

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยมีนโยบายในการพัฒนาสุขภาพของประชาชน โดยให้ความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการสุขภาพ ทั้งการจัดให้มีระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ การเพิ่มปริมาณบุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องเพื่อรองรับกับความต้องการของประชาชน อีกทั้งยังต้องเพิ่มขีดความสามารถของโรงพยาบาลในระดับต่างๆ ให้มีประสิทธิภาพ มีระบบวิทยาศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ ความพร้อมทางด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ การส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลต่างๆ เพื่อลดอัตราการตาย หรืออัตราการเจ็บป่วยของประชาชน รวมไปถึงการพัฒนาหน่วยงานบริการด้านสาธารณสุขขั้นต้นในเขตเมืองและชนบทให้มีความพร้อมเท่าเทียมกันทั่วประเทศ (กระทรวงสาธารณสุข, 2555) แต่ด้วยสภาพทางภูมิศาสตร์ของไทย ซึ่งมีอาณาเขตชายแดนติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านอยู่หลายประเทศ ได้แก่ พม่า ลาว กัมพูชาและมาเลเซีย การติดต่อกับชายกับประเทศเพื่อนบ้านย่อมมีความเสี่ยงในด้านต่าง ๆ เช่น การลักลอบนำสินค้านำเข้าผิดกฎหมายที่ไม่ได้มาตรฐานและเป็นอันตรายต่อผู้บริโภค การค้าสัตว์คุ้มครองซึ่งอาจเป็นพาหะของโรคร้ายแรง รวมไปถึงปัจจัยอื่นๆ ที่เป็นปัญหาสำคัญต่อสาธารณสุขในเขตชายแดน เช่น ปัญหาแรงงาน ชาวต่างด้าวเข้าเมืองที่ไม่ได้จดทะเบียน ปัญหาการอพยพของชนกลุ่มน้อย ปัญหาภัยพิบัติธรรมชาติ น้ำท่วม ไฟไหม้ป่า แผ่นดินไหว โรคระบาด โรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ เป็นต้น

อย่างไรก็ตามระบบสาธารณสุขขั้นพื้นฐานตามเขตชายแดนของไทยมีข้อจำกัดอยู่หลายประการ เช่น ระบบการคัดกรองผู้ป่วยล่าช้าและไม่มีการบูรณาการ การนำส่งผู้ป่วยเพื่อการรักษายังขาดการประสานงานที่มีประสิทธิภาพกับหน่วยบริการอื่นๆ นอกจากนี้การพัฒนาเส้นทางคมนาคมระหว่างประเทศไทยกับประเทศเพื่อนบ้านยังส่งผลให้การเดินทางและการค้าขายระหว่างประเทศมีความสะดวกรวดเร็วมากขึ้นซึ่งปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นนี้ อาจส่งผลให้เกิดความเสี่ยงในด้านโรคระบาดหรือโรคติดต่อข้ามพรมแดนมากขึ้นด้วย โดยแผนแม่บทการแก้ปัญหาและพัฒนาางานสาธารณสุขชายแดนฉบับที่ 2 พ.ศ.2555 – 2559 ว่าด้วยความร่วมมือของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตชายแดนของไทยได้

ให้ความสำคัญในการพัฒนาระบบการบริการ การเข้าถึงการบริการขั้นพื้นฐานและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย เพื่อผลักดันให้ประชาชนในพื้นที่เขตชายแดนมีสุขภาพที่ดีขึ้น (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

ทั้งนี้ มีงานวิจัยจำนวนมากก็ได้กล่าวถึงปัญหาสำคัญที่สาธารณสุขชายแดนต้องเผชิญและควรมีไม่มีประสิทธิภาพในการกำหนดนโยบายรวมถึงความร่วมมือในการป้องกันและแก้ไขที่ยังไม่มีแม่แบบที่ตายตัวและชัดเจน ยกตัวอย่างเช่น งานการศึกษาของ Robert E. Dedmon (2009) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับอนาคตของสาธารณสุขขั้นพื้นฐานไทยในบริบทของวิกฤติการทางด้านการคลังในยุคโลกาภิวัตน์ ซึ่งในรายงานได้กล่าวถึงปัญหาด้านระบาดวิทยา ในส่วนของการสนับสนุนการบริการและสิ่งอำนวยความสะดวกในการกำหนดนโยบายของไทย ว่าในปี ค.ศ. 1980 กระทรวงสาธารณสุขไทย ได้มีการร่วมมือกับองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) กับศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคสหรัฐ (Us Centers for Disease Control and Prevention) โดยใช้ดาวเทียมวิเคราะห์ข้อมูลทางภูมิศาสตร์เพื่อการควบคุมการติดต่อเชื้อโรคเอดส์ในภาคพื้นเอเชียอาคเนย์ แต่ไม่ได้รวมถึงการกำหนดนโยบายขั้นพื้นฐานโดยตรง เป็นเพียงการกำหนดนโยบายการบริการสำหรับพื้นที่ที่ได้รับข้อมูลทางภูมิศาสตร์นี้เท่านั้น ทั้งนี้ยังได้กล่าวถึงจุดอ่อนของระบบสาธารณสุขขั้นพื้นฐานของไทย ว่ามีปัญหาในระบบการดูแลและการกำหนดข้อบังคับต่างๆ การขาดแคลนด้านมาตรฐานตัวชี้วัดและการติดตามผล รวมถึงขาดการสนับสนุนจากผู้กำหนดนโยบายระดับสูง

นอกจากนี้ รายงานการศึกษาของกระทรวงสาธารณสุขที่กล่าวถึงการให้บริการสุขภาพของผู้ป่วยชาวลาวในประเทศไทย ซึ่งเป็นการศึกษาผลกระทบต่อโรงพยาบาลรัฐของประเทศไทย (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2555) พบว่าผู้ป่วยชาวลาวที่มารับการบริการทางสุขภาพส่วนใหญ่จะมาใช้บริการในสถานะของผู้ป่วยนอกและการเข้ามาในประเทศไทยเป็นไปในรูปแบบ มาเข้าเยียนกลับและส่วนใหญ่เป็นผู้ที่อาศัยอยู่บริเวณเขตชายแดนประเทศลาว ซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่คล้ายคลึงกันคือ มีความต้องการที่จะมารับบริการการรักษาและบางรายได้รับการยกเว้นค่าใช้จ่ายอันเนื่องมาจากค่ารักษาสูงเกินความสามารถที่ตนเองจะจ่าย แต่แพทย์ผู้ให้บริการจำเป็นต้องทำการรักษาเพราะจรรยาบรรณแพทย์ อีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญคือการเดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาลของไทยทำได้ง่ายกว่าในประเทศของตนเพราะอยู่ในพื้นที่ห่างไกลติดชายแดนการเข้าไปรับการรักษาในโรงพยาบาลที่อยู่ในตัวเมืองทำได้ยากลำบากมากกว่าการข้ามชายแดนมารับรักษาในไทย ซึ่งสถิติตัวเลขในงานวิจัยได้แสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้ป่วยชาวลาวมีเพิ่มสูงขึ้นทุกปี

จากตารางที่ 1.1 จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยชาวลาวที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลขนาดต่างๆ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2551 – พ.ศ. 2553 มีจำนวนเพิ่มขึ้นตามจำนวนคนและจำนวนครั้ง ในผู้ป่วยทั้งประเภทผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลขนาดเล็ก¹ ซึ่งจากการสำรวจโรงพยาบาลตามชายแดน จำนวน 21 แห่ง และนำข้อมูลมาเปรียบเทียบกันในแต่ละปี ส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 80 เป็นผู้ป่วยชาวลาวยังมารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก

ตารางที่ 1.1 จำนวนการใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโดยรวมต่อปีของชาวลาวยุคใหม่ในประเทศไทย

โรงพยาบาล ขนาดเล็ก 21 แห่ง	ปีงบประมาณ 2551		ปีงบประมาณ 2552		ปีงบประมาณ 2553	
	คน (ร้อยละ)	ครั้ง (ร้อยละ)	คน (ร้อยละ)	ครั้ง (ร้อยละ)	คน (ร้อยละ)	ครั้ง (ร้อยละ)
ผู้ป่วยนอก (OPD)	15,500 (84.20)	22,800 (86.00)	16,700 (83.90)	24,700 (85.20)	17,900 (82.50)	27,200 (84.70)
ผู้ป่วยใน (IPD)	2,900 (15.80)	3,600 (14.00)	3,200 (16.10)	4,300 (14.80)	3,800 (17.50)	4,900 (15.30)

ที่มา: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2555)

นอกจากนี้การเข้ารับบริการของผู้ป่วยชาวลาวยังต้องมีการเรียกเก็บค่าบริการ เนื่องจากระบบประกันสุขภาพของไทยไม่ได้ครอบคลุมถึงชาวต่างด้าว เว้นแต่ชาวต่างด้าวที่ทำงานในไทยและขึ้นทะเบียนตามกฎหมาย จากตารางที่ 1.2 สถิติการเรียกเก็บค่าบริการในระยะเวลา 3 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ.2551 – พ.ศ. 2553 ในโรงพยาบาลขนาดเล็กจำนวน 21 แห่ง พบว่าค่าบริการที่ไม่สามารถเรียกเก็บได้มีมากกว่าร้อยละ 50 จากค่าบริการที่เรียกเก็บทั้งหมด ทั้งในส่วนของการให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

ตารางที่ 1.2 ค่าบริการที่เรียกเก็บและค่าบริการที่เก็บได้จริงจากผู้ป่วยชาวลาวยุคใหม่ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลขนาดเล็กของไทยปีงบประมาณ 2551 – 2553

โรงพยาบาล ขนาดเล็ก 21 แห่ง	ปี 2551 (ล้านบาท)		ปี 2552 (ล้านบาท)		ปี 2553 (ล้านบาท)	
	ค่าบริการที่ เรียกเก็บ	ค่าบริการที่เก็บได้ จริง (ร้อยละ)	ค่าบริการที่ เรียกเก็บ	ค่าบริการที่เก็บได้ จริง (ร้อยละ)	ค่าบริการที่ เรียกเก็บ	ค่าบริการที่เก็บได้ จริง (ร้อยละ)
ผู้ป่วยนอก (OPD)	6.70	2.70 (40.30)	8.00	3.10 (38.80)	25.80	3.60 (14.00)
ผู้ป่วยใน (IPD)	5.60	1.60 (28.60)	7.90	2.40 (30.40)	9.10	27.0 (29.70)

หมายเหตุ: ข้อมูลต่ำกว่าความเป็นจริงเนื่องจากโรงพยาบาลหลายแห่งไม่ได้แยกข้อมูลค่าบริการและค่าบริการที่เรียกเก็บได้ตามเชื้อชาติ ในระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาล

ที่มา: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2555)

¹ โรงพยาบาลขนาดเล็ก คือ โรงพยาบาลชุมชนที่มีจำนวนเตียงนอนระหว่าง 10-150 เตียง

ทั้งนี้ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยชาวลาวข้ามพรมแดนมาใช้บริการทางการแพทย์ของไทย คือ คุณภาพในการบริการที่มีประสิทธิภาพ ประกอบกับการให้บริการทางการแพทย์ที่เน้นหลักมนุษยธรรมของผู้ให้บริการ จึงทำให้เกิดผลกระทบทางการเงินต่อโรงพยาบาล โดยเฉพาะโรงพยาบาลตามเขตชายแดนซึ่งมักจะประสบปัญหาขาดทุน นอกจากนี้ปัญหาหนึ่งที่สำคัญในระบบสาธารณสุขไทยคือไม่ได้ให้ความสำคัญในด้านการจัดสรรงบประมาณสำหรับการให้บริการชาวต่างด้าวโดยเฉพาะ ดังนั้นความรับผิดชอบในการบริหารจัดการหรือการรับภาระทางการเงินจะตกอยู่ที่โรงพยาบาลผู้ให้บริการ และอีกปัญหาที่พบคือระบบงานบริการสาธารณสุขในท้องถิ่นไม่มีจุดศูนย์รวมที่ชัดเจน ขาดการประสานงานด้านข้อมูล รวมไปถึงการจัดการทรัพยากรระหว่างหน่วยงานบริการยังขาดประสิทธิภาพ และการที่เกิดประชาคมอาเซียนในปี พ.ศ. 2559 นี้ก็จะยิ่งทำให้ประชากรที่มีภูมิลำเนาในประเทศเพื่อนบ้าน เดินทางเข้ามาในประเทศไทยมากยิ่งขึ้น

ดังที่กล่าวมาข้างต้น การรวมประชาคมอาเซียนย่อมส่งผลกระทบต่อทั้งด้านการค้าและการท่องเที่ยว ซึ่งจังหวัดเชียงรายเป็นจังหวัดสำคัญที่มีชายแดนติดอยู่กับประเทศลาวและพม่า อีกทั้งยังมีชื่อเสียงทั้งในด้านการค้า การขนส่งโลจิสติกส์กับประเทศจีน รวมถึงการท่องเที่ยวในเชิงธรรมชาติและเชิงอนุรักษ์ โดยเฉพาะอำเภอเชียงแสนที่มีท่าเรือน้ำลึกเพื่อการค้าและแหล่งท่องเที่ยวเชิงประวัติศาสตร์ เรียกได้ว่าเป็นสี่เหลี่ยมเศรษฐกิจ ที่ในอนาคตความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจจะยิ่งขยายตัวมากขึ้น แต่อย่างไรก็ดีโรงพยาบาลต่างๆ ที่อยู่บริเวณเขตชายแดนอาจได้รับผลกระทบในส่วนของภาระในการให้บริการผู้ป่วยชาวต่างด้าวมากขึ้นอีกด้วย ซึ่งโรงพยาบาลเชียงแสนเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งอยู่บริเวณบ้านจอมกิตติ ในตัวเมืองอำเภอเชียงแสน ห่างจากฝั่งแม่น้ำโขงและท่าเรือขนส่งสินค้าประมาณ 2 กิโลเมตร

จากตารางที่ 1.3 แสดงถึงจำนวนผู้ป่วยที่มาเข้ารับบริการในโรงพยาบาลเชียงแสนในแผนกผู้ป่วยนอกแยกตามสิทธิการรักษาประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 จากยอดรวมผู้มาใช้บริการทั้งหมด พบว่าจำนวนผู้มารับบริการที่เป็นชาวไทยทั้งหมดจำนวน 118,296 ราย หรือร้อยละ 83.16 แบ่งเป็นกลุ่มที่มีสิทธิประกันสุขภาพ 112,618 คน และไม่มีสิทธิประกันสุขภาพ 5,678 คน รองลงมาคือชาวลาวจำนวน 9,888 คน หรือร้อยละ 6.95 แบ่งเป็นกลุ่มที่มีสิทธิประกันสุขภาพ 675 คน และไม่มีสิทธิประกันสุขภาพ 9,213 คน ชาวพม่า 6,013 คน คิดเป็นร้อยละ 4.23 โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่มีสิทธิประกันสุขภาพ 3,625 คนและไม่มีสิทธิประกันสุขภาพ 2,388 คน และชาวเขาที่ไม่มีสัญชาติไทย 4,156 คน คิดเป็นร้อยละ 2.92 แบ่งเป็นกลุ่มที่มีสิทธิประกันสุขภาพ 3,484 คน และไม่มีสิทธิประกันสุขภาพ 672 คน ส่วนสัญชาติอื่นๆ 2,317 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่มีสิทธิประกันสุขภาพ 1,312 คน และไม่มีสิทธิประกันสุขภาพ 1,005 คน

ตารางที่ 1.3 จำนวนผู้ป่วยที่มาเข้ารับบริการในโรงพยาบาลเชียงใหม่ ในแผนกผู้ป่วยนอกแยกตามสิทธิ
การรักษาประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2556

หน่วย : คน

สัญชาติ	จำนวนผู้ป่วยแยกตามสิทธิการรักษา						รวมทั้งสิ้น (ร้อยละ)
	เบิกตรง	ค้ำสิทธิ	UC	ปกส.	สิทธิอื่น	ไม่มี	
ไทย	12,968	898	95,339	3,405	8	5,678	118,296 (83.16)
ลาว	-	445	185	-	45	9,213	9,888 (6.95)
พม่า	140	1,394	1,218	32	841	2,388	6,013 (4.23)
ชาวเขาที่ไม่ได้สัญชาติไทย	-	1,386	1,914	1	183	672	4,156 (2.92)
จีน	9	539	577	-	2	471	1,598 (1.12)
ไทยใหญ่	-	170	12	-	31	283	496 (0.35)
ไทยลื้อ	-	240	28	-	22	149	439 (0.31)
ไม่ได้สัญชาติไทย (ปว.337)	-	170	26	-	21	115	332 (0.23)
ไม่สามารถระบุสัญชาติได้	-	38	3	-	37	179	257 (0.18)
จีนฮ่อ	-	20	172	-	-	15	207 (0.15)
พม่าพลัดถิ่น	-	111	56	-	6	8	181 (0.13)
ไร้สัญชาติ	6	43	45	-	6	39	139 (0.10)
อาข่า	-	10	4	-	6	34	54 (0.04)
สัญชาติอื่น ๆ	-	6	12	-	5	183	206 (0.14)
รวมทั้งสิ้น	13,123	5,470	99,591	3,438	1,213	19,427	142,262

หมายเหตุ: สิทธิการรับบริการการรักษาแบบค้ำสิทธิ คือ กองทุนการให้สิทธิ(ค้ำสิทธิ) สำหรับผู้มารับบริการที่มี
ปัญหาในด้านสถานะและสิทธิที่พึงจะได้รับจากประกันสุขภาพแห่งชาติ

ที่มา: ฝ่ายงานประกันสุขภาพโรงพยาบาลเชียงใหม่ (2557)

โรงพยาบาลเชียงใหม่ถือว่าเป็นโรงพยาบาลในเขตชายแดนที่ให้บริการในการรักษาผู้ป่วยทั้งชาวไทยและชาวต่างด้าวทั้งที่เป็นชนกลุ่มน้อยที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอเชียงใหม่เองและชาวต่างด้าวที่ข้ามพรมแดนมาเพื่อรับการรักษาโรค การศึกษาวิเคราะห์ต้นทุนในโรงพยาบาลจึงมีความสำคัญ เพราะสามารถนำผลการวิเคราะห์ต้นทุนที่ได้มาใช้ในการวางแผนบริหารจัดการทรัพยากรในโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ และเพื่อใช้ในการประเมินสถานะทางการคลังของโรงพยาบาล

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยนอกชาวต่างด้าวของโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดเชียงราย

1.3 ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา

ผู้บริหาร โรงพยาบาลได้ทราบถึงข้อมูลด้านต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยนอก โดยเฉพาะชาวต่างด้าวที่ไม่ได้อยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพ เพื่อการบริหารจัดการและการวางแผนนโยบายในการคัดกรองผู้ป่วย รวมถึงการวางแผนนโยบายเพื่อให้เกิดการบริหารงานที่มีประสิทธิภาพในระยะยาว

1.4 ขอบเขตการศึกษา

ศึกษาด้านต้นทุนของหน่วยบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โดยใช้ข้อมูลทางการเงินในแผนกต่างๆ ของโรงพยาบาลเชียงใหม่ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2555 – 30 กันยายน 2556 และข้อมูลในส่วนของผู้รับบริการชาวต่างด้าวที่มีสัญชาติ ลาว พม่า และจีน รวมไปถึงชนกลุ่มน้อยที่อาศัยอยู่ในไทยทั้งที่มีสัญชาติและไม่มีสัญชาติซึ่งอยู่ในกลุ่มที่ไม่ได้รับสิทธิประกันสุขภาพของไทย แต่ไม่รวมถึงชาวต่างด้าวที่เป็นชาวยุโรปหรือชาวต่างด้าวจากประเทศที่พัฒนาแล้วที่มารับการรักษาในเชิงท่องเที่ยวทางการแพทย์

1.5 นิยามศัพท์

ชาวต่างด้าว (กระทรวงแรงงาน, 2551) หมายถึง บุคคลธรรมดาที่ไม่มีสัญชาติไทยและมีภูมิลำเนาอาศัยอยู่ในประเทศอื่นรวมถึง ชนกลุ่มน้อย คนไร้สัญชาติ คนไร้รัฐ คนต่างด้าวจากประเทศอื่นที่เข้ามาทำงานและอาศัยอยู่ในประเทศไทยแต่ไม่ได้รับสิทธิในการถือสัญชาติไทย

โรงพยาบาลชุมชน (กระทรวงสาธารณสุข, 2556) หมายถึง โรงพยาบาลในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิที่มีความสามารถให้บริการในการรักษาพยาบาลเบื้องต้น มีจำนวนเตียงสำหรับให้บริการ ตั้งแต่ 10 เตียง จนถึง 150 เตียง