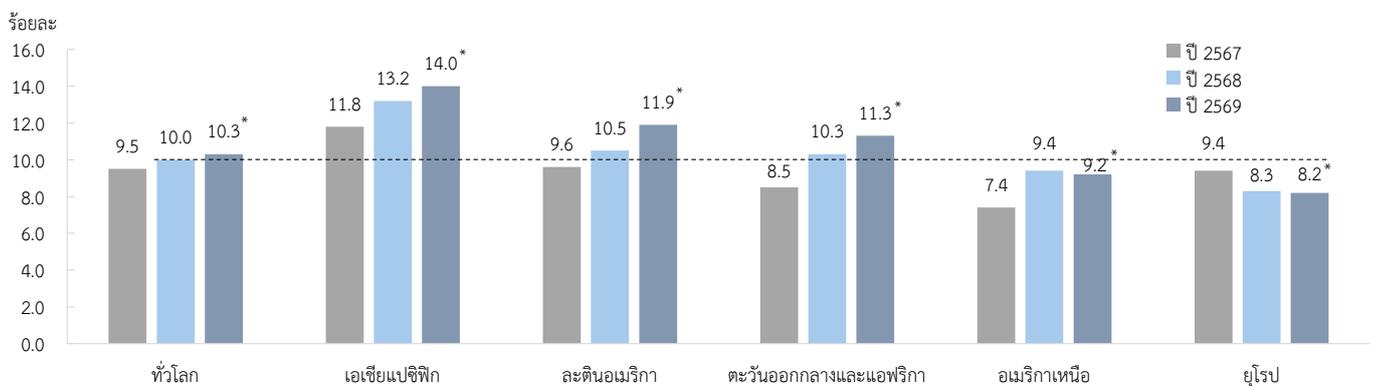


# บทความ เรื่อง เงินเพื่อทางการแพทย์ : ความเสี่ยงของระบบสุขภาพไทย

การเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของระบบประกันสุขภาพเอกชน สะท้อนถึงความเสี่ยงที่ต้นทุนด้านสุขภาพจะถูกส่งผ่านมายังผู้เอาประกัน ในรูปของเบี้ยประกัน และการร่วมจ่ายที่เพิ่มขึ้น กระทบต่อความสามารถของประชาชนในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และเพิ่มแรงกดดันต่อระบบสาธารณสุขของรัฐในระยะต่อไป หากขาดมาตรการกำกับดูแลที่เหมาะสม

ปัจจุบันค่าใช้จ่ายด้านค่ารักษาพยาบาลที่ปรับสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องกำลังกระทบต่อความสามารถของประชาชนในการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยรายงาน 2026 Global Medical Trends ซึ่งสำรวจบริษัทประกันสุขภาพ 346 แห่ง ใน 82 ประเทศ ระบุว่า “เงินเพื่อทางการแพทย์” หรือค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่คำนวณจากการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของระบบประกันสุขภาพเอกชน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยคาดว่า ในปี 2569 อัตราเงินเพื่อทางการแพทย์ทั่วโลกจะอยู่ที่ร้อยละ 10.3 เพิ่มขึ้นต่อเนื่องเป็นปีที่ 3 จากร้อยละ 9.5 ในปี 2567 และร้อยละ 10.0 ในปี 2568 ภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกยังคงเป็นภูมิภาคที่มีอัตราเงินเพื่อทางการแพทย์สูงสุด โดยคาดว่าจะอยู่ที่ร้อยละ 14.0 ในปี 2569 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.2 ในปี 2568 ทั้งนี้ มากกว่าครึ่งหนึ่งของบริษัทประกันประเมินว่า ระดับค่าใช้จ่ายที่สูงนี้จะยืดเยื้อต่อเนื่องนานเกินกว่า 3 ปี (WTW, 2025)

แผนภาพ 27 แนวโน้มอัตราค่ารักษาพยาบาลทั่วโลก จำแนกตามภูมิภาค ระหว่างปี 2567-2569



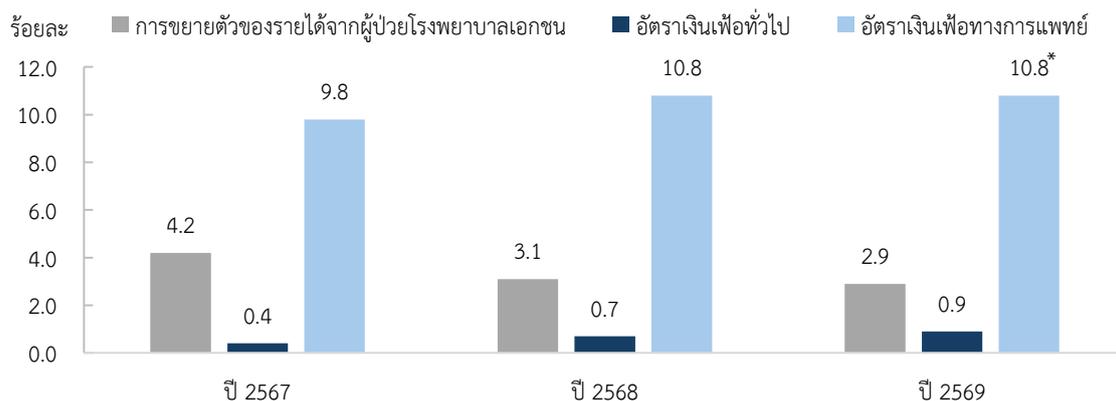
ที่มา : Willis Towers Watson (WTW) \* หมายถึง : คาดการณ์ ณ ปี 2568

แนวโน้มดังกล่าวมีสาเหตุสำคัญจากต้นทุนด้านสุขภาพที่ปรับตัวสูงขึ้น โดยบริษัทประกันร้อยละ 74.0 ระบุว่าเทคโนโลยีการแพทย์สมัยใหม่เป็นปัจจัยขับเคลื่อนต้นทุนที่สำคัญที่สุด รองลงมาคือข้อจำกัดของระบบสาธารณสุขภาครัฐในการรองรับความต้องการด้านบริการสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้น (ร้อยละ 52.0) และความก้าวหน้าด้านเภสัชกรรม (ร้อยละ 49.0) ซึ่งสะท้อนการเปลี่ยนแปลงของรูปแบบการใช้บริการสุขภาพและการเข้าถึงนวัตกรรมทางการแพทย์ที่ซับซ้อนมากขึ้น ขณะที่ปัญหาการทุจริต การสูญเสีย และการใช้ทรัพยากรอย่างไม่มีประสิทธิภาพ ถูกจัดอยู่ในลำดับที่ 4 (ร้อยละ 38.0)

เมื่อพิจารณาโครงสร้างโรงพยาบาลและศักยภาพการให้บริการทางการแพทย์ในประเทศไทย พบว่า ปัจจุบันมีโรงพยาบาลรวมทั้งสิ้น 1,491 แห่ง แบ่งเป็นโรงพยาบาลรัฐ 1,110 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 74.4 ของโรงพยาบาลทั้งหมด และโรงพยาบาลเอกชน 381 แห่ง (ร้อยละ 25.6) (สรพ., 2568) แม้โรงพยาบาลรัฐจะมีจำนวนมากกว่า แต่ยังคงเผชิญข้อจำกัดในการรองรับความต้องการ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีประชากรหนาแน่น ซึ่งมีภาระการดูแลผู้ป่วยตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำนวนมาก ส่งผลให้เกิดความแออัดและระยะเวลารอคอยการรักษาหรือการผ่าตัดที่ยาวนาน สะท้อนได้จากข้อมูลของกองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งพบว่าในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีอัตราการครองเตียงเฉลี่ยทั่วประเทศสูงถึงร้อยละ 86.0 โดยจังหวัดพิจิตร กำแพงเพชร และลำปาง มีอัตราการครองเตียงสูงที่สุด ถึงร้อยละ 110.2 ร้อยละ 101.4 และร้อยละ 101.1 ตามลำดับ กล่าวคือ มีผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวมากกว่าจำนวนเตียงที่มีอยู่จริง บ่งบอกถึงภาวะเตียงเต็มอย่างต่อเนื่องและความแออัดสูง ซึ่งอาจจำเป็นต้องมีการเสริมเตียง นอกจากนี้ ผลสำรวจของสำนักวิจัยสยามเทคโนโลยี ยังพบว่า ประชาชนร้อยละ 46.2 ต้องใช้เวลารับบริการในโรงพยาบาลรัฐนานประมาณ 5-8 ชั่วโมงต่อครั้ง ส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีกำลังซื้อบางส่วนหันไปใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนมากขึ้น แม้จะมีค่าใช้จ่ายสูงกว่าก็ตาม (Atipunumphai, 2564)

ในปี 2568 ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนของไทย มีมูลค่าประมาณ 3.4 แสนล้านบาท และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 3.5 แสนล้านบาทในปี 2569 อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาโครงสร้างการเติบโตจะพบว่า รายได้จากกลุ่มผู้ป่วยชาวไทยมีแนวโน้มขยายตัวในอัตราที่ชะลอลง โดยเติบโตประมาณร้อยละ 2.9 เมื่อเทียบกับปีก่อน เป็นผลจากภาวะเศรษฐกิจไทยที่ขยายตัวต่ำ (ปัญญาภพ ตันติปิฎก, 2568) ทำให้ผู้ป่วยโดยเฉพาะกลุ่มชำระเงินเอง (Self-pay) ใช้บริการอย่างระมัดระวังมากขึ้น ขณะที่กลุ่มผู้ใช้ประกันสุขภาพเอกชนพบการขยายตัวต่อเนื่อง แนวโน้มดังกล่าวสะท้อนให้เห็นอย่างชัดเจนผ่านอัตราเงินเฟ้อทางการแพทย์ของประเทศไทย ซึ่งอยู่ที่ร้อยละ 10.8 ในปี 2568 และคาดการณ์ว่าจะยังอยู่ในระดับใกล้เคียงกันในปี 2569 โดยสูงกว่าอัตราเงินเฟ้อทั่วไปของประเทศ ซึ่งอยู่ที่ร้อยละ 0.7 ในปี 2568 และคาดว่าจะอยู่ที่ร้อยละ 0.9 ในปี 2569 อย่างมีนัยสำคัญ (WTW, 2025)

แผนภาพ 28 แนวโน้มการขยายตัวของรายได้จากผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชน อัตราเงินเฟ้อทั่วไป และอัตราเงินเฟ้อทางการแพทย์ในประเทศไทย ปี 2567-2569



ที่มา : SCB EIC และ WTW (\* หมายเหตุ : คาดการณ์ ณ ปี 2568)

สถานการณ์ของประเทศไทยสะท้อนให้เห็นว่า การเพิ่มขึ้นของต้นทุนด้านการรักษาพยาบาลไม่ได้เกิดจากปัจจัยด้านการลงทุนในเทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่ การแข่งขันด้านค่าตอบแทนบุคลากรทางการแพทย์ หรือค่ายาที่มีราคาสูงเพียงเท่านั้น หากยังเป็นผลจากปัญหาเชิงโครงสร้างของความสัมพันธ์ระหว่างบริษัทประกัน ผู้เอาประกัน และโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งก่อให้เกิดแรงจูงใจที่เอื้อต่อการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง กล่าวคือ

1. **ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีการแพทย์มีบทบาทสำคัญในการผลักดันให้ต้นทุนการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น** โรงพยาบาลเอกชนมีการลงทุนในเทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องเพื่อยกระดับศักยภาพการแข่งขันและเพิ่มรายได้ ข้อมูลจากการสำรวจโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชน พ.ศ. 2565 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2566) พบว่า โรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชนร้อยละ 92.0 รายงานว่ามีการใช้อุปกรณ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย โดยโรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่มีการใช้เครื่องตรวจวินิจฉัยด้วยอัลตราซาวด์ ร้อยละ 88.3 รองลงมาคือเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scan) ร้อยละ 78.5 และการผ่าตัดผ่านกล้อง ร้อยละ 61.3 ขณะที่การใช้เครื่องตรวจเต้านมด้วยแมมโมแกรม อยู่ที่ร้อยละ 49.0 และเครื่องตรวจวินิจฉัยด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) ร้อยละ 33.5 นอกจากนี้ ยังพบว่ามีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูงอื่น ๆ เช่น เครื่องฉายแสงรังสีรักษา การใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด และการตรวจทางเวชศาสตร์นิวเคลียร์ ร้อยละ 22.9

ทั้งนี้ เมื่อโรงพยาบาลมีการลงทุนในเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีต้นทุนสูง อาจเกิดแรงจูงใจให้มีการนำเทคโนโลยีดังกล่าวมาใช้จำนวนมากขึ้นเพื่อให้คุ้มค่ากับเงินที่ลงทุนไป (วิชัย โชควิวัฒน์, 2558) โดยเฉพาะในระบบการจ่ายค่าบริการแบบจ่ายตามรายการ (Fee-for-Service) ซึ่งผู้บริการจ่ายเงินเข้ากับจำนวนและประเภทของบริการ ในบางกรณีจึงอาจนำไปสู่การตรวจหรือการรักษาที่เกินความจำเป็น (Supplier-induced Demand) (Lindner & Lorenzoni, 2023) หากไม่มีมาตรการกำกับดูแลที่เหมาะสม ต้นทุนที่เพิ่มขึ้นอาจถูกส่งผ่านไปยังค่ารักษาพยาบาลและเบี้ยประกันสุขภาพ ทำให้ประชาชนต้องแบกรับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้น และกระทบต่อความเป็นธรรมของระบบสุขภาพในระยะยาว

2. **การแข่งขันด้านค่าตอบแทนบุคลากรทางการแพทย์ เป็นปัจจัยสำคัญที่ผลักดันให้ต้นทุนการให้บริการของโรงพยาบาลปรับตัวสูงขึ้น** รายงานการสำรวจโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชน พ.ศ. 2565 พบว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่เป็นค่าแพทย์พิเศษ คิดเป็นร้อยละ 41.8 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด รองลงมาคือค่ายาและเวชภัณฑ์ ร้อยละ 35.8 และในปี 2568 ค่าธรรมเนียมแพทย์และค่าบริการทางวิชาชีพยังคงเป็นรายการค่าใช้จ่ายที่มีสัดส่วนสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.0 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดหรือเกือบครึ่งหนึ่งของค่ารักษาพยาบาล (สภาองค์กรของผู้บริโภค, 2568)

ตาราง 11 เปรียบเทียบรายได้ของบุคลากรทางการแพทย์ระหว่างโรงพยาบาลรัฐและเอกชน

วิชาชีพ		ภาครัฐ (บาท)	เอกชน (บาท)
แพทย์	แพทย์ทั่วไป	50,000–80,000	80,000–140,000
	แพทย์เฉพาะทาง	70,000–100,000	160,000–350,000
	เวร (รายได้เสริม)	1,000–2,000 ต่อเวร	4,000–8,000 ต่อเวร
พยาบาล		20,000–25,000	30,000–40,000
เภสัชกร		20,000–30,000	40,000–55,000

ที่มา : รวบรวมข้อมูลจากบริษัท บัตรกรุงไทย จำกัด (มหาชน) และกระทรวงสาธารณสุข

ทั้งนี้ ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ได้ก่อให้เกิดการแข่งขันในการดึงดูดบุคลากรทั้งจากโรงพยาบาลของรัฐและระหว่างโรงพยาบาลเอกชน โดยโรงพยาบาลเอกชนจำเป็นต้องเสนอค่าตอบแทนในระดับที่สูงขึ้นเพื่อดึงดูดแพทย์ พยาบาล ตลอดจนบุคลากรผู้เชี่ยวชาญ ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรซึ่งเป็นต้นทุนคงที่ (Fixed Cost) และมีสัดส่วนสำคัญในโครงสร้างต้นทุนของโรงพยาบาล กลายเป็นปัจจัยกดดันให้ค่าบริการทางการแพทย์มีแนวโน้มปรับเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

3. การกำหนดราคาและเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลเอกชนที่อยู่ในระดับสูงเกินควร เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ผลักดันต้นทุนค่ารักษาพยาบาล ดังกรณีตัวอย่างที่ผู้บริโภคนำใบเสร็จค่ารักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลเอกชนมาร้องเรียนต่อสภาองค์กรของผู้บริโภค (2568) พบว่า มีการคิดราคาเวชภัณฑ์สูงเกินจริงหลายรายการ อาทิ น้ำเกลือ 1,000 มิลลิลิตร จากราคาตลาดเพียง 45 บาท ถูกคิดในราคา 919 บาท หรือเพิ่มขึ้นกว่าร้อยละ 1,900 และสำลีก้อนขนาดเล็ก ราคาตลาด 0.10 บาทต่อก้อน กลับเพิ่มราคาเป็นก้อนละ 7 บาท ส่วนต่างคิดเป็นร้อยละ 6,900

ตาราง 12 ตัวอย่างช่วงราคาและส่วนต่างค่าบริการทางการแพทย์

บริการ	ช่วงราคา (บาท)	ส่วนต่าง (บาท)
บริการพยาบาลทั่วไป ICU	144-15,600	15,456
การฉีดยาเข้าที่กล้ามเนื้อ (IM)	20-1,500	1,480
การตรวจเลือด	75-1,590	1,515
การให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ	50-10,140	10,090
การตรวจภายในลำไส้ใหญ่ด้วยกล้อง	600-60,000	59,400

ที่มา : กรมการค้าภายใน

ตาราง 13 การเปรียบเทียบราคาและเวชภัณฑ์ ระหว่างราคาตลาดกับราคาในโรงพยาบาลเอกชน

ชื่อยา	ประเภท	ขนาด	ราคา รพ.เอกชน (บาท)	ราคาตลาด (บาท)	ส่วนต่างราคา (บาท)	ส่วนต่าง ร้อยละ (%)
สารอาหารทางเลือด	น้ำเกลือ NSS 0.9%	1000 มล.	919.28	45	+874.28	+1,943
เวชภัณฑ์	3M Tegaderm pad	6 x 7 ซม.	224	25.5	+198.50	+778
เวชภัณฑ์	ถุงมือยางทางการแพทย์	1 ชิ้น/กล่อง (100 ชิ้น)	17	2.5	+14.50	+580
เวชภัณฑ์	สำลีก้อน	0.5 กรัม	7	0.10	+6.90	+6,900

ที่มา : สภาองค์กรของผู้บริโภค, 2568.

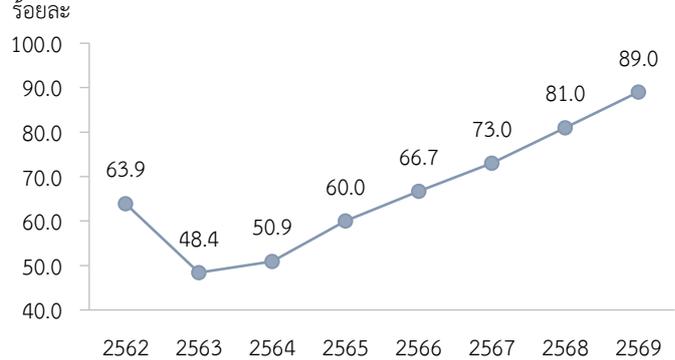
ปัญหาดังกล่าวมิได้เป็นเพียงกรณีเฉพาะราย หากแต่สะท้อนความแตกต่างเชิงโครงสร้างระหว่างระบบโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน โดยกระทรวงสาธารณสุขมีอำนาจกำกับดูแลราคาเฉพาะโรงพยาบาลของรัฐ ผ่านการกำหนดราคากลางของยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ขณะที่โรงพยาบาลเอกชนไม่อยู่ภายใต้กลไกควบคุมเดียวกัน การกำหนดราคาและเวชภัณฑ์จึงขึ้นอยู่กับโครงสร้างต้นทุนและดุลยพินิจของผู้บริหารเป็นสำคัญ โรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่อ้างต้นทุนการลงทุนด้านอาคารสถานที่และการบริหารจัดการเป็นผลให้มีการตั้งราคาสูง ขณะที่โรงพยาบาลของรัฐแทบไม่มีต้นทุนด้านที่ดิน อาคาร เครื่องมือแพทย์ และระบบสนับสนุนหลัก เนื่องจากได้รับการสนับสนุนจากงบประมาณแผ่นดินและการบริจาค บุคลากรทางการแพทย์ได้รับค่าตอบแทนจากระบบราชการ อีกทั้ง การจัดซื้อยาในปริมาณมากยังทำให้ภาครัฐมีอำนาจต่อรองสูง ทำให้ราคาที่ยาที่จัดซื้อได้ต่ำกว่าของโรงพยาบาลเอกชนอย่างมีนัยสำคัญ ความแตกต่างเชิงโครงสร้างดังกล่าวจึงทำให้ราคาและเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลเอกชนสูงกว่าโรงพยาบาลรัฐอย่างหลีกเลี่ยงได้ยาก (สภาองค์กรของผู้บริโภค, 2568; ปภัสรา เพ็ชรณรงค์, 2568)

นอกจากนี้ การเข้าถึงข้อมูลราคาและเวชภัณฑ์ของผู้ป่วยยังมีข้อจำกัด ทั้งจากความไม่คุ้นเคยกับชื่อยาทางการแพทย์ การขาดการรับรู้ถึงระบบข้อมูลราคาที่มีอยู่ และการที่ข้อมูลบางส่วนไม่เป็นปัจจุบัน ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้ประกอบการตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ แม้ว่าภาครัฐจะมีกฎหมายและมาตรการกำกับให้โรงพยาบาลเอกชนรายงานราคา ยา เวชภัณฑ์ และค่าบริการทางการแพทย์ แต่การบังคับใช้ยังไม่ปรากฏผลอย่างเป็นรูปธรรม ทำให้บทลงโทษที่กำหนดไว้ไม่สามารถทำหน้าที่เป็นกลไกยับยั้งการกำหนดราคาที่สูงเกินสมควรได้อย่างแท้จริง (สิรินาฏ ศิริสุนทร. (2568)

4. การใช้บริการทางการแพทย์ของผู้เอาประกันมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนผ่านอัตราการเรียกร้องค่าสินไหมประกันสุขภาพ (Loss Ratio) ที่ปรับเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลจาก Forbes Thailand ระบุว่า Loss Ratio ของประกันสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในช่วงหลังโควิด และอยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 66.7 ในปี 2566 ทั้งนี้ ภายใต้สมมติฐานอัตราเงินเฟ้อทางการแพทย์ที่ประมาณร้อยละ 10.0 ต่อปี มีการคาดการณ์ว่า Loss Ratio จะยังคงเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและอาจสูงถึงร้อยละ 90.0 ในปี 2569 (ชุตินันท์ สงวนประสิทธิ์, 2568) การเพิ่มขึ้นของ Loss Ratio ส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากรูปแบบความคุ้มครองแบบเหมาจ่าย ซึ่งอาจสร้างแรงจูงใจ

ให้เกิดการให้บริการทางการแพทย์ที่มีคุณค่าต่ำหรือเกินความจำเป็น (Low-Value Care) ในบางกรณี การเจ็บป่วยเล็กน้อยที่สามารถรับการรักษาในฐานะผู้ป่วยนอก กลับถูกวินิจฉัยให้เข้ารับการรักษาในฐานะผู้ป่วยใน ส่งผลให้ค่ารักษาพยาบาลเพิ่มสูงเกินความจำเป็น สอดคล้องกับข้อมูลของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ที่พบว่า ในปี 2567 การใช้สิทธิที่ไม่เหมาะสมคิดเป็นสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 28.0 ของอัตราการเรียกร้องค่าสินไหมประกันสุขภาพทั้งหมด ทั้งที่เกิดจากผู้เอาประกันเพียงร้อยละ 5.0 ของจำนวนกรมธรรม์ทั้งหมด ในท้ายที่สุด หากการใช้บริการทางการแพทย์ที่เกินความจำเป็นยังไม่ได้ระบบการจัดการอย่างเป็นระบบ ต้นทุนที่เพิ่มขึ้นย่อมถูกเฉลี่ยไปยังผู้เอาประกันโดยรวม ส่งผลให้ผู้ที่ใช้สิทธิอย่างเหมาะสมต้องเผชิญกับค่าเบี้ยประกันที่ปรับสูงขึ้น (อุมาภรณ์ พิทักษ์, 2569; Money Lab, 2569)

แผนภาพ 29 อัตราการเรียกร้องค่าสินไหมประกันสุขภาพเทียบกับค่าเบี้ยประกันที่ได้รับ (Loss Ratio) ปี 2562-2569



ที่มา : Forbes Thailand รวบรวมจากธุรกิจประกันชีวิตไทย

ทั้งนี้ ในปี 2568 คปภ. ร่วมกับภาคธุรกิจประกันภัย ได้เริ่มนำหลักเกณฑ์การให้ผู้เอาประกันมีส่วนรับผิดชอบค่าใช้จ่ายบางส่วนมาใช้เป็นเงื่อนไขในกรณีที่มีการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนสูงผิดปกติ ภายใต้แนวคิดการร่วมจ่าย (Co-payment) เพื่อช่วยจำกัดการใช้บริการทางการแพทย์ที่เกินความจำเป็น โดยกำหนดแนวทางการร่วมจ่ายไว้ 2 รูปแบบ ได้แก่ (1) การร่วมจ่ายตั้งแต่เริ่มทำประกันสุขภาพ สำหรับผู้เอาประกันภัยที่สมัครใจ ซึ่งจะได้รับส่วนลดเบี้ยประกันภัยทันที แต่ต้องร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามสัดส่วนที่ระบุในสัญญาทุกครั้ง และ (2) การกำหนดให้ร่วมจ่ายในเงื่อนไขการต่ออายุกรมธรรม์ (Renewal) ซึ่งพิจารณาจากประวัติการเคลมในปีที่ผ่านมา เป็นรายปี โดยผู้เอาประกันภัยจะต้องร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลในปีถัดไปไม่เกินร้อยละ 30.0 หากเข้าเกณฑ์อย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ (ก) การเคลมผู้ป่วยในจากกลุ่มโรคป่วยเล็กน้อยทั่วไปโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป และมีอัตราการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนรวมตั้งแต่ร้อยละ 200.0 ของเบี้ยประกันภัย หรือ (ข) การเคลมผู้ป่วยในจากโรคทั่วไปที่ไม่รวมโรคร้ายแรงและการผ่าตัดใหญ่ ตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป และมีอัตราการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนรวมตั้งแต่ร้อยละ 400.0 และหากเข้าเกณฑ์ทั้ง 2 กรณี ผู้เอาประกันภัยจะต้องร่วมจ่ายรวมกันไม่เกินร้อยละ 50.0 ของค่ารักษาพยาบาลในปีถัดไป และหากปีใดไม่เข้าเกณฑ์ตามเงื่อนไขดังกล่าว ผู้เอาประกันภัยจะไม่ต้องร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลภายใต้ความคุ้มครองของกรมธรรม์ในปีนั้น (คปภ., 2568)

ปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้นส่งผลให้ประชาชนต้องแบกรับภาระค่ารักษาพยาบาลที่สูงขึ้น และกระทบต่อความสามารถในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ จึงมีความจำเป็นต้องกำหนดแนวทางในการบริหารจัดการต้นทุนและค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลอย่างเหมาะสม ดังนี้

1. **การกำหนดเพดานควบคุมราคา** ภาครัฐควรมีกลไกกำกับดูแลราคาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นในโรงพยาบาลเอกชน เพื่อคุ้มครองสิทธิผู้บริโภคให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพในราคาที่ เป็นธรรม โดยกำหนดให้มีการเปิดเผยโครงสร้างต้นทุนในรูปแบบที่เปรียบเทียบได้ และมีราคามาตรฐานอ้างอิงภายในประเทศ เพื่อช่วยให้ประชาชนสามารถตัดสินใจเลือกใช้บริการได้บนฐานข้อมูลที่ชัดเจน ทั้งนี้ การกำกับดูแลควรดำเนินการอย่างยืดหยุ่น เพื่อไม่ให้กระทบต่อการแข่งขันที่เป็นธรรมและคุณภาพการรักษาพยาบาล

2. **การนำเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์มาประยุกต์ใช้ในระบบบริการสุขภาพ** เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการและลดต้นทุนการดำเนินงานในหลายด้าน ที่เป็นต้นทุนแฝงที่สะท้อนอยู่ในค่ารักษาพยาบาล อาทิ (1) การใช้ระบบอัตโนมัติในงานบริหารจัดการ เช่น การนัดหมาย การเรียกเก็บเงิน และการเบิกค่ารักษาจากประกัน

(2) การวิเคราะห์เชิงคาดการณ์เพื่อประเมินความต้องการใช้บริการและการเข้ารับการรักษา ซึ่งจะช่วยลดการนอนโรงพยาบาลที่ไม่จำเป็นและจัดสรรบุคลากรได้เหมาะสม (3) การจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์ โดยการวิเคราะห์รูปแบบการเข้ารับบริการของผู้ป่วย (4) การสนับสนุนการตัดสินใจ เพื่อเพิ่มความแม่นยำในการวินิจฉัยและลดการตรวจที่ไม่จำเป็น (5) การวางแผนการรักษาเฉพาะบุคคล และ (6) การติดตามผู้ป่วยทางไกลผ่านการวิเคราะห์ข้อมูลจากอุปกรณ์อัจฉริยะ (Wearable Devices) เพื่อลดความจำเป็นในการเดินทางมาโรงพยาบาลและเพิ่มโอกาสในการตรวจพบปัญหาสุขภาพตั้งแต่ระยะแรก ทั้งนี้ มีการประเมินว่าเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์สามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและลดภาระค่าใช้จ่ายด้านการบริหารจัดการของโรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยในสหรัฐอเมริกา คาดว่าจะช่วยลดต้นทุนได้ร้อยละ 30-40 หรือคิดเป็นมูลค่าประมาณ 1.5 แสนล้านเหรียญสหรัฐต่อปี ขณะที่สหภาพยุโรปประเมินว่าสามารถประหยัดงบประมาณได้ราว 5 หมื่นล้านยูโรต่อปี อย่างไรก็ตาม การนำเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์มาใช้ในระบบบริการสุขภาพของไทยควรดำเนินการอย่างรอบคอบ โดยคำนึงถึงความคุ้มค่าทางงบประมาณ ควบคู่กับการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลและความปลอดภัยของข้อมูลสุขภาพ (Desai, 2025)

3. **การส่งเสริมบทบาทของผู้ป่วยในการตัดสินใจรักษา** ประชาชนควรมีบทบาทเชิงรุกในการตัดสินใจรักษา โดยสอบถามถึงทางเลือก ความจำเป็นของการตรวจหรือหัตถการ รวมถึงผลดีและผลเสียที่อาจเกิดขึ้น เพื่อหลีกเลี่ยงการรักษาที่เกินความจำเป็น นอกจากนี้ ควรตรวจสอบใบแจ้งค่าใช้จ่ายอย่างรอบคอบ และหากพบความไม่ชัดเจนหรือผิดปกติ ควรใช้สิทธิสอบถามหรือร้องเรียนผ่านช่องทางของสถานพยาบาล บริษัทประกัน หรือ คปก. เพื่อสร้างแรงกดดันเชิงระบบให้การเบิกจ่ายเป็นไปอย่างมีวินัย โปร่งใส และตรวจสอบได้