

## ประเด็นสำหรับการเสวนาสาธารณะ “คิดใหม่ระบบหลักประกันสุขภาพของไทย”

๑ กรกฎาคม ๒๕๕๖

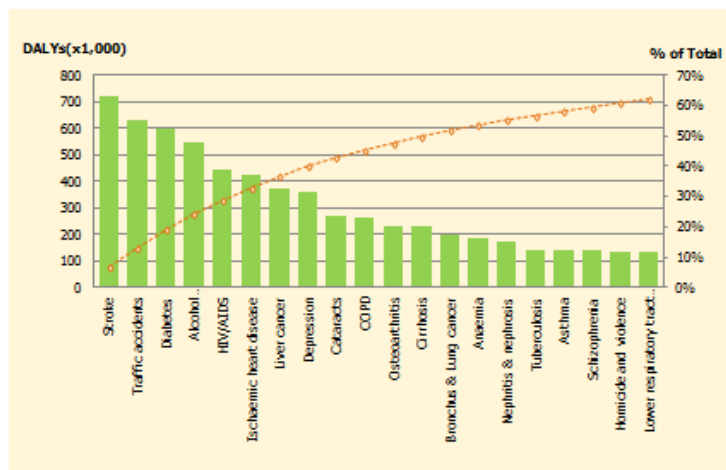
โดย นพ. ภูษิต ประคองสาย ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP)

ก่อนอื่นต้องขอขอบพระคุณ ดร.สมเกียรติ ตั้งกิจวานิชย์ ประธาน TDR และคณะ ที่ได้ให้เกียรติกับผมในการเชิญมาเข้าร่วมการเสวนาสาธารณะในครั้งนี้

ในฐานะของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยมาช่วงระยะเวลาหนึ่งและได้มีการศึกษาในรายละเอียดผลกระทบของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย ระหว่างการทำวิทยานิพนธ์ รวมทั้งได้ติดตามความก้าวหน้าและปัญหาอุปสรรค ผมจึงขอเสนอประเด็นที่ควรเป็นการ “คิดใหม่” ดังนี้

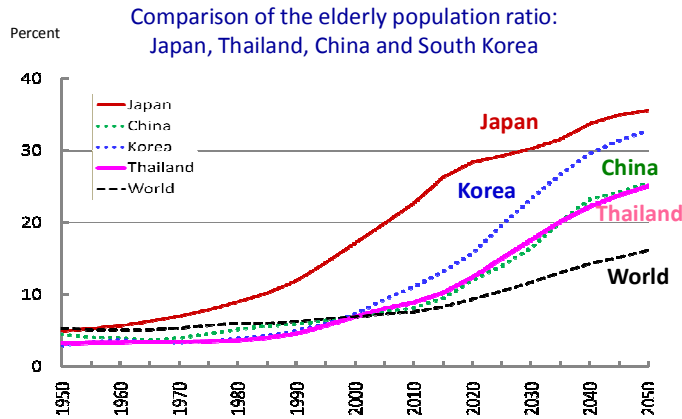
1. **ภาระโรคของประเทศไทยและสภาพการเจ็บป่วยของประชาชนไทย** ได้มีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่เป็นการเจ็บป่วยจากโรคไม่ติดต่อ เรื้อรัง (NCDs) อุบัติเหตุและภัยพิบัติต่างๆ เพิ่มมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของทีม BOD ในประเทศไทย เกี่ยวกับภาระโรค 20 อันดับแรกในปี พ.ศ. 2552 (or 2009 A.D.)

### Top 20 causes of DALYs loss



ในขณะที่เดียวกัน อัตราการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย มีอัตราการเพิ่มที่สูงใกล้เคียงกับประเทศอื่นๆ เช่น ญี่ปุ่น จีน และเกาหลี ในขณะที่อัตราการเพิ่มสูงกว่าค่าเฉลี่ยของการเพิ่มขึ้นทั่วโลก

## Rapid increase in the proportion of the elderly In Thailand compared with other Asian countries



Source: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, World Population Prospects: The 2010 Revision, <http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>

ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าว จำเป็นอย่างยิ่งที่ สปสช. และหน่วยงานประกันสุขภาพต่างๆ เช่น สำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลาง จะต้องไม่เพียงแต่ตั้งรับหรือมุ่งเน้นเรื่องการรักษาพยาบาลเพียงอย่างเดียวอีกต่อไป แต่องค์กรประกันสุขภาพต่างๆ จะต้องลงทุนในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคทั้งโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมทั้งการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อให้ประชาชนทุกกลุ่มมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีโอกาสในการพัฒนา และสามารถใช้ศักยภาพของตนเองได้อย่างสูงสุด

## 2. กรณีแรงงานข้ามชาติที่ผิดกฎหมาย และ กลุ่ม stateless people

ในปัจจุบัน กลุ่มประชากรที่กำลังประสบปัญหาการขาดหลักประกันสุขภาพคือ กลุ่มแรงงานข้ามชาติและกลุ่มประชากรไร้รัฐไร้สัญชาติ (stateless people) ซึ่งกลุ่มคนเหล่านี้ ได้เป็นกำลังขับเคลื่อนทางเศรษฐกิจที่สำคัญของประเทศ

## สถานการณ์และจำนวนของบุคคลที่ ไม่มีสัญชาติไทยในปัจจุบัน

ประเภทบุคคล	จำนวน (คน)
บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ (ชนกลุ่มน้อย, ชาวเขา, คนไร้รัฐ, คนไร้รากเหง้า ฯลฯ) <sup>1</sup>	446,492 - 513,792
ผู้อพยพพลัดถิ่นตามค่ายอพยพชายแดน ไทย-พม่า <sup>2</sup>	87,183 - 137,815
ชาวต่างด้าว เข้าเมืองถูกกฎหมาย มีใบอนุญาตทำงาน <sup>3</sup>	839,913
แรงงานต่างด้าวเข้าเมืองผิดกฎหมาย ที่ได้รับการผ่อนผันให้อยู่ในประเทศไทย มีใบอนุญาตทำงาน <sup>1</sup>	886,507
แรงงานต่างด้าวเข้าเมืองผิดกฎหมาย ไม่มีใบอนุญาตทำงาน และผู้ติดตาม <sup>4</sup>	1,339,986
กลุ่มคนที่ไม่มีสถานะทางทะเบียน	???
<b>รวม</b>	<b>3,600,081-3,718,013</b>

แหล่งข้อมูล:

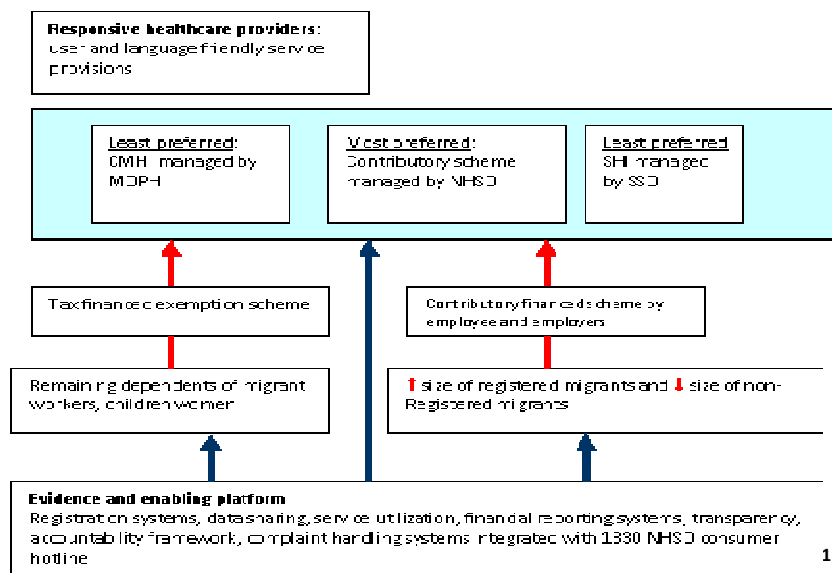
1. กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2555
2. Thailand Burma Border Consortium 2012
3. กรมการจัดหางาน สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว 2555
4. Martin P 2007

- ในปี พ.ศ. 2550 องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labour Organization) รายงานว่าแรงงานต่างด้าวมีจำนวนมากกว่า 5% ของแรงงานไทยทั้งหมด โดยแรงงานดังกล่าวส่งผลเพิ่มรายได้ของประเทศประมาณ 60,000 ล้านบาทต่อปี (2 billion USD per year) โดยถ้ามีสมมติฐานว่า แรงงานต่างด้าวมียุทธภาพในการผลิตเทียบเท่ากับแรงงานไทย ผลผลิตของแรงงานต่างด้าวจะมีสัดส่วนประมาณ 6.2% ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) และประมาณการณ์ว่า แรงงานต่างด้าวส่งผลต่อมูลค่าในภาคอุตสาหกรรมประมาณ 7-10% และในภาคเกษตรกรรมประมาณ 4-5%
- การศึกษาวิจัยหลายชิ้นบ่งชี้ว่า สถานพยาบาลในประเทศไทยส่วนใหญ่รับดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีสัญชาติไทยมาอย่างยาวนาน สิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพจึงมีอยู่เสมอในทางพฤตินัย ทั้งนี้ สถานพยาบาลแต่ละแห่งมีวิธีปฏิบัติที่หลากหลายแตกต่างกันไปในการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ไม่มีสัญชาติไทย เช่น ให้ผู้ป่วยทำหนังสือรับสภาพนี้ ใช้เงินกองทุนสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาล ใช้เงินกองทุนอื่น ๆ นอกเหนือจากกองทุนของรัฐ หรือบริหารจัดการร่วมกับองค์กรพัฒนาเอกชนในพื้นที่ ซึ่งโดยรวมแล้วได้ก่อภาระทางการเงินให้กับ โรงพยาบาลหลายแห่ง โดยเฉพาะโรงพยาบาลชายแดนและโรงพยาบาลในจังหวัดที่มีแรงงานต่างด้าวจำนวนมาก อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ซึ่งในปัจจุบันแม้ว่าจะมีระบบการประกันสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าวและกลุ่มประชากรไร้รัฐไร้สัญชาติ แต่ก็ยังขาดประสิทธิภาพในการครอบคลุมกลุ่มประชากรดังกล่าว ขาดสิทธิประโยชน์มีการยกเว้นการรักษาพยาบาลที่มีราคาแพงแต่มีความจำเป็น เช่น ยาต้านไวรัสเอดส์ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีปัญหาในเรื่องความซ้ำซ้อน และการมีผลประโยชน์ทับซ้อนของหน่วยงานที่ดำเนินการ



## Reform roadmap



3. ศึกษาความเป็นไปได้ในการแสวงหา **sources of financing** อื่น ๆ ที่เป็น **progressive sources** เช่นเดียวกับภาษีหัวไปซึ่งเป็นแหล่งการคลังสุขภาพที่สำคัญของระบบการประกันสุขภาพในประเทศไทย ตัวอย่างเช่น การเก็บภาษีธุรกรรมจากตลาดหลักทรัพย์ การเก็บภาษีจากอาหารที่ทำลายสุขภาพ เช่น น้ำอัดลม, **fast food** เป็นต้น นอกจากนี้ อาจต้องทำการศึกษาความเป็นไปได้ในการเก็บ **tax** จากการเดินทางโดยเครื่องบิน หรือ การบริโภคสินค้าฟุ่มเฟือย เป็นต้น
4. การปรับโครงสร้างและรูปแบบการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น โดยเน้นการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมของประชากรกลุ่มต่างๆ และเน้นศักยภาพในการติดตามและประเมินผลในระดับต่างๆ เพิ่มมากขึ้น
5. ศึกษาความเป็นไปได้และรูปแบบที่เหมาะสมในการ **merge 3 กองทุนประกันสุขภาพ** เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในด้านสิทธิประโยชน์ และวิธีการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลที่มีความแตกต่างกัน อีกทั้งเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรสุขภาพ โดยลดความซ้ำซ้อนในการให้สิทธิประโยชน์ที่เกินความจำเป็น
6. พัฒนาการใช้ **health technology assessment** และความคุ้มค่าในการใช้ทรัพยากร รวมทั้งการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เป็นหลักเกณฑ์ที่สำคัญในการพิจารณาวิธีการรักษาพยาบาล และเทคโนโลยีทางการแพทย์ใหม่ๆ ที่จะรวมเข้าไปในชุดสิทธิประโยชน์