

ข้อเสนอการคลังสุขภาพ

เพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เป้าประสงค์ ตัวชี้วัด และเป้าหมาย



SAFE
Sustainability Adequacy Fairness Efficiency

จัดทำโดย

คณะกรรมการจัดทำแนวทางการระดมทรัพยากรเพื่อความยั่งยืน
ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อเสนอการคลังสุขภาพ
เพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เป้าประสงค์ ตัวชี้วัด และเป้าหมาย

จัดทำโดย
คณะกรรมการจัดทำแนวทางการระดมทรัพยากรเพื่อความยั่งยืนของ
ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
18 มกราคม 2559

คำนำ

ประเทศไทย มีระบบหลักประกันสุขภาพครอบคลุมคนไทยทุกคน มาตั้งแต่ พ.ศ. 2545 หลังจากดำเนินการมา 13 ปี มีผลดังนี้

ประเทศไทยลงทุนด้านสุขภาพร้อยละ 4.6 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ ซึ่งแม้จะไม่สูงเมื่อเทียบกับประเทศ ที่มีรายได้ใกล้เคียงกัน แต่ก็คิดเป็นเม็ดเงินกว่าห้าแสนล้านบาท ในกรณีนี้ร้อยละ 80 เป็นการลงทุนโดยภาครัฐ ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 17 ของค่าใช้จ่ายภาครัฐทั้งหมด นับว่ารัฐลงทุนด้านสุขภาพสูงมาก ทำให้ภาระค่าใช้จ่ายสุขภาพของครัวเรือนมีเพียงร้อยละ 11 เท่านั้น คนที่ยากจนลงหรือล้มละลายจากการที่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลก็ลดลงไปมาก จนเกือบเป็นศูนย์ คนไทยที่มีความจำเป็นต้องได้รับบริการสุขภาพแต่ไม่สามารถเข้าถึงได้ ที่เรียกว่า “ความจำเป็นที่ไม่ได้รับการตอบสนอง หรือ unmet health need” มีน้อยมาก น้อยเท่าเทียมกับประเทศ OECD ซึ่งเป็นประเทศที่รายได้สูง

ทั้งหมดนี้เป็นเรื่องที่ดี และเป็นตัวอย่างไปทั่วโลก ถึงขนาดที่นายกษประยูทธ์ จันทรโอชา ได้รับเชิญไปนำเสนอเรื่องนี้ที่ สมัชชาสหประชาชาติ ร่วมกับ นายกรัฐมนตรีญี่ปุ่น เมื่อกันยายนพ.ศ. 2558

แต่ก็มักจะมีคำถามสำคัญคือ รัฐจะรับภาระการลงทุนด้านสุขภาพที่สูง นี้ไปได้ อีกนานเท่าไร จะมีทางเลือกอย่างไร เพื่อให้เกิดความยั่งยืนทางการเงินของระบบสุขภาพ คนไทยควรรับภาระด้านสุขภาพมากขึ้นไหม

รายงานฉบับนี้ มุ่งที่จะตอบคำถามดังกล่าว โดยอาศัยทั้งหลักฐานเชิงประจักษ์ และประสบการณ์ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมจากผู้เชี่ยวชาญ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด

คณะกรรมการมุ่งหวังว่า เป้าประสงค์ของระบบหลักประกันสุขภาพ ทั้งสี่ ที่เรียกว่า S-A-F-E จะเป็น เป้าประสงค์ระยะยาวของประเทศ ที่อยู่ในใจของคนไทยทุกคน และทุกภาคส่วนจะได้ร่วมมือ ร่วมแรงร่วมใจ ดำเนินการให้บรรลุได้ เพื่อ “สร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำ” ในสังคม และเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สืบต่อไป

คณะกรรมการจัดทำแนวทางการระดมทรัพยากร
เพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

18 มกราคม พ.ศ. 2559

สารบัญ

คำนำ.....	ก
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	1
ข้อเสนอการคลังสุขภาพ เพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ: เป้าประสงค์ ตัวชี้วัด และเป้าหมาย	6
1.ความเป็นมา	6
2.ข้อเสนอ เป้าประสงค์ (GOALS) ตัวชี้วัด (INDICATORS) และ เป้าหมาย (TARGETS) ของการคลังสุขภาพเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ	11
Goal 1 Sustainability ความยั่งยืนด้านการคลังสุขภาพ	14
Goal 2 Adequacy ความเพียงพอ	16
Goal 3 Fairness ความเป็นธรรม	21
Goal 4 Efficiency ความมีประสิทธิภาพ	29
ภาคผนวก 1.....	39
ภาคผนวก 2.....	42
ภาคผนวก 3.....	45
ภาคผนวก 4.....	47
เอกสารอ้างอิง.....	53

สารบัญตาราง

ตารางที่ ข้อมูลสำคัญทางด้านเศรษฐศาสตร์ และการคลังสุขภาพ1	10
ตารางที่ สรุป เป้าประสงค์ ตัวชี้วัด 2 และ เป้าหมาย ภายใน พ2565 .ศ.....	32
ตารางที่ 3 ตัวชี้วัดหนึ่งตัวพร้อมเป้าหมายมีผลต่อเป้าประสงค์มากกว่าหนึ่ง เป้าประสงค์.....	35

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ข้อเสนอการคลังสุขภาพเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพ

แห่งชาติ: เป้าประสงค์ ตัวชี้วัด และเป้าหมาย

โดย คณะกรรมการจัดทำแนวทางการระดมทรัพยากรเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตามที่นายกรัฐมนตรีได้มีข้อสั่งการตามมติ ครม. เมื่อวันที่ 20 เมษายน 2558 ให้ทางกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานงบประมาณ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกันหาแนวทางการดำเนินการใช้แหล่งเงินอื่น นอกจากงบประมาณในการ ช่วยเหลือคนยากจน ผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นในอนาคต รวมถึงหามาตรการให้ประชาชนผู้มีรายได้น้อยสามารถดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อไม่ให้เป็นการงบประมาณรัฐ

กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีคำสั่ง ที่ 1020/2558 ลงวันที่ 24 มิถุนายน 2558 ตั้งคณะกรรมการจัดทำแนวทางการระดมทรัพยากรเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (คณะกรรมการ) โดยมีนาย อัมมาร์ สยามวาลา เป็นที่ปรึกษา นายสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ เป็นประธาน มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการคลังของประเทศและนักวิชาการเป็นกรรมการ โดยมีอำนาจหน้าที่ ในการศึกษาและสังเคราะห์ข้อเสนอแนวทางการระดมทรัพยากรเพื่อความยั่งยืนและการบริหารจัดการทรัพยากรในระบบหลักประกันสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและให้เกิดความเป็นธรรม

คณะกรรมการได้ประชุมหารือรวมทั้งสิ้นสี่ครั้ง รวมทั้งการประชุมระดมความคิดเห็นจากผู้เกี่ยวข้องจำนวนหนึ่งครั้ง และการนำเสนอในห้วงประชุมย่อยในการประชุมระดับชาติหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยและได้สรุปเป้าหมายและแนวทางที่เกี่ยวข้องสรุปได้เป็น ประเด็นย่อย ซึ่ง 4 สามารถสรุปเป็นหัวข้อหลัก ย่อๆ ว่า **SAFE** ซึ่งหมายถึง

1. **S - Sustainability goal** ความยั่งยืนด้านการคลังสุขภาพ หมายถึง แหล่งการคลัง ได้แก่ งบประมาณ เงินสมทบ และรายจ่ายสุขภาพของ ครีวเรือน อยู่ในวิสัยที่ประเทศ รัฐบาล และครีวเรือน สามารถลงทุนด้าน สุขภาพได้ในระยะยาว โดยดูจาก

ตัวชี้วัดและเป้าหมายที่ 1 - ภายใน พ.ศ. 2565 รายจ่ายสุขภาพ ทั้งหมดต้องไม่เกินร้อยละ 5 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ

ตัวชี้วัดและเป้าหมายที่ 2 - ภายใน พ.ศ. 2565 รายจ่ายรัฐบาลด้าน สุขภาพ (GGHE) ไม่เกินร้อยละ 20 ของรายจ่ายรัฐบาลทั้งหมด (GGE)

2. **A - Adequacy goal** ความเพียงพอ หมายถึง รายจ่ายสุขภาพ เพียงพอสำหรับการจัดบริการสุขภาพเพื่อให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการ สุขภาพ รวมทั้งยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จำเป็น และป้องกันไม่ให้ ครีวเรือนประสบภาวะล้มละลายหรือกลายเป็นครีวเรือนยากจนจากการจ่าย ค่ารักษาพยาบาล โดยดูจาก

ตัวชี้วัดและเป้าหมายที่ 3 - ภายใน พ.ศ.2565 รายจ่ายสุขภาพ ทั้งหมด (THE) ต้องไม่น้อยกว่าที่เป็นอยู่ คือ ร้อยละ 4.6 ของ ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ

ตัวชี้วัดและเป้าหมายที่ 4 - ภายใน พ.ศ. 2565 รายจ่ายของรัฐบาล ด้านสุขภาพ (GGHE) ต่อรายจ่ายของรัฐบาล (GGE) ต้องไม่น้อยกว่า ที่เป็นอยู่ คือ ร้อยละ 17 (ข้อมูล NHA 2556)

ตัวชี้วัดและเป้าหมายที่ 5 - ภายใน พ.ศ. 2565 รายจ่ายนอกภาครัฐ ด้านสุขภาพ ไม่เกินร้อยละ 20 ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE) และ รายจ่ายของครีวเรือนต้องไม่เกินระดับที่เป็นอยู่ คือ ร้อยละ 11.3 ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE)

ตัวชี้วัดและเป้าหมายที่ 6 - ภายใน พ.ศ. 2565 วัตถุประสงค์ของ
ครัวเรือนล่มละลายจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ไม่เกินระดับที่
เป็นอยู่ (พ.ศ. 2556) คือ ร้อยละ 2.3 ของครัวเรือนทั้งหมด

ตัวชี้วัดและเป้าหมายที่ 7 - ภายใน พ.ศ. 2565 วัตถุประสงค์ของ
ครัวเรือนที่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจนหลังจากการจ่ายค่า
รักษาพยาบาล ไม่เกินระดับที่เป็นอยู่ (พ.ศ. 2556) คือ ร้อยละ 0.47
ของครัวเรือนทั้งหมด

3. F - Fairness goal ความเป็นธรรม มีหลักการที่สำคัญคือ การ
ช่วยเหลือเกื้อกูลกันในสังคม (Social solidarity) หรือ การช่วยเหลือซึ่งกัน
และกันระหว่าง ผู้แข็งแรงและผู้เจ็บป่วย และ ระหว่างผู้มีความสามารถง่าย
มากกว่าและน้อยกว่า หรือ เรียกสั้นๆว่า “ดี-ป่วย รวย-จน ช่วยกัน” โดยมี
รายละเอียด

- **ความเป็นธรรมในการจ่ายเงินสมทบก่อนใช้บริการ (Pre payment) ภายในระบบประกันสุขภาพภาครัฐแต่ละระบบ**

ตัวชี้วัดและเป้าหมายที่ 8 - ภายใน พ.ศ. 2565 เพิ่มความเป็น
ธรรมของการจ่ายเงินสมทบ ระหว่างผู้มีสิทธิในระบบ
ประกันสังคม ให้ใกล้เคียงกับตอนเริ่มต้นระบบประกันสังคมเมื่อ
พ.ศ. 2534 โดยปรับเพิ่มเพดานเงินเดือนสำหรับการคำนวณเงิน
สมทบของผู้ประกันตน ให้เป็น 7 เท่าของค่าแรงขั้นต่ำ (อ้างอิง
เมื่อเริ่มมีระบบประกันสังคม ในปี 2534 กำหนดเพดานเงินเดือน
ที่ 6.2 เท่าของค่าแรงขั้นต่ำ)

- **ความเป็นธรรมในการจ่ายเงินสมทบก่อนใช้บริการ (Pre-payment) ระหว่างผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามระบบหลัก และ การร่วมจ่าย ณ จุดใช้บริการ (Copayment)**

ตัวชี้วัดและเป้าหมายที่ 9

9.1 ภายใน พ.ศ. 2565 บรรลุความเป็นธรรมของการจ่ายเงินสมทบก่อนใช้บริการ (pre payment) ระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามระบบหลัก มีข้อเสนอทางเลือกสองทาง คือ คนไทยทุกคน**ต้องมี**ส่วนร่วมในการจ่ายเงินสมทบ หรือ คนไทยทุกคน**ไม่ต้องมี**ส่วนร่วมในการจ่ายเงินสมทบ

9.2 มีการระดมทุนจากการร่วมจ่าย ณ จุดใช้บริการสุขภาพ หรือ Copayment at point of service ซึ่งหากมีการเลือกใช้ข้อนี้**ต้องเป็นไปตามหลักการที่เสนอ**

ตัวชี้วัดและเป้าหมายที่ 10 – ภายใน พ.ศ. 2565 บรรลุความเป็นธรรมในการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ กองทุนดังนี้

10.1 รายจ่ายต่อหัวที่ปรับด้วยโครงสร้าง (Age adjusted expenditure per capita) ของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ ต้องมีค่าไม่ต่างจากค่าเฉลี่ยของทั้งสามระบบหลัก $\pm 10\%$

10.2 กำหนดให้มีมาตรฐานการจ่ายเงินของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐให้แก่สถานพยาบาลเป็นราคาเดียวกันในทุกประเภทและระดับการบริการ (อาทิเช่น ยา วัสดุการแพทย์ Relative Weight of Adjusted DRG เป็นต้น)

4. E - Efficiency goal ความมีประสิทธิภาพ ซึ่งหมายถึง การใช้ทรัพยากรในการดำเนินการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ด้านสุขภาพ โดยใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า ทั้งในเชิงอย่างคุ้มค่า ทั้งในเชิงเทคนิค (Technical efficiency) และในการจัดสรร (Allocative efficiency) ซึ่งต้องคำนึงถึงความทันเวลา และควรมีคุณภาพได้แก่

ตัวชี้วัดและเป้าหมายที่ 11- เพิ่มประสิทธิภาพ โดยต้องคำนึงถึงคุณภาพควบคู่กันไปโดยให้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบใช้ระบบงบประมาณปลายปิด (Close ended budget) ให้มีมาตรการและกลไกการเฝ้าระวังราคาและการควบคุมราคาการเบิกจ่ายของกองทุนและราคาค่าบริการ ยา และเทคโนโลยี ที่มีประสิทธิภาพ (Efficient reimbursement and price control system) มีการใช้อำนาจในการซื้อร่วมกัน (Collective purchasing power) และ มีการใช้มาตรการของรัฐบาล (Government intervention) อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอการคลังสุขภาพ
เพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ:
เป้าประสงค์ ตัวชี้วัด และเป้าหมาย

คณะกรรมการจัดทำแนวทางการระดมทรัพยากรเพื่อความยั่งยืนของระบบ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ*

1.ความเป็นมา

- 1.1 ประเทศไทยสามารถบรรลุหลักประกันสุขภาพสำหรับคนไทยทุกคน ตั้งแต่ พ.ศ. 2545 โดยมีหลักฐานชัดเจนว่ามีผลการดำเนินงานเป็นที่น่าพอใจ
- (1) กลุ่มประชากรที่มีรายได้ต่ำได้รับประโยชน์จากระบบหลักประกันสุขภาพมากกว่ากลุ่มประชากรที่มีรายได้สูง [1, 2]
 - (2) อัตราการเข้าถึงบริการสุขภาพสูงขึ้นเกือบสองเท่า [1]
 - (3) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจากครัวเรือน ลดลงจากร้อยละ 33 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด ใน พ.ศ. 2544 เหลือเพียงร้อยละ 11 ใน พ.ศ. 2556 [3]
 - (4) อุบัติการณ์ของการเจ็บป่วยที่มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจ ของ ครัวเรือน (Catastrophic illnesses) ลดลงอย่างชัดเจน จากร้อยละ 5.7 ใน พ.ศ. 2543 เป็นร้อยละ 2.3 ใน พ.ศ. 2556 ซึ่งผู้นำระดับโลกหลายท่านได้กล่าวถึงประโยชน์และความมุ่งมั่นของไทยในการสนับสนุนระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เช่น

* ตามคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 1020/2558 ลงวันที่ 24 มิถุนายน 2558

ประธานธนาคารโลก Dr. Jim Yong Kim ได้กล่าวไว้ในการประชุม
นานาชาติรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล เมื่อมกราคม พ.ศ. 2555 [4] ว่า

"The incidence (of catastrophic health expenditure) dropped from 6.8 percent in 1996 to 2.8 percent in 2008 among the poorest people in the program. The impact on province-specific incidence of impoverishment has been even more impressive: in the poorest rural northeast region of Thailand, the number of impoverished households dropped from 3.4 percent in 1996 to less than 1.3 percent in 2006-2009". [5]

- 1.2 ในเดือนกันยายน พ.ศ. 2558 ที่ประชุมสมัชชาสหประชาชาติ หัวหน้า
รัฐบาลของประเทศสมาชิกสหประชาชาติ ได้ลงมติรับรองเป้าประสงค์
การพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals, SDG) ซึ่ง
ทดแทนเป้าหมายการพัฒนา แห่งสหัสวรรษ (Millennium
Development Goals, MDG) โดยเป้าประสงค์ด้านสุขภาพได้รับการ
พิจารณาและบรรจุ เป็นเป้าประสงค์ที่ 3 และการบรรลุหลักประกัน
สุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage, UHC) เป็น
เป้าประสงค์ที่ 3.8[†]

[†] SDG Target 3.8 achieve universal health coverage (UHC), including financial risk protection, access to quality essential health care services, and access to safe, effective, quality, and affordable essential medicines and vaccines for all

- 1.3 มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าเมื่อประชาชนมีรายได้เพิ่มขึ้นก็จะมีอุปสงค์ด้านสุขภาพมากขึ้น ซึ่งวัดเป็นค่าความยืดหยุ่นต่อรายได้ (income elasticity) การศึกษาในระยะยาว (time series studies) แสดงความยืดหยุ่นที่กว้างมาก ตั้งแต่ 0.2 ถึง 0.8 ซึ่งหมายความว่า เมื่อรายได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 1 จะมีอุปสงค์ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.2-0.8 การศึกษาของ Phelps [6] ชี้ให้เห็นว่าความต้องการด้านสุขภาพมีความยืดหยุ่นประมาณร้อยละ 0.2 การศึกษาชิ้นอื่นยืนยันผลการศึกษานี้ [7, 8] การศึกษาของ Feldstein [9] ใช้ข้อมูลใน ค.ศ. 1958 ถึง 1967 พบว่าอุปสงค์ด้านสุขภาพมีความยืดหยุ่น ประมาณ 0.5 การศึกษาของ McLaughlin [10] ใช้ข้อมูล ค.ศ. 1972 ถึง 1982 พบว่าอุปสงค์ด้านสุขภาพมีความยืดหยุ่นประมาณ 0.7 การศึกษาของ DiMatteo and DiMatteo [11] ใช้ข้อมูลของประเทศแคนาดา 10 จังหวัด ระหว่าง ค.ศ. 1965 ถึง 1991 ได้ผลการศึกษาใกล้เคียงกันประมาณ 0.8 แต่อย่างไรก็ตาม การทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบหลักฐานด้าน วิชาการฉบับใหม่ๆ เรื่อง ความยืดหยุ่นของอุปสงค์ด้านสุขภาพต่อรายได้ ในประเทศกำลังพัฒนา

เมื่อประเทศไทยและคนไทยมีรายได้สูง ปัญหาสุขภาพโดยเฉพาะโรคเรื้อรังมีมากขึ้น จะทำให้มีอุปสงค์ด้านสุขภาพ และมีการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพใหม่ๆมากขึ้น ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพก็จะสูงขึ้น และสูงเร็วกว่าการเติบโตทางเศรษฐกิจ ซึ่งหลักฐานเชิงประจักษ์ ทั้งในประเทศไทยและประเทศอื่นๆทั่วโลกก็แสดงชัดเจนเช่นนั้น

- 1.4 ท่ามกลางความสำเร็จของระบบหลักประกันสุขภาพของไทย เกิดความเป็นห่วงเรื่อง ความยั่งยืนทางการคลังของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เนื่องจาก
- การลงทุนภาครัฐด้านสุขภาพได้เพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 10.4 ของค่าใช้จ่ายภาครัฐทั้งหมดใน พ.ศ. 2544 [12] เป็นร้อยละ 17 ใน พ.ศ.2556 (ตารางที่ 1)

- รายจ่ายสุขภาพของคนไทยในภาพรวมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.4 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ ใน พ.ศ. 2544 [3] เป็นร้อยละ 4.6 ใน พ.ศ. 2556 (ตารางที่ 1) ถึงแม้จะยังไม่สูงมากนัก แต่ก็มีอัตราการเพิ่มเร็วกว่าการเติบโตทางเศรษฐกิจ

1.5 นอกจากนี้ ยังมีปัญหาความไม่เสมอภาคในการรับภาระค่าใช้จ่าย และการเข้าถึงบริการสุขภาพระหว่างคนไทยภายในระบบหลักประกันสุขภาพเดียวกัน และระบบหลักประกันสุขภาพที่ต่างกัน รวมทั้งยังมีโอกาสอีกมากในการพัฒนาประสิทธิภาพของระบบ เพื่อให้มีการใช้ทรัพยากรที่จำกัดอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

1.6 ดังนั้น รัฐบาลจึงได้มอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุข ทำการศึกษาและเสนอแนวทางในการระดมทรัพยากรเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีคำสั่งตั้งคณะกรรมการจัดทำแนวทางการระดมทรัพยากรเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้น

ตารางที่ 1 ข้อมูลสำคัญทางด้านเศรษฐศาสตร์ และการคลังสุขภาพ

	GNI per capita, US\$	Tax, %GDP	Gov't revenue, %GDP	Life expectancy, years	THE, % GDP	THE per capita, US\$	GGHE % THE	GGHE % GGE	OOP, %THE
ปีที่ยอ้างอิง	2014	2012	2012	2013	2013	2012	2013	2013	2013
Cuba	5,910	N/A	N/A	79	8.8	603	93	13.4	7.0
France	43,080	21.4	42.5	82	11.7	4,864	78	15.8	7.4
Japan	42,000	10.1	11.2	83	10.3	3,966	82	20.0	14.4
Republic of Korea	27,090	14.4 (2011)	21.6 (2011)	81	4.2	1,880	53		36.6
Mexico	9,980	9.9 (2000)	12.5 (2000)	77	6.2	664	52	15.4	44.1
Norway	103,050	26.8	48.2	81	9.6	9,715	85	18.3	13.9
Thailand	5,410	16.5	20.5	74	4.6	215	80	17.0	11.3
European Union	35,673	18.8	34.5	80	10.1	3,460	77	15.7	13.6
Upper middle income country	7,893	13.6 (2011)	19.4	74	6.3	446	56	NA	31.9
High income country group	38,392	14.3	23.7	79	11.9	4635	61	17.2	14.7
East Asia Pacific (developing country only)	6,122	10.9 (2011)	12.6 (2011)	74	5.3	260	55	NA	34.6
East Asia and Pacific (all income level)	9,698	11.8 (2011)	13.6 (2011)	75	7.0	630	66	NA	25.5

แหล่งที่มา: World Development Indicators 2015 [12] available at <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators> [access 29 August 2015]

คำย่อ G NI: Gross National Income รายได้ประชาชาติ

THE: Total Health Expenditure รายจ่ายสุขภาพทั้งหมด

GGE: General Government Expenditure รายจ่ายของรัฐบาล

GDP: Gross Domestic Product ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ

GGHE: General Government Health Expenditure รายจ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพ

OOP: Household Out of pocket payment รายจ่ายของครัวเรือนด้านสุขภาพ

2.ข้อเสนอ เป้าประสงค์ (goals) ตัวชี้วัด (indicators) และ เป้าหมาย (targets) ของการคลังสุขภาพเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

จากการทำงานร่วมกันอย่างเข้มข้นของคณะทำงานวิชาการด้านการระดมทรัพยากรฯ (Technical Working Group, TWG) โดยมีการทบทวนวรรณกรรม การระดมสมอง และนำเสนอต่อที่ประชุมคณะกรรมการจัดทำแนวทางการระดมทรัพยากรเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ภาคผนวก 1) พิจารณาจำนวนทั้งหมดสี่ครั้ง รวมทั้งการประชุมระดมความคิดเห็นจากผู้เกี่ยวข้องจำนวนหนึ่งครั้ง และการนำเสนอในห้วงประชุมย่อยในการประชุมระดับชาติหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย จนกระทั่งคณะกรรมการฯ มีข้อสรุปว่า เพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การคลังด้านสุขภาพของประเทศไทยควรมีเป้าประสงค์ (Goals) ระยะยาว 4 ประการ ได้แก่ ความยั่งยืน ความเพียงพอ ความเป็นธรรม และ ความมีประสิทธิภาพ (SAFE: Sustainability, Adequacy, Eairness and Efficiency) โดยมีความหมายดังนี้

S - Sustainability goal ความยั่งยืนด้านการคลังสุขภาพ หมายถึง แหล่งการคลัง ได้แก่ งบประมาณ เงินสมทบ และรายจ่ายสุขภาพของครัวเรือน อยู่ในวิสัยที่ประเทศ รัฐบาล และครัวเรือน สามารถลงทุนด้านสุขภาพได้ในระยะยาว

A - Adequacy goal ความเพียงพอ หมายถึง รายจ่ายสุขภาพเพียงพอสำหรับการจัดบริการสุขภาพเพื่อให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการสุขภาพ รวมทั้งยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จำเป็น **และ**ป้องกันไม่ให้เกิดครัวเรือนประสพภาวะล้มละลายหรือกลายเป็นครัวเรือนยากจนจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล

F - Fairness goal ความเป็นธรรม มีหลักการที่สำคัญคือ การช่วยเหลือเกื้อกูลกันในสังคม (Social solidarity) หรือ การช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่าง ผู้แข็งแรงและผู้เจ็บป่วย และ ระหว่างผู้มีความสามารถจ่ายมากกว่า และน้อยกว่า หรือ เรียกสั้นๆว่า “ดี-ป่วย รวย-จน ช่วยกัน” ความเป็นธรรมทางการคลังด้านสุขภาพ หมายถึง ความเป็นธรรมในการรับภาระค่าใช้จ่ายของผู้มีสิทธิ ทั้งภายในและระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐระบบต่างๆ โดยเน้นที่ 3 ระบบหลัก คือ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมทั้งความเป็นธรรมที่ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐระบบต่างๆจ่ายเงินสนับสนุนบริการให้แก่สถานพยาบาล ประเภทและ ระดับต่างๆด้วย

E - Efficiency goal ความมีประสิทธิภาพ หมายถึง การใช้ทรัพยากรในการดำเนินการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ด้านสุขภาพ โดยใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า ทั้งในเชิงเทคนิค (Technical efficiency) และในการจัดสรร (Allocative efficiency[†]) ซึ่งต้องคำนึงถึงความทันเวลา และควมามีคุณภาพ

เป้าประสงค์ และเป้าหมายของตัวชี้วัดในแต่ละเป้าประสงค์นี้ กำหนดให้บรรลุผลภายในปี 2565 ทั้งนี้เป็นไปตามกรอบของการประมาณการรายจ่ายสุขภาพระยะยาว 10 ปี (medium term projection) ระหว่างปี 2556-2565

‡ Technical efficiency means maximize the outputs given the inputs, or using least inputs for a given level of output, such as keeping hospital length of stay down to a level that still ensures safe and appropriate discharge. Allocative efficiency refers to the capacity of government to distribute resources on the basis of the effectiveness of public programs in meeting its strategic objectives. It entails the capacity to shift resources from old priorities to new ones, and from less to more effective programs.

Goal 1 Sustainability ความยั่งยืนด้านการคลังสุขภาพ

หมายถึง แหล่งการคลัง ได้แก่ งบประมาณ เงินสมทบ และรายจ่ายสุขภาพของครัวเรือน อยู่ในวิสัยที่ประเทศ รัฐบาลและครัวเรือน สามารถลงทุนได้ในระยะยาว

ตัวชี้วัดและเป้าหมายที่ 1

ภายใน พ.ศ. 2565 รายจ่ายสุขภาพทั้งหมดต้องไม่เกินร้อยละ 5 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ

By 2022, Total Health Expenditure (THE) does not exceed 5% of GDP

ที่มา:

1. การประมาณการรายจ่ายสุขภาพโดย TWG อ้างอิงข้อมูลจากบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ (National Health Account, NHA) ซึ่งพิจารณาอุปสงค์ด้านสุขภาพ และแนวโน้มการเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศ โดยใช้สมมติฐานการเติบโตของ GDP เฉลี่ยร้อยละ 3 ต่อปี (ภาคผนวก 2)
2. พิจารณาร่วมกับตัวชี้วัดและเป้าหมายที่ 2 รายจ่ายรัฐบาลด้านสุขภาพ (GGHE) เท่ากับร้อยละ 20 ของรายจ่ายรัฐบาล (GGE) และ รายจ่ายรัฐบาล (GGE) เท่ากับร้อยละ 20 ของ GDP ซึ่งจะได้ว่า รายจ่ายรัฐบาลด้านสุขภาพ (GGHE) เท่ากับร้อยละ 4 ของ GDP และ รายจ่ายครัวเรือนด้านสุขภาพเท่ากับร้อยละ 1 ของ GDP รายจ่ายสุขภาพในระดับร้อยละ 5 ของ GDP (รัฐลงทุนร้อยละ 4 และครัวเรือนรวมทั้ง นายจ้าง ลงทุนร้อยละ 1) นี้ เป็นรายจ่ายในระดับที่น่าจะอยู่ในวิสัยที่รัฐและครัวเรือนจ่ายได้ และสามารถปกป้องครัวเรือนจากภาวะล้มละลายและกลายเป็นครัวเรือนยากจนจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล
3. ประเทศกำลังพัฒนาในกลุ่มรายได้ปานกลางระดับสูง (ประเทศไทย จัดอยู่ในกลุ่มนี้) มีรายจ่ายสุขภาพเฉลี่ยร้อยละ 6.3 ของ GDP

4. การพยากรณ์ข้อมูลค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐหลัก 3 ระบบ (ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ประกันสังคม และ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) ด้วยการคำนวณพยากรณ์ตามกลุ่มอายุและเพศ และการพยากรณ์ข้อมูลค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในส่วนอื่นๆ จากข้อมูล NHA 10 ปีย้อนหลัง และ พบว่า รายจ่ายสุขภาพจะเท่ากับร้อยละ 5% ของ GDP ในปี 2565 (ภาคผนวก 2)
5. การดำเนินการตามตัวชี้วัดและเป้าหมายที่ 1 ให้ได้ผลดีนั้นจะ ต้องมีการปรับปรุงประสิทธิภาพในการลงทุนด้วย (ดู Goal 3 Fairness และ Goal 4 Efficiency)

ตัวชี้วัดและเป้าหมายที่ 2

ภายใน พ.ศ. 2565 รายจ่ายรัฐบาลด้านสุขภาพ (GGHE) ไม่เกินร้อยละ 20 ของรายจ่ายรัฐบาลทั้งหมด (GGE)

By 2022, General Government Health Expenditure (GGHE) does not exceed 20% of General Government Expenditure (GGE)

ที่มา:

1. – 5. เช่นเดียวกับตัวชี้วัดและเป้าหมายที่ 1
6. ประเทศไทยมีรายจ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพ (GGHE) ต่อรายจ่ายของรัฐบาล (GGE) ในระดับสูงที่ร้อยละ 17 (ข้อมูล NHA 2556) ซึ่งจัดอยู่ที่ 90 เปอร์เซ็นไทล์ของประเทศต่างๆทั่วโลก จึงควรต้องมีการพิจารณาว่าสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นจาก 17% เป็น 20% ต้องมาจากแหล่งใด (ดูหมายเหตุตัวชี้วัดและเป้าหมายที่ 9.1)

Goal 2 Adequacy ความเพียงพอ

หมายถึง รายจ่ายสุขภาพเพียงพอสำหรับการจัดบริการสุขภาพเพื่อให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการสุขภาพ รวมทั้งยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จำเป็น และป้องกันไม่ให้เกิดโรคเรื้อรังหรือภาวะล้มละลายหรือกลายเป็นโรคเรื้อรังยากจนจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล

ตัวชี้วัดและเป้าหมายที่ 3

ภายใน พ.ศ. 2565 รายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE) ต้องไม่น้อยกว่าที่เป็นอยู่คือ ร้อยละ 4.6 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ

Total health expenditure (THE) is not less than the status quo level of 4.6 % of GDP (NHA 2013)

ที่มา: ข้อมูลบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ National Health Account พ.ศ. 2556 (NHA 2556)

หมายเหตุ:

1. รายจ่ายสุขภาพทั้งหมด ร้อยละ 4.6 ของ GDP เป็นรายจ่ายสุขภาพ ตามสถานการณ์ที่เป็นอยู่ (status quo) ที่แต่ละกองทุนมีสิทธิประโยชน์อย่างครอบคลุม (comprehensive benefit package) และมีอุบัติการณ์ของโรคเรื้อรังที่ประสพภาวะล้มละลายหรือยากจนลงจากการเจ็บป่วยในระดับต่ำ ดังนั้น จึงควรรักษาระดับรายจ่ายสุขภาพที่อย่างน้อยร้อยละ 4.6 ของ GDP ต่อไป

2. การกำหนดให้รายจ่ายสุขภาพทั้งหมด เท่ากับรายจ่ายสุขภาพ ตามสถานการณ์ที่เป็นอยู่ (status quo) หมายถึง การเติบโตของรายจ่ายสุขภาพ (THE growth) มีระดับใกล้เคียงกับการเติบโตของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP growth) ซึ่งในการจัดทำข้อเสนอนี้กำหนดให้อัตราการเติบโตของ GDP อยู่ที่ร้อยละ 3 ต่อปี ดังนั้นหากแนวโน้มอัตราเติบโต รายจ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดมากกว่าร้อยละ 3 ต่อปี จะต้องมีการเพิ่มประสิทธิภาพของการลงทุนในระบบสุขภาพมากขึ้น

3. การทำให้การคลังสุขภาพมีประสิทธิภาพต้องมีกลไกควบคุมค่าใช้จ่าย และการเสริมบทบาทของภาครัฐและผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งขณะนี้มีส่วนการลงทุนรายจ่ายสุขภาพเพียงร้อยละ 5.5 ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด ในปี 2555 (ดู Goal 4-Efficiency)

ตัวชี้วัดและเป้าหมายที่ 4

ภายใน พ.ศ. 2565 รายจ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพ (GGHE) ต่อรายจ่ายของรัฐบาล (GGE) ต้องไม่น้อยกว่าที่เป็นอยู่ คือ ร้อยละ 17 (ข้อมูล NHA 2556)
GGHE as % of GGE is not less than the status quo level at 17% of GGE (NHA 2013)

ที่มา: NHA 2556

หมายเหตุ:

1. ประเทศไทยมีรายจ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพ (GGHE) ต่อรายจ่ายของรัฐบาล (GGE) ในระดับสูงที่ร้อยละ 17 (ข้อมูล NHA 2556) โดยอยู่ที่ 90 เปอร์เซ็นต์ไนท์ ของประเทศต่างๆทั่วโลก สะท้อนถึงความความมุ่งมั่นของรัฐบาลไทยต่อสุขภาพของประชาชน จึงไม่ควรลดลงกว่านี้ เพราะจะทำให้ครัวเรือนต้องรับภาระมากขึ้น
2. ทั้งนี้ รัฐต้องจัดให้มีประสิทธิภาพของการเงินการคลังสุขภาพมากขึ้น (Goal 4-Efficiency)

ตัวชี้วัดและเป้าหมายที่ 5

ภายใน พ.ศ. 2565 ใช้จ่ายนอกภาครัฐด้านสุขภาพ ไม่เกินร้อยละ 20 ของ ใช้จ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE) และ ใช้จ่ายของครัวเรือนต้องไม่เกินระดับที่เป็นอยู่ คือ ร้อยละ 11.3 ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE)

Non-government health expenditure does not exceed 20% of THE **and** OOP does not exceed the current level of 11.3% THE (in 2013)

ที่มา: NHA 2556

หมายเหตุ: ประเทศไทยบรรลุการลดรายจ่ายสุขภาพของครัวเรือน จากร้อยละ 33 เป็นร้อยละ 27 และ เป็นร้อยละ 11.3 ในปี 2544, 2545 และ 2556 ตามลำดับ ซึ่งรายจ่ายสุขภาพของครัวเรือนที่ร้อยละ 11.3 ทำให้มีอุปสรรคของครัวเรือนล้มละลายหรือยากจนลงจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ในระดับต่ำ (ตัวชี้วัดและเป้าหมายที่ 6 และ 7) ดังนั้น ประเทศไทยควรรักษา ระดับรายจ่ายสุขภาพของครัวเรือนที่ร้อยละ 11.3 ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด การจะรักษาระดับนี้ไว้ได้ รัฐจะต้องลงทุน ด้านสุขภาพประมาณร้อยละ 17-20 ของรายจ่ายภาครัฐทั้งหมด

ตัวชี้วัดและเป้าหมายที่ 6

ภายใน พ.ศ. 2565 อุบัติการณ์ครัวเรือนล้มละลายจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ไม่เกินระดับที่เป็นอยู่ (พ.ศ. 2556) คือ ร้อยละ 2.3 ของครัวเรือนทั้งหมด

Incidence of catastrophic health expenditure does not exceed the current achievement of 2.3% of total Thai households.

ที่มา: การวิเคราะห์ข้อมูล การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนปี 2556 ซึ่งจัดทำการศึกษาโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ

หมายเหตุ:

1. ภาวะครัวเรือนล้มละลายจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล วัดจากรายจ่ายด้านสุขภาพที่มากกว่าร้อยละ 10 ของรายจ่ายทั้งหมดของครัวเรือนอุบัติการณ์ในปัจจุบัน เท่ากับ ร้อยละ 2.3 (ข้อมูล 2556) ดูตารางภาคผนวก 3
2. UHC เป็นเป้าประสงค์ที่ 3.8 ของ Sustainable Development Goal (SDG) ที่มีวัตถุประสงค์ให้บรรลุ catastrophic health expenditure เท่ากับศูนย์ ขณะนี้ประเทศไทยมีระดับที่ค่อนข้างต่ำ
3. การมีอุบัติการณ์ครัวเรือนล้มละลายจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ในระดับต่ำ ไม่ได้หมายความว่า ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้อย่างดี ครัวเรือนอาจไม่สามารถใช้บริการสุขภาพที่จำเป็นได้ จึงมีค่าใช้จ่ายต่ำ ดังนั้น ต้องมีการกำกับ ติดตามการเข้าถึงบริการสุขภาพ และการไม่สามารถใช้บริการสุขภาพเมื่อจำเป็น (unmet need) เพื่อให้มั่นใจว่า ประชาชนสามารถเข้าถึง บริการสุขภาพที่จำเป็น และมี unmet need ในระดับต่ำ

ตัวชี้วัดและเป้าหมายที่ 7

ภายใน พ.ศ. 2565 อุบัติการณ์ของครัวเรือนที่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจน ภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ไม่เกินระดับที่เป็นอยู่ (พ.ศ. 2556) คือ ร้อยละ 0.47 ของครัวเรือนทั้งหมด

Health impoverishment does not exceed the current achievement (2013) of 0.47%

ที่มา: การวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนปี 2556 ทำการสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ และ ข้อมูลเส้นความยากจน จากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

หมายเหตุ:

1. ครัวเรือนที่กลายเป็นครัวเรือนยากจนภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (health impoverishment) คำนวณจากจำนวนครัวเรือนที่เหนือเส้นความยากจน แต่ภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลแล้ว ครัวเรือนตกอยู่ใต้เส้นความยาก ข้อมูลปีพ.ศ. 2543 อยู่ที่ร้อยละ 2.01 และลดลงจนเหลือ ร้อยละ 0.47 ใน พ.ศ. 2556 ดูตาราง ภาคผนวก 3
2. UHC เป็นเป้าประสงค์ที่ 3.8 ของ Sustainable Development Goal (SDG) ที่มีวัตถุประสงค์ให้บรรลุ health impoverishment เท่ากับ ศูนย์ ขณะนี้ ประเทศไทยมีระดับที่ค่อนข้างต่ำ แม้ว่าควรจะพยายามให้ลดลงไปอีกจนใกล้ศูนย์ แต่ที่น่าจะเป็นไปได้ยาก อย่างน้อยจึงควรคงไว้ที่ระดับเดิมไปก่อน

Goal 3 Fairness ความเป็นธรรม

ความเป็นธรรม มีหลักการที่สำคัญคือ การช่วยเหลือเกื้อกูลกันในสังคม (Social Solidarity) หรือ การช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่าง ผู้แข็งแรงและผู้เจ็บป่วย และ ระหว่างผู้มีความสามารถจ่ายมากกว่าและน้อยกว่า หรือ เรียกสั้นๆ ว่า “ดี-ป่วย รวย-จน ช่วยกัน”

ความเป็นธรรมการคลังด้านสุขภาพ หมายถึง ความเป็นธรรมในการรับภาระค่าใช้จ่ายของผู้มีสิทธิ ทั้งภายในและระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐต่างๆ ตามหลักการข้างต้น โดยเน้นที่ 3 ระบบหลัก คือ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมทั้งความเป็นธรรมในการที่ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐต่างๆ จ่ายเงินสนับสนุนบริการให้แก่สถานพยาบาล ประเภทและระดับต่างๆด้วย

3.1 ความเป็นธรรมในการจ่ายเงินสมทบก่อนใช้บริการ (Pre-payment) ภายในระบบประกันสุขภาพภาครัฐแต่ละระบบ

- ภายในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ซึ่งใช้แหล่งเงินทั้งหมดจากภาษี โดยไม่มีการบังคับจ่ายเงินสมทบ ดัชนีชี้วัดความเป็นธรรม (Concentration Index) ของภาษีเท่ากับ 0.6423 ในปี 2549 แสดงถึงความก้าวหน้า (progressive) มากที่สุด จึงไม่มีประเด็นปัญหาเรื่องความเป็นธรรมระหว่างผู้มีสิทธิภายในระบบนี้
- ภายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งใช้แหล่งเงินทั้งหมดจากภาษี โดยผู้มีสิทธิ 48 ล้านคน ไม่มีการจ่ายเงินสมทบ เช่นเดียวกับระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ จึงไม่มีประเด็นปัญหาในเรื่องความเป็นธรรมระหว่างผู้มีสิทธิภายในระบบนี้
- ภายในระบบประกันสังคม การจ่ายเงินสมทบของระบบประกันสังคมมีความก้าวหน้าน้อยกว่า การใช้แหล่งเงินภาษี ทั้งภาษีโดยตรงและภาษีโดยอ้อม ทั้งนี้เนื่องจากระบบประกันสังคมกำหนด

เพดานรายได้สำหรับการคำนวณเงินสมทบที่ 15,000 บาทต่อเดือน
ตัวเลขนี้ถูกใช้มาตั้งแต่ปี 2534 โดยไม่มีการปรับแต่อย่างใด ในขณะที่
ที่เงินเดือนขึ้นต่ำมีการปรับเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้ยังไม่สามารถ
บรรลุหลักการ "รวย-จน ช่วยกัน" ได้เท่าที่ควรจะเป็น จึงมีความ
จำเป็นที่จะพิจารณาปรับเพดานเงินเดือน เพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์
ความเป็นธรรม

ตัวชี้วัดและเป้าหมาย ที่ 8

ภายใน พ.ศ. 2565 เพิ่มความเป็นธรรมของการจ่ายเงินสมทบ ระหว่างผู้มี
สิทธิในระบบประกันสังคม ให้ใกล้เคียงกับตอนเริ่มต้นระบบประกันสังคมเมื่อ
พ.ศ. 2534 โดยปรับเพิ่มเพดานเงินเดือนสำหรับการคำนวณเงินสมทบของ
ผู้ประกันตน ให้เป็น 7 เท่าของค่าแรงขั้นต่ำ (อ้างอิง เมื่อเริ่มมีระบบ
ประกันสังคม ในปี 2534 กำหนดเพดานเงินเดือนที่ 6.2 เท่าของค่าแรงขั้นต่ำ)

ที่มา: TWG คำนวณจากข้อมูลของสำนักงานประกันสังคม

หมายเหตุ:

1. ตั้งแต่ ปี 2543 มีการกำหนดเพดานสำหรับการคำนวณเงินสมทบที่
15,000 บาทต่อเดือน ในขณะที่รายได้ขั้นต่ำเท่ากับ 100 บาทต่อวัน หรือ
2,400 บาทต่อเดือน (คิด 24 วันทำงานต่อเดือน) ความต่างคิดเป็น 6.25
เท่า ต่อมา ความต่างนี้ลดลงเป็น 2.1 เท่าในปี 2556 เมื่อค่าจ้างขั้นต่ำถูก
ปรับเพิ่มขึ้นเป็น 300 บาทต่อวัน หรือ 7,200 บาทต่อเดือน [13] การปรับ
เพิ่มเพดานเงินเดือนสำหรับการคำนวณเงินสมทบสามารถเพิ่มการกระจาย
ความเสี่ยงและการช่วยเหลือเกื้อกูลกันเฉพาะเพียงภายในระบบ
ประกันสังคมเท่านั้น
2. การเพิ่มเป็น 7 เท่านั้นควรเพิ่มเพดานจาก 15,000 บาทต่อเดือน เป็น
50,400 บาทต่อเดือน
3. นายจ้างและลูกจ้างไม่มีข้อกังวลเรื่องการปรับเพดานเพิ่มขึ้น ส่วน
สำนักงานประกันสังคม เห็นชอบในหลักการและขอเสนอเรื่องการปรับ

เพิ่มเพดานเงินเดือนสำหรับการคำนวณอัตราเงินสมทบ (เดิมกำหนดเพดานที่ 15,000 บาท) เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมระหว่างผู้ประกันตนที่มีรายได้มากและรายได้น้อย โดยมีข้อพิจารณา ดังนี้ (ก) ปรับเพิ่มเพดานโดยคงอัตราเงินสมทบเท่าเดิม 1.5% ของเงินเดือน จะทำให้ได้จำนวนเงินสมทบเพิ่มมากขึ้น เงินที่เพิ่มขึ้นนี้ให้นำไปเพิ่มสิทธิประโยชน์อื่นๆแก่ผู้ประกันตนต่อไป หรือ (ข) ปรับเพิ่มเพดาน และ ลดอัตราเงินสมทบลงจากเดิม 1.5% เพื่อให้ได้จำนวนเงินสมทบเท่าเดิม

การปรับเพิ่มเพดานไม่ส่งผลกระทบต่อตัวชี้วัดและเป้าหมายที่ 1-4 การเพิ่มเพดานมีประโยชน์หลายด้าน เช่น การลดเงินสมทบของคนรายได้น้อยกว่า หรือ รัฐมีเงินเพิ่มมากขึ้น หรือ การเพิ่มสิทธิประโยชน์อื่นๆ

3.2 ความเป็นธรรมในการจ่ายเงินสมทบก่อนใช้บริการ (Pre-payment) ระหว่างผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามระบบหลัก และ การร่วมจ่าย ณ จุดใช้บริการ (Copayment)

- ผู้จ่ายเงินสมทบในระบบประกันสังคมต้องจ่ายสองต่อ คือจ่ายภาษี และจ่ายเงินสมทบ ร้อยละ 1.5 ของเงินเดือน เพื่อสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ ในขณะที่ข้าราชการ และผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จ่ายแต่ภาษีเท่านั้น ไม่มีการจ่ายเงินสมทบในระบบของตน

ตัวชี้วัดและเป้าหมายที่ 9

9.1 ภายใน พ.ศ. 2565 บรรลุความเป็นธรรมของการจ่ายเงินสมทบก่อนใช้ บริการ (Pre-payment) ระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสาม ระบบหลัก มีข้อเสนอทางเลือกสองทาง ดังนี้

9.1.1 คนไทยทุกคน**ต้องมี**ส่วนร่วมในการจ่ายเงินสมทบ

9.1.2 คนไทยทุกคน**ไม่ต้อง**มีส่วนร่วมในการจ่ายเงินสมทบ

หมายเหตุ 1. ทางเลือก 9.1.1 จากแนวโน้มการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ และการเพิ่มขึ้นของความต้องการด้านบริการสุขภาพ อาจมีผลให้การคลังจากระบบภาษีไม่เพียงพอกับความต้องการสุขภาพของประชาชนในอนาคต ภายใต้การปรับปรุงระบบบริการให้มีประสิทธิภาพแล้ว จึงมีความจำเป็นที่จะต้องพิจารณาเรื่องการระดมเงินจากเงินสมทบก่อนใช้บริการจากคนไทยทุกคน

ก. ข้าราชการ จ่ายเงินสมทบ โดยอาจดำเนินการ ในลักษณะเช่นเดียวกับ ข้าราชการ และพนักงานมหาวิทยาลัยของรัฐ (เพิ่มเงินเดือนขึ้นเป็น 1.3-1.5 เท่า แล้วให้เข้าระบบประกันสังคม โดยบังคับเฉพาะข้าราชการใหม่ ส่วนข้าราชการเดิมให้เป็นไปโดยสมัครใจ)

ข. สมาชิกระบบประกันสังคม จ่ายเงินสมทบตามระบบที่มีอยู่แล้ว

ค. สมาชิกหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จ่ายเงินสมทบ โดยอาจเก็บเงินสมทบตามระดับรายได้หรือเศรษฐกิจฐานะ แบ่งเป็น 3-5 ชั้นช่วง โดยยกเว้นครัวเรือนรายได้น้อย และผู้สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล รวมทั้งคำนึงถึงความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติจัดเก็บเงินสมทบจากสมาชิกในภาคไม่เป็นทางการ (informal sector) ทั้งนี้ต้องมีการกำหนดแนวทางในการปฏิบัติให้ชัดเจนในการระบุเศรษฐกิจฐานะของบุคคลหรือครัวเรือน และรัฐร่วมจ่ายเงินสมทบด้วยเช่นเดียวกับระบบประกันสังคม

ง. ข้อเสนอ ผู้แทนกรมบัญชีกลาง มีข้อกังวลว่าข้าราชการมีเงินเดือนน้อย อาจได้รับผลกระทบจากข้อ ก แต่ทั้งนี้ มีข้อมูลจากต่างประเทศ เช่น ข้าราชการประเทศลาว กัมพูชา เวียดนาม อินโดนีเซีย และ ฟิลิปปินส์ ก็ต้องจ่ายเงินสมทบเหมือนกันหมด)

จ. ข้อสังเกต ผู้แทนมูลนิธิเข้าถึงเอดส์ มีข้อกังวลเรื่องการจ่ายเงินสมทบของสมาชิกระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งอาจเกิดปัญหาการจำแนกครัวเรือนรายได้น้อยอย่างถูกต้อง (คนจน ไม่อยากจน คนไม่จน อยากจน ซึ่งเป็นปัญหาแบบเดียวกับที่เคยเกิดขึ้นกับระบบออกบัตรผู้มีรายได้น้อย)

หมายเหตุ 2. ทางเลือก 9.1.2 ในกรณีที่ไม่ต้องมีส่วนร่วมในการจ่ายเงินสมทบก่อนใช้บริการ นายจ้าง ลูกจ้าง และผู้บริโภคมักไม่ขัดข้องหากรัฐพร้อมจ่ายเงินภาษีสำหรับคนไทยทุกคนรวมทั้งคนที่อยู่ในระบบประกันสังคมด้วย

หมายเหตุ 3. แหล่งการคลังในหลักประกันสุขภาพควรใช้เงินภาษี เป็นแหล่งเงินหลัก เนื่องจาก มีความก้าวหน้า progressive มากที่สุด โดยรัฐบาลเป็นผู้จัดสรรงบประมาณ ให้เพียงพอกับความต้องการ ด้านสุขภาพของประชาชน หากมีความจำเป็นต้องระดมงบประมาณเพิ่มขึ้น มีข้อเสนอว่า ให้เก็บเพิ่มจากภาษีมูลค่าเพิ่ม (VAT) เป็นหลัก เนื่องจากมีความเป็นไปได้สูงและ/หรือ ภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา ซึ่งมีความก้าวหน้ามากกว่า รวมทั้งควรพิจารณาภาษีเฉพาะอื่นๆด้วย เช่น ภาษีธุรกรรมทางการเงิน (financial transaction tax) เป็นต้น โดยหากไม่มีการ earmark เงินภาษีที่เก็บเพิ่มขึ้นสำหรับระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ ก็ต้องมีกลไกและกระบวนการที่สร้างความมั่นใจว่า ภาษีที่เก็บเพิ่มนี้จะมาอุดหนุน ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐอย่างเพียงพอ

หมายเหตุ 4. ตารางวิเคราะห์ pros และ cons ของข้อเสนอทั้งสอง
ทางเลือก

	Pros	Cons
9.1.1 คนไทยทุก คนต้องมีส่วน ร่วมในการ จ่ายเงินสมทบ ก่อนใช้บริการ (Pre-payment)	<ul style="list-style-type: none"> ส่งเสริมการช่วยเหลือ เกื้อกูลในสังคมด้าน สุขภาพที่ดีกว่าเงิน ภาษี เพิ่มรายได้ภาครัฐ หรือ ลดการลงทุน ด้านสุขภาพจาก ภาครัฐ ทุกคนมีส่วนร่วมและ มีความเป็นเจ้าของ กองทุนร่วมกัน 	<ul style="list-style-type: none"> มีความยากในทาง ปฏิบัติ โดยเฉพาะ informal sector มีภาระต้องคำนวณ อัตราเงินสมทบและ เพดานเงินเดือน สำหรับคำนวณเงิน สมทบที่เหมาะสมตาม หลักคณิตศาสตร์ ประกันภัย
9.1.2 คนไทยทุก คนไม่ต้องมีส่วน ร่วมในการ จ่ายเงินสมทบ ก่อนใช้บริการ (Pre-payment)	<ul style="list-style-type: none"> มีความเสมอภาคสูง เพราะระบบภาษี มี ความก้าวหน้า ไม่ต้องมีภาระใน การ จัดเก็บเงินสมทบ 	<ul style="list-style-type: none"> รัฐสูญเสียรายได้จาก เงินสมทบ ประกันสังคม ที่จ่าย จากลูกจ้าง และ นายจ้าง ไม่ส่งเสริมการ ช่วยเหลือเกื้อกูลกันใน สังคม ไม่เกิดความตระหนัก ของการมีส่วนร่วม หรือการเป็นเจ้าของ กองทุนร่วมกัน

9.2 มีการระดมทุนจากการร่วมจ่าย ณ จุดใช้บริการสุขภาพ หรือ Copayment at point of service ซึ่งหากมีการเลือกใช้ข้อนี้ ต้องมีหลักการ ดังนี้

- ก. ต้องไม่มีการร่วมจ่ายในบริการที่มีผลกระทบต่อสาธารณะ (Externality) เช่น การให้วัคซีนป้องกันโรค การสร้างเสริมสุขภาพ การรักษาโรคติดต่ออันตราย เป็นต้น
- ข. ต้องมีระบบที่มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้มีรายได้น้อยหรือฐานะทางสังคมต่ำ หรือผู้ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือมีค่าใช้จ่ายสูง และผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูลอื่นๆ ให้เข้าถึงบริการที่จำเป็น อย่างมีคุณภาพ และไม่ ต้อง ภาระทางการเงินจนเกิดผลกระทบต่อ เศรษฐกิจของครัวเรือน
- ค. ให้มีการร่วมจ่ายในกรณีที่ใช้บริการที่มีความสะดวกพิเศษ เช่น เลือกใช้ บริการคลินิกพิเศษ หรือ แพทย์เฉพาะบุคคล หรือ ห้องพิเศษ โดย จะต้องจ่ายทั้งค่าธรรมเนียมบริการที่มีความสะดวกพิเศษและค่าบริการ ทางการแพทย์รวมทั้งค่ายาและเวชภัณฑ์ ทั้งในและนอกสิทธิประโยชน์ ด้วย โดยจะต้องมีการดำเนินการด้วยความระมัดระวังดังนี้
 - มีการกำหนดอัตราเรียกเก็บที่ชัดเจน เป็นมาตรฐาน และ เพื่อป้องกันการรับภาระค่าใช้จ่ายมากเกินไป รวมทั้งในเป็น ทางเลือกสำหรับประชาชนในระดับรายได้ต่างๆ ควรกำหนด อัตราเรียกเก็บตามระดับความสะดวกพิเศษด้วย (ศึกษาได้จาก กรณีของประเทศสิงคโปร์)
 - ต้องจัดให้มีกลไกให้ ผู้รับบริการ มีทางเลือกสามารถกลับไป รับบริการตามระบบปกติ ของแต่ละกองทุนโดยไม่ต้องร่วมจ่าย
- ง. ต้องมีกลไกป้องกันมิให้คนที่มียาได้สูงดูดซับเอาทรัพยากรด้านสุขภาพ ที่มีจำกัด ไปจากคนกลุ่มอื่นๆ เช่น การกำหนดราคาการร่วมจ่าย ที่ ชัดเจน และ มีการบังคับใช้อย่างเข้มงวด
- จ. ต้องมีระบบการกระจายเงินที่เก็บได้ไปยังสถานพยาบาลอื่นๆ อย่าง เหมาะสม เพื่อมิให้ทรัพยากรกระจุกตัวอยู่เฉพาะพื้นที่ที่มีเศรษฐฐานะสูง

ตัวชี้วัดและเป้าหมาย ที่ 10

ภายใน พ.ศ. 2565 บรรลุความเป็นธรรมในการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ กองทุนดังนี้

10.1 รายจ่ายต่อหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ (Age adjusted expenditure per capita) ของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐต้องมีค่าไม่ต่างจากค่าเฉลี่ยของทั้งสามระบบหลัก $\pm 10\%$

Age-adjusted per capita expenditure by each of the three insurance schemes does not exceed or below 10% of the national average; i.e. the maximum does not exceed 10% of national average, the minimum does not below 90% of national average.

หมายเหตุ: เนื่องจากหลักการสำคัญ ที่ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐจากภาษีเป็นหลัก รัฐจึงไม่ควรสนับสนุนแตกต่างกัน

10.2 กำหนดให้มีมาตรฐานการจ่ายเงินของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐให้แก่สถานพยาบาลเป็นราคาเดียวกันในทุกประเภทและระดับการบริการ (อาทิเช่น ยา วัสดุการแพทย์ Relative Weight of Adjusted DRG เป็นต้น)

หมายเหตุ: การจ่ายเงินในระบบ DRG ของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและระบบประกันสังคม มีหลายอัตราการจ่ายต่อหนึ่ง adjusted RW โดยจ่ายในอัตราสูงสำหรับสถานพยาบาลตติยภูมิและโรงเรียนแพทย์ และต่ำสำหรับโรงพยาบาลชุมชน แต่ระบบประกันสังคมและระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจ่ายในอัตราเสมอภาคอัตราเดียวทั่วประเทศ ไม่ว่าจะป็นสถานพยาบาลประเภทหรือระดับใดก็ตาม

Goal 4 Efficiency ความมีประสิทธิภาพ

หมายถึง การใช้ทรัพยากรในการดำเนินการให้เป็นตามวัตถุประสงค์ด้านสุขภาพโดยใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า ทั้งในเชิงเทคนิค (Technical efficiency) และในการจัดสรร (Allocative efficiency) ซึ่งต้องคำนึงถึงความทันเวลา และ ความมีคุณภาพ

ตัวชี้วัดและเป้าหมาย ที่ 11

การเพิ่มประสิทธิภาพเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่ง โดยต้องคำนึงถึงคุณภาพควบคู่กันไปด้วย ให้มีหลักการด้านประสิทธิภาพ ดังนี้

11.1 ให้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบใช้ระบบงบประมาณปลายปิด (Close ended budget) ซึ่งเป็นมาตรการที่สามารถควบคุมรายจ่ายได้ดีที่สุด และเป็นการกระตุ้นการใช้จ่ายอย่างมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องไม่ให้มีระบบการเรียกเก็บเพิ่มเติมจากผู้ป่วย ยกเว้นตามข้อเสนอ 9.2

11.2 ให้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบมีมาตรการและกลไกการเฝ้าระวัง ราคา และการควบคุมราคาการเบิกจ่ายของกองทุนและราคาค่าบริการ ยา และเทคโนโลยี ที่มีประสิทธิภาพ (Efficient reimbursement and price monitoring and control system)

11.3 ให้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบใช้อำนาจในการซื้อร่วมกัน (Collective purchasing power) โดยให้มีการต่อรองราคาหรือจัดซื้อยา และเวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ร่วมกันทั้งในระดับกองทุนประเทศ ระดับเขต และระดับจังหวัด

11.3.1 การต่อรองราคาหรือจัดซื้อรวมในระดับกองทุนประเทศ ควรดำเนินการเฉพาะยา และเวชภัณฑ์ที่มีราคาสูงมาก และหรือมีการใช้ไม่มาก

11.3.2 การต่อรองหรือจัดซื้อร่วมกันในระดับเขต หรือระดับจังหวัด ในรายการที่นอกเหนือจากที่ดำเนินการในระดับกองทุนประเทศ

11.4 มีการใช้มาตรการของรัฐบาล (Government intervention) อย่างเหมาะสม เช่น การแก้ปัญหาเวชภัณฑ์ราคาแพงที่มีการผูกขาด การใช้กฎหมายแข่งขันทางการค้าที่มีประสิทธิภาพ การบังคับใช้สิทธิบัตรโดยรัฐ เป็นต้น

หมายเหตุ ดูสาเหตุและแนวทางแก้ไขของความรู้ประสิทธิภาพในระบบสุขภาพ ในตารางภาคผนวก 4

ทั้งนี้ การดำเนินการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบการคลังด้านสุขภาพ ต้องคำนึงถึงบริบทต่างๆ และ มาตรการอื่นๆด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง

- การจัดระบบบริการสุขภาพอย่างบูรณาการและผสมผสาน ที่เน้นบริการปฐมภูมิ โดยเฉพาะเขตเมือง การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค และ chronic care model ที่เน้นบริการในชุมชนและครอบครัว รวมทั้งการบริการโดยทีมบุคลากรวิชาชีพ และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน รวมทั้ง ภาคเอกชน ภาคประชาชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- การพัฒนาระบบอภิบาลสถานพยาบาลของรัฐ ให้มีประสิทธิภาพ โปร่งใส และมีส่วนร่วม เช่น การดำเนินการให้ เป็นองค์กรมหาชน หรือ social enterprise เป็นต้น
- การจัดระบบหรือกลไกทั้งในระดับกองทุนและระดับประเทศเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนนวัตกรรมด้านสุขภาพที่ตอบสนองความท้าทายสุขภาพ เช่น การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมีประสิทธิภาพ การดูแลผู้สูงอายุโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย การดูแลแบบประคับประคอง
- ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะกลุ่มประชากรที่ด้อยโอกาส
- กลไกที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนารับรองและตรวจสอบคุณภาพของบริการ ยา และเวชภัณฑ์

- การใช้ยาและเทคโนโลยีอย่างสมเหตุสมผล โดยเพิ่มการใช้ยาในบัญชียาหลัก ให้ได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 ของมูลค่า ทั้งนี้อาจตั้งเป้าหมายที่ลดหลั่นตามขนาดของสถานพยาบาล เช่น ระดับปฐมภูมิ ให้ได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 ของมูลค่า แต่ระดับทุติยภูมิ และ ตติยภูมิ ตั้งเป้าหมายเพิ่มขึ้นกว่าเดิม แต่การระบุระดับร้อยละ ต้องมีการศึกษาความเป็นไปได้ตามความเหมาะสมกับความซับซ้อนและความรุนแรงของโรค
- ระบบที่สาธารณะสามารถตรวจสอบได้ว่าการตัดสินใจลงทุน หรือใช้จ่ายมีความคุ้มค่าด้วย สารสนเทศที่เข้าถึงได้ เช่น ระบบการตรวจสอบต้นทุนการผลิตและการบริการสุขภาพที่เผยแพร่ต่อสาธารณะและตรวจสอบได้

ตารางที่ 2 สรุป เป้าประสงค์ ตัวชี้วัด และ เป้าหมาย ภายใน พ.ศ. 2565

เป้าประสงค์ (Goals)	ตัวชี้วัด (Indicators) และเป้าหมาย (Targets)
Goal 1 Sustainability	1. รายจ่ายสุขภาพทั้งหมดต้องไม่เกินร้อยละ 5 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ
	2. รายจ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพ (GGHE) ไม่เกินร้อยละ 20 ของรายจ่ายของรัฐบาล (GGE)
Goal 2 Adequacy	3. รายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE) ต้องไม่น้อยกว่าที่เป็นอยู่ คือ ร้อยละ 4.6 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ
	4. รายจ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพ (GGHE) ต่อรายจ่ายของรัฐบาล (GGE) ต้องไม่น้อยกว่าที่เป็นอยู่ คือ ร้อยละ 17
	5. รายจ่ายนอกภาครัฐด้านสุขภาพ ไม่เกินร้อยละ 20 ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE) และ รายจ่ายของครัวเรือนต้องไม่เกินระดับที่เป็นอยู่ คือร้อยละ 11.3 ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE)
	6. อุบัติการณ์ครัวเรือนล้มละลายจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ไม่เกินระดับที่เป็นอยู่ คือ ร้อยละ 2.3 ของครัวเรือนทั้งหมด
	7. อุตบัติการณ์ของครัวเรือนที่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจนหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ไม่เกินระดับที่เป็นอยู่ คือ ร้อยละ 0.47 ของครัวเรือนทั้งหมด

Goal 3 Fairness	<p>8. เพิ่มความเป็นธรรมของการจ่ายเงินสมทบ ระหว่างผู้มีสิทธิในระบบประกันสังคม ให้ใกล้เคียงกับตอนเริ่มต้นระบบประกันสังคมเมื่อปี พ.ศ. 2534 โดยปรับเพิ่มเพดานเงินเดือนสำหรับการคำนวณเงินสมทบของผู้ประกันตน ให้เป็น 7 เท่าของค่าแรงขั้นต่ำ</p>
	<p>9. เพิ่มความเป็นธรรมในการจ่ายเงินสมทบก่อนใช้บริการ (Pre-payment) ระหว่างผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามระบบหลัก และ การร่วมจ่าย ณ จุดใช้บริการ (Copayment)</p> <p>9.1 บรรลุความเป็นธรรมของการจ่ายเงินสมทบก่อนการให้บริการ (Pre-payment) ระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามระบบหลัก มีข้อเสนอทางเลือกสองทาง ดังนี้</p> <p>9.1.1 คนไทยทุกคนต้องมีส่วนร่วมในการจ่ายเงินสมทบ</p> <p>9.1.2 คนไทยทุกคนไม่ต้องมีส่วนร่วมในการจ่ายเงินสมทบ</p> <p>9.2 มีการระดมทุนจากการร่วมจ่าย ณ จุดใช้บริการสุขภาพ</p>
	<p>10. บรรลุความเป็นธรรมในการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ</p> <p>10.1 รายจ่ายต่อหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ (Age adjusted per capita expenditure) ของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ ต้องมีค่าไม่ต่างจากค่าเฉลี่ยทั้งสามระบบหลัก $\pm 10\%$</p> <p>10.2 กำหนดให้มีมาตรฐานการจ่ายเงินของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐให้แก่สถานพยาบาลเป็นราคาเดียวกันในทุกประเภทและระดับการบริการ</p>

<p>Goal 4 Efficiency</p>	<p>11. เพิ่มประสิทธิภาพ โดยต้องคำนึงถึงคุณภาพควบคู่กันไป</p> <p>11.1 ให้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบใช้ระบบงบประมาณปลายปิด (Close ended budget)</p> <p>11.2 ให้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบมีมาตรการและกลไกการเฝ้าระวังราคาและการควบคุมราคา การเบิกจ่ายของกองทุนและราคาค่าบริการ ยา และเทคโนโลยี ที่มีประสิทธิภาพ (Efficient reimbursement and price control system)</p> <p>11.3 ให้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบใช้อำนาจในการซื้อร่วมกัน (Collective purchasing power)</p> <p>11.4 มีการใช้มาตรการของรัฐบาล (Government intervention) อย่างเหมาะสม</p>
------------------------------	---

ตารางที่ 3 ตัวชี้วัดหนึ่งตัวพร้อมเป้าหมายมีผลต่อเป้าประสงค์มากกว่าหนึ่งเป้าประสงค์

ตัวชี้วัด และ เป้าหมาย	Goal 1 <u>S</u> ustainability	Goal 2 <u>A</u> dequacy	Goal 3 <u>F</u> airness	Goal 4 <u>E</u> fficiency
1. ใช้จ่ายสุขภาพทั้งหมดต้องไม่เกินร้อยละ 5 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ	✓			✓
2. ใช้จ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพ (GGHE) ไม่เกินร้อยละ 20 ของรายจ่ายของรัฐบาล (GGE)	✓			✓
3. ใช้จ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE) ต้องไม่น้อยกว่าที่เป็นอยู่ คือ ร้อยละ 4.6 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ		✓		
4. ใช้จ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพ (GGHE) ต่อรายจ่ายของรัฐบาล (GGE) ต้องไม่น้อยกว่าที่เป็นอยู่ คือ ร้อยละ 17		✓	✓	
5. ใช้จ่ายนอกภาครัฐด้านสุขภาพ ไม่เกินร้อยละ 20 ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE) และ ใช้จ่ายของครัวเรือนต้องไม่เกินระดับที่เป็นอยู่ คือ ร้อยละ 11.3 ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE)		✓	✓	

ตัวชี้วัด และ เป้าหมาย	Goal 1 Sustainability	Goal 2 Adequacy	Goal 3 Fairness	Goal 4 Efficiency
6. อุบัติการณ์ครัวเรือนล้มละลายจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ไม่เกินระดับที่เป็นอยู่ คือ ร้อยละ 2.3 ของครัวเรือนทั้งหมด		✓	✓	
7. อุบัติการณ์ของครัวเรือนที่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจนภาย หลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ไม่เกินระดับที่เป็นอยู่ คือ ร้อยละ 0.47 ของครัวเรือนทั้งหมด		✓	✓	
8. เพิ่มความเป็นธรรมของการจ่ายเงินสมทบ ระหว่างผู้มีสิทธิใน ของระบบประกันสังคม ให้ใกล้เคียงกับตอนเริ่มต้นระบบ ประกันสังคมเมื่อปี พ.ศ. 2534 โดยปรับเพิ่มเพดานเงินเดือน สำหรับการคำนวณการจ่ายเงินสมทบของผู้ประกันตน ให้เป็น 7 เท่าของค่าแรงขั้นต่ำ	✓	✓	✓	
9. เพิ่มความเป็นธรรมในการจ่ายเงินสมทบก่อนใช้บริการ (Pre-payment) ระหว่างผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสาม ระบบหลัก และ การร่วมจ่าย ณ จุดใช้บริการ (Copayment) 9.1 บรรลุความเป็นธรรมของการจ่ายเงินสมทบก่อนการใช้ บริการ (Pre-payment) ระหว่างระบบหลักประกัน	✓	✓	✓	✓

ตัวชี้วัด และ เป้าหมาย	Goal 1 Sustainability	Goal 2 Adequacy	Goal 3 Fairness	Goal 4 Efficiency
<p>สุขภาพภาครัฐทั้งสามระบบหลัก มีข้อเสนอทางเลือกสองทาง ดังนี้</p> <p>9.1.1 คนไทยทุกคนต้องมีส่วนร่วมในการจ่ายเงินสมทบ</p> <p>9.1.2 คนไทยทุกคนไม่ต้องมีส่วนร่วมในการจ่ายเงินสมทบ</p> <p>9.2 มีการระดมทุนจากการร่วมจ่าย ณ จุดใช้บริการสุขภาพ</p>				
<p>10. บรรลุความเป็นธรรมในการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ ความเป็นธรรมในการจ่ายเงินของแต่ละกองทุนให้แก่สถานพยาบาล</p> <p>10.1 รายจ่ายต่อหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ (Age adjusted per capita expenditure) ของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐกองทุน ต้องมีค่าไม่ต่างจากค่าเฉลี่ยทั่วประเทศทั้งสามระบบหลัก $\pm 10\%$</p> <p>10.2 กำหนดให้มีมาตรฐานการจ่ายเงินของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐกองทุนให้แก่สถานพยาบาลเป็นราคาเดียวกันในทุกประเภทและระดับการบริการ</p>	✓		✓	✓

ตัวชี้วัด และ เป้าหมาย	Goal 1 Sustainability	Goal 2 Adequacy	Goal 3 Fairness	Goal 4 Efficiency
<p>11. เพิ่มประสิทธิภาพ โดยต้องคำนึงถึงคุณภาพควบคู่กันไป</p> <p>11.1 ให้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบใช้ระบบงบประมาณปลายปิด (Close ended budget)</p> <p>11.2 ให้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบมีมาตรการและกลไกการเฝ้าระวังราคาและการควบคุมราคาการเบิกจ่ายของกองทุนและราคาค่าบริการ ยา และเทคโนโลยี ที่มีประสิทธิภาพ (Efficient reimbursement and price control system)</p> <p>11.3 ให้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบใช้อำนาจในการซื้อร่วมกัน (Collective purchasing power)</p> <p>11.4 มีการใช้มาตรการของรัฐบาล (Government intervention) อย่างเหมาะสม</p>	✓			✓

ภาคผนวก 1

รายชื่อรายนามคณะกรรมการจัดทำแนวทางการระดมทรัพยากรเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1. นายอัมมาร์ สยามวาลา ที่ปรึกษา
2. นายสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ประธานคณะกรรมการ
3. ปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรรมการ
4. เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการพัฒนา
การเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กรรมการ
5. ผู้อำนวยการสำนักงานงบประมาณ กรรมการ
6. ผู้อำนวยการสำนักงานเศรษฐกิจการคลัง กรรมการ
7. อธิบดีกรมบัญชีกลาง กรรมการ
8. เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม กรรมการ
9. เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรรมการ
10. ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กรรมการ
11. ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพ
ระหว่างประเทศ กรรมการ
12. ผู้อำนวยการมูลนิธิเข้าถึงเอดส์ กรรมการ
13. ประธานสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย กรรมการ
14. ผู้อำนวยการโครงการประเมินเทคโนโลยีและ
นโยบายด้านสุขภาพ กรรมการ
15. นายถาวร สกุกพาณิชย์ กรรมการและเลขานุการ
16. นายจเด็จ ธรรมรัชชอารี กรรมการและเลขานุการร่วม

ตารางภาคผนวก 1 สรุปการประชุมคณะกรรมการจัดทำแนวทางระดมทรัพยากรเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

วัน เดือน ปี	ชื่อการประชุม	จำนวนผู้เข้าร่วมประชุม
24 กรกฎาคม 2558 ณ ห้องประชุมสุปัญญา สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	การประชุมคณะกรรมการจัดทำแนวทางระดม ทรัพยากรฯ ครั้งที่ 1/2558	คณะกรรมการฯ : 14 ท่าน ผู้เข้าร่วมประชุมฯ : 13 ท่าน
14, 22, 26, 28 และ 29 สิงหาคม 2558	การประชุมคณะทำงานวิชาการด้านการระดม ทรัพยากรฯ 5 ครั้ง	คณะทำงานฯ ทั้งหมด 14 ท่าน
30 สิงหาคม 2558 ณ โรงแรมริชมอนด์	การประชุมคณะกรรมการจัดทำแนวทางระดม ทรัพยากรฯ ครั้งที่ 2/2558	คณะกรรมการฯ : 15 ท่าน ผู้เข้าร่วมประชุมฯ : 12 ท่าน
19 กันยายน 2558 ณ โรงแรมริชมอนด์	การประชุมคณะกรรมการจัดทำแนวทางระดม ทรัพยากรฯ ครั้งที่ 3/2558	คณะกรรมการฯ : 13 ท่าน ผู้เข้าร่วมประชุมฯ : 11 ท่าน
26 กันยายน 2558 ณ โรงแรมริชมอนด์	การประชุมรับฟังความคิดเห็น ข้อเสนอ (ร่าง) การคลังสุขภาพแห่งชาติ: เป้าประสงค์ ตัวชี้วัด และเป้าหมาย	ผู้เข้าร่วมประชุมฯ ประมาณ 200 ท่าน

8 ตุลาคม 2558 ณ ห้องประชุมสุปัญญา สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	การประชุมคณะกรรมการจัดทำแนวทางระดม ทรัพยากรฯ ครั้งที่ 4/2558	คณะกรรมการฯ : 13 ท่าน ผู้เข้าร่วมประชุมฯ : 11 ท่าน
16 พฤศจิกายน 2558 โรงแรมรามาร์คเด็นท์	ห้องประชุมย่อย 1.2 ของการประชุมระดับชาติ หลักประกันสุขภาพของประเทศไทย	ผู้เข้าร่วมประชุมและเจ้าหน้าที่จัด งาน ทั้งหมด 623 ท่าน ผู้เข้าร่วมประชุมห้องย่อยประมาณ 120 ท่าน

หมายเหตุ : องค์ประกอบของคณะกรรมการจัดทำแนวทางระดมทรัพยากรเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 16 ท่าน ประกอบด้วย ปลัดกระทรวงสาธารณสุข, เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, ผู้อำนวยการสำนักงบประมาณ, ผู้อำนวยการสำนักงานเศรษฐกิจการคลัง, อธิบดีกรมบัญชีกลาง, เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม, เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, ผู้อำนวยการมูลนิธิเข้าถึงเอดส์, ประธานสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, ผู้อำนวยการโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

ภาคผนวก 2

บทสรุปผู้บริหาร รายงานคาดการณ์ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ พ.ศ.2559 - 2565 (Projection of total health expenditure 2025-2016) โดย
ถาวร สกุลพาณิชย์ และ คณะ 2558

การมีหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปี 2545 ทำให้ประชาชนไทยเข้าถึงบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะบริการบางประเภทที่มีราคาแพง รวมทั้งมีแนวโน้มผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีขึ้น ในขณะที่การขยายตัวของอุปทาน ได้แก่ จำนวนสถานพยาบาลและบุคลากรผู้ให้บริการมีจำกัด และไม่มีรูปแบบการร่วมมือระหว่างรัฐและเอกชนที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ยังมีความแตกต่างในการกระจายตัวของสถานบริการ รวมทั้งบุคลากรสาธารณสุขในแต่ละพื้นที่

ประเทศไทยจะเปลี่ยนไปจากปัจจุบัน เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม ในส่วนของสถานการณ์ระบบสุขภาพ ประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุเต็มตัว ภาวะโรคของคนไทยจะเกิดจากโรคเรื้อรังและโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพเป็นหลัก

การคาดการณ์รายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยใช้วิธีการศึกษาแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

- (1) การประมาณการค่าใช้จ่ายสำหรับ 3 กองทุน ประกอบด้วย กองทุนสวัสดิการข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีข้อมูลทะเบียนสมาชิกและสถิติการให้บริการ และค่าใช้จ่าย นั้น ใช้วิธีการศึกษาโดยแบบจำลองทางคณิตศาสตร์ประกันภัย โดยคาดการณ์แนวโน้มของปัจจัยหลักด้านต้นทุนที่สำคัญ คือ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและจำนวนประชากรรายกองทุน อัตรารายเงินเพื่อในภาพรวม อัตราการเปลี่ยนแปลงค่าแรง แนวโน้มการ

เปลี่ยนแปลงอัตราการใช้บริการตามสิทธิประโยชน์ย่อย ของแต่ละ กองทุน โดยใช้ปีฐานเป็นปี พ.ศ. 2556 แล้วทำการคาดการณ์ค่าใช้จ่าย รายกองทุนจนถึงปี พ.ศ. 2556

- (2) แหล่งการคลังอื่นซึ่งมีเพียงข้อมูลค่าใช้จ่ายรวมจากบัญชีรายจ่ายสุขภาพ แห่งชาติ คือ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอื่นๆ องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นรัฐวิสาหกิจ องค์กรอิสระภาครัฐ กองทุนเงินทดแทน การประกัน สุขภาพเอกชน พรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ สวัสดิการจากนายจ้าง ครีวี่เรือน องค์กรไม่แสวงหากำไรให้บริการครีวี่เรือน และความช่วยเหลือ จากต่างประเทศ นั้น ใช้วิธีการคาดการณ์ค่าใช้จ่ายในอนาคตโดยการ ประเมินการด้วยสมการเชิงเส้น (trend line projection) จากข้อมูลปี พ.ศ. 2539-2554 จนถึงปี พ.ศ. 2565 เนื่องจากข้อมูลจากบัญชีรายจ่าย สุขภาพ ปีพ.ศ. 2555 ในบางแหล่งการคลังนั้นมีค่าแตกต่างไปจาก แนวโน้มของข้อมูลปี พ.ศ. 2539-2554 ค่อนข้างมาก โดยจำแนกตาม แหล่งการคลังทั้งภาครัฐและแหล่งการคลังภาครัฐ แหล่งการคลังนอก ภาครัฐ และแหล่งการคลังจากต่างประเทศ ใช้ trend line projection แบบ exponential ร่วมกับแบบ polynomial และแบบ linear projection โดยจะเลือกค่าที่มี R^2 สูงและค่าที่ได้ไม่แตกต่างจากข้อมูลปี ก่อนหน้านามากนัก ทั้งนี้จะรวมข้อมูลของภาครัฐ ได้แก่ กระทรวง สาธารณสุข กระทรวงอื่นๆ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ องค์กรอิสระภาครัฐและกองทุนเงินทดแทนเข้าด้วยกัน ส่วนภาคเอกชน จะคาดการณ์ครีวี่เรือน และความช่วยเหลือจากต่างประเทศแยกออกมา เพื่อพิจารณาผลลัพธ์ของครีวี่เรือน และเพื่อให้การคำนวณรายจ่ายของ รัฐบาลด้านสุขภาพ (General Government Health Expenditure, GGHE) ทำได้ง่ายขึ้น ส่วนข้อมูลภาคเอกชนที่เหลือจะถูกรวมกันในฐานะ แหล่งการคลังภาคเอกชนอื่นๆ

รายจ่ายรวมด้านสุขภาพ (Total Health Expenditure, THE) ได้จากการรวมข้อมูลทั้ง 15 แหล่งการคลัง ที่ได้จากการประมาณการในข้อ (1) และ (2) โดยส่วนรายจ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพ (GGHE) ได้จากการรวมข้อมูลแหล่งการคลังภาครัฐ และความช่วยเหลือจากต่างประเทศ

ผลการศึกษาพบว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจะสูงกว่าการขยายตัวทางเศรษฐกิจในกรณีที่มีการขยายตัวทางเศรษฐกิจในระดับต่ำ คือ มีการขยายตัวเพียงร้อยละ โดย 3

- การคาดการณ์รายจ่ายด้านสุขภาพของ กองทุนสวัสดิการข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแห่งชาติ เพิ่มขึ้นจากประมาณร้อยละ 1.8 ของ GDP ในปี พ 2556 .ศ.ไปเป็นร้อยละ 2.4 ในปี 2.4
- การคาดการณ์รายจ่ายด้านสุขภาพ พบว่า THE as % GDP ในปี พ.ศ. 2565 มีค่าร้อยละ 4.96 ซึ่งเป็นค่าที่สูงที่สุดของช่วงปี พ.ศ. 2555-2565
- GGHE as % GGE ในปี พ.ศ. 2565 คิดเป็นร้อยละ 15.6 ซึ่งเป็นค่าที่สูงที่สุดในช่วงปี พ.ศ. 2555-2565

ทั้งนี้ถ้าการขยายตัวทางเศรษฐกิจมากกว่าร้อยละ 3 สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ (GDP) จะต่ำลง

ภาคผนวก 3

ตารางภาคผนวก 3 Number and percent of households with catastrophic and impoverishment

SES year	Total number of households	Household with catastrophic health spending*, households	%	Household with medical impoverishment	%
1988	8,937,204	709,491	7.9%	210,502	2.36%
1990	10,889,455	769,587	7.1%	253,225	2.33%
1992	13,048,425	890,307	6.8%	301,546	2.31%
1994	13,596,556	923,688	6.8%	331,289	2.44%
1996	15,037,617	898,127	6.0%	328,285	2.18%
1998	15,758,118	835,471	5.3%	262,539	1.67%
2000	16,086,387	923,568	5.7%	323,026	2.01%
2002	16,322,888	663,254	4.1%	215,745	1.32%
2004	16,764,948	684,360	4.1%	184,007	1.10%
2006	18,051,154	695,492	3.9%	179,180	0.99%
2007	18,178,078	588,296	3.2%	166,095	0.91%

SES year	Total number of households	Household with catastrophic health spending*, households	%	Household with medical impoverishment	%
2008	18,993,685	594,215	3.1%	150,452	0.79%
2009	19,579,397	644,034	3.3%	154,735	0.79%
2010	19,740,665	567,733	2.9%	139,220	0.71%
2011	19,986,151	493,650	2.5%	109,670	0.55%
2012	20,068,041	528,780	2.6%	105,174	0.52%
2013	20,167,840	460,159	2.3%	93,858	0.47%

Source: analysis from Socio Economic Survey 1988 to 2013 conducted by National Statistical Office

Note * measured by >10% of household consumption expenditure on health

ภาคผนวก 4

ตารางภาคผนวก 4 Leading sources of technical inefficiency relating to health system inputs

Source of inefficiency	Possible reasons for inefficiency	Evidence of inefficiency	Possible ways of addressing inefficiency	Evidence of efficiency gains
Health care workers: Inappropriate or costly staff mix	Conformity with pre-determined HR policies and procedures; resistance by medical profession; fixed / inflexible contracts	A Cochrane review found that primary care doctors produce no higher quality care or better health outcomes for patients than trained nurses	Needs-based assessment and training; revise remuneration policies; flexible contracts; performance-related pay	Health workers with less training performed as well as those with more training in assessing and managing childhood illness

Source of inefficiency	Possible reasons for inefficiency	Evidence of inefficiency	Possible ways of addressing inefficiency	Evidence of efficiency gains
<p>Medicines: Under-use and over- pricing of generic drugs</p>	<p>Inadequate cost controls on prescribers; lower perceived efficacy / safety of generic drugs; historical prescribing patterns</p>	<p>Across WHO regions, availability of 15 key generic medicines in the public sector was 30-55%, and prices were 10% higher than global reference price</p>	<p>Improve prescribing guidance, information, training and practice; develop active purchasing; reduce mark-ups</p>	<p>A US survey estimated that \$8.8 billion (11% of drug expenditure) could be saved by substituting generic for brand-name drugs.</p>
<p>Medicines: Irrational use of drugs</p>	<p>Consumer demand / expectation; limited knowledge about lack of</p>	<p>50-70% of drug spending in developing countries has no discernible impact</p>	<p>Improve prescribing guidance, information, training and practice; raise public awareness</p>	<p>A national-wide campaign in France reduced anti-biotic prescriptions by</p>

Source of inefficiency	Possible reasons for inefficiency	Evidence of inefficiency	Possible ways of addressing inefficiency	Evidence of efficiency gains
	therapeutic effect; inadequate regulatory frameworks	on health outcome; 40% of prescriptions in Germany not needed		25% (35% among children) over five years.
Medicines: Sub- standard or counterfeit drugs	Weak drug regulatory structures; weak procurement mechanisms	In SE Asia, over 50% of samples of the anti-malarial artesunate were found to contain no active ingredient	Improve drug regulation and quality control; carry out product testing	Rapid product screening reduced anti-malarial drug failure rates by at least 50% in Lagos and Accra

Source of inefficiency	Possible reasons for inefficiency	Evidence of inefficiency	Possible ways of addressing inefficiency	Evidence of efficiency gains
<p>Health care products: Over-use of procedures, investigations and equipment</p>	<p>Supplier-induced demand; Fee for service; fear of litigation ('defensive medicine'); inadequate guidelines / review</p>	<p>'Unwarranted use' of diagnostic tests and procedures has been estimated to account for 40% of overall waste in the US (\$250-325 billion per year)</p>	<p>Reform incentive and payment structures (e.g. capitation); improve and disseminate guidelines for product use</p>	<p>Peer review and feedback reduced laboratory test orders among community physicians in Canada by 8% or 0.22 tests/visit</p>
<p>Health care services: Inappropriate hospital size</p>	<p>Uneven historical development of hospitals; inadequate</p>	<p>Provincial hospitals in Vietnam in 1996 (47% of total</p>	<p>Use input-output data to plan hospitals; match managerial</p>	<p>Analysis of scale efficiency in Zambia identified hospitals that</p>

Source of inefficiency	Possible reasons for inefficiency	Evidence of inefficiency	Possible ways of addressing inefficiency	Evidence of efficiency gains
	planning, coordination and control	admissions) exhibited notable diseconomies of scale	capacity to size; raise occupancy	could be merged or down-graded
Health care services: Inappropriate hospital admissions or length of stay	Lack of alternative care arrangements; insufficient incentives to discharge; limited knowledge of best practice	A systematic review concluded that at least 20% of acute bed use among a wide range of settings was likely to be inappropriate	Provide alternative care (e.g. day care); alter incentives to hospital providers; raise knowledge about efficient admission practice	In 3 teaching hospitals in Spain, a physician-oriented feedback intervention led to a 45% reduction in inappropriate stays

Source of inefficiency	Possible reasons for inefficiency	Evidence of inefficiency	Possible ways of addressing inefficiency	Evidence of efficiency gains
Health system leakages: Corruption and fraud	Corruption; unclear resource allocation guidance; poor accountability mechanisms	In Chad, regions received 27% of the non-wage budget earmarked for them (18% rather than 67% of MoH budget)	Improve governance, including budgetary management; undertake expenditure surveys	Six years after creating a counter fraud service in the UK, NHS losses to fraud had fallen by 50%

Source [14]

Note: The primary source of allocative inefficiency relates to the sub-optimal mix of services and interventions currently provided. Key sources of technically inefficient use of resource inputs are for example sub-optimal or unnecessary use of resource inputs for a defined outcome, such as excessive hospitalization, unnecessarily high cost of intervention brought about by, among other things, a reliance on brand-name drugs or a top-heavy staff mix.

เอกสารอ้างอิง

1. Limwattananon S et al. Why has the universal coverage scheme in Thailand achieved a pro-poor public subsidy for health care? BMC Public Health 2012; 12(suppl 1): S6.
2. Tangcharoensathien V., Pitayarangsarit S., Patcharanarumol W., Prakongsai P., Sumalee H., Tosanguan J., and Mills A. Promoting universal financial protection: how the Thai universal coverage scheme was designed to ensure equity. Health Research Policy and Systems 2013;11:25
3. Thai working group. National Health Account 1994-2013, Final report. Nonthaburi : International Health Policy Program Thailand; 2013.
4. We Believe in UHC" 24-28 January 2012 Prince Mahidol Award Conference 2012, Available at <https://www.youtube.com/watch?v=eb12aYpuf1E> [access 22 September 2015]
5. Speech by World Bank Group President Jim Yong Kim at the Government of Japan-World Bank Conference on Universal Health Coverage, December 6, 2013, available at <http://www.worldbank.org/en/news/speech/2013/12/06/speech-world-bank-group-president-jim-yong-kim-government-japan-conference-universal-health-coverage> [access 22 September 2015]
6. Phelps, C. E. (1992), Health Economics, HarperCollins, New York.

-
7. Taylor, A. K., and G. R. Wilensky (1983), "The effect of tax policies on expenditures for private health insurance," in J. Meyer, ed., *Market Reforms in Health Care*, American Enterprise Institute, Washington, D.C.
 8. Holmer, M. (1984), "Tax policy and the demand for health insurance," *Journal of Health Economics* 3:203–221.
 9. Feldstein, M. S. (1971), "Hospital cost inflation: A study of nonprofit price dynamics," *American Economic Review* 60:853–872.
 10. McLaughlin, C. (1987), "HMO growth and hospital expenses and use: a simultaneous-equations approach," *Health Services Research* 22(2):183–202.
 11. DiMatteo, L., and R. DiMatteo (1998), "Evidence on the determinants of Canadian provincial government health expenditures: 1965– 1991," *Journal of Health Economics* 17:211–228.
 12. World Development Indicators 2015, available at <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators> [access 28 August 2015]
 13. Ministry of Labour, Minimum wage announcement 2556. Available at http://www.mol.go.th/sites/default/files/downloads/pdf/Wage_lowMOL7_for6December2012.pdf [access 28 August 2015]
 14. Chisholm D, Evans D. Improving health system efficiency as a means of moving towards universal coverage. *World Health Report 2010, Background Paper, No 28*. Geneva, WHO 2010

คณะกรรมการ

1.	นพ. วิโรจน์	ตั้งเจริญเสถียร	IHPP	หัวหน้าคณะกรรมการ
2.	นพ. จเด็จ	ธรรมธัชอารี	สปสช	ที่ปรึกษาคณะกรรมการ
3.	นส. ทวีศรี	กรีทอง	สปสช	ที่ปรึกษาคณะกรรมการ
4.	ดร. สุพล	ลี้มพัฒนานนท์	IHPP	คณะกรรมการ
5.	ดร. สมชัย	จิตสุชน	TDRI	คณะกรรมการ
6.	นพ.ถาวร	สกุลพาณิชย์	สวปก	คณะกรรมการ
7.	ดร. กัญจนา	ติษยาธิคม	IHPP	คณะกรรมการ
8.	ดร. วริศา	พานิชเกรียงไกร	IHPP	คณะกรรมการ
9.	ดร. วลัยพร	พัชรนฤมล	IHPP	คณะกรรมการ
10.	นส. ซาฮีดดา	วิริยาทร	IHPP	คณะกรรมการ
11.	นส. เยาวลักษณ์	แหวนวงษ์	IHPP	คณะกรรมการ
12.	นายกิตติ	นุชชม	สปสช	คณะกรรมการ
13.	นางวนิดา	คล้ายอ่วม	สปสช	คณะกรรมการ

ออกแบบและจัดรูปเล่ม

1.	ทพ.อรรถพร	ลิมปัญญาเลิศ	สปสช
2.	นายพันศักดิ์	เต็งประเสริฐ	สปสช
3.	นายจิรายุต์	ยมาภัย	IHPP
4.	นส. ศศิรัตน์	ลัทธิกุลธรรม	IHPP