



สภาปฏิรูปแห่งชาติ



พิมพ์ที่ : สำนักการพิมพ์
สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร

วาระปฏิรูปพิเศษ ๑๓ : แนวทางการปฏิรูประบบประกันสุขภาพ



ชื่อเรื่อง	วาระปฏิรูปพิเศษ ๑๓ : แนวทางการปฏิรูประบบประกันสุขภาพ
เลขประจำหนังสือ	ISBN : 978-616-399-024-2
ปีที่พิมพ์	สิงหาคม ๒๕๕๘
จำนวนหน้า	๑๗ หน้า
จำนวนพิมพ์	๒,๐๐๐ เล่ม
จัดทำโดย	สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร ปฏิบัติหน้าที่สำนักงานเลขาธิการสภาปฏิรูปแห่งชาติ ถนนอุทองใน เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๐๐ โทร. ๐ ๒๒๔๔ ๒๖๙๘ - ๙ โทรสาร ๐ ๒๒๔๔ ๒๗๐๕
พิมพ์ที่	สำนักการพิมพ์ สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร ถนนประดิพัทธ์ แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๐๐ โทร. ๐ ๒๒๔๔ ๒๑๑๗ โทรสาร ๐ ๒๒๔๔ ๒๑๒๒

คำนำ

สภาปฏิรูปแห่งชาติได้ปฏิบัติภารกิจตามที่กำหนดในมาตรา ๒๗ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับชั่วคราว พุทธศักราช ๒๕๕๗ กล่าวคือ “...ศึกษาและเสนอแนะเพื่อให้เกิดการปฏิรูปในด้านต่าง ๆ” นอกจากการวิเคราะห์และกำหนด “วิสัยทัศน์และอนาคตประเทศไทย” สำหรับระยะเวลาประมาณ ๒๐ ปี ในอนาคต เพื่อใช้เป็นกรอบแนวทางการกำหนดประเด็น และแนวทางการปฏิรูปในด้านต่าง ๆ แล้ว สภาปฏิรูปแห่งชาติยังได้ศึกษาค้นคว้าและวิเคราะห์ข้อสนเทศ ตลอดจนประมวลความรู้ ความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้มีประสบการณ์ในด้านต่าง ๆ รวมถึงประชาชนผู้เป็นเจ้าของประเทศ โดยได้ดำเนินการต่อเนื่อง ทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม หยิบยกขึ้นกำหนดเป็นวาระปฏิรูปที่สำคัญ ๆ รวม ๓๗ วาระปฏิรูป และเป็นวาระพัฒนาที่ต้องดำเนินการต่อเนื่องภายหลังจากการปฏิรูปแล้ว อีก ๖ วาระพัฒนา

วาระปฏิรูปและวาระพัฒนาทั้งหมด ได้ผ่านความเห็นชอบของสภาปฏิรูปแห่งชาติ และได้นำเสนอไปยังคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาดำเนินการตามสมควรต่อไปแล้ว

เอกสารฉบับนี้เป็นประมวลรายงานวาระปฏิรูปพิเศษ ๑๓ แนวทางการปฏิรูประบบประกันสุขภาพ ดำเนินการโดยคณะกรรมการปฏิรูปเศรษฐกิจ การเงินและการคลัง ซึ่งสภาปฏิรูปแห่งชาติได้จัดรวบรวมเพื่อเผยแพร่สำหรับประโยชน์สาธารณะสืบไป

สภาปฏิรูปแห่งชาติ

๑๙ สิงหาคม ๒๕๕๘

สารบัญ

คำนำ

รายงาน แนวทางการปฏิรูประบบประกันสุขภาพ

๑. หลักการและเหตุผล	๑
๒. ประเด็นปัญหา	๑
๓. วิธีการศึกษาวิเคราะห์	๒
๔. สรุปผลการศึกษาวิเคราะห์	๓
๕. บทบาทของภาคเอกชนในการมีส่วนร่วมในบริการรักษาพยาบาล	๑๐
๖. วัตถุประสงค์ของการปฏิรูป	๑๒
๗. ข้อเสนอประเด็นการปฏิรูป	๑๒
๘. ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะได้	๑๓
๙. ตัวชี้วัดความสำเร็จตามผลลัพธ์	๑๓

ภาคผนวก

ภาคผนวก	คณะกรรมการการปฏิรูปเศรษฐกิจ การเงินและการคลัง	๑๗
---------	---	----

รายงาน

วาระปฏิรูปพิเศษ ๑๓ : แนวทางการปฏิรูประบบประกันสุขภาพ*

๑. หลักการและเหตุผล

ภารกิจสำคัญประการหนึ่งของรัฐบาลคือการจัดสวัสดิการเพื่อดูแลให้ประชาชนทุกคนได้รับการรักษาพยาบาลอย่างถ้วนหน้า ปัจจุบันสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับประชาชนกลุ่มต่าง ๆ ประกอบด้วย ๓ ระบบ คือ

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

ดังนั้น ระบบการรักษายาบาลที่ดำเนินงานโดยรัฐ จึงเป็นสวัสดิการที่ครอบคลุมประชาชนทั่วประเทศ อย่างไรก็ตาม ด้วยงบประมาณที่จำกัด ในทางปฏิบัติรัฐบาลจึงไม่สามารถดูแลให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง มีประชาชนที่ไม่ประสงค์จะใช้สิทธิในระบบสวัสดิการของรัฐจัดการประกันตนเอง จำนวน ๓.๔ ล้านคน โดยซื้อประกันสุขภาพจากบริษัทประกันภัย นอกจากนี้ยังมีประชาชนอีกส่วนหนึ่งที่รักษายาบาลด้วยค่าใช้จ่ายของตนเองจากคลินิกเอกชนหรือโรงพยาบาลเอกชน ส่วนใหญ่เป็นการรักษาการเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง

ระบบสวัสดิการรักษายาบาลในปัจจุบัน จึงมีลักษณะสำคัญดังนี้

๑. เป็นระบบซึ่งรัฐบาลดูแลรักษายาบาลของประชาชนทุกคน โดยไม่คำนึงถึงความสามารถที่แตกต่างกันในการดูแลตนเองได้โดยไม่ต้องพึ่งรัฐ
๒. เป็นสวัสดิการที่รัฐเป็นผู้ให้บริการด้วยตนเองผ่านโรงพยาบาลของรัฐ
๓. รัฐบาลรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการให้บริการโดยจัดสรรจากงบประมาณแผ่นดินเป็นรายปี (Pay - as - you - go) เว้นแต่กรณีประกันสังคมซึ่งจ่ายจากกองทุนประกันสังคม แต่แม้ในกรณีนี้ก็ยังมีความเสี่ยงอยู่ว่าหากค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นมากจนกองทุนไม่สามารถจ่ายได้ จะเป็นภาระรับผิดชอบของรัฐบาลอย่างไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้

๒. ประเด็นปัญหา

๑. ระบบสวัสดิการรักษายาบาลในปัจจุบันเป็นระบบเปิดซึ่งให้สิทธิแก่ประชาชนทุกคนให้สามารถเข้าถึงบริการของรัฐได้อย่างถ้วนหน้า และจ่ายโดยงบประมาณจากภาษีอากรรายปี (Pay - as - you - go) มิใช่จ่ายจากกองทุนที่มีจำนวนเงินแน่นอน (Fully Funded) และเป็นระบบที่ไม่สามารถคุมค่าใช้จ่ายได้ ในระบบนี้ผู้รับภาระคือคนในวัยทำงานซึ่งต้องเสียภาษี ส่วนผู้รับประโยชน์ครอบคลุมไปถึงผู้ที่ไม่เสียภาษีด้วย

* รายงานนี้จัดทำโดยคณะกรรมการปฏิรูปเศรษฐกิจ การเงินและการคลัง โดยผ่านความเห็นชอบของสภาปฏิรูปแห่งชาติเมื่อ ๕ สิงหาคม ๒๕๕๘ และได้นำเสนอต่อคณะรัฐมนตรีเมื่อ ๑๙ สิงหาคม ๒๕๕๘

เมื่อประเทศไทยเข้าสู่ภาวะสังคมสูงวัย ซึ่งคนในวัยทำงานจะมีสัดส่วนน้อยกว่าคนวัยเด็กและคนสูงอายุ ดังนั้นคนในวัยทำงานจะต้องรับภาระเพิ่มขึ้น จนในที่สุดจะถึงจุดที่ไม่สามารถแบกรับได้ ระบบสวัสดิการนี้ จึงมีความเสี่ยงไม่สามารถคงอยู่ได้ในระยะยาว

๒. การที่รัฐให้หลักประกันความมั่นคงโดยไม่มีกำหนดหลักเกณฑ์ของผู้มีสิทธิ ทำให้ประชาชนที่สามารถดูแลตนเองได้ขาดความกระตือรือร้นที่จะรับผิดชอบในการพึ่งตนเอง นับว่าไม่เป็นธรรมต่อประชาชนผู้เสียภาษีอากร

๓. การที่รัฐให้บริการรักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาลของรัฐ และอุดหนุนโรงพยาบาล ด้วยเงินงบประมาณ ทำให้โรงพยาบาลของรัฐสามารถให้บริการโดยบุคลากรที่มีคุณภาพสูงและสามารถ คัดเลือกรักษาพยาบาลได้ดีกว่าโรงพยาบาลเอกชน การสนับสนุนจากรัฐเช่นนี้เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนา ศักยภาพของโรงพยาบาลเอกชนในการแบ่งเบาภาระจากโรงพยาบาลของรัฐ

๔. ผลสืบเนื่องจากข้างต้น ทำให้เกิดความแออัด และการดูแลผู้เจ็บป่วยในโรงพยาบาลของรัฐ ไม่สามารถทำได้อย่างทั่วถึง ประกอบกับเงินอุดหนุนที่รัฐบาลจัดสรรให้ต่ำกว่าค่าใช้จ่ายจริง จึงทำให้ไม่สามารถ ให้บริการได้อย่างมีคุณภาพ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลระดับจังหวัดที่ต้องรับผู้เจ็บป่วยที่มีอาการรุนแรง จากโรงพยาบาลระดับอำเภอหรือต่ำกว่า โรงพยาบาลขนาดใหญ่จึงประสบปัญหาทางการเงินอย่างรุนแรง

๕. ในระบบเศรษฐกิจเสรีที่มีการแข่งขันอย่างเป็นธรรม เอกชนสามารถผลิตและให้บริการ ด้วยกลไกตลาดได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ในกรณีที่กลไกตลาดไม่สามารถสนองความต้องการของประชาชน ได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม รัฐจึงจำต้องแทรกแซง เช่น การรักษาความมั่นคง และการลดความเหลื่อมล้ำ เป็นต้น บริการรักษาพยาบาลเป็นบริการที่เอกชนสามารถผลิตได้แต่ประชาชนผู้ด้อยโอกาสไม่สามารถเข้าถึง ได้อย่างทั่วถึง จัดเป็น “merit goods” ที่รัฐสมควรแทรกแซง แม้กระนั้นการแทรกแซงโดยรัฐเป็นผู้ให้บริการ โดยตรง (Supply – side intervention) ก็เป็นวิธีที่ไม่มีประสิทธิภาพ การแทรกแซงที่เหมาะสมควรดำเนินการ ผ่านเงินอุดหนุนด้านอุปสงค์ (Demand – side intervention) โดยให้เอกชนเป็นผู้ผลิตภายใต้การแข่งขัน อย่างเป็นธรรมจะเกิดประสิทธิภาพดีกว่า

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 และเสนอความเห็นต่อแนวทางการปฏิรูปของคณะกรรมการ ปฎิรูปเศรษฐกิจ การเงินและการคลัง

๔. สรุปผลการศึกษาวิเคราะห์

ตารางที่ ๑ : ระบบการประกันสุขภาพของประเทศไทย

หัวข้อ	ระบบสวัสดิการ รักษาพยาบาล ข้าราชการ	ระบบหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า	ระบบประกันสังคม	ระบบประกัน สุขภาพของ ภาคเอกชน
๑. ลักษณะพื้นฐาน	สวัสดิการ สำหรับ ข้าราชการ หรือครอบครัว ของข้าราชการ	สิทธิขั้นพื้นฐาน ของ 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 และลูกจ้างฝ่ายละ เท่ากันร้อยละ ๑.๕ ของ เงินเดือน โดยมีเพดาน เงินเดือน สูงสุดที่ใช้ คำนวณ ๑๕,๐๐๐ บาท	ผู้ซื้อประกันให้ 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 ภายใต้กรอบ การใช้ยาอย่าง สมเหตุสมผล	เฉพาะยาในบัญชียา หลักแห่งชาติ	ยาในบัญชียาหลัก แห่งชาติเป็นหลัก แต่ไม่จำกัดสิทธิการใ้ช้ยา นอกบัญชี	ยาในบัญชียาหลัก แห่งชาติและยานอก บัญชีฯตามสิทธิใน กรมธรรม์ประกันภัย

ตารางที่ ๑ แสดงรายละเอียดของระบบสวัสดิการรักษายาบาลต่าง ๆ ดังนี้

๑. ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ ระบบนี้เป็นส่วนหนึ่งของสัญญาว่าจ้างระหว่างนายจ้าง คือ ภาครัฐ และลูกจ้าง คือ ข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ สวัสดิการรักษายาบาลที่นายจ้างจัดให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของค่าตอบแทนซึ่งจะต้องเพียงพอที่จะแข่งขันได้ในตลาดแรงงาน รัฐบาลในฐานะนายจ้างเป็นผู้จ่ายค่ารักษายาบาลแก่โรงพยาบาลรัฐตามที่จ่ายจริงเพื่อเป็นการประหยัดงบประมาณจึงกำหนดให้ใช้ยาในบัญชีหลักแห่งชาติ หากมีความจำเป็นต้องใช้ยานอกบัญชีหลักจะต้องอยู่ภายใต้กรอบการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ในกรณีที่เป็นผู้ป่วยใน รัฐบาลจะรับผิดชอบค่าห้องพักและค่าใช้จ่ายตามอัตราโรคที่กำหนดโดยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ผู้ป่วยสามารถเลือกใช้โรงพยาบาลใดก็ได้ที่เป็นของรัฐ

ดังนั้น จำนวนเงินที่จ่ายเป็นค่ารักษายาบาลแต่ละปีจึงมีความไม่แน่นอน ขึ้นอยู่กับจำนวนผู้ใช้สิทธิและค่ารักษายาบาลแต่ละราย แต่ก็ยังไม่สะท้อนต้นทุนการรักษายาบาลที่แท้จริง เพราะไม่รวมเงินเดือนและค่าตอบแทนแพทย์และบุคลากรในโรงพยาบาล รวมทั้งค่าสาธารณูปโภคต่าง ๆ นอกจากนี้ การให้สิทธิที่จะใช้บริการจากโรงพยาบาลใดก็ได้ที่เป็นของรัฐ ทำให้เกิดผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการติดตามผลการรักษา รวมทั้งอาจมีการรักษาซ้ำซ้อนหรือรักษายาบาลเกินความจำเป็น

ประการสำคัญคือ ในระบบนี้ผู้จ่ายซึ่งเป็นคนในวัยทำงานเป็นผู้รับภาระภาษี แต่ผู้รับประโยชน์นั้นมีทั้งผู้เสียภาษีและผู้ที่ไม่เสียภาษี เมื่อสังคมเข้าสู่ภาวะที่คนสูงวัยมีสัดส่วนสูงขึ้น คนที่อยู่ในวัยทำงานจะต้องรับภาระอย่างหนัก ระบบนี้จึงมีความเสี่ยงเพราะจะไม่ยั่งยืนในระยะยาว

๒. ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประเทศไทยได้ดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในปี พ.ศ. ๒๕๔๕ วัตถุประสงค์ของโครงการนี้ คือ การจัดสวัสดิการให้ครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มที่ไม่มีสิทธิรับการรักษาพยาบาลจากระบบสวัสดิการอื่น ๆ ผู้รับบริการต้องจ่ายค่าบริการเพียงครั้งละ ๓๐ บาท ส่วนผู้ยากไร้ไม่ต้องจ่าย รัฐบาลเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายเกือบทั้งหมด เจตนารมณ์ของโครงการนี้ คือ การสร้างหลักประกันความมั่นคงในชีวิตแก่ประชาชนทุกหมู่เหล่า เป็นการลดความเหลื่อมล้ำในสังคม อันเป็นปัญหาที่ทำให้เกิดความขัดแย้ง และเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาเศรษฐกิจอย่างยั่งยืน

อย่างไรก็ตาม แม้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะมีเจตนารมณ์ที่ดี แต่การให้สิทธิแก่ประชาชนทุกคน รวมทั้งผู้ที่มีความสามารถจะดูแลตนเองได้ จึงทำให้การใช้จ่ายของรัฐบาลประสิทธิภาพ ในปี ๒๕๕๖ มีประชาชนที่ลงทะเบียนใช้สิทธิในระบบนี้เป็นจำนวนถึง ๔๙ ล้านคน และด้วยงบประมาณที่มีจำกัดรัฐบาลจึงกำหนดการจ่ายค่ารักษายาบาลให้แก่โรงพยาบาลแบบเหมาจ่ายรายหัวในอัตราที่ต่ำและไม่สะท้อนต้นทุนที่แท้จริง ทำให้โรงพยาบาลหลายแห่งประสบการขาดทุน และโรงพยาบาลขนาดใหญ่ของรัฐหลายแห่งต้องประสบปัญหาทางการเงินอย่างรุนแรง แต่แม้กระนั้นในปี ๒๕๕๖ รัฐบาลยังต้องจ่ายเงินถึง ๑๐๖,๕๐๕ ล้านบาท ซึ่งยังไม่รวมผลขาดทุนของโรงพยาบาลรัฐซึ่งรัฐบาลจะต้องจัดหางบประมาณมาชดเชยในภายหลัง รายจ่ายของระบบนี้มีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นต่อไปอย่างไม่สิ้นสุด โดยเฉพาะเมื่อประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในอนาคตอันไม่ยาวนานนี้

๓. ระบบประกันสังคม ระบบประกันสังคมเกิดจากความคิดที่จะเสริมสร้างความมั่นคงของชีวิตเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างเศรษฐกิจซึ่งภาคอุตสาหกรรมเข้ามาแทนที่ภาคเกษตร ทำให้ชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนเปลี่ยนจากชุมชนชนบทเป็นชุมชนเมือง และทำให้การพึ่งพาเกื้อกูลกันระหว่างสมาชิกใน

ครอบครัวล้มละลายไป ดังนั้น จึงจำเป็นต้องสร้างระบบรองรับความมั่นคงของชีวิต หลักการของระบบประกันสังคม คือ ให้นายจ้างและลูกจ้างจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนซึ่งเรียกว่ากองทุนประกันสังคม แต่เนื่องจากผู้ประกอบการส่วนใหญ่ในประเทศไทยเป็นธุรกิจขนาดเล็กและขนาดย่อม ซึ่งยังไม่มีความเข้มแข็งพอที่จะรับผิดชอบต่อภาระนี้ได้ รัฐบาลจึงได้ช่วยจ่ายสมทบเข้ากองทุนโดยกำหนดสัดส่วนของทั้ง ๓ ฝ่าย เท่า ๆ กัน และกำหนดเพดานเงินเดือนสูงสุดไว้ที่ ๑๕,๐๐๐ บาท กองทุนประกันสังคมจะให้ความคุ้มครองและหลักประกันแก่ลูกจ้างที่เจ็บป่วยได้รับอันตราย พุทธภาพหรือตายอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน รวมทั้งการคลอดบุตร สงเคราะห์บุตร ชราภาพ และว่างงาน

นอกจากนี้ ยังได้จัดตั้งกองทุนเงินทดแทน ซึ่งให้ความคุ้มครองแก่ลูกจ้างที่ประสบอันตรายอันเนื่องจากการทำงาน กองทุนทดแทนกำหนดให้นายจ้างเป็นผู้จ่ายเพียงฝ่ายเดียว

กองทุนทั้งสองนี้บริหารโดยสำนักงานประกันสังคม สำนักงานจะคัดเลือกโรงพยาบาลที่เข้าหลักเกณฑ์และขึ้นทะเบียนเป็นคู่สัญญาเพื่อให้ลูกจ้างเลือก จากนั้นจึงจ่ายเงินให้แก่โรงพยาบาลแต่ละแห่งแบบเหมาจ่ายรายหัวตามอัตราที่ตกลงกันและตามจำนวนลูกจ้างที่เลือกไว้ ลูกจ้างจะต้องเข้ารับการรักษาจากโรงพยาบาลที่เลือกไว้เท่านั้น แต่ในกรณีฉุกเฉินลูกจ้างสามารถเข้ารับการรักษาจากโรงพยาบาลอื่นที่เป็นคู่สัญญาและขึ้นทะเบียนกับสำนักงานได้

แหล่งที่มาของกองทุนประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทนจึงมีความแน่นอน แต่ก็ เป็นระบบที่รายได้และรายจ่ายไม่สัมพันธ์กัน โครงสร้างของอายุของประชากรในอนาคตจะทำให้อัตราเพิ่มของรายจ่ายสูงกว่าอัตราเพิ่มของรายได้ เว้นแต่จะมีการปรับปรุงเพิ่มอัตราการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนให้สูงขึ้น แม้รัฐบาลจะไม่ต้องรับผิดชอบในการจ่ายเงินอย่างไม่จำกัดเช่นระบบสวัสดิการของข้าราชการและระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ความมั่นคงและความสามารถในการคงระบบไว้ให้ยั่งยืนจะเป็นประเด็นปัญหาเช่นเดียวกับ ๒ ระบบข้างต้น และหากระบบการจ่ายเงินสมทบ ๓ ฝ่ายไม่เพียงพอ จะเป็นความเสี่ยงของภาครัฐที่ต้องเข้ารับผิดชอบในที่สุด

อย่างไรก็ตาม นอกเหนือจากระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐแล้ว ยังมีระบบการประกันสุขภาพของเอกชนซึ่งดำเนินงานโดยบริษัทประกันชีวิตและบริษัทประกันวินาศภัย การประกันสุขภาพโดยภาคเอกชนมี ๒ รูปแบบ คือ การประกันสุขภาพส่วนบุคคล และการประกันสุขภาพกลุ่ม ทั้ง ๒ รูปแบบนี้ให้ความคุ้มครองการรักษาพยาบาลเจ็บป่วยจากโรคร้ายและการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ โดยแบ่งเป็น ๓ ประเภทคือ

๑) ผลประโยชน์ชดเชยสำหรับผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล ได้แก่ ค่าห้องพักและค่าอาหาร ค่าปรึกษาแพทย์ ค่ายารักษาโรค ค่ารถพยาบาลและอุปกรณ์อื่น ๆ รวมถึงค่าบริการห้องผ่าตัดต่าง ๆ

๒) ผลประโยชน์ชดเชยสำหรับผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล ได้แก่ การรักษาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลหรือคลินิกที่มีแพทย์ผู้มีใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์ประจำอยู่ โดยไม่ต้องพักรักษาตัวเป็นคนไข้ในผู้เอาประกันได้รับบาดเจ็บเล็กน้อย ๆ น้อย 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	๔๖,๖๓๒,๖๑๓	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	๔,๙๕๒,๒๔๐
สิทธิอื่นๆ	๒๔๒,๓๑๙	๒๓๗,๓๗๕	๒๓๒,๑๓๕	๕๑๖,๒๕๔	๖๓๘,๓๑๘	๖๑๐,๔๔๔	๖๗๓,๗๕๓
สิทธิทหารผ่านศึก	๑๓๑,๒๗๒	๑๒๘,๑๕๐	๑๒๔,๗๘๓	๑๒๒,๓๒๑	๑๖๖,๖๙๘	๑๖๐,๐๒๗	๑๖๐,๙๖๑
สิทธิครูเอกชน	๑๑๑,๐๔๗	๑๐๙,๒๒๕	๑๐๗,๓๕๒	๑๐๕,๗๐๙	๑๐๔,๓๓๑	๑๐๒,๘๓๔	๙๙,๒๓๓
บุคคลที่มีปัญหาสถานะสิทธิ ^๑				๒๘๘,๒๒๔	๓๖๗,๒๘๙	๓๔๓,๕๘๓	๔๑๓,๕๔๙
สิทธิว่าง ^๒	๗๗๙,๒๖๓	๕๒๒,๓๕๒	๓๓๒,๕๔๑	๔๐๗,๒๘๙	๓๑,๙๐๖	๖๕,๑๑๓	๘๑,๙๘๓
ประชากรที่ลงทะเบียนในหลักประกันสุขภาพ ^๓	๖๑,๖๒๙,๒๒๙	๖๒,๐๒๔,๒๗๖	๖๒,๓๖๒,๕๐๖	๖๓,๐๖๔,๐๑๑	๖๓,๘๘๗,๗๙๒	๖๔,๕๒๕,๒๕๒	๖๔,๖๙๘,๔๒๓
ประชากรผู้มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพ	๖๒,๔๐๘,๔๙๒	๖๒,๕๔๖,๖๒๘	๖๒,๖๙๕,๐๕๗	๖๓,๔๗๑,๒๙๐	๖๓,๙๑๙,๖๙๘	๖๔,๕๙๐,๓๖๕	๖๔,๗๘๐,๔๐๖
ความครอบคลุมของสิทธิ (%) ^๔	๙๘.๗๕	๙๙.๑๖	๙๙.๔๗	๙๙.๓๖	๙๙.๙๕	๙๙.๙	๙๙.๘๗

ที่มา : ระบบฐานข้อมูลด้านสังคมและคุณภาพชีวิต สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

หมายเหตุ : หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้เริ่มดำเนินการทั่วประเทศ ปี ๒๕๕๕ ในปี ๒๕๔๗ และก่อนหน้านั้น สิทธิทหารผ่านศึก และสิทธิครูเอกชน ได้จัดอยู่ในกลุ่มสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ทหารผ่านศึกและครูเอกชนเข้าระบบประกันสุขภาพปี ๒๕๔๘)

^๑ บุคคลที่มีปัญหาสถานะสิทธิ เริ่มบันทึกข้อมูลปี ๒๕๕๓

^๒ สิทธิว่าง หมายถึง ผู้ที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและมีสิทธิรักษาพยาบาลอื่นใดที่รัฐจัดให้

^๓ จำนวนจากผู้ลงทะเบียนในสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า+สิทธิประกันสังคม+สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ข้าราชการการเมือง+สิทธิทหารผ่านศึก+สิทธิครูเอกชน (ไม่รวมสิทธิว่าง)

^๔ 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 ทั้งนี้เนื่องจากผลกระทบทางเศรษฐกิจ สำหรับกรณีสวัสดิการข้าราชการมีจำนวนผันผวนระหว่าง ๔.๘ – ๕.๑ ล้านคน ในช่วงเวลาเดียวกัน

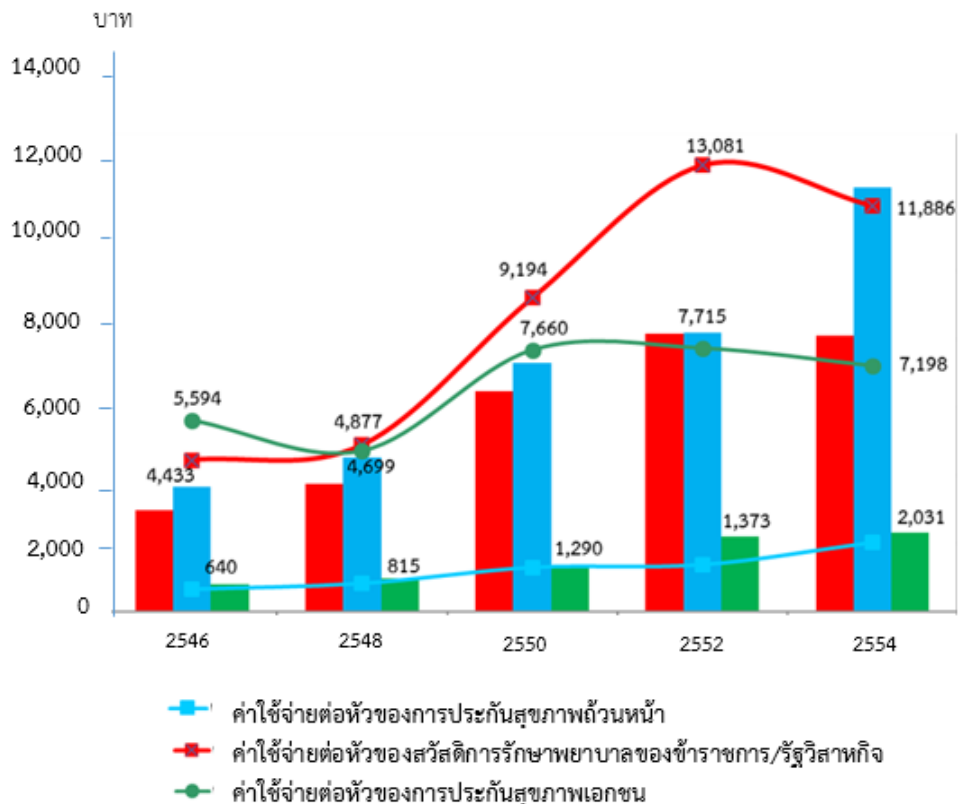
๒. กรณีสวัสดิการทหารผ่านศึกมีจำนวนลดลงจาก ๐.๑๓ ล้านคนในปี ๒๕๕๐ เหลือ ๐.๑๒ ล้านคน ในปี ๒๕๕๓ และกลับเพิ่มเป็นประมาณ ๐.๑๖ ล้านคนในปี ๒๕๕๔ และลดลงเล็กน้อยในช่วงที่เหลือ

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 : ค่าใช้จ่ายรักษายาบาลและค่าใช้จ่ายรายหัวของสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการประกันสุขภาพเอกชน



ที่มา : คำนวณข้อมูลจากบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข และการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ สำนักงานสถิติแห่งชาติ

การศึกษาแนวโน้มค่าใช้จ่ายของระบบสวัสดิการข้าราชการ ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า และระบบประกันสุขภาพเอกชน จะแสดงความรุนแรงของปัญหาการระดมเงินคลังได้เป็นอย่างดี

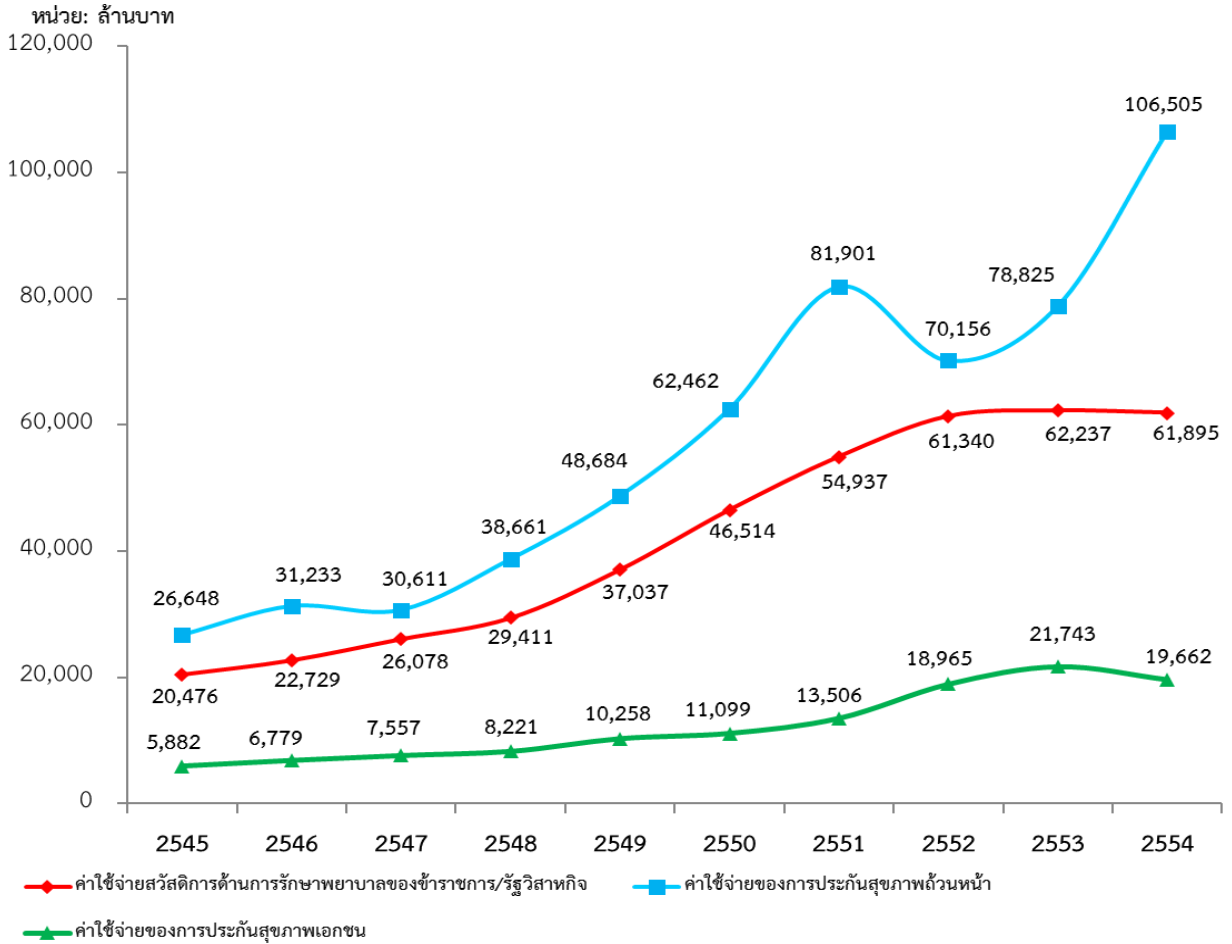
แผนภาพที่ ๑ แสดงค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลต่อหัวของทั้ง ๓ ระบบ จากภาพจะเห็นว่า

- 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 รัฐบาลได้เพิ่มความเข้มงวดในการอนุมัติการรักษาและการใช้ยาที่เห็นว่าไม่จำเป็น จึงทำให้ค่าใช้จ่ายต่อหัวลดลงเล็กน้อย

- ในระบบประกันสุขภาพเอกชน มีค่าใช้จ่ายต่อหัวต่ำกว่าระบบข้าราชการ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้เอาประกันส่วนใหญ่ยังอยู่ในวัยทำงาน ซึ่งมีสุขภาพดีประกอบกับบริษัทประกันมีระบบการควบคุมและตรวจสอบการรักษาและการใช้ยาที่รัดกุมกว่าภาครัฐ อย่างไรก็ตามค่าใช้จ่ายต่อหัวในช่วงปี ๒๕๔๘ - ๒๕๕๐ เพิ่มขึ้นมาก จาก ๔,๖๙๙ บาทเป็น ๗,๖๖๐ บาท และหลังจากนั้นก็ลดลงเล็กน้อย และมีการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างน้อยในช่วงที่กล่าว

- ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีค่าใช้จ่ายต่อหัวค่อนข้างต่ำ เพราะรัฐบาลจัดสรรงบประมาณภายใต้ความจำกัดหลายประการ รัฐบาลจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่โรงพยาบาลของรัฐแบบเหมารายหัว โดยเริ่มจาก ๖๔๐ บาทต่อหัวในปี ๒๕๔๖ และค่อย ๆ เพิ่มในปีต่อ ๆ มา จนถึง ๒,๐๓๑ บาทต่อหัวในปี ๒๕๕๔ ซึ่งเป็นอัตราที่ไม่สะท้อนต้นทุนที่แท้จริงในการรักษาพยาบาล โรงพยาบาลขนาดเล็กและขนาดใหญ่ได้รับการจัดสรรเงินชดเชยรายหัวในอัตราเท่ากัน แต่โรงพยาบาลขนาดใหญ่มีภาระในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงจะประสบปัญหาขาดทุน เป็นเหตุให้ประสบปัญหาทางการเงินอย่างรุนแรง ซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพในการรักษาพยาบาลด้วย นอกจากนี้ การที่ระบบนี้ครอบคลุมประชากรเป็นจำนวนถึง ๔๘.๖ ล้านคน ทำให้แพทย์และบุคลากรของโรงพยาบาลต้องรับภาระอย่างหนัก จากการศึกษาการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลบางแห่ง พบว่ามีผู้ป่วยที่ต้องรับการรักษาจากผู้ให้บริการซึ่งมิใช่แพทย์ถึงร้อยละ ๔๔ ของผู้ป่วยทั้งหมด ดังนั้น แม้โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะมีวัตถุประสงค์ที่ดี แต่การให้หลักประกันแก่ประชาชนเป็นจำนวนมากโดยไม่คำนึงถึงความพร้อมของงบประมาณและขีดความสามารถในการให้บริการของโรงพยาบาลของรัฐ จึงเป็นปัญหาใหญ่ที่จะต้องแก้ไข

แผนภาพที่ ๒: ค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลของสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า และ ประกันสุขภาพเอกชน 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

ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของไทยในปัจจุบันนั้น รัฐเป็นผู้จัดให้โดยครอบคลุมประชาชนทั่วประเทศ หลักการสำคัญของระบบปัจจุบัน คือการให้หลักประกันแก่ประชาชนทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในสังคม แม้กระนั้นก็มีประชาชนบางส่วนที่ไม่ประสงค์จะใช้สิทธินี้ แต่รับการรักษาพยาบาลจากคลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชนด้วยค่าใช้จ่ายของตนเอง มีประชาชนเพียงส่วนน้อยที่ประกันตนเอง เมื่อพิจารณาจากแนวโน้มการเพิ่มของค่าใช้จ่ายของรัฐผ่านระบบสวัสดิการทั้ง ๓ ระบบ และการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างของอายุประชากรในอนาคตแล้ว เป็นที่น่ากังวลว่ารัฐจะไม่สามารถคงระบบนี้ไว้ได้ในระยะยาว

อย่างไรก็ตาม ความเจ็บป่วยเป็นความเสี่ยงของชีวิตที่ไม่สามารถคาดคะเนล่วงหน้าได้ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใด และมีค่าใช้จ่ายเท่าใด ซึ่งอาจเป็นภาระที่หนักเกินความสามารถที่จะรับได้ ประชาชนในประเทศต่าง ๆ จึงมีการประกันตนเองเพื่อลดความเสี่ยงนี้ ยกเว้นผู้ที่ไม่อยู่ในฐานะที่จะดูแลตนเองได้ จะได้รับการดูแลจากรัฐ

หลักการประกันสุขภาพถ้วนหน้าอันเป็นสากลนั้น มิได้หมายความว่ารัฐจะต้องดูแลประชาชนทุกคนโดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างในความสามารถของแต่ละบุคคลในการดูแลตนเอง มาตรการที่ใช้ในบางประเทศคือการกำหนดให้ประชาชนทุกคนต้องประกันสุขภาพขั้นพื้นฐานตนเองตามระดับความเสี่ยงในแต่ละช่วงวัยอายุ ประชาชนที่ไม่สามารถจ่ายค่าเบี้ยประกันนั้น ๆ จะได้รับการดูแลจากรัฐ ดังนั้นเมื่อบุคคลใดเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาพยาบาล โรงพยาบาลจะคิดค่าใช้จ่ายจากบริษัทประกันตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในกรมธรรม์นั้น ๆ ค่าใช้จ่ายที่เกินจากนั้นจะส่งเรียกเก็บจากรัฐบาล ในระบบนี้บริษัทประกันเป็นผู้มีส่วนได้เสียโดยตรงเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และจะเป็นผู้ร่วมกำหนดมาตรฐานร่วมกับโรงพยาบาลในการรักษาพยาบาลเป็นรายโรค ทำให้การคิดค่ารักษาพยาบาลมีความโปร่งใส และเป็นอัตราที่ผู้มีส่วนได้เสียทั้ง ๒ ฝ่าย ยอมรับร่วมกัน

การประกันสุขภาพตนเองในหมู่ประชาชนไทยยังมีน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่น ๆ ที่มีระดับการพัฒนาใกล้เคียงกัน ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการของการประกันภัย และอาจเป็นเพราะว่าระบบสวัสดิการรักษายาบาลที่รัฐจัดให้ นั้นสามารถรองรับภาระของตนได้

ในระบบประกันภัยประเภทต่าง ๆ นั้น หลักการสำคัญ คือ การที่สมาชิกตกลงช่วยเหลือซึ่งกันและกันโดยการกระจายความเสี่ยงไปสู่สมาชิก การประกันที่มีประสิทธิภาพจะต้องมีสมาชิกเข้าร่วมเป็นจำนวนมากตามหลักของ 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 แต่หากมีผู้ทำประกันตนเองมากขึ้นจะเป็นการลดภาระทางการคลังในการดูแลสุขภาพของประชาชนในส่วนที่สามารถช่วยตนเองได้ และเป็นการลดความกดดันต่อภาระของโรงพยาบาลและแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐด้วย

จากประสบการณ์ของประเทศที่ระบบประกันสุขภาพตนเองแพร่หลายและก้าวหน้าไปมาก พบว่าเมื่อประชาชนมีการประกันตนเองเป็นจำนวนมากจะทำให้เกิดการแข่งขันและทำให้อัตราเบี้ยประกันต่ำลง รวมทั้งสิทธิในการรักษาพยาบาลก็จะดีขึ้นด้วย

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

ปัจจุบันมีการร้องเรียนอยู่เสมอเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลเอกชนว่ามีราคาสูงอย่างไม่สมเหตุสมผลและไม่มีความโปร่งใส จึงมีเสียงเรียกร้องให้รัฐดำเนินการควบคุมราคาและค่ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน แต่มาตรการนี้จะก่อให้เกิดผลเสียแม้มีเจตนาที่ดีก็ตาม การควบคุมใด ๆ ย่อมเกิดปัญหาว่าควบคุมเพียงใดจึงจะเหมาะสม หากโน้มเอียงไปในทางที่จะคุ้มครองผู้บริโภคฝ่ายเดียวโดยไม่คำนึงถึงต้นทุนและคุณภาพของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง จะมีผลกระทบต่อคุณภาพของบริการนั้น ๆ ได้ และการควบคุมนั้นจะต้องยอมรับในความแตกต่างของคุณภาพและความสะดวกสบายในการรักษาของแต่ละโรงพยาบาลด้วย ทั้งนี้ต้องมีหลักประกันว่าประชาชนที่ด้อยโอกาสจะได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

ในระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการนั้น ในระยะยาวรัฐบาลก็อาจพิจารณาความเหมาะสมในการโอนภาระค่าใช้จ่ายบางส่วนไปเป็นค่าเบี้ยประกันระดับพื้นฐาน และรัฐบาลจ่ายส่วนที่เกินวงเงินค่าประกัน ดังนั้น จะช่วยทำให้สามารถจัดทำงบประมาณได้ง่ายขึ้น และระบบประกันสุขภาพเอกชนจะมีประสิทธิภาพในการควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้ดีกว่า

๖. วัตถุประสงค์ของการปฏิรูป

๑. ให้หลักประกันแก่ประชาชนทุกคนว่าจะได้รับการดูแลสุขภาพพยาบาลอย่างถ้วนหน้าและมีคุณภาพ
๒. สนับสนุนให้ประชาชนที่มีความพร้อมสามารถดูแลตนเองได้ มีการประกันตนเองตามกำลังความสามารถเพื่อแบ่งเบาภาระไปจากภาครัฐ ทั้งนี้จะไม่กระทบสิทธิขั้นพื้นฐานที่จะได้รับการดูแลจากรัฐในกรณีที่เกินความสามารถของตนเอง
๓. ส่งเสริมให้ภาคเอกชนมีการแข่งขันอย่างเสรีและเป็นธรรม เพื่อให้มีส่วนร่วมในการให้บริการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ และมีระบบธรรมาภิบาลที่ดี
๔. ลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความยั่งยืนของระบบประกันสุขภาพให้ประชาชนทุกหมู่เหล่าได้รับความมั่นคงในชีวิตอย่างเท่าเทียมกัน

๗. ข้อเสนอประเด็นการปฏิรูป

ในระบบประกันสุขภาพที่ดีนั้น จะต้องเน้นความสำคัญของการป้องกันความเสื่อมโทรมของสุขภาพมากกว่าการรักษา เป็นสิ่งที่น่าเสียดายที่ระบบประกันสุขภาพของไทยมุ่งเน้นการรักษาเป็นหลัก หากประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพสุขภาพอย่างดี การเจ็บป่วยซึ่งเป็นปัญหาปลายเหตุจะมีน้อยลง ดังนั้นข้อเสนอในการปฏิรูประบบประกันสุขภาพจึงเน้นความสำคัญของมาตรการทั้ง ๒ ดังนี้

ด้านการป้องกัน

๑. สนับสนุนสำนักงานกองทุนส่งเสริมสุขภาพ (ส.ส.ส.) ให้จัดทำแผนงานส่งเสริมสุขภาพของประชาชนตั้งแต่แรกเกิดถึงวัยชรา และครอบคลุมมิติต่าง ๆ อย่างครบวงจรทั้งด้านอาหาร การออกกำลังกาย การดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ และการรักษาสิ่งแวดล้อม ส.ส.ส. จะต้องสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนในสังคมมีส่วนร่วมในการกิจนี้ ได้แก่ สถานศึกษา สถาบันครอบครัว ชุมชนท้องถิ่น และองค์กรปกครองท้องถิ่น มีการกำหนดตัวชี้วัดในความสำเร็จของแต่ละเป้าหมายอย่างชัดเจนนอกเหนือจากการรายงานค่าใช้จ่ายของกิจกรรมต่าง ๆ เท่านั้น

๒. ส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่นในเรื่องสมุนไพรโดยใช้ความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์ต่อยอดภูมิปัญญาท้องถิ่น ยกกระตักการใช้สมุนไพรและแพทย์แผนไทยให้ได้มาตรฐาน เป็นที่เชื่อมั่นของประชาชน

๓. ส่งเสริมให้ประชาชนมีจิตสำนึกรับผิดชอบในการดูแลตนเองทั้งด้านการรักษาสุขภาพ และการป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุต่าง ๆ

ด้านการรักษาพยาบาล

๑. สนับสนุนให้ผู้มีเงินได้สามารถนำเบี้ยประกันสุขภาพมาหักลดหย่อนภาษี โดยให้อยู่ในวงเงินลดหย่อนค่าเบี้ยประกันชีวิต (๑๐๐,๐๐๐ บาทเท่าเดิม) เพื่อเป็นทางเลือกในการใช้บริการรักษาพยาบาลโดยไม่ต้องพึ่งรัฐ

๒. จัดตั้งศูนย์กลางข้อมูลสุขภาพเพื่อให้สถานพยาบาลต่าง ๆ สามารถเข้าถึงข้อมูลของผู้เจ็บป่วยเพื่อให้ง่ายต่อการวินิจฉัยและติดตามผลการรักษา นอกจากนี้ยังลดการรักษาซ้ำซ้อนในกรณีที่ใช้บริการจากโรงพยาบาลหลายแห่ง

๓. จัดให้มีระบบการตรวจอาการเบื้องต้นก่อนที่จะพบแพทย์ รวมทั้งการตรวจเพื่อติดตามผลการรักษาในกรณีที่เป็นผู้ป่วยเรื้อรัง หากสามารถให้คำแนะนำหรือรักษาได้โดยไม่ต้องส่งแพทย์ทุกราย จะลดความจำเป็นที่ผู้ป่วยจะต้องพบแพทย์ทุกคน และภาระของแพทย์ลงได้มาก

๔. พิจารณาความเหมาะสมของการนำระบบการมีส่วนร่วมจ่ายเพื่อจูงใจให้มีจิตสำนึกในการประหยัดค่ารักษาพยาบาลและลดการรักษาพยาบาลที่เกินความจำเป็น

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

๖. กำกับดูแลให้การรักษาพยาบาลของเอกชนมีการแข่งขันอย่างเสรีและเป็นธรรม ไม่เอารัดเอาเปรียบผู้เจ็บป่วย ปราศจากการผูกขาดหรือการมีอำนาจเหนือตลาด และมีการดำเนินงานอย่างโปร่งใสภายใต้หลักธรรมาภิบาลที่ดี

๘. ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะได้

๑. ประชาชนทุกหมู่เหล่าสามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลได้อย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ

๒. เมื่อประชาชนส่วนหนึ่งมีการประกันตนเอง จะช่วยลดภาระทางด้านงบประมาณของรัฐ ทำให้รัฐบาลสามารถปรับปรุงค่าชดเชยการรักษาพยาบาลให้แก่โรงพยาบาลตามที่จ่ายจริง แทนที่จะใช้ระบบการเหมาจ่ายรายหัวซึ่งไม่สะท้อนค่าใช้จ่ายจริง ทำให้ค่าตอบแทนของบุคลากรทางการแพทย์มีความเป็นธรรมมากขึ้น และบริการโดยทั่วไปมีคุณภาพดีขึ้น

๓. ทำให้ระบบการคลังของการประกันสุขภาพของรัฐมีความยั่งยืน และตอบสนองความต้องการของผู้เจ็บป่วยได้ดีขึ้น

๔. ภาคเอกชนสามารถพัฒนาคุณภาพและประสิทธิภาพของบริการ และเป็นหน่วยงานในการดูแลรักษาสุขภาพที่ประชาชนสามารถให้ความเชื่อมั่นได้เคียงคู่กับโรงพยาบาลของรัฐ

๕. มีการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างครบวงจร ประชาชนมีจิตสำนึกรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพตนเอง ลดอัตราการเจ็บป่วยและบาดเจ็บ ลดความจำเป็นที่ต้องรักษาพยาบาลโดยไม่จำเป็น

๖. สังคมมีความเท่าเทียมและเป็นธรรมมากขึ้น ประชาชนทุกหมู่เหล่าสามารถอยู่ร่วมกันได้ด้วยความสะดวกสบาย

๙. ตัวชี้วัดความสำเร็จตามผลลัพธ์

๑. ประชาชนทั่วไปมีสุขภาพดีขึ้น สามารถชีวิตด้วยดัชนีต่าง ๆ อย่างชัดเจน และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

๒. ลดความแออัดในโรงพยาบาลของรัฐ ทำให้โรงพยาบาลสามารถจัดสรรทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความแตกต่างของรายได้ของบุคลากรทางแพทย์ให้สอดคล้องกับภารกิจ

๓. งบประมาณรายจ่ายภาครัฐในการรักษาพยาบาลไม่กระทบต่อความมั่นคงทางการคลัง ทำให้ระบบประกันสุขภาพมีความยั่งยืน

๔. ประชาชนมีการประกันตนเองมากขึ้น มีความพอใจต่อบริการรักษาพยาบาลตามกำลังความสามารถของตนเอง

ภาคผนวก

ภาคผนวก

คณะกรรมการปฏิรูปเศรษฐกิจ การเงินและการคลัง

ภาคผนวก

คณะกรรมการการปฏิรูปเศรษฐกิจ การเงินและการคลัง

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 กิติพงค์ อุรุพิพัฒน์พงศ์	โฆษกกรรมการ
๘. นายจรรยา จิริงเรืองรุ่ง	กรรมการ
๙. นายจิรววัฒน์ เวียงดำน	กรรมการ
๑๐. นายชัยวัฒน์ ลิ้มปวีร์ธนระ	กรรมการ
๑๑. นายชวลิต ตั้งจิรวงษ์	กรรมการ
๑๒. นายกอบศักดิ์ ภูตระกูล	กรรมการ
๑๓. นายธีรารัง อัครสุธีร์กุล	กรรมการ
๑๔. นายนิมิต สิทธิไตรย์	กรรมการ
๑๕. นายนำชัย กฤษณาสกุล	กรรมการ
๑๖. นางประภา เหน็ดตระกูล ศรีนวลนัด	กรรมการ
๑๗. นางประภาศรี สุนันทบุตร	กรรมการ
๑๘. พลเอก ประยุทธ์ รัศมีแพทย์	กรรมการ
๑๙. นายพนา ทองมีอาคม	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

