



# รายงาน

ของ

คณะกรรมการปฏิรูปเศรษฐกิจ การเงินและการคลัง  
สภาปฏิรูปแห่งชาติ

วาระปฏิรูปเพิ่มเติม แนวทางการปฏิรูประบบประกันสุขภาพ

สำนักกรรมการ ๑

สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร

ปฏิบัติหน้าที่สำนักงานเลขาธิการสภาปฏิรูปแห่งชาติ

**คณบดี**  
ที่ (สพข) ๒๐๗๒ / ๒๕๕๘

(สำเนา)

สภาปฏิรูปแห่งชาติ  
ถนนอุทองใน เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐

๑๔ กรกฎาคม ๒๕๕๘

เรื่อง รายงานการพิจารณาของคณะกรรมการปฏิรูปเศรษฐกิจ การเงินและการคลัง

กราบเรียน ประธานสภาปฏิรูปแห่งชาติ

สิ่งที่ส่งมาด้วย รายงานของคณะกรรมการดังกล่าวข้างต้น จำนวน ๑ ชุด

ตามที่ที่ประชุมสภาปฏิรูปแห่งชาติ ครั้งที่ ๗/๒๕๕๗ วันอังคารที่ ๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๕๗ ได้ลงมติตั้งคณะกรรมการปฏิรูปเศรษฐกิจ การเงินและการคลัง ตามข้อบังคับการประชุมสภาปฏิรูปแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๗ ข้อ ๘๐ วรรคสาม (๕) คณะกรรมการคณะนี้ประกอบด้วย

- |  |                             |
|--|-----------------------------|
| ๑. นายสมชัย ฤชุพันธุ์                      | ประธานกรรมการ               |
| ๒. นางสาวพจนีย์ ธนวรานิช                   | รองประธานกรรมการ คนที่หนึ่ง |
| ๓. นายไกรฤทธิ บุญเกียรติ                   | รองประธานกรรมการ คนที่สอง   |
| ๔. นายสุทัศน์ เศรษฐ์บุญสร้าง               | รองประธานกรรมการ คนที่สาม   |
| ๕. นายกนกฤช หิรัญกิจ                       | รองประธานกรรมการ คนที่สี่   |
| ๖. นายไพบุลย์ นลินทรางกูร                  | โฆษกกรรมการ                 |
| ๗. ศาสตราจารย์พิเศษ กิติพงษ์ อรุฬพัฒนาพงศ์ | โฆษกกรรมการ                 |
| ๘. นายจรูญ จึงยิ่งเรืองรุ่ง                | กรรมการ                     |
| ๙. นายจิรวัดน์ เวียงดำน                    | กรรมการ                     |
| ๑๐. นายชัยวัฒน์ ลิ้มพารณธะ                 | กรรมการ                     |
| ๑๑. นายชาติ ตั้งจิรวงษ์                    | กรรมการ                     |
| ๑๒. นายกอบศักดิ์ ภูตระกูล                  | กรรมการ                     |
| ๑๓. นายธีรพงศ์ อิศวสุธีรกุล                | กรรมการ                     |
| ๑๔. นายนิมิต สิทธิไทรย์                    | กรรมการ                     |
| ๑๕. นายนำชัย กฤษณาสกุล                     | กรรมการ                     |
| ๑๖. นางประภา เสดะกุล ศรีนวลนัต             | กรรมการ                     |
| ๑๗. นางประภาศรี สุฉันทบุตร                 | กรรมการ                     |
| ๑๘. พลเอก ประสูตร รัศมีแพทย์               | กรรมการ                     |
| ๑๙. นายพนา ทอมีอาคม                        | กรรมการ                     |
| ๒๐. นายพรชัย มุ่งเจริญพร                   | กรรมการ                     |
| ๒๑. นายพรายพล คุ้มทรัพย์                   | กรรมการ                     |

๒๒. นายวิริยะ นามศิริพงศ์พันธุ์	กรรมการ
๒๓. นายศิริ จิระพงษ์พันธ์	กรรมการ
๒๔. นายธวัชชัย ยงกิตติกุล	เลขานุการคณะกรรมการ
๒๕. นายพิสิฐ ลี้อาธรรม	ผู้ช่วยเลขานุการคณะกรรมการ

บัดนี้ คณะกรรมการได้ดำเนินการพิจารณาศึกษาแนวทางการปฏิรูประบบประกันสุขภาพเสร็จแล้ว โดยได้นำหลักการเหตุผลและความจำเป็นที่ต้องปฏิรูปเรื่องดังกล่าวมาประกอบการพิจารณา เพื่อให้การปฏิรูปเกิดประโยชน์ต่อประเทศชาติและประชาชน ภายในกรอบระยะเวลาที่เหมาะสม ดังนี้

### วาระปฏิรูปเพิ่มเติม แนวทางการปฏิรูประบบประกันสุขภาพ

#### ๑. เหตุผลและความจำเป็นที่ต้องปฏิรูป

ภารกิจสำคัญประการหนึ่งของรัฐคือการดูแลให้ประชาชนทุกคนได้รับการรักษาพยาบาลอย่างถ้วนหน้า ปัจจุบันสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับประชาชนกลุ่มต่าง ๆ ในประเทศไทยแบ่งออกเป็นระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ ซึ่งครอบคลุมไปถึงครอบครัวระบบประกันสังคม ซึ่งครอบคลุมลูกจ้างสถานประกอบการเอกชน และระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งครอบคลุมประชาชนที่ไม่อยู่ในระบบทั้ง ๒ ระบบข้างต้น ระบบการรักษายาบาลที่ดำเนินงานโดยรัฐจึงเป็นสวัสดิการที่ครอบคลุมประชาชน ๖๔.๘ ล้านคนทั่วประเทศ อย่างไรก็ตาม ระบบการรักษายาบาลดังกล่าวมีประเด็นปัญหาที่จำเป็นต้องปฏิรูปดังนี้

๑. ระบบสวัสดิการรักษายาบาลในปัจจุบันเป็นระบบเปิดซึ่งให้สิทธิแก่ประชาชนทุกคนให้สามารถเข้าถึงบริการของรัฐได้อย่างถ้วนหน้า และจ่ายโดยงบประมาณจากภาษีอากรรายปี (Pay – as – you – go) มีค่าใช้จ่ายจากกองทุนที่มีจำนวนเงินแน่นอน (Fully Funded) และเป็นระบบที่ไม่สามารถคุมค่าใช้จ่ายได้ เมื่อประเทศไทยเข้าสู่ภาวะสังคมสูงวัย ซึ่งคนในวัยทำงานจะมีสัดส่วนน้อยกว่าคนวัยเด็กและคนสูงอายุ หมายความว่าคนในวัยทำงานจะต้องรับภาระเพิ่มขึ้น จนในที่สุดจะถึงจุดที่ไม่สามารถแบกรับได้ ระบบสวัสดิการนี้จึงมีความเสี่ยง ไม่สามารถคงอยู่ได้นาน

๒. การที่รัฐให้หลักประกันความมั่นคงโดยไม่มีกำหนดหลักเกณฑ์ของผู้มีสิทธิทำให้ประชาชนที่สามารถดูแลตนเองได้ขาดความกระตือรือร้นที่จะแสดงความรับผิดชอบในการพึ่งตนเอง นับว่าไม่เป็นธรรมต่อประชาชนผู้เสียภาษีอากร

๓. การที่รัฐให้บริการรักษายาบาลผ่านโรงพยาบาลของรัฐ และอุดหนุนโรงพยาบาลด้วยเงินงบประมาณ ทำให้โรงพยาบาลของรัฐสามารถให้บริการโดยบุคลากรที่มีคุณภาพสูงและสามารถคิดค่ารักษายาบาลได้ต่ำกว่าโรงพยาบาลเอกชน แม้จะต้องเผชิญปัญหาความแออัดและความไม่สะดวกต่าง ๆ การสนับสนุนจากรัฐเช่นนี้เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลเอกชนให้สามารถแบ่งเบาภาระจากโรงพยาบาลของรัฐได้

๔. ผลสืบเนื่องจากข้างต้น ทำให้เกิดความแออัดและการดูแลผู้เจ็บป่วยไม่สามารถทำได้อย่างทั่วถึง ประกอบกับเงินอุดหนุนที่รัฐบาลจัดสรรให้ต่ำกว่าค่าใช้จ่ายจริง จึงทำให้ไม่สามารถให้บริการได้อย่างมีคุณภาพ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลระดับจังหวัดที่ต้องรับผู้เจ็บป่วยที่มีอาการรุนแรงจากโรงพยาบาลระดับอำเภอหรือต่ำกว่าประสบปัญหาทางการเงินอย่างรุนแรง

๕. ในระบบเศรษฐกิจเสรีที่มีการแข่งขันอย่างเป็นธรรม เอกชนสามารถผลิตและให้บริการด้วยกลไกตลาดได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ในกรณีที่กลไกตลาดไม่สามารถสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม รัฐจึงจำต้องแทรกแซง เช่น การรักษาความมั่นคง และการลดความเหลื่อมล้ำ เป็นต้น แต่บริการรักษาพยาบาลเป็นบริการที่เอกชนผลิตได้แต่ประชาชนผู้ด้อยโอกาสไม่สามารถเข้าถึงได้อย่างทั่วถึง จัดเป็น “merit goods” ที่รัฐสมควรแทรกแซง แม้กระนั้นการแทรกแซงโดยรัฐเป็นผู้ให้บริการโดยตรง (Supply – side intervention) ก็เป็นวิธีที่ไม่มีประสิทธิภาพ การแทรกแซงที่เหมาะสมควรดำเนินการผ่านเงินอุดหนุนด้านอุปสงค์ (Demand – side intervention) โดยให้เอกชนเป็นผู้ผลิตภายใต้การแข่งขันอย่างเป็นธรรมจะเกิดประสิทธิภาพดีกว่า

คณะกรรมการปฏิรูปเศรษฐกิจ การเงินและการคลัง จึงกำหนดแนวทางทางการปฏิรูประบบประกันสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้ประชากรทุกหมู่เหล่าสามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึงตามกำลังความสามารถ โดยปรับปรุงขอบเขตของการประกันสุขภาพให้มีความชัดเจนเพื่อให้ครอบคลุมกลุ่มประชากรผู้ยากไร้หรือไม่สามารถพึ่งตนเองได้อย่างแท้จริง และส่งเสริมให้ภาคเอกชนมีส่วนร่วมในการจัดหาบริการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ และมีความโปร่งใส อันจะเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของบริการรักษาพยาบาลเพื่อลดการใช้จ่ายและการรักษาที่เกินความจำเป็น ลดภาระของงบประมาณแผ่นดิน ลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความยั่งยืนของระบบการรักษาพยาบาลในประเทศไทยต่อไป โดยเน้นทั้งด้านการรักษาสุขภาพเพื่อป้องกันการเจ็บป่วย และด้านการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพโดยไม่สร้างภาระทางการคลังจนบั่นทอนความยั่งยืน ดังต่อไปนี้

#### ด้านการป้องกัน

๑. สนับสนุนสำนักงานกองทุนส่งเสริมสุขภาพ (ส.ส.ส.) ให้จัดทำแผนงานส่งเสริมสุขภาพของประชาชนตั้งแต่เด็กทารก วัยเด็ก วัยหนุ่มสาว วัยทำงานถึงวัยชรา โดยร่วมมือกับสถาบันการศึกษา องค์กรต่าง ๆ และชุมชน และครอบคลุมสุขภาพด้านต่าง ๆ ทั้งด้านอาหาร การออกกำลังกาย และการหย่อนใจที่ถูกสุขลักษณะ การรักษาสิ่งแวดล้อม ความปลอดภัยในการเดินทาง และความปลอดภัยในสถานที่ทำงาน เป็นต้น

๒. ส่งเสริมองค์กรและชุมชนท้องถิ่นให้มีบทบาทในการส่งเสริมสาธารณสุขขั้นพื้นฐานของชุมชน ให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและมีบริการให้คำแนะนำหรือดูแลรักษาขั้นพื้นฐานก่อนที่จะต้องส่งเพื่อรับการรักษาจากแพทย์

๓. ส่งเสริมให้ประชาชนมีจิตสำนึกในการเตรียมความพร้อมสำหรับการดำรงชีพในวัยชราโดยการประกันสุขภาพตนเอง รัฐบาลสามารถกระตุ้นความตื่นตัวของประชาชนโดยการรณรงค์

ร่วมกับภาคเอกชนและสถานศึกษา สนับสนุนให้ประชาชนที่มีความสามารถทางการเงินเตรียมความพร้อม โดยการประกันสุขภาพตนเอง

#### ด้านการรักษาพยาบาล

๑. กำหนดให้ประชาชนทุกคนมีหน้าที่ต้องยื่นแบบแสดงรายการภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดหลักเกณฑ์ของผู้ที่สมควรได้รับสิทธิสวัสดิการรักษารักษาพยาบาลของรัฐ

๒. จัดตั้งศูนย์กลางข้อมูลสุขภาพเพื่อให้สถานพยาบาลต่าง ๆ สามารถเข้าถึงข้อมูลของผู้เจ็บป่วยเพื่อให้ง่ายต่อการวินิจฉัยและติดตามผลการรักษา นอกจากนี้ยังลดการรักษารักษาซ้ำซ้อนในกรณีที่ใช้บริการจากโรงพยาบาลหลายแห่ง

๓. ลดความจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องพบแพทย์ทุกคน โดยการจัดระบบการตรวจอาการเบื้องต้นก่อนที่จะพบแพทย์ รวมทั้งการตรวจเพื่อติดตามผลการรักษาในกรณีที่เป็นผู้ป่วยเรื้อรัง หากสามารถให้คำแนะนำหรือรักษาได้โดยไม่ต้องส่งแพทย์ทุกรายจะลดภาระของแพทย์ลงได้มาก

๔. พิจารณาความเหมาะสมของการนำระบบการมีส่วนร่วมจ่ายเพื่อจูงใจให้มีจิตสำนึกในการประหยัดค่ารักษารักษาพยาบาลและลดการรักษารักษาพยาบาลที่เกินความจำเป็น

๕. ในระยะยาว ควรทบทวนบทบาทของภาครัฐในการบริการรักษาพยาบาล โดยเน้นการอุดหนุนด้านอุปสงค์ (คือการให้สิ่งจูงใจเพื่อลดภาระค่ารักษาพยาบาล) แทนการอุดหนุนด้านอุปทาน (คือการให้บริการโดยรัฐโดยตรง) เพื่อให้รัฐมีทรัพยากรเพียงพอสำหรับงานด้านการวิจัยและการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ที่มีคุณภาพสูง

๖. กำกับดูแลให้การรักษาพยาบาลของเอกชนมีการแข่งขันอย่างเสรีและเป็นธรรม ปราศจากการผูกขาดหรือการมีอำนาจเหนือตลาด และมีการดำเนินงานอย่างโปร่งใสภายใต้หลักธรรมาภิบาลที่ดี

๒. สิ่งที่ประชาชนจะได้รับหรือความเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิรูป

๒.๑ ประชากรทุกหมู่เหล่าสามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลได้อย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ

๒.๒ ลดภาระทางด้านงบประมาณสำหรับสวัสดิการรักษารักษาพยาบาลให้มีความยั่งยืน

๒.๓ ภาคเอกชนสามารถพัฒนาคุณภาพและประสิทธิภาพของบริการ และเป็นหน่วยงานในการดูแลรักษาสุขภาพที่ประชาชนสามารถให้ความเชื่อมั่นได้คู่เคียงกับโรงพยาบาลของรัฐ

๓. กรอบระยะเวลาที่ชัดเจนในการปฏิรูปในแต่ละประเด็น หรือ ขั้นตอนการดำเนินการ

๓.๑ คณะกรรมาธิการปฏิรูปเศรษฐกิจ การเงินและการคลัง นำเสนอแนวทางการปฏิรูประบบประกันสุขภาพต่อสภาปฏิรูปแห่งชาติ เพื่อพิจารณาหากเห็นชอบโปรดนำเสนอคณะรัฐมนตรีต่อไป ระยะเวลาดำเนินการ จากเดือนกรกฎาคม ๒๕๕๘ ถึง เดือนสิงหาคม ๒๕๕๘

๓.๒ รัฐบาลพิจารณากำหนดนโยบายในการปฏิรูประบบประกันสุขภาพตามที่เสนอ เพื่อดำเนินการ ระยะเวลาดำเนินการ จากเดือนมกราคม ๒๕๕๙ ถึง เดือนธันวาคม ๒๕๕๙

จึงกราบเรียนมาเพื่อโปรดนำเสนอที่ประชุมสภาปฏิรูปแห่งชาติพิจารณาและเสนอแนะ  
แนวทางการปฏิรูประบบประกันสุขภาพเพื่อให้เกิดผลในทางปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมต่อไป

ขอแสดงความนับถืออย่างยิ่ง

(ลงชื่อ) สมชัย ฤชุพันธุ์

(นายสมชัย ฤชุพันธุ์)

ประธานกรรมการปฏิรูปเศรษฐกิจ การเงินและการคลัง

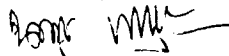
สำนักกรรมการ ๑

กลุ่มงานคณะกรรมการการเงิน การคลังฯ

โทรศัพท์ ๐ ๒๒๔๔ ๒๖๙๘ - ๙

โทรสาร ๐ ๒๒๔๔ ๒๗๐๕

สำเนาถูกต้อง



(นางนงนุช เศรษฐบุตร์)

ผู้อำนวยการสำนักกรรมการ ๑

พิมพ์อาภา/ร่าง

รัชนีวรรณ/พิมพ์

นิภา/ทาน

## สารบัญ

รายงานคณะกรรมการปฏิรูปเศรษฐกิจ การเงินและการคลัง

วาระปฏิรูปเพิ่มเติม แนวทางการปฏิรูประบบประกันสุขภาพ

๑. หลักการและเหตุผล
๒. ประเด็นปัญหา
๓. วิธีการศึกษาวิเคราะห์
๔. สรุปผลการศึกษาวิเคราะห์
๕. บทบาทของภาคเอกชนในการมีส่วนร่วมในบริการรักษาพยาบาล
๖. วัตถุประสงค์ของการปฏิรูป
๗. ข้อเสนอประเด็นการปฏิรูป
๘. ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะได้
๙. ตัวชี้วัดความสำเร็จตามผลลัพธ์

## แนวทางการปฏิรูประบบประกันสุขภาพ

### ๑. หลักการและเหตุผล

รัฐบาลถือเป็นภารกิจที่จะต้องดูแลให้ประชาชนทุกคนได้รับการรักษาพยาบาลอย่างถ้วนหน้า โดยรัฐเป็นผู้ให้บริการผ่านโรงพยาบาลของรัฐ และจัดสรรงบประมาณอุดหนุนแก่โรงพยาบาลตามค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น สวัสดิการรักษายาบาลสำหรับประชาชนกลุ่มต่าง ๆ มีดังนี้

- ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ ซึ่งครอบคลุมไปถึงครอบครัวด้วย มีจำนวน ๕.๕ ล้านคน
- ระบบประกันสังคม ซึ่งครอบคลุมลูกจ้างสถานประกอบการเอกชน จำนวน ๑๐.๗ ล้านคน
- ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งครอบคลุมประชาชนที่ไม่อยู่ในระบบทั้ง ๒ ข้างต้น รวม ๔๘.๖ ล้านคน

ดังนั้น ระบบการรักษายาบาลที่ดำเนินงานโดยรัฐ จึงเป็นสวัสดิการที่ครอบคลุมประชาชน ๖๔.๘ ล้านคนทั่วประเทศ อย่างไรก็ตาม ด้วยงบประมาณที่จำกัด ในทางปฏิบัติรัฐบาลจึงไม่สามารถดูแลให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง มีประชาชนที่ไม่ประสงค์ที่จะใช้สิทธิในระบบสวัสดิการของรัฐ จัดการประกันตนเอง จำนวน ๓.๔ ล้านคน โดยซื้อประกันสุขภาพจากบริษัทประกันภัย นอกจากนี้ยังมีประชาชนอีกส่วนหนึ่งที่รักษายาบาลด้วยค่าใช้จ่ายของตนเองจากคลินิกเอกชนหรือโรงพยาบาลเอกชน ส่วนใหญ่เป็นการรักษาการเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง

ระบบสวัสดิการรักษายาบาลในปัจจุบัน จึงมีลักษณะสำคัญดังนี้

๑. เป็นระบบซึ่งรัฐบาลดูแลรักษายาบาลของประชาชนทุกคน แม้จะมีความแตกต่างในความสามารถที่จะดูแลตนเองได้โดยไม่ต้องพึ่งรัฐ
๒. เป็นสวัสดิการที่รัฐเป็นผู้ให้บริการด้วยตนเองผ่านโรงพยาบาลของรัฐ
๓. รัฐบาลรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการให้บริการโดยจัดสรรจากงบประมาณแผ่นดิน เป็นรายปี (Pay - as - you - go) เว้นแต่กรณีประกันสังคมซึ่งจ่ายจากกองทุนประกันสังคม แต่แม้ในกรณีนี้ ก็ยังมีความเสี่ยงอยู่ว่าหากค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นมากจนกองทุนไม่สามารถจ่ายได้ จะเป็นภาระรับผิดชอบของรัฐบาลอย่างไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้

### ๒. ประเด็นปัญหา

๑. ระบบสวัสดิการรักษายาบาลในปัจจุบันเป็นระบบเปิดซึ่งให้สิทธิแก่ประชาชนทุกคนให้สามารถเข้าถึงบริการของรัฐได้อย่างถ้วนหน้า และจ่ายโดยงบประมาณจากภาษีอากรรายปี (Pay - as - you - go) มิใช่จ่ายจากกองทุนที่มีจำนวนเงินแน่นอน (Fully Funded) และเป็นระบบที่ไม่สามารถคุมค่าใช้จ่ายได้ เมื่อประเทศไทยเข้าสู่ภาวะสังคมสูงวัย ซึ่งคนในวัยทำงานจะมีสัดส่วนน้อยกว่าคนวัยเด็กและคนสูงอายุ ซึ่งหมายความว่าคนในวัยทำงานจะต้องรับภาระเพิ่มขึ้น จนในที่สุดจะถึงจุดที่ไม่สามารถแบกรับได้ ระบบสวัสดิการนี้ จึงมีความเสี่ยงไม่สามารถคงอยู่ได้นาน

๒. การที่รัฐให้หลักประกันความมั่นคงโดยไม่มีการกำหนดหลักเกณฑ์ของผู้มีสิทธิ ทำให้ประชาชนที่สามารถดูแลตนเองได้ขาดความกระตือรือร้นที่จะแสดงความรับผิดชอบในการพึ่งตนเอง นับว่าไม่เป็นธรรมต่อประชาชนผู้เสียภาษีอากร



๓. การที่รัฐให้บริการรักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาลของรัฐ และอุดหนุนโรงพยาบาล ด้วยเงินงบประมาณ ทำให้โรงพยาบาลของรัฐสามารถให้บริการโดยบุคลากรที่มีคุณภาพสูงและสามารถ คิดค่ารักษาพยาบาลได้ต่ำกว่าโรงพยาบาลเอกชน แม้จะต้องเผชิญปัญหาความแออัดและความไม่สะดวกต่าง ๆ การสนับสนุนจากรัฐเช่นนี้เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลเอกชนให้สามารถแบ่งเบาภาระ จากโรงพยาบาลของรัฐได้

๔. ผลสืบเนื่องจากข้างต้น ทำให้เกิดความแออัดและการดูแลผู้เจ็บป่วยไม่สามารถทำได้อย่างทั่วถึง ประกอบกับเงินอุดหนุนที่รัฐบาลจัดสรรให้ต่ำกว่าค่าใช้จ่ายจริง จึงทำให้ไม่สามารถให้บริการได้อย่างมีคุณภาพ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลระดับจังหวัดที่ต้องรับผู้เจ็บป่วยที่มีอาการรุนแรงจากโรงพยาบาลระดับอำเภอ หรือต่ำกว่าประสบปัญหาทางการเงินอย่างรุนแรง

๕. ในระบบเศรษฐกิจเสรีที่มีการแข่งขันอย่างเป็นธรรม เอกชนสามารถผลิตและให้บริการ ด้วยกลไกตลาดได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ในกรณีที่กลไกตลาดไม่สามารถสนองความต้องการของประชาชน ได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม รัฐจึงจำต้องแทรกแซง เช่น การรักษาความมั่นคง และการลดความเหลื่อมล้ำ เป็นต้น แต่บริการรักษาพยาบาลเป็นบริการที่เอกชนผลิตได้แต่ประชาชนผู้ด้อยโอกาสไม่สามารถเข้าถึงได้อย่างทั่วถึง จัดเป็น “merit goods” ที่รัฐสมควรแทรกแซง แม้กระนั้นการแทรกแซงโดยรัฐเป็นผู้ให้บริการโดยตรง (Supply – side intervention) ก็เป็นวิธีที่ไม่มีประสิทธิภาพ การแทรกแซงที่เหมาะสมควรดำเนินการผ่านเงินอุดหนุน ด้านอุปสงค์ (Demand – side intervention) โดยให้เอกชนเป็นผู้ผลิตภายใต้การแข่งขันอย่างเป็นธรรม จะเกิดประสิทธิภาพดีกว่า

### ๓. วิธีการศึกษาวิเคราะห์

๑. ศึกษารายละเอียดของระบบสวัสดิการรักษาทั้ง ๓ ระบบ ได้แก่ กลุ่มประชาชนผู้มีสิทธิ จำนวน โครงสร้างอายุ รายละเอียดของสิทธิที่ได้รับ แหล่งเงิน รูปแบบและวิธีการจ่ายเงิน และแนวโน้ม การเปลี่ยนแปลง

๒. ค่าใช้จ่ายต่อหัวและค่าใช้จ่ายรวม และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของแต่ละระบบ

๓. เชิญผู้เชี่ยวชาญด้านการประกันชีวิตและประกันวินาศภัย มาร่วมประชุมเพื่อสอบถามข้อมูล แลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในประเด็นอุปสรรคของการดำเนินงาน และความคิดเห็นต่อระบบสวัสดิการในปัจจุบัน ประสบการณ์ที่น่าสนใจในต่างประเทศ

๔. เชิญผู้แทนส่วนราชการที่เกี่ยวข้องมาให้ข้อมูล และแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นเกี่ยวกับประเด็นปัญหา แนวทางแก้ไขที่หน่วยงานกำลังศึกษาอยู่ และเสนอความเห็นต่อแนวทางการปฏิรูปของคณะกรรมการการ ปฏิรูปเศรษฐกิจ การเงินและการคลัง

๔. สรุปผลการศึกษาวิเคราะห์

ตารางที่ ๑ : ระบบการประกันสุขภาพของประเทศไทย

หัวข้อ	ระบบสวัสดิการ รักษาพยาบาล ข้าราชการ	ระบบหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า	ระบบประกันสังคม	ระบบประกัน สุขภาพของ ภาคเอกชน
๑. ลักษณะพื้นฐาน	สวัสดิการ สำหรับ ข้าราชการ หรือครอบครัว ของข้าราชการ	สิทธิขั้นพื้นฐานของ ประชาชนโดยการร่วม จ่ายยกเว้น ผู้ยากไร้	ความมั่นคงด้านสังคม ต่อลูกจ้างภาคเอกชน	การประกันตนเอง
๒. ผู้มีสิทธิ	ข้าราชการ และผู้อาศัยสิทธิ ของข้าราชการ	ประชาชนที่ไม่ได้อยู่ใน สิทธิข้าราชการ และประกันสังคม	หน่วยงานเอกชน ที่มีลูกจ้าง ๑ คนขึ้นไป	ผู้ที่ซื้อประกันภัย กับบริษัทประกันภัย (ภาคเอกชน)
๓. จำนวนผู้มีสิทธิ	๕.๕ ล้านคน	๔๘.๖ ล้านคน	๑๐.๗ ล้านคน	๓.๔ ล้านคน
๔. แหล่งเงิน หรือแหล่งรายได้	งบประมาณของรัฐ	งบประมาณของรัฐ	สมทบจากรัฐ นายจ้าง และ ลูกจ้างฝ่ายละ เท่ากันร้อยละ ๑.๕ ของ เงินเดือน โดยมีเพดาน เงินเดือน สูงสุดที่ใช้ คำนวณ ๑๕,๐๐๐ บาท	ผู้ซื้อ ประกัน ให้ ตนเอง, ประกันกลุ่ม : หน่วยงานเอกชน ซื้อให้กับพนักงาน
๕. รูปแบบวิธีการ จ่ายเงินให้แก่ สถานพยาบาล	กรณีผู้ป่วยนอก : จ่ายค่ารักษาพยาบาล ตามที่จ่ายจริง กรณีผู้ป่วยใน : ตามรายโรคในอัตรา ที่กำหนด (กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม)	เหมาจ่ายรายหัวสำหรับ ค่ารักษาพยาบาล จำกัดอัตราเบิก ของผู้ป่วยตามรายโรค และจ่ายเพิ่ม กรณีโรคร้ายแรง	เหมาจ่ายรายหัวรวม สำหรับบริการผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในและจ่าย เพิ่มกรณีภาระเสี่ยงและ โรคร้ายแรง	ตามที่ระบุไว้ใน กรมธรรม์ประกันภัย
๖. หน่วยงาน ที่รับผิดชอบ	กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง	สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)	สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน	บริษัทประกันภัย (ภาคเอกชน)
๗. การเข้าถึงยา	ยาในบัญชียาหลัก แห่งชาติ และยานอก บัญชีฯ ภายใต้อกรอบ การใช้ยาอย่าง สมเหตุสมผล	เฉพาะยาในบัญชียา หลักแห่งชาติ	ยาในบัญชียาหลัก แห่งชาติเป็นหลัก แต่ไม่จำกัดสิทธิการใช้ยา นอกบัญชี	ยาในบัญชียาหลัก แห่งชาติและยานอก บัญชีฯตามสิทธิใน กรมธรรม์ประกันภัย

ตารางที่ ๑ แสดงรายละเอียดของระบบสวัสดิการรักษายาบาลต่าง ๆ ดังนี้

๑. ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ ระบบนี้เป็นส่วนหนึ่งของสัญญาว่าจ้างระหว่างนายจ้าง คือ ภาครัฐ และลูกจ้าง คือ ข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ สวัสดิการรักษายาบาลที่นายจ้างจัดให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของค่าตอบแทนซึ่งจะต้องเพียงพอที่จะแข่งขันได้ในตลาดแรงงาน รัฐบาลในฐานะนายจ้างเป็นผู้จ่ายค่ารักษายาบาลแก่โรงพยาบาลรัฐตามที่จ่ายจริง โดยกำหนดให้ใช้ยาในบัญชีหลักแห่งชาติ หากมีความจำเป็นต้องใช้ยานอกบัญชีหลักจะต้องอยู่ภายใต้กรอบการใช้จ่ายอย่างสมเหตุสมผลในกรณีที่ผู้ป่วยใน รัฐบาลจะรับผิดชอบค่าห้องพักและค่าใช้จ่ายตามอัตราโรคที่กำหนดโดยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ผู้ป่วยสามารถเลือกใช้โรงพยาบาลใดก็ได้ที่เป็นของรัฐ

ดังนั้น จำนวนเงินที่จ่ายเป็นค่ารักษายาบาลแต่ละปีจึงมีความไม่แน่นอน ขึ้นอยู่กับจำนวนผู้ใช้สิทธิและค่ารักษายาบาลแต่ละรายแต่ไม่สะท้อนต้นทุนการรักษายาบาลที่แท้จริง เพราะไม่รวมเงินเดือนและค่าตอบแทนแพทย์และบุคลากรในโรงพยาบาล รวมทั้งค่าสาธารณูปโภคต่าง ๆ นอกจากนั้น การให้สิทธิที่จะใช้บริการจากโรงพยาบาลใดก็ได้ที่เป็นของรัฐ ทำให้เกิดผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการติดตามผลการรักษา รวมทั้งอาจมีการรักษาซ้ำซ้อนหรือรักษายาบาลเกินความจำเป็น

ประการสำคัญคือ ในระบบนี้ข้าราชการผู้รับประโยชน์มิใช่ผู้จ่าย แต่ผู้จ่ายซึ่งเป็นผู้รับภาระคือ ประชาชนผู้เสียภาษี (ซึ่งรวมทั้งตัวข้าราชการเองด้วย) เมื่อสังคมเข้าสู่ภาวะที่คนสูงวัยมีสัดส่วนสูงขึ้น คนที่อยู่ในวัยทำงานจะต้องรับภาระอย่างหนัก ระบบนี้จึงมีความเสี่ยงเพราะจะไม่ยั่งยืนในระยะยาว

๒. ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประเทศไทยได้ดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในปี พ.ศ. ๒๕๔๕ วัตถุประสงค์ของโครงการนี้ คือ การจัดสวัสดิการให้ครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มที่ไม่มีสิทธิรับการรักษายาบาลจากระบบสวัสดิการอื่น ๆ ผู้รับบริการต้องจ่ายค่าบริการเพียงครั้งละ ๓๐ บาท ส่วนผู้ยากไร้ไม่ต้องจ่าย รัฐบาลเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายเกือบทั้งหมด เจตนารมณ์ของโครงการนี้ คือ การสร้างหลักประกันความมั่นคงในชีวิตแก่ประชาชนทุกหมู่เหล่า เป็นการลดความเหลื่อมล้ำในสังคมอันเป็นปัญหาที่ทำให้เกิดความขัดแย้ง และเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาเศรษฐกิจอย่างยั่งยืน

อย่างไรก็ตาม แม้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะมีเจตนารมณ์ที่ดี แต่การที่ไม่มีมาตรการกลั่นกรองเพื่อให้ผู้ที่ใช้สิทธิในระบบนี้เป็นผู้ยากจนสมควรจะได้รับการดูแลจากรัฐอย่างแท้จริง จึงทำให้การใช้จ่ายของรัฐขาดประสิทธิภาพ ในปี ๒๕๕๖ มีประชาชนที่ลงทะเบียนใช้สิทธิเป็นจำนวนถึง ๔๙ ล้านคน และด้วยงบประมาณที่มีจำกัดรัฐบาลจึงกำหนดการจ่ายค่ารักษายาบาลให้แก่โรงพยาบาลแบบเหมาจ่ายรายหัว ในอัตราที่ต่ำและไม่สะท้อนต้นทุนที่แท้จริง ทำให้โรงพยาบาลประสบการขาดทุน และโรงพยาบาลของรัฐหลายแห่งต้องประสบปัญหาทางการเงินอย่างรุนแรง แต่แม้กระนั้นในปี ๒๕๕๖ รัฐบาลยังต้องจ่ายเงินถึง ๑๐๖,๕๐๕ ล้านบาท ซึ่งยังไม่รวมผลขาดทุนของโรงพยาบาลรัฐซึ่งรัฐบาลจะต้องจัดหางบประมาณมาชดเชยในภายหลัง รายจ่ายของระบบนี้มีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นต่อไปอย่างไม่สิ้นสุด โดยเฉพาะเมื่อประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในอนาคตอันไม่นานนี้

๓. ระบบประกันสังคม ระบบประกันสังคมเกิดจากความคิดที่จะเสริมสร้างความมั่นคงของชีวิตเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างเศรษฐกิจซึ่งภาคอุตสาหกรรมเข้ามาแทนที่ภาคเกษตร ทำให้ชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนเปลี่ยนจากชุมชนชนบทเป็นชุมชนเมือง และทำให้การพึ่งพาเกื้อกูลกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวล่มสลายไป ดังนั้น จึงจำเป็นต้องสร้างระบบรองรับความมั่นคงของชีวิต หลักการของระบบประกันสังคม คือ ให้นายจ้างและลูกจ้างจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนซึ่งเรียกว่ากองทุนประกันสังคม แต่เนื่องจากผู้ประกอบการส่วนใหญ่ในประเทศไทยเป็นธุรกิจขนาดเล็กและขนาดย่อม ซึ่งยังไม่มีความเข้มแข็งพอ

ที่จะรับผิดชอบต่อการนี้ได้ รัฐบาลจึงได้ช่วยจ่ายสมทบเข้ากองทุนโดยกำหนดสัดส่วนของทั้ง ๓ ฝ่าย เท่า ๆ กัน ฝ่ายละ ๑.๕ เปอร์เซ็นต์ของเงินเดือน โดยกำหนดเพดานเงินเดือนสูงสุดไว้ที่ ๑๕,๐๐๐ บาท กองทุนประกันสังคม จะให้ความคุ้มครองและหลักประกันแก่ลูกจ้างที่เจ็บป่วยได้รับอันตราย ทูพลภาพหรือตายอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน รวมทั้งการคลอดบุตร สงเคราะห์บุตร ชราภาพ และว่างงาน

นอกจากนี้ ยังได้จัดตั้งกองทุนเงินทดแทน ซึ่งให้ความคุ้มครองแก่ลูกจ้างที่ประสบอันตราย อันเนื่องจากการทำงาน กองทุนทดแทนกำหนดให้นายจ้างเป็นผู้จ่ายเพียงฝ่ายเดียว

กองทุนทั้งสองนี้บริหารโดยสำนักงานประกันสังคม สำนักงานจะคัดเลือกโรงพยาบาลที่เข้าหลักเกณฑ์และขึ้นทะเบียนเป็นคู่สัญญาเพื่อให้ลูกจ้างเลือก จากนั้นจึงจ่ายเงินให้แก่โรงพยาบาล แต่ละแห่งแบบเหมาจ่ายรายหัวตามอัตราที่ตกลงกันและตามจำนวนลูกจ้างที่เลือกไว้ ลูกจ้างจะต้องเข้ารับการรักษาจากโรงพยาบาลที่เลือกไว้เท่านั้น แต่ในกรณีฉุกเฉินลูกจ้างสามารถเข้ารับการรักษาจากโรงพยาบาลอื่นที่เป็นคู่สัญญาและขึ้นทะเบียนกับสำนักงานได้

แหล่งที่มาของกองทุนประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทนจึงมีความแน่นอน แต่ก็ยังเป็นระบบที่รายได้และรายจ่ายไม่สัมพันธ์กัน โครงสร้างของอายุของประชากรในอนาคตจะทำให้อัตราเพิ่มของรายจ่ายสูงกว่าอัตราเพิ่มของรายได้ เว้นแต่จะมีการปรับเพิ่มอัตราการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนให้สูงขึ้น แม้รัฐบาลจะไม่ต้องรับผิดชอบต่อเงินจ่ายอย่างไม่จำกัดเช่นระบบสวัสดิการของข้าราชการและระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ความมั่นคงและความสามารถในการคงระบบไว้ให้ยั่งยืนจะเป็นประเด็นปัญหาเช่นเดียวกับ ๒ ระบบข้างต้น และหากระบบการจ่ายเงินสมทบ ๓ ฝ่ายไม่เพียงพอ จะเป็นความเสี่ยงของภาครัฐที่ต้องรับผิดชอบต่อที่สุด

๔. ระบบประกันสุขภาพเอกชน การประกันสุขภาพเอกชนดำเนินงานโดยบริษัทประกันชีวิตและบริษัทประกันวินาศภัย การประกันสุขภาพโดยภาคเอกชนมี ๒ รูปแบบ คือ การประกันสุขภาพส่วนบุคคล และการประกันสุขภาพกลุ่ม ทั้ง ๒ รูปแบบนี้ให้ความคุ้มครองการรักษาพยาบาลเจ็บป่วยจากโรคภัย และการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ โดยแบ่งเป็น ๓ ประเภทคือ

๑) ผลประโยชน์ชดเชยสำหรับผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล ได้แก่ ค่าห้องพักและค่าอาหาร ค่าปรึกษาแพทย์ ค่ายารักษาโรค ค่ารถพยาบาลและอุปกรณ์อื่น ๆ รวมถึงค่าบริการห้องผ่าตัดต่าง ๆ

๒) ผลประโยชน์ชดเชยสำหรับผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล ได้แก่ การรักษาทางการแพทย์ ในโรงพยาบาลหรือคลินิกที่มีแพทย์ผู้มีใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์ประจำอยู่ โดยไม่ต้องพักรักษาตัวเป็นคนไข้ใน ผู้เอาประกันได้รับบาดเจ็บเล็กน้อย ๆ สามารถรักษาโดยไม่ต้องใช้เวลานาน หรือไม่ต้องใช้เครื่องมือทางการแพทย์เฉพาะโรค

๓) ผลประโยชน์เพิ่มเติมอื่น ๆ ตามที่ระบุในเอกสารแนบท้ายสัญญาประกัน ผลประโยชน์ประเภทนี้แตกต่างกันไปตามสัญญาการคุ้มครอง เช่น การคุ้มครองการคลอดบุตร การรักษาทันตกรรม การดูแลรักษาโดยพยาบาลพิเศษ หรือการเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง เป็นต้น

ตารางที่ ๒ : ความครอบคลุมของการมีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐ ปี พ.ศ. ๒๕๕๐ - ๒๕๕๖

ประเภท	๒๕๕๐	๒๕๕๑	๒๕๕๒	๒๕๕๓	๒๕๕๔	๒๕๕๕	๒๕๕๖
สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า	๔๖,๖๗๒,๖๑๓	๔๖,๙๔๙,๒๖๗	๔๗,๕๕๘,๔๕๖	๔๗,๗๒๙,๕๑๖	๔๘,๑๑๖,๗๘๙	๔๘,๖๒๐,๑๐๔	๔๘,๖๑๒,๐๐๗
สิทธิประกันสังคม	๙,๕๘๑,๗๔๑	๙,๘๓๕,๕๒๘	๙,๖๑๖,๖๐๒	๙,๘๙๙,๖๘๗	๑๐,๑๖๗,๖๗๑	๑๐,๓๒๗,๑๒๙	๑๐,๖๖๐,๔๓๓
สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ข้าราชการการเมือง	๕,๑๓๒,๕๕๖	๕,๐๐๒,๑๐๖	๔,๙๕๕,๓๑๓	๔,๙๑๘,๕๔๔	๔,๙๖๕,๐๑๔	๔,๙๖๗,๕๗๕	๔,๗๕๒,๒๔๐
สิทธิอื่นๆ	๒๔๒,๓๑๙	๒๓๗,๓๗๕	๒๓๒,๑๓๕	๕๑๖,๒๕๔	๖๓๘,๓๑๘	๖๑๐,๔๔๔	๖๗๓,๗๔๓
สิทธิทหารผ่านศึก	๑๓๑,๒๗๒	๑๒๘,๑๕๐	๑๒๔,๗๘๓	๑๒๒,๓๒๑	๑๖๖,๖๙๘	๑๖๔,๐๒๗	๑๖๐,๙๖๑
สิทธิครูเอกชน	๑๑๑,๐๔๗	๑๐๙,๒๒๕	๑๐๗,๓๕๒	๑๐๕,๗๐๙	๑๐๔,๓๓๑	๑๐๒,๘๓๔	๙๙,๒๓๓
บุคคลที่มีปัญหาสถานะสิทธิ <sup>๑</sup>				๒๘๘,๒๒๔	๓๖๗,๒๘๙	๓๔๓,๕๘๓	๔๑๓,๕๔๙
สิทธิว่าง <sup>๒</sup>	๗๗๙,๒๖๓	๕๒๒,๓๕๒	๓๓๒,๕๔๑	๔๐๗,๒๘๙	๓๑,๙๐๖	๖๕,๑๑๓	๘๑,๙๘๓
ประชากรที่ลงทะเบียนในหลักประกันสุขภาพ <sup>๓</sup>	๖๑,๖๒๙,๒๒๙	๖๒,๐๒๔,๒๗๖	๖๒,๓๖๒,๕๐๖	๖๓,๐๖๔,๐๐๑	๖๓,๘๘๗,๗๙๒	๖๔,๕๒๕,๒๕๒	๖๔,๖๙๘,๔๒๓
ประชากรผู้มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพ	๖๒,๔๐๘,๔๙๒	๖๒,๕๕๖,๖๒๘	๖๒,๖๙๕,๐๔๗	๖๓,๔๗๑,๒๙๐	๖๓,๙๑๙,๖๙๘	๖๔,๕๙๐,๓๖๕	๖๔,๗๘๐,๔๐๖
ความครอบคลุมของสิทธิ (%) <sup>๔</sup>	๙๘.๗๕	๙๙.๑๖	๙๙.๔๗	๙๙.๓๖	๙๙.๙๕	๙๙.๙	๙๙.๘๗

ที่มา : ระบบฐานข้อมูลด้านสังคมและคุณภาพชีวิต สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

หมายเหตุ: หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้เริ่มดำเนินการทั่วประเทศ ปี ๒๕๔๕ ในปี ๒๕๔๗ และก่อนหน้านั้น สิทธิทหารผ่านศึก และสิทธิครูเอกชน ได้จัดอยู่ในกลุ่มสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ทหารผ่านศึกและครูเอกชนเข้าระบบประกันสุขภาพปี ๒๕๔๘)

<sup>๑</sup> บุคคลที่มีปัญหาสถานะสิทธิ เริ่มบันทึกข้อมูลปี ๒๕๕๓

<sup>๒</sup> สิทธิว่าง หมายถึง ผู้ที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและไม่มีสิทธิรักษาพยาบาลอื่นใดที่รัฐจัดให้

<sup>๓</sup> คำนวณจากผู้ลงทะเบียนในสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า+สิทธิประกันสังคม+สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ข้าราชการการเมือง+สิทธิทหารผ่านศึก+สิทธิครูเอกชน (ไม่รวมสิทธิว่าง)

<sup>๔</sup> สัดส่วนของประชากรที่ลงทะเบียนในหลักประกันสุขภาพ ต่อประชากรผู้มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพ

ตารางที่ ๒ แสดงความครอบคลุมของการมีสิทธิในระบบสวัสดิการรักษายาบาลของรัฐ มีข้อสังเกตดังนี้

๑. จำนวนผู้ลงทะเบียนใช้สิทธิในกรณีประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยตลอดจาก ๔๖.๗ ล้านคน ในปี ๒๕๕๐ เป็น ๔๘.๖ ล้านคน ในปี ๒๕๕๖ ส่วนกรณีประกันสังคมก็เพิ่มจาก ๙.๖ ล้านคน ในปี ๒๕๕๐ เป็น ๑๐.๗ ล้านคน ในปี ๒๕๕๖ แต่ในปี ๒๕๕๒ มีจำนวนลดลงเหลือ ๙.๖ ล้านคน จากจำนวน ๙.๘ ล้านคน ในปี ๒๕๕๑ เนื่องจากผลกระทบทางเศรษฐกิจ สำหรับกรณีสวัสดิการข้าราชการมีจำนวนผันผวนระหว่าง ๔.๘ - ๕.๑ ล้านคน ในช่วงเดียวกัน

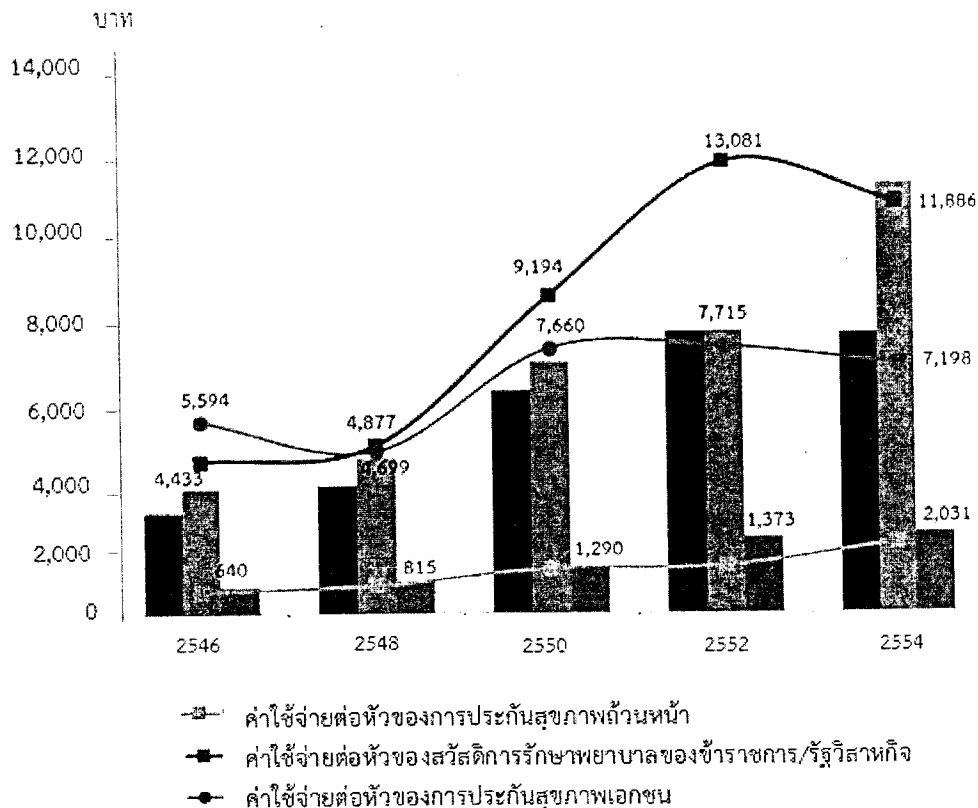
๒. กรณีสวัสดิการทหารผ่านศึกมีจำนวนลดลงจาก ๐.๑๓ ล้านคนในปี ๒๕๕๐ เหลือ ๐.๑๒ ล้านคน ในปี ๒๕๕๓ และกลับเพิ่มเป็นประมาณ ๐.๑๖ ล้านคนในปี ๒๕๕๔ และลดลงเล็กน้อยในช่วงที่เหลือ

๓. จำนวนครูผู้ลงทะเบียนใช้สิทธิมีแนวโน้มลดลงตลอดจาก ๐.๑๑ ล้านคนในปี ๒๕๕๐ เหลือเพียง ๐.๑๐ ล้านคน ในปี ๒๕๕๖

๔. จำนวนผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันถ้วนหน้าแต่ไม่ลงทะเบียนใช้สิทธิลดลงอย่างรวดเร็วจาก ๐.๘ ล้านคน ในปี ๒๕๕๐ เหลือเพียง ๐.๐๘ ล้านคน ในปี ๒๕๕๖

๕. เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของผู้ลงทะเบียนใช้สิทธิต่อจำนวนผู้มีสิทธิทุกระบบรวมกัน จะพบว่ามีสัดส่วนสูงขึ้นถึงร้อยละ ๙๘.๘ ในปี ๒๕๕๐ และเพิ่มขึ้นตลอดช่วง จนถึงร้อยละ ๙๙.๙ ในปี ๒๕๕๖

แผนภาพที่ ๑ : ค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายรายหัวของสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการประกันสุขภาพเอกชน



ที่มา : คำนวณข้อมูลจากบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข และการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ สำนักงานสถิติแห่งชาติ

การศึกษาแนวโน้มค่าใช้จ่ายของระบบสวัสดิการข้าราชการ ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า และระบบประกันสุขภาพเอกชน จะแสดงความรุนแรงของปัญหาการระดมเงินคลังได้เป็นอย่างดี

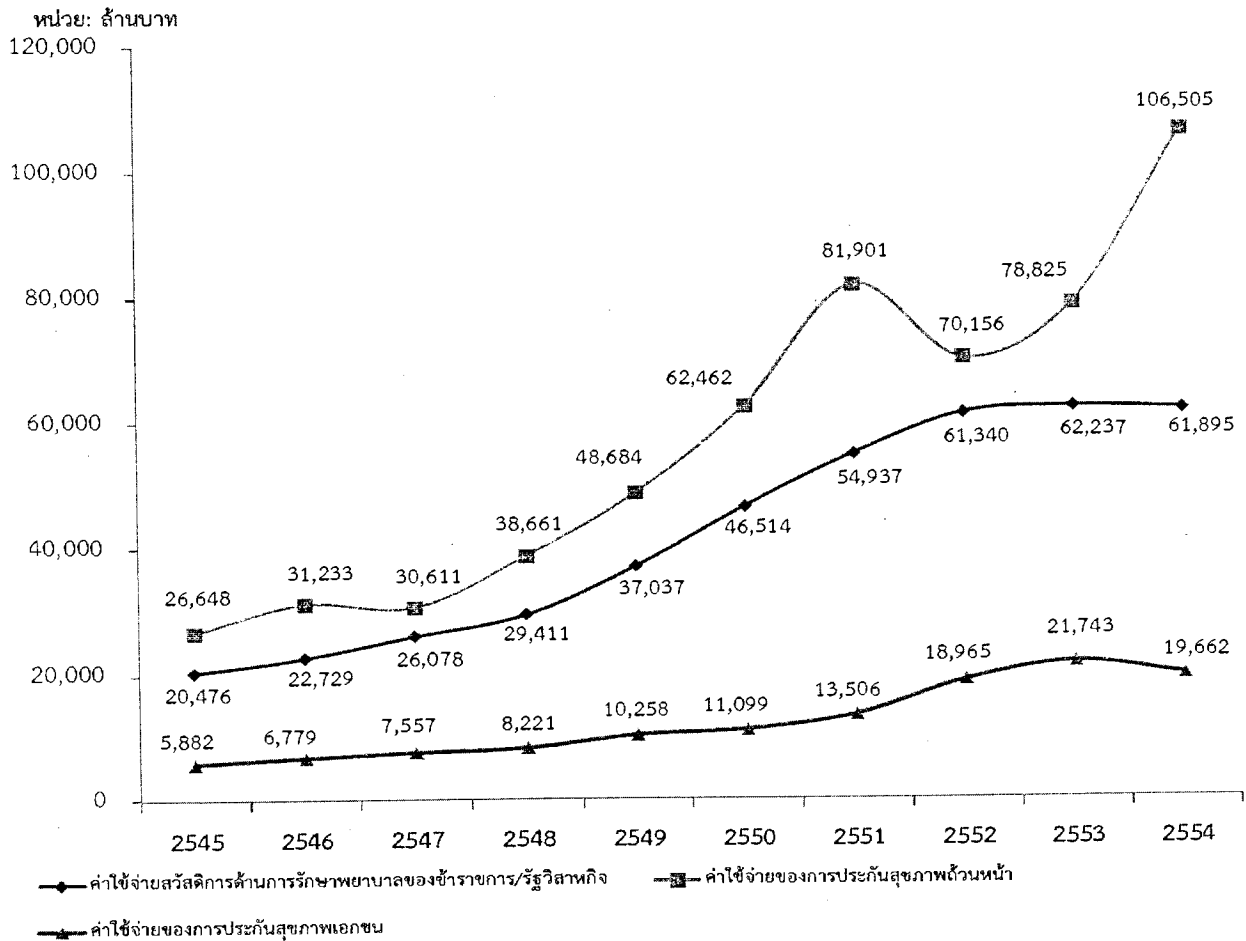
แผนภาพที่ ๑ แสดงค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลต่อหัวของทั้ง ๓ ระบบ จากภาพจะเห็นว่า

- ระบบสวัสดิการข้าราชการมีค่าใช้จ่ายต่อหัวสูงกว่าระบบอื่น ๆ และมีอัตราเพิ่มสูงอย่างเห็นได้ชัดในช่วงปี ๒๕๔๖ – ๒๕๕๒ โดยเพิ่มจาก ๔,๔๓๓ บาทต่อหัว ในปี ๒๕๔๖ เป็น ๑๓,๐๘๑ บาทต่อหัว ในปี ๒๕๕๒ และลดลงเล็กน้อยเป็น ๑๑,๘๘๖ บาทต่อหัวในปี ๒๕๕๔ ค่าใช้จ่ายที่สูงนี้เป็นเพราะประชากรกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีความคาดหวังสูง จึงมักเรียกร้องวิธีการรักษาที่มีคุณภาพ และอาจมีการรักษาหรือใช้ยาเกินความจำเป็น ในปี ๒๕๕๓ รัฐบาลได้เพิ่มความเข้มงวดในการอนุมัติการรักษาและการใช้ยา ที่เห็นว่าไม่จำเป็น จึงทำให้ค่าใช้จ่ายต่อหัวลดลงเล็กน้อย

- ในระบบประกันสุขภาพเอกชน มีค่าใช้จ่ายต่อหัวต่ำกว่าระบบข้าราชการ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะผู้เอาประกันส่วนใหญ่ยังอยู่ในวัยทำงาน ประกอบกับบริษัทประกันมีระบบการควบคุม และตรวจสอบการรักษาและการใช้ยาที่รัดกุมกว่าภาครัฐ อย่างไรก็ตามค่าใช้จ่ายต่อหัวในช่วงปี ๒๕๔๘ - ๒๕๕๐ เพิ่มขึ้นมาก จาก ๔,๖๙๙ บาทเป็น ๗,๖๖๐ บาท และหลังจากนั้นก็ลดลงเล็กน้อยและมีการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างน้อยในช่วงที่กล่าว

- ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีค่าใช้จ่ายต่อหัวค่อนข้างต่ำ เพราะรัฐบาลจัดสรรงบประมาณภายใต้ความจำกัดหลายประการ รัฐบาลจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่โรงพยาบาลของรัฐแบบเหมารายหัว โดยเริ่มจาก ๖๔๐ บาทต่อหัวในปี ๒๕๔๖ และค่อย ๆ เพิ่มในปีต่อ ๆ มา จนถึง ๒,๐๓๑ บาทต่อหัว ในปี ๒๕๕๔ ซึ่งเป็นอัตราที่ไม่สะท้อนต้นทุนที่แท้จริงในการรักษาพยาบาลและทำให้ขาดทุน เป็นเหตุให้โรงพยาบาลของรัฐหลายแห่งประสบปัญหาทางการเงินอย่างรุนแรง ซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพในการรักษาพยาบาลด้วย นอกจากนี้ การที่ระบบนี้ครอบคลุมประชากรเป็นจำนวนถึง ๔๘.๖ ล้านคน ทำให้แพทย์และบุคลากรของโรงพยาบาลต้องรับภาระอย่างหนัก จากการศึกษาการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลบางแห่ง พบว่ามีผู้ป่วยที่ต้องรับการรักษาจากผู้ให้บริการซึ่งมิใช่แพทย์ถึงร้อยละ ๔๔ ของผู้ป่วยทั้งหมด ดังนั้น แม้โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะมีวัตถุประสงค์ที่ดี แต่การให้หลักประกันแก่ประชาชนเป็นจำนวนมากโดยไม่คำนึงถึงความพร้อมของงบประมาณและขีดความสามารถในการให้บริการของโรงพยาบาลของรัฐ จึงเป็นปัญหาใหญ่ที่จะต้องแก้ไข

แผนภาพที่ ๒: ค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลของสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า และประกันสุขภาพเอกชน ๒๕๔๕ - ๒๕๕๔



ที่มา : บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

แผนภาพที่ ๒ แสดงค่าใช้จ่ายรวมในการรักษาพยาบาลของทั้ง ๓ ระบบ ดังได้กล่าวมาแล้วว่า ระบบสวัสดิการข้าราชการเป็นรายจ่ายจากงบประมาณแผ่นดินตามค่าใช้จ่ายจริง ส่วนระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นการจ่ายแบบเหมารายหัวและจ่ายจากงบประมาณแผ่นดินเช่นเดียวกัน และระบบประกันสุขภาพเอกชน การจ่ายจะเป็นไปตามที่ระบุในกรมธรรม์ประกันภัย ในปี ๒๕๔๕ ซึ่งเป็นปีที่เริ่มโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีรายจ่ายรวมเพียง ๒๖,๖๔๘ ล้านบาท และในช่วง ๓ ปีแรกมีอัตราการเพิ่มน้อยมาก เป็นเงิน ๓๑,๒๓๓ ล้านบาท ในปี ๒๕๔๖ และ ๓๐,๖๑๑ ล้านบาทในปี ๒๕๔๗ แต่หลังจากนั้นก็เพิ่มอย่างก้าวกระโดดจนถึง ๘๑,๙๐๑ ล้านบาท ในปี ๒๕๕๑ หลังจากนั้นลดเหลือ ๗๐,๑๕๖ ล้านบาทในปี ๒๕๕๒ และกลับเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วอีกครั้งหนึ่ง จนถึง ๑๐๖,๕๐๕ ล้านบาท ในปี ๒๕๕๔

ในระบบสวัสดิการข้าราชการ ในปี ๒๕๔๕ มีค่าใช้จ่ายเพียง ๒๐,๔๗๖ ล้านบาท และค่อย ๆ เพิ่มขึ้นในช่วง ๒ - ๓ ปีต่อมาจนถึง ๒๙,๔๑๑ ล้านบาทในปี ๒๕๔๘ ต่อจากนั้นก็เพิ่มขึ้นในอัตราเร่งโดยตลอด และมาชะลออยู่ที่ระดับหกหมื่นล้านบาทเศษในช่วงปี ๒๕๕๒ - ๒๕๕๔

สำหรับระบบประกันสุขภาพของภาคเอกชนนั้น มีรายจ่ายที่ต่ำกว่าระบบสวัสดิการของรัฐทั้ง ๒ ระบบ และมีการเปลี่ยนแปลงที่น้อยมากตลอดช่วง ทั้งนี้ เพราะประชาชนที่ประกันตนเองยังมีน้อย รวมทั้งมีระบบการควบคุมและตรวจสอบค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างรัดกุม



## ๕. บทบาทของภาคเอกชนในการมีส่วนร่วมในบริการรักษาพยาบาล

ระบบสวัสดิการรักษายาบาลซึ่งจัดโดยรัฐนั้นครอบคลุมประชาชนทั่วประเทศ แต่ก็มีประชาชนส่วนหนึ่งไม่ประสงค์จะใช้สิทธินี้ แต่รับการรักษาพยาบาลจากคลินิกหรือจากโรงพยาบาลเอกชนด้วยค่าใช้จ่ายของตนเอง มีประชาชนเพียงส่วนน้อยที่ประกันตนเอง เมื่อพิจารณาจากแนวโน้มการเพิ่มของค่าใช้จ่ายของรัฐผ่านระบบสวัสดิการทั้ง ๓ ระบบแล้ว เป็นที่กังวลว่ารัฐจะไม่สามารถรับภาระได้โดยไม่ปรับเปลี่ยนหลักเกณฑ์บางประการ แต่จะต้องคงหลักการที่จะให้ประกันแก่ประชาชนให้เข้าถึงบริการรักษาพยาบาลได้อย่างถ้วนหน้า

หลักการประกันสุขภาพถ้วนหน้าอันเป็นสากลนั้น มุ่งเน้นให้ประชาชนที่ด้อยโอกาสสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องมีหลักเกณฑ์ในการกลั่นกรองผู้ที่มีความสามารถจะพึ่งตนเองได้ให้รับผิดชอบตนเองเพื่อความเป็นธรรมแก่ประชาชนผู้เสียภาษีอากร

ปัจจุบันประเทศไทยมีประชากร ๖๖ ล้านคน แต่มีผู้ยื่นแบบแสดงเงินได้เพื่อเสียภาษีเพียง ๑๐ ล้านคน ในจำนวนนี้มีผู้เสียภาษีเพียง ๓.๖๔ ล้านคน เพราะผู้ยื่นแบบส่วนใหญ่สามารถหักลดหย่อนค่าใช้จ่ายต่าง ๆ จนเงินได้ที่เหลือไม่ถึงขั้นต้องเสียภาษี เมื่อพิจารณาต่อไปถึงอนาคตเมื่อประเทศไทยเข้าสู่ภาวะสังคมสูงวัย ซึ่งรัฐจะต้องมีภาระในการอุดหนุนการออมเพื่อวัยชราภาพและเงินบำนาญชราภาพอีกจำนวนมาก ประชาชนผู้เสียภาษีจะรับภาระได้อย่างไร

อย่างไรก็ตาม ความเจ็บป่วยเป็นความเสี่ยงของชีวิตที่ไม่สามารถคาดคะเนล่วงหน้าได้ว่ามีความจำเป็นต้องรับการรักษาเมื่อใด และมีค่าใช้จ่ายเท่าใด ซึ่งอาจจะเป็นภาระที่หนักเกินความสามารถที่จะรับได้ในประเทศที่มีระดับการพัฒนาใกล้เคียงกับประเทศไทย ประชาชนจึงประกันตนเองเพื่อลดความเสี่ยงนี้

การประกันสุขภาพตนเองในหมู่ประชาชนไทยยังมีน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่น ๆ ที่มีระดับการพัฒนาใกล้เคียงกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการของการประกันภัย และอาจเป็นเพราะว่าระบบสวัสดิการรักษายาบาลที่รัฐจัดให้นั้นสามารถรองรับภาระของตนได้

ในระบบประกันภัยประเภทต่าง ๆ นั้น หลักการสำคัญ คือ การที่สมาชิกตกลงช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยการกระจายความเสี่ยงไปสู่สมาชิก การประกันที่มีประสิทธิภาพจะต้องมีสมาชิกเข้าร่วมเป็นจำนวนมาก ตามหลักของ Law of large number ซึ่งเมื่อมีสมาชิกเข้าร่วมมาก ความเสี่ยงที่กระจายไปสู่สมาชิกแต่ละคนจะน้อยและค่าเบี้ยประกันก็จะต่ำลงด้วย รัฐบาลสามารถให้สิ่งจูงใจด้วยมาตรการภาษีเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนประกันตนเองมากขึ้น

ปัจจุบันผู้มีเงินได้สามารถนำค่าเบี้ยประกันชีวิตมาหักค่าลดหย่อนภาษีได้ไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท แต่ไม่สามารถนำค่าเบี้ยประกันสุขภาพมาหักลดหย่อนได้ ในทางตรงกันข้าม ในกรณีที่ผู้มีเงินได้ทำประกันสุขภาพให้แก่บิดามารดาของตนเอง หรือของคู่สมรส หรือทำประกันสุขภาพให้แก่คู่สมรสที่มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ สามารถนำค่าเบี้ยประกันไปหักลดหย่อนภาษีได้ไม่เกิน ๑๕,๐๐๐ บาท ดังนั้นเพื่อเป็นการจูงใจให้ประชาชนทำประกันสุขภาพของตนเอง รัฐบาลควรพิจารณาปรับปรุงหลักเกณฑ์ให้สามารถนำค่าเบี้ยประกันสุขภาพมาหักลดหย่อนภาษีได้ โดยนำเบี้ยประกันสุขภาพไปหักรวมกับเบี้ยประกันชีวิตในวงเงินไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท เท่าเดิม มาตรการนี้จะไม่ขยายสิทธิเกินสิทธิที่ได้รับอยู่แล้ว จึงไม่น่าจะมีผลกระทบต่อการจัดเก็บภาษีมากนัก แต่หากมีผู้ทำประกันตนเองมากขึ้นจะเป็นการลดภาระทางการคลังในการดูแลสุขภาพของประชาชนในส่วนใหญ่ที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ แต่เป็นการลดความกดดันต่อภาระของโรงพยาบาลและแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐด้วย

จากประสบการณ์ของประเทศที่ระบบประกันสุขภาพตนเองแพร่หลายและก้าวหน้าไปมากพบว่าเมื่อประชาชนมีการประกันตนเองเป็นจำนวนมากจะทำให้เกิดการแข่งขันและทำให้อัตราเบี้ยประกันต่ำลงรวมทั้งสิทธิในการรักษาพยาบาลก็จะดีขึ้นด้วย

แม้ปัจจุบันมีประชาชนประกันตนเองน้อย เพียง ๓.๔ ล้านคน แต่บริษัทประกันชีวิตและบริษัทประกันวินาศภัยก็ได้จัดทำข้อมูลสุขภาพของผู้ประกันตน ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและบาดเจ็บ และข้อมูลที่สำคัญอื่น ๆ ความร่วมมือระหว่างบริษัทประกันภัยในการสร้างระบบความเชื่อมโยงของข้อมูลมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อการวินิจฉัยเมื่อมีการใช้บริการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลหลายแห่ง หากมีการขยายฐานข้อมูลเมื่อจำนวนผู้ประกันตนมีมากขึ้นจะสามารถจัดตั้งศูนย์กลางข้อมูลสุขภาพทั่วประเทศ ทำให้เกิดความสะดวกในการติดตามผลการรักษา และลดปัญหาการรักษาค้ำซ้อนสิ้นเปลืองโดยไม่จำเป็น

ปัจจุบันมีการร้องเรียนอยู่เสมอเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลเอกชนว่ามีราคาสูงอย่างไม่สมเหตุสมผลและไม่มีความโปร่งใส จึงมีเสียงเรียกร้องให้รัฐดำเนินการควบคุมราคายาและค่ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน แต่มาตรการนี้จะก่อให้เกิดผลเสียอย่างมากแม้จะเริ่มต้นด้วยเจตนาที่ดี การควบคุมใด ๆ ย่อมเกิดปัญหาว่าควบคุมเพียงใดจึงจะเหมาะสม หากโน้มเอียงไปในทางที่จะคุ้มครองผู้บริโภคฝ่ายเดียวโดยไม่คำนึงถึงต้นทุนและคุณภาพของโรงพยาบาลแต่ละแห่งจะมีผลกระทบต่อคุณภาพของบริการนั้น ๆ ได้ และการควบคุมนั้นจะยอมรับในความแตกต่างของคุณภาพและความสะดวกสบายในการรักษาของแต่ละโรงพยาบาลได้อย่างไร

ในประเทศที่ระบบการประกันสุขภาพตนเองมีการพัฒนาก้าวหน้าไปมาก บริษัทประกันภัยจะเป็นแกนนำในการหารือร่วมกับโรงพยาบาลต่าง ๆ เพื่อร่วมกันกำหนดมาตรฐานในการรักษาโรคสำคัญ ๆ เป็นรายโรค ทำให้การคิดค่ารักษาพยาบาลมีความโปร่งใส และให้โอกาสผู้ประกันตนที่จะเลือกใช้บริการจากโรงพยาบาลใดก็ได้ตามที่กรมธรรม์กำหนด เป็นการลดความขัดแย้งระหว่างผู้เจ็บป่วยและโรงพยาบาล และเพิ่มความเชื่อมั่นในหลักประกันความมั่นคงของชีวิต

ในระบบสวัสดิการรักษายาของข้าราชการนั้น ในระยะยาวรัฐบาลก็อาจพิจารณาความเหมาะสมในการโอนภาระค่าใช้จ่ายบางส่วนไปเป็นค่าเบี้ยประกันระดับพื้นฐาน และรัฐบาลจ่ายส่วนที่เกินวงเงินค่าประกัน ดังนั้น จะช่วยทำให้สามารถจัดหางบประมาณได้ง่ายขึ้น และระบบประกันสุขภาพเอกชนจะมีประสิทธิภาพในการควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้ดีกว่า

## ๖. วัตถุประสงค์ของการปฏิรูป

๑. ปรับปรุงหลักเกณฑ์การประกันสุขภาพเพื่อให้มั่นใจว่าประชาชนที่ด้อยโอกาสหรือไม่สามารถพึ่งตนเองได้ให้ได้รับการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง
๒. โอนความรับผิดชอบในการรักษาพยาบาลให้ประชาชนที่มีความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเอง โดยให้สิ่งจูงใจด้านมาตรการภาษี
๓. ส่งเสริมให้ภาคเอกชนมีการแข่งขันอย่างเป็นธรรมเพื่อให้มีส่วนร่วมในการให้บริการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ และมีระบบบรรณาภิบาลที่ดี
๔. ลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความยั่งยืนของระบบสวัสดิการรักษายาให้ประชาชนทุกหมู่เหล่าได้รับความมั่นคงในชีวิตอย่างเท่าเทียมกัน

## ๗. ข้อเสนอประเด็นการปฏิรูป

การปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลเพื่อให้ความยั่งยืน และสามารถให้บริการแก่ประชาชนทุกหมู่เหล่าได้อย่างมีคุณภาพและมีความทั่วถึง จะต้องเน้นทั้งด้านการรักษาสุขภาพเพื่อป้องกันการเจ็บป่วย และด้านการรักษายาบาลที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพโดยไม่สร้างภาระทางการคลังจนบั่นทอนความยั่งยืน

### ด้านการป้องกัน

๑. สนับสนุนสำนักงานกองทุนส่งเสริมสุขภาพ (ส.ส.ส.) ให้จัดทำแผนงานส่งเสริมสุขภาพของประชาชนตั้งแต่เด็กทารก วัยเด็ก วัยหนุ่มสาว วัยทำงานถึงวัยชรา โดยร่วมมือกับสถาบันการศึกษา องค์กรต่างๆ และชุมชน และครอบคลุมสุขภาพด้านต่าง ๆ ทั้งด้านอาหาร การออกกำลังกาย และการหย่อนใจที่ถูกสุขลักษณะ การรักษาสีงแวดล้อม ความปลอดภัยในการเดินทาง และความปลอดภัยในสถานที่ทำงาน เป็นต้น

๒. ส่งเสริมองค์กรและชุมชนท้องถิ่นให้มีบทบาทในการส่งเสริมสาธารณสุขขั้นพื้นฐานของชุมชน ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ และมีบริการให้คำแนะนำหรือดูแลรักษาขั้นพื้นฐานก่อนที่จะต้องส่งเพื่อรับการรักษาจากแพทย์

๓. ส่งเสริมให้ประชาชนมีจิตสำนึกในการเตรียมความพร้อมสำหรับการดำรงชีพในวัยชรา โดยการประกันสุขภาพตนเอง รัฐบาลสามารถกระตุ้นความตื่นตัวของประชาชนโดยการณรงค์ร่วมกับภาคเอกชนและสถานศึกษา สนับสนุนให้ประชาชนที่มีความสามารถทางการเงินเตรียมความพร้อมโดยการประกันสุขภาพตนเอง

### ด้านการรักษายาบาล

๑. กำหนดให้ประชาชนทุกคนมีหน้าที่ต้องยื่นแบบแสดงรายการภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดหลักเกณฑ์ของผู้ที่สมควรได้รับสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลของรัฐ มาตรการนี้จะทำให้เกิดผลดีต่อประเทศนานับการ กล่าวคือ นอกจากจะทำให้ทราบฐานะที่แท้จริงของประชาชนทุกคน เพื่อให้ระบบสวัสดิการต่าง ๆ ของรัฐไม่เกิดความสิ้นเปลืองแล้ว ยังเป็นการขยายฐานภาษีให้กว้างขวางขึ้น ทำให้สามารถจัดเก็บภาษีได้เต็มเม็ดเต็มหน่วย และเป็นการปลูกจิตสำนึกให้ประชาชนมีความรับผิดชอบในการตรวจสอบการใช้อำนาจรัฐ และมีส่วนร่วมในการบริหารและการปกครองประเทศในระบบประชาธิปไตย

๒. จัดตั้งศูนย์กลางข้อมูลสุขภาพเพื่อให้สถานพยาบาลต่าง ๆ สามารถเข้าถึงข้อมูลของผู้เจ็บป่วยเพื่อให้ง่ายต่อการวินิจฉัยและติดตามผลการรักษา นอกจากนี้ยังลดการรักษาซ้ำซ้อนในกรณีที่คนไข้ใช้บริการจากโรงพยาบาลหลายแห่ง

๓. ลดความจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องพบแพทย์ทุกคน โดยการจัดระบบการตรวจอาการเบื้องต้นก่อนที่จะพบแพทย์ รวมทั้งการตรวจเพื่อติดตามผลการรักษาในกรณีที่ผู้ป่วยเรื้อรัง หากสามารถให้คำแนะนำหรือรักษาได้โดยไม่ต้องส่งแพทย์ทุกรายจะลดภาระของแพทย์ลงได้มาก

๔. พิจารณาความเหมาะสมของการนำระบบการมีส่วนร่วมจ่ายเพื่อจูงใจให้มีจิตสำนึกในการประหยัดค่ารักษายาบาลและลดการรักษายาบาลที่เกินความจำเป็น

๕. ในระยะยาว ควรทบทวนบทบาทของภาครัฐในการบริการรักษาพยาบาล โดยเน้นการอุดหนุนด้านอุปสงค์ (คือการให้สิ่งจูงใจเพื่อลดภาระค่ารักษาพยาบาล) แทนการอุดหนุนด้านอุปทาน (คือการให้บริการโดยรัฐโดยตรง) เพื่อให้รัฐมีทรัพยากรเพียงพอสำหรับงานด้านการวิจัยและการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ที่มีคุณภาพสูง

๖. กำกับดูแลให้การรักษาพยาบาลของเอกชนมีการแข่งขันอย่างเสรีและเป็นธรรม ปราศจากการผูกขาดหรือการมีอำนาจเหนือตลาด และมีการดำเนินงานอย่างโปร่งใสภายใต้หลักธรรมาภิบาลที่ดี

#### ๘. ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะได้

๑. ประชาชนทุกหมู่เหล่าสามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลได้อย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ
๒. ลดภาระทางด้านงบประมาณสำหรับสวัสดิการรักษายาบาลให้มีความยั่งยืน
๓. ภาคเอกชนสามารถพัฒนาคุณภาพและประสิทธิภาพของบริการ และเป็นหน่วยงานในการดูแลรักษาสุขภาพที่ประชาชนสามารถให้ความเชื่อมั่นได้คู่เคียงกับโรงพยาบาลของรัฐ
๔. มีการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างครบวงจรโดยไม่เป็นภาระทางด้านคลั่ง ทำให้ชุมชนและเอกชนมีจิตสำนึกในความรับผิดชอบต่อตนเอง ซึ่งเป็นคุณสมบัติประการสำคัญของการปกครองในระบอบประชาธิปไตย
๕. สังคมมีความเท่าเทียมและเป็นธรรมมากขึ้น ประชาชนทุกหมู่เหล่าสามารถอยู่ร่วมกันได้ด้วยความสงบสุข เป็นปัจจัยสำคัญของการเติบโตอย่างยั่งยืนทางเศรษฐกิจ

#### ๙. ตัวชี้วัดความสำเร็จตามผลลัพธ์

๑. งบประมาณรายจ่ายภาครัฐในการจัดหาบริการรักษาพยาบาลมีความแน่นอนและเพิ่มในอัตราที่ฐานะทางการคลังของประเทศรับได้ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลมีความยั่งยืน
๒. ประชาชนมีการประกันตนเองมากขึ้น มีความพอใจต่อบริการรักษายาบาลตามกำลังความสามารถของแต่ละบุคคล
๓. ประชาชนทั่วไปมีสุขภาพดีขึ้น ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล
๔. ลดความแออัดของโรงพยาบาลรัฐ ทำให้โรงพยาบาลรัฐสามารถจัดสรรทรัพยากรและบุคคลไปทำการวิจัยและผลิตบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพ

คณะกรรมการปฏิรูปเศรษฐกิจ การเงินและการคลัง ขอเสนอรายงานวาระปฏิรูปเพิ่มเติม เรื่องแนวทางการปฏิรูประบบประกันสุขภาพ เพื่อให้สภาปฏิรูปแห่งชาติได้โปรดพิจารณา หากสภาปฏิรูปแห่งชาติเห็นชอบด้วย ขอให้โปรดแจ้งไปยังคณะรัฐมนตรี เพื่อพิจารณาดำเนินการต่อไป



## คณะกรรมการปฏิรูปเศรษฐกิจ การเงินและการคลัง สภาปฏิรูปแห่งชาติ

### แนวทางการปฏิรูประบบประกันสุขภาพ

#### ๑. หลักการและเหตุผล

- รัฐบาลถือเป็นสวัสดิการขั้นพื้นฐานของรัฐที่จะต้องดูแลให้ประชาชนทุกคนได้รับการรักษาพยาบาลอย่างถ้วนหน้า
- รัฐเป็นผู้ให้บริการโดยตรงผ่านโรงพยาบาลของรัฐโดยจัดสรรงบประมาณอุดหนุนโรงพยาบาลตามค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น
- สวัสดิการรักษายาบาลของรัฐบาล ประกอบด้วย ๓ ระบบ คือ
  - สวัสดิการของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ ๕.๕ ล้านคน
  - ระบบประกันสังคม (รัฐบาลร่วมจ่ายบางส่วน) ๑๐.๗ ล้านคน
  - ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ประชาชนที่ไม่อยู่ในระบบทั้ง ๒ ข้างต้น) ๔๘.๖ ล้านคน
- รวมประชาชนที่ได้รับสิทธิ ๖๔.๘ ล้านคน

## ๒. ประเด็นปัญหา

๑. ระบบสวัสดิการรักษายาบาลทั้ง ๓ เป็นระบบเปิด ไม่สามารถคุมค่าใช้จ่ายได้ เป็นระบบที่ไม่ยั่งยืน
๒. รัฐให้หลักประกันความมั่นคงแก่ทุกคน ไม่มีการกำหนดหลักเกณฑ์ของผู้มีสิทธิ ทำให้ประชาชนไม่มีความกระตือรือร้นที่จะพึ่งตนเอง ไม่เป็นธรรมต่อผู้เสียภาษี
๓. การที่รัฐบาลให้บริการผ่านโรงพยาบาลของรัฐด้วยเงินอุดหนุนจากงบประมาณ เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลเอกชนในการแบ่งเบาภาระจากโรงพยาบาลของรัฐ

## ๒. ประเด็นปัญหา (ต่อ)

๔. เงินอุดหนุนของรัฐบาลต่ำกว่าค่าใช้จ่ายจริงของโรงพยาบาล ทำให้ไม่สามารถให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประสบปัญหาทางการเงินอย่างรุนแรง
๕. ระบบเศรษฐกิจเสรีไม่สามารถให้หลักประกันได้ว่าประชาชนทุกคนจะได้รับการดูแลรักษายาบาลอย่างถ้วนหน้า รัฐบาลจำเป็นต้องแทรกแซงเพื่อเติมเต็มช่องว่าง แต่การแทรกแซงโดยรัฐเป็นผู้ให้บริการโดยตรง (supply side intervention) เป็นวิธีที่ไม่มีประสิทธิภาพ การแทรกแซงโดยอุดหนุนด้านอุปสงค์ (Demand side intervention) และให้ภาคเอกชนเป็นผู้ให้บริการ ภายใต้การแข่งขันอย่างเป็นธรรม จะมีประสิทธิภาพสูงกว่า

### ๓. จุดอ่อนของสวัสดิการรักษายาบาลทั้ง ๓ ระบบ

#### ๓.๑ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ

- เป็นส่วนหนึ่งของสัญญาว่าจ้างระหว่างนายจ้าง (รัฐบาล) และลูกจ้าง (ข้าราชการ) รัฐบาลจ่ายค่ารักษายาบาลตามที่จ่ายจริงโดยให้ใช้ยาในบัญชีหลัก ผู้ป่วยสามารถเลือกใช้โรงพยาบาลใดก็ได้ที่เป็นของรัฐ ทำให้มีการรักษาซ้ำซ้อนและกระทบประสิทธิภาพในการติดตามผล
- เงินงบประมาณที่จ่ายชดเชยโรงพยาบาลไม่มีความแน่นอนและไม่สะท้อนต้นทุนทั้งหมด
- เป็นระบบที่นำทรัพยากรของประชากรรุ่นปัจจุบันถ่ายโอนไปให้ประชากรสูงวัย ประชาชนในวัยทำงานเป็นผู้จ่ายภาษีเพื่อให้ผู้สูงอายุนำไปใช้ มีลักษณะเป็นแบบ Pay - as - you - go ไม่สามารถคุมค่าใช้จ่ายได้ เมื่อสังคมเข้าสู่ภาวะสูงวัย ผู้จ่ายภาษีจะมีสัดส่วนน้อยกว่าผู้รับประโยชน์ และจะไม่สามารถรับภาระได้ ระบบจะไม่สามารถคงอยู่ได้
- เป็นระบบที่ผู้รับประโยชน์ในปัจจุบันเป็นผู้จ่ายสำหรับผู้รับประโยชน์ในอดีต และผู้จ่ายในปัจจุบันจะเป็นผู้รับประโยชน์ในอนาคต ผู้จ่ายไม่สามารถคุมค่าใช้จ่ายได้ (Pay - as - you - go) เมื่อสังคมเข้าสู่ภาวะสูงวัย ผู้จ่ายจะมีสัดส่วนน้อยกว่าผู้รับประโยชน์ และจะไม่สามารถรับภาระได้ ระบบจะไม่สามารถคงอยู่ได้

#### ๓.๒ ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

- ประชาชนทุกคนที่ไม่มีสิทธิรับการรักษาระบบสวัสดิการอื่น สามารถใช้สิทธิในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- รัฐบาลเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายเกือบทั้งหมด ผู้เจ็บป่วยจ่ายเพียง ๓๐ บาท ผู้ยากไร้ไม่ต้องจ่าย
- เป็นระบบสวัสดิการที่มีเจตนารมณ์ที่ดี มีวัตถุประสงค์ที่จะลดความเหลื่อมล้ำ แต่ไม่มีหลักเกณฑ์ในการกลั่นกรองผู้ใช้สิทธิ ทำให้ผู้ที่มีความสามารถจะจ่ายได้ ไม่มีความกระตือรือร้นที่จะพึ่งตนเอง

### ๓.๒ ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ต่อ)

- เนื่องจากมีงบประมาณจำกัด รัฐบาลจึงจ่ายชดเชยแก่โรงพยาบาลแบบเหมาจ่ายรายหัว มีใช้ชดเชยตามค่าใช้จ่ายจริง ทำให้โรงพยาบาลต่าง ๆ พยายามส่งต่อผู้เจ็บป่วย ที่มีค่าใช้จ่ายสูงไปรับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ทำให้โรงพยาบาลหลายแห่งขาดทุนและประสบปัญหาทางการเงินอย่างรุนแรง
- โรงพยาบาลขนาดใหญ่ประสบปัญหาแออัด ไม่สามารถให้บริการได้อย่างมีคุณภาพ และมีความทั่วถึง
- รายจ่ายเงินอุดหนุนจากงบประมาณมีจำนวนสูง และเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ทั้งมีแนวโน้มที่จะเพิ่มอย่างไม่สิ้นสุด และยังคงต้องชดเชยการขาดทุนของโรงพยาบาลอีกด้วย เป็นระบบที่ไม่มีความยั่งยืน

### ๓.๓ ระบบประกันสังคม

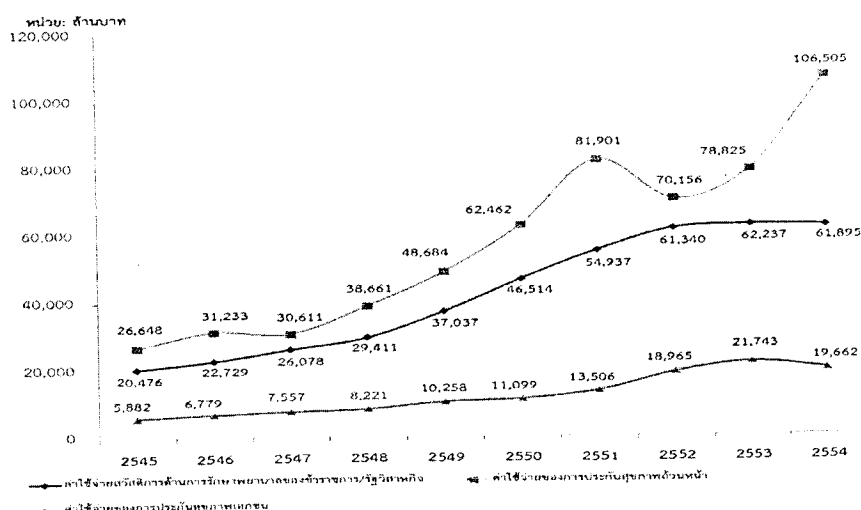
- เป็นระบบที่มีวัตถุประสงค์ที่จะเสริมสร้างความมั่นคงในชีวิต เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจจากสังคมเกษตรเป็นสังคมอุตสาหกรรม ทำให้การพึ่งพาภายในครอบครัวล่มสลายไป
- จัดตั้งกองทุนประกันสังคมโดยมีผู้จ่ายสมทบ ๓ ฝ่าย คือ นายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาล ฝ่ายละ ๑.๕ % ของเงินเดือน โดยกำหนดเพดานเงินเดือนสูงสุดไม่เกิน ๑๕,๐๐๐ บาท
- กองทุนฯ บริหารโดยสำนักงานประกันสังคม โดยกำหนดรายชื่อโรงพยาบาลที่เข้าหลักเกณฑ์ให้ลูกจ้างเลือก แต่จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่โรงพยาบาลแบบเหมาจ่ายรายหัวตามอัตราที่ตกลงกัน
- เป็นระบบที่จ่ายชดเชยให้แก่โรงพยาบาลแบบ Pay – as – you – go เหมือนระบบสวัสดิการข้าราชการ เพราะฉะนั้นจึงมีความเสี่ยงที่จะไม่สามารถคงอยู่ได้ในระยะยาวเช่นเดียวกัน



### ๓.๔ ระบบประกันสุขภาพเอกชน

- แม้ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของรัฐจะครอบคลุมประชาชนทุกหมู่เหล่า แต่เนื่องจากมีงบประมาณจำกัด ระบบสวัสดิการของรัฐจึงไม่สามารถรักษามาตรฐานการรักษายาบาลที่มีคุณภาพได้
- ประชาชนบางส่วนไม่มีความประสงค์จะใช้สิทธิ แต่รับการรักษาพยาบาลด้วยค่าใช้จ่ายของตนเองจากคลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน มีประชาชน ๓.๔ ล้านคน ที่ประกันตนเองโดยซื้อประกันสุขภาพจากบริษัทประกันภัย
- ผู้เจ็บป่วยจะได้รับผลประโยชน์ชดเชยค่ารักษายาบาลตามที่ระบุในกรมธรรม์ ซึ่งแตกต่างกันตามสัญญาการคุ้มครอง

## ๔. แนวโน้มค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลของระบบข้าราชการ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า และประกันเอกชน



- ระบบประกันสุขภาพเอกชนมีรายจ่ายต่ำกว่าระบบสวัสดิการของรัฐทั้ง ๒ ระบบ และมีการเปลี่ยนแปลงน้อยมากในช่วง ๑๐ ปีที่ผ่านมา เพราะจำนวนผู้ประกันตนเองยังมีน้อย และมีระบบการควบคุมค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างรัดกุม เอกชนเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้วยตนเองไม่มีเงินอุดหนุนจากรัฐ
- ระบบสวัสดิการข้าราชการมีค่าใช้จ่ายเพียง ๒๐,๔๗๖ ล้านบาท ในปี ๒๕๔๕ และค่อย ๆ เพิ่มขึ้น ๒ - ๓ ปีต่อมา หลังจากนั้นก็เพิ่มในอัตราเร่งจนมาชะลออยู่ที่ระดับ ๖๐,๐๐๐ ล้านบาทเศษ
- ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าเริ่มโครงการในปี ๒๕๔๕ มีรายจ่ายเพียง ๒๖,๖๔๘ ล้านบาท และเพิ่มในอัตราที่น้อยมากใน ๓ ปีแรก หลังจากนั้นก็เพิ่มอย่างก้าวกระโดดจนถึง ๑๐๖,๕๐๕ ล้านบาท ในปี ๒๕๕๔

## ๕. บทบาทภาคเอกชนในการมีส่วนร่วมรักษาพยาบาล

ปัจจุบันประเทศไทยมีประชากร ๖๖ ล้านคน แต่มีผู้ลงทะเบียนใช้สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลจากภาครัฐ ๖๔.๘ ล้านคน จำนวนผู้ยื่นแบบแสดงเงินได้เพื่อเสียภาษีมีเพียง ๑๐ ล้านคน แต่ในที่สุดมีผู้เสียภาษีเพียง ๓.๖๔ ล้านคน เพราะส่วนใหญ่สามารถหักลดหย่อนค่าใช้จ่ายต่าง ๆ จนเงินได้ที่เหลือไม่ถึงขั้นต้องเสียภาษี

การให้สวัสดิการแก่คนทั้งประเทศโดยไม่คำนึงถึงความสามารถที่จะพึ่งตนเองได้ จึงไม่เป็นธรรมต่อประชาชนส่วนน้อยที่ต้องรับภาระ และเนื่องจากระบบสวัสดิการที่เป็นแบบ Pay - as - you - go เมื่อประเทศไทยเข้าสู่ภาวะสังคมสูงวัย ระบบนี้ จะไม่สามารถยืนอยู่ได้

อย่างไรก็ตาม ความเจ็บป่วยเป็นความเสี่ยงอย่างหนึ่งของชีวิตที่ไม่สามารถคาดคะเนล่วงหน้าได้ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใด และเป็นจำนวนเงินเท่าใด ในประเทศที่พัฒนาแล้ว รวมทั้งประเทศที่มีระดับการพัฒนาใกล้เคียงกับประเทศไทยประชาชนที่มีรายได้พอจะพึ่งตนเองได้จะนิยมประกันตนเองเพื่อลดความเสี่ยงนี้

ระบบประกันภัยต่าง ๆ มีหลักการสำคัญ คือ การที่สมาชิกตกลงช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยการกระจายความเสี่ยงระหว่างสมาชิกด้วยกัน การประกันที่มีประสิทธิภาพจะต้องมีสมาชิกเข้าร่วมโครงการเป็นจำนวนมากตามหลักของ Law of large number แต่ในประเทศไทยนั้น ประชาชนที่ประกันตนเองมีเพียง ๓.๔ ล้านคน ซึ่งนับว่าน้อยมาก ดังนั้น การกระจายความเสี่ยงจึงยังไม่มีประสิทธิภาพ มีผลทำให้ค่าเบี้ยประกันค่อนข้างสูง

เพื่อเป็นการจูงใจให้ประชาชนสนใจประกันตนมากขึ้น รัฐบาลสามารถใช้มาตรการลดหย่อนทางภาษีให้สามารถนำค่าเบี้ยประกันสุขภาพมาหักลดหย่อนได้

ปัจจุบันผู้มีเงินได้สามารถหักค่าลดหย่อนภาษีได้เฉพาะค่าเบี้ยประกันชีวิตเท่านั้น ภายในวงเงินไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท จึงขอเสนอให้พิจารณาปรับปรุงหลักเกณฑ์ให้สามารถนำค่าเบี้ยประกันสุขภาพมาหักลดหย่อนได้ด้วย โดยให้อยู่ในวงเงิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท เท่าเดิม ไม่เป็นการขยายสิทธิเกินสิทธิที่ได้รับอยู่แล้ว หลักเกณฑ์นี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้มีรายได้ปานกลาง จึงไม่น่าจะมีผลกระทบต่อการจัดเก็บภาษีมานัก แต่จะลดภาระค่าใช้จ่ายของรัฐบาลได้

จากประสบการณ์ของประเทศที่ระบบประกันสุขภาพของเอกชนมีการพัฒนาไปมาก พบว่ามีประโยชน์หลายประการ

- ประชาชนไม่จำเป็นต้องพึ่งบริการของโรงพยาบาลของรัฐแห่งเดียว เป็นการลดภาระของโรงพยาบาลของรัฐ ทำให้มีความแออัดน้อยลง และคุณภาพของบริการดีขึ้น
- บริษัทประกันสุขภาพร่วมกับโรงพยาบาลจัดศูนย์ข้อมูลสุขภาพ ซึ่งเชื่อมโยงได้ทั่วประเทศ ทำให้เกิดความสะดวกในการติดตามผลการรักษาและลดปัญหาการรักษาซ้ำซ้อนสิ้นเปลืองโดยไม่จำเป็น
- บริษัทประกันสุขภาพจะเป็นตัวแทนประชาชนผู้ประกันตนเองในการทำความตกลงกับโรงพยาบาลเอกชนในการกำหนดมาตรฐานและขั้นตอนการรักษาเป็นรายโรค ทำให้การคิดค่าใช้จ่ายมีความโปร่งใส ลดความขัดแย้งระหว่างผู้เจ็บป่วยและโรงพยาบาลโดยรัฐไม่จำเป็นต้องแทรกแซงหรือควบคุมโดยไม่จำเป็น

## ๖. วัตถุประสงค์ของการปฏิรูป

๑. ปรับปรุงหลักเกณฑ์การประกันสุขภาพเพื่อให้มั่นใจว่าประชาชนที่ด้อยโอกาสได้รับการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง
๒. ประชาชนที่มีความพร้อมสามารถดูแลตนเองได้ โดยไม่เป็นภาระต่อภาครัฐและโรงพยาบาลของรัฐ
๓. ส่งเสริมให้ภาคเอกชนมีการแข่งขันอย่างเป็นธรรม เพื่อให้มีส่วนร่วมในการให้บริการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพและมีระบบธรรมาภิบาลที่ดี
๔. ลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความยั่งยืนของระบบประกันสุขภาพให้ประชาชนทุกหมู่เหล่าได้รับความมั่นคงในชีวิตอย่างเท่าเทียมกัน

## ๗. ข้อเสนอประเด็นการปฏิรูป

### ด้านการป้องกัน

๑. สนับสนุนสำนักงานกองทุนส่งเสริมสุขภาพ (ส.ส.ส.) ให้จัดทำแผนงานส่งเสริมสุขภาพอย่างครบวงจร

๒. ส่งเสริมองค์กรและชุมชนท้องถิ่นให้มีบทบาทในการส่งเสริมสาธารณสุขขั้นพื้นฐานของชุมชน และให้บริการให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพและการรักษาขั้นพื้นฐานก่อนที่จะต้องส่งเพื่อรับการรักษาจากแพทย์

๓. ส่งเสริมให้ประชาชนมีจิตสำนึกในการเตรียมความพร้อมสำหรับการดำรงชีพในวัยชรา รัฐบาลร่วมมือรณรงค์กับภาคเอกชนและสถานศึกษาให้ประชาชนมีความตื่นตัวในการเตรียมความพร้อมของตนเอง

## ๗. ข้อเสนอประเด็นการปฏิรูป (ต่อ)

### ด้านการรักษาพยาบาล

๑. ให้ประชาชนทุกคนมีหน้าที่ต้องยื่นแบบแสดงรายการภาษีเงินได้ (แม้จะไม่มีเงินได้เลยก็ตาม) เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดหลักเกณฑ์ที่เหมาะสมของผู้ที่สมควรได้รับสวัสดิการจากรัฐ

๒. จัดตั้งศูนย์กลางข้อมูลสุขภาพเพื่อให้สถานพยาบาลต่าง ๆ สามารถเข้าถึงข้อมูลเพื่อให้ง่ายต่อการวินิจฉัยโรค และติดตามผลการรักษาจากสถานพยาบาลอื่น

๓. จัดให้มีระบบการตรวจอาการเบื้องต้นก่อนที่จะพบแพทย์ หากสามารถให้คำแนะนำหรือให้การรักษาเล็ก ๆ น้อย ๆ ได้โดยไม่ต้องพบแพทย์ทุกราย จะลดภาระของแพทย์ลงได้มาก

๔. พิจารณาความเหมาะสมในการนำระบบการมีส่วนร่วมจ่าย เพื่อจูงใจให้มีจิตสำนึกในการประหยัดค่ารักษาพยาบาลที่เกินความจำเป็น

๕. ให้ผู้มีเงินได้สามารถนำค่าเบี้ยประกันสุขภาพมาหักลดหย่อนภาษีได้ โดยให้อยู่ในวงเงิน ๑๐๐,๐๐๐ บาทเท่าเดิม เพื่อเป็นทางเลือกในการเลือกใช้บริการรักษาพยาบาลแทนการพึ่งบริการของรัฐอย่างเดียว

๖. ในระยะยาว ควรทบทวนบทบาทของภาครัฐในการให้บริการรักษาพยาบาล โดยเน้นการอุดหนุนด้านอุปสงค์แทนการอุดหนุนด้านอุปทาน เพื่อให้รัฐสามารถจัดสรรทรัพยากรที่มีจำกัดไปทุ่มเทด้านการวิจัยและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์

๗. กำกับดูแลให้ภาคเอกชนมีการแข่งขันอย่างเสรีและเป็นธรรม มีความโปร่งใสและมีธรรมาภิบาลที่ดี

## ๘. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ประชาชนทุกหมู่เหล่าสามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลได้อย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ
๒. ลดภาระทางด้านงบประมาณสำหรับสวัสดิการรักษายาบาลให้มีความยั่งยืน
๓. ภาคเอกชนสามารถพัฒนาคุณภาพและประสิทธิภาพของบริการ และเป็นหน่วยงานในการดูแลรักษาสุขภาพที่ประชาชนสามารถให้ความเชื่อมั่นได้คู่เคียงกับโรงพยาบาลของรัฐ
๔. มีการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างครบวงจรโดยไม่เป็นภาระทางด้านการศึกษา ทำให้ชุมชนและเอกชนมีจิตสำนึกในความรับผิดชอบต่อตนเอง ซึ่งเป็นคุณสมบัติประการสำคัญของการปกครองในระบบประชาธิปไตย
๕. สังคมมีความเท่าเทียมและเป็นธรรมมากขึ้น ประชาชนทุกหมู่เหล่าสามารถอยู่ร่วมกันได้ด้วยความสงบสุข เป็นปัจจัยสำคัญของการเติบโตอย่างยั่งยืนทางเศรษฐกิจ

## ๙. ตัวชี้วัดความสำเร็จตามผลลัพธ์

๑. งบประมาณรายจ่ายภาครัฐในการจัดหาบริการรักษาพยาบาลมีความแน่นอน และเพิ่มในอัตราที่ฐานะทางการคลังของประเทศรับได้ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลมีความยั่งยืน
๒. ประชาชนมีการประกันตนเองมากขึ้น มีความพอใจต่อบริการรักษายาบาลตามกำลังความสามารถของแต่ละบุคคล
๓. ประชาชนทั่วไปมีสุขภาพดีขึ้น ลดค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาล
๔. ลดความแออัดของโรงพยาบาลรัฐ ทำให้โรงพยาบาลรัฐสามารถจัดสรรทรัพยากรและบุคคลไปทำการวิจัยและผลิตบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพ