

รายงาน

**การคลังระยะยาวของโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ:
ประมาณการรายจ่ายและแหล่งรายรับ
Draft Report on
Financing Universal Health Care in Thailand**

จัดทำโดย

วัลย์พร พัทธนกุล	Walaiporn Patcharanarumol*
วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร	Viroj Tangcharoensathien*
Michael	Cichon**
จิตปราณี วาตวิท	Chitpranee Vasavid*
ภูษิต ประคองสาย	Phusit Prakongsai*
กัญจนา ดิษยาธิคม	Kanjana Tisayaticom*

30 เมษายน พ.ศ. 2548

**สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข
องค์การแรงงานระหว่างประเทศ**

*International Health Policy Program (IHPP), Thailand

**International Labour Office

The International Financial and Actuarial Service, Geneva

Regional Office for Asia and the Pacific, Bangkok

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

และ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเป็นผู้บริหารเงินโครงการ

กิตติกรรมประกาศ

โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ผ่านการบริหารโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ขอขอบคุณ เมธีวิจัยอาวุโส สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) และขอขอบคุณกลุ่มเพื่อนนักเรียนวิชา Quantitative Techniques in Health Care Financing ในหลักสูตร Social Protection Financing ที่ Maastricht University ที่ร่วมกับผู้เขียนชื่อแรกในการจัดทำแบบจำลองด้านเศรษฐกิจของประเทศไทย และได้ถูกนำมาพัฒนาต่อในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

บทคัดย่อ

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นนโยบายที่สำคัญของรัฐบาล ครอบคลุมประชากรไทยร้อยละ 75 อยู่ แต่ได้รับการงบประมาณอุดหนุน ด้วยอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่จำกัดต่ำกว่าข้อเท็จจริงของอัตราการใช้ และต้นทุนบริการ และมีปัญหาความยั่งยืนทางการเงินระยะยาวของโครงการ การศึกษานี้วิเคราะห์และเสนอแนวทางการปฏิรูปการเงินการคลังของโครงการฯ โดยการประมาณการรายจ่ายสุขภาพระยะยาวของประเทศไทยระหว่าง ปี 2547-2563 โดยใช้แบบจำลอง (model) สี่แบบ ได้แก่ แบบจำลองด้านประชากรและแรงงาน แบบจำลองด้านเศรษฐกิจ แบบจำลองค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และแบบจำลองงบประมาณของรัฐบาล โดยใช้ฐานข้อมูลประชากรและเศรษฐกิจ ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สถิติแรงงาน ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติของสำนักงานพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ข้อมูลงบประมาณประจำปี จากกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง นอกจากนี้ อาศัยสมมติฐานต่างๆ ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น พร้อมทั้งการสร้างฉากทัศน์ ทั้งการลดรายจ่าย และ/หรือ การเพิ่มงบประมาณที่แน่นอนของโครงการฯ

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจุบันรายจ่ายสุขภาพทั้งประเทศ เท่ากับร้อยละ 3.50 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ ในปี 2547 จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 3.64 และ 3.88 ในปี 2553 และ 2563 ตามลำดับ จากทัศน์ที่ 1 กำหนดให้โครงการฯ มีรายได้เฉพาะที่แน่นอนจากการเก็บภาษีสุขภาพ (Personal health tax) การปรับเพิ่มภาษีสุรา และเบียร์แล้วกันเงินภาษีส่วนหนึ่งให้แก่โครงการฯ เป็นประจำ (Earmarked sin tax) โครงการฯ จะมีความต้องการเงินอุดหนุนจากงบประมาณประจำปีของรัฐบาลลดลงอย่างมากเมื่อเทียบกับสภาพปัจจุบัน จากทัศน์ที่ 2 กำหนดให้จำนวนผู้มีสิทธิในโครงการฯ ลดลง โดยการขยายความคุ้มครองประกันสังคมไปสู่ผู้สมรสและบุตรของผู้ประกันตน ทำให้รายจ่ายของโครงการฯ ลดลง 9,210 ล้านบาทในปี 2548 จากทัศน์ที่ 3 เป็นควมรวมจากทัศน์ที่ 1 และ 2 ทำให้มีการลดรายจ่าย (โดยการขยายการคุ้มครองของประกันสังคม) พร้อมกับการเพิ่มรายรับที่แน่นอนเข้ามาในโครงการ ทำให้โครงการฯ เกือบไม่มีความต้องการเงินอุดหนุนจากงบประมาณประจำปีเลย

ข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการปฏิรูปการเงินการคลังโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้มีความยั่งยืน และมีความเป็นไปได้ มี 3 มาตรการ มาตรการที่หนึ่ง การตัดโอนภาษีสรรพสามิตที่รัฐจัดเก็บได้มาให้เป็นประจำตามจำนวนที่กำหนดไว้ (Earmarked sin tax) โดยไม่ต้องปรับเพิ่มภาษี หรืออาจจะปรับเพิ่มภาษี ซึ่งทำให้สามารถจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ มาตรการที่สอง การลดรายจ่ายของกองทุนฯ โดยให้ระบบประกันสังคมขยายการคุ้มครองไปสู่ผู้สมรสและบุตรของผู้ประกันตน ซึ่งอาจจะทำได้โดยไม่ต้องปรับเพิ่มอัตราเงินสมทบจากผู้ประกันตน นายจ้าง และรัฐบาล มาตรการที่สาม ปฏิรูปพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ โดยมอบให้กรมการขนส่งทางบก กระทรวงคมนาคม เป็นผู้จัดเก็บเบี้ยประกันภัย พร้อมกับการเก็บภาษีประจำปีจากเจ้าของรถตามกฎหมาย หรือขณะทำการจดทะเบียนรถใหม่ ทำให้สามารถบังคับใช้กฎหมายได้เต็มที่ โดยผู้ประสบภัยจากรถทุกรายไม่ว่าเกิดจากรถ ที่มีหรือไม่ พ.ร.บ. การใช้เงินของ พรบ. นี้จะมีประสิทธิภาพมากขึ้น

คำสำคัญ: การประมาณการในระยะยาว โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภาษีสุรา และเบียร์ ภาษีสุขภาพ

Abstract

Universal health care coverage (UC) is an important policy by the Thai government, 75% of population covered by the Scheme, but capitation rate did not adequately match with the utilization rate and cost of services. While rely totally on government annual budget, its long-term fiscal sustainability is a worrying problem. This study was conducted in order to provide financial reform options for UC Scheme. Long term projection of total national health expenditure of Thailand between 2004 and 2020 was constructed using four models namely Demographic and Labour Model, Economic Model, National Health Expenditure Model and Government Model. Several information from various sources were retrieved for example; population and economic information from National Economic and Social Development Board, Labour statistic from National Statistical Office, National Health Account of Thailand 1994-2001 and Government expenditure from the Comptroller General's Department, Ministry of Finance. Moreover, many possible assumptions were applied in these models and three scenarios of reducing UC expenditure and/or ensuring adequate budget for UC were created in order to illustrate financial implication.

The model estimates showed that the total national health expenditure was around 3.50% of GDP in 2004, it would increase to 3.64 and 3.88 % of GDP in 2010 and 2020, respectively. The first scenario simulated the effects of the suggested revenue increases by introducing personal health tax and additional excise tax on tobacco, alcohol and beer which some proportion automatically earmarked to UC Fund. This scenario resulted in substantial reductions in the government budget subsidy to the Scheme compared to status quo. The second scenario was produced based on assumptions that Social Security Office would expand its coverage to non-working spouse and dependents of the contributors. Its effects were that the expenditure of UC reduces by around 9,210 million baht in 2005. The first and second scenarios. when combined together into the third scenario suggested, it showed that UC almost fund by itself with few budget subsidy from government.

Three policy recommendations on the Scheme financial reform was provided. First, an earmarked sin tax with or without increase in the sin tax rate. Second, the expansion social security scheme health benefit to non working spouse and dependents of the contributors. This could be done without increasing contribution. The last was the reform of Traffic Accident Protection Act (TAP). The Department of Land Transport would be outsourced to collect premium from car owners, during the mandatory annual renewal of car license, this would enhance law enforcement. The scheme would cover all victims by either insured and uninsured cars.

Key words: Long term projection, Universal health care coverage, Earmarked sin tax, Personal health tax

สารบัญ

กิตติกรรมประกาศ	i
บทคัดย่อ	ii
Abstract.....	iii
สารบัญ.....	iv
สารบัญตาราง	v
สารบัญรูปภาพ	vi
บทนำ	1
วัตถุประสงค์	2
วิธีการศึกษา	2
ส่วนที่หนึ่ง: แบบจำลอง (Model)	2
ส่วนที่สอง: สมมติฐาน (Assumption)	3
ส่วนที่สาม: ฉากทัศน์ (Scenario).....	4
ผลการศึกษา	5
รายจ่ายสุขภาพของประเทศไทย 2547-2563.....	5
รายรับรายจ่ายของโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า	6
แหล่งเงินของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	8
ข้อเสนอเชิงนโยบาย.....	9
มาตรการที่ 1	9
มาตรการที่ 2	10
มาตรการที่ 3	10
อภิปราย	11
ข้ออภิปรายเชิงเทคนิค	11
ข้ออภิปรายเชิงนโยบาย	11
เอกสารอ้างอิง.....	12

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 จากทัศนที่สร้างขึ้นในแบบจำลองการเงินการคลังสุขภาพสำหรับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. 5	
ตารางที่ 2 ประมาณการรายจ่ายสุขภาพของประเทศไทย, ล้านบาท	6

สารบัญรูปภาพ

รูปที่ 1 แบบจำลองสี่แบบสำหรับการพยากรณ์ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ.....	3
รูปที่ 2 รายจ่ายสุขภาพของประเทศไทยเทียบกับต่างประเทศ (ข้อมูลจริง ปี 2540-46 และตัวเลขจากการคำนวณ ปี 2545-2552)	6
รูปที่ 3 รายรับและรายจ่ายของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 2547-2563 จากการประมาณการด้วยแบบจำลอง (ปี 2546 เป็นตัวเลขจากข้อมูลจริง)	8
รูปที่ 4 แหล่งที่มาของรายรับสำหรับโครงการหลักประกันสุขภาพจากการประมาณการ	9

บทนำ

การปฏิรูประบบประกันสุขภาพครั้งใหญ่ของประเทศไทยเกิดขึ้นจากการให้ข้อมูลด้านวิชาการอย่างรอบด้านแก่นักการเมือง จนกระทั่งมีการยอมรับให้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (หรือที่ทราบทั่วไปว่า โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค) เป็นนโยบายของพรรคไทยรักไทยในการหาเสียงเลือกตั้ง¹ หลังจากพรรคไทยรักไทยได้รับชัยชนะในการเลือกตั้งในเดือนมกราคม 2544 จากนั้นจึงได้เริ่มดำเนินการโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเต็มพื้นที่ทั่วประเทศไทยในเดือนตุลาคม 2544 ต่อมาในเดือนพฤศจิกายน 2545 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2545 ได้ผ่านการรับรองจากสภา เมื่อมีการรับรองนโยบายด้วยการตราให้เป็นกฎหมายเช่นนี้ ก็เท่ากับเป็นการยืนยันถึงความยั่งยืนของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่จะคงอยู่ต่อไปในอนาคต

โครงการนี้ครอบคลุมประชากรไทยทุกคนที่ไม่มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและประกันสังคม ประชาชนสามารถรับการบริการรักษายาบาลได้ที่สถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้ ประชาชนมีส่วนร่วมจ่ายร่วม 30 บาทต่อครั้งการใช้บริการ แหล่งเงินหลักของโครงการฯ มาจากเงินภาษีทั่วไปที่เป็นเงินงบประมาณประจำปีของรัฐบาล โดยรัฐบาลให้การอุดหนุนตามอัตราเหมาจ่ายรายหัวควบกับจำนวนประชาชนที่ขึ้นทะเบียน เป็นที่ประจักษ์ว่าสำนักงานประมาณไม่ได้อนุมัติเงินอัตราเหมาจ่ายรายหัวให้เต็มจำนวนที่คำนวณได้ทางวิชาการจากฐานข้อมูลจริงที่มีอยู่ ดังเช่น ปีงบประมาณ 2547 ตัวเลขทางวิชาการเท่ากับ 1,447² บาทต่อครั้งต่อคนต่อปี แต่มีการปรับลดตัวเลขด้วยอัตราการใช้สิทธิทำให้อัตราเหมาจ่ายลดลงเป็นเท่ากับ 1,308³ บาทต่อครั้งต่อคนต่อปี

จากบทความวารสารต่างประเทศ นักวิชาการต่างประเทศร่วมกับนักวิชาการไทยได้นำเสนอแนวคิดสามประการ⁴ ต่อการจัดการด้านการเงินการคลังภายใต้อัตราเหมาจ่ายรายหัวที่ได้รับอุดหนุนอย่างจำกัดของประเทศไทย ดังนี้ (1) การเปลี่ยนแปลงชุดสิทธิประโยชน์ ซึ่งยากในทางการเมือง (2) ให้มีแหล่งเงินอื่นเพิ่มเติม เช่น การเพิ่มการจ่ายร่วมจากผู้มีรายได้มากหรือการจ่ายร่วมบริการบางประเภท หรือ การเก็บเงินสมทบจากผู้มีสิทธิ หรือ การกำหนดภาษีเฉพาะ (3) ขยายความคุ้มครองของประกันสังคมไปยังคู่สมรสและบุตรของผู้ประกันตน เพื่อเป็นการลดจำนวนคนในโครงการฯ จากแนวคิดเหล่านี้ นักวิจัยเล็งเห็นความสำคัญของการประมาณการรายจ่ายโครงการฯ ในระยะยาวที่เป็นเครื่องมือแสดงให้เห็นตัวเลขเป็นรูปธรรมเพื่อความเข้าใจง่ายต่อข้อเสนอต่างๆ ว่าเป็นไปได้อหรือไม่ อย่างไร ทั้งนี้เพื่อเป็นการนำเสนอทางเลือกเชิงนโยบายที่สำคัญต่อแหล่งการเงินการคลังของโครงการฯต่อไปในอนาคต

การวางแผนปฏิรูปการเงินการคลังระบบสุขภาพของประเทศไทยในอนาคตเป็นสิ่งที่สำคัญมาก ต้องการความเชี่ยวชาญพิเศษ สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ จึงขอความร่วมมือผ่านไปยังองค์การแรงงานระหว่างประเทศ เพื่อขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญด้านคณิตศาสตร์ประกันภัย ซึ่งประเทศไทยได้รับการตอบรับที่ดีมาก โดยนายไมเคิล ชิซอน (Michael Cichon) ผู้อำนวยการด้านการเงิน คณิตศาสตร์ประกันภัยและสถิติ ในแผนกความมั่นคงทางสังคม องค์การแรงงานระหว่างประเทศ สำนักงานใหญ่กรุงเจนีวา (Director of Finance, Actuarial and Statistical Service in Social Security Department (SOC/FAS), International Labour Organization: ILO, Geneva) ได้เดินทางมาประเทศไทยด้วยงบประมาณของ ILO เพื่อร่วมทำการศึกษาแก่นักวิจัยสำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ในระหว่างวันที่ 23-27 กุมภาพันธ์ 2547 จนกระทั่งได้แบบจำลองการเงินการคลังระบบสุขภาพไทยชุดแรก จากนั้นได้มีการทำงานร่วมกันเพื่อพัฒนาแบบจำลองจนเสร็จ และมีการตีพิมพ์ด้วยภาษาอังกฤษเป็นเอกสารวิชาการด้านเทคนิคของ ILO⁵ บทความนี้จึงเป็นการเรียบเรียงเฉพาะส่วนที่สำคัญของวิธีการจัดทำแบบจำลองการเงินการคลังสุขภาพชุดเดียวกันกับเอกสารวิชาการ ILO ให้เป็นภาษาไทย และเพิ่มเติมข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการปฏิรูปที่เรียบเรียงขึ้นใหม่จากนักวิจัยของสำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ โดยบทความนี้เป็นตอนที่ 1 จากทั้งหมดสี่ตอนในชุดวิจัยการเงินการคลังระยะยาวระบบสุขภาพไทย โดยบทความตอนที่ 2 เป็นการเสนอทางเลือกแหล่งการคลังสำหรับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตอนที่ 3 เป็นการวิเคราะห์เชิงนโยบายของการจ่ายร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และตอน

สุดท้าย ตอนที่ 4 ข้อเสนอเพื่อการปฏิรูปพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถในบริบทของการประกันสุขภาพถ้วนหน้า

วัตถุประสงค์

1. ประมาณการค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดของประเทศไทยในระยะยาว
2. ประมาณการรายรับและรายจ่ายในระยะยาวของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อใช้เป็นเครื่องมือแสดงให้เห็นสถานะการเงินการคลังของโครงการฯในอนาคต
3. เสนอทางเลือกแหล่งการเงินการคลังของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
4. ให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการปฏิรูปแหล่งการเงินการคลังของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

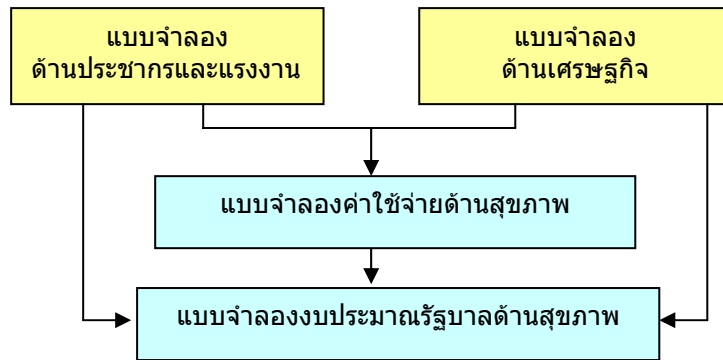
วิธีการศึกษา อธิบายเป็นสามส่วนหลัก ได้แก่ ส่วนที่หนึ่งแบบจำลองที่ใช้ในการประมาณการรายรับรายจ่ายสุขภาพ ส่วนที่สองข้อสมมติฐานต่างๆในแบบจำลอง และส่วนที่สามฉากทัศน์ที่สร้างขึ้น

ส่วนที่หนึ่ง: แบบจำลอง (Model) การประมาณการค่าใช้จ่ายสุขภาพของประเทศไทยใช้วิธีการพยากรณ์ไปข้างหน้าตามหลักการการประมาณการงบประมาณทางสังคมขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ⁶ (ILO's social budgeting models) ที่มีการสร้างแบบจำลอง(model) 4 แบบ ดังแสดงความสัมพันธ์ในรูปที่ 1 โดยใช้ข้อมูลพื้นฐานปี 2543-2546 เท่าที่มีอยู่ เพื่อประมาณการข้อมูลในปี 2547-2563 ตามข้อสมมติฐาน (Assumption) ต่างๆที่กำหนดขึ้นอย่างเหมาะสมและเป็นไปได้ สมมติฐานแต่ละอย่างในแต่ละแบบจำลองต้องเข้ากันได้เพื่อให้ได้ผลของการประมาณการออกมาสอดคล้องกันและมีความเป็นไปได้

1. **แบบจำลองด้านประชากรและขนาดแรงงาน (Demographic and Labour Force Model)** เป็นแบบจำลองที่อ้างอิงข้อมูลประชากรจากการประมาณการประชากรจำแนกตามเพศและกลุ่มอายุทั่วราชอาณาจักร: ข้อสมมติภาวะเจริญพันธุ์ระดับปานกลาง ปี 2543-2568 ของสำนักพัฒนาสังคมและคุณภาพชีวิต สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ⁷ พร้อมทั้งข้อมูลตลาดแรงงาน โครงสร้างกำลังแรงงาน การมีส่วนร่วมในกำลังแรงงาน การมีงานทำ การว่างงาน และ ค่าจ้างและสวัสดิการแรงงาน จากข้อมูลสถิติแรงงาน ปี 2539-2546 ในโครงการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร⁸ โดยกำหนดใช้ข้อมูลปี 2546 เป็นปีฐานในการคำนวณ
2. **แบบจำลองด้านเศรษฐกิจ (Economic Model)** เป็นแบบจำลองภาวะการเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศโดยใช้ข้อมูลที่สำคัญ เช่น ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (Nominal Gross Domestic Production: GDP) การเติบโตของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP Growth) อัตราเงินเฟ้อ (Consumer Price Index: CPI) และ GDP Deflator ปี 2540-2546 จากข้อมูลเศรษฐกิจมหภาคในข้อมูลเศรษฐกิจและสังคม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ⁹ จากนั้นคำนวณหาผลผลิตแรงงาน (Labour Productivity) และ ค่าจ้างแรงงานเป็นร้อยละต่อผลิตภัณฑ์มวลรวม (the wage share at GDP)
3. **แบบจำลองค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (National Health Budget Model)** เป็นแบบจำลองประมาณการรายจ่ายสุขภาพของประเทศไทย โดยการอ้างอิงข้อมูลบัญชีรายจ่ายสุขภาพประชาชาติของประเทศไทย ปี 2537-2544¹⁰ ซึ่งแบ่งรายจ่ายเป็นสองกลุ่มใหญ่ คือ ก) เงินภาครัฐ ประกอบด้วยสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ประกันสังคม โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และ ค่าใช้จ่ายด้านวิชาการต่างๆนอกเหนือจากโครงการฯ (non-UC budget) และ ข) เงินนอกภาครัฐ ประกอบด้วย รายจ่ายโดยตรงจากครัวเรือน ประกันสุขภาพบริษัทเอกชน พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ และอื่นๆ นอกจากนี้ยังต้องใช้ข้อมูลอัตราเหมาจ่ายรายหัว ปีงบประมาณ 2545 ให้เท่ากับที่ได้รับอุดหนุน 1,202¹¹ บาทต่อคนต่อปี ปี 2546 ให้เท่ากับ 1,311 บาทต่อคนต่อปี (1,202 บาท

ด้วย 5,000 ล้านบาทที่ได้ปลายปีหาร 46 ล้านคน) และ 2547 กำหนดให้เท่ากับ 1,414 บาทต่อคนต่อปี (ประมาณการจากการที่ได้รับอนุมัติ 1,308 บาทต่อคนต่อปีในตอนต้นปีงบประมาณ และคาดว่าจะไต่กลางเพิ่มเติมปลายปี)

4. **แบบจำลองงบประมาณของรัฐบาล (Government Budget Model)** เป็นแบบจำลองที่เน้นรายจ่ายด้านสุขภาพเป็นการเชื่อมโยงระหว่างเงินงบประมาณภาครัฐที่มีอยู่เทียบกับความต้องการใช้เงินด้านสุขภาพ โดยการอ้างอิงข้อมูลรายรับรายจ่ายงบประมาณประจำปี 2539-2546 จากรายงานงบประมาณประจำปี กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง^{12, 13}



รูปที่ 1 แบบจำลองสำหรับพยากรณ์ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

ส่วนที่สอง: สมมติฐาน (Assumption) ข้อสมมติฐานสำคัญที่ใช้ในการศึกษาจำแนกตามแบบจำลองมีดังนี้

1. **สมมติฐานสำหรับแบบจำลองประชากรและแรงงาน**

- การมีส่วนร่วมในกำลังแรงงานของผู้หญิงกำหนดให้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 64 ในปี 2546 เป็นร้อยละ 71 ในปี 2563 ส่วนแรงงานชายกำหนดให้ข้อมูลสถิติปี 2546 ที่ร้อยละ 81 ไปตลอดเวลาการพยากรณ์

2. **สมมติฐานสำหรับแบบจำลองเศรษฐกิจ**

- Real GDP มีการเพิ่มขึ้นตามอัตราที่เป็นอยู่ไปจนกระทั่งเป็นร้อยละ 4 ในปี 2553-2563
- กำหนดให้มีการเพิ่มของผลผลิตแรงงาน (Labour Productivity Growth) เป็นร้อยละ 3 ในปี 2547 แล้วลดลงเหลือร้อยละ 2.3 ในปี 2563

3. **สมมติฐานสำหรับแบบจำลองค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ**

- รายจ่ายของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากำหนดให้มีแปรไปตามสามปัจจัย ได้แก่
 - จำนวนประชากร อันเป็นผลมาจากแบบจำลองประชากร และทางเลือกที่สร้างขึ้นซึ่งจะกล่าวถึงต่อไป
 - ต้นทุนการรักษาพยาบาล แบ่งเป็นสองส่วนเท่าๆกัน คือ ค่าแรงและค่าวัสดุ ค่าแรงกำหนดให้เพิ่มขึ้นมากกว่าการเพิ่มค่าแรงปกติร้อยละ 2 ส่วนค่าวัสดุกำหนดให้เพิ่มขึ้นมากกว่าอัตราเงินเฟ้อร้อยละ 1 ซึ่งอาจเป็นการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีสุขภาพ
 - อัตราการใช้บริการในสถานพยาบาล ที่คำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงของอายุและโครงสร้างประชากร และกำหนดให้มีการเพิ่มขึ้นร้อยละ 2 ต่อปีในปี 2546-2548 เนื่องจากประชาชนเข้าถึงบริการได้มากขึ้น จากนั้นให้เพิ่มขึ้นร้อยละ 1 ต่อปีในปี 2549-2563 ซึ่งอาจเป็นความจำเป็นด้านสุขภาพที่มากขึ้น เช่น โรคเอดส์
- รายจ่ายของระบบประกันสังคม กำหนดให้มีการแปรตามสามปัจจัยเช่นเดียวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่อัตราการใช้บริการกำหนดให้เพิ่มร้อยละ 1 ต่อปี ในปี 2547-2563

- รายจ่ายทั้งหมดของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กำหนดให้มีการแปรไปตามการเปลี่ยนแปลงประชากรในกลุ่มนี้ อัตราเงินเฟ้อ และกำหนดรายจ่ายเพิ่มขึ้นร้อยละ 5 (ซึ่งยังน้อยกว่าอัตราการเพิ่มขึ้นที่ผ่านมเฉลี่ยร้อยละ 8 ต่อปี)
- รายจ่ายที่จ่ายจากครัวเรือนโดยตรง กำหนดให้แปรตามการเพิ่มขึ้นของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ

4. **สมมติฐานสำหรับแบบจำลองงบประมาณของรัฐบาล** กำหนดให้แปรตามการเพิ่มขึ้นของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ

ส่วนที่สาม: จากทัศน์ (Scenario) กำหนดการสร้างจากทัศน์เพื่อประเมินรายรับ-รายจ่ายของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยอยู่ภายใต้สองแนวทาง คือ การเพิ่มรายรับ และ/หรือ การลดรายจ่าย เพื่อให้เกิดความสมดุลในการบริหารกองทุนสุขภาพ¹⁴

1. การเพิ่มรายรับ ซึ่งหมายถึงการมีแหล่งเงินอื่นเพิ่มเติมจากเงินงบประมาณประจำปีที่โครงการได้รับอยู่ในสภาพปัจจุบันการเพิ่มรายรับสามารถทำได้หลายวิธีการตามมาตรา 39 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2545 ซึ่งมีการวิเคราะห์ศักยภาพและความเป็นไปได้ในการเป็นแหล่งการคลังของโครงการฯ ในมาตรา 39 สรุปได้ ดังนี้
 - **การเพิ่มการจ่ายร่วม** พบว่า การจ่ายร่วมไม่ใช่เครื่องมือในการสร้างแหล่งการคลังสุขภาพที่มีนัยสำคัญสำหรับโครงการฯ เมื่อเทียบกับงบประมาณทั้งหมด บัตรทองสำหรับผู้ที่ต้องจ่ายร่วมและสำหรับผู้ที่ไม่ต้องจ่ายร่วมที่เป็นอยู่ในขณะนี้ยังไม่ตรงเป้าหมาย ผู้ที่มีฐานะยากจนอีกจำนวนมากต้องรับภาระการจ่ายร่วมทั้งที่เขาเหล่านั้นควรได้รับการยกเว้นการจ่ายร่วม เป้าหมายหลักของการจ่ายร่วมเป็นการกระตุ้นให้มีการใช้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ ป้องกันการใช้บริการที่เกินจำเป็น จึงมีข้อเสนอว่า สิ่งที่ต้องดำเนินการก่อนอื่นคือ การประเมินและทบทวนการออกบัตรทองทั้งประเภทมี ท. (ยกเว้นการจ่ายร่วม) และไม่มี ท. (ต้องจ่ายร่วม 30 บาท) เพื่อให้ตรงกับกลุ่มเป้าหมายมากที่สุด ก่อนที่จะมีการปฏิรูปการจ่ายร่วมใดๆ¹⁵
 - **การเก็บเงินสมทบจากผู้มีสิทธิ** มีความเป็นไปได้ในทางการเงิน แต่มีความยุ่งยากในการจัดการ¹⁶ นอกจากนี้ในการสอบถามความเห็นจากผู้สันทัดกรณียังพบว่ามีความเป็นไปได้น้อยที่ เนื่องจากการยอมรับของสังคมน้อย และ ความยุ่งยากในการดำเนินการ¹⁷
 - **การเพิ่มภาษีหรือ เหล้า และเบียร์** เป็นแหล่งที่มีความเป็นไปได้มากที่สุด จากความเป็นไปได้ทางการเมืองมีมาก การยอมรับทางสังคมสูง มีความยั่งยืนในการเป็นแหล่งเงิน และ การดำเนินการทำได้ง่าย¹⁷
 - **เงินจากองค์กรปกครองท้องถิ่น** มีศักยภาพในการเป็นแหล่งเงินได้ แต่ในสภาพปัจจุบันยังไม่น่าเป็นไปได้ แหล่งเงินอื่นๆ ที่มีระบุในมาตรา 39 นั้นไม่มีศักยภาพที่จะเป็นแหล่งเงินหลักของโครงการได้¹⁷
2. การลดรายจ่าย ทำได้ทั้งการลดจำนวนผู้มีสิทธิและการลดชุดสิทธิประโยชน์ นักวิจัยเห็นด้วยที่ต่อการเสนอแนวคิดการขยายความคุ้มครองของประกันสังคมไปยังคู่สมรสและบุตรของผู้ประกันตนซึ่งจะเป็นการลดจำนวนสมาชิกของโครงการฯ แต่นักวิจัยไม่เสนอการขยายความคุ้มครองไปยังผู้ใช้แรงงานนอกระบบ (ซึ่งเป็นกลุ่มคนเดียวกันกับการเก็บเงินสมทบเพิ่มในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพียงแต่โอนคนกลุ่มนี้มาอยู่ในความรับผิดชอบของประกันสังคม) เนื่องจากมีความยุ่งยากในการดำเนินงานมากจึงไม่น่าเป็นไปได้ ส่วนการลดชุดสิทธิประโยชน์นั้นไม่น่าเป็นไปได้ทางการเมือง อีกทั้งชุดสิทธิประโยชน์ที่มิใช่ก็เป็นชุดสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมพอควรระดับหนึ่ง ควรคงไว้เช่นเดิมหรือให้มีการขยายชุดสิทธิประโยชน์เพิ่มขึ้น

ดังนั้น จากทัศน์ที่สร้างขึ้นสำหรับการศึกษาระบบจำลองครั้งนี้จึงเป็นไปทั้งสองด้าน ทั้งเพิ่มรายรับและ/หรือ ลดรายจ่าย ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ฉากทัศน์ที่สร้างขึ้นในแบบจำลองการเงินการคลังสุขภาพสำหรับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

	สภาพปัจจุบัน	ฉากทัศน์ที่ 1	ฉากทัศน์ที่ 2	ฉากทัศน์ที่ 3
รายจ่าย				
• จำนวนผู้มีสิทธิ	คงเดิม	คงเดิม	ลดลงจากการขยายความคุ้มครองประกันสังคมไปยังคู่สมรสและบุตรของผู้ประกันตน	ลดลงจากการขยายความคุ้มครองประกันสังคมไปยังคู่สมรสและบุตรของผู้ประกันตน
• ขุดสิทธิประโยชน์	คงเดิม	คงเดิม	คงเดิม	คงเดิม
รายรับ				
• การจ่ายร่วม	คงเดิม	คงเดิม	ลดลงตามจำนวนผู้มีสิทธิที่เปลี่ยนไป	ลดลงตามจำนวนผู้มีสิทธิที่เปลี่ยนไป
• ภาษีที่เพิ่มขึ้น	ไม่มี	มีภาษีที่เพิ่มขึ้น	ไม่มี	มีภาษีที่เพิ่มขึ้น

จำนวนผู้มีสิทธิลดลงจากการขยายความคุ้มครองประกันสังคมไปยังคู่สมรสและบุตรของผู้ประกันตนกำหนดให้มีการดำเนินการในปี 2548 อ้างอิงจำนวนคู่สมรสและบุตรของผู้ประกันตน 6.04 ล้านคนในปี 2548 จากการคาดการณ์ของผู้เชี่ยวชาญคณิตศาสตร์ประกันภัยของ ILO กรุงเทพฯ

การเก็บภาษีที่เพิ่มขึ้นกำหนดให้มีการเพิ่มภาษีบุหรี่ เหล้า เบียร์ และภาษีสุขภาพ จากนั้นกันไว้เป็นการเฉพาะ (Earmarked tax) ให้กับโครงการฯ มีสมมติฐาน ดังนี้

- ภาษีบุหรี่ (Tobacco tax) ให้มีการเพิ่มภาษีร้อยละ 100 คาดว่ามีผลให้การบริโภคลดลงร้อยละ 20 ทำให้เก็บภาษีได้เพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 60 เท่านั้น จากนั้นตัดเงินภาษีบุหรี่สองในสามของภาษีที่เก็บได้ให้แก่โครงการฯ เป็นการประจำ
- ภาษีสุราและเบียร์ (Alcohol and Beer tax) ให้มีการเพิ่มภาษีร้อยละ 50 คาดว่ามีผลให้การบริโภคลดลงร้อยละ 20 ทำให้เก็บภาษีได้เพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 20 เท่านั้น จากนั้นตัดเงินครึ่งหนึ่งของภาษีที่เก็บได้ให้แก่โครงการฯ เป็นการประจำ
- ภาษีเฉพาะเพื่อสุขภาพ (Personal Health tax) สำหรับผู้ที่เป็สมาชิกในโครงการฯและมีฐานการเสียภาษีประจำปีเท่านั้น กำหนดให้เก็บภาษีร้อยละ 10 ของอัตราเหมาจ่ายรายหัว
- กำหนดให้มีการเก็บภาษีเพิ่มในปี 2548 อย่างค่อยเป็นค่อยไป คือทำได้ผลร้อยละ 25 ในปี 2548 เพิ่มเป็นร้อยละ 50 และ 75 ในปี 2549 และ 2550 จากนั้นดำเนินการได้เต็มที่ร้อยละ 100 ในปี 2551 เป็นต้นไป

ผลการศึกษา

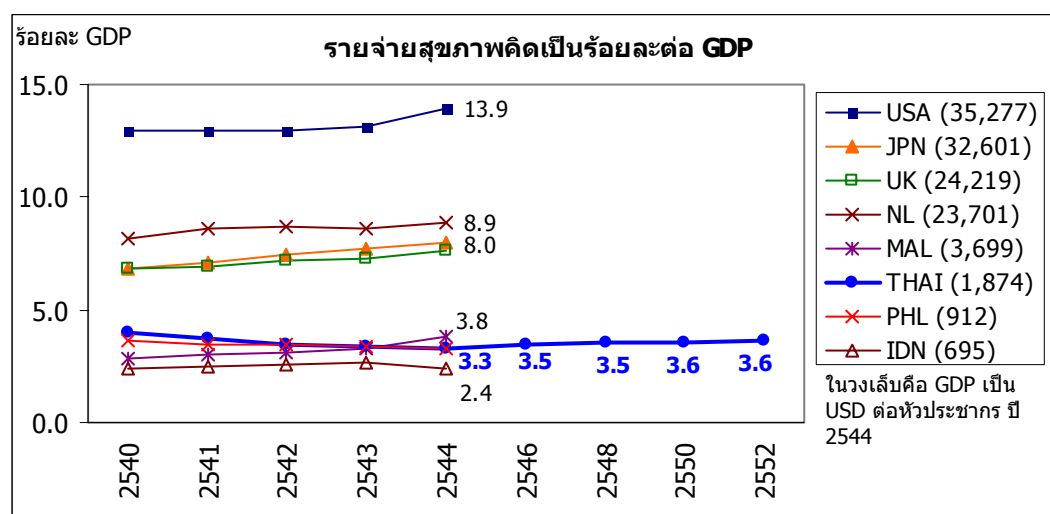
รายจ่ายสุขภาพของประเทศไทย 2547-2563

จากแบบจำลองที่พัฒนาขึ้นเพื่อประมาณค่าใช้จ่ายสุขภาพของประเทศไทย พบว่า การประมาณการตามสภาพปัจจุบัน (Status Quo) รายจ่ายสุขภาพของประเทศไทยทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 3.50 ของ GDP ในปี 2547 จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 3.64 และ 3.88 ในปี 2553 และ 2563 ตามลำดับ รายจ่ายสุขภาพทั้งหมดมีอัตราการเติบโตประมาณร้อยละ 6-8 ต่อปี ซึ่งเป็นอัตราที่ไม่สูง (ตารางที่ 2) ผลการประมาณการรายจ่ายสุขภาพไทยในอนาคตเป็นการประมาณการที่มีนัยสำคัญมาก ทั้งนี้เนื่องจากสองปัจจัยหลัก คือ การตั้งสมมติฐานการเติบโตของ Real GDP ในระดับสูงอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงเวลาการประมาณการ และ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นเงินส่วนใหญ่ของรายจ่ายสุขภาพจากภาครัฐ ซึ่งกลไกการเงินแบบอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่ใช้ในโครงการฯเป็นกลไกที่ควบคุมรายจ่ายสุขภาพได้ดีมาก จึงมีส่วนอย่างมากในการควบคุมเงินรายจ่ายสุขภาพของทั้งประเทศ รายจ่ายที่ประมาณการนี้จึงเป็นรายจ่ายขั้นต่ำและอยู่ในวิสัยทางการคลังของประเทศ

ตารางที่ 2 ประมาณการรายจ่ายสุขภาพของประเทศไทย, ล้านบาท

รายจ่ายสุขภาพ	2547	2548	2549	2550	...	2553	...	2563
1. สวัสดิการข้าราชการ	27,734	29,703	31,812	34,070		41,855		83,107
2. ประกันสังคม	14,049	15,856	18,639	20,613		27,501		69,481
3. โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	67,378	73,136	80,037	85,646		104,955		197,766
4. รายจ่ายสาธารณสุขอื่นๆ	25,995	27,627	29,291	31,043		36,531		61,096
รายจ่ายภาครัฐ	135,156	146,321	159,778	171,372		210,841		411,450
รายจ่ายนอกภาครัฐ	79,395	84,515	89,847	95,388		113,198		199,317
รายจ่ายสุขภาพทั้งหมด	214,551	230,836	249,625	266,760		324,039		610,767
Nominal GDP (พันล้านบาท)	6,130	6,556	6,999	7,455		8,902		15,751
รายจ่ายสุขภาพทั้งหมดคิดเป็นร้อยละต่อ GDP	3.50%	3.52%	3.57%	3.58%		3.64%		3.88%
อัตราการเติบโตของรายจ่ายสุขภาพ (ร้อยละต่อปี)		7.59%	8.14%	6.86%		6.62%		6.65%

เปรียบเทียบรายจ่ายสุขภาพของประเทศไทยกับต่างประเทศซึ่งเป็นข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก¹⁸ ประเทศไทยมีรายจ่ายสุขภาพคิดเป็นร้อยละต่อ GDP ในระดับต่ำเมื่อเทียบกับประเทศที่ร่ำรวยเช่น สหรัฐอเมริกา (ร้อยละ 13.9) เนเธอร์แลนด์ (ร้อยละ 8.9) ญี่ปุ่น (ร้อยละ 8.0) อังกฤษ (ร้อยละ 7.6) แต่เป็นระดับที่ใกล้เคียงกับเพื่อนบ้านเช่น มาเลเซีย (ร้อยละ 3.8) ฟิลิปปินส์ (ร้อยละ 3.3) อินโดนีเซีย (ร้อยละ 2.4) รูปที่ 2 ประเทศไทยยังสามารถใช้จ่ายด้านสุขภาพได้มากขึ้นกว่านี้ เมื่อเทียบกับประเทศอื่นในระดับการพัฒนาเดียวกัน องค์การอนามัยโลกแนะนำว่า รายจ่ายสุขภาพไม่ควรต่ำกว่าร้อยละ 5 ต่อ GDP จึงจะเพียงพอในการพัฒนาสุขภาพของคนในประเทศนั้นๆ



รูปที่ 2 รายจ่ายสุขภาพของประเทศไทยเทียบกับต่างประเทศ (ข้อมูลจริง ปี 2540-46 และตัวเลขจากการคำนวณ ปี 2545-2552)

รายรับรายจ่ายของโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า

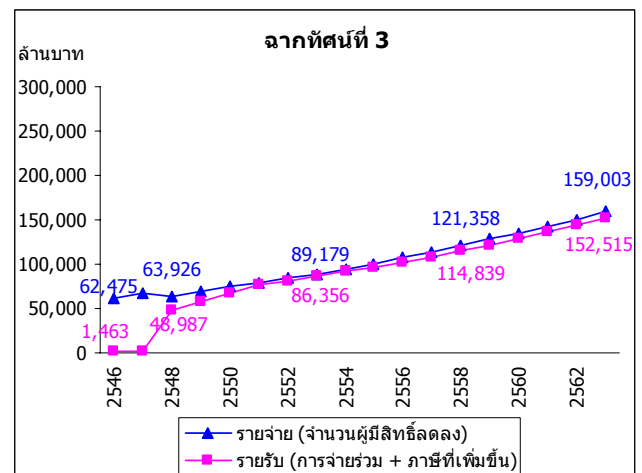
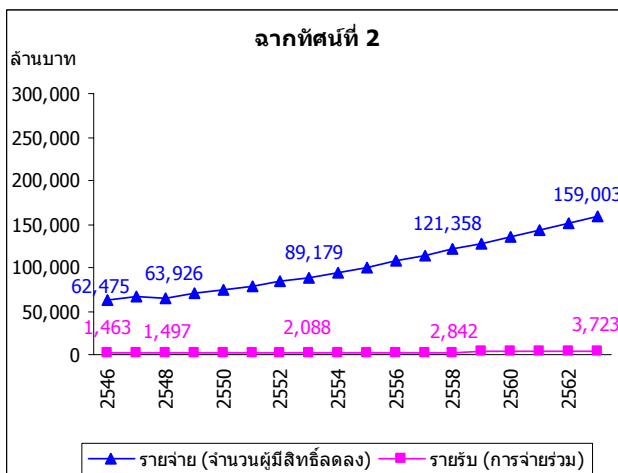
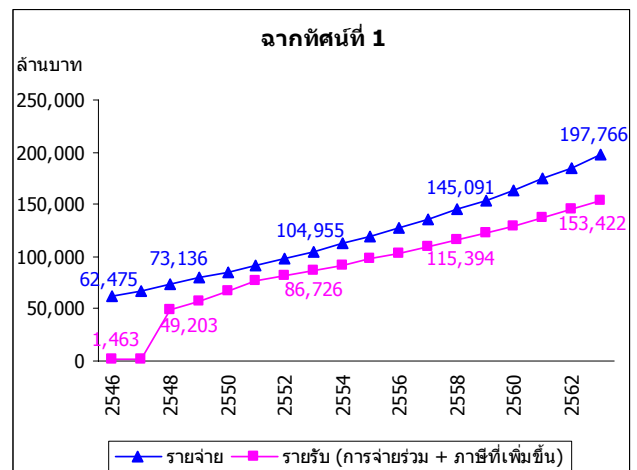
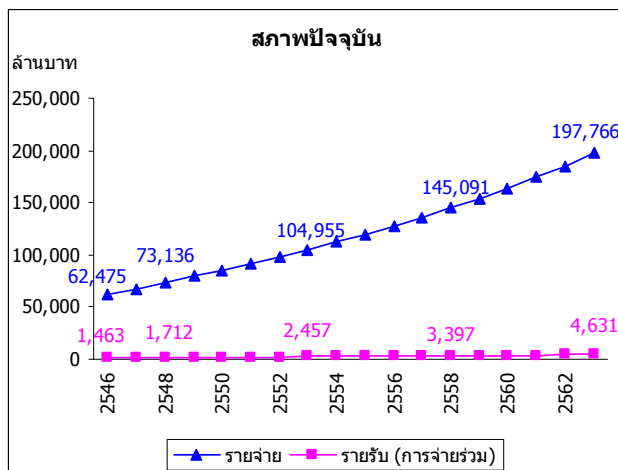
รูปที่ 3 แสดงการประมาณรายรับ (เส้นกราฟสี่เหลี่ยม) และรายจ่าย (เส้นกราฟสามเหลี่ยม) ของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ปี 2547-2563 ตามฉากทัศน์ต่างๆที่สร้างขึ้น การประมาณการสำหรับสภาพปัจจุบัน (Status Quo) กราฟซ้ายบน พบว่า โครงการมีรายจ่ายทั้งสิ้น 73,136 ล้านบาท ในปี 2548 และเพิ่มขึ้นเป็น 104,955 ล้านบาท ในปี 2553 และ เป็น 197,766 ล้านบาทในปี 2563 หรือคิดเป็นร้อยละ 1.12, 1.18 และ 1.26 ของ GDP ในปี 2548, 2553 และ 2563 ตามลำดับ การประมาณการในสภาพปัจจุบันนี้ โครงการมีรายได้จากการจ่ายร่วมซึ่งมีน้อยมากเพียงร้อยละ 2.3 ของความต้องการเงินทั้งโครงการฯ ส่วนต่างระหว่างรายจ่ายกับรายได้จากการจ่ายร่วม (หรือที่เห็นเป็น

ความห่างระหว่างเส้นกราฟในแต่ละปี) คือ จำนวนเงินที่รัฐต้องสนับสนุนให้แก่โครงการฯ ด้วยเงินงบประมาณประจำปี จำนวน 71,424 ล้านบาทในปี 2548 เพิ่มขึ้น 102,498 ล้านบาทในปี 2553 และ เพิ่มขึ้น 193,135 ล้านบาทในปี 2563

จากทัศน์ที่ 1 (กราฟขวบน) รายจ่ายของโครงการมีเท่ากับสภาพปัจจุบัน ส่วนรายรับได้จากการจ่ายร่วมบวกกับการมี ภาษีสุรา และเบียร์ที่เก็บเพิ่มแล้วตัดเงินภาษีที่กำหนดไว้เฉพาะส่วนหนึ่งส่งให้แก่โครงการเป็นประจำ (earmarked sin tax) และเงินภาษีสุขภาพ (personal health tax) โครงการจะมีรายรับเข้ามาเท่ากับ 49,203, 86,726 และ 153,422 ล้านบาท ในปี 2548, 2553 และ 2563 ตามลำดับ และทำให้มีความต้องการเงินอุดหนุนจากงบประมาณ ประจำปีของรัฐเหลือเพียง 23,933, 18,229 และ 44,344 ล้าน ในปี 2548, 2553 และ 2563 เห็นชัดว่าความห่าง ระหว่างเส้นกราฟรายจ่ายกับรายรับน้อยลงมากเมื่อเทียบกับสภาพปัจจุบัน

จากทัศน์ที่ 2 (กราฟซ้ายล่าง) จำนวนผู้มีสิทธิในโครงการลดลงจากการขยายความคุ้มครองประกันสังคมไปสู่คู่สมรส และบุตรของผู้ประกันตน (ประมาณ 6 ล้านคนในปี 2548, 7 ล้านคนในปี 2553 และ เกือบ 10 ล้านคนในปี 2563) ทำให้รายจ่ายของโครงการฯ ลดลงเมื่อเทียบกับสภาพปัจจุบัน (เส้นกราฟรายจ่ายของโครงการฯลดลงเมื่อเทียบกับสภาพ ปัจจุบัน) โดยลดลงได้ประมาณ 9,210, 15,776 และ 38,763 ล้านบาทในปี 2548, 2553 และ 2563 ตามลำดับ ซึ่ง รายรับจากการจ่ายร่วมก็ลดลงด้วยเช่นกันจากจำนวนผู้มีสิทธิที่ลดลง

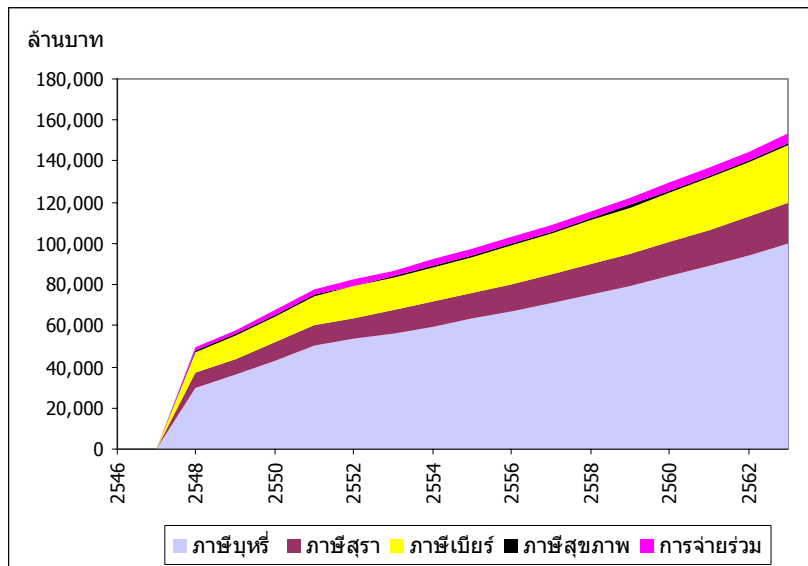
จากทัศน์ที่ 3 (กราฟขวาล่าง) เป็นการผสมระหว่างจากทัศน์ที่ 1 และ 2 เข้าด้วยกัน นั่นคือ หากเทียบกับสภาพปัจจุบัน โครงการจะมีรายจ่ายลดลงจากการขยายความคุ้มครองประกันสังคมไปสู่คู่สมรสและบุตรของผู้ประกันตน และโครงการ จะมีรายรับจากการจ่ายร่วม การขึ้นภาษีสุรา และเบียร์ แล้วตัดเงินภาษีที่กำหนดไว้เฉพาะส่วนหนึ่งส่งให้โครงการ เป็นประจำ และการเก็บภาษีสุขภาพ ซึ่งจากมาตรการทั้งการลดรายจ่ายผนวกกับการเพิ่มรายรับเข้ามาในโครงการเป็น การเฉพาะเช่นนี้ ทำให้โครงการมีความต้องการเงินอุดหนุนจากงบประมาณประจำปีน้อยมากหรือเกือบไม่มีเลยเมื่อเทียบกับ สภาพปัจจุบัน (เห็นได้ชัดจากเส้นกราฟรายรับและรายจ่ายเกือบชิดติดกัน) โดยมีความต้องการงบประมาณเพียง 14,939, 2,823 และ 6,488 ล้านบาท ในปี 2548, 2553 และ 2563 ตามลำดับ



รูปที่ 3 รายรับและรายจ่ายของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 2547-2563 จากการประมาณการด้วยแบบจำลอง (ปี 2546 เป็นตัวเลขจากข้อมูลจริง)

แหล่งเงินของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

รูปที่ 4 แสดงถึงแหล่งที่มาของรายรับของโครงการฯ ส่วนใหญ่เป็นการขึ้นภาษีบุหรื สุราและเบียร์แล้วตัดเงินภาษีส่วนหนึ่งที่กำหนดไว้ส่งให้โครงการเป็นประจำ (Earmarked Sin Tax) บุหรืเป็นแหล่งเงินก้อนใหญ่ที่สุด ทั้งนี้เพราะมีการกำหนดให้ตัดเงินมาจากภาษีบุหรืถึงสองในสามของภาษีบุหรืที่เก็บได้ ในขณะที่กำหนดให้ตัดเงินครึ่งหนึ่งของภาษีสุราและเบียร์ที่เก็บได้ส่งให้โครงการฯ อีกทั้งพบว่าภาษีบุหรื สุรา และ เบียร์ที่เก็บได้ในปัจจุบัน คิดเป็นร้อยละ 54, 19 และ 27 ของผลรวมภาษีทั้ง 3 รายการนี้ ภาษีสุขภาพคาดว่าจะเก็บได้น้อยมากเนื่องจากการเก็บจากฐานผู้เสียภาษีที่เป็นสมาชิกในโครงการฯ ซึ่งเป็นผู้ที่ไม่ใช่ข้าราชการ และผู้ประกันตนของสำนักงานประกันสังคม เพราะได้จ่ายเงินสมทบล่วงหน้าแล้ว) ส่วนเงินที่ผู้ให้บริการจ่าย ณ จุดให้บริการนั้นในอัตรา 30 บาทต่อครั้ง (Co-payment) เป็นเงินส่วนน้อยมาก (ประมาณร้อยละ 2.3)



รูปที่ 4 แหล่งที่มาของรายรับสำหรับโครงการหลักประกันสุขภาพจากการประมาณการ

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

จากสภาพปัจจุบันที่ประมาณการว่าโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค) จะมีรายจ่าย 73,136 ล้านบาท สำหรับประชากร 47 ล้านคนในพ.ศ.2548 ประมาณการว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 104,955 ล้านบาท สำหรับประชากร 50 ล้านคนในพ.ศ. 2553 มีมาตรการที่มีความเป็นไปได้สูงมาก 3 มาตรการในการปฏิรูปการเงินการคลังของโครงการฯ ดังนี้

มาตรการที่ 1 จัดให้มีภาษีสรรพสามิตเฉพาะ ซึ่งจะเป็นการนำเอาภาษีสินค้าทำลายสุขภาพมาใช้ในเพื่อการดูแลสุขภาพ มีสองแนวทางเลือก ได้แก่

ทางเลือก ก. คือ การตัดโอนภาษีสรรพสามิตที่รัฐจัดเก็บได้ตามปกติมาให้โครงการฯเป็นการประจำตามจำนวนที่กำหนดไว้ (Earmarked sin tax) โดยไม่ต้องมีการเพิ่มภาษี หากรัฐบาลสามารถเก็บภาษีสุราและเบียร์ ได้อย่างเพียงพอต่อความต้องการเงินอุดหนุนโครงการฯ เช่นการกำหนดให้ตัดโอนร้อยละ 70 ของภาษีที่เก็บได้มาให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นการประจำ ซึ่งจำนวนเงินที่ได้จะแปรผันตามปริมาณการบริโภคสินค้าเหล่านี้ หากมีการบริโภคที่ลดลงจะมีผลให้โครงการฯได้รับเงินลดลงด้วย จนอาจไม่เพียงพอต่อความต้องการตามอัตราเหมาจ่ายรายหัว จึงควรต้องมีการอุดหนุนเพิ่มเติมจากเงินอื่นๆ เพื่อรับประกันว่า สปสช. จะได้รับเงินอย่างเพียงพอในการซื้อบริการให้แก่สมาชิก เมื่อ สปสช.มีกำหนดแน่นอนที่จะได้รับเงินที่กั้นไว้เป็นการเฉพาะก็สามารถจัดตั้งเป็นกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้

ทางเลือก ข. คือ การเพิ่มภาษีและตัดโอนเฉพาะส่วนที่กำหนดไว้ให้แก่โครงการฯ

การจัดให้มีภาษีสรรพสามิตเฉพาะสำหรับโครงการฯ (earmarked sin tax) โดยการขึ้นภาษีสรรพสามิตสุรา และเบียร์ แล้วตัดโอนเฉพาะส่วนที่กำหนดไว้ให้แก่โครงการฯเป็นการประจำ ซึ่งทำให้สามารถจัดตั้งเป็นกองทุนฯได้ ก็ควรมีการรับประกันว่า กองทุนฯจะได้รับจำนวนเงินอย่างเพียงพอ การเพิ่มภาษีมียกข้อดี คือ รัฐจะมีรายได้เพิ่มขึ้น แต่การเพิ่มภาษีจะส่งผลให้สินค้าราคาแพงขึ้น อาจทำให้การบริโภคลดลง และ อาจมีแรงจูงใจให้มีการบริโภคสินค้านอกกรอบมากขึ้น

มาตรการที่ 2

ลดรายจ่ายของกองทุนโดยให้ระบบประกันสังคมขยายการคุ้มครองไปสู่คู่สมรสและบุตรของผู้ประกันตน โดยไม่ต้องเก็บเงินสมทบเพิ่มแต่อย่างใด การศึกษาพบว่า ปี 2548 มีผู้ที่เป็คู่สมรสและบุตรของผู้ประกันตนประมาณ 6 ล้านคน ที่จะเข้าไปอยู่ในความคุ้มครองของสำนักงานประกันสังคม ถ้าโอนคนเหล่านี้ไปอยู่กับระบบประกันสังคม รายจ่ายของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะลดลงถึง 9,359 ล้านบาท และในปี 2553 จำนวนคู่สมรสและบุตรเพิ่มเป็นประมาณ 7.5 ล้านคน รายจ่ายจะลดลงประมาณ 16,031 ล้านบาท การโอนสมาชิกโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ซึ่งเป็นคู่สมรสและบุตรของผู้ประกันตน ไปอยู่กับระบบประกันสังคม จะเป็นการลดภาระรายจ่ายงบประมาณในโครงการ 30 บาทลง

ข้อเสนอนี้สอดคล้องกับข้อเสนอที่ ILO นำเสนอต่อสำนักงานประกันสังคมเมื่อวันที่ 16 สิงหาคม 2547 ILO ได้ประมาณการรายรับรายจ่ายกองทุนประกันสังคมเฉพาะสิทธิประโยชน์ระยะสั้น 4 ชุด คือ การเจ็บป่วย การคลอดบุตร ทพลงภาพ และการตาย ตั้งแต่ปี 2548-2553 เนื้อหาโดยย่อมีดังนี้

- ในปี 2548-2553 รายจ่ายคาดว่าจะเป็ร้อยละ 2.93-2.99 ของค่าจ้างที่นำมาคำนวณเงินสมทบ ในขณะที่เงินสมทบเท่ากับร้อยละ 4.5 ของค่าจ้าง ดังนั้น กองทุนประกันสังคมมีเงินรายรับมากกว่ารายจ่ายและมีเงินสำรองกองทุนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในขณะที่กองทุนประกันสังคมยังมีเงินสำรองสะสมตั้งแต่ปี 2534-2546 สูงถึงประมาณ 95 พันล้านบาท (เฉพาะสิทธิประโยชน์ระยะสั้น 4 รายการดังกล่าว โดยไม่เกี่ยวกับเงินสะสมกรณีสิทธิประโยชน์ระยะยาว เช่น เงินบำนาญ ค่าช่วยเหลือบุตร)
- ข้อเสนอข้อแรกที่ ILO มีต่อกองทุนประกันสังคม คือ การขยายการคุ้มครองไปสู่คู่สมรสและบุตรของผู้ประกันตน โดยไม่จำเป็นต้องเก็บเงินสมทบเพิ่มเติมแต่อย่างใด กองทุนจะยังคงมีเงินสำรองเป็นบวกในระดับสูงถึง 3.8 เท่าของรายจ่ายในปี 2553 หากไม่มีการขยายการคุ้มครองคู่สมรสและบุตร กองทุนประกันสังคมจะมีเงินสำรองสูงถึง 8.6 เท่าของรายจ่ายปี 2553 (เฉพาะสิทธิประโยชน์ระยะสั้น 4 รายการ)

มาตรการที่ 3 พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ

ถึงแม้การประมาณการในแบบจำลองจะไม่ได้มีการประมาณรายรับรายจ่ายของพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ แต่ก็ได้มีการวิเคราะห์และเสนอทางเลือกเชิงนโยบายสำหรับการปฏิรูป พรบ.ฉบับนี้ในบทความอีกชิ้นหนึ่งโดยละเอียด¹⁹ นักวิจัยเห็นว่าควรนำเสนอไว้ ณ ที่นี้ด้วยเพื่อให้เห็นภาพรวมของการปฏิรูปทั้งหมด เพราะขณะนี้ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็ต้องใช้จ่ายเงินสำหรับการรักษาพยาบาลผู้ประสบภัยจากอุบัติเหตุจากรถที่ไม่ประสงค์ใช้สิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาลจากบริษัทประกันภัย เนื่องจากปัญหาความไม่สะดวกต่าง ๆ นานา ซึ่งประชาชนต้องเสียเงินค่าเบี้ยประกันภัยตาม พรบ.นี้ แต่ไม่ได้รับประโยชน์อย่างเต็มที่ อีกทั้งรัฐบาลยังต้องใช้เงินภาษีทั่วไปอุดหนุนค่ารักษาพยาบาลจากอุบัติเหตุจากรถผ่านโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอีกด้วย ทั้งๆ ที่ควรเรียกคืนจากบริษัทประกันภัยได้

พรบ.ฉบับนี้เป็นการประกันภัยภาคบังคับที่มีหลัก “ไม่กำไร-ไม่ขาดทุน” แต่ผลการดำเนินงานของบริษัทประกันวินาศภัยตามรายงานของกรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์ ปี 2545 พบว่า ค่าสินไหมทดแทนที่จ่ายให้แก่ผู้ประสบภัย คิดเป็นเพียง 52% ของเบี้ยประกันรับสุทธิ ค่าบริหารจัดการในการเก็บเบี้ยประกันและการจ่ายสินไหมทดแทนสูงมากถึง 41% (2,870 ล้านบาท) ที่เหลือ 7% เป็นกำไรของบริษัท ผลกำไรสะสมในพ.ศ.2542-2545 มีสูงถึง 3,300 ล้านบาท เบี้ยประกันรับจาก พรบ. นี้ เป็น 4% เบี้ยประกันวินาศภัยและเบี้ยประกันชีวิตทั้งหมดในประเทศไทยในปี 2546 การปรับระบบตามข้อเสนอข้างล่างนี้ ไม่น่าจะมีผลกระทบต่อธุรกิจประกันภัยในภาพรวม

วัตถุประสงค์ของการปฏิรูป คือ คงหลักการของพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ในการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถทุกคนทั้งกรณีเสียชีวิต ทพพลภาพและการรักษาพยาบาล โดยเป็นระบบประกันภัยภาคบังคับที่ไม่มุ่งหวังกำไร มีแนวทางดำเนินการดังนี้

- มอบให้กรมการขนส่งทางบก กระทรวงคมนาคม เป็นผู้จัดเก็บเบี้ยประกันภัย พร้อมกับการเก็บภาษีประจำปี หรือการจดทะเบียนรถใหม่ ซึ่งเป็นระบบที่มีอยู่แล้ว และครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วประเทศ มีค่าบริหารจัดการน้อยมาก ให้จ่ายค่าบริหารจัดการจากเบี้ยประกันนี้แก่กรมการขนส่งทางบกอย่างเหมาะสม
- เบี้ยประกันรับสิทธิหลังจากมีการหักใช้จ่ายในการจัดเก็บแล้วให้นำส่งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็นค่าสินไหมทดแทนสำหรับความคุ้มครองกรณีเสียชีวิต การทพพลภาพ และการรักษาพยาบาล สำหรับผู้ประสบภัยจากรถทุกคนไม่ว่าจะเป็นการประสบภัยจากรถที่มี หรือไม่มีประกันก็ตาม การจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ประสบภัยจะผ่านสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่วนการคุ้มครองกรณีเสียชีวิตและทพพลภาพดำเนินการผ่านหน่วยงานเฉพาะที่มีความชำนาญ เช่น สำนักงานประกันสังคม
- ถ้ากรมขนส่งจัดเก็บเบี้ยประกันได้ครอบคลุมมากขึ้น และต้นทุนการบริหารจัดการที่ลดลงอย่างมาก จึงควรลดเบี้ยประกันลง ให้สอดคล้องกับการประมาณการรายรับที่เพิ่มขึ้นและรายจ่ายค่าบริหารจัดการที่ลดลง และจะเป็นผลดีต่อเจ้าของรถ

ผลของการปฏิรูป - การใช้เงินของระบบมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเบี้ยประกันจะถูกนำไปเป็นค่าสินไหมทดแทนให้แก่ผู้ประสบภัยทุกราย (ไม่ว่าจะเป็นการประสบภัยจากรถที่มี หรือไม่มีประกันก็ตาม) ประมาณ 6 พันล้านบาท และเป็นค่าบริหารจัดการการเก็บเบี้ยประกันและการจ่ายค่าความคุ้มครองประมาณไม่เกินร้อยละ 10 ของเบี้ยประกัน หรือเท่ากับ 700 ล้านบาท

อภิปราย

ข้ออภิปรายเชิงเทคนิค การประมาณการค่าใช้จ่ายสุขภาพของประเทศไทยในการศึกษานี้ใช้วิธีการพยากรณ์ไปข้างหน้าด้วยแบบจำลองสี่ด้าน ซึ่งมีข้อดีคือ ได้มีการคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงจำนวน อายุและโครงสร้างประชากร ขนาดตลาดแรงงาน การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ อัตราเงินเฟ้อ อัตราการใช้บริการสุขภาพ รวมทั้งคาดประมาณเผื่อสำหรับการเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยีด้านสุขภาพและแบบแผนของการเจ็บป่วยของคนไทย และได้มีการพิจารณาจ่ายทั้งหมดของรัฐบาลเพื่อดูความเป็นไปได้ของความต้องการเงินงบประมาณทั้งหมด แต่อย่างไรก็ตาม การประมาณการรายจ่ายในอนาคตระยะยาว มีข้อจำกัดเรื่องความแม่นยำของข้อสมมติฐานต่างๆซึ่งมีเป็นจำนวนมากในแบบจำลอง โดยเฉพาะสถานการณ์ด้านเศรษฐกิจมีการเปลี่ยนแปลงได้ง่ายและเร็วมาก การเปลี่ยนแปลงอาจมีผลกระทบรุนแรงมากบ้างน้อยบ้าง โดยเฉพาะผลกระทบจากภัยธรรมชาติที่เหนือการคาดการณ์ การประมาณการครั้งนี้ไม่ได้มีเป้าหมายเพื่อให้อ้างอิงตัวเลขการประมาณการในปี 2563 ที่เป็นปีสุดท้ายของการประมาณการ เพราะตระหนักดีถึงข้อจำกัดในการประมาณการด้วยแบบจำลองในระยะยาว (long term projection) แต่ต้องการใช้เป็นเครื่องมือ (tool) แสดงให้เห็นถึงผลของการเปลี่ยนแปลงตามฉากทัศน์ต่างๆที่สร้างขึ้น

ข้ออภิปรายเชิงนโยบาย แนวคิดการเก็บภาษีสุขภาพเป็นแนวคิดคล้ายคลึงกับการเก็บเงินสมทบจากผู้มีสิทธิในโครงการที่มีความสามารถในการจ่าย เพียงแต่จะเก็บได้เฉพาะผู้ที่มีฐานการเสียภาษีเท่านั้น ซึ่งจะมีจำนวนคนที่น้อยมาก ทำให้ไม่สามารถเป็นแหล่งเงินหลักของโครงการฯได้ จึงไม่ได้ถูกเสนอให้เป็นทางเลือกเชิงนโยบาย แต่โดยหลักการควรต้องทำ ทั้งนี้เพื่อเป็นการสร้างการมีส่วนร่วมในการเป็นเจ้าของโครงการฯ เพื่อให้เกิดการเอาใจใส่ร่วมกันดูแลโครงการฯ ซึ่งก็คล้ายคลึงกับการจ่ายเงินสมทบของผู้ประกันตนให้แก่โครงการประกันสังคม เมื่อมีการจ่ายเงินสมทบหรือการเก็บภาษีสุขภาพ สำหรับโครงการประกันสังคมและโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว กรมบัญชีกลางคงต้องนึกถึงการเก็บเงินสมทบจากข้าราชการสำหรับสวัสดิการรักษายาบาล เพื่อให้เกิดความสำนึกใน

การเป็นเจ้าของเงิน มีความระมัดระวังการใช้จ่ายเงิน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพของการใช้เงินมากที่สุด ซึ่งน่าจะดีกว่าการใช้เงินงบกลางที่ดูเสมือนว่าไม่มีเจ้าภาพในการดูแลประสิทธิภาพการใช้จ่ายเงิน

เอกสารอ้างอิง

1. Tangcharoensathien, V., Wibulpholprasert, S. and Nitayaramphong, S. Knowledge-based changes to health systems: the Thai experience in policy development. *Bull World Health Organ.* Oct. 2004, vol.82, no.10, p.750-756.
2. กัญญา ดิษยาธิคม, จิตปรางค์ วาศวิท, วลัยพร พัทธนกุล และวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. การวิเคราะห์และกำหนดอัตราเหมาจ่ายในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับปีงบประมาณ 2547. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2546; 12: 907-22.
3. พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, ทวีศรี กรทอง และสาหร่าย เรืองเดช. อัตราเหมาจ่ายรายหัวปีงบประมาณ 2547: 1,308 บาทต่อประชากร: ความเป็นมาและการจัดสรร. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2547; 13: 186-99.
4. Towse, A., Mills, A., and Tangcharoensathien, V. Learning from Thailand's Health Reforms. *BMJ.* Jan 2004, vol 328, p.103-105.
5. International Labour Organization. A Technical Note to the Government: Financing Universal Health Care in Thailand. Geneva. June 2004.
6. Scholz, W. et al. 2000. *Social Budgeting*, (ILO/ISSA, Geneva).
7. คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, สำนักงาน. 2546. การคาดประมาณการประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2543-2568. กรุงเทพมหานคร: ธันวาคมพิมพ์.
8. http://www.nso.go.th/thai/stat/stat_23/toc_2.html ค้นเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2547
9. <http://www.nesdb.go.th/econSocial/macro/macro.php> ค้นเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2547
10. NHA phase III 1994-2001 (Could P'Dae add the full text of reference?)
11. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ยศ ตีระวัฒนานนท์, ภูษิต ประคองสาย. งบประมาณในการดำเนินนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า: 1,202 บาทต่อคนต่อปีมาจากไหน. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2544; 10: 381-90.
12. กรมบัญชีกลาง. รายงานงบประมาณประจำปี 2540-2546 กระทรวงการคลัง.
13. http://dw.mof.go.th/foc/program/finance_state/index.asp ค้นเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2547
14. Cichon, M. et al. 1999. *Modelling in health care finance – A compendium of quantitative techniques for health care financing*, (ILO/ISSA, Geneva).
15. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, วลัยพร พัทธนกุล, จิตปรางค์ วาศวิท, ภูษิต ประคองสาย และกัญญา ดิษยาธิคม. การจ่ายร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: บทวิเคราะห์เชิงนโยบาย. (กำลังดำเนินการส่งตีพิมพ์)
16. Patcharanarumol W. Financial feasibility for introducing contribution to Universal Health Care Coverage Scheme in Thailand. (Master thesis in Social Protection Financing). Faculty of Economics and Business Administration. Maastricht: Maastricht University; 2003.
17. วลัยพร พัทธนกุล, จิตปรางค์ วาศวิท, กัญญา ดิษยาธิคม และวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. ความเป็นไปได้ของแหล่งทุนต่างๆสำหรับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (กำลังดำเนินการส่งตีพิมพ์)
18. www.who.int/whr/2002/en/annex_table5.xls ค้นเมื่อ กุมภาพันธ์ 2547.
19. จงกล เลิศเจริญดำรง, วลัยพร พัทธนกุล และ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. พ.ร.บ. คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถในบริบทของการประกันสุขภาพถ้วนหน้า – ข้อเสนอเพื่อการปฏิรูป. (กำลังดำเนินการส่งตีพิมพ์)