

ปัจจัยขับเคลื่อนค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพ (Drivers of healthcare expenditure)

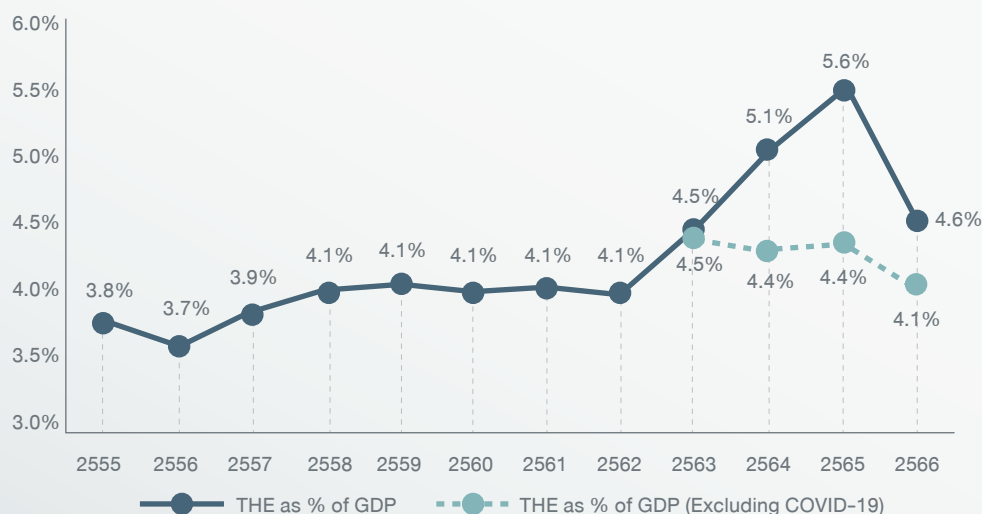
สาระสำคัญ

ในช่วง 10 ที่ผ่านมา ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยสัดส่วนของรายจ่ายรวมด้านสุขภาพ (Total Health Expenditure: THE) ต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.5 ในปี 2563 เป็นร้อยละ 5.6 ในปี 2565 ก่อนลดลงมาอยู่ที่ร้อยละ 4.6 ในปี 2566 ส่วนหนึ่งมาจากผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโควิด 19 ที่ทำให้รายจ่ายรวมด้านสุขภาพระหว่างปี 2563-2565 เพิ่มขึ้นสูงขึ้นในขณะที่ทำให้การเติบโตของเศรษฐกิจชะลอตัวลง (รูปที่ 1) อีกทั้ง อัตราการเติบโตของ THE มีแนวโน้มสูงกว่าอัตราการเติบโตของ GDP แม้จะมีความผันผวน (รูปที่ 2) [1] การเพิ่มขึ้นของรายจ่ายไม่ได้เกิดจากการเข้าถึงบริการมากขึ้นเพียงอย่างเดียว แต่ยังมาจากปัจจัยเชิงโครงสร้างประชากร ระบาดวิทยา ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีและนวัตกรรมทางการแพทย์ เศรษฐกิจและสังคม นโยบายภายใต้ระบบสุขภาพ รวมถึงปัจจัยภายนอกอื่น ๆ ซึ่งล้วนเป็น “ตัวขับเคลื่อนต้นทุน” ที่มีผลต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพได้ [2-4]

สิ่งเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงแรงกดดันจากปัจจัยขับเคลื่อนด้านรายจ่ายสุขภาพที่ต้องได้รับการบริหารจัดการเพื่อสร้างความยั่งยืนและลดความเหลื่อมล้ำทางการเงินการคลัง

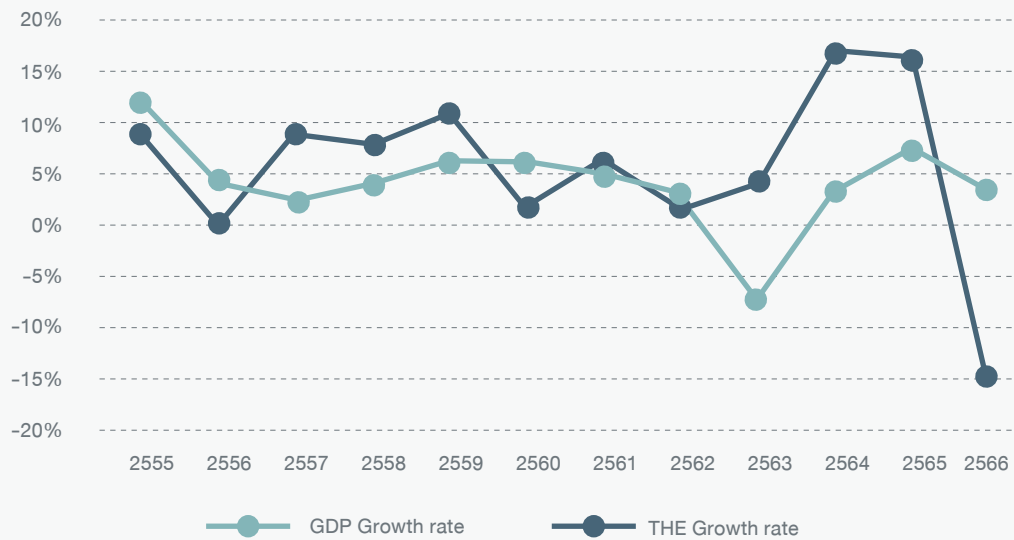


Total Health Expenditure (THE)



รูปที่ 1 การเติบโตของรายจ่ายรวมด้านสุขภาพเทียบกับ GDP

THE Growth Rate vs GDP Growth Rate



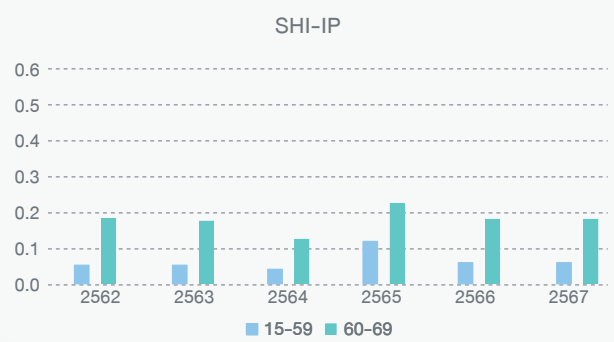
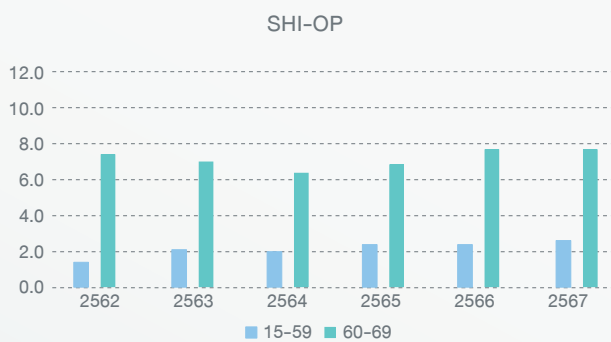
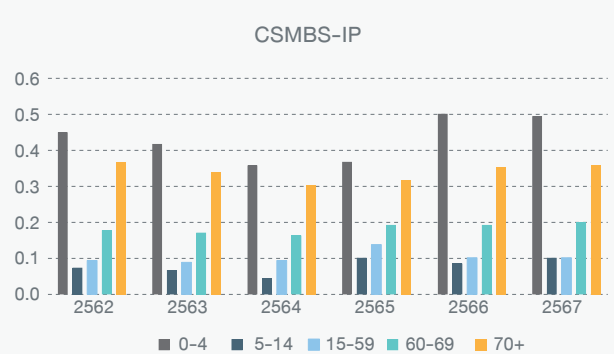
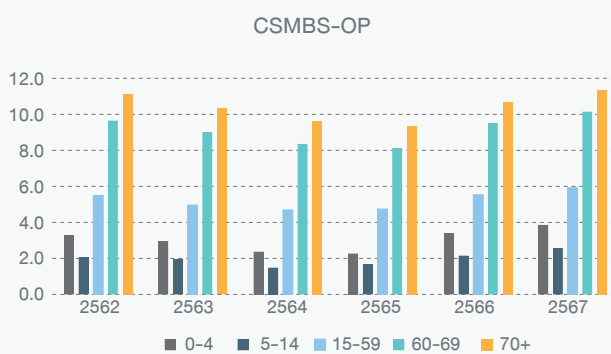
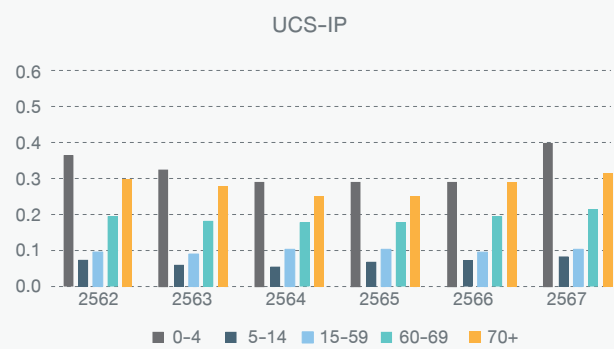
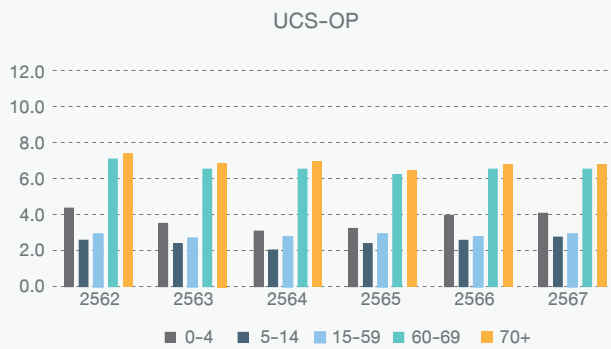
รูปที่ 2 การเติบโตของรายจ่ายรวมด้านสุขภาพ (THE) เปรียบเทียบกับการเติบโตของ GDP



โครงสร้างประชากร (Demographic Drivers)

- ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ตั้งแต่ปี 2564 โดยผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนกว่าร้อยละ 20 ของประชากร และคาดว่าจะสูงถึงร้อยละ 30 ในปี 2578 [5] เมื่ออายุมากขึ้น แนวโน้มการเจ็บป่วยและการใช้บริการสุขภาพก็มีมากขึ้น
- สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Universal Coverage Scheme, UCS) และสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (Civil Servant Medical Benefit Scheme, CSMBS) มีแนวโน้มได้รับผลกระทบด้านการค่าใช้จ่ายสุขภาพจากโครงสร้างประชากรที่เคลื่อนเข้าสู่สังคมสูงวัยมากกว่าสิทธิประกันสังคม (Social Health Insurance, SHI) เนื่องจาก UCS และ CSMBS ครอบคลุมประชากรกลุ่มสูงวัย ในขณะที่ SHI ครอบคลุมเฉพาะวัยทำงาน (รูปที่ 3)





รูปที่ 3 อัตราการใช้บริการเฉลี่ยสำหรับบริการผู้ป่วยนอก (OP) และผู้ป่วยใน (IP) สิทธิ UCS, CSMBS, SHI จำแนกตามกลุ่มอายุ ปีงบประมาณ 2562-2567 (ครั้ง/คน/ปี)



ระบาดวิทยา (Epidemiological Drivers)

- ระบบสุขภาพไทยกำลังเผชิญกับ “การโรคซ้ำซ้อน” (triple burden of diseases) จากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable disease, NCD) โรคติดต่อที่ยังคงมีอยู่ และการบาดเจ็บทางถนน
- จากปี 2546 ถึง 2562 พบว่า โรคติดต่อลดลง ขณะที่ NCD เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสูง ส่วนเพศหญิงเผชิญภาระโรคจาก NCD และการสูงวัยมากขึ้น (รูปที่ 4) นอกจากนี้ ปัญหาสุขภาพจิตกำลังเป็นอีกความท้าทายสำคัญ [7-9]



รูปที่ 4 อันดับการสูญเสียสุขภาพของประชากรไทย ปี 2546 เปรียบเทียบกับ ปี 2562 จำแนกตามเพศ และสาเหตุ [7-8]



ปัจจัยด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรมทางการแพทย์ (Technological Drivers)

การนำยาใหม่ เวชภัณฑ์ และเทคโนโลยีการแพทย์สมัยใหม่เข้ามาใช้ช่วยยกระดับคุณภาพบริการและผลลัพธ์ทางสุขภาพ ขณะเดียวกัน ก็สร้างแรงกดดันต่อการเงินการคลังของระบบสุขภาพ โดยเฉพาะหากขาดกลไกประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ (Health technology assessment: HTA) และการจัดซื้อเชิงกลยุทธ์ (Strategic purchasing) ที่เข้มแข็ง [10-11]

การขยายการแพทย์ทางไกล (telemedicine) และระบบสุขภาพดิจิทัล (digital health) หลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการ แต่ต้องมีการลงทุนเพิ่มเติมในโครงสร้างพื้นฐานและบุคลากรเพื่อรองรับการเปลี่ยนผ่านสู่ระบบดิจิทัลอย่างมีประสิทธิภาพ



การเปลี่ยนแปลงนโยบายภายใต้ระบบสุขภาพ (Health Systems Drivers)

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) ทำให้คนไทย โดยเฉพาะกลุ่มรายได้น้อย เข้าถึงบริการสุขภาพมากขึ้นอย่างก้าวกระโดด [12] แต่ขณะเดียวกัน ต้องมีการติดตามและเฝ้าระวังการใช้บริการที่มากเกินไปจนเกิดความจำเป็น (overutilisation) และการส่งต่อที่ไม่เหมาะสม ซึ่งก่อให้เกิดความสูญเสียด้านประสิทธิภาพและค่าใช้จ่ายแฝง [13]

หลักฐานทางวิชาการบ่งชี้ว่าการเบิกจ่ายชดเชยค่ารักษามีผลต่อพฤติกรรมในการให้บริการ การใช้วิธีจ่ายแบบ fee-for-service อัตราชดเชยค่าบริการสูงกว่า และระบบงบประมาณปลายเปิด อาจเสี่ยง “ใช้เกินจำเป็น” และทำให้ค่าใช้จ่ายสูง ขณะที่วิธีการจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว (capitation) ควบคุมค่าใช้จ่ายได้ดี แต่เสี่ยง “ให้บริการต่ำกว่าความต้องการ” [4] ตัวอย่างเช่น อัตราผ่าตัดคลอดใน CSMBs สูงกว่า UCS เกือบ 2 เท่า (61.7% vs 33.2%) และอัตราการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมต่อประชากรของ CSMBs สูงกว่า UCS ถึง 2.5 เท่า ซึ่งยังสะท้อนถึง “ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพ” [14-15]

ในปี 2567 นโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่” ภายใต้ UCS เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ารับบริการจากสถานพยาบาลใดก็ได้ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อบทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็น gatekeeper ในการดูแลการเจ็บป่วยที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนและการส่งต่ออย่างเหมาะสม ประชาชนอาจข้ามการใช้บริการปฐมภูมิและเลือกเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่แทน จึงมีความจำเป็นต้องติดตามแบบแผนการใช้บริการในสถานพยาบาลแต่ละระดับ รวมถึงค่าใช้จ่ายอย่างใกล้ชิด

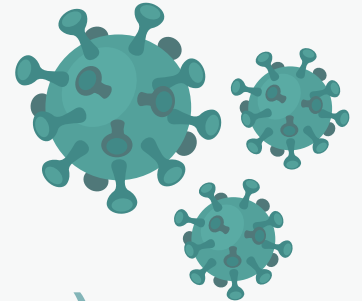


เศรษฐกิจ สังคม และพฤติกรรมสุขภาพ (Socioeconomic and Behavioural Drivers)

เศรษฐกิจและวิถีชีวิต ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน และมีบทบาทสำคัญต่อการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศ

ความเครียดและพฤติกรรมเสี่ยง ที่เพิ่มขึ้น เช่น การบริโภคอาหารแปรรูป การดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ ส่งผลให้ความชุกของ NCD สูงขึ้น นำไปสู่ค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เพิ่มขึ้นตามลำดับ [16]

ความเหลื่อมล้ำทางรายได้และการศึกษา มีผลต่อโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยกลุ่มที่มีรายได้และการศึกษาสูงมักใช้บริการที่มีเทคโนโลยีสูงและรับรู้สิทธิในการรักษามากกว่า ในขณะที่กลุ่มรายได้น้อยมักเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้น้อยกว่า ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาเมื่อโรครุนแรงขึ้น ซึ่งมีต้นทุนสูงกว่าและยังเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายต่อระบบสุขภาพโดยรวม



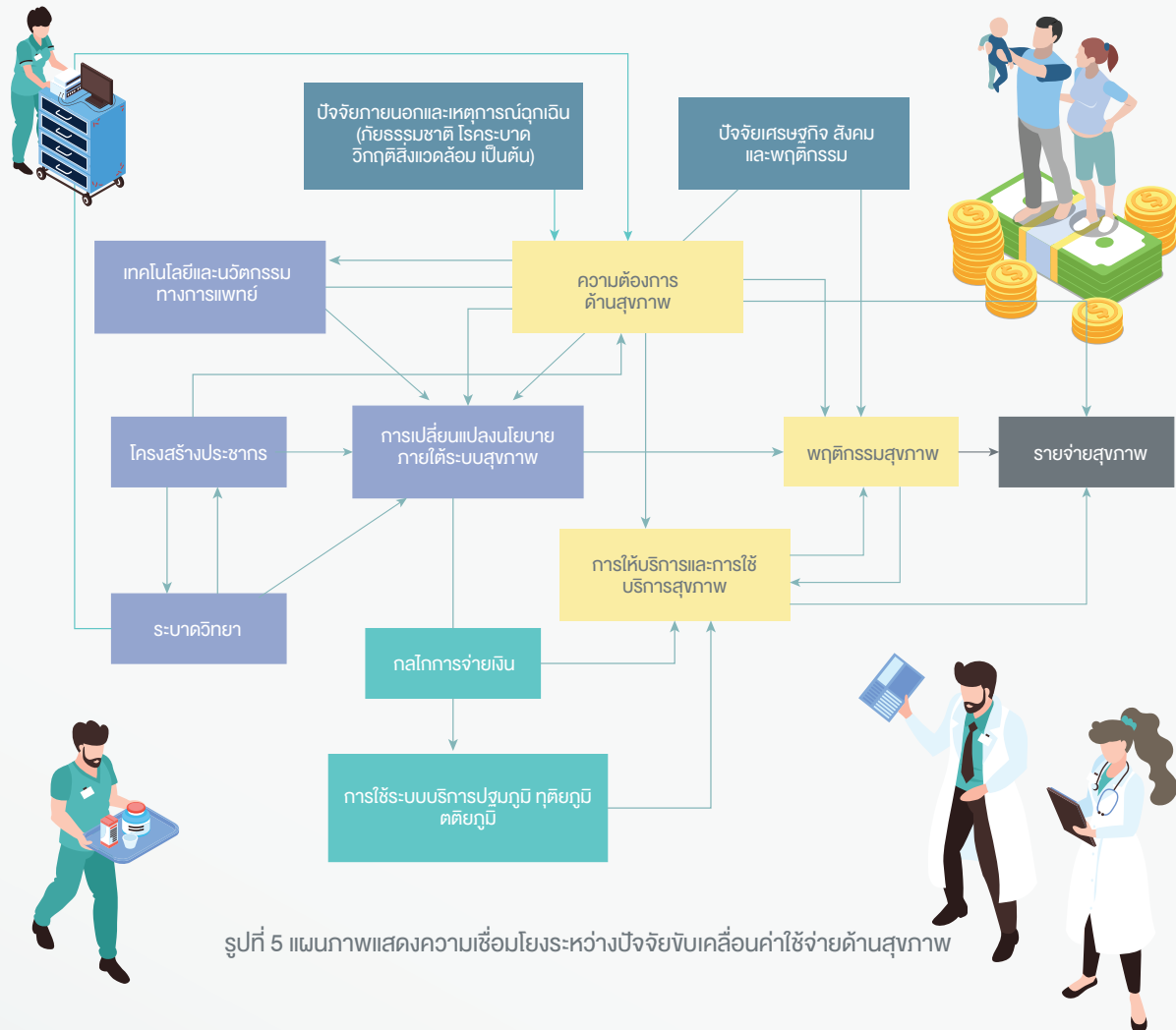
ปัจจัยภายนอกและเหตุการณ์ฉุกเฉิน (External Drivers)

ภัยธรรมชาติ โรคระบาด หรือวิกฤตสิ่งแวดล้อม ภูมิประเทศ และสภาพภูมิอากาศของไทยมีความอ่อนไหวต่อความแปรปรวนของสภาพอากาศ เช่น ฝนตกหนัก น้ำท่วมฉับพลัน และภัยแล้งที่ทวีความรุนแรงมากขึ้น เหตุการณ์เหล่านี้ไม่เพียงส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตและเศรษฐกิจ แต่ยังเพิ่มภาระด้านสุขภาพของประชาชน ทั้งจากการบาดเจ็บ การเจ็บป่วย และอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทและพื้นที่ห่างไกล ที่โครงสร้างพื้นฐานด้านสาธารณสุขยังไม่ทั่วถึงและขาดความยืดหยุ่นเพียงพอในการรับมือ [17]



ข้อสรุป

ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้เชื่อมโยงอย่างซับซ้อน เป็นตัวขับเคลื่อนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทย (รูปที่ 5) สะท้อนถึงความจำเป็นในการบริหารระบบสุขภาพอย่างรอบด้าน เพื่อควบคุมรายจ่าย ลดความเหลื่อมล้ำ และสร้างความยั่งยืนทางการเงิน การคลัง โดยเฉพาะการลงทุนในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ยังคงคุณภาพ ประสิทธิภาพ และการเข้าถึงบริการของประชาชน เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งและความยืดหยุ่นของระบบสุขภาพให้พร้อมรับมือกับการเปลี่ยนแปลงทั้งสังคมและโลกในอนาคต



ผู้เขียน

ณัชชา กองคำ มุขนิธิเพื่อการพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
 วรรณ วิทยาพิภพสกุล มุขนิธิเพื่อการพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

หน่วยงานสนับสนุนงบประมาณ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

เอกสารอ้างอิง

1. บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ ปี 2565. IHPP Foundation.
2. UNFPA. Impact of Demographic Change in Thailand. 2011.
3. Ke X, Saksena P, Holly A, editors. The Determinants of Health Expenditure: A Country-Level Panel Data Analysis 2011.
4. World Bank. Thailand Public Health Revenue and Spending Assessment: Promoting an Inclusive and Sustainable Future. 2023.
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567 ระดับจังหวัด. 2567.
6. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ งบประมาณ 2567. 2567.
7. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. สุขภาพคนไทย 2568: เกิดน้อยกู้ไม่กลับ ต้องปรับและรับมืออย่างไร. 2568.
8. คณะทำงานการโรคและการบาดเจ็บที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงกระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการศึกษาเรื่องการโรคและปัจจัยเสี่ยงของประชาชนไทย พ.ศ. 2542 (Thailand's Risk Burden in 1999). 2542.
9. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ แผนงานพัฒนาดัชนีการโรคแห่งประเทศไทย. รายงานการโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2562. 2566.
10. Youngkong S, Baltussen R, Tantivess S, Mohara A, Teerawattananon Y. Multicriteria decision analysis for including health interventions in the universal health coverage benefit package in Thailand. Value Health. 2012;15(6):961-70.
11. Teerawattananon Y, Kingkaew P, Koopitakkajorn T, Youngkong S, Tritasavit N, Srisuwan P, et al. Development of a Health Screening Package Under the Universal Health Coverage: The Role of Health Technology Assessment. Health Econ. 2016;25 Suppl 1(Suppl Suppl 1):162-78.
12. Tangcharoensathien V, Witthayapipopsakul W, Panichkriangkrai W, Patcharanarumol W, Mills A. Health systems development in Thailand: a solid platform for successful implementation of universal health coverage. The Lancet. 2018;391(10126):1205-23.
13. Prakongsai P, Limwattananon S, Tangcharoensathien V. The equity impact of the universal coverage policy: lessons from Thailand. Adv Health Econ Health Serv Res. 2009;21:57-81.
14. Witthayapipopsakul W. Medical practice variations in three public insurance schemes in Thailand [PhD]: London School of Hygiene & Tropical Medicine; 2025.
15. Witthayapipopsakul W, Asavamongkolkul A, Mills A, Gurol-Urganci I, van der Meulen J. Use of total knee arthroplasty by type of public insurance scheme: a cross-sectional study based on claims data in Thailand. BMJ Open. 2025;15(7):e093576.
16. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Rising rural body-mass index is the main driver of the global obesity epidemic in adults. Nature. 2019;569(7755):260-4.
17. The World Bank Group. Climate Risk Country Profile: Thailand. 2021.

