

คุ้มครองดีขึ้น แต่เท่าเทียมน้อยลง

ระบบสุขภาพไทยกำลังก้าวสู่โจทย์ใหม่
ด้านความเป็นธรรม



สาระสำคัญ จากการศึกษา

ประเทศไทยมีความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่องในการปกป้องครัวเรือนจากภาระค่ารักษาพยาบาล แต่ “ความเป็นธรรมทางการเงิน” ของระบบสุขภาพกลับลดลง โดยเฉพาะในระบบประกันสังคม ขณะที่ครัวเรือนยากจนและพื้นที่ชนบทยังคงเผชิญภาระทางสุขภาพสูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ



แม้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะช่วยลดจำนวนครัวเรือนที่เสียค่าใช้จ่ายสุขภาพเกินกำลังและตกสู่ความยากจนจากรักษา แต่ช่องว่างระหว่างกลุ่มรายได้ ภูมิภาค และระดับการศึกษา ยังคงปรากฏชัดเจน

ผลการศึกษาชี้ว่า ระบบสุขภาพไทย
“คุ้มครองได้ดีขึ้น แต่ความเป็นธรรมลดลง”

ดังนั้น ประเทศไทยควรมุ่งขับเคลื่อนนโยบายเพื่อสร้าง “สมดุลระหว่างความครอบคลุมและความเป็นธรรม” โดยเสริมกลไกการจัดสรรทรัพยากรและการติดตามผลที่ตอบสนองต่อความแตกต่างของพื้นที่และกลุ่มประชากร



ระบบสุขภาพไทยยังคง “ก้าวหน้า” ทางการเงิน แต่ความเป็นธรรมกำลังลดลง Kakwani Index, พ.ศ. 2565–2567

ทุกคนมีสิทธิรักษา แต่ “ใครจ่ายมากกว่า” ยังต่างกัน หากภาระไหลไปสู่กลุ่มรายได้น้อย ความยากจนจากรักษาจะเพิ่มขึ้น การลดลงของดัชนีคักวานี (Kakwani Index) คือ สัญญาณว่า “ภาระการเงินของระบบไม่สมดุล”

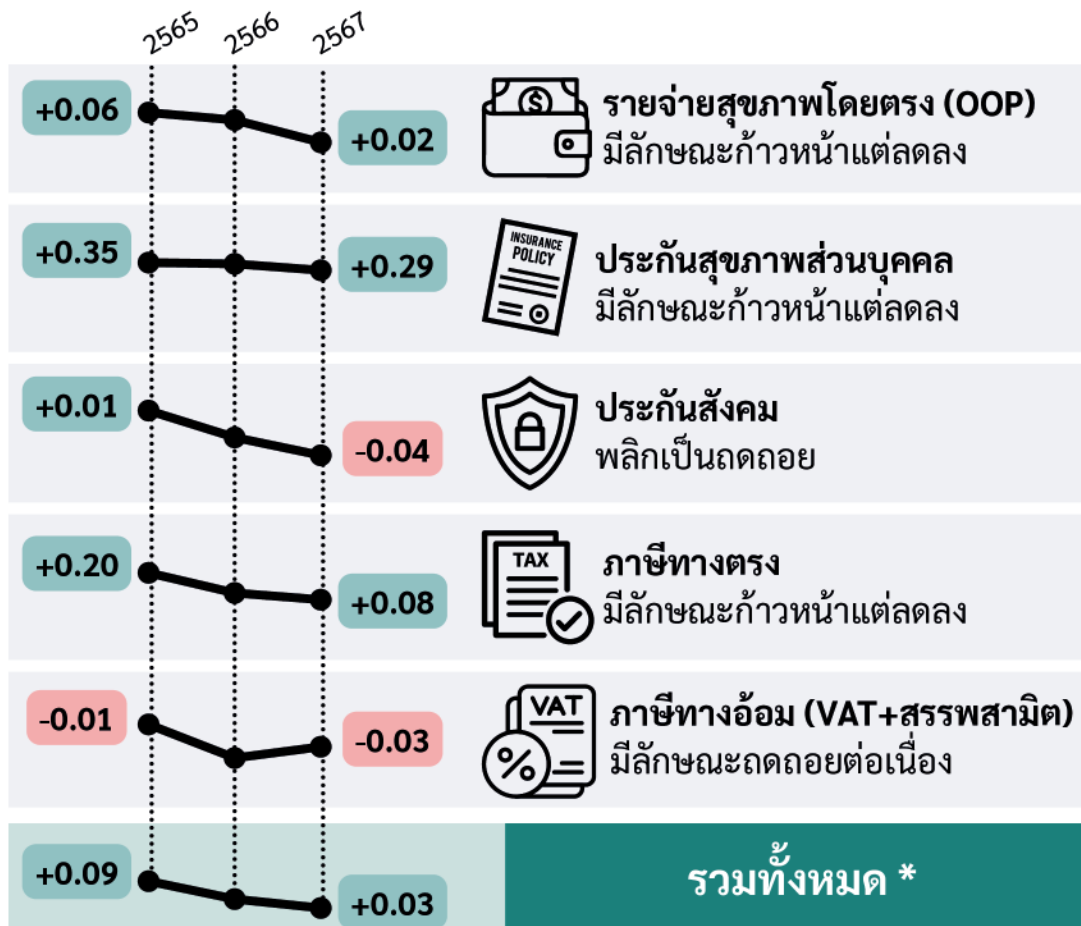
ดัชนีคักวานีคืออะไร และค่าที่เห็นด้านล่างหมายถึงอะไร?

ดัชนีคักวานีเป็นตัวชี้วัด “ความเป็นธรรมทางการเงิน” ในระบบสุขภาพโดยเปรียบเทียบว่า กลุ่มรายได้ใดจ่ายเพื่อระบบสุขภาพเป็นสัดส่วนเมื่อเทียบกับรายได้มากกว่ากัน

ค่าเป็นบวก (+) แปลว่า “ระบบมีความก้าวหน้า” คนรวยจ่ายเป็นสัดส่วนมากกว่าคนจน

ค่าเป็นลบ (-) แปลว่า “ระบบมีความถดถอย” คนจนจ่ายเป็นสัดส่วนมากกว่าคนรวย

ดังนั้น ค่าดัชนีของแต่ละแหล่งการคลังด้านล่างจึงสะท้อนโดยตรงว่า แหล่งเงินใดเป็นธรรม หรือเริ่มถ่ายเทภาระไปยังกลุ่มเปราะบางมากขึ้น



* ค่าดัชนี “รวมทั้งหมด” ถ่วงน้ำหนักด้วยสัดส่วนจากบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2564 ¹



โดยรวมระบบสุขภาพไทยยัง “ก้าวหน้า” ทางการเงิน แต่ความก้าวหน้านั้นลดลงต่อเนื่องในช่วงสามปีที่ผ่านมา สะท้อนว่าภาระค่ารักษาพยาบาลกำลังกลับไปตกกับกลุ่มรายได้น้อยโดยเฉพาะในระบบประกันสังคม

อุบัติการณ์ของครัวเรือนไทยที่ประสบความยากลำบากทางการเงินจากภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง

CHE และ IMP, พ.ศ. 2557–2567

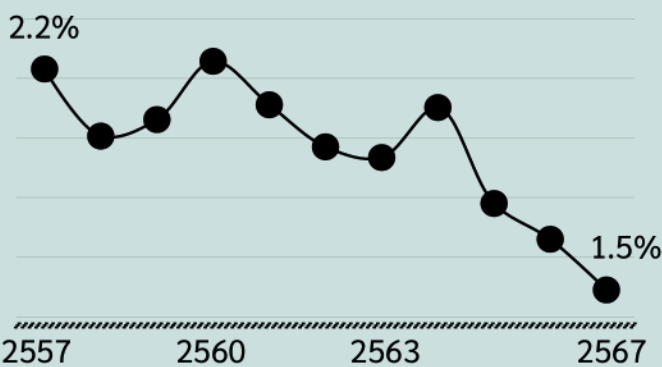
ตั้งแต่มีการประกาศใช้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบหลักประกันสุขภาพของไทยช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายสุขภาพของครัวเรือนลงอย่างเห็นได้ชัด²

การประเมินความคุ้มครองทางการเงินใช้ตัวชี้วัดหลัก 2 ตัว³ คือ

- อุตการณ์ครัวเรือนที่ประสบวิกฤตทางการเงินจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (CHE)
- อุตการณ์ครัวเรือนที่กลายเป็นครัวเรือนยากจนจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (IMP)

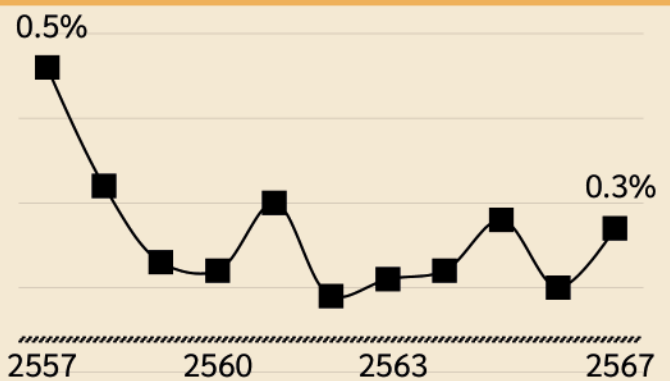
สองตัวชี้วัดนี้ช่วยบอกว่า เมื่อคนไทยเจ็บป่วยแล้ว “การรักษาส่งผลต่อฐานะของครัวเรือนอย่างไร” หากค่าชี้วัดเหล่านี้ลดลง หมายความว่าระบบสุขภาพช่วยปกป้องคนไทยจากความยากลำบากทางการเงินได้ดีขึ้น

ร้อยละครัวเรือนที่ประสบวิกฤตทางการเงินจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (CHE)



อุบัติการณ์ครัวเรือนที่ประสบวิกฤตทางการเงินลดลง **-33%**

ร้อยละครัวเรือนที่กลายเป็นครัวเรือนยากจนจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (IMP)



อุบัติการณ์ครัวเรือนที่กลายเป็นครัวเรือนยากจนลดลง **-41%**



แม้อุบัติการณ์ของครัวเรือนไทยที่ประสบความยากลำบากทางการเงินโดยรวมจะลดลง แต่เมื่อพิจารณาตามภูมิภาค จังหวัด ฐานะทางเศรษฐกิจ สิทธิประกันสุขภาพ และระดับการศึกษาพบว่าความเหลื่อมล้ำยังคงปรากฏชัดในหลายพื้นที่ของประเทศ

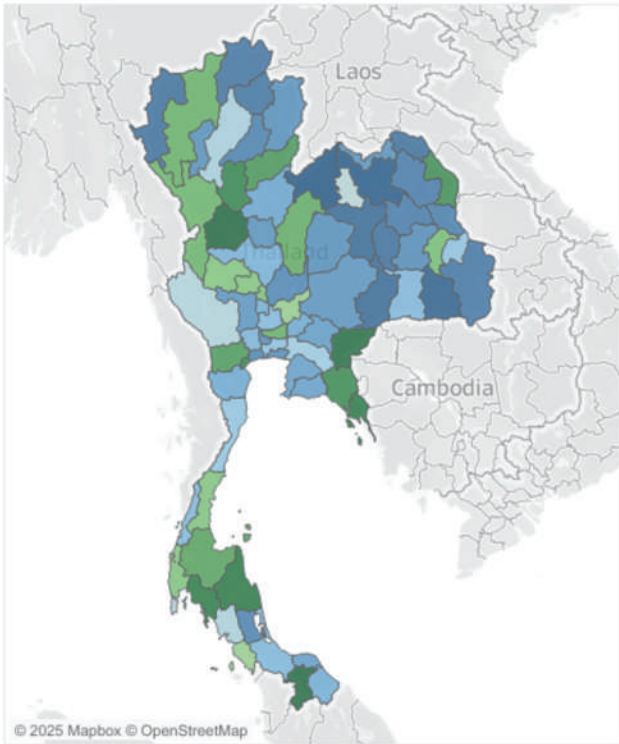
ความเหลื่อมล้ำเชิงพื้นที่ของอุบัติการณ์ ความยากลำบากทางการเงินจาก ภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

CHE และ IMP รายจังหวัด, พ.ศ. 2565–2567

แม้ภาพรวมของประเทศจะแสดงแนวโน้ม “การประสบความยากลำบากทางการเงินจากภาระค่าใช้จ่ายสุขภาพลดลง” อย่างต่อเนื่อง แต่เมื่อมองลึกในระดับจังหวัด จะพบความแตกต่างที่ชัดเจนระหว่างพื้นที่ บางจังหวัดยังมีสัดส่วนครัวเรือนที่แบกรับความลำบากทางการเงินสูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศหลายเท่าโดยเฉพาะในภาคเหนือ ภาคใต้ และภาคอีสาน

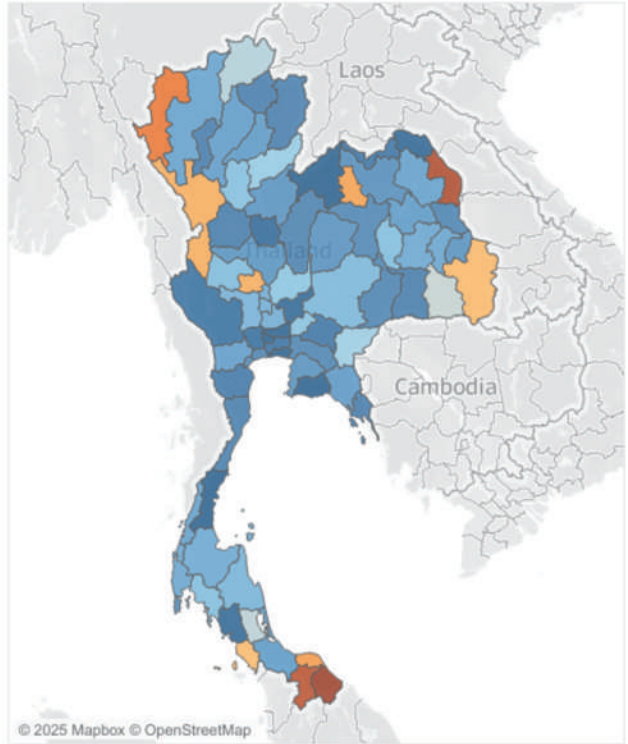
ร้อยละครัวเรือนที่ประสบวิกฤตทางการเงินจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (CHE)

% CHE 0.33% 4.61%



ร้อยละครัวเรือนที่กลายเป็นครัวเรือนยากจนจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (IMP)

% IMP 0.00% 1.14%



7 เท่า

คือ ความต่างระหว่างจังหวัดที่มี CHE สูงที่สุด กับจังหวัดที่มี CHE ต่ำสุด



จังหวัดที่มี CHE สูงสุด ได้แก่ กำแพงเพชร ยะลา สระแก้ว ตราด นครศรีธรรมราช และกระบี่



จังหวัดที่มี CHE ต่ำสุด ได้แก่ ขอนแก่น บุรีรัมย์ ศรีสะเกษ อุตรดิตถ์ และเลย

จาก 0 ถึง 1%

ช่องว่างชัดเจนระหว่างจังหวัดชายแดน (ภาคใต้ เหนือ และอีสาน) กับตัวเมือง



จังหวัดที่มี IMP สูงสุด ได้แก่ นราธิวาส นครพนม ยะลา แม่ฮ่องสอน และ ปัตตานี



จังหวัดที่มี IMP ต่ำสุด ได้แก่ สมุทรปราการ ระยอง ปทุมธานี นนทบุรี เลย และ ชุมพร (0%)

ช่องว่างทางเศรษฐานะสะท้อน “ความเปราะบาง” ที่ยังมีความเหลื่อมล้ำ

CHE และ IMP ตามปัจจัยสังคมต่างๆ, พ.ศ. 2565–2567

แม้ว่าภาระค่าใช้จ่ายสุขภาพจะลดลงในภาพรวม แต่เมื่อเจาะลึกตามกลุ่มสังคมจะเห็นว่า ความเหลื่อมล้ำด้านเศรษฐานะ สิทธิรักษาพยาบาล และการศึกษา ยังคงเป็นตัวกำหนดระดับความเปราะบางทางการเงินของครัวเรือนอย่างชัดเจน



ความเหลื่อมล้ำตาม
เศรษฐานะ
(ค่าใช้จ่ายครัวเรือน)



ความเหลื่อมล้ำตาม
สิทธิประกันสุขภาพ



ความเหลื่อมล้ำตาม
ระดับการศึกษา
(หัวหน้าครัวเรือน)

ครัวเรือนที่ประสบวิกฤตทางการเงินจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (CHE)

ครัวเรือนร่ำรวยมาก (Q5)
มีสัดส่วน CHE สูงกว่าครัวเรือนยากจนมาก (Q1)

3.5 เท่า

สวัสดิการรักษายาบาล
ข้าราชการ

มีสัดส่วน CHE สูงกว่าสิทธิบัตรทอง

1.8 เท่า

CHE ในแต่ละระดับการศึกษาของหัวหน้าครัวเรือนมีค่าใกล้เคียงกัน ประมาณ 1.2 -1.9%

ครัวเรือนที่กลายเป็นครัวเรือนยากจนจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (IMP)

ครัวเรือนยากจนมาก (Q1)
มีสัดส่วน IMP สูงกว่าค่าเฉลี่ยทั้งประเทศ

5.5 เท่า

ในขณะที่ครัวเรือนร่ำรวย (Q4, Q5) มี IMP 0%

สิทธิบัตรทอง ผู้ไม่มีสิทธิ
IMP สูงกว่า IMP สูงกว่า

7.5 เท่า 3.8 เท่า

เมื่อเทียบกับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

คนที่ไม่มีการศึกษา
มีสัดส่วน IMP สูงกว่ากลุ่มคนที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป

31.5 เท่า



- ครัวเรือนรายได้น้อยและการศึกษาต่ำยังประสบความยากลำบากทางการเงินจากระบบสุขภาพสูงกว่ามาก
- กลุ่มบัตรทองและผู้ไม่มีสิทธิยังตกสู่ความยากจนเพราะค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ
- ช่องว่างระหว่างบน-ล่างของหลายมิติทางสังคมยังคงเด่นชัด แม้ความคุ้มครองทางสุขภาพโดยรวมจะดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ เชิงนโยบาย



1 ปฏิรูประบบภาษีสุขภาพและการจัดสรรงบประมาณเพื่อความเป็นธรรม

รัฐควรเพิ่มความ “ก้าวหน้าเชิงโครงสร้าง” ให้ระบบการคลังสุขภาพ โดยจัดสรรงบประมาณจากภาษีทั่วไป และภาษีสรรพสามิตสินค้าทำลายสุขภาพ (ยาสูบ แอลกอฮอล์ เครื่องดื่มน้ำตาล) สู่กองทุนสุขภาพท้องถิ่นและกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เพื่อเสริมการป้องกันโรคและบริการพื้นฐานในพื้นที่เปราะบาง พร้อมให้สำนักงานประกันสังคม (สปส.) ทบทวนโครงสร้างเงินสมทบและสิทธิประโยชน์ให้สะท้อนความสามารถในการจ่ายของผู้ประกันตนมากขึ้น และส่งเสริมให้ทุกกองทุนสุขภาพบริหารแบบ “กองทุนเฉพาะกิจด้านสุขภาพ (Earmarked Health Fund)” เพื่อจัดสรรทรัพยากรตามความเปราะบางเชิงพื้นที่และลดภาระรายจ่ายสุขภาพโดยตรงของผู้มีรายได้น้อยได้อย่างมีประสิทธิภาพในพื้นที่เปราะบาง

หน่วยงานเป้าหมาย: กระทรวงการคลัง, กรมสรรพสามิต, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), สปส., สสส., อปท.

2 ยกระดับระบบบริการและมาตรการเฉพาะกลุ่มเพื่อคุ้มครองประชากรเปราะบาง

รัฐควรพัฒนากลไกดูแลกลุ่มเปราะบางแบบเฉพาะพื้นที่ โดยใช้นโยบาย “จัดสรรงบประมาณตามความเปราะบางของจังหวัด” ควบคู่กับมาตรการลดอุปสรรคด้านเศรษฐกิจ เช่น กองทุนช่วยค่าเดินทางเพื่อการรักษาพยาบาล สำหรับครัวเรือนยากจน และการเพิ่มทรัพยากรให้หน่วยบริการในพื้นที่สูงอายุหรือเข้าถึงบริการยาก มาตรการเหล่านี้จะช่วยให้บริการปฐมภูมิสามารถรองรับภาระสุขภาพของพื้นที่ได้จริง และลดความเหลื่อมล้ำเชิงโครงสร้างในระบบบริการสุขภาพ

หน่วยงานเป้าหมาย: สปสช., กระทรวงสาธารณสุข (สธ.), อปท.

3 จัดตั้งระบบติดตามและประเมินผลความเป็นธรรมทางการเงินสุขภาพแห่งชาติ

ควรพัฒนา “ระบบติดตามและประเมินผลความเป็นธรรมทางการเงินสุขภาพแห่งชาติ” โดยเชื่อมโยงข้อมูลจากการสำรวจครัวเรือน ฐานข้อมูลบริการสุขภาพ และข้อมูลกองทุนสุขภาพทุกระบบ เพื่อประเมินช่องว่างด้านการจ่ายสุขภาพ (CHE/IMP), Kakwani Index, สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพโดยตรง (OOP) และความครอบคลุมของบริการจำเป็นในระดับจังหวัด-กลุ่มประชากร ระบบนี้ควรเผยแพร่ผ่านแดชบอร์ดสาธารณะเพื่อสนับสนุนการจัดสรรงบประมาณแบบอิงความเปราะบาง และช่วยให้รัฐบาลสามารถกำหนดนโยบายลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพได้อย่างแม่นยำและโปร่งใส

หน่วยงานเป้าหมาย: สวรส., สสช., สปสช., สปส., กรมบัญชีกลาง, สธ.

เอกสารอ้างอิง

1. มุลินีเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2563-2564 และการประมาณการรายจ่ายสุขภาพ พ.ศ. 2565-2567
2. Tangcharoensathien V, Tisayaticom K, Suphanchaimat R, Vongmongkol V, Viriyathorn S, Limwattananon S. Financial risk protection of Thailand's universal health coverage: results from series of national household surveys between 1996 and 2015. International Journal for Equity in Health. 2020;19(1):163.
3. Adam Wagstaff. Measuring Financial Protection in Health. The World Bank; 2008.

ความเป็นธรรมทางการเงิน คือ
หัวใจของระบบสุขภาพที่ยั่งยืน



โครงการการพัฒนารายงานปัจจัยสังคมกำหนดความเป็น
ธรรมทางสุขภาพของประเทศไทย

ในมิติพฤติกรรมสุขภาพและการบริการสุขภาพ ระยะที่ 2

