

บทที่ 4

วิเคราะห์การนำค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมาลดหย่อนภาษี

ค่าใช้จ่ายอันเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลในระบบประกันสุขภาพในประเทศต่าง ๆ อาจมีรูปแบบที่แตกต่างกันออกไป ในบางประเทศรัฐบาลอาจเป็นผู้รับภาระในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด โดยอาศัยจากเงินที่ได้จากการจัดเก็บภาษีแล้วนำกลับไปใช้ในการบริการจัดการดูแลประชาชนของตนเอง หรือบางประเทศจ่ายผ่านผู้ให้บริการ คือ บริษัทประกัน และบางประเทศอาจแบ่งจากรายได้ของประชาชนของตนเอง เช่น ผู้ที่มีรายได้จะถูกเก็บภาษีแล้วนำไปจ่ายสนับสนุนให้ผู้ที่ไม่มีรายได้ โดยถือว่าเป็นการเกื้อกูลกันในสังคม เป็นต้น แต่ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบใดย่อมมีปัญหาแตกต่างกันออกไป

4.1 วิเคราะห์ปัญหาอันเกิดจากการบริการสาธารณสุข

การบริการสาธารณสุขของประเทศไทยแต่ละระบบมีวิวัฒนาการและแนวคิดที่ต่างกันในด้านการให้บริการ ซึ่งสามารถแยกสิทธิการเข้ารับบริการได้ตามระบบหลักประกันสุขภาพหลัก 3 ระบบใหญ่ด้วยกัน คือ

- 1) ระบบประกันสังคม ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2542
- 2) ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ตามพระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545
- 3) ระบบสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับราชการ ลูกจ้าง หรือ พนักงานของรัฐและรัฐวิสาหกิจ

ระบบหลักประกันสุขภาพทั้งสามระบบนี้มีการออกแบบระบบที่ต่างกันหลายประเด็น ไม่ว่าจะเป็นเรื่องแหล่งเงินที่ใช้สิทธิประโยชน์ผู้ให้บริการ ระบบการจ่ายเงิน รวมถึงสิทธิในการรักษาของผู้รับบริการ เงื่อนไขการใช้สิทธิในการรักษา อย่างเช่น ระบบสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการ ลูกจ้าง หรือ พนักงานของรัฐและรัฐวิสาหกิจ ระบบนี้ถือเป็นสวัสดิการที่รัฐจัดให้แก่ข้าราชการ ซึ่งสวัสดิการตามระบบสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการนี้รวมถึง พ่อ แม่ บุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ไม่เกิน 3 คนของข้าราชการด้วย ในขณะที่ระบบประกันสังคมเป็นระบบที่รัฐบาล นายจ้างและลูกจ้างต้องร่วมกันจ่ายเงินสมทบในระบบ ส่วนระบบหลักประกันสุขภาพ

แห่งชาติเป็นรัฐสวัสดิการที่จัดแก่ประชาชนที่ไม่ได้ใช้สิทธิระบบประกันสุขภาพอื่น ๆ เมื่อเปรียบเทียบการใช้บริการของผู้มีสิทธิภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพทั้งสามระบบ โดยพบว่าผู้ป่วยในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการได้รับยานอกบัญชียาหลักยาต้นแบบนำเข้าจากต่างประเทศ และยาที่มีราคาแพงสูงกว่าผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและระบบประกันสังคมอย่างชัดเจน ความแตกต่างของบริการที่ได้รับบริการของผู้มีสิทธิภายใต้ระบบประกันสุขภาพทั้งสามระบบ เกิดจากสิทธิประโยชน์ที่ต่างกัน เงื่อนไขการใช้บริการ วิธีการบริหารจัดการ รวมถึงรูปแบบวิธีและอัตราการจ่ายที่ต่างกันทั้งนี้ในด้านสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพทั้งสามระบบใหญ่

ปัจจุบันยังมีความเหลื่อมล้ำในระบบประกันสุขภาพทั้งสามระบบอย่างแน่นอน โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน 2 ประเด็นสำคัญ คือ

1) การให้บริการด้านสาธารณสุข พบว่าระบบประกันสุขภาพทั้งสามระบบมีความแตกต่างกันเมื่อผู้เจ็บป่วยเดินเข้าไปรับบริการการรักษา แม้แพทย์จะให้การรักษาเหมือนกัน แต่การให้ยาหรือสิทธิประโยชน์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาดูแลสุขภาพยังมีความแตกต่างกันตามสิทธิที่ผู้ป่วยได้รับจากระบบประกันสุขภาพทั้งที่เป็นคนไทยเหมือนกัน และบางครั้งผู้ป่วยต้องจ่ายค่าบริการหรือค่ายาในส่วนที่สิทธิตามระบบประกันสุขภาพที่ผู้ป่วยใช้ไม่ครอบคลุม ทำให้ผู้ป่วยต้องมีภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลซึ่งเรื่องนี้ถือเป็นเรื่องใหญ่ที่จะต้องดำเนินการแก้ไขให้ระบบบริการสาธารณสุข เพื่อให้คนไทยทุกคนได้รับบริการคุณภาพและมาตรฐานที่เหมือนกันเมื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล โดยไม่ต้องคำนึงถึงสถานะของบุคคลนั้น ซึ่งหากรัฐบาลสามารถลดความเหลื่อมล้ำในด้านการให้บริการและการรักษาในส่วนนี้ได้ ผู้ป่วยจะได้ไม่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เกิดจากระบบประกันสุขภาพที่ตนเองมีสิทธิไม่ครอบคลุม

2) งบประมาณที่สนับสนุนหลักประกันสุขภาพทั้งสามระบบ เป็นจุดเริ่มต้นที่นำมาสู่ปัญหาความเหลื่อมล้ำในระบบบริการสาธารณสุข โดยข้าราชการสามารถเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้โดยมีเพดานที่สูงมาก เฉลี่ยต่อคนต่อปีราว 12,000 บาท สามารถรับยานอกบัญชียาหลักยาต้นแบบนำเข้าจากต่างประเทศ และยาที่มีราคาแพงสูง ขณะที่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) มีเพดานงบประมาณจ่ายรายหัวต่อคนต่อปีอยู่เพียงราว 3,000 บาทต่อคนต่อปี หากมีความจำเป็นต้องใช้ยานอกบัญชีหลัก ก็ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายดังกล่าวเอง ทั้ง ๆ ที่ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) เป็นประชาชนที่มีรายได้น้อย หรือแม้แต่ในระบบประกันสังคมก็มีความเหลื่อมล้ำ เนื่องจากเป็นระบบเดียวที่ผู้ประกันตนต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุน แต่หากมีความจำเป็นต้องใช้ยานอกบัญชีหลัก ก็ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายดังกล่าวเอง

เหมือนกับระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้ง ๆ ที่ระบบประกันสังคมต้องจ่ายเงินสบทบรายเดือน และต้องเสียภาษีเงินได้ให้แก่รัฐบาล

ปัญหาความเหลื่อมล้ำในระบบบริการสาธารณสุข เป็นสิ่งที่ควรจะต้องดำเนินการแก้ไข เพื่อลดช่องว่าง ขณะเดียวกันจะต้องไม่กระทบต่อสิทธิของบุคคลอื่นทั้งในมุมมองของผู้รับบริการและผู้ให้บริการเพราะฉะนั้นหากสามารถดำเนินการให้มีการจัดสรรงบประมาณได้เท่าเทียมในทุกระบบประกันสุขภาพภาครัฐไปสู่โรงพยาบาล เชื่อว่าความเหลื่อมล้ำจะไม่เกิดขึ้น และปัญหาค่าใช้จ่ายอันเกิดจากการบริการสาธารณสุขก็จะไม่เกิดขึ้น

4.2 วิเคราะห์ปัญหาค่าใช้จ่ายอันเกิดจากการบริการสาธารณสุข

ระบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาลของประเทศไทยนั้น ถือว่ามีค่าใช้จ่ายระบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาลหลายรูปแบบ โดยเริ่มตั้งแต่รัฐบาลจัดบริการรักษาพยาบาลฟรีด้วยบัตรทองหรือที่เรียกว่าหลักประกันสุขภาพ การใช้ระบบประกันสังคมสำหรับภาคเอกชน และระบบสวัสดิการของข้าราชการแต่ไม่ว่าจะใช้ระบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาลรูปแบบใดรัฐบาลต้องแบกรับภาระในการจัดสรรงบประมาณเพื่อนำมาสนับสนุนการให้บริการของระบบประกันสุขภาพในแต่ละรูปแบบ และเป็นที่ทราบกันอยู่แล้วว่าแต่ละระบบมีเงื่อนไขในการรับบริการที่แตกต่างกันออกไป ถือว่าเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการบริการที่ไม่ได้มาตรฐานและไม่สามารถให้บริการได้อย่างทั่วถึง

ประเทศไทยมีระบบประกันสุขภาพถึง 3 ระบบแต่ทั้งสามระบบที่กล่าวข้างต้นกลับมีความเหลื่อมล้ำในเรื่องของการบริการรักษาพยาบาลไม่ว่าจะเป็นเรื่องคุณภาพของยาที่ใช้รักษา งบประมาณในการรักษาที่แตกต่างกันซึ่งรัฐบาลจัดสรรงบประมาณให้แก่ระบบไม่เท่ากัน การจำกัดสิทธิบางประการที่แตกต่างกันของระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ ส่งผลกระทบให้ประชาชนบางส่วนต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายนอกเหนือจากที่รัฐบาลมีสวัสดิการให้ ทั้ง ๆ ที่รัฐต้องทำดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง

จากรายงานฉบับสมบูรณ์ของ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (ทีดีอาร์ไอ) เรื่อง โครงการศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพและความเป็นธรรมทางสุขภาพ ทีดีอาร์ไอได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบ ระหว่าง สิทธิบัตรทองหรือประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่ดำเนินการโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสิทธิข้าราชการ ทีดีอาร์ไอได้รายงานอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ใช้สิทธิบัตรทองสูงผิดปกติ โดยพบว่า ผู้ป่วยที่อายุ 60 ปีขึ้นไปที่เข้ารับการรักษาในช่วงปี พ.ศ. 2550-2554 ด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดในสมอง โรคมะเร็งจะมีผู้เสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่

รักษาด้วยการใช้สิทธิข้าราชการถึงร้อยละ 70 นั่นคือ ผู้ป่วยสิทธิบัตรทองตายมากกว่าสิทธิราชการถึงเจ็ดหมื่นกว่าราย

ผลการศึกษาเรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจจากทีมอายุรแพทย์โรคหัวใจ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ปิยมิตร ศรีธรา ซึ่งเปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิตและการอยู่รอดของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโดยสิทธิราชการและสิทธิบัตรทอง พบว่าผู้ป่วยที่ใช้บัตรทองมีอัตราการอยู่รอดน้อยกว่าผู้ใช้สิทธิราชการในการรักษา¹

ศาสตราจารย์นายแพทย์ยง ภู่วรรณ นักวิจัยดีเด่นแห่งชาติด้านการแพทย์ กล่าวว่า “การรักษาผู้ป่วยเป็นการประกอบโรคศิลปะ เหมือนการวาดรูป ให้สวยงาม การดูแลผู้ป่วยก็เช่นเดียวกัน การดูแลรักษาไม่มีกฎเกณฑ์ตายตัว เหมือนการระบายสี แต่การรักษาผู้ป่วยตามระบบสุขภาพของไทย จะมีการกำหนดให้รักษาตามแนวทางที่วางไว้ จะต้องมียาที่กำหนดอยู่ในบัญชียาที่รักษาตามข้อบ่งชี้ เช่นผู้ป่วยโรคตับ ท่อน้ำดีอุดตัน ต้องใช้วิตามินอีในการรักษา แต่ไม่สามารถใช้วิตามินอีได้ เพราะเบิกตามสิทธิไม่ได้เนื่องจากไม่ได้อยู่ในบัญชียาหลัก ทั้งที่รู้ว่าเด็กโรคตับที่มีภาวะพร่องน้ำดี จะขาดวิตามิน ที่ละลายในไขมัน เช่น A E D K แต่วิตามิน อี ก็ใช้ไม่ได้ตามสิทธิบัตรทอง ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในส่วนนี้เอง ”

จากข้อมูลข้างต้นยิ่งสะท้อนให้เห็นว่ามีความเหลื่อมล้ำทางการบริการและการรักษาพยาบาลของระบบประกันสุขภาพแต่ละระบบเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรักษาโรคด้วยระบบประกันสุขภาพด้วยหน้า ซึ่งในการรักษาจะถูกบังคับให้รักษาตามสูตรสำเร็จของโรคนั้น ๆ ไม่ว่าจะเป็นการจ่ายยา หรือแม้กระทั่งขั้นตอนรักษา เพราะรัฐบาลกำหนดค่าใช้จ่ายต่อการรักษาให้คนไข้แต่ละรายในงบประมาณที่จำกัด อีกทั้งยังไม่สามารถชียานอกบัญชีได้แต่หากมีความจำเป็นต้องใช้ก็ต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง ซึ่งก็เป็นที่น่าท้อใจอยู่แล้วว่าผู้ใช้สิทธิระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นกลุ่มที่มีรายได้น้อยบางรายไม่มีความสามารถที่จะรับภาระค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ได้เลยหรือบางรายต้องยอมกู้เงินเพื่อรักษาตัวเอง

หากกล่าวตามความเป็นจริงแล้วประชาชนที่ต้องใช้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือที่เรียกว่า บัตรทอง ตามพระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ ต้องยอมรับว่าผู้ใช้สิทธิตามระบบนี้เป็นผู้ที่มีรายได้น้อย โดยส่วนใหญ่คือผู้ที่ประกอบอาชีพกรรมกร ลูกจ้าง หรือเป็นประเภทหาเช้ากินค่ำ เป็นชนชั้นแรงงาน หรือเกษตรกร ซึ่งถือว่าเป็นประชากรส่วนใหญ่ของประเทศไทยทั้ง ๆ ที่เป็น

¹ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (ทีดีอาร์ไอ). (2558). *โครงการศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพและความเป็นธรรมทางสุขภาพ*. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก: https://tdri.or.th/2015/03/just_health/. [2561, 15 มีนาคม].

ประชากรส่วนใหญ่ของสังคมแต่กลับเป็นส่วนที่มีรายได้น้อยที่สุด ที่ร้ายไปกว่านั้นคือ ระบบประกันสุขภาพที่รัฐบาลมีให้กลับเป็นระบบที่ถือว่าได้รับการรักษาเพียงขั้นพื้นฐาน มีเงื่อนไขในการรับบริการมากที่สุด เช่น ไม่สามารถใช้จ่ายบางอย่างที่ต้องใช้ในการรักษาเนื่องจากเป็นยาที่อยู่ นอกบัญชีหลัก หากจำเป็นต้องใช้จ่ายตัวดังกล่าวก็ต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง หากเป็นกรณีที่ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลในส่วนของห้องพิเศษนั้น ระบบประกันสุขภาพก็ไม่มีสวัสดิการในส่วนนี้ให้ ผู้ป่วยต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ไว้เอง ยิ่งทำให้ประชาชนต้องแบกรับค่ารักษาพยาบาลในส่วนของส่วนต่าง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตแย่ลงกว่าเดิม

ประชาชนที่ใช้สิทธิตามระบบประกันสังคมก็ไม่ต่างจากระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากเท่าไร เนื่องจากในการรับบริการรักษาพยาบาลก็มีเงื่อนไขในการรับบริการ ต้องเป็นโรงพยาบาลรัฐหรือเอกชนที่เป็นคู่สัญญาเท่านั้น สิทธิในการใช้สิทธิรักษาตามระบบประกันสังคม ต้องมีการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนทุกเดือนไม่น้อยกว่า 3 เดือนจึงจะสามารถใช้สิทธิตามระบบประกันสังคมได้ หากสิทธิดังกล่าวยังไม่เกิด ก็ต้องใช้สิทธิระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพียงแต่สามารถใช้จ่ายได้มากกว่าสิทธิของผู้ที่รักษาด้วยระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ก็ยังคงต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในส่วนอื่นๆ ที่เกินกว่าค่ารักษาที่กำหนดไว้ตามสิทธิของระบบประกันสังคม

นอกจากประชาชนกลุ่มนี้จะต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าและระบบประกันสังคมไม่ครอบคลุมแล้ว หน้าที่อีกอย่างหนึ่งของประชาชนไทยคือการเสียภาษีเงินได้ ถึงแม้จะเป็นกลุ่มที่มีรายได้น้อย แต่เมื่อมีรายได้ถึงเกณฑ์ที่ต้องเสียภาษี ก็ต้องถูกเรียกเก็บภาษีจากรัฐบาล ยิ่งทำให้โอกาสในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นยิ่งน้อยลงไปอีก อย่างเช่น นาย ก.มีอาชีพค้าขาย มีเงินได้สุทธิต่อปีรวมแล้วเกินกว่า 150,000 บาทซึ่งต้องเสียภาษีเงินได้ให้แก่รัฐเป็นเงินจำนวน 7,500 บาท แต่ในความเป็นจริงแล้ว นาย ก.ป่วยเป็นโรคไต ต้องทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเดือนละ 1 ครั้ง ซึ่งมีค่าใช้จ่ายครั้งละ 1,500 บาท นาย ก.ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือบัตรทอง ซึ่งกำหนดเงื่อนไขในการฟอกเลือดด้วยเครื่องฟอกไต หากไม่ใช่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรายใหม่ที่ไม่สามารถใช้บริการล้างไตผ่านช่องท้อง ก็ไม่สามารถใช้สิทธิในการรักษาตามสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ ดังนั้น นาย ก. ต้องแบกรับค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ถึงปีละ 18,000 บาท ถือว่าเป็นภาระที่ค่อนข้างหนัก นอกจากจะต้องรับภาระค่ารักษาดังกล่าวแล้วยังต้องเสียภาษีตามเงื่อนไขที่กฎหมายกำหนดอีก

4.3 วิเคราะห์มาตรการลดหย่อนภาษีอันเนื่องมาจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

ปัจจุบันหลายประเทศมีการกำหนดหลักเกณฑ์และมาตรการหักค่าลดหย่อนค่าใช้จ่ายอันเนื่องมาจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยใช้เป็นค่าลดหย่อนภาษี ได้แก่ สหพันธรัฐมาเลเซีย

สหพันธรัฐมาเลเซีย มีนโยบายในการจัดเก็บภาษีตามหลักอาณาเขต (หลักแหล่งเงินได้) กล่าวคือ รายได้ที่เกิดจากกิจการในสหพันธรัฐมาเลเซียและรายได้ที่รับในเท่านั้นที่จะต้องเสียภาษีเงินได้ในสหพันธรัฐมาเลเซีย

การนับปีภาษีของสหพันธรัฐมาเลเซียมีลักษณะเหมือนปีภาษีของประเทศไทย คือ เป็นปีปฏิทิน โดยเริ่มตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม และสิ้นสุดวันที่ 31 ธันวาคม ของทุก ๆ ปี บุคคลที่ต้องมีหน้าที่เสียภาษีจากรายได้ของสหพันธรัฐมาเลเซีย คือ บุคคลธรรมดาที่อาศัยอยู่ในสหพันธรัฐมาเลเซียเกิน 182 วัน และเป็นบุคคลที่มีรายได้จากสหพันธรัฐมาเลเซีย จะถือเป็นบุคคลผู้มีถิ่นที่อยู่ในสหพันธรัฐมาเลเซีย

อัตราเงินได้บุคคลธรรมดาของสหพันธรัฐมาเลเซีย เป็นอัตราภาษีแบบก้าวหน้า โดยมีอัตราภาษีตั้งแต่วัตถุละ 0-28 โดยสามารถหักลดหย่อนภาษีรายการต่าง ๆ ได้ เช่น ค่าลดหย่อนส่วนตัว ค่าลดหย่อนสำหรับคู่สมรส ค่าเบี้ยประกันชีวิต รวมถึงค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้เสียภาษีคู่สมรส หรือบุพการี เป็นต้น

กฎหมายภาษีอากรของสหพันธรัฐมาเลเซียนั้นอนุญาตให้ผู้เสียภาษีสามารถนำค่าใช้จ่ายในทางการแพทย์มาหักเป็นค่าลดหย่อนออกจากเงินได้ในปีภาษีนั้น ๆ โดยจะมีรายละเอียดตามที่ได้บัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติภาษีเงินได้ (The Income Tax Act 1967) มาตรา 46 ดังนี้

1) ค่าใช้จ่ายในการทางการแพทย์สำหรับบุพการี โดยให้หยอดลดหย่อนได้สูงสุดรายละ 5,000 ริงกิตมาเลเซีย² ในการใช้สิทธิลดหย่อนจะต้องยื่นใบเสร็จรับเงินที่ออกให้โดยโรงพยาบาลหรือแพทย์

2) ค่าใช้จ่ายในทางการแพทย์สำหรับตัวผู้เสียภาษี คู่สมรสและบุตร โดยให้หยอดลดหย่อนได้สูงสุดรายละ 5,000 ริงกิตมาเลเซีย แต่ในการใช้สิทธิลดหย่อนนี้จะต้องยื่นใบเสร็จรับเงินและใบรับรองแพทย์ที่ออกให้โดยแพทย์ผู้ทำการรักษาโรค

3) ค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพสำหรับตัวผู้เสียภาษี คู่สมรสและบุตร โดยให้ลดหย่อนได้สูงสุดรายละ 500 ริงกิตมาเลเซีย ในการใช้สิทธิลดหย่อนจะต้องยื่นใบเสร็จรับเงินที่ออกโดยโรงพยาบาลหรือแพทย์

² 1 ริงกิตมาเลเซีย = 7.83 บาท (อัตราแลกเปลี่ยนธนาคารแห่งประเทศไทย ณ วันที่ 20 ตุลาคม 2561).

นอกจากสหพันธรัฐมาเลเซียแล้ว ประเทศแคนาดาเป็นอีกประเทศหนึ่งที่มีมาตรการลดหย่อนค่าใช้จ่ายในทางการแพทย์

ประเทศแคนาดาเป็นประเทศที่ได้รับการยอมรับจากองค์การสหประชาชาติว่าเป็นประเทศที่น่าอยู่ที่สุดของโลก ค่านิยมหลักของประเทศแคนาดา คือ การส่งเสริมและเคารพในสิทธิและเสรีภาพของมนุษย์ ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญที่สุดของการปกครองในระบอบประชาธิปไตย

มาตรการทางภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาของประเทศแคนาดาแบ่งได้เป็น 2 ช่วง ดังนี้

ช่วงแรก คือ ช่วงก่อนปี ค.ศ. 1988 ประเทศแคนาดาได้ใช้มาตรการทางภาษีได้บุคคลธรรมดาเกี่ยวกับผู้เสียภาษี คู่สมรส ผู้อยู่ในอุปการะ คนพิการ ค่ารักษาพยาบาล การบริจาคเพื่อการกุศลสาธารณะ กองทุนเบี้ยบำนาญแคนาดา และการประกันการว่างงาน ในรูปแบบของการหักเป็นรายจ่ายส่วนบุคคล (Personal Deductions) ในการคำนวณภาษี ซึ่งเปรียบได้กับการหักค่าลดหย่อนของประเทศไทย แต่ต่อมาได้ปฏิรูประบบการหักรายจ่ายส่วนบุคคล โดยยังคงมีส่วนที่อยู่ในรูปของการหักรายจ่ายอยู่บ้างแต่ไม่มากนัก

คำว่า “การหักรายจ่าย” หรือ Deduction ของประเทศแคนาดามีลักษณะทำนองเดียวกับคำว่า การหักลดหย่อน ตามประมวลกฎหมายของประเทศไทย ดังนั้น เพื่อให้เข้าใจได้ง่ายสำหรับเนื้อหาที่จะกล่าวต่อไปในส่วนที่เกี่ยวข้องกับประเทศแคนาดา ผู้เขียนจึงขอใช้คำว่า การหักลดหย่อน แทนคำว่า การหักรายจ่ายของประเทศแคนาดา

ภาษีเงินได้ที่เก็บจากบุคคลธรรมดาของรัฐบาลกลางแคนาดาเป็นภาษีอัตราก้าวหน้า (Progressive Tax Rates) ซึ่งการหักลดหย่อนจะมีมูลค่าเพิ่มมากขึ้นตามการเพิ่มขึ้นของเงินได้ ในระบบการจัดเก็บภาษีอัตราก้าวหน้า การหักลดหย่อนจะทำให้ความก้าวหน้าของบัญชีอัตราภาษี (Regressive) กล่าวคือ คนรวยได้ประโยชน์มากกว่าคนจน ซึ่งเรียกปรากฏการณ์เช่นนี้ว่า “ปรากฏการณ์พลิกกลับ” (Upside-down Effect)

ผลของการเกิดปรากฏการณ์ดังกล่าว นำไปสู่การปฏิรูปภาษีของประเทศแคนาดาในปี ค.ศ. 1988 โดยได้มีการเปลี่ยนแปลงการหักลดหย่อนที่สำคัญๆ เกี่ยวกับตัวผู้เสียภาษี คู่สมรส ผู้อยู่ในอุปการะ คนพิการ ค่ารักษาพยาบาล การบริจาคเพื่อการกุศลสาธารณะ กองทุนเบี้ยบำนาญแคนาดา และการประกันการว่างงาน เป็นการให้เครดิตภาษี ซึ่งเป็นการให้ปริมาณดอลลาร์ที่เท่ากันแก่ผู้เสียภาษีในทุกระดับของเงินได้

ดังกล่าวมาแล้วว่า ก่อนการปฏิรูปภาษีในปี ค.ศ. 1988 รัฐบาลแคนาดาอนุญาตให้ผู้เสียภาษีหักรายจ่ายส่วนตัว (Personal Exemptions or Deductions) ออกจากเงินได้ ซึ่งได้แก่ รายจ่ายเกี่ยวกับคู่สมรสซึ่งอยู่ในอุปการะ หรือผู้อยู่ในอุปการะอื่นบุคคลซึ่งมีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป การหักลดหย่อนสำหรับเงินได้เบี้ยบำนาญ (Pension Income) ค่าธรรมเนียมการเรียน

(Tuition Fees) ภาษีขาย (Sales Tax) รายจ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (Medical Expenses) การบริจาคเพื่อการกุศล (Charitable Contributions) การบริจาคเงินตามแผนเบี้ยบำนาญแคนาดา (Canada Pension Plan) และเบี้ยประกันสำหรับการประกันการทำงาน (Employment Insurance Premiums) แต่เนื่องจากการหักรายจ่ายหรือการหักลดหย่อนเหล่านี้มีข้อบกพร่อง กล่าวคือ ให้ประโยชน์แก่ผู้เสียภาษีที่มีเงินได้สูงมากกว่าผู้เสียภาษีที่มีเงินได้น้อย

ช่วงที่สองคือ ช่วงปี ค.ศ. 1988 จึงได้มีการปรับปรุงกฎหมายเกี่ยวกับการหักลดหย่อนเหล่านี้ทั้งหมด เป็นการเครดิตภาษี ซึ่งจะให้ความเป็นธรรมแก่ผู้เสียภาษีมามากกว่า กล่าวคือ การลดหย่อนของภาษีในอัตราเท่ากันสำหรับผู้เสียภาษีทุกคน โดยไม่คำนึงถึงระดับเงินได้ของผู้เสียภาษี เนื่องจากการเครดิตเป็นกาให้หักภาษีที่ผู้เสียภาษี การให้เครดิต 100 ดอลลาร์ ทำให้ผู้เสียภาษีแต่ละคนหักลด 100 ดอลลาร์จากจำนวนภาษี ไม่ว่าจะคนรวยหรือคนจนก็จะได้รับสิทธิอย่างเท่าเทียมกัน

ในปี ค.ศ. 2005 มีการกำหนดอัตรากำหนดภาษีขั้นต่ำไว้ที่ร้อยละ 16 ต่อมาในปี ค.ศ.2007 ได้มีการปรับเปลี่ยนอีกครั้งอยู่ที่ระดับร้อยละ 15 และในปี ค.ศ.2016 อัตรากำหนดภาษีขั้นต่ำ ยังคงอยู่ที่ร้อยละ 15³ โดยอัตรากำหนดของประเทศแคนาดาจะถูกปรับเปลี่ยนไปตามอัตราเงินเฟ้อ

ทั้งนี้รัฐบัญญัติภาษีเงินได้ (Income Tax Act) ประเทศแคนาดาได้บัญญัติเกี่ยวกับการให้สิทธิประโยชน์ทางภาษีโดยการเครดิตภาษีรายจ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลไว้ในมาตรา 118.2

เครดิตภาษีสำหรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (Medical Expense Tax Credit)⁴ เป็นเครดิตภาษีชนิดที่ไม่สามารถขอคืนเป็นเงินได้ หากมีเครดิตภาษีเกินกว่าภาษีที่ต้องเสียหรือมีเงินได้ไม่ถึงเกณฑ์ที่ต้องเสียภาษี ผู้เสียภาษีหรือผู้อยู่ในอุปการะของผู้เสียภาษีที่มีรายจ่ายในการรักษาพยาบาลสูงกว่าเงินได้สุทธิที่กฎหมายกำหนด รายการรายจ่ายในการรักษาพยาบาลที่นำมาคำนวณเครดิตภาษีจะถูกกำหนดโดยพระราชบัญญัติภาษีเงินได้และข้อบังคับที่ออกโดยสรรพากร แม้ชื่อของเครดิตภาษีอาจทำให้เข้าใจว่าเครดิตภาษีชนิดนี้เกี่ยวกับรายจ่ายในการรักษาพยาบาล แต่ขอบเขตของรายจ่ายที่กฎหมายอนุญาตให้นำมาคำนวณเครดิตภาษีนั้นกว้างขวางและถูกปรับปรุงแก้ไขอยู่เสมอตามยุคสมัย

บุคคลที่มีสิทธิในการเครดิตภาษีสำหรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

- 1) บุคคลผู้อยู่ในเกณฑ์ต้องเสียภาษี
- 2) คู่สมรสผู้เสียภาษี
- 3) สามภริยาซึ่งอยู่ด้วยกันโดยไม่ได้จดทะเบียนสมรส
- 4) บุตรซึ่งมีอายุไม่เกิน 18 ปี บริบูรณ์ในปีภาษีนั้น

³ Canadian income tax rates for individuals – current and previous years.

⁴ Section 118.2 income Tax Act 1985 as amended in 2015.

5) บุคคลผู้อยู่ในอุปการะของผู้เสียภาษี

ค่ารักษาพยาบาลที่เข้าเกณฑ์ที่ได้รับสิทธิเครดิตภาษี ได้แก่

1) ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการทางการแพทย์ หันตกรรม หรือการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการนั้น

2) ค่าตอบแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องรุนแรง หรือผู้ป่วยที่มีใบรับรองแพทย์แสดงถึงความจำเป็นในการที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีผู้ดูแล หรือพยาบาลซึ่งดูแลผู้ป่วยที่มีใบรับรองแพทย์แสดงถึงความจำเป็นในการที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีผู้ดูแล

3) ค่าใช้จ่ายสำหรับการขนส่งผู้ป่วยโดยใช้รถพยาบาล

4) ข่าเทียม ไม้ค้ำ เครื่องช่วยพูด ตาเทียม เครื่องช่วยฟัง เครื่องผลิตออกซิเจน แวนตาฝ้ออม ทางแกงฝ้ออ้อม หรืออุปกรณ์ต่าง ๆ สำหรับผู้ป่วยซึ่งมีคุณสมบัติตรงตามความจำเป็นตามเงื่อนไขและมีราคาไม่เกินที่กฎหมายกำหนด

5) ค่าใช้จ่ายและค่าเดินทางตามสมควร สำหรับผู้ป่วยที่ต้องปลุกถ่ายอวัยวะหรือไขกระดูก

6) ยาหรือสารอื่น ๆ ที่ถูกต้องตามกฎหมาย ซึ่งผลิตหรือขาย เพื่อใช้ในการรักษาโรค ป้องกันโรค วินิจฉัยโรค ทั้งนี้ การใช้ยาหรือสารดังกล่าวจะต้องเป็นไปตามเงื่อนไขที่แพทย์กำหนด

7) สำหรับการรักษาพยาบาลในส่วนที่เกี่ยวข้องกับเรื่องของความสวยงาม ค่ารักษาพยาบาลที่เข้าเกณฑ์ได้รับสิทธิเครดิตภาษีจะไม่รวมเงินที่จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ หันตกรรม หรือค่าใช้จ่ายใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความสวยงาม ยกเว้นเป็นกรณีจำเป็นต่อการรักษา

สหรัฐอเมริกา ได้กำหนดให้นำค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับรักษาพยาบาล มาคำนวณเป็นค่าลดหย่อนในการคำนวณภาษีเงินได้

โดยในสหรัฐอเมริกานั้นบุคคลธรรมดาที่มีสิทธินำค่ารักษาพยาบาลที่ไม่ได้รับชดใช้คืน (Unreimbursed Medical Costs) ทั้งของตนเอง คู่สมรส และผู้อยู่ในอุปการะ ในการใช้สิทธิดังกล่าวสามารถใช้ได้โดยไม่มีข้อจำกัดในเรื่องของจำนวนรายได้หรือหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการยื่นแบบรวมกันแต่อย่างใด ดังนั้นค่าใช้จ่ายสำหรับค่ารักษาพยาบาลจึงเป็นค่าใช้จ่ายเพียงประเภทเดียวที่ผู้เสียภาษีสามารถนำค่าใช้จ่ายของบุคคลอื่นมาหักได้ แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ผู้เสียภาษีนำมาหักลดหย่อนจะต้องเป็นส่วนที่เกินร้อยละ 7.5 ของเงินที่ปรับปรุงแล้ว เช่น ผู้เสียภาษีมีเงิน ได้ที่ปรับปรุงแล้วจำนวน 50,000 เหรียญ มีค่ารักษาพยาบาลจำนวน 4,500 เหรียญ ผู้เสียภาษีนี้อาจหักค่าใช้จ่ายสำหรับค่ารักษาพยาบาลได้ดังนี้

เงินได้ที่ปรับปรุงแล้ว	=	50,000	เหรียญ
7.5 % ของเงินได้ที่ปรับปรุงแล้ว	=	3,750	เหรียญ
ค่ารักษาพยาบาลที่หักได้	=	4,500 – 3,750 = 750	เหรียญ

ข้อจำกัดเกี่ยวกับหักค่าใช้จ่ายสำหรับค่ารักษาพยาบาลข้างต้นเป็นผลทำให้ผู้เสียภาษีที่มีเงินได้สูงจะถูกจำกัดจำนวนค่าใช้จ่ายดังกล่าว แม้ผู้มีรายได้น้อยอาจมีค่ารักษาพยาบาลเกินกว่าข้อจำกัดดังกล่าวบ้าง แต่ทว่าผู้มีรายได้น้อยส่วนใหญ่ก็มักจะหักค่าใช้จ่ายโดยวิธีการหักค่าลดหย่อนแบบเหมาอยู่แล้ว ข้อจำกัดดังกล่าวจึงไม่ส่งผลกระทบต่อผู้เสียภาษีที่มีรายได้น้อยมากนัก

ดังที่กล่าวมาแล้วจะเห็นได้ว่าทั้งสามประเทศ มีมาตรการทางด้านภาษีเพื่อแบ่งเบาภาระประชาชนของตนเองในเรื่องค่าใช้จ่ายอันเกิดจากค่ารักษาพยาบาล เพื่อเป็นลดภาระค่าใช้จ่ายและเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับประชาชนของตนเอง แต่ทว่าประเทศไทยยังไม่มีบทบัญญัติที่เป็นมาตรการด้านภาษีที่เกี่ยวข้องจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยซึ่งเป็นบุคคลที่อยู่เกณฑ์ที่ต้องเสียภาษีรวมถึงครอบครัวของผู้เสียภาษีโดยตรง ในปัจจุบันบทบัญญัติทางด้านภาษีที่มีความเกี่ยวข้องกับการบรรเทาค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลของไทย เช่น การยกเว้นเงินได้พึงประเมินบางประเภทที่นายจ้างจ่ายให้หรือจ่ายแทนลูกจ้าง เงินได้ในส่วนนี้นายจ้างจ่ายเป็นเบี้ยประกันให้แก่ลูกจ้างหรือบุคคลอื่นที่อยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของลูกจ้าง เงินได้ที่ผู้มีเงินได้จ่ายเป็นเบี้ยประกันภัยในปียาภาษีเงินได้ที่มีเงินได้จ่ายเป็นประกันภัยสำหรับการประกันสุขภาพของบิดามารดา

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า ปัจจุบันกฎหมายภาษีของไทยยังไม่ได้มีบทบัญญัติหรือมาตรการเกี่ยวข้องกับการใช้สิทธิลดหย่อนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่ต้องเสียภาษีหรือครอบครัวของผู้เสียภาษีโดยตรง จะมีก็เพียงแต่กรณีที่ให้สิทธินายจ้างหรือสิทธิลดหย่อนกรณีเบี้ยประกันเท่านั้น ซึ่งผู้เขียนเห็นว่า มาตรการดังกล่าวยังไม่สามารถแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายอันเกิดจากการรักษาพยาบาลที่สวัสดิการของรัฐไม่ครอบคลุมซึ่งค่าใช้จ่ายดังกล่าวเป็นค่าใช้จ่ายที่ผู้เสียภาษีต้องรับผิดชอบเอง ผู้เขียนเห็นว่าควรเพิ่มให้นำค่าใช้จ่ายอันเกิดจากการรักษาพยาบาลที่สวัสดิการของรัฐไม่ครอบคลุมมาเป็นค่าลดหย่อนในการเสียภาษี แต่ทั้งนี้ต้องกำหนดเกณฑ์เพดานในการใช้สิทธิลดหย่อนเพื่อไม่ให้กระทบกับรายได้ของรัฐจากการจัดเก็บภาษี