



ที่ สศ ๐๐๐๑/ ๑๕๕๐

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐
อาคารรัฐประศาสนภักดี ชั้น ๒ และ ๓ กรุงเทพฯ ๑๐๒๑๕

๑๕ สิงหาคม ๒๕๕๕

เรื่อง ความเห็นและข้อเสนอแนะของสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เรื่อง การสร้างความเป็นธรรม
ด้านสุขภาพ : กรณีศึกษาการพิจารณาความเหมาะสมในการเรียกเก็บค่าบริการร่วม ๓๐ บาท ณ จุดบริการ
ด้านสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

กราบเรียน นายกรัฐมนตรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ความเห็นและข้อเสนอแนะของสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ จำนวน ๑ ชุด

สภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ โดยคณะทำงานการพัฒนาคุณภาพชีวิต สาธารณสุข และคุ้มครองผู้บริโภค ได้ดำเนินการศึกษาและรับฟังความคิดเห็นในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับนโยบายการประกันสุขภาพในประเทศไทย และการประกาศที่จะสานต่อนโยบาย “โครงการ ๓๐ บาทรักษาทุกโรคด้วยการพัฒนาทั้งระบบ” ซึ่งก็คือการนำมาตรการร่วมจ่าย ๓๐ บาท ณ จุดบริการที่ถูกยกเลิกไปแล้วกลับมาใช้ใหม่อีกครั้ง เพื่อให้เป็นการคัดกรองการป่วยไม่ให้มีลักษณะของการใช้บริการสุขภาพที่เกินความจำเป็น (Moral Hazard) รวมถึงเพื่อเป็นการเพิ่มงบประมาณให้แก่สถานบริการสาธารณสุข ความเหมาะสมของนโยบายดังกล่าวเป็นที่ถกเถียงกันในวงวิชาการและวงการสาธารณสุขอย่างหลากหลาย เนื่องจากมีความเกี่ยวข้องกันโดยตรงกับความเป็นธรรมด้านสุขภาพของประชาชนที่อยู่ในระบบประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน

จากการรวบรวมหลักฐานทางวิชาการเชิงประจักษ์ในการพิจารณาความเหมาะสมของการนำนโยบายการเรียกเก็บ ๓๐ บาท กลับมาใช้ใหม่ พบว่า รัฐควรยกเลิกการนำนโยบายเรียกเก็บเงิน ๓๐ บาท ณ จุดบริการสุขภาพกลับมาใช้ เพราะมีหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนี้

๑. สภาวะการขาดทุนของสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีสาเหตุสำคัญจากอัตราการเพิ่มขึ้นของต้นทุนค่าตอบแทน ซึ่งเกิดจากการให้บริการแก่ผู้ป่วยในทุกสิทธิ

๒. อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของระบบ UC ในสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ต่ำกว่าอัตราการใช้บริการเฉลี่ยของทุกสิทธิ

๓. ในการไปรับบริการสุขภาพในแต่ละครั้งนั้นผู้ป่วยมีค่าใช้จ่ายอื่นๆ นอกเหนือจากการรักษาพยาบาล ซึ่งมีมูลค่ามากกว่าค่าร่วมจ่าย ผู้ป่วยมีความกังวลใจต่อค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปสถานพยาบาลมากที่สุด จนอาจเป็นเหตุผลของการตัดสินใจไม่ไปรับบริการในสถานพยาบาลที่กำหนด

๔. กลุ่มคนจนในช่วงชั้นยากจนที่สุด ยังมีแนวโน้มที่มีสัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพต่อรายได้สูงกว่ากลุ่มที่มีฐานะร่ำรวยที่สุด รวมถึงมีสัดส่วนของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ต้องจ่ายจริงมากกว่ากลุ่มที่มีฐานะร่ำรวยที่สุด

๕) การกลับมา...

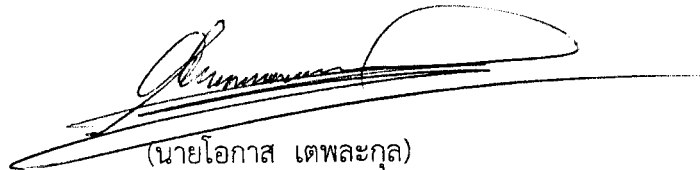
๕. การกลับมาเก็บเงินร่วมจ่ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงเป็นการขยายช่องว่างของความไม่เสมอภาคในระบบสุขภาพ และผู้ที่จะได้รับผลกระทบโดยตรงก็คือประชาชนที่จัดอยู่ในกลุ่มยากจนถึงยากจนที่สุดของประเทศ

สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ในคราวประชุม ครั้งที่ ๑๔/๒๕๕๕ เมื่อวันที่พฤหัสบดีที่ ๒๖ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๕ ได้พิจารณาผลการศึกษาของคณะทำงานการพัฒนาคุณภาพชีวิต สาธารณสุข และคุ้มครองผู้บริโภค และมีมติเห็นชอบเสนอความเห็นและข้อเสนอแนะ เรื่อง การสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ : กรณีศึกษาการพิจารณาความเหมาะสมในการเรียกเก็บค่าบริการร่วม ๓๐ บาท ณ จุดบริการด้านสุขภาพ ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อนำไปสู่การกำหนดนโยบายและแนวทางดำเนินการในการแก้ไขปัญหาที่ยั่งยืนต่อไป โดยมีสาระสำคัญของความเห็นและข้อเสนอแนะสรุปได้ ดังนี้

๑. ยกเลิกการนำนโยบายเรียกเก็บเงิน ๓๐ บาท ณ จุดบริการสุขภาพกลับมาใช้
๒. เร่งรัดการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศให้เกิดคุณภาพมาตรฐานเดียว (รายละเอียดความเห็นและข้อเสนอแนะปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย)

จึงกราบเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากผลการพิจารณาเป็นประการใด ขอได้โปรดแจ้งให้ทราบในโอกาสแรกด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถืออย่างยิ่ง



(นายโอกาส เดพลกุล)

ประธานสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

สำนักกิจการสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

โทร. ๐ ๒๑๔๑ ๓๒๐๘, ๐ ๒๑๔๑ ๓๒๑๓

โทรสาร ๐ ๒๑๔๓ ๘๗๑๔, ๐ ๒๑๔๓ ๘๗๑๕

ความเห็นและข้อเสนอแนะ

เรื่อง “การสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ : กรณีศึกษาการพิจารณาความเหมาะสมในการเรียกเก็บค่าบริการร่วม ๓๐ บาท ณ จุดบริการด้านสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า”

๑. ความเป็นมา/หลักการและเหตุผล

การพัฒนาของนโยบายการประกันสุขภาพในประเทศไทยมีมาอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายหลักคือ การมุ่งทำให้ประชาชนคนไทยมีสิทธิที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอภาคกันและไม่มีภาระค่าใช้จ่ายมากนัก^๑ ระบบประกันสุขภาพไทยมีความเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน เมื่อมีการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage : UC) ซึ่งครอบคลุมการดูแลด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนไทยถึงร้อยละ ๗๕ อย่างไรก็ตาม ยังพบปัญหาความไม่เสมอภาคของการบริการด้านสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับอีก ๒ ระบบประกันสุขภาพหลักของไทย ประกอบด้วย ๑) กลุ่มพนักงานเอกชนซึ่งได้รับความคุ้มครองจากระบบประกันสังคม (Social Security Scheme : SSS) และ ๒) กลุ่มข้าราชการซึ่งได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการ (Civil Servant Medical Benefit : CSMB) ^๒

เมื่อมีการจัดตั้งรัฐบาลใหม่ภายหลังการเลือกตั้ง รัฐบาลได้ประกาศนโยบายต่อสาธารณะในการสร้างความเสมอภาคการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน การดำเนินนโยบายด้านสุขภาพใดๆ ต้องไม่สวนทางกับการประกาศนโยบายของรัฐบาลที่จะสร้างความเสมอภาค ในการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชากรไทยทุกคนแม้ว่าจะอยู่ในระบบประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน^๓ โดยในวันที่ ๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๕ ได้ประกาศนโยบายความเท่าเทียมในการบริการการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ตลอดจนถึงในวันที่ ๒๒ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๕ ได้ประกาศเพิ่มเติมในการสร้างความเสมอภาคการให้บริการผู้ป่วยโรคไต และผู้ติดเชื้อเอชไอวี

อย่างไรก็ตาม การที่รัฐบาลประกาศที่จะสานต่อนโยบาย “โครงการ ๓๐ บาทรักษาทุกโรคด้วยการพัฒนาทั้งระบบ” ซึ่งคือการนำมาตราการร่วมจ่าย ๓๐ บาท ณ จุดบริการที่ถูกยกเลิกไปแล้วกลับมาใช้ใหม่อีกครั้ง เพื่อให้เป็นการคัดกรองการป่วยไม่ให้มีลักษณะของการใช้บริการสุขภาพที่เกินความจำเป็น (Moral Hazard) รวมถึงเพื่อเป็นการเพิ่มงบประมาณให้แก่สถานบริการสาธารณสุข^๔ ความเหมาะสมของนโยบายดังกล่าวเป็นที่ถกเถียงกันในวงวิชาการและวงการสาธารณสุขอย่างหลากหลาย เนื่องจากมีความเกี่ยวข้องกันโดยตรงกับความเป็นธรรมด้านสุขภาพของประชาชนที่อยู่ในระบบประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน

๒. วิธีการศึกษาและการดำเนินงาน

สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ โดยคณะทำงานการพัฒนาคุณภาพชีวิต สาธารณสุข และคุ้มครองผู้บริโภค ได้ดำเนินการรวบรวมหลักฐานทางวิชาการเชิงประจักษ์ในการพิจารณาความเหมาะสมของการนำนโยบายการเรียกเก็บ ๓๐ บาท กลับมาใช้ใหม่ โดยได้มีการดำเนินการ ดังนี้

^๑ คำให้สัมภาษณ์ของนายกรัฐมนตรีต่อประเด็นนโยบายรัฐบาลต่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพ

^๒ จากการรวบรวมการให้สัมภาษณ์ผ่านสื่อหนังสือพิมพ์ของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องบางส่วน

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

๒.๒ ศึกษาข้อมูลการสำรวจค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกิดขึ้นเมื่อประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไปใช้บริการด้านสุขภาพในสถานพยาบาลที่กำหนด เพื่อศึกษาภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชน

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

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

๓. สารสำคัญของเรื่องและข้อวิเคราะห์

๓.๑. สารสำคัญของเรื่อง

๓.๑.๑. มาตรฐานด้านสุขภาพของประเทศไทยเปรียบเทียบกับประเทศในกลุ่มอาเซียน

จากรายงาน การพัฒนามนุษย์ (Human Development Report) ของโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP)^๒ เพื่อพิจารณาว่าประชาชนไทยสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพที่มี มาตรฐานได้ตามความจำเป็นแล้วหรือไม่ และมาตรฐานดังกล่าวอยู่ในระดับใด เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศเพื่อนบ้านในภูมิภาคเดียวกัน พบว่า

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

ภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพเมื่อเทียบกับประเทศต่างๆ ในอาเซียน พบว่า ประเทศไทยมีอัตราในเรื่องความชุกของโรคเอดส์มากเป็นอันดับ ๑ คือพบประมาณร้อยละ ๑.๒ ใน กลุ่มวัยรุ่น (อายุ ๑๕-๒๔ ปี) ทั้งชายและหญิง และพบร้อยละ ๑.๔ ในกลุ่มผู้ใหญ่ (อายุ ๑๕-๔๙ ปี) ในขณะที่ประเทศอื่นๆ ในภูมิภาค เช่น สิงคโปร์ ลาว และกัมพูชา มี ผู้ติดเชื้อเอดส์ ไม่เกินร้อยละ ๑ ในแต่ละกลุ่มประชากร และส่วนใหญ่จะพบในกลุ่มวัยรุ่นมากกว่ากลุ่มผู้ใหญ่

อัตราการตายของประเทศไทยเปรียบเทียบกับประเทศต่างๆ ใน อาเซียน พบว่า อัตราการตายของวัยทารก และเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี ในประเทศไทย มีระดับที่สูงในลำดับที่ ๕ เมื่อเทียบกับสิงคโปร์ บรูไน มาเลเซีย และเวียดนาม เช่นเดียวกับอัตราการตาย ในวัยผู้ใหญ่ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ประเทศไทยมีอัตราการตายอยู่ในระดับที่ สูงและอยู่ในลำดับที่ ๕ รองลงมาจาก สิงคโปร์ บรูไน มาเลเซีย และเวียดนาม

ข้อมูลเหล่านี้สะท้อนว่า ประเทศไทยยังต้องมีการปรับปรุงการสาธารณสุขเพื่อลดอัตราการตายของเด็กวัยทารก เด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี และวัยผู้ใหญ่ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ซึ่งทั้งหมดยังอยู่ในระดับที่ค่อนข้างสูง และยังต้องเพิ่มคุณภาพสาธารณสุขและการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดระดับอัตราการตายตามมาตรฐานอายุจากโรคไม่ติดต่อ ให้อยู่ในระดับต่ำกว่าที่เป็นอยู่

๓.๑.๒. อัตราการใช้บริการสุขภาพของประชาชนในแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพ

จากรายงานผลการประเมินสมรรถนะระบบบริการสุขภาพ กรณีศึกษา ๔ จังหวัด ของ วีระศักดิ์ พุทธาศรี และคณะ^๗ เพื่อเปรียบเทียบการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและความเป็นธรรมด้านสุขภาพจำแนกตามสิทธิ พบว่า ค่าเฉลี่ยของการรับบริการผู้ป่วยนอกต่อคน และผู้ป่วยในต่อคน ของผู้ป่วยสิทธิระบบ UC และ SSS ต่ำกว่าในระบบ CSMB

ข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของพินิจ ฟ้าอำนวยผลและคณะ^๘ ที่พบว่าอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของระบบ UC นั้น จะต่ำกว่ารวมทุกสิทธิประมาณ ๐.๒ ครั้งต่อคนต่อปี ในส่วนผู้ป่วยนอก และต่ำกว่าร้อยละ ๑ ในส่วนของผู้ป่วยในค่าใช้จ่ายอื่นๆ ของผู้ป่วยเมื่อต้องเข้ารับบริการด้านสุขภาพ

จากการสำรวจค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกิดขึ้นในการไปโรงพยาบาลของผู้ป่วย ในระบบ UC ของมูลนิธิเพื่อผู้บริโภคและองค์กรเครือข่ายในกรุงเทพมหานคร^๙ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใช้สิทธิ UC จากทั้ง ๔๘ เขตของกรุงเทพมหานคร จำนวน ๕๘๙ ราย พบว่าในการไปรับบริการสุขภาพในแต่ละครั้งนั้นผู้ป่วยมีค่าใช้จ่ายอื่นๆ นอกเหนือจากการรักษาพยาบาลทั้งในทางตรงและทางอ้อม โดยพบว่าค่าขาดรายได้ เนื่องจากการต้องเข้ารับการรักษา และค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อเข้ารับการรักษาเป็นค่าใช้จ่ายหลักที่เกิดขึ้น โดยในการใช้บริการแบบผู้ป่วยนอกนั้น มีค่าขาดรายได้ เนื่องจากการขาดงานและค่าเดินทางเป็น ๑๘๑ บาท และ ๑๑๓ บาท ต่อครั้งของการเข้ารับบริการ ตามลำดับ ส่วนการใช้บริการแบบผู้ป่วยใน มีค่าขาดรายได้เนื่องจากการขาดงาน และค่าเดินทางเป็น ๔๖๑ บาท และ ๑๕๗ บาท ต่อครั้งของการเข้ารับบริการ ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างมีรายได้

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

เฉลี่ยเพียงวันละ ๒๑๐ บาท เท่านั้น กลุ่มตัวอย่างมีความกังวลใจต่อค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปสถานพยาบาล มากที่สุดจนอาจเป็นเหตุผลของการตัดสินใจไม่ไปรับบริการ

ตารางที่ ๑ ค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเมื่อเข้ารับบริการด้านสุขภาพที่หน่วยบริการ

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

๓.๑.๓. สถานการณ์การคลังและประสิทธิภาพของสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

จากการวิเคราะห์สัมฤทธิ์ผลของการดำเนินงานในระบบบริการสาธารณสุข ในส่วนการคลังสุขภาพของสถานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๓ โดยสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย โดยใช้ฐานข้อมูลรายงานทางการเงินซึ่งสถานพยาบาลในสังกัดส่งให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ฐานข้อมูลรายงานกิจกรรมซึ่งโรงพยาบาลส่งให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ผู้ป่วยในของกองทุนประกันสังคม กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ กรมบัญชีกลาง พบข้อมูลสำคัญ ดังนี้

๑) รายได้หลักของโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ มาจากกองทุน UC (รวมถึงเงินเดือน) ในอัตราร้อยละ ๗๕, ร้อยละ ๕๓, และร้อยละ ๕๑ ตามลำดับ รองลงมาคือมาจากกองทุน CSMBS โดยในระยะปี พ.ศ. ๒๕๕๐ - ๒๕๕๓ มีอัตราการเพิ่มขึ้นจากแหล่งรายได้หลักทั้ง ๒ ในทุกๆ ปี

๒) ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๓ โรงพยาบาลชุมชน มีสัดส่วนรายจ่ายในส่วนค่าตอบแทน ค่ายา ค่าวัสดุการแพทย์ เพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ ๑-๒ ในขณะที่ โรงพยาบาลทั่วไป มีรายจ่ายค่าตอบแทนเพิ่มขึ้นร้อยละ ๓ ค่ายาและวัสดุการแพทย์เพิ่มขึ้นร้อยละ ๑ ส่วนโรงพยาบาลศูนย์มีสัดส่วนรายจ่ายค่าตอบแทนเพิ่มขึ้นร้อยละ ๒ ค่าวัสดุการแพทย์เพิ่มขึ้นร้อยละ ๑ ส่วนค่ายาลดลงร้อยละ ๑ จากปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๒

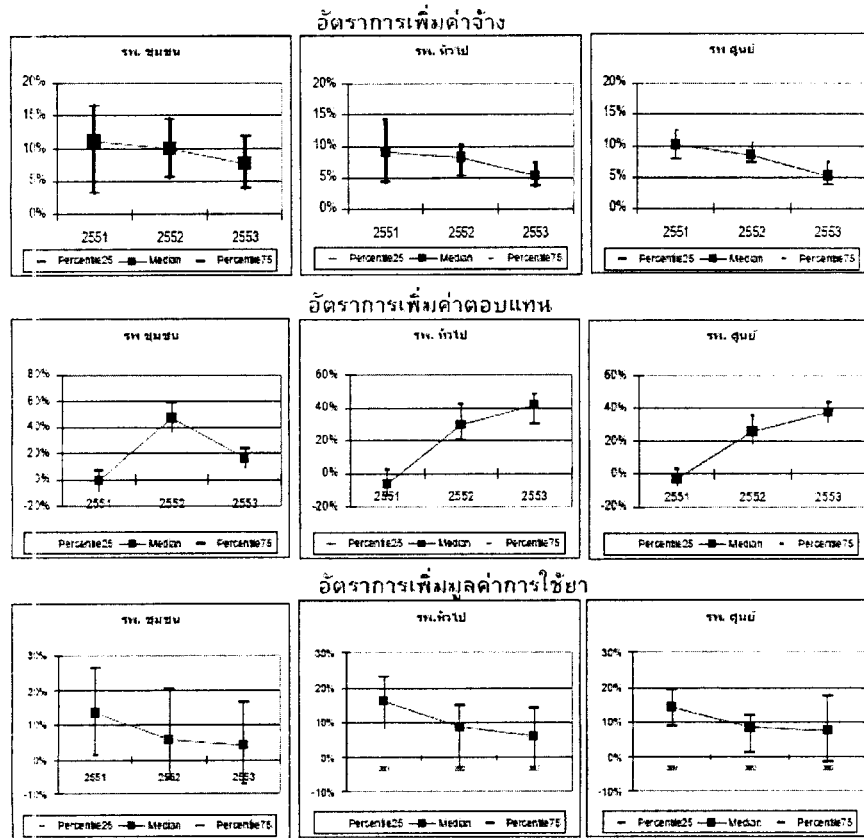
๓) สถานการณ์การคลังในภาพรวม พบว่า โรงพยาบาลที่มีรายรับน้อยกว่ารายจ่ายมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๓ มีโรงพยาบาลจำนวน ๔๙๕ แห่งจากทั้งหมด ๘๓๔ แห่ง (ร้อยละ ๕๙.๔) ที่ประสบปัญหาหารายได้น้อยกว่าค่าใช้จ่าย เมื่อวิเคราะห์หาสาเหตุ พบว่า โรงพยาบาลมีรายได้เพิ่มขึ้นร้อยละ ๗ แต่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๑ โดยมี ค่าตอบแทน ค่าจ้าง และค่ายาเป็นค่าใช้จ่ายหลัก อย่างไรก็ตาม

ต้นทุนค่าตอบแทนนั้นมีอัตราการเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ ๓๐-๔๐ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ ส่วนต้นทุนค่ายาและค่าจ้างมีอัตราการเพิ่มที่ลดลงในทุกๆปี (ดังแสดงในภาพที่ ๑)

๓.๑.๔. ผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพหากมีนโยบายการจ่ายร่วม ๓๐ บาท

แม้ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๕๕ เริ่มโครงการ UC เป็นต้นมานั้น สัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพต่อรายได้รวมของครัวเรือนจะต่ำกว่าในช่วงก่อนที่มีโครงการอย่างชัดเจน แต่ก็ยังพบว่า กลุ่มคนยากจนที่สุดยังมีแนวโน้มที่มีสัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพต่อรายได้สูงกว่ากลุ่มที่ร่ำรวยที่สุด และเป็นเงินสดที่กลุ่มที่ยากจนที่สุดต้องจ่ายเองสูงกว่ากลุ่มคนที่ร่ำรวยที่สุด โดยในปี พ.ศ. ๒๕๕๐ คนกลุ่มที่จนที่สุดมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ๗๙ บาทต่อคนต่อเดือนและต้องจ่ายออกไปเป็นเงินสด ๗๖ บาทต่อคนต่อเดือนคิดเป็นร้อยละ ๙๖ ในขณะที่คนกลุ่มที่ร่ำรวยที่สุดมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ๘๘๐ บาทต่อคนต่อเดือน และต้องจ่ายออกไปเป็นเงินสด ๕๑๑ บาทต่อคนต่อเดือนคิดเป็นร้อยละ ๕๘ (ตารางที่ ๒) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มผู้มีรายได้น้อยไม่สามารถผลักภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพได้มากนัก ผิดกับผู้มีรายได้สูงที่สามารถหาบุคคลอื่น (เช่น นายจ้าง ประกันสุขภาพเอกชน หรือรัฐบาลในกรณีสิทธิ CSMBS และ SSS) มาช่วยชดเชยรายจ่ายด้านสุขภาพได้มากกว่า

ภาพที่ ๑ แนวโน้มอัตราการเพิ่มต้นทุน จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล



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

ช่วงชั้น รายได้	รายจ่ายด้านสุขภาพของ ครัวเรือนเฉลี่ยต่อคนต่อเดือน		รายจ่ายด้านสุขภาพของ ครัวเรือน (เฉพาะที่เป็นตัวเงิน) ^๔ เฉลี่ยต่อคนต่อเดือน		สัดส่วนเงินที่ต้องจ่ายออก จากกระเป๋าต่อค่าใช้จ่ายด้าน สุขภาพ ^๕	
	พ.ศ. ๒๕๔๙	พ.ศ. ๒๕๕๐	พ.ศ. ๒๕๔๙	พ.ศ. ๒๕๕๐	พ.ศ. ๒๕๔๙	พ.ศ. ๒๕๕๐
๑	๙๕	๗๙	๙๐	๗๖	๙๔.๗	๙๖.๒
๒	๙๙	๑๐๙	๘๙	๑๐๕	๘๙.๙	๙๖.๓
๓	๑๔๘	๑๒๐	๑๓๗	๑๑๐	๙๒.๖	๙๑.๗
๔	๑๔๕	๑๔๙	๑๒๘	๑๒๓	๘๘.๓	๘๒.๖
๕	๑๘๕	๑๔๗	๑๕๖	๑๒๙	๘๔.๓	๘๗.๘
๖	๒๒๔	๒๑๔	๑๘๗	๑๘๗	๘๓.๕	๘๗.๔
๗	๒๓๖	๒๑๓	๑๙๕	๑๘๕	๘๒.๖	๘๖.๙
๘	๓๑๒	๒๘๘	๒๓๕	๒๒๙	๗๕.๓	๗๙.๕
๙	๔๒๗	๓๖๖	๓๐๙	๒๖๓	๗๒.๔	๗๑.๙
๑๐	๘๘๗	๘๘๐	๕๑๓	๕๑๑	๕๗.๘	๕๘.๑
รวม	๓๐๕	๒๘๔	๒๒๐	๒๐๗	๗๒.๑	๗๒.๙

๓.๒. ข้อวิเคราะห์

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจะพบว่า ประเทศไทยยังประสบปัญหาคุณภาพของการบริการด้านสุขภาพ รวมถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนในบางกลุ่ม ในขณะที่ประชาชนที่มีเศรษฐฐานะสูงมีภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพน้อย กลับพบว่าประชาชนในกลุ่มที่ยากจนถึงยากจนที่สุดกลับต้องแบกรับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงกว่า สะท้อนให้เห็นความไม่เสมอภาคด้านสุขภาพในกลุ่มที่มีฐานะแตกต่างกัน ในข้อมูลอัตราการเข้ารับบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยที่โรงพยาบาล ก็พบว่า ผู้ป่วยในระบบ CSMBS มีอัตราการใช้บริการที่สูงกว่าผู้ป่วยในระบบ UC และ SSS ยิ่งตอกย้ำให้เห็นถึงความไม่เสมอภาคของการเข้าถึงบริการและความเป็นธรรมทางสุขภาพในแต่ละระบบหลักประกัน การที่ภาครัฐจะดำเนินนโยบายร่วมจ่าย ๓๐ บาท ซึ่งเป็นการเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายให้คนกลุ่มที่จนถึงจนที่สุด จึงยิ่งซ้ำเติมความเหลื่อมล้ำในระบบบริการสุขภาพไทย

^๔ ปี พ.ศ. ๒๕๔๙ และ พ.ศ. ๒๕๕๐ มีการเปลี่ยนรูปแบบในการกรอกข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ทำให้สามารถแยกรายจ่ายด้านสุขภาพออกเป็น รายจ่ายที่ครัวเรือนต้องจ่ายออกไปเป็นเงินสด (in cash) กับรายจ่ายส่วนที่ครัวเรือนรับมาโดยให้เปล่า (in kind) เช่น เป็นส่วนหนึ่งของค่าแรง หรือเป็นสวัสดิการที่นายจ้างชดเชยให้ในภายหลัง เป็นต้น

^๕ ทำการคำนวณเพิ่มเติมโดยผู้วิจัย

นอกจากนี้ในการไปขอรับบริการด้านสุขภาพในแต่ละครั้งของประชาชนในระบบ UC นั้นมีค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่นอกเหนือจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเกิดขึ้น เช่น ค่าเดินทาง ค่าอาหาร เป็นต้น ดังนั้นการที่ประชาชนจะตัดสินใจเข้ารับบริการด้านสุขภาพในแต่ละครั้งย่อมผ่านการไตร่ตรองถึงความจำเป็นในการเข้ารับบริการแล้ว

จากข้อมูลสถานการณ์ด้านการคลังของสถานพยาบาลดังกล่าวข้างต้น อาจกล่าวได้ว่าปัญหาการบริหารจัดการในส่วนต้นทุนค่าตอบแทนนั้น เป็นสาเหตุหลักของการขาดทุนของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม ต้นทุนค่าตอบแทน เป็นต้นทุนที่เกิดขึ้นจากการให้บริการผู้ป่วยในทุกสิทธิหลักประกันที่เข้ารับบริการในสถานพยาบาล ดังนั้น การผลกระทบให้เฉพาะผู้ป่วย UC ร่วมจ่ายเพื่อชดเชยค่าใช้จ่ายในส่วนนี้แต่เพียงกลุ่มเดียวจึงไม่สอดคล้องกับหลักการสร้างความเสมอภาคในทุกระบบหลักประกัน

นอกจากนั้น จากการประมาณการหากมีการเก็บค่าธรรมเนียม ๓๐ บาท โดยใช้หลักเกณฑ์ที่เคยใช้ในอดีต คือมีการยกเว้นในกลุ่มผู้มีฐานะยากจน และกลุ่มผู้สมควรได้รับการช่วยเหลือเกื้อกูลแล้ว จำนวนเงินที่คาดว่าจะเก็บได้ในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ ซึ่งมีผู้มารับบริการในระบบ UC รวมทั้งสิ้นประมาณ ๑๖๓ ล้านครั้ง จำนวนครั้งที่คาดว่าจะต้องเสียค่าธรรมเนียม ๓๐ บาท มีประมาณ ๖๕ ล้านครั้ง คาดว่าจะเก็บค่าธรรมเนียมได้ประมาณ ๑,๙๐๐ ล้านบาท ซึ่งรายได้จากการจ่ายร่วมนี้เป็นรายได้เพียงร้อยละ ๑.๗๕ ของงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวฯ^๖ ต้องการทั้งหมดในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๒^๖ ไม่สามารถแก้ปัญหาการขาดทุนของสถานพยาบาลได้เลย รัฐควรพิจารณาจัดสรรรายได้จากส่วนอื่นมาชดเชยค่าใช้จ่ายดังกล่าว

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น รัฐจึงควรยกเลิกการนำนโยบายเรียกเก็บเงิน ๓๐ บาท ณ จุดบริการสุขภาพกลับมาใช้ เพราะมีหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนี้

๑) สภาวะการขาดทุนของสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีสาเหตุสำคัญจากอัตราการเพิ่มขึ้นของต้นทุนค่าตอบแทน ซึ่งเกิดจากการให้บริการแก่ผู้ป่วยในทุกสิทธิ

๒) อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของระบบ UC ในสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขนั้น ต่ำกว่าอัตราการใช้บริการเฉลี่ยของทุกสิทธิ

๓) ในการไปรับบริการสุขภาพในแต่ละครั้งนั้นผู้ป่วยมีค่าใช้จ่ายอื่นๆ นอกเหนือจากการรักษาพยาบาล ซึ่งมีมูลค่ามากกว่าค่าร่วมจ่าย ผู้ป่วยมีความกังวลใจต่อค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปสถานพยาบาลมากที่สุดจนอาจเป็นเหตุผลของการตัดสินใจไม่ไปรับบริการในสถานพยาบาลที่กำหนด

๔) กลุ่มคนจนในช่วงชั้นยากจนที่สุดยังมีแนวโน้มที่มีสัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพต่อรายได้สูงกว่ากลุ่มที่มีฐานะร่ำรวยที่สุด รวมถึงมีสัดส่วนของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ต้องจ่ายจริงมากกว่ากลุ่มที่มีฐานะร่ำรวยที่สุด

๕) การกลับมาเก็บเงินร่วมจ่ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงเป็นการขยายช่องว่างของความไม่เสมอภาคในระบบสุขภาพ และผู้ที่จะได้รับผลกระทบโดยตรงก็คือประชาชนที่จัดอยู่ในกลุ่มยากจนถึงยากจนที่สุดของประเทศ

^๖ จากร่างข้อเสนอต่อนโยบายการร่วมจ่าย ๓๐ บาทของนายแพทย์เจด็จ ธรรมธัชอารี และคณะ

๔. ความเห็นและข้อเสนอแนะของสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เห็นควรให้รัฐบาลดำเนินการ เพื่อสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ โดยพิจารณาความเหมาะสมในการเรียกเก็บค่าบริการร่วม ๓๐ บาท ณ จุดบริการสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนี้

๔.๑ ยกเลิกการนำนโยบายเรียกเก็บเงิน ๓๐ บาท ณ จุดบริการสุขภาพกลับมาใช้

๔.๒ เร่งรัดการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศให้เกิดคุณภาพมาตรฐานเดียว

.....

เอกสารอ้างอิง

^๑ กระทรวงสาธารณสุข. ๒๕๔๕. แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน.

นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

^๒ United Nations Development Program. 2010. Human Development Report 2010.

<<http://undp.or.th/publications/>> Access June 22, 2012.

^๓ พิณิจ ฟ้าอำนวยผล. สถานการณ์และแนวโน้มระบบบริการสาธารณสุข. รายงานการวิจัยได้รับสนับสนุนงบประมาณจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ธันวาคม ๒๕๕๒.

^๔ วีระศักดิ์ พุทธาศรี และคณะ. ผลการประเมินสมรรถนะระบบบริการสุขภาพ กรณีศึกษา ๔ จังหวัด: น่าน พังงา ลพบุรี อุบลราชธานี. รายงานการวิจัยได้รับสนับสนุนงบประมาณจากสำนักพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข และ องค์การอนามัยโลก ; ๒๕๕๒.

^๕ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปี พ.ศ. ๒๕๔๙ ; ๒๕๕๐.

^๖ สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. รายงานสถานการณ์การคลังและประสิทธิภาพของสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๓. รายงานการวิจัยภายใต้ข้อตกลงความร่วมมือระหว่างสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

^๗ วุฒิพันธ์ วงษ์มงคล กัญญา ดิษยาธิคม สุพล ลิ้มวัฒนานนท์ ภูษิต ประคองสาย และวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. รายงานการเปลี่ยนแปลงภาวะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนจากการวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจเพื่อติดตามภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน (โดยใช้ตัวอย่างซ้ำ) ๒๕๔๘-๒๕๕๓. รายงานการวิจัยได้รับสนับสนุนงบประมาณจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; กุมภาพันธ์ ๒๕๕๔.

^๘ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. รายงานสุขภาพคนไทย ๒๕๕๔: เชนไอเอกสไกการพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อชีวิตและสุขภาพ; ๒๕๕๔.

^๙ สุพล ลิ้มวัฒนานนท์ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และภูษิต ประคองสาย. การลดความยากจนจากรายจ่ายด้านสุขภาพของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย. นิพนธ์ต้นฉบับ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ปีที่ ๕ ฉบับที่ ๑ มกราคม-มีนาคม ๒๕๕๔: ๒๕-๓๑.

๑๐ วิโรจน์ ณ ระนอง และ อรรถกฤต เล็กศิริไโล. การวิเคราะห์ดัชนีชี้วัดความเป็นธรรมด้านการคลังสุขภาพ จากฐานข้อมูลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี ๒๕๔๙-๒๕๕๐. รายงานการวิจัยเสนอสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.); พฤศจิกายน ๒๕๕๑.

๑๑ สุปล ลิ้มวัฒนานนท์ กาญจนา ดิษยาธิคม ภูษิต ประคองสาย วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และวลัยพร พัชรนฤมล. ความเป็นธรรมของการใช้บริการสุขภาพ. รายงานสถานการณ์สุขภาพประเทศไทยของสำนักงานพัฒนา ระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ปีที่ ๑ ฉบับที่ ๖; พฤศจิกายน ๒๕๔๘.

๑๒ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร วลัยพร พัชรนฤมล จิตปราณี วาศวิท ภูษิต ประคองสาย และกาญจนา ดิษยาธิคม. ชุดวิจัยการเงินการคลังระบบสุขภาพไทย: ตอนที่ ๓ การจ่ายร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: บทวิเคราะห์เชิงนโยบาย. นิพนธ์ต้นฉบับ. วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ ๑๕ ฉบับที่ ๑ มกราคม-กุมภาพันธ์ ๒๕๔๙: ๔๑-๕๑.