

- คณะทำงานการพัฒนาคุณภาพชีวิต สาธารณสุข และคุ้มครองผู้บริโภค (สป.)
- กลุ่มคนรักหลักประกัน

ความเห็นและข้อเสนอแนะ

การสร้างความเป็นธรรม ด้านสุขภาพ :

กรณีศึกษาการพิจารณาความเหมาะสม
ในการเรียกเก็บค่าบริการร่วม ๓๐ บาท
ณ จุดบริการด้านสุขภาพ
ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



ความเห็นและข้อเสนอแนะ
การสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ :
กรณีศึกษาการพิจารณาความเหมาะสมในการเรียกเก็บค่าบริการร่วม ๓๐ บาท
ณ จุดบริการด้านสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

พิมพ์ครั้งที่ ๑
มีนาคม ๒๕๕๖

ผู้จัดทำ

คณะทำงานการพัฒนาคุณภาพชีวิต สาธารณสุข และคุ้มครองผู้บริโภค
สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
แผนงานพัฒนาวิชาการและกลไกคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.)
คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จัดพิมพ์และเผยแพร่โดย

แผนงานพัฒนาวิชาการและกลไกคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.)
อาคารนวัตกรรมทางเภสัชศาสตร์ ชั้น ๒
คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐
โทรศัพท์ ๐๒-๒๑๘-๘๔๔๕ โทรสาร ๐๒-๒๕๑-๓๕๓๑
อีเมล consumer_sss@yahoo.com
<http://www.thaihealthconsumer.org/>

สนับสนุนโดย

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

ความเห็นและข้อเสนอแนะ

การสร้างความเป็นธรรม ด้านสุขภาพ :

กรณีศึกษาการพิจารณาความเหมาะสม
ในการเรียกเก็บค่าบริการร่วม ๓๐ บาท
ณ จุดบริการด้านสุขภาพ
ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

๑. ความเป็นมา/หลักการและเหตุผล



การพัฒนาของนโยบายการประกันสุขภาพในประเทศไทยมีมาอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายหลัก คือ การมุ่งทำให้ประชาชนคนไทยมีสิทธิที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอภาคกัน และไม่มีภาระค่าใช้จ่ายมากนัก^๑ ระบบประกันสุขภาพไทยมีความเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน เมื่อมีการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage: UC) ซึ่งครอบคลุมการดูแลด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนไทยถึงร้อยละ ๗๕ อย่างไรก็ตาม

ยังพบปัญหาความไม่เสมอภาคของการบริการด้านสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับอีก ๒ ระบบประกันสุขภาพหลักของไทย ประกอบด้วย ๑) กลุ่มพนักงานเอกชนซึ่งได้รับความคุ้มครองจากระบบประกันสังคม (Social Security Scheme: SSS) และ ๒) กลุ่มข้าราชการซึ่งได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการ (Civil Servant Medical Benefit: CSMBS)

เมื่อมีการจัดตั้งรัฐบาลใหม่ภายหลังการเลือกตั้ง รัฐบาลได้ประกาศนโยบายต่อสาธารณะในการสร้างความเสมอภาคการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน การดำเนินนโยบายด้านสุขภาพใดๆ ต้องไม่สวนทางกับการประกาศนโยบายของรัฐบาลที่จะสร้างความเสมอภาค ในการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชากรไทยทุกคน แม้ว่าจะอยู่ในระบบประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน* โดยในวันที่ ๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๕ ได้ประกาศนโยบายความเท่าเทียมในการบริการการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ตลอดจนถึงในวันที่ ๒๒ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๕ ได้ประกาศเพิ่มเติมในการสร้างความเสมอภาคการให้บริการผู้ป่วยโรคไต และผู้ติดเชื้อเอชไอวี

อย่างไรก็ตาม การที่รัฐบาลประกาศที่จะสานต่อนโยบาย “โครงการ ๓๐ บาทรักษาทุกโรคด้วยการพัฒนาทั้งระบบ” ซึ่งก็คือการนำมาตรการร่วมจ่าย ๓๐ บาท ณ จุดบริการที่ถูกยกเลิกไปแล้วกลับมาใช้ใหม่อีกครั้ง เพื่อให้เป็นการคัดกรองการป่วยไม่ให้มีลักษณะ

* คำให้สัมภาษณ์ของนายกรัฐมนตรีต่อประเด็นนโยบายรัฐบาลต่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพ

ของการใช้บริการสุขภาพที่เกินความจำเป็น (Moral Hazard) รวมถึง
เพื่อเป็นการเพิ่มงบประมาณให้แก่สถานบริการสาธารณสุข* ความ
เหมาะสมของนโยบายดังกล่าวเป็นที่ถกเถียงกันในการวิชาการและ
วงการสาธารณสุขอย่างหลากหลาย เนื่องจากมีความเกี่ยวข้องกัน
โดยตรงกับความเป็นธรรมด้านสุขภาพของประชาชนที่อยู่ในระบบ
ประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน



*จากการรวบรวมการให้สัมภาษณ์ผ่านสื่อหนังสือพิมพ์ของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องบางส่วน

๒. วิธีการศึกษาและการดำเนินงาน



สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ โดยคณะทำงาน
การพัฒนาคุณภาพชีวิต สาธารณสุข และคุ้มครองผู้บริโภค ได้ดำเนินการ
การรวบรวมหลักฐานทางวิชาการเชิงประจักษ์ในการพิจารณาความ
เหมาะสมของการนํานโยบายการเรียกเก็บ ๓๐ บาท กลับมาใช้ใหม่
โดยได้มีการดำเนินการ ดังนี้

๒.๑ ศึกษาข้อมูลทุติยภูมิจากเอกสาร (Literature Review) รายงานการวิจัย นิพนธ์ต้นฉบับ เอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จากฐานข้อมูลการวิจัยสำคัญ คือ ฐานข้อมูลสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และการสืบค้นรายงานการวิจัยของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (HISO) เป็นต้น

๒.๒ ศึกษาข้อมูลการสำรวจค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกิดขึ้นเมื่อประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปใช้บริการด้านสุขภาพในสถานพยาบาลที่กำหนด เพื่อศึกษาภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชน

๒.๓ การเชิญนักวิชาการมาให้ข้อมูลในการประชุมคณะทำงานเกี่ยวเนื่องด้านสาธารณสุข และคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการ ครั้งที่ ๓/๒๕๕๕ เมื่อวันที่ ๒๕ เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๕ และครั้งที่ ๕/๒๕๕๕ เมื่อวันที่ ๓๐ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๕ ณ ห้องประชุม สำนักงานสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ โดยเชิญ ดร.อุษาวดี มาลีวงค์ นักวิชาการอิสระ มาร่วมประชุมในประเด็นความเหมาะสมในการเรียกเก็บค่าบริการร่วม ๓๐ บาท ณ จุดบริการด้านสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

๒.๔ จัดสัมมนาระดมความคิดเห็น เรื่อง “การสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ: กรณีศึกษาการพิจารณาความเหมาะสมในการเรียกเก็บค่าบริการร่วม ๓๐ บาท ณ จุดบริการด้านสุขภาพในระบบ” เมื่อวันที่ ๑๐ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๕ ณ สำนักงานสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

๓. สารสำคัญของเรื่องและข้อวิเคราะห์



๓.๑. สารสำคัญของเรื่อง

๓.๑.๑. มาตรฐานด้านสุขภาพของประเทศไทย เปรียบเทียบกับประเทศในกลุ่มอาเซียน

จากรายงาน การพัฒนามนุษย์ (Human Development Report) ของโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP)^๓ เพื่อพิจารณาว่าประชาชนไทยสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพที่มีมาตรฐานได้ตามความจำเป็นแล้วหรือไม่ และมาตรฐานดังกล่าวอยู่ในระดับใด เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศเพื่อนบ้านในภูมิภาคเดียวกัน พบว่า

ในด้านทรัพยากรประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวประชากร ๒๘๖ เหรียญสหรัฐหรือประมาณ ๘,๕๘๐ บาท มีบุคลากรทางการแพทย์ ๓ คนต่อประชากร ๑๐,๐๐๐ คน และจำนวนเตียงสำหรับรองรับผู้ป่วย ๒๒ เตียงต่อประชากร ๑๐,๐๐๐ คน เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลในประเทศอื่นๆ ในอาเซียน พบว่า ด้านงบประมาณประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวประชากรสูง เป็นอันดับ ๔ ของอาเซียน ด้านเตียงผู้ป่วยก็อยู่ในอันดับ ๔ เช่นกัน รองจากสิงคโปร์ เวียดนาม และบรูไน ส่วนในเรื่องจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ถือว่าอยู่ในระดับที่ต่ำมาก คือมีจำนวนมากกว่าเพียงสองประเทศในภูมิภาค คือ กัมพูชา และอินโดนีเซีย อาจกล่าวได้ว่าประเทศไทยได้มีการให้ความสำคัญกับเรื่องงบประมาณและสิ่งอำนวยความสะดวกอยู่พอสมควร แต่ในเรื่องบุคลากรถือว่ายังต้องมีการพัฒนาและปรับปรุงอีกมาก

ภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพเมื่อเทียบกับประเทศต่างๆ ในอาเซียน พบว่า ประเทศไทยมีอัตราในเรื่องความชุกของโรคเอดส์มากเป็นอันดับ ๑ คือพบประมาณร้อยละ ๑.๒ ในกลุ่มวัยรุ่น (อายุ ๑๕-๒๔ ปี) ทั้งชายและหญิง และพบร้อยละ ๑.๔ ในกลุ่มผู้ใหญ่ (อายุ ๑๕-๔๙ ปี) ในขณะที่ประเทศอื่นๆ ในภูมิภาค เช่น สิงคโปร์ ลาว และกัมพูชา มีผู้ติดเชื้อเอดส์ไม่เกินร้อยละ ๑ ในแต่ละกลุ่มประชากร และส่วนใหญ่จะพบในกลุ่มวัยรุ่นมากกว่ากลุ่มผู้ใหญ่

อัตราการตายของประเทศไทยเปรียบเทียบกับประเทศต่าง ๆ ในอาเซียน พบว่า อัตราการตายของวัยทารก และเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี ในประเทศไทย มีระดับที่สูงในลำดับที่ ๕ เมื่อเทียบกับสิงคโปร์ บรูไน มาเลเซีย และเวียดนาม เช่นเดียวกับอัตราการตายในวัยผู้ใหญ่ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ประเทศไทยมีอัตราการตายอยู่ในระดับที่ สูงและอยู่ในลำดับที่ ๕ รองลงมาจาก สิงคโปร์ บรูไน มาเลเซีย และเวียดนาม

ข้อมูลเหล่านี้สะท้อนว่า ประเทศไทยยังต้องมีการปรับปรุงการสาธารณสุขเพื่อลดอัตราการตายของเด็กวัยทารก เด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี และวัยผู้ใหญ่ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ซึ่งทั้งหมดยังอยู่ในระดับที่ค่อนข้างสูง และยังต้องเพิ่มคุณภาพสาธารณสุขและการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดระดับอัตราการตายตามมาตรฐานอายุจากโรคไม่ติดต่อ ให้อยู่ในระดับต่ำกว่าที่เป็นอยู่

๓.๑.๒. อัตราการใช้บริการสุขภาพของประชาชนในแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพ

จากรายงานผลการประเมินสมรรถนะระบบบริการสุขภาพกรณีศึกษา ๔ จังหวัดของ วีระศักดิ์ พุทธาศรี และคณะ” เพื่อเปรียบเทียบการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและความเป็นธรรมด้านสุขภาพจำแนกตามสิทธิ พบว่า ค่าเฉลี่ยของการรับบริการผู้ป่วยนอกต่อคน และผู้ป่วยในต่อคน ของผู้ป่วยสิทธิระบบ UC และ SSS ต่ำกว่าในระบบ CSMBS

ข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของพินิจ พ้า-
อำนวยการและคณะ^{*} ที่พบว่าอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วย
ในของระบบ UC นั้น จะต่ำกว่ารวมทุกสิทธิประมาณ ๐.๒ ครั้งต่อคน
ต่อปี ในส่วนผู้ป่วยนอก และต่ำกว่าร้อยละ ๑ ในส่วนของผู้ป่วย
ในค่าใช้จ่ายอื่นๆ ของผู้ป่วยเมื่อต้องเข้ารับบริการด้านสุขภาพ

จากการสำรวจค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกิดขึ้นในการไปโรง-
พยาบาลของผู้ป่วยในระบบ UC ของมูลนิธิเพื่อผู้บริโภคและองค์กร
เครือข่ายในกรุงเทพมหานคร* กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใช้สิทธิ UC จาก
ทั้ง ๔๘ เขตของกรุงเทพมหานคร จำนวน ๕๘๙ ราย พบว่าในการ
ไปรับบริการสุขภาพในแต่ละครั้งนั้นผู้ป่วยมีค่าใช้จ่ายอื่นๆ นอก
เหนือจากการรักษาพยาบาลทั้งในทางตรงและทางอ้อม โดยพบว่ามีค่า
ขาดรายได้ เนื่องจากการต้องเข้ารับการรักษา และค่าใช้จ่ายในการ
เดินทางเพื่อเข้ารับการรักษาอันเป็นค่าใช้จ่ายหลักที่เกิดขึ้น โดย
ในการใช้บริการแบบผู้ป่วยนอกนั้น มีค่าขาดรายได้ เนื่องจากการ
ขาดงานและค่าเดินทางเป็น ๑๘๑ บาท และ ๑๑๓ บาท ต่อครั้งของ
การเข้ารับบริการ ตามลำดับ ส่วนการให้บริการแบบผู้ป่วยใน มีค่า
ขาดรายได้เนื่องจากการขาดงานและค่าเดินทางเป็น ๔๖๑ บาท และ
๑๕๗ บาท ต่อครั้งของการเข้ารับบริการ ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างมีรายได้
เฉลี่ยเพียงวันละ ๒๑๐ บาท เท่านั้น กลุ่มตัวอย่างมีความกังวลใจ
ต่อค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปสถานพยาบาลมากที่สุดจนอาจเป็น
เหตุผลของการตัดสินใจไม่ไปรับบริการ

*ทำการสำรวจในระหว่างวันที่ ๗-๑๘ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๕ ในเขตกรุงเทพมหานคร

ตารางที่ ๑ ค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเมื่อเข้ารับบริการด้านสุขภาพที่หน่วยบริการ

ค่าใช้จ่าย	กรณีผู้ป่วยนอก (บาท)	กรณีผู้ป่วยใน (บาท)
ค่าเดินทาง	๑๑๓	๑๕๗
ค่าอาหาร เครื่องดื่ม เครื่องใช้	๕๙	๑๐๑
ค่าจ้างผู้ดูแลบ้าน	๒	๕
ค่าใช้จ่ายที่ต้องเสียไปรวม	๑๗๔	๒๖๓
ค่าขาดรายได้	๑๘๑	๔๖๑

๓.๑.๓. สถานการณ์การคลังและประสิทธิภาพของสถาน

พยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

จากการวิเคราะห์สัมฤทธิ์ผลของการดำเนินงานในระบบบริการสาธารณสุข ในส่วนการคลังสุขภาพของสถานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๓ โดยสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย โดยใช้ฐานข้อมูลรายงานทางการเงินซึ่งสถานพยาบาลในสังกัดส่งให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ฐานข้อมูลรายงานกิจกรรมซึ่งโรงพยาบาลส่งให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ผู้ป่วยในของกองทุนประกันสังคม กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการกรมบัญชีกลาง^๔ พบข้อมูลสำคัญ ดังนี้

๑) รายได้หลักของโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ มาจากกองทุน UC (รวมถึงเงินเดือน) ในอัตรา ร้อยละ ๗๕, ร้อยละ ๕๓, และร้อยละ ๕๑ ตามลำดับ รองลงมาคือ มาจากกองทุน CSMBS โดยในระยะปี พ.ศ. ๒๕๕๐ – ๒๕๕๓ มีอัตราการเพิ่มขึ้นจากแหล่งรายได้หลักทั้ง ๒ ในทุก ๆ ปี

๒) ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๓ โรงพยาบาลชุมชน มีสัดส่วนรายจ่ายในส่วนค่าตอบแทน ค่ายา ค่าวัสดุการแพทย์ เพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ ๑-๒ ในขณะที่ โรงพยาบาลทั่วไป มีรายจ่ายค่าตอบแทน เพิ่มขึ้นร้อยละ ๓ ค่ายาและวัสดุการแพทย์เพิ่มขึ้นร้อยละ ๑ ส่วน โรงพยาบาลศูนย์มีสัดส่วนรายจ่ายค่าตอบแทนเพิ่มขึ้นร้อยละ ๒ ค่าวัสดุการแพทย์เพิ่มขึ้นร้อยละ ๑ ส่วนค่ายาลดลงร้อยละ ๑ จากปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๒

๓) สถานการณ์การคลังในภาพรวม พบว่า โรงพยาบาลที่มีรายรับน้อยกว่ารายจ่ายมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๓ มีโรงพยาบาลจำนวน ๔๙๕ แห่งจากทั้งหมด ๘๓๔ แห่ง (ร้อยละ ๕๙.๔) ที่ประสบปัญหาขาดรายได้น้อยกว่าค่าใช้จ่าย เมื่อวิเคราะห์หาสาเหตุ พบว่า โรงพยาบาลมีรายได้เพิ่มขึ้นร้อยละ ๗ แต่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๑ โดยมี ค่าตอบแทน ค่าจ้าง และค่ายาเป็นค่าใช้จ่ายหลัก อย่างไรก็ตาม ต้นทุนค่าตอบแทนนั้นมีอัตราการเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ ๓๐-๔๐ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ ส่วนต้นทุนค่ายาและค่าจ้างมีอัตราการเพิ่มที่ลดลงในทุก ๆ ปี (ดังแสดงในภาพที่ ๑)

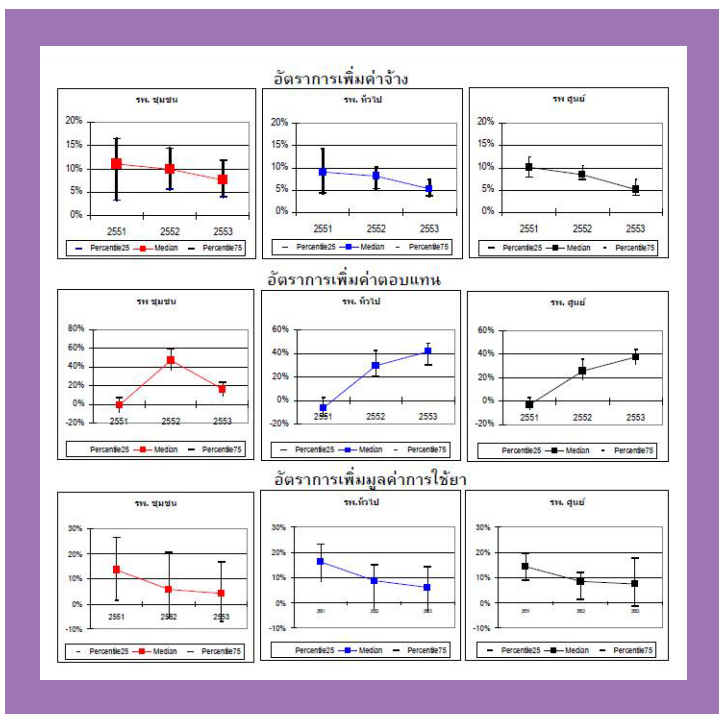
๓.๑.๔. ผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพหากมีนโยบาย

การจ่ายร่วม ๓๐ บาท

แม้ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๕๕ เริ่มโครงการ UC เป็นต้นมานั้น สัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพต่อรายได้รวมของครัวเรือนจะต่ำกว่าในช่วงก่อนที่มีโครงการอย่างชัดเจน แต่ก็ยังพบว่า กลุ่มคนยากจนที่สุด ยังมีแนวโน้มที่มีสัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพต่อรายได้สูงกว่ากลุ่มที่ร่ำรวยที่สุด และเป็นเงินสดที่กลุ่มที่ยากจนที่สุดต้องจ่ายเองสูงกว่ากลุ่มคนที่รวยที่สุด โดยในปี พ.ศ. ๒๕๕๐ คนกลุ่มที่จนที่สุดมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ๗๙ บาทต่อคนต่อเดือนและต้องจ่ายออกไปเป็นเงินสด ๗๖ บาทต่อคนต่อเดือนคิดเป็นร้อยละ ๙๖ ในขณะที่คนกลุ่มที่รวยที่สุดมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ๘๘๐ บาทต่อคนต่อเดือนและต้องจ่ายออกไปเป็นเงินสด ๕๑๑ บาทต่อคนต่อเดือนคิดเป็นร้อยละ ๕๘ (ตารางที่ ๒) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มผู้มีรายได้น้อยไม่สามารถผลักภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพได้มากนัก ผิดกับผู้ที่มียาได้สูงที่สามารถหาบุคคลอื่น (เช่น นายจ้าง ประกันสุขภาพเอกชน หรือรัฐบาลในกรณีสิทธิ CSMBS และ SSS) มาช่วยชดเชยรายจ่ายด้านสุขภาพได้มากกว่า



ภาพที่ ๑ แนวโน้มอัตราการเพิ่มต้นทุน จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล



ตารางที่ ๒ รายงานด้านสุขภาพของครัวเรือน จำแนกตามช่วงชั้นรายได้ ปี พ.ศ. ๒๕๔๙-๒๕๕๐

ช่วงชั้น รายได้	รายงานด้านสุขภาพ ของครัวเรือน เฉลี่ยต่อคนต่อเดือน		รายงานด้านสุขภาพ ของครัวเรือน (เฉพาะที่เป็นตัวเงิน)* เฉลี่ยต่อคนต่อเดือน		สัดส่วนเงินที่ต้องจ่าย ออกจากกระเป๋า ต่อค่าใช้จ่าย ด้านสุขภาพ**	
	พ.ศ. ๒๕๔๙	พ.ศ. ๒๕๕๐	พ.ศ. ๒๕๔๙	พ.ศ. ๒๕๕๐	พ.ศ. ๒๕๔๙	พ.ศ. ๒๕๕๐
๑	๙๕	๗๙	๙๐	๗๖	๙๔.๗	๙๖.๒
๒	๙๙	๑๐๙	๘๙	๑๐๕	๘๙.๙	๙๖.๓
๓	๑๔๘	๑๒๐	๑๓๗	๑๑๐	๙๒.๖	๙๔.๗
๔	๑๔๕	๑๔๙	๑๒๘	๑๒๓	๘๘.๓	๘๒.๖
๕	๑๘๕	๑๔๗	๑๕๖	๑๒๙	๘๙.๓	๘๗.๘
๖	๒๒๔	๒๑๔	๑๘๗	๑๘๗	๘๓.๕	๘๗.๔
๗	๒๓๖	๒๑๓	๑๙๕	๑๘๕	๘๒.๖	๘๖.๙
๘	๓๑๒	๒๘๘	๒๓๕	๒๒๙	๗๕.๓	๗๙.๕
๙	๔๒๗	๓๖๖	๓๐๙	๒๖๓	๗๒.๔	๗๑.๙
๑๐	๘๘๗	๘๘๐	๕๑๓	๕๑๑	๕๗.๘	๕๘.๑
รวม	๓๐๕	๒๘๔	๒๒๐	๒๐๗	๗๒.๑	๗๒.๙

*ปี พ.ศ. ๒๕๔๙ และ พ.ศ. ๒๕๕๐ มีการเปลี่ยนรูปแบบในการกรอกข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ทำให้สามารถแยกรายจ่ายด้านสุขภาพออกเป็น รายจ่ายที่ครัวเรือนต้องจ่ายออกไปเป็นเงินสด (in cash) กับรายจ่ายส่วนที่ครัวเรือนรับมาโดยไม่เสีย (in kind) เช่น เป็นส่วนหนึ่งของค่าแรง หรือเป็นสวัสดิการที่นายจ้างชดเชยให้ในภายหลัง เป็นต้น

**ทำการคำนวณเพิ่มเติมโดยผู้วิจัย

๓.๒. ข้อวิเคราะห์

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจะพบว่า ประเทศไทยยังประสบปัญหาคุณภาพของการบริการด้านสุขภาพ รวมถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนในบางกลุ่ม ในขณะที่ประชาชนที่มีเศรษฐกิจฐานะสูงมีภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพน้อย กลับพบว่าประชาชนในกลุ่มที่ยากจนถึงยากจนที่สุดกลับต้องแบกรับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงกว่า สะท้อนให้เห็นความไม่เสมอภาคด้านสุขภาพในกลุ่มที่มีฐานะแตกต่างกัน ในข้อมูลอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยที่โรงพยาบาล ก็พบว่า ผู้ป่วยในระบบ CSMBs มีอัตราการใช้บริการที่สูงกว่าผู้ป่วยในระบบ UC และ SSS ยิ่งตอกย้ำให้เห็นถึงความไม่เสมอภาคของการเข้าถึงบริการ และความเป็นธรรมทางสุขภาพในแต่ละระบบหลักประกัน การที่ภาครัฐจะดำเนินนโยบายร่วมจ่าย ๓๐ บาท ซึ่งเป็นการเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายให้คนกลุ่มที่จนถึงจนที่สุด จึงยิ่งซ้ำเติมความเหลื่อมล้ำในระบบบริการสุขภาพไทย นอกจากนี้ในการไปขอรับบริการด้านสุขภาพในแต่ละครั้งของประชาชนในระบบ UC นั้นมีค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่นอกเหนือจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเกิดขึ้น เช่น ค่าเดินทาง ค่าอาหาร เป็นต้น ดังนั้นการที่ประชาชนจะตัดสินใจเข้ารับบริการด้านสุขภาพในแต่ละครั้งย่อมผ่านการไตร่ตรองถึงความจำเป็นในการเข้ารับบริการแล้ว

จากข้อมูลสถานการณ์ด้านการคลังของสถานพยาบาลดังกล่าวข้างต้น อาจกล่าวได้ว่าปัญหาการบริหารจัดการในส่วนต้นทุนค่าตอบแทนนั้น เป็นสาเหตุหลักของการขาดทุนของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม ต้นทุนค่าตอบแทนเป็นต้นทุนที่เกิดขึ้นจากการให้บริการผู้ป่วยในทุกสิทธิหลักประกันที่เข้ารับบริการในสถานพยาบาล ดังนั้น การผลัดภาระให้เฉพาะผู้ป่วย UC ร่วมจ่ายเพื่อชดเชยค่าใช้จ่ายในส่วนนี้แต่เพียงกลุ่มเดียวจึงไม่สอดคล้องกับหลักการสร้างความเสมอภาคในทุกะบบหลักประกัน

นอกจากนั้น จากการประมาณการหากมีการเก็บค่าธรรมเนียม ๓๐ บาท โดยใช้หลักเกณฑ์ที่เคยใช้ในอดีต คือมีการยกเว้นในกลุ่มผู้มีฐานะยากจน และกลุ่มผู้สมควรได้รับการช่วยเหลือเกื้อกูลแล้ว จำนวนเงินที่คาดว่าจะเก็บได้ในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ ซึ่งมีผู้มารับบริการในระบบ UC รวมทั้งสิ้นประมาณ ๑๖๓ ล้านครั้ง จำนวนครั้งที่คาดว่าจะต้องเสียค่าธรรมเนียม ๓๐ บาท มีประมาณ ๖๕ ล้านครั้ง คาดว่าจะเก็บค่าธรรมเนียมได้ประมาณ ๑,๙๐๐ ล้านบาท ซึ่งรายได้จากการจ่ายร่วมนี้เป็นรายได้เพียงร้อยละ ๑.๗๕ ของงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวที่ต้องการทั้งหมดในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๒* ไม่สามารถแก้ปัญหาการขาดทุนของสถานพยาบาลได้เลย รัฐควรพิจารณาจัดสรรรายได้จากส่วนอื่นมาชดเชยค่าใช้จ่ายดังกล่าว

*จากร่างข้อเสนอตอนนโยบายการร่วมจ่าย ๓๐ บาทของนายแพทย์เจด็จ ธรรมธัชอารี และคณะ

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น รัฐจึงควรยกเลิกการนำนโยบายเรียกเก็บเงิน ๓๐ บาท ณ จุดบริการสุขภาพกลับมาใช้ เพราะมีหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนี้

๑) สภาวะการขาดทุนของสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีสาเหตุสำคัญจากอัตราการเพิ่มขึ้นของ ต้นทุนค่าตอบแทน ซึ่งเกิดจากการให้บริการแก่ผู้ป่วยในทุกสิทธิ

๒) อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของระบบ UC ในสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขนั้น ต่ำกว่าอัตราการใช้บริการเฉลี่ยของทุกสิทธิ

๓) ในการไปรับบริการสุขภาพในแต่ละครั้งนั้นผู้ป่วยมีค่าใช้จ่ายอื่นๆ นอกเหนือจากการรักษาพยาบาล ซึ่งมีมูลค่ามากกว่าค่าร่วมจ่าย ผู้ป่วยมีความกังวลใจต่อค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปสถานพยาบาลมากที่สุดจนอาจเป็นเหตุผลของการตัดสินใจไม่ไปรับบริการในสถานพยาบาลที่กำหนด

๔) กลุ่มคนจนในช่วงชั้นยากจนที่สุดยังมีแนวโน้มที่มีสัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพต่อรายได้สูงกว่ากลุ่มที่มีฐานะร่ำรวยที่สุด รวมถึงมีสัดส่วนของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ต้องจ่ายจริงมากกว่ากลุ่มที่มีฐานะร่ำรวยที่สุด

๕) การกลับมาเก็บเงินร่วมจ่ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงเป็นการขยายช่องว่างของความไม่เสมอภาคในระบบสุขภาพ และผู้ที่จะได้รับผลกระทบโดยตรงก็คือประชาชนที่จัดอยู่ในกลุ่มยากจนถึงยากจนที่สุดของประเทศ

๔. ความเห็นและข้อเสนอแนะ ของสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ



สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เห็นควรให้รัฐบาล
ดำเนินการ เพื่อสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ โดยพิจารณา
ความเหมาะสมในการเรียกเก็บค่าบริการร่วม ๓๐ บาท ณ จุดบริการ
สุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนี้

๔.๑ ยกเลิกการนำนโยบายเรียกเก็บเงิน ๓๐ บาท
ณ จุดบริการสุขภาพกลับมาใช้

๔.๒ เร่งรัดการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ
ให้เกิดคุณภาพมาตรฐานเดียว

เอกสารอ้างอิง

- ๑ กระทรวงสาธารณสุข. ๒๕๔๕. แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
- ๒ United Nations Development Program. 2010. Human Development Report 2010. <<http://undp.or.th/publications/>> Access June 22, 2012.
- ๓ พินิจ พัวอำนวยการ. สถานการณ์และแนวโน้มระบบบริการสาธารณสุข. รายงานการวิจัยได้รับสนับสนุนงบประมาณจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ธันวาคม ๒๕๕๒.
- ๔ วีระศักดิ์ พุทธาศรี และคณะ. ผลการประเมินสมรรถนะระบบบริการสุขภาพกรณีศึกษา ๔ จังหวัด: น่าน พังงา ลพบุรี อุบลราชธานี. รายงานการวิจัยได้รับสนับสนุนงบประมาณจากสำนักพัฒนานโยบาย และยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข และ องค์การอนามัยโลก; ๒๕๕๒.
- ๕ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปี พ.ศ. ๒๕๔๙; ๒๕๕๐.
- ๖ สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. รายงานสถานการณ์การคลังและประสิทธิภาพ ของสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๓. รายงานการวิจัยภายใต้ข้อตกลงความร่วมมือระหว่างสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

- ๗ วุฒิพันธ์วุฒิมงคล กัญจนา ดิษยาธิคม สุปล ลิมวัฒนานนท์ ภูษิต ประคองสาย และวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. รายงานการเปลี่ยนแปลงภาวะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนจากการวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจเพื่อติดตามภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน (โดยใช้ตัวอย่างซ้ำ) ๒๕๔๘-๒๕๕๓. รายงานการวิจัยได้รับสนับสนุนงบประมาณจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; กุมภาพันธ์ ๒๕๕๔.
- ๘ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. รายงานสุขภาพคนไทย ๒๕๕๔: เอกอ์เอกลไกการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อชีวิตและสุขภาพ; ๒๕๕๔.
- ๙ สุปล ลิมวัฒนานนท์ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และภูษิต ประคองสาย. การลดความยากจนจากรายจ่ายด้านสุขภาพของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย. นิพนธ์ต้นฉบับ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ปีที่ ๕ ฉบับที่ ๑ มกราคม-มีนาคม ๒๕๕๔: ๒๕-๓๑.
- ๑๐ วิโรจน์ ณ ระนอง และ อรรถกฤต เล็กศิริไธ. การวิเคราะห์ดัชนีชี้วัดความเป็นธรรมด้านการคลังสุขภาพจากฐานข้อมูลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี ๒๕๔๙-๒๕๕๐. รายงานการวิจัยเสนอสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.); พฤศจิกายน ๒๕๕๑.
- ๑๑ สุปล ลิมวัฒนานนท์ กาญจนา ดิษยาธิคม ภูษิต ประคองสาย วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และวลัยพร พัทธนฤมล. ความเป็นธรรมของการใช้บริการสุขภาพ. รายงานสถานการณ์สุขภาพประเทศไทยของสำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ปีที่ ๑ ฉบับที่ ๖; พฤศจิกายน ๒๕๔๘.
- ๑๒ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร วลัยพร พัทธนฤมล จิตปราวณี วาศวิท ภูษิต ประคองสาย และกาญจนา ดิษยาธิคม. ชุดวิจัยการเงินการคลังระบบสุขภาพไทย: ตอนที่ ๓ การจ่ายร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: บทวิเคราะห์เชิงนโยบาย. นิพนธ์ต้นฉบับ. วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ ๑๕ ฉบับที่ ๑ มกราคม-กุมภาพันธ์ ๒๕๔๙: ๔๑-๕๑.

