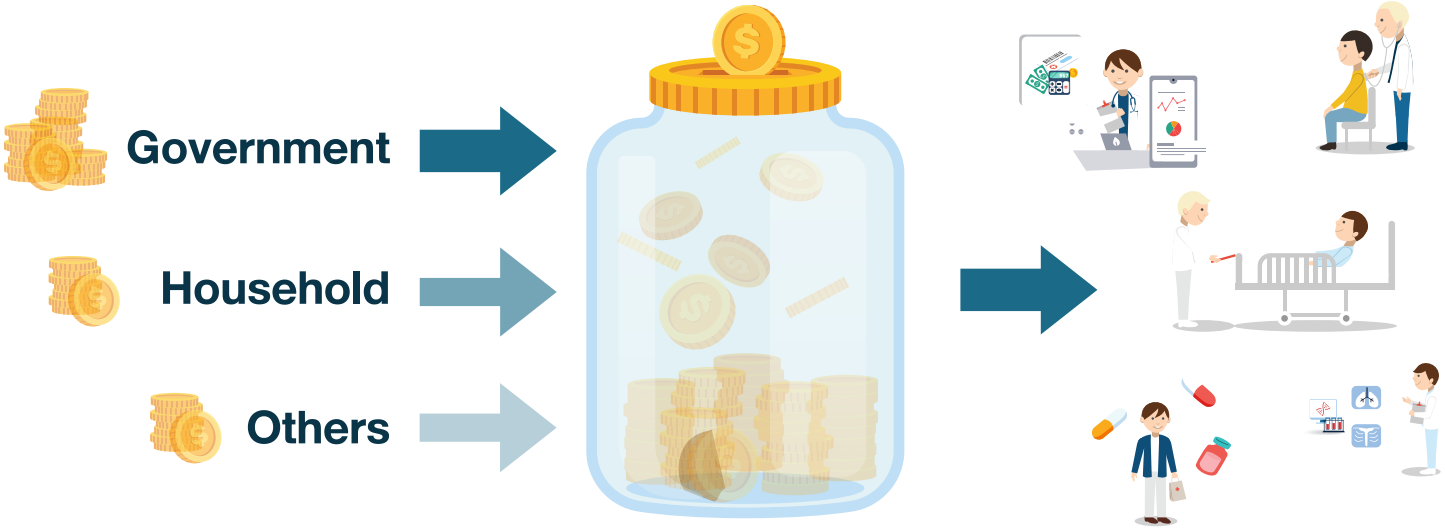
POLICY BRIEF

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : ความยั่งยืนทางการเงินการคลัง

Universal Health Coverage: Sustainable Financing



ประเด็นสำคัญ

1 ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage) ของไทย ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้มากขึ้น และช่วยลดอุปสรรคทางการเงินของครัวเรือน โดยจำนวนครัวเรือนที่ล้มละลายทางการเงินและครัวเรือนที่ยากจนลงจากค่ารักษาพยาบาลลดลงอย่างต่อเนื่อง

2 ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทยเป็นระบบที่มีแหล่งเงินส่วนใหญ่มาจากภาครัฐ โดยใช้หลักการเงินการคลังที่มีความยั่งยืน เพียงพอ เป็นธรรม และมีประสิทธิภาพ หรือ S-A-F-E Sustainability-Adequacy-Fairness-Efficiency ซึ่งควรต้องตั้งเป้าหมายและจัดทำตัวชี้วัด พร้อมทั้งมีการนำไปใช้กำกับติดตามอย่างจริงจัง เพื่อให้ประเทศไทยไปถึง S-A-F-E หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

3 การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีความยั่งยืนและเพียงพอด้านการเงินการคลัง ภายใต้สถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง และเทคโนโลยีอย่างรวดเร็วและรุนแรง จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการศึกษาและประมาณการการเงินการคลังสำหรับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระยะกลางและระยะยาว รวมทั้งการศึกษาความเป็นไปได้ของแหล่งงบประมาณภาครัฐสำหรับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ต้องไม่เพิ่มความเหลื่อมล้ำในสังคม และสะท้อนหลักการ ดี-ป่วย-รวย-จน ช่วยกัน

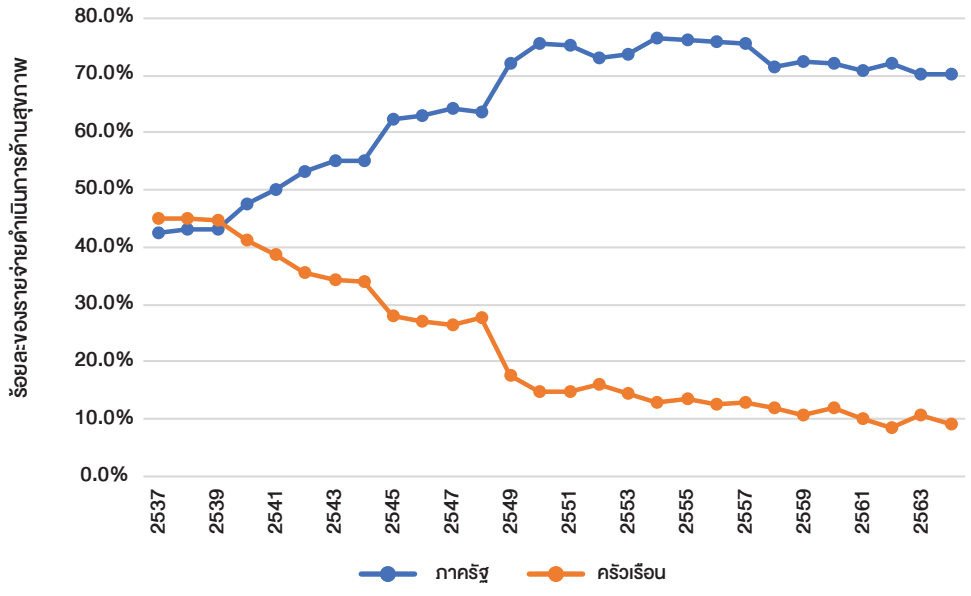
4 ด้านการบริหารจัดการต้องพยายามลดความเหลื่อมล้ำระหว่างสามกองทุน (สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ประกันสังคม และหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) โดยแต่ละกองทุนควรพิจารณาการลดรายจ่ายที่ไม่จำเป็น และเพิ่มประสิทธิภาพของการใช้จ่ายเงินด้านสุขภาพ

สถานการณ์

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้ประชาชนไทยทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นโดยใช้เงินงบประมาณภาครัฐเป็นหลัก รายจ่ายสุขภาพของครัวเรือนลดลงอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 45.1 ของรายจ่ายดำเนินการด้านสุขภาพ (Current Health Expenditure, CHE) ในปี 2537 เป็นร้อยละ 9.0 ในปี 2564[1]

> **การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนซึ่งทำการสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า สัดส่วนครัวเรือนที่ล้มละลายทางการเงินจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (catastrophic health spending) ซึ่งคำนวณจากครัวเรือนที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลมากกว่าร้อยละ 10 ของรายได้หรือรายจ่ายทั้งหมดของครัวเรือนลดลงจากร้อยละ 5.7 ในปี 2543 เป็นร้อยละ 1.8 ในปี 2565 ในขณะที่สัดส่วนครัวเรือนที่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจนภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (medical impoverishment) ลดลงจากร้อยละ 2.0 ในปี 2543 เป็นร้อยละ 0.2 ในปี 2565**

ในช่วงปี 2537-2539 ซึ่งเป็นช่วงก่อนที่ประเทศไทยประกาศใช้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ครัวเรือนมีสัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพมากกว่าภาครัฐ อย่างไรก็ตาม หลังเกิดวิกฤตเศรษฐกิจใน ปี 2540 สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพของครัวเรือนค่อยๆ ลดลง ในขณะที่รายจ่ายสุขภาพภาครัฐเริ่มมีสัดส่วนมากขึ้น ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความเอาจริงเอาจังของรัฐบาลในการลงทุนด้านสุขภาพสำหรับประชาชน จนกระทั่งปี 2545 มีการประกาศใช้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รายจ่ายสุขภาพภาครัฐยิ่งเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน และมีสัดส่วนสูงเป็นร้อยละ 70.4 ของรายจ่ายดำเนินการด้านสุขภาพในปี 2564 ส่วนครัวเรือนมีสัดส่วนรายจ่ายสุขภาพร้อยละ 9.0 ของรายจ่ายดำเนินการด้านสุขภาพ[1](ภาพที่ 1)

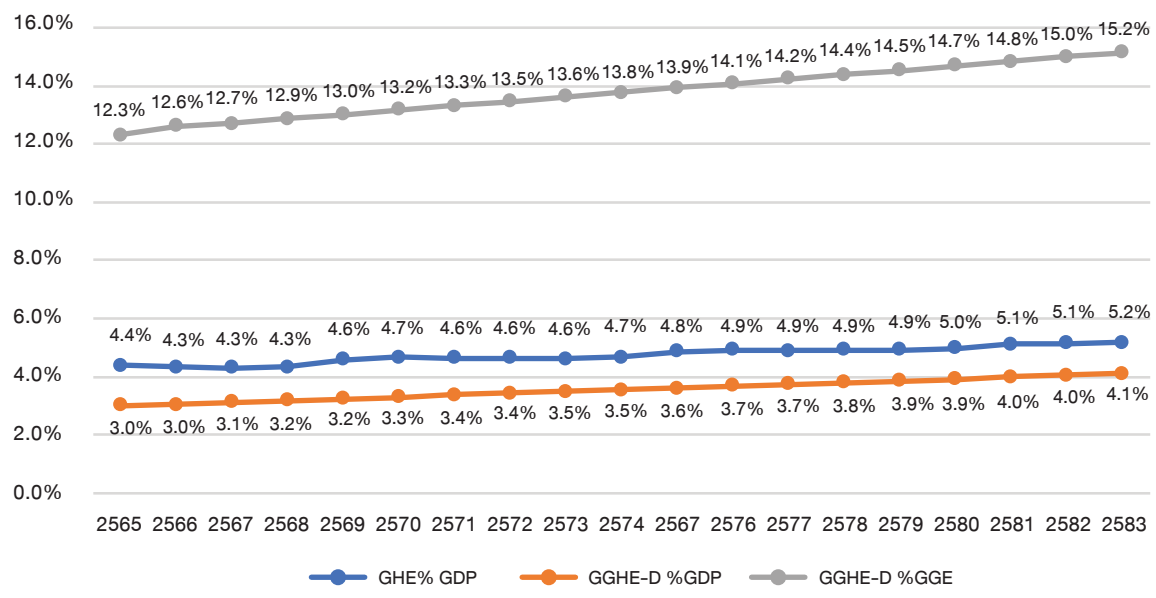


ภาพที่ 1: รายจ่ายสุขภาพภาครัฐและครัวเรือน ปี 2537-2564
ที่มา: บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2563-2564[2]

ความท้าทาย

1. รายจ่ายสุขภาพของภาครัฐเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

รายจ่ายสุขภาพของประเทศไทยเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะรายจ่ายจากภาครัฐ ประกอบกับความท้าทายจากปัจจัยภายนอก ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงของประชากรที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว[2] การเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยี และการเปลี่ยนแปลงภาพแบบของโรคจากโรคติดต่อเป็นโรคไม่ติดต่อล้วนส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของรายจ่ายสุขภาพ ทำให้เกิดข้อกังวลเกี่ยวกับความยั่งยืนทางการเงินการคลังของไทยต่อการรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในอนาคต **ข้อมูลการคาดการณ์รายจ่ายดำเนินการด้านสุขภาพต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (Gross Domestic Product, GDP) ชี้ให้เห็นว่าสัดส่วนรายจ่ายสุขภาพต่อ GDP ค่อยๆ เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 4.4 ของ GDP ในปี 2565 เป็นร้อยละ 5.2 ของ GDP ในปี 2583** ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2: การคาดการณ์รายจ่ายสุขภาพ ปี 2565-2583

ที่มา: คาดการณ์รายจ่ายสุขภาพจากข้อมูลบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ

หมายเหตุ: 1) คาดการณ์ด้วยวิธี Autoregressive Integrated Moving Average (ARIMA)

2) รายจ่ายสุขภาพที่ใช้ในการคาดการณ์ไม่รวมรายจ่ายสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับ COVID-19 เนื่องจากเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นกรณีเฉพาะ

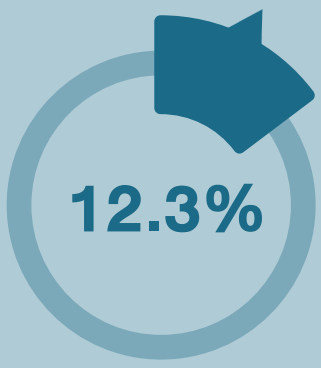
3) CHE= Current Health Expenditure (รายจ่ายดำเนินการด้านสุขภาพ), GGHE-D = Domestic General Government Health Expenditure (รายจ่ายรัฐบาลด้านสุขภาพ), GGE = General Government Expenditure (รายจ่ายรัฐบาลทั้งหมด)

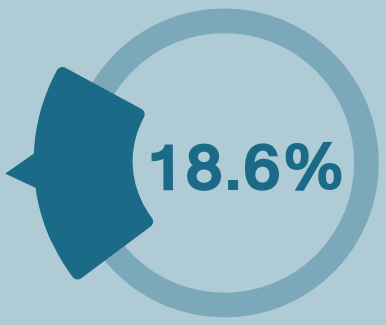
4) โมเดลนี้เป็นการคาดการณ์อย่างง่าย ไม่ได้นำการปรับค่าคาดการณ์สัดส่วนผู้สูงอายุและปัจจัยที่เป็นตัวเร่งการเพิ่มขึ้นของรายจ่ายสุขภาพในอนาคตมาใส่ในการคำนวณ

ความท้าทาย

2. การเพิ่มพื้นที่การคลังสำหรับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพของรัฐบาลไทยคิดเป็น
ร้อยละ 12.3 ของรายจ่ายรัฐบาลทั้งหมดในปี 2565





ข้อมูลของ OECD ซึ่งเป็นกลุ่มของ
ประเทศพัฒนาแล้ว มีสัดส่วนดังกล่าว
ที่ร้อยละ 18.6 ในปี 2563[3]

พื้นที่การคลังสำหรับด้านสุขภาพของไทยน่าจะยังสามารถเพิ่มขึ้นได้อีก
เพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพและการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย

รัฐบาลมุ่งมั่นในการสร้างระบบสุขภาพที่ดีสำหรับประชาชนไทยมาโดยตลอด **สัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพของรัฐบาลคิดเป็นร้อยละ 12.3 ของรายจ่ายรัฐบาลทั้งหมดในปี 2565** (ภาพที่ 2) ในขณะที่ข้อมูลของประเทศสมาชิกองค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (Organization for Economic Co-operation and Development หรือ OECD) ซึ่งเป็นการรวมตัวกันของประเทศพัฒนาแล้ว มีสัดส่วนดังกล่าวที่ร้อยละ 18.6 ในปี 2563[3] ข้อมูลนี้แสดงให้เห็นว่าพื้นที่การคลังสำหรับด้านสุขภาพของไทยน่าจะยังสามารถเพิ่มขึ้นได้อีกเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพและการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย ทั้งนี้ ต้องขึ้นกับความเหมาะสมด้านการเงินการคลังของรัฐบาลด้วย

ความท้าทาย

3. การบริหารจัดการกองทุนแตกต่างกัน

รายจ่ายสุขภาพต่อหัวประชากรของผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ สิทธิประกันสังคม และสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีความแตกต่างกันมาก[1] โดยในปี 2564 รายจ่ายสุขภาพ (รวมรายจ่ายที่เกี่ยวข้องกับโควิด 19) ของสมาชิกกองทุนสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ มีรายจ่ายต่อสมาชิกสูงที่สุด คือ 14,955.0 บาท/คน กองทุนประกันสังคม 8,581.4 บาท/คน และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 3,349.4 บาท/คน สะท้อนให้เห็นความแตกต่างของประสิทธิภาพการใช้เงินของแต่ละกองทุนอันเนื่องมาจากวิธีการจ่ายเงินค่าบริการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกัน การจ่ายค่าบริการรักษาพยาบาลแบบเหมาจ่ายรายหัว และ Diagnosis-related groups (DRGs) แบบมีวงเงินทำให้รายจ่ายด้านสุขภาพต่อประชากรของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่สูงมากนัก ในขณะที่ การจ่ายเงินของกองทุนสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการด้วยวิธี fee-for-service และ DRGs แบบไม่กำหนดวงเงินรวม จะไม่สามารถควบคุมรายจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ ทั้งนี้ วิธีการจ่ายเงินและสิทธิประโยชน์ที่แตกต่างกันในแต่ละกองทุนอาจนำมาสู่ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการและคุณภาพของบริการ นอกจากนี้ กองทุนต่างๆ มีความพยายามในการขยายชุดสิทธิประโยชน์โดยเฉพาะบริการราคาแพง ทำให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น จึงควรต้องเตรียมงบประมาณเพื่อรองรับแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายดังกล่าวอย่างเหมาะสม

	Main payment methods
CSMBS (สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ) **14,955.0 บาท/คน**	OP: Fee for servive IP: DRGs without a global budget
SHI (ประกันสังคม) **8,581.4 บาท/คน**	OP: Capitation IP: Capitation & DRG if relative weight 2+ within a global budget; some fee-schedule items
UCS (หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) **3,349.4 บาท/คน**	OP: Capitation IP: DRG within a global budget; some fee-schedule items

IP: Inpatient services, OP: Outpatient services

ข้อเสนอแนะ

S Sustainability ความยั่งยืน

A Adequacy ความเพียงพอ

F Fairness ความเป็นธรรม

E Efficiency ความมีประสิทธิภาพ

1. **ยืนยันหลักการ ความยั่งยืน ความเพียงพอ ความเป็นธรรม และความมีประสิทธิภาพ หรือ S-A-F-E** (Sustainability, Adequacy, Fairness, Efficiency) สำหรับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย[4] **และหลักการ "public financing for health"** โดยไม่ใช้การร่วมจ่ายโดยประชาชน ณ จุดรับบริการที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดภาระงบประมาณด้านสุขภาพของภาครัฐ โดยการร่วมจ่ายของประชาชน ณ จุดรับบริการ ควรมีเฉพาะกรณีการรักษาเกินความจำเป็นหรือการเพิ่มทางเลือกในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย เนื่องจากมีหลักฐานทางวิชาการว่าการร่วมจ่ายโดยประชาชน ณ จุดรับบริการ ส่งผลกระทบต่อประชาชนที่มีรายได้น้อยมากกว่า[5]

2. **สร้างองค์ความรู้ด้านการเงินการคลังระยะยาวสำหรับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย** โดยทำการศึกษาประมาณการรายรับ-รายจ่ายสุขภาพในอนาคต ภายใต้บริบทของการเปลี่ยนแปลงเปลี่ยนแปลงของประชากร ที่มีสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และอาจเข้าสู่สังคมสูงอายุระดับสุดยอดภายในปี พ.ศ. 2584[2] รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของภาระโรคที่มีโรคไม่ติดต่อเป็นสาเหตุหลัก ซึ่งล้วนส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของรายจ่ายสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีการผกผันของเทคโนโลยี (technology disruption) ซึ่งอาจส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นหรือช่วยลดรายจ่ายสุขภาพได้ ทั้งนี้ ควรศึกษาความเป็นไปได้ของแหล่งการเงินใหม่ๆเพิ่มเติมสำหรับรัฐบาล เพื่อเพิ่มพื้นที่ทางการคลังโดยรวมสำหรับรัฐบาล รวมทั้งศึกษาพื้นที่ทางการคลังของรัฐบาลไทยสำหรับด้านสุขภาพเพิ่มเติม ทั้งนี้ ขึ้นกับความเหมาะสมด้านการเงินการคลังของรัฐบาลด้วย

3. ทำการประเมินแนวทางในการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยที่จัดตั้งตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535

4. กองทุนประกันสุขภาพภาครัฐควรร่วมกันหาแนวทางในการสร้างความกลมกลืน ทั้งในแง่ของรูปแบบการจ่ายเงินและการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์

5. กองทุนประกันสุขภาพภาครัฐ (กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนประกันสังคม และกองทุนสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ) กระทรวงสาธารณสุข สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล สถานพยาบาลประเภทต่างๆ และหน่วยงานวิจัย ควรร่วมกันส่งเสริมการเพิ่มประสิทธิภาพของการใช้จ่ายด้านสุขภาพในทุกระดับ โดยกำหนดแนวทาง มาตรฐาน พัฒนาตัวชี้วัดที่เหมาะสม และสร้างระบบติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2563-2564. 2566.
2. กองบริหารงานทั่วไป มหาวิทยาลัยมหิดล. ไทยพร้อมหรือไม่ กับการก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์. Accessed 5 กุมภาพันธ์, 2567. https://op.mahidol.ac.th/ga/posttoday-22-2/
3. The World Bank. Domestic general government health expenditure (% of general government expenditure) - OECD members. Accessed 5 February, 2024. https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.GE.ZS?locations=OE
4. The Committee on Resource Mobilization for Sustainable Universal Health Coverage. National Health Financing for Sustainable Universal Health Coverage: Goals, Indicators and Targets 2016.
5. Viriyathorn S, Witthayapipopsakul W, Kulthanmanusorn A, et al. Definition, Practice, Regulations, and Effects of Balance Billing: A Scoping Review. Health Services Insights. 2023/01/01 2023;16:11786329231178766. doi:10.1177/11786329231178766

POLICY
BRIEF

ความยั่งยืนทางการเงินการคลัง
ด้านสุขภาพของระบบสุขภาพไทยในอนาคต

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
มูลนิธิ iHPP Thailand