



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การประกันคุณภาพบริการสาธารณสุข (Quality assurance) เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานนั้น คุณภาพของบริการสาธารณสุขควรมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์สูงสุด (optimality) เป็นที่ยอมรับของสังคม ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ (accessibility) มีความชอบธรรม มีความเสมอภาค (Donabedian, 1992)

ในส่วนที่เกี่ยวกับการเข้าถึงบริการนั้น สามารถวิเคราะห์ได้เป็น 2 ลักษณะคือการเข้าถึงบริการด้านโครงสร้าง (Physical Accessibility) ซึ่งมีตัวชี้วัดคือ สัดส่วนของทรัพยากรต่อประชาชน หรือสัดส่วนของประชาชนในเขตหนึ่ง ๆ ที่สามารถเข้ารับการรักษายาบาลในเขตนั้น ๆ ได้ หรือจะพิจารณาจากการที่ประชาชนต้องเข้าคิวเพื่อพบแพทย์ เป็นต้น ส่วนอีกลักษณะหนึ่งก็คือ การเข้าถึงบริการด้านเศรษฐศาสตร์ (Economic Accessibility) ซึ่งมีตัวชี้วัดที่แสดงถึงการครอบคลุมการให้บริการอย่างหนึ่ง คือ สัดส่วนของประชาชนที่มีการประกันสุขภาพ และการร่วมจ่าย (Cost-Sharing) ค่าบริการ (Ellencweig, 1992)

การเข้าถึงบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขโดยพิจารณาทางด้านเศรษฐศาสตร์นั้น ประเทศไทยได้มีนโยบายดังนี้คือ

1. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 5) พุทธศักราช 2538 มาตรา 41 บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษายาบาลโดยไม่คิดมูลค่า ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ

มาตรา 73 รัฐพึงจัดการดำเนินงานเกี่ยวกับโครงสร้างพื้นฐานไปยังชนบทอย่างทั่วถึงจริงจัง ต่อเนื่อง และเป็นธรรม

มาตรา 89 จัตุวา รัฐพึงส่งเสริมการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานโดยทั่วถึงและพึงให้การรักษายาบาลแก่ผู้ยากไร้โดยไม่คิดมูลค่า และพึงส่งเสริมให้เอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะกระทำได้

การป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตราย รัฐจะต้องกระทำให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่า และทันต่อเหตุการณ์ (รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย แก้ไขเพิ่มเติม พุทธศักราช 2538)

2. นโยบายด้านสาธารณสุข ของคณะรัฐมนตรีคณะที่ 50 นายชวน หลีกภัย เป็นนายกรัฐมนตรี ได้แถลงนโยบาย เมื่อวันที่ 21 ตุลาคม 2535 ตอนหนึ่งว่าให้มีการสงเคราะห์ด้านการรักษายาบาลแก่ผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ เด็กแรกเกิดจนถึง 12 ปี และผู้พิการ โดยให้

ได้รับบัตรสงเคราะห์ ในการรักษาพยาบาลอย่างทั่วถึง (เพ็ญศรี สุโรจน์, 2536)

จากนโยบายดังกล่าว ได้มีโครงการต่าง ๆ เพื่อเป็นหลักประกันด้านสุขภาพของประชาชนดังนี้

1. โครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยด้านค่ารักษาพยาบาล
2. โครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้สูงอายุในด้านการรักษาพยาบาลแบบให้เปล่าโดยรัฐ
3. โครงการบริการสุขภาพนักเรียน
4. การจัดสวัสดิการรักษายาบาลให้แก่ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ ทหารผ่านศึกนอกประจำการ และผู้ได้รับเหรียญชัยสมรภูมิ และอื่น ๆ
5. การประกันสุขภาพตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533
6. การประกันสุขภาพภายใต้กองทุนทดแทนแรงงาน
7. การประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชน
8. การประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ซึ่งครอบคลุมบุคคลในครอบครัว 5 คน สำหรับ กำหนด สारวดีกำหนด ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อสม. ผสส. และ อสส. รัฐบาลจ่ายให้ทั้งหมดบัตรละ 1,000 บาท สำหรับประชาชนทั่วไปรัฐจะจ่ายให้ครึ่งหนึ่ง
9. การคุ้มครองตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 (กระทรวงสาธารณสุข, 2536)

จะเห็นได้ว่าโครงการดังกล่าวมีโครงการบริการสุขภาพนักเรียนที่ส่งเสริมให้เด็กนักเรียนประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้นทั้งภาครัฐและเอกชนได้รับการประกันสุขภาพ โดยรัฐบาลให้ค่ารักษาพยาบาลแก่เด็กนักเรียนคนละ 30 บาท ยกเว้นเด็กนักเรียนที่บิดามารดาเบิกค่ารักษาพยาบาลได้แต่โครงการนี้ยังมีจุดอ่อนตรงที่บริการยังไม่ครอบคลุมเด็กนักเรียนประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้นทั้งหมด ดังจะเห็นได้จากเด็กนักเรียนประถมศึกษาสังกัดกองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน ยังไม่มีโครงการบริการสุขภาพนักเรียนดังกล่าว และโครงการนี้ยังไม่ครอบคลุมเด็กก่อนวัยเรียน ฉะนั้นเพื่อให้นโยบายของรัฐบาลได้นำไปสู่การปฏิบัติก็ควรกำหนดโครงการให้ชัดเจนและครอบคลุมเด็กทั้งก่อนวัยเรียน และเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้นทั้งหมด รวมทั้งการให้งบประมาณสนับสนุนก็ควรสอดคล้องกับความเป็นจริง สำหรับค่ารักษาพยาบาลที่กระทรวงศึกษาธิการได้รับต่อเด็ก 1 คนเป็นเงิน 30 บาทนั้น กระทรวงศึกษาธิการได้ให้กับกระทรวงสาธารณสุข 27 บาทอีก 3 บาท ใช้ในการบริหารจัดการของกระทรวงศึกษาธิการเอง สถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานครที่จะให้บริการสุขภาพนักเรียน ได้แก่ โรงพยาบาลเด็ก โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี ฯลฯ สถานพยาบาลดังกล่าว รัฐบาลยังได้ให้งบประมาณสำหรับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยดังนี้

ค่ายาและเวชภัณฑ์สำหรับผู้ป่วยนอก 62 บาทต่อราย ทำค่าของงบประมาณได้ร้อยละ 35 ผู้มีรายได้น้อยร้อยละ 10 ผู้ป่วยต้องจ่ายเองร้อยละ 55 ดังตาราง 1

ค่ายาและเวชภัณฑ์สำหรับผู้ป่วยใน 473 บาทต่อราย ทำค่าของงบประมาณได้ร้อยละ 45 ผู้มีรายได้น้อยร้อยละ 10 ผู้ป่วยต้องจ่ายเองร้อยละ 45 ดังตาราง 1

สำหรับค่าอาหาร เฉพาะผู้ป่วยใน กำหนดให้ 23 บาท ต่อรายต่อวัน และเฉลี่ยอยู่ในโรงพยาบาล 6 วัน ทำค่าของงบประมาณได้ร้อยละ 65 ผู้ป่วยจ่ายเองร้อยละ 25 และเป็นผู้มีรายได้น้อย ร้อยละ 10 ดังตาราง 1

จะเห็นได้ว่า ยังไม่มีเกณฑ์ค่ายาและเวชภัณฑ์ รวมทั้งค่าอาหาร สำหรับเด็กที่มีบัตรสงเคราะห์เช่นกัน ฉะนั้นถ้าจะให้บริการการรักษาสำหรับเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 12 ปี ที่มีบัตรสงเคราะห์โดยไม่คิดมูลค่า ควรจะได้ทราบว่าโรคต่าง ๆ ที่เป็นกับเด็กนั้นมีต้นทุนของการให้บริการจากสถานพยาบาลเฉลี่ยต่อคนเป็นเงินเท่าใด

เนื่องจากโรคไข้เลือดออกร้อยละ 62.3 เป็นกับเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 10 ปี (ระบาควิทยา, กอง, 2534) จึงมีความประสงค์จะศึกษาว่าการรักษาพยาบาลโรคไข้เลือดออกมีต้นทุนเท่าใด จึงได้ทำการศึกษาดำเนินการในการรักษาโรคไข้เลือดออกขึ้น ทั้งนี้ได้ใช้ข้อมูลของเด็กที่ป่วยที่โรงพยาบาลเด็ก กระทรวงสาธารณสุข เป็นกรณีศึกษา

ตาราง 1 เกณฑ์ค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร

รายการ	งบประมาณที่จะขอ
<p>ค่ายาและเวชภัณฑ์</p> <p>ผู้ป่วยนอก</p> <p>คนละ 62 บาท x จำนวนผู้ป่วย</p>	<p>- ทำค่าของงบประมาณได้ร้อยละ 35</p> <p>- ผู้ป่วยจ่ายเองร้อยละ 55</p> <p>- ผู้มีรายได้น้อยร้อยละ 10</p>
<p>ผู้ป่วยใน</p> <p>คนละ 473 บาท x จำนวนผู้ป่วย</p>	<p>- ทำค่าของงบประมาณได้ร้อยละ 45</p> <p>- ผู้ป่วยจ่ายเองร้อยละ 45</p> <p>- ผู้มีรายได้น้อยร้อยละ 10</p>
<p>ค่าอาหาร</p> <p>ผู้ป่วยใน</p> <p>คนละ 23 บาท x 6 วัน x จำนวนผู้ป่วย</p>	<p>- ทำค่าของงบประมาณได้ร้อยละ 65</p> <p>- ผู้ป่วยจ่ายเองร้อยละ 25</p> <p>- ผู้มีรายได้น้อยร้อยละ 10</p>

แหล่งข้อมูล กรมการแพทย์, เกณฑ์การรักษายาพยาบาล และค่าอาหารคนไข้สามัญ 2534.

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษา

1. ต้นทุนของผู้ให้บริการการรักษายาบาลต่อครั้งของบริการ จำแนกตามประเภทของบริการ
2. ต้นทุนรวมเฉลี่ยของผู้ให้บริการต่อผู้ป่วย 1 ราย จำแนกตามประเภทผู้ป่วย Dengue fever, Dengue hemorrhagic fever ระดับ 1 ระดับ 2 ระดับ 3 ระดับ 4
3. ต้นทุนรวมเฉลี่ยของผู้รับบริการต่อการป่วย 1 ครั้ง
4. Cost Recovery Ratio ของโรงพยาบาลเด็ก
5. การประมาณต้นทุนในการรักษายาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออก พ.ศ.2538 -2540

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้จะได้ศึกษาจากผู้ป่วยโรงพยาบาลเด็ก ที่ป่วยด้วยไข้ Dengue fever, Dengue hemorrhagic fever ระดับ 1 ระดับ 2 ระดับ 3 และระดับ 4 และจะทำการศึกษาย้อนหลังระหว่างกลางเดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม 2537 เท่านั้น

ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย

1. ช่วยให้รัฐบาลมีการทบทวนการจัดสรรงบประมาณเพื่อการรักษาโรคไข้เลือดออกที่สอดคล้องกับค่าใช้จ่ายที่เป็นจริง
2. สามารถนำไปเปรียบเทียบคุณภาพของบริการรักษายาบาลผู้ป่วยด้วยไข้เลือดออกกับสถานพยาบาลอื่นได้
3. ส่งเสริมให้เกิดการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่มีประสิทธิภาพ เพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษายาบาล

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย