลของเอกชน

ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการใช้ทรัพยากรในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน ก็คือ กระทรวงสาธารณสุขจะต้องกระจายบุคลากรทางการแพทย์ทุกสาขา ทั้งแพทย์ พยาบาล และ บุคลากรอื่น ไปยังสถานพยาบาลต่างๆ ทั้งในเขตเมืองและชนบทอย่างเหมาะสม นโยบายของรัฐ บังคับให้ต้องออกนอกกรอบอาจทำให้การจัดบริการทางการแพทย์แก่ประชาชนไม่เหมาะสมและ เท่าเทียมกัน

6. คำถาม : ผลประโยชน์ของแพทย์และโรงพยาบาลเป็นตัวแปรของความไม่เหมาะสม ของบริการที่ได้รับหรือไม่

คำตอบ :แน่นอน โรงพยาบาลได้ผลประโยชน์มากก็เพื่อความอยู่รอดของโรงพยาบาล แต่จริงๆ ไม่ใช่ผลประโยชน์ส่วนบุคคลของแพทย์และโรงพยาบาล แต่เป็นการทำเพื่อผลประโยชน์ของ ประเทศชาติ ทำแทนรัฐบาล เพราะโรงพยาบาลยังอยู่ในระบบ โรงพยาบาลต้องนำเอาส่วนของ กำไรไปชดเชยส่วนที่ขาดทุน ไม่ได้เอาเข้ากระเป๋าของตนเอง แต่ถ้าอยู่นอกระบบจะไม่ต้องเป็น ห่วงเพราะถ้าประเมินผลแล้วขาดทุนก็ถูกไล่ออก

7. คำถาม : ข้อคิดเห็นอื่น ๆ

คำตอบ : 1. สิทธิแต่ละคนไม่เท่าเทียมกัน เหลื่อมล้ำต่ำสูง หากจะทำให้ผู้ใช้สิทธิแต่ละระบบได้ รับสิทธิใกล้เคียงกันก็จะดี

2. งานวิจัยนี้ก็เป็นแนวทางในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาข้อบกพร่องของแต่ละระบบได้

ผู้สัมภาษณ์ : ดร. ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล

ผ.ศ. ธิญา สนิทวงศ์ ณ อยุธยา

บทสัมภาษณ์ ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิรุฬห์ เหล่าภัทรเกษม
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
วันที่ 4 พฤษภาคม พ.ศ. 2543

1. คำถาม : ในแต่ละระบบของการประกันสุขภาพ มีจุดที่ต้องยึดหรือจุดอ่อนที่ต้องปรับปรุงแก้ไขอย่างไร

คำตอบ : ถ้ามองในแง่ของผู้บริหารโรงพยาบาล เห็นว่า

ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ รายได้ของโรงพยาบาลส่วนมากมาจากการเบิกจ่ายจากระบบนี้ ผู้ให้บริการรักษาสะดวกใจมาก แต่ตอนหลังแม้จะมีข้อที่ผู้รับบริการต้องจ่ายร่วมก็เป็นไปได้ทั้งจุดอ่อนและจุดแข็งของระบบ จุดอ่อน คือ เป็นภาระต่อตัวข้าราชการผู้รับบริการเองที่ต้องจ่ายเพิ่มซึ่งบางอย่างมีราคาสูง จุดแข็งคือ สามารถควบคุมการให้บริการและค่าใช้จ่ายที่รัฐต้องสูญเสียได้ดี เป็นประโยชน์ในระดับชาติ และทำให้ตัวแพทย์ผู้ให้บริการรักษามีความตระหนักดีขึ้น ต้องเข้าใจว่ามีหมอเพียงบางส่วนเท่านั้นที่สนใจและร่วมมือในเรื่องค่าใช้จ่ายนี้

ระบบประกันสังคม ระบบนับว่าดีพอสมควร โรงพยาบาลคู่สัญญามีความสะดวกในการบริหารเงิน การเรียกเก็บไม่ยุ่งยากซับซ้อนเหมือนบัตรประกันสุขภาพ หรือบัตร สปร. แต่โรงเรียนแพทย์ซึ่งเป็นโรงพยาบาลในระดับ 3 มีบริการพิเศษต่างๆ มากและค่อนข้างมีราคาแพง การเป็นโรงพยาบาลคู่สัญญากับผู้เอาประกันตนที่ได้รับเงินเพียง 1,000 บาทต่อคนต่อปี ถ้าผู้ประกันตนน้อยจะไม่คุ้มเนื่องจากบางรายจะเสียค่าใช้จ่ายสูงมาก

ระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจ (บัตรสุขภาพ) เป็นระบบที่ไม่คุ้มค่าใช้จ่าย กลายเป็นระบบที่กระจายความเกือหนุนต่อผู้ป่วยยากจนให้โรงพยาบาลทุกแห่งเป็นผู้รับผิดชอบ ยิ่งโรงเรียนแพทย์แล้วจะมีปัญหากับระบบนี้มากเท่า ๆ กับระบบ สปร. เนื่องจากการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากกองทุนของจังหวัดนั้นยุ่งยากมาก ต้องสำเนาเอกสารหลักฐานเกือบทุกอย่าง และไม่ค่อยจะได้รับการจ่ายคืนมาเต็มเม็ดเต็มหน่วย นี่ค้ำงชำระกับบางจังหวัดมีตั้งแต่ 4-5 ปีก่อน ซึ่งคิดว่าคงจะเป็นหนี้สูญแน่นอน ผมคิดว่าเป็นระบบที่ล้มเหลว ต้องบริหารจัดการใหม่หมด ควรจะเป็นการบังคับซื้อไม่ใช่สมัครใจแบบเช่นปัจจุบัน

ระบบบัตร สปร. โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยหลายแห่งไม่รับบัตรนี้ เนื่องจากไม่มี commitment จากใครว่าจะจ่ายเมื่อเรียกเก็บ แต่ในปัจจุบันมี กสปร. จังหวัด ซึ่งตกลงจะจ่ายให้โรงพยาบาลนี้ 236 บาทต่อผู้ป่วยนอกต่อครั้ง และผู้ป่วยในจ่ายตามระบบ DRG ซึ่งต้องรู้ว่าในผู้ป่วยบัตร สปร. และบัตรอื่น ๆ ทุกประเภทนั้นมีการส่งตัวมาถึงเราถูกขั้นตอนน้อยมากเพียง 8% ของผู้ป่วยทั้งหมดที่มีสิทธิบัตรที่เราให้บริการอยู่ หมายความว่าเรามีสิทธิเรียกเก็บเพียง 8% นี้ และถ้ายังไม่

ได้เงินจากจังหวัดนั้นๆ ก็ต้องมีภาระหนัก มีแนวโน้มว่าการจ่ายมาจากจังหวัดยังรือท่าที่ของส่วนกลาง ระบบนี้ควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบขั้นตอนการเข้าถึงบริการให้ต่อเนื่องและทั่วถึง และในภาคผู้ให้บริการเอง เช่น มหาวิทยาลัยยังไม่ได้รับข่าวสารจากกระทรวง สาธารณสุขอย่างจริงจัง การตั้งให้เป็นกรรมการการเรียกประชุมแม้จะมีบ้างเพื่อให้รับรู้ แต่บทบาทในการคิดบริหารระบบทางมหาวิทยาลัยยังไม่มีส่วนร่วมที่แท้จริง

ระบบประกันสุขภาพเอกชน ถือว่าโรงพยาบาลของรัฐยังไม่ได้ลูกค้าส่วนนี้ โรงพยาบาลเอกชนจะให้บริการและได้เม็ดเงินเต็มจำนวน และส่วนมากจะเป็นเรื่องเจ็บป่วยง่ายๆ ไม่จำเป็นต้องอาศัยเทคโนโลยีสูงมากเหมือนโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย แต่ถ้าเป็นเรื่องยากจริง กว่าจะมาถึงเรา กรมธรรม์ที่มีอยู่ก็อาจไม่คุ้มครอง ต้องถือเป็นระบบทางเลือกเสริมที่ผู้ซื้อส่วนมากอยู่ในระบบอื่นอยู่แล้วแต่ซื้อความสะดวกของบริการโรงพยาบาลเอกชน

2. **คำถาม :** ถ้าจะต้องปรับปรุงระบบต่าง ๆ นี้ เช่น ระบบใดระบบหนึ่งจะมีผลกระทบต่อระบบอื่น ๆ หรือไม่ หรือในภาพรวมต้องการให้ระบบประกันสุขภาพมีลักษณะอย่างไร

คำตอบ : สิ่งแรกคือระบบที่ปรับปรุงไม่ควรให้ผู้ประกอบการหรือผู้ให้บริการรู้สึกเป็นภาระโดยเฉพาะในเรื่องงบประมาณดำเนินการ ควรเป็นระบบที่เป็นแรงจูงใจให้จัดบริการ

ประการที่สอง คือ การใช้หลักฐานเรียกเก็บซึ่งกันและกันควรง่ายขึ้น เป็นระบบที่มีพื้นฐานของความไว้วางใจกัน ผู้บริหารสถาบันเป็นผู้รับผิดชอบและลงโทษผู้บริหารถ้าทุจริตทำตัวเลขให้สูง จัดทำการตรวจสอบในลักษณะ post-audit มากกว่า pre-audit แบบปัจจุบัน และควรมีระบบ database รองรับแน่นอน ไม่ใช่ให้แต่ละสถาบันบริการดำเนินการเอง คิดระบบ database ของตนเอง ข้อมูลเชื่อมต่อกันไม่ได้เมื่อผู้ป่วยแต่ละรายอาจมีสิทธิใช้ประกันในหลาย ๆ ระบบพร้อมกัน ระบบก่อนถูกนำมาใช้ควรคิดให้รอบคอบไม่ใช่แบบฉุกเฉินทุก หรือทำเพื่อหวังชื่อเสียงตนเองว่าเป็นผู้เริ่ม ผมอยากรู้ว่าผู้ที่คิดตั้งแต่เริ่มและก่อให้เกิดปัญหาอยู่ปัจจุบันไปอยู่ไหน

3. **คำถาม :** ประชาชนที่ไม่อยู่ในระบบใดเลย เช่น ผู้ด้อยโอกาสทางสังคมมีที่อยู่ไม่แน่นอน ในปัจจุบันมีปัญหาในการเข้ารับบริการสุขภาพมากน้อยเพียงใด

คำตอบ : ในทางทฤษฎีแล้วไม่น่าจะมีผู้อยู่นอกระบบ แต่ความจริงยังมีอยู่มากคงเป็นเพราะรัฐไม่ใส่ใจดำเนินการให้ ประชาชนเองไม่ใส่ใจหาหลักประกันไว้ ในปัจจุบันนี้เราใช้นักสังคมสงเคราะห์พิจารณา ถ้าเรียกเก็บได้ก็เก็บ ส่วนที่ไม่สามารถจะจ่ายได้ก็ต้องให้ฟรีไป โรงพยาบาลศรีนครินทร์ตกเดือนละ 10 ล้านบาท ถ้ามองภาพรวมแล้วคิดว่าสูงมากของค่าใช้จ่ายทั้งระบบ

4. คำถาม : ประชาชนที่ไม่อยู่ในระบบใด ๆ เลยเช่นนี้ ควรจะมีวิธีการรับหรือจัดระบบรองรับอย่างไร

คำตอบ : ไม่ควรไปนึกถึงระบบใหม่อีกแล้ว ในที่มีอยู่ก็น่าจะดี เช่น ถ้ายากจนจริงก็จัดให้มีบัตรสปร. พอมีเงินก็ซื้อบัตรสุขภาพ ถ้าทำงานก็แนะนำเรื่องประกันสังคม ถ้าดำเนินการจริงจังผู้ตกค้างนี้น่าจะหมดไป ข้อสำคัญคือระบบที่มีอยู่ต้องทำให้ดีขึ้น จัดการกับปัญหายุ่งยาก และสนับสนุนงบประมาณให้เพียงพอที่จะจัดบริการ

5. คำถาม : การใช้ทรัพยากรและบริการทางสาธารณสุขในปัจจุบัน มีความไม่ถูกต้องไม่เหมาะสมมากน้อยเพียงใด ควรแก้ไขอย่างไร

คำตอบ : มองในแง่ผู้ให้บริการไม่รู้สิทธิของตนเองในรายละเอียด ไม่สนใจระบบจึงข้ามขั้นตอนหรือเกิดปัญหาด้านค่าใช้จ่าย อีกประการหนึ่ง จะใช้บริการจากสถานบริการที่สะดวกก่อน เช่น โรงพยาบาลเอกชน พอหมดสิทธิคุ้มครองจึงมาที่โรงพยาบาลของรัฐ ในกรณีของข้าราชการถ้าปล่อยให้มีความสะดวกในการเข้าถึงสูง เช่น เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเองที่ไม่ต้องจ่ายเงินสำรอง แม้จะเป็นผู้ป่วยนอกสูงถึง 50% ในหมู่เจ้าหน้าที่ของทุกคนรวมกันในมหาวิทยาลัยขอนแก่นนี้

ในด้านผู้ให้บริการเอง เนื่องจากที่นี่เป็นโรงเรียนแพทย์ มีจุดมุ่งหมายด้านการเรียนการสอน การวิจัยอยู่ด้วย ทำให้แพทย์อาจ overuse บริการค่อนข้างมากกว่าปกติ ถ้าเราสามารถแยกงบประมาณเพื่อการเรียนการสอน ออกจากเพื่อบริการได้ชัดเจน และการให้บริการแต่ละชนิดที่ทำให้ผู้ป่วยแต่ละรายแยกได้ว่ารายการใดเพื่อการเรียนการสอน อาจทำให้ conscience ของแพทย์ดีขึ้น

6. คำถาม : ผลประโยชน์ของโรงพยาบาล และ/หรือของแพทย์ มีอิทธิพลต่อความเหมาะสมถูกต้องของบริการมากน้อยเพียงใด แก้ได้อย่างไร

คำตอบ : เป็นเรื่องที่ควรได้รับการพิจารณามากขึ้นเมื่อโรงพยาบาลต้องออกนอกงบประมาณประมาณที่มาจากเงินคงจะน้อยลง โรงพยาบาลต้องรับผิดชอบค่าจ้างเงินเดือน ค่าลงทุนและค่าดำเนินการเอง ผลประโยชน์ของโรงพยาบาลจะสำคัญมากขึ้นเรื่อยๆ โดยปกติแล้วไม่มีที่ใดอยากทำงานฟรี ต้องมีการตอบแทนที่เหมาะสม ทำมากได้เงินมาก ทำน้อยก็ควรได้รับเงินน้อย แต่ก็คงไม่มากจนเป็นปัญหาต่อคุณภาพบริการ โรงพยาบาลแต่ละโรงมีพันธกิจแตกต่างกัน รัฐบาลควรจะมีความชัดเจนในวิธีการให้การสนับสนุนแต่ละพันธกิจ รัฐบาลสนใจ output ของแต่ละพันธกิจ และตรวจสอบว่าเราได้ปฏิบัติได้ผลสำเร็จตามที่วางไว้หรือไม่ ไม่ใช่ยังคงบทบาทในการควบคุม input และ process ดังเช่นที่รัฐดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน

7. คำถาม : ปัญหาอื่นๆ ที่มีอยู่ในโรงพยาบาลนี้ที่เกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพ

คำตอบ : มีการ by pass มาก เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลมีทั้ง concern และไม่ concern ระบบไม่ยอมศึกษาไม่รับทราบข้อติขัดในการให้บริการ ไม่ได้ตามที่ท้วงก็จะไว้วาง การประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ ขั้นตอนการใช้ของภาครัฐไม่ทั่วถึง ไม่ต่อเนื่อง ผมได้ทราบข่าวว่างบอุดหนุนผู้รับบริการที่ไม่มีเงินจ่ายของโรงเรียนแพทย์มหาวิทยาลัยนี้จะถูกตัดลงเรื่อย ๆ ทำให้เป็นปัญหาในการจัดบริการของที่นี่แน่นอน เนื่องจากเงินทางอื่น ๆ เช่น จากการบริจาคในโรงเรียนแพทย์ที่อยู่ส่วนภูมิภาคจะมีน้อยเทียบกับส่วนกลางไม่ได้เลย กระทรวงสาธารณสุขควรปรับปรุงระบบบัตร สปร. และบัตรประกันสุขภาพ ให้มีการจ่ายที่มีประสิทธิภาพก่อนแล้วจึงตัดเงินอุดหนุนดังกล่าว

ผู้สัมภาษณ์ : นายแพทย์ชาย ธีระสุด

บทสัมภาษณ์ นายแพทย์ ประสาท โหตระภวันนท์ : ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี
นายแพทย์ เทียนชัย ดังทัตสวัสดิ์ : หัวหน้าฝ่ายประกันสังคม โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี
วันที่ 29 มีนาคม พ.ศ. 2543

นายแพทย์ ประสาท โหตระภวันนท์

1. คำถาม : ความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพ

คำตอบ : *ประกันสังคม* ตอนนี้มีปัญหา ก็คือ ความคล่องตัวของระบบโรงพยาบาล เนื่องจากมีการแก่งแย่งลูกค้ากันสูงมาก ต้องดูที่กติกาอย่าให้มีการได้เปรียบกันในเชิงรักษาการศึกษา โรงพยาบาลเอกชนจะมีความคล่องตัวสูงมาก ในด้านมาตรฐานบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสังคมของโรงพยาบาลนพรัตน์ถือเป็นจุดแข็ง โรงพยาบาลให้การรักษายาพยาบาลผู้ป่วยเต็มที่ ถ้าแพทย์ลงความเห็นต้องผ่าตัดก็ต้องผ่า ใส่เหล็กก็ต้องใส่ ถึงแม้ว่าค่าใช้จ่ายจะสูง

ประกันสุขภาพ ยังมีปัญหา เพราะผู้ซื้อบัตรประกันสุขภาพอาจจะมีโรคภัยไข้เจ็บมาแล้ว ซึ่งจริงๆ แล้วหลักของการประเมิน คือ ผู้ประกันจะต้องสุขภาพแข็งแรง (healthy) ตอนมาประกันไม่ใช่เป็นโรคเรื้อรังมาก่อน ในกรณีนี้ผู้ให้บริการที่จะขายประกันต้องขาดทุนแน่ ๆ จึงควรให้สิทธิ์กับผู้รับประกันในการคัดเลือก (screening) และแยกแยะ (classify) คนไข้ ไม่ใช่ว่าคนไข้จะขอซื้อต้องบังคับให้ขาย

บัตร สปร. มีปัญหาว่ากองทุนเล็กเกินไป เพราะต้องดูแลประชาชน 30-40 ล้านคน ขณะที่ประกันสังคมมีสมาชิกประมาณ 5 ล้านกว่าคน รัฐให้เงินสมทบต่อคนมากกว่า ตรงนี้ถ้าทำไม่ดีหน่วยงานที่ให้บริการก็จะมีปัญหา (ไม่ใช่ไม่ให้บริการแต่บริการมีปัญหามาก)

สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ข้าราชการบางคนใช้เกินความจำเป็น (overuse) ทุนสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการมากกว่ากองทุนสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย (สปร.) ทั้ง ๆ ที่ครอบคลุมประชากร 30-40 ล้านคน เทียบกับข้าราชการประมาณ 4 ล้านคน แม้การปฏิรูประบบราชการจะมีผลต่อสวัสดิการข้าราชการแต่ไม่ได้หมายความว่ากองทุนของข้าราชการจะน้อยลง

ตัวแปรปัญหาในระบบประกันสุขภาพ คือ รัฐจะหาเงินจากไหนมาให้บริการสุขภาพประชาชน ขึ้นอยู่กับนโยบายของรัฐ ขึ้นอยู่กับผู้บริหารประเทศจะเห็นความสำคัญของสุขภาพประชาชน จะเน้นสุขภาพเป็นหลักหรือไม่ งบประมาณที่สนับสนุนก็จะแปรผันตาม

ในแง่กลไกการใช้จ่ายงบประมาณ ต้องคำนวณออกมาว่ารายจ่ายในการดูแลสุขภาพเฉลี่ยต่อคนเป็นเท่าไร ตลอดชีวิตใช้จ่ายเท่าไร

2. คำถาม : ข้อคิดเห็นอื่น ๆ

คำตอบ : ข้อเสนอแนะต่อระบบประกันสุขภาพ อยากให้ช่วยในเรื่องความเสมอภาคในระบบประกันต่างๆ ให้อยู่ในเกณฑ์ที่ไม่แตกต่างกันมาก เพราะเป็นจุดสำคัญที่จะทำให้ครอบคลุมและกระจายการรักษาพยาบาลไปสู่ประชาชนทั่วประเทศอย่างมีประสิทธิภาพ หากทำได้สำเร็จก็จะเกิดประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพประชาชน ทำให้ประชาชนในชนบทสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากกว่าเดิม

นายแพทย์ เทียนชัย ดังทัดสวัสดิ์

1. คำถาม : จุดอ่อนและจุดแข็งของระบบประกันสุขภาพแต่ละระบบ

คำตอบ : *ประกันสังคม* จุดแข็งของระบบประกันสังคม คือ โรงพยาบาล (โรงพยาบาลของรัฐ) ได้รับเงินเหมาจ่ายจำนวนมากทำให้มีความชัดเจนว่าโรงพยาบาลมีงบประมาณเท่าไรที่จะมาใช้ในการบริหารจัดการ ถ้าสามารถคงจำนวนสมาชิกไว้ได้อย่างต่อเนื่องก็สามารถที่จะบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ถ้าจำนวนสมาชิกต่ำกว่า 50,000 – 60,000 ราย ก็จะมีปัญหาในเรื่องงบประมาณ

ในแง่การบริหารจัดการ โรงพยาบาลนพรัตน์จะคำนึงถึงสิทธิของผู้ประกันตน ทำให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น โดยนำเงินเหมาจ่ายมาเป็นค่าตอบแทนให้แก่แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ในกรณีที่มีผู้มาใช้บริการมาก เพื่อให้บุคคลเหล่านี้ทำงานมากขึ้น และได้รับค่าตอบแทนที่เหมาะสมกับปริมาณงาน

ข้อดีของประกันสังคม ก็คือ มีงบประมาณเพียงพอที่สามารถนำมาใช้จ่ายในการบริหารจัดการได้สะดวก ชัดเจน ซึ่งส่วนใหญ่งบประมาณที่ได้รับอนุมัติจะเพียงพอ สมาชิกที่เลือกโรงพยาบาลนพรัตน์ 60,000 รายขึ้นไป สามารถจัดบริการได้อย่างไม่มีปัญหา มีการจัดคลินิกเฉพาะให้กับผู้ป่วยที่ใช้บัตรประกันสังคม แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่มาให้บริการคลินิกเฉพาะก็จะได้ค่าตอบแทนเพิ่ม

โรงพยาบาลนพรัตน์เคยได้รับรางวัลโรงพยาบาลประกันสังคมดีเด่น จากสำนักงานประกันสังคมในปีที่ผ่านมา โดยมีคณะกรรมการมาตรวจสอบการให้บริการ คุณนโยบายของโรงพยาบาล สัมภาษณ์ผู้ใช้บริการ

สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ข้อดีก็คือ ประการแรกไม่มีปัญหาด้านงบประมาณ โรงพยาบาลรัฐทุกแห่งยินดีรับผู้ป่วยที่ใช้สิทธิบัตรสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ เพราะค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาล โรงพยาบาลสามารถเรียกคืนได้ทั้งหมด แตกต่างจากระบบอื่น เช่น บัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจ ขยายบัตรได้เท่าไร โรงพยาบาลก็มีรายรับเท่านั้น ถ้าผู้ป่วย

เป็นโรคเรื้อรัง ป่วยหนัก การรักษาพยาบาลทำให้โรงพยาบาลต้องมีค่าใช้จ่ายมาก โรงพยาบาลต้องรับผิดชอบเอง ประการที่สอง สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โรงพยาบาลรัฐไม่ต้องกังวลเรื่องหาสมาชิก

ส่วนระบบประกันสังคมเป็นการเหมาจ่ายตามจำนวนสมาชิกที่เลือกใช้บริการของโรงพยาบาล โรงพยาบาลไม่มีข้อผูกพันเรื่องการมารับบริการ ในกรณีนี้ถ้าสมาชิกมาใช้บริการมาก โรงพยาบาลก็ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นมาก และในทางกลับกันถ้าสมาชิกไม่มารับบริการหรือมารับบริการน้อย โรงพยาบาลก็จะมีค่าใช้จ่ายหรือมีค่าใช้จ่ายเกิดขึ้นน้อย โรงพยาบาลก็กำไร

ปัญหาที่สำคัญของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการก็คือ ประการแรก ไม่มีระบบการตรวจสอบการใช้จ่ายงบประมาณเปิดโอกาสโรงพยาบาลบางแห่งทุจริตได้ เพราะโรงพยาบาลจะเขียนค่าใช้จ่ายรักษายาบาลเท่าไร ก็สามารถเบิกคืนมาได้เท่านั้น บางโรงพยาบาลบวกค่าใช้จ่ายเกินเพื่อนำไปชดเชยระบบสิทธิบัตรอื่นที่ขาดทุน เช่น บัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจ บัตร สปร. หรือผู้ที่ไม่มีสิทธิบัตรใดๆ ประการที่สอง เรื่องห้องพิเศษ ข้าราชการต้องการห้องพิเศษ แต่โรงพยาบาลของรัฐถึงแม้จะพัฒนาคุณภาพบริการจนเป็นที่ไว้วางใจแต่เพียงมีจำกัด ข้าราชการมารับบริการแล้วไม่ได้รับความสะดวก ข้าราชการจะไปรับบริการโรงพยาบาลเอกชน ก็เบิกได้ จำกัด ไม่ครอบคลุม ประการที่สาม เวลาก็เป็นปัญหา โรงพยาบาลมีผู้ป่วยจากหลาย ๆ ระบบสิทธิบัตร รวมทั้งผู้ไม่มีสิทธิบัตรมารับบริการจำนวนมาก ผู้ป่วยจะต้องรอคอยนาน ในวัน/เวลาทำการ ข้าราชการไม่สามารถรอคอยเป็นเวลานาน ๆ ถ้าไม่ใช่วันทำการ ก็ไปใช้บริการในโรงพยาบาลรัฐไม่ได้ จึงไม่มีช่องทางเฉพาะสำหรับข้าราชการ แตกต่างจากผู้ป่วยที่ใช้สิทธิบัตรประกันสังคม เป็นกลุ่มอภิสิทธิ์ เพราะมีคลินิกพิเศษประกันสังคม มีห้องพิเศษสำหรับผู้ป่วยประกันสังคม

ประกันสุขภาพโดยสมัครใจ (บัตร 500 บาท) นอกจากที่กล่าวมาแล้วข้างต้น การหาสมาชิกที่จะมาซื้อบัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจแตกต่างกับประกันสังคม ซึ่งประกันสังคมนั้นหาสมาชิกได้ง่ายกว่าเพียงแค่ไปที่โรงพยาบาลก็จะได้สมาชิกจำนวนมาก โรงพยาบาลจะบริหารได้แต่บัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจโรงพยาบาลไม่มีกำลังพอที่จะออกไปหาสมาชิก ต้องใช้บุคลากร งบประมาณและเวลามาก ขณะที่ผลตอบแทนน้อย

บัตร สปร. รัฐจัดสรรงบประมาณการดูแลสุขภาพประชาชนของกรุงเทพมหานคร ภายใต้บัตร สปร. ประมาณ 1 ล้านกว่าบาท แต่มีผู้ใช้บริการเพียงร้อยละ 10

บัตรประกันสุขภาพเอกชน โรงพยาบาลนพรัตน์ยังไม่รับผู้ป่วยที่ใช้บัตรประกันสุขภาพเอกชน เพราะไม่มั่นใจความมั่นคงของบริษัทประกันสุขภาพเอกชน จึงยังไม่มี contract ระหว่างโรงพยาบาลนพรัตน์กับบริษัทประกันสุขภาพเอกชน โดยปกติสมาชิกผู้ใช้บัตรสุขภาพเอกชนมัก

ไปใช้บริการโรงพยาบาลเอกชน เพราะสะดวกรวดเร็ว จุดอ่อนของระบบประกันสุขภาพเอกชน คือ ความมั่นคงของบริษัท

ผู้ไม่มีบัตรสุขภาพ เมื่อมารับบริการจากโรงพยาบาล โรงพยาบาลรัฐทุกแห่งจำเป็นต้องให้บริการ ปัญหาก็คือ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่สามารถนำหลักฐานการใช้จ่ายไปเรียกเก็บเงินคืนจากที่ใด จึงเป็นการระดมเงินของโรงพยาบาลเอง ซึ่งจริง ๆ แล้วคนกลุ่มนี้น่าเข้าสู่ระบบ จะทำให้งบประมาณที่รัฐจัดสรรให้แก่ผู้มีรายได้น้อยไปถึงกลุ่มเป้าหมาย และไปสู่อุบัติเหตุที่กลุ่มเป้าหมายไปใช้บริการได้

2. คำถาม : ประสิทธิภาพการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพเป็นอย่างไร

คำตอบ : ประสิทธิภาพการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพมีจุดอ่อนอยู่ที่ขาดประสิทธิภาพในการบริหารฐานข้อมูลโดยเฉพาะฐานข้อมูลประชากรที่เป็นกลุ่มเป้าหมายของบัตร สปร. ถ้ารัฐบาลมีหน่วยงานที่รับผิดชอบและประสานกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องจะประหยัดกำลังคน เวลา และงบประมาณ มีข้อมูลที่จะนำมาใช้ในการวางแผนและการดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. คำถาม : ประชาชนที่ไม่ได้อยู่ในระบบใด ๆ เลย ควรจะมีระบบใดมารองรับหรือควรจัดให้เข้าอยู่ในระบบใดระบบหนึ่งที่มีอยู่แล้ว อย่างไร

คำตอบ : ถ้าระบบข้อมูลดี คนที่ไม่มีระบบใดเลยเราจะทราบ อาจขอให้ สส.ช่วยเพราะถือเป็นการดูแลประชาชน

ในการมาใช้บริการที่โรงพยาบาลนพรัตน์ ผู้ป่วยที่ไม่มีบัตรสุขภาพใดเลย จะไม่มีปัญหาการเลือกปฏิบัติไม่ว่าจะเป็นเรื่องคิว การรอตรวจรับยา การปฏิบัติกรณีฉุกเฉิน การได้รับยา

ควรมีระบบบางอย่างมารองรับ เช่น ระบบคัดกรองเพื่อเกษียณ (ประกันสังคม)

ควรมีการพัฒนาฐานข้อมูลกลาง มีหน่วยงานกลางดูแลฐานข้อมูลทั่วประเทศ และมีฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลที่รับผิดชอบ หน่วยงานกลางจะต้องกำกับดูแลหน่วยงานต่าง ๆ ให้ดำเนินการ อาจกำกับโดยกฎหมาย และมีแรงจูงใจ โรงพยาบาลใดมีระบบข้อมูลที่ดีก็มีรางวัลหรือคำตอบแทนเพิ่มให้

การประชาสัมพันธ์ โดย สส.ร่วมมือกับโรงพยาบาล ประชาชนในเขตใดป่วย โรงพยาบาลจะรับผิดชอบ ถ้าโรงพยาบาลไม่ดี สส.รับผิดชอบ

4. **คำถาม :** การใช้ทรัพยากรเพื่อสุขภาพในปัจจุบันมีความไม่ถูกต้องในลักษณะใดบ้างหรือไม่

คำตอบ : สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ มีการเบิกเงินเกินค่าใช้จ่ายที่เป็นจริง

ประกันสังคม สมาชิกในครอบครัวมาใช้สิทธิแทน เบิกยาแทน โดยหลักการแล้วยาควรจ่ายให้ตามความต้องการจำเป็น เช่น ปวดท้อง ฯลฯ แพทย์ต้องตรวจ วินิจฉัยว่าเกิดจากสาเหตุใดและจ่ายยาตามอาการของโรค แต่บางโรงพยาบาลสมาชิกเรียกร้องสิทธิมากเกินไป และโรงพยาบาลก็กลัวสมาชิกไม่พอใจ ก็ยอมทำตามสมาชิกเรียกร้องซึ่งไม่ถูกต้อง

ในกรณีการประสบอุบัติเหตุ ควรมีกฎหมายระบุชัดเจนว่า การประสบอุบัติเหตุลักษณะใดที่ประกันสังคมต้องรับผิดชอบและการประสบอุบัติเหตุลักษณะใดที่ไม่ใช่ความรับผิดชอบของประกันสังคม เช่น อุบัติเหตุจากกรณีสั่งประกันอุบัติเหตุ อุบัติเหตุจากการทำงานใช้กองทุนทดแทน ฯลฯ

5. **คำถาม :** ผลประโยชน์ของโรงพยาบาลหรือแพทย์เป็นตัวแปรเกี่ยวกับความเหมาะสมของบริการที่ได้รับหรือไม่

คำตอบ : มีส่วน เพราะโรงพยาบาลมีคนไข้มาก กรณีที่มีผู้มาใช้บริการมาก แต่ค่าตอบแทนเท่าเดิม ผู้ให้บริการ (แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่) ก็ไม่อยากทำงาน ในทางกลับกัน ถ้าค่าตอบแทนดีก็จะให้บริการดี แต่ถ้าค่าตอบแทนดี ปริมาณงานมากเกินไป ก็จะได้ปริมาณงานมากแต่ประสิทธิภาพก็ไม่ได้ ดังนั้น ค่าตอบแทนควรจ่ายให้ตามปริมาณงานแต่ไม่เกินขีดความสามารถ และควรมีการประเมินประสิทธิภาพของงาน โดยอาศัย สส. อสม. สอบถามผู้รับบริการในชุมชน นอกจากนี้ยังควรมีการประเมินตนเอง สื่อมวลชนเป็นผู้ประเมิน ประเมินความรู้สึกทั้งในเชิงวิชาชีพและวิชาการ

การบริหารจัดการของโรงพยาบาล กรณีขาดแคลนอัตรากำลังแพทย์ที่จะดูแลผู้ป่วยในต้องอาศัยพยาบาลและเจ้าหน้าที่มาช่วยดูแลผู้ป่วย ก็ต้องมีค่าตอบแทน ผู้บริหารโรงพยาบาลก็ต้องพิจารณาว่าระบบไหนที่ทำให้โรงพยาบาลมีรายรับ บริหารจัดการได้ง่าย ก็จะพยายามถ่ายเททรัพยากรมาใช้ จึงพบว่าบางระบบ เช่น สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ฯลฯ มีการใช้สิทธิมากเกินไป โรงพยาบาลนำเงินรายรับจากระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการไปจุนเจือระบบอื่นหรือกลุ่มอื่น

6. **คำถาม :** ข้อคิดเห็นอื่นๆ

คำตอบ : สวัสดิการข้าราชการ ถ้าจะเปลี่ยนแปลงควรให้ผลประโยชน์ดีกว่าเก่าหรือใกล้เคียง สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่เป็นอยู่ขณะนี้

บัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจ ควรเปิดโอกาสให้โรงพยาบาลจำหน่ายบัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจให้ประชาชนได้เลือกซื้อในราคาที่แตกต่างกัน ตามเศรษฐกิจและความพึงพอใจ ไม่จำเป็นว่าทุกคนจะต้องซื้อในอัตรา 500 บาท ถ้าครอบครัวที่ฐานะดีอาจซื้อในราคา 1,000 บาท ส่วนครอบครัวที่ฐานะเศรษฐกิจไม่ดีอาจซื้อได้ในอัตราขั้นต่ำ สำหรับบริการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยต้องได้มาตรฐาน แต่อาจต้องแบ่งเป็นหลายระดับ เช่น ระดับเพชร ระดับทอง ระดับเงิน ระดับทองแดง จะได้ทำให้ผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจดีอยากหันมาใช้บริการของโรงพยาบาลรัฐ ไม่หันไปใช้บริการของเอกชนอย่างเดียว

ปัญหาของโรงพยาบาล คือ การขาดแคลนอัตรากำลังคน โดยเฉพาะแพทย์ ยิ่งขณะนี้เศรษฐกิจไม่ดี ผู้มาใช้บริการของโรงพยาบาลรัฐเพิ่มมากขึ้น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ต้องปฏิบัติงานหนักมากขึ้น ในแง่สวัสดิการบุคลากร ต้องมีงบประมาณจากระบบอื่นๆ เช่น ประกันสังคม ฯลฯ มาช่วย

ผู้สัมภาษณ์ : ดร. ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล

ผศ. ธีรญา สนิทวงศ์ ณ อยุธยา

บทสัมภาษณ์
นายแพทย์กวี ไชยศิริ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
นายแพทย์ธีรพล เจนวิทยา รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
จังหวัดอุบลราชธานี
วันที่ 4 เมษายน พ.ศ. 2543

1. คำถาม : ระบบประกันสุขภาพแต่ละระบบมีจุดดีที่ควรยึดถือ หรือจุดอ่อนที่ควรปรับปรุงอย่างไรบ้าง

คำตอบ : *สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ* มีจุดดีที่สำคัญมากคือ ข้าราชการสามารถเข้าถึงสถานพยาบาลได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีเป็นผู้ป่วยใน และการครอบคลุมอย่างกว้างขวางถึงญาติของข้าราชการ จุดดีอีกประการหนึ่งคือ ไม่เพิ่มจำนวนบัตรเพื่อแสดงสิทธิเพื่อการรักษายาบาล ทำให้ไม่มีปัญหาการตรวจสอบ

จุดอ่อนมีน้อยมาก เช่น การจำกัดสิทธิข้าราชการมิให้เข้ารับการรักษายาบาลในสถานพยาบาลเอกชน ยกเว้นกรณีจำเป็นจริง ๆ ทั้ง ๆ ที่ค่ารักษายาบาลในโรงพยาบาลของรัฐสังกัดต่าง ๆ ในผู้ป่วยบางรายมีการเรียกเก็บที่แพงกว่าโรงพยาบาลเอกชน วิธีการแก้ไขอาจกำหนดราคากลางของการรักษาโรค หากข้าราชการเลือกเข้ารับการรักษายาบาลในโรงพยาบาลเอกชนก็ให้เบิกได้ตามที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินราคากลาง ส่วนที่เกินให้เป็นความรับผิดชอบของข้าราชการหรือการประกันสุขภาพระบบอื่น เช่น บริษัทประกันสุขภาพเอกชน เป็นต้น แม้แต่การเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลของรัฐ ก็ควรอยู่ในระบบเหมาจ่ายหรือจ่ายตามราคากลาง เพื่อเป็นการควบคุมค่าใช้จ่ายภาครัฐสำหรับข้าราชการที่เจ็บป่วย

อีกประการหนึ่ง คือ ความไม่ทัดเทียมกันของบัญชียาหลัก เมื่อข้าราชการเข้ารับการรักษายา ณ โรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข กับโรงพยาบาลของคณะแพทยศาสตร์ ซึ่งมีสิทธิจัดหายานอกบัญชีหลักมารักษาผู้ป่วยไม่เท่าเทียมกัน ความเหมาะสมน่าจะอยู่ที่ศักยภาพของบริการมากกว่า โรงพยาบาลใดสามารถผ่าตัดหัวใจแบบเปิดได้ ย่อมมีสิทธิที่จะใช้นายันั้น ไม่ว่าจะสังกัดกระทรวงสาธารณสุขหรือคณะแพทยศาสตร์

ภาระค่ารักษายาบาลขณะเป็นผู้ป่วยนอก ทำให้ข้าราชการจำนวนหนึ่งเดือดร้อน เพราะการเบิกค่ารักษาจากต้นสังกัดบางสังกัดมีความล่าช้ามาก ทำให้ไม่มีค่ารักษายาบาลเพื่อมารับบริการ(และจ่ายเงิน)เมื่อมาติดตามการรักษาครั้งต่อไป กรณีนี้เป็นต้นเหตุที่ข้าราชการและญาติบางรายจำเป็นต้องแอบซื้อบัตรประกันสุขภาพ (500 บาท) เพื่อมาลดภาระค่ายาผู้ป่วยนอก

โครงการประกันสังคม มีข้อดีอย่างมากเมื่อเทียบกับเป้าหมายซึ่งได้แก่ ลูกจ้างหรือแรงงานที่อยู่ในวัยทำงาน ไม่มีโรคเรื้อรังมากนัก ที่ยอดเยี่ยมมากคือ การที่มีคณะกรรมการแพทย์และอนุกรรมการระดับจังหวัดเพื่อแก้ปัญหาเดือดร้อนให้แก่ผู้ใช้บริการ โดยรวมแล้ว มีการติดตามพิจารณาค่าบริการเหมาจ่ายให้เหมาะสมกับค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลคู่สัญญาหลักแต่ละแห่ง การเปิดโอกาสให้โรงพยาบาลเอกชน ทำให้เกิดการแข่งขันและการพัฒนาการจัดบริการ อันเป็นประโยชน์ต่อผู้ใช้บริการ

จุดอ่อนของการใช้บริการ คือ ปัญหาที่มักพบเมื่อแรงงานจำเป็นต้องไปรับบริการนอกสถานพยาบาลที่เลือกไว้ เนื่องจากความไม่สมบูรณ์ของการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลทั้งหลาย แม้แต่โรงพยาบาลที่อยู่ในสังกัดเดียวกัน เช่น สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีการพยายามอ้างช่องว่างของกฎระเบียบ เพื่อหลีกเลี่ยงความรับผิดชอบของโรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก เช่น การอ้างการไม่แจ้งล่วงหน้า หรือแจ้งเหตุเลยเวลาที่ระบุไว้ในกฎระเบียบ

โครงการบัตรประกันสุขภาพ ของกระทรวงสาธารณสุข มีจุดดีหลายอย่าง ได้แก่ การสร้างหลักประกันที่เป็นจริงแก่ประชาชนส่วนใหญ่อย่างเหมาะสม ในปัจจุบันมีการบริหารจัดการที่ทำให้โรงพยาบาลได้รับการจัดสรรค่าใช้จ่ายอย่างเพียงพอ เช่น ค่ารักษาพยาบาลกรณีโรคที่จำเป็นต้องมีค่าใช้จ่ายสูง

จุดอ่อนที่ควรพิจารณาปรับปรุง คือ ความเข้าใจว่าลูกค้าของโครงการนี้อยู่ที่ประชาชนซึ่งมีสุขภาพไม่สู้ดีนักหรือมีโรคประจำตัว ดังนั้น โอกาสการใช้บริการจึงสูงมาก ประชาชนควรมีสิทธิที่จะเข้ารับบริการในสถานพยาบาลระดับใดก็ได้ ระหว่างสถานอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนโดยไม่ต้องมีใบส่งต่อ ใบส่งต่อจะใช้ก็ต่อเมื่อมารับการบริการที่โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์เท่านั้น ปัญหาอีกประการหนึ่งที่มีข้อโต้แย้งอยู่เนื่อง ๆ คือ การขอยุ่ห้องพิเศษโดยขอจ่ายส่วนที่เกินกว่าสิทธิ แต่โรงพยาบาลมักจะสร้างเงื่อนไขแก่ผู้ใช้บริการว่า ถ้าอยู่ห้องพิเศษก็ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง โดยอ้างว่าเจตนารมณ์ของโครงการนี้ไม่ใช่เพื่อผู้มีฐานะดี

โครงการบัตรสวัสดิการประชาชนด้านรักษาพยาบาล ครอบคลุมกว้างขวางมาก ตั้งแต่วัย 0-12 ปี ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป และประชาชนกลุ่มอื่น ๆ ทำให้การแจกบัตรเข้าถึงปัญหาได้ง่ายโดยใช้ฐานข้อมูลเรื่องอายุ

แต่ผู้ให้บริการจำนวนหนึ่งทำให้เรื่องง่ายกลายเป็นเรื่องยาก เมื่ออิงเจตนารมณ์เดิมคือ พยายามพิสูจน์ความจน และสิทธิอื่นๆ ของผู้รับบัตร จึงพยายามยึดกฎระเบียบเป็นที่ตั้ง อีกประการหนึ่งความครอบคลุมของโรคที่เจ็บป่วยยังขยายสู่อุปกรณ์การรักษาบางอย่างไม่เต็มที่ เช่น ผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูก ความต้องการและความจำเป็นของผู้ป่วยยอมอยู่ที่เลนส์เทียมเพื่อการมองเห็น และคุณภาพชีวิตที่ดี แต่เลนส์เทียมกลับอยู่นอกเหนือความครอบคลุม เครื่องช่วยการได้

ยีนก็เป็นอีกความจำเป็นที่ถูกปฏิเสธ โดยปล่อยให้ผู้ป่วยกลายเป็นผู้พิการ จนกว่าจะมีมูลนิธิหรือองค์กรการกุศลมาช่วยเหลือด้วยความสังเวช

2. คำถาม : การปรับปรุงแต่ละระบบย่อยจะกระทบต่อระบบย่อยอื่น และภาพรวมอย่างไร

คำตอบ : ในความเป็นจริง ผู้บริหารระบบย่อยแต่ละระบบได้รับทราบปัญหาอยู่แล้ว ทุกฝ่ายพยายามปรับปรุงอยู่ตลอดเวลา แต่ปัญหาสำคัญเพียงประการเดียวคือ ความกลัวว่างบประมาณที่จะใช้ในการปรับปรุงบริการที่พึงมีแก่ผู้ให้บริการ จะไม่เพียงพอ ความพยายามประหยัดในบางพื้นที่ก็เกินไปอย่างถูกต้อง แต่ในบางพื้นที่ก็อาจจะประหยัดไม่ถูกต้อง อันเป็นผลกระทบต่อคุณภาพบริการ

3. คำถาม : ประชาชนที่ไม่ได้อยู่ในระบบใดๆ เลย เฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ยากจน และขาดศักยภาพในการช่วยเหลือตนเอง มีปัญหาในการรับบริการสุขภาพหรือไม่

คำตอบ : ผู้ยากจนและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ในทางทฤษฎีแล้ว ไม่ควรมีปัญหาในการรับบริการสุขภาพ แต่ในความเป็นจริง ผู้ยากจนและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้จำนวนมากไม่สามารถเข้าถึงบริการออกบัตรได้ ยกตัวอย่าง ผู้เข้าประเทศโดยผิดกฎหมาย บุคคลนอกกฎหมาย เช่น เด็กที่ไม่ได้แจ้งเกิด บุคคลที่ไม่ได้ทำบัตรประชาชนด้วยเหตุใดก็ดี บุคคลเหล่านี้ย่อมไม่สามารถขอรับบัตร สปร. หรือบัตรอื่นใดได้จากการด้อยโอกาสของตนเอง จะเห็นได้ว่าความเป็นข้าราชการทำให้เกิดโอกาสเข้าถึงบริการได้ง่าย เนื่องจากเป็นผู้ได้เปรียบทางสังคม เป็นผู้ที่มีความรู้ มีการศึกษา มีโอกาส

ดังนั้น ปัญหาในการรับบริการสุขภาพประเภทนี้ ย่อมมีอาจแก้ไขด้วยกระบวนการทางทฤษฎีหรือกระบวนการทางสาธารณสุข แต่ต้องใช้กระบวนการทางสังคมและการศึกษาเข้ามาเสริม ส่วนการรักษาพยาบาลคงต้องใช้วิธีการผ่อนคลายเป็น เช่น กระบวนการสังคมสงเคราะห์โดยไม่หวังจะขออุปถัมภ์อะไรทั้งสิ้น

4. คำถาม : ประชาชนที่ไม่ได้อยู่ในระบบใดๆ เลย ควรจะมีระบบใหม่มารองรับ หรือควรจัดให้เข้าอยู่ในระบบใดระบบหนึ่งที่มีอยู่แล้ว

คำตอบ : พยายามจัดเข้าระบบสปร. ด้วยการผ่อนคลายกฎเกณฑ์ ภายหลังเข้าระบบแล้ว ทุกอย่างน่าจะค่อยดีขึ้นเอง เมื่อรู้จักกันแล้วระหว่างเจ้าหน้าที่ของรัฐกับประชาชนผู้ด้อยโอกาส

5. คำถาม : การใช้ทรัพยากรเพื่อบริการสุขภาพในปัจจุบัน มีความไม่ถูกต้องในลักษณะใดบ้างหรือไม่ เช่นการ overuse ทรัพยากร หรือให้บริการโดยประหยัดเกินความจำเป็น ฯลฯ

คำตอบ : ด้วยสภาพเศรษฐกิจถดถอย overuse มีน้อย แต่เครื่องมือการแพทย์ราคาแพงจำนวนหนึ่งเกิด underuse เนื่องจากมีการสั่งเข้ามาขณะเศรษฐกิจดี ความต้องการที่เกิดขึ้นตามกระแสบางประการอาจทำให้แพทย์สั่งการตรวจเกินจำเป็น เช่น การทำ mammogram ในหญิงไทยซึ่งมีขนาดเต้านมเล็กกว่าชนชาติตะวันตก การตรวจคัดกรองที่เหมาะสมสำหรับหญิงไทยจึงน่าจะเป็นการคลำตรวจตนเองหรือโดยแพทย์ มากกว่าการตรวจด้วยเครื่อง

6. คำถาม : ผลประโยชน์ของโรงพยาบาลหรือแพทย์เป็นตัวแปรเกี่ยวกับความเหมาะสมของบริการที่ได้รับหรือไม่

คำตอบ : การประเมินคุณภาพและมาตรฐานของโรงพยาบาลโดยบุคคลภายนอก น่าจะเป็นคำตอบที่เป็นธรรมแก่ทุกฝ่าย ทั้งนี้ผู้ประเมินจากภายนอกย่อมเป็นผู้มีมุมมองที่กว้างขวางอย่างแท้จริง มิใช่การประเมินด้วยสายตาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาหรือผู้บริหารหรือนักเศรษฐศาสตร์ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดแต่เพียงฝ่ายเดียว

ผู้สัมภาษณ์ : นายแพทย์ประวิ อัมพันธ์

บทสัมภาษณ์ นายแพทย์วิชาญ เกติวิชัย
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรปราการ
วันที่ 17 เมษายน พ.ศ. 2543

1. คำถาม : ความคิดเห็นเกี่ยวกับจุดอ่อนจุดแข็งของระบบประกันสุขภาพแต่ละระบบ

คำตอบ : ตามความคิดเห็นของผู้ให้บริการ ระบบการให้บริการสุขภาพมีความแตกต่างกันบ้าง หากนำเรื่องงบประมาณมาเป็นข้อพิจารณา ผู้รับบริการบางระบบได้รับการประกันจากภาครัฐ ซึ่งโรงพยาบาลจะได้รับเงินสมทบต่อหัวตามรายหัวของผู้ได้รับการประกัน ทั้งในระบบ สปร. รัฐจ่ายรายละประมาณ 280 บาท บัตรสุขภาพ 500 บาท รัฐจ่ายสมทบบัตรละ 1,000 บาท บัตรประกันสังคม สำนักงานประกันสังคมจ่ายรายละ 1,000 บาท ซึ่งจากเงินสมทบจำนวนนี้ โรงพยาบาลจะต้องดูแลให้ใช้จ่ายอย่างพอเพียง จุดอ่อนที่เกิดขึ้นคือ ทางโรงพยาบาลอาจจะรักษาพยาบาลผู้ป่วยประเภทนี้ในมาตรฐานระดับน้อยที่สุดหรือเท่าที่จำเป็นไว้ก่อน

ส่วนผู้รับบริการในระบบอื่น เช่น ระบบประกันเอกชน ข้าราชการหรือผู้ที่จ่ายเงินเอง โรงพยาบาลอาจสร้างรายได้ที่เป็นกำไรให้กับโรงพยาบาลได้บ้าง และส่วนหนึ่งของรายได้หรือกำไรจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ จะถูกนำไปเฉลี่ยให้กับผู้ป่วยในระบบประกันกลุ่มที่กล่าวมาแล้ว

2. คำถาม : การปรับปรุงระบบประกันสุขภาพควรทำอย่างไร

คำตอบ : รัฐควรให้การสนับสนุนงบประมาณให้แก่ผู้รับบริการแต่ละรายให้เท่าเทียมกันมากขึ้น เพราะในระบบการจ่ายเงินสมทบปัจจุบัน กลุ่มที่ได้รับเงินสมทบน้อยจะได้รับบริการน้อย กลุ่มที่ไม่มีข้อจำกัดเรื่องเงิน เช่น ข้าราชการจะได้ในการรักษาเต็มที่

3. คำถาม : ประชาชนที่ไม่อยู่ในระบบใด ๆ เลย โดยเฉพาะกลุ่มคนยากจน ทำให้โรงพยาบาลมีปัญหาหรือไม่

คำตอบ : เฉพาะในจังหวัดสมุทรปราการ มีผู้ป่วยที่ไม่อยู่ในระบบใดๆ มากเหมือนกัน เพราะมีคนที่ย้ายถิ่นมาทำงาน และไม่มีทะเบียนบ้านค่อนข้างมาก สร้างปัญหาให้ทางโรงพยาบาลมาก เพราะไม่รู้ว่าจะไปเรียกเก็บเงินที่ไหน โรงพยาบาลต้องเตรียมเงินไว้สำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ เช่น เงินบริจาค เงินบำรุงโรงพยาบาล ซึ่งมีจำนวนไม่แน่นอน ที่ทำอยู่คือนำรายได้จากผู้ป่วยในระบบอื่นมาเฉลี่ยในการรักษาพยาบาลกลุ่มนอกระบบนี้

4. คำถาม : ทรัพยากรที่ใช้ในโรงพยาบาล มีการใช้มากเกินไปจนความจำเป็นหรือไม่

คำตอบ : ในโรงพยาบาลของรัฐไม่ค่อยมี เพราะส่วนใหญ่ให้บริการเท่าที่จำเป็น โดยเฉพาะกลุ่ม สปร. หรือบัตรประกันต่าง ๆ

5. คำถาม : มีข้อคิดเห็นอื่นๆ หรือไม่

คำตอบ : มีความเห็นว่า ทำอย่างไรจะทำให้ประชาชนรู้ว่าตนควรได้รับการตรวจรักษาขนาดไหน ผู้ป่วยควรมีความรู้ความเข้าใจว่า การตรวจรักษาไม่จำเป็นต้อง X-RAY กันทุกครั้ง หรือได้ยาหลายๆ อย่าง ฯลฯ เป็นต้น

ผู้สัมภาษณ์ : ดร. ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล

ผศ. ธิญญา สนิทวงศ์ ณ อยุธยา

บทสัมภาษณ์ นายแพทย์สุรเดช วลีอิทธิกุล
ผู้อำนวยการกองประสานการแพทย์ สำนักงานประกันสังคม
วันที่ 7 เมษายน พ.ศ. 2543

1. คำถาม : ความคิดเห็นต่อระบบสุขภาพภายใต้ระบบประกันสังคม

คำตอบ : การประกันสุขภาพภายใต้โครงสร้างของระบบประกันสังคมเป็นระบบเหมาะสม โดยมีพื้นฐานแนวคิดมาจากการที่ต้องการควบคุมงบประมาณการรักษาพยาบาลของประชาชนกลุ่มหนึ่งให้อยู่ในวงเงินที่คาดการณ์ได้ ซึ่งหลังจากรัฐจ่ายเงินสมทบให้กองทุนประกันสังคมไปแล้ว สำนักงานประกันสังคมและสถานพยาบาลจะบริหารกองทุนใช้จ่ายเพื่อรักษาพยาบาลผู้ประกันตนต่อไปโดยรัฐไม่ต้องสมทบเงินเพิ่มขึ้นอีก

จากแนวคิดและแนวทางปฏิบัติดังกล่าว เกิดผลดีและผลเสียหรือผลกระทบในหลายๆ ด้าน ประมวลโดยสรุป คือ

ผลดี

ผลดีที่เกิดขึ้นกับรัฐ องค์กร และประชาชน ได้แก่

1. รัฐสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแก่กลุ่มคนกลุ่มหนึ่ง (ผู้ประกันตน) ได้
2. เกิดการกระจายการใช้สถานพยาบาลมากขึ้น เนื่องจากประกันสังคมไม่จำกัดให้ผู้ประกันตนเลือกเฉพาะสถานพยาบาลของรัฐเท่านั้น แต่สามารถเลือกสถานพยาบาลของเอกชนได้ด้วย รัฐจึงไม่จำเป็นต้องลงทุนกับสถานพยาบาลหรือระดมบุคลากรทางการแพทย์มาเพื่อรองรับกลุ่มลูกค้าผู้ประกันตน
3. เนื่องจากผู้ประกันตนมีสิทธิเลือกสถานพยาบาลได้โดยอิสระ สถานพยาบาลใดให้บริการดี ก็จะมีผู้เลือกใช้กันมาก สถานพยาบาลที่ต้องการลูกค้าผู้ประกันตนจะต้องปรับปรุงบริการให้มีคุณภาพ เกิดการแข่งขันกันระหว่างสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน และการที่สถานพยาบาลใดมีผู้เลือกมาประกันมาก รายได้ที่สถานพยาบาลแห่งนั้นได้รับก็จะสูง โดยเฉพาะเงินก้อนนี้ สำนักงานประกันสังคมจ่ายให้สถานพยาบาลไปบริหารจัดการเลย โดยไม่ต้องผ่านกระทรวงการคลัง ทำให้สถานพยาบาลสามารถนำเงินนี้มาปรับปรุงระบบการให้บริการของสถานพยาบาลได้เลย
4. จากการที่สำนักงานประกันสังคมจ่ายเงินให้สถานพยาบาลเป็นก้อน ซึ่งสถานพยาบาลแต่ละแห่งจะต้องบริหารจัดการกับเงินก้อนนี้เอง ให้เพียงพอกับผู้ป่วยที่เข้ามารักษาพยาบาลในแต่ละปี สถานพยาบาลจึงมีแนวโน้มที่จะ

รักษาผู้ป่วยตามความจำเป็นที่ได้มาตรฐานของการรักษาพยาบาล เช่น ไม่จ่ายยาปฏิชีวนะหากไม่จำเป็น หรือจ่ายยาที่ผลิตภายในประเทศที่มีคุณภาพใกล้เคียงกับยาต่างประเทศแทน เพื่อให้เกิดการรักษาพยาบาลอย่างประหยัดและได้มาตรฐาน ซึ่งผลที่ตามมาคือ ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาเท่าที่จำเป็น ไม่ฟุ่มเฟือยหรือเกินความจำเป็นเหมือนที่ผ่านมา

ผลเสียหรือผลกระทบ

การรักษาพยาบาลภายใต้ระบบประกันสังคม อาจส่งผลกระทบต่อประชาชนได้ใน 2 ประการ คือ

1. เกิดความเข้าใจผิดในหมู่ผู้ประกันตนว่า ตนได้รับการรักษาพยาบาลในมาตรฐานต่ำกว่าความเป็นจริง เช่น ได้ยาน้อยไปหรือได้ยาที่ไม่ได้มาตรฐาน
2. สถานพยาบาลบางแห่งคงมีแนวโน้มที่จะพิจารณาให้น้อยหรือไม่ให้ เช่น กับคนไข้บางรายต้องผ่าตัดอาจจะผ่าตัดล่าช้าลง หรือยาบางอย่างกำลังอยู่ระหว่างให้หรือไม่ให้ก็ได้ ก็มีแนวโน้มที่จะให้น้อยเป็นหลัก เป็นต้น

ผลกระทบทั้ง 2 ข้อข้างต้น หากสามารถทำความเข้าใจกับประชาชนได้ก็น่าจะลดความเข้าใจผิดลงได้ เช่น เรื่องของมาตรฐานยา ซึ่งสถานพยาบาลประกันสังคมมักเลือกที่จะจ่ายยาที่ผลิตภายในประเทศ ก็ไม่ได้หมายความว่ายานั้นมีคุณภาพต่ำ เพราะการผลิตยาในประเทศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ก็ตรวจสอบคุณภาพยาที่ผลิตให้มีคุณภาพตามมาตรฐานอยู่แล้ว ส่วนประเด็นที่ 2 เรื่องของการให้น้อยไปหรือไม่ให้ ตามหลักการแล้วแพทย์ทุกคนอยากให้ผู้ป่วยหายเร็วที่สุด จะได้ไม่ต้องกลับมาอีกหรือไม่ต้องรักษาใช้เวลายาวนาน เพราะฉะนั้น หากแพทย์ให้ยาไม่ดี ให้ยาไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยก็ต้องมาหาอีก แพทย์ต้องทำงานซ้ำอีก เสียทรัพยากรซ้ำ เจ้าหน้าที่ต้องดูแลอีกครั้ง ต้องตรวจใหม่ จ่ายยาใหม่ ค่าหมอก็ต้องเพิ่ม (หมอจะรักษาให้ไม่หายไปทำไม)

ประเด็นเรื่องการรักษาที่ไม่ได้มาตรฐานนี้ ขอยืนยันว่าแพทย์ส่วนใหญ่ยังมีความรับผิดชอบดีอยู่ ซึ่งตามความเห็นของตนเองแล้ว หากแพทย์ท่านใดที่ไปทำหน้าที่เป็น consultant ในโรงพยาบาลเอกชน และมีแนวโน้มจะมีนโยบายที่ทำให้มาตรฐานวิชาชีพของแพทย์ลดลง ท่านเหล่านั้นก็ไม่ควรจะยอม

2. คำถาม : มีข้อเสนอแนะในการปรับปรุงระบบสุขภาพภายใต้ระบบประกันสังคมอย่างไร

คำตอบ : ประชาชนหรือผู้ประกันตนที่ไปรับการรักษาพยาบาล ควรแสดงความคิดเห็นออกมาอย่างเปิดเผย ทั้งด้านการปฏิบัติต่อผู้ป่วยจากแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่อื่นๆ โดยเฉพาะหาก

คิดว่าตนไม่ได้รับการรักษาที่ได้มาตรฐาน ควรแสดงความเห็นหรือแสดงออกโดยการไม่ทำประกัน
สถานพยาบาลแห่งนั้นอีก สถานพยาบาลจะได้ปรับปรุงและรักษาคุณภาพของตนเองให้ดีขึ้น

ในส่วนของการแพทย์ ควรช่วยกันรักษามาตรฐานวิชาชีพของตน โรงพยาบาลไหน
ไม่เอื้ออำนวยให้แพทย์ได้รักษามาตรฐานวิชาชีพได้ ก็ควรร่วมมือกับสำนักงานประกันสังคมเพื่อ
ให้มีการดำเนินการกับฝ่ายบริหารของโรงพยาบาล เป็นต้น ซึ่งทุกปีสำนักงานประกันสังคมจะตรวจ
มาตรฐานของสถานพยาบาล และมีสถานพยาบาลถูกยกเลิกสัญญาทุกปีเช่นกัน

3. คำถาม : การใช้ทรัพยากรเพื่อบริการสุขภาพในปัจจุบัน มีความเหมาะสมหรือไม่

คำตอบ : ตอบโดยทั่วไปคือ กับผู้ป่วยบางระบบ สถานพยาบาลอาจจะมีการใช้ทรัพยากรหรือ
รักษาเกินกว่ามาตรฐานอยู่บ้าง เช่น แม้แพทย์จะไม่ได้สั่งจ่ายยาปฏิชีวนะบางอย่างที่ไม่จำเป็น
ทางสถานพยาบาลอาจจะบังคับให้จ่าย เนื่องจากสถานพยาบาลมีรายได้จากการขายยา เช่นกัน

แต่ในกลุ่มผู้ทำประกันเอกชน อาจจะเป็นไปได้ที่ทางสถานพยาบาลอาจจะรักษาอย่าง
เต็มที่โดยใช้อุปกรณ์ที่ทันสมัย ซึ่งผู้ป่วยและบริษัทประกันจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น

**4. คำถาม : ผลประโยชน์ของสถานพยาบาล เป็นตัวแปรเกี่ยวกับความเหมาะสมของการ
รักษาพยาบาลหรือไม่**

คำตอบ : สำหรับการให้บริการกับผู้ประกันตน ซึ่งสถานพยาบาล จะได้รับเงินเหมาจ่ายต่อหัว
เป็นรายปี สถานพยาบาลจะมีความเสี่ยงค่อนข้างสูงหากมีผู้ป่วยที่ต้องใช้ค่ายสูงในการรักษา เช่น
คนไข้ที่เป็นโรคเบาหวาน เป็นต้น สถานพยาบาลเอกชนอาจจะมีแนวโน้มที่จะผลักดันคนไข้ให้ไป
รักษาที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ของรัฐ เป็นต้น

5. คำถาม : มีข้อเสนอแนะอื่น ๆ หรือไม่

คำตอบ : สำนักงานประกันสังคมมีนโยบายในการปรับปรุงบริการโดยใช้การประกันคุณภาพ
เช่น ระบบ ISO ซึ่งจะเป็นเรื่องของเวชระเบียนเป็นสำคัญ ถ้าเวชระเบียนไม่ผ่านก็ถือสถาน
พยาบาลแห่งนั้นต้องออกจากการเป็นเครือข่ายของประกันสังคม

6. คำถาม : มีข้อเสนอแนะอื่น ๆ หรือไม่

คำตอบ : การมีหลายระบบยังมีประโยชน์อยู่ เพราะประชาชนยังมีความแตกต่างหลากหลาย มี
ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองไม่เท่ากัน หากใช้ระบบเดียวอาจจะมีผลกระทบ

ผู้สัมภาษณ์ : ดร. ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล

ผศ. ธิญญา สนิทวงศ์ ณ อยุธยา

เอกสารอ้างอิง

- กรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์ (2542). รายงานธุรกิจประกันภัยในประเทศไทย 2540. จัดพิมพ์และจำหน่ายโดยสวัสดิการกรมการประกันภัย.
- กรมประชาสัมพันธ์ (2522). **ความมั่นคงทางสังคมและการประกันสังคม**. เอกสารวิชาการ ลำดับที่ 64.
- กรมแรงงาน กระทรวงมหาดไทย. (2533). **พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533**.
- คณะกรรมการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ. (ไม่ระบุปีที่จัดทำ). **แผนการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข**.
- โครงการบัณฑิตศึกษาการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. (2538). **รายงานโครงการวิจัยประเมินผลเรื่องการจัดทำบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ.2533**.
- จางจินต์ ไชยธรรมาภรณ์. (2530). **สวัสดิการสังคม**. ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. (2543). **ประสิทธิภาพในระบบสุขภาพ**. ชุดสุขภาพคนไทย ปี พ.ศ.2543. กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- จำลอง ศรีประสาธน์. (2540). “การประกันสังคม” **วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข**. ปีที่ 5 ฉบับที่ 1/2540.
- ณรงค์ เพ็ชรประเสริฐ. (2542) **รายงานการวิจัยเรื่องการสำรวจความรู้เชิงแนวคิด : ทฤษฎีบทบาท และความสำคัญต่อสังคมของโครงข่ายความปลอดภัยทางสังคม**.
- ณรงค์ศักดิ์ อังคสุวพลา. (2541). **รายงานหลักประกันสุขภาพกับความมั่นคงแห่งชาติ : ทางเลือกเชิงนโยบาย**. วิทยานิพนธ์วิทยานิพนธ์ป้องกันราชอาณาจักร.
- เดล โดแนลสัน , วิโรจน์ ตั้งเสถียรเจริญ , ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. (2542) **การคลังสาธารณสุขในประเทศไทย. รายงานสรุปและข้อเสนอเพื่อการปฏิรูประบบการคลังเพื่อสุขภาพในประเทศไทย**
- ดำรง บุญเย็น และทรงพรณ สิงห์แก้ว (บรรณาธิการ). **การประกันสุขภาพสำหรับประเทศไทย : ความฝันหรือความจริง**. เอกสารวิชาเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขหมายเลข 1 รวมบทความและสาระสำคัญจากการประชุมปฏิบัติการเรื่อง “การประกันสุขภาพสำหรับประเทศไทย” 10-12 มิถุนายน 2529.

- เทียนฉาย กีระนันท์. (2539). **เศรษฐกิจการเงินสาธารณสุข**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุษรา อึ้งภากรณ์. (2539). **การประกันภัย**. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด ส.มงคลการพิมพ์.
- บัณฑิตย์ ธนชัยเศรษฐวุฒิ. (2540). **การมีส่วนร่วมของคณงานในการพัฒนาคุณภาพบริการของสถานพยาบาลประกันสังคม**. รายงานการศึกษา มูลนิธิอารมณ์ พงษ์วาน.
- ปณิธาน หล่อเสริมวิทย์. (2541) **สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ : บนเส้นทางสู่สุขภาพประสิทธิภาพ เสมอภาค**. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ประพิศ จำบุญพานิษฐ์กุล. (2539). **ความรู้ ทักษะ และเจตนาเชิงพฤติกรรมต่อการประกันสังคมของผู้ประกันตนในเขตกรุงเทพมหานคร**.
- ปรากรม วุฒิพงศ์ และคณะ. (2532). **ระบบประกันสุขภาพของไทย**. นครปฐม : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปรีชา ผาติชล. (2540). “พฤติกรรมในการเลือกสถานพยาบาลและการใช้บริการรักษายาบาลของผู้ประกันตนในโครงการประกันสังคม จังหวัดนนทบุรี”. **วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข**. ปีที่ 5 ฉบับที่ 1/2540.
- เพ็ญบุญ แก้วเขียว. (2540) **กฎหมายแพ่งและพาณิชย์ว่าด้วยประกันภัย**. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์วิญญูชน.
- มีขวัญ สุพรรณพงศ์. (2540). “การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขประเทศสหราชอาณาจักร” ใน **การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในบางประเทศ**. สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- โยธิน แสงดี และคณะ. (2543) **ปัญหาและทุกข์ของประชาชนเมื่อใช้บริการสถานบริการสาธารณสุข**. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรรณ ธารนภาพไพศาล. (2539). **พฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของประชาชนที่ไม่มีหลักประกันทางด้านสุขภาพ ในอำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิรุฬ พูลเจริญ , สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ , สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ , โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ , จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. (2543). **สู่การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ**. ชุดสุขภาพคนไทยปี พ.ศ.2543. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ. (2536) **คำรักษายาบาลผู้ป่วยในภายใต้สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ**. กรุงเทพมหานคร : กองวางแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ. (2536) **คำรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ภายใต้สวัสดิการรักษ**
พยาบาลของข้าราชการ.กรุงเทพมหานคร : กองวางแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

“-----” (2540). **การปฏิรูปสวัสดิการรักษพยาบาลข้าราชการ : การ**
บริหารการเงิน. เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการที่ปรึกษาโครงการวิจัยเรื่องการ
ปฏิรูประบบสวัสดิการรักษพยาบาลของข้าราชการ ระยะที่ 2 ครั้งที่ 3/2540.

ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย และคณะ. (2540). **การปฏิรูประบบการเงินการคลังโครงการประกัน**
สุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข : กรณีศึกษาการใช้บริการทางการแพทย์และการเงิน
การคลังของโครงการ.

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. (2541) **ปฏิรูประบบบริการสุขภาพของไทย.** นนทบุรี : สำนักงานปฏิรูป
ระบบสาธารณสุข.

“-----” , ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย , สัมฤทธิ์ ศรีอำรงสวัสดิ์. (ไม่ระบุ พ.ศ.) **ความเป็น**
ไปได้ของงบประมาณและมาตรการเพื่อหลักประกันถ้วนหน้า.

สมชาย สุขศิริเสรีกุล. (2539). “ความเสมอภาคในระบบบริการสุขภาพ”. **วารสารการวิจัยระบบ**
สาธารณสุข ปีที่ 4 ฉบับที่ 4/2539.

“-----”. (2541) การทบทวนและระดมความเห็นเพื่อสังเคราะห์ประเด็นการวิจัยเรื่อง
“โครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยด้านบริการสุขภาพ”.

สรพล สุขทรงสนี่. (2536) **ประกันภัย.** กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์วิญญูชน.

สุธรรม พงศ์สำราญ. (ไม่ระบุ พ.ศ.). **การประกันเบ็ดเตล็ด.** คณะเศรษฐศาสตร์และบริหารธุรกิจ
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

สุพัตรา ศรีวนิชชากร. (2540). “ระบบบริการสาธารณสุขประเทศแคนาดา”. ใน **การปฏิรูป**
บริการสาธารณสุขในบางประเทศ. สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข.

สุปัญญา เกิดโก และคณะ. (2539). “การศึกษาความพึงพอใจของผู้ประกันตนต่อการบริการของ
โรงพยาบาลสระบุรี” **วารสารโรงพยาบาลสระบุรี.**

สุรีย์ลักษณ์ จักรพัฒนา และคณะ. (2541) **ความพึงพอใจของผู้ป่วยในโรงพยาบาลสุโขทัย.**
รายงานการวิจัย

สัมฤทธิ์ ศรีอำรงค์สวัสดิ์. (2543). “หลักประกันเพื่อการมีสุขภาพดี”. เอกสารประกอบการประชุม
กลุ่มย่อยทิศทางการปฏิรูประบบสุขภาพเรื่อง “หลักประกันเพื่อการมีสุขภาพดี”.
กรุงเทพมหานคร : 16 มิถุนายน 2543.

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์. (ไม่ระบุ พ.ศ.). การดำเนินงานโครงการประกันสุขภาพ ปี 2538.
สำนักงานวิจัยระบบสุขภาพ.

เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์. (2543). การปฏิรูประบบสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ.
สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ.

สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. (ไม่ระบุปีที่พิมพ์). **วิวัฒนาการสวัสดิการและประโยชน์
เกื้อกูลของข้าราชการ.**

“-----“. **สวัสดิการและประโยชน์เกื้อกูลของข้าราชการ.**
(ฉบับปรับปรุงใหม่).

สำนักงานวิจัยระบบสุขภาพ. (2541). **เอกสารสำหรับประชาชนชุด “ความ (ไม่) เท่าเทียมจาก
รัฐสวัสดิการด้านสุขภาพ”.**

อารี อังคภากรณ์กุล. (2542). “การประกันสุขภาพที่ขายโดยบริษัทประกันชีวิต” **หนังสือที่ระลึก 20
ปี กรมการประกันภัย , 24 ธันวาคม 2542.**

Anuwat Supachutikul. (1995). **Situation Analysis on Health Insurance and Future
Development.** Funded by Thailand Health Research Institute.

คณะผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์วิจิตร	ระวีวงศ์
นายแพทย์ชาย	ธีระสุด
นายแพทย์ประวิ	อำพันธุ์
ดร.ทิพาภรณ์	โพธิ์ถวิล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ธัญญา	สนิทวงศ์ ณ อยุธยา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุริยันต์	สุวรรณราช
นางสุกัญญา	เพชรภูวดี
นางกุลจิตร	บุญเจริญ
นางศศิธร	ไชยสัจ
นางสาววิวรรณ	แสงทอง