

โครงการวิจัย

วิเคราะห์การหาแหล่งเงินเพิ่มเติมสำหรับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
(Extra Funding for Universal Healthcare Coverage)

ชุดโครงการวิจัย

การจัดทำข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

โดย

วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และคณะ
มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

โครงการนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

คณะวิจัย

ดร. วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์

ดร. อัมมาร สยามวาลา

ดร. วิโรจน์ ณ ระนอง

Dr. Allan Maslove

นาย พัทธยุทธ์ ศานติยานนท์

นางสาว สุวิมล พักทอง

นาย ศศิวุฒม์ วงษ์มณฑา

หัวหน้าโครงการ

ที่ปรึกษาโครงการ

นักวิจัย

นักวิจัย

ผู้ช่วยนักวิจัย

ผู้ช่วยนักวิจัย

ผู้ช่วยนักวิจัย

บทคัดย่อ

ระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยได้ผ่านการปฏิรูปครั้งสำคัญในปี 2544 เมื่อเริ่มมีการดำเนินการโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือรู้จักกันดีในนามของ “โครงการ 30 บาท” ในฐานะที่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าถือได้ว่าเป็น entitlement program รัฐบาลจึงมีหน้าที่ที่จะต้องจัดสรรงบประมาณให้กับโครงการฯ ในระดับที่เพียงพอต่อมาตรฐานการรักษาพยาบาลที่ประชาชนพึงได้รับ ด้วยข้อจำกัดของเงินงบประมาณการที่รัฐจะสนับสนุนโครงการฯ ให้ได้มาตรฐานนั้นรัฐอาจจะต้องหารายได้เพิ่มเติม แนวทางที่รัฐจะสรรหางบประมาณส่วนเพิ่มเพื่อนำมาจัดสรรให้กับโครงการ 30 บาทนั้นอาจทำได้อย่างน้อยสองวิธีคือ หนึ่ง การลดค่าใช้จ่ายเงินงบประมาณด้วยการโยกย้ายผู้มีสิทธิรับสวัสดิการรักษาพยาบาลจากโครงการ 30 บาท (เช่น คู่สมรสและบุตรของผู้ประกันตนภายใต้สวัสดิการประกันสังคม และผู้ประกันตนที่เกษียณอายุและคู่สมรส) ไปยังสวัสดิการรักษาพยาบาลโครงการอื่นที่ให้ความคุ้มครองไม่น้อยกว่าโครงการ 30 บาท (เช่น สวัสดิการประกันสังคม) และสอง การหารายได้เข้างบประมาณเพิ่มขึ้น เช่น จากการเก็บภาษีบางประเภทเพิ่ม หรือการให้ประชาชนบางกลุ่มมีส่วนร่วมจ่ายมากขึ้น แล้วจึงนำรายได้ที่เพิ่มขึ้นนั้นจัดสรรให้แก่สวัสดิการรักษาพยาบาล

ปี 2548-52 ประมาณการว่าจะมีจำนวนผู้มีสิทธิในโครงการ 30 บาทประมาณ 50-52 ล้านคน ถ้าหากว่าค่าใช้จ่ายต่อหัวสำหรับสวัสดิการรักษาพยาบาลนี้เท่ากับ 2,000 บาทต่อหัวในปี 2548 และเพิ่มขึ้นตามอัตราการปรับเพิ่มของเงินเดือนข้าราชการในปีต่อไป จะทำให้จำนวนเงินที่ต้องการมาสนับสนุนโครงการฯ นี้เท่ากับประมาณ 1-1.36 แสนล้านบาท หรืองบที่ต้องการเพิ่มจากการจัดสรรโดยปกติเท่ากับประมาณ 3.1-4.6 หมื่นล้านบาทต่อปี ในช่วงปี 2548-52

การโอนคู่สมรสและบุตรของผู้ประกันตนและผู้ประกันตนที่เกษียณอายุพร้อมทั้งคู่สมรสที่อายุ 55 ปีขึ้นไปออกจากโครงการ 30 บาท จะลดจำนวนผู้อยู่ภายใต้สวัสดิการรักษาพยาบาลโครงการ 30 บาท ประมาณ 6.7-7.2 ล้านคนในช่วงปี 2548-52 และจะทำให้จำนวนเงินงบประมาณที่ใช้สำหรับโครงการ 30 บาทลดลง ดังนั้น ถ้าค่าใช้จ่ายต่อหัวเท่ากับ 2,000 บาทแล้วจำนวนเงินส่วนเพิ่มสำหรับโครงการ 30 บาท จะเท่ากับ 1.8 หมื่นล้านบาทในปี 2548 และ 2.7 หมื่นล้านบาทในปี 2552

ถ้าหากรัฐต้องการหาเงินเพิ่มเติมจากการขึ้นภาษีสินค้า (เช่น เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ที่หลายฝ่ายได้พยายามเสนอ) ด้วยการปรับอัตราภาษีในปี 2548 พบว่า ถ้าขึ้นภาษีสรรพสามิตแอลกอฮอล์จากอัตราปัจจุบันอีกร้อยละ 40 รายได้จากภาษีสรรพสามิตจะเพิ่มขึ้นจำนวน 2.5 หมื่นล้านบาทในปี 2552 ถ้าขึ้นภาษีสรรพสามิตจากน้ำมันเชื้อเพลิงจากอัตราปัจจุบันอีกร้อยละ 30 รายได้จากภาษีสรรพสามิตเพิ่มขึ้นจำนวน 4.5 หมื่นล้านบาทในปี 2552 การขึ้นภาษีสรรพสามิตจากบุหรี่มิได้มีผลให้รายได้ของรัฐเพิ่มมากอย่างที่หลายฝ่ายคาดการณ์ กล่าวคือ การขึ้นอัตราภาษีสรรพสามิตของบุหรี่จากอัตราปัจจุบันอีกร้อยละ 70 จะทำให้รายได้จากภาษีสรรพสามิตเพิ่มขึ้นประมาณ 2 หมื่นล้านบาทในปี 2552 ทั้งนี้เนื่องจาก การบริโภคบุหรี่ที่เสียภาษีที่ถูกกฎหมายนั้นมีความ

ยืดหยุ่นของราคาสูง และประมาณครึ่งหนึ่งของผู้สูบบุหรี่ที่ซื้อบุหรี่ที่ไม่เสียภาษี ส่วนการขึ้นภาษีมูลค่าเพิ่มไปเป็นอัตราร้อยละ 10 จะทำให้รายได้จากภาษีมูลค่าเพิ่มสูงขึ้นถึง 1.4-2.0 แสนล้านบาทต่อปีในช่วงปี 2548-52

การขึ้นอัตราภาษีสินค้านั้นไม่จำเป็นต้องเลือกขึ้นอัตราภาษีของสินค้าอย่างใดอย่างหนึ่ง รัฐสามารถขึ้นอัตราภาษีจากสินค้าหลายประเภทได้ในขณะเดียวกัน ทั้งนี้ทำได้โดยประมาณให้ได้ผลรวมของรายรับเพียงพอต่อการบริการสาธารณะที่จะต้องจ่ายเงินเพิ่ม ในการศึกษานี้ได้ข้อสรุปว่า ภายใต้โครงสร้างภาษีสินค้าของไทยในปัจจุบันนั้นรัฐควรหารายได้เพิ่มด้วยการขึ้นภาษีสินค้าประเภทบันเทิง น้ำมันเชื้อเพลิง และเครื่องนุ่งห่ม ส่วนการขึ้นภาษีสินค้าชนิดอื่น (โดยเฉพาะภาษีบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) จะยังทำให้ราคาสัมพัทธ์บิดเบือนมากขึ้น และทำให้การจัดสรรทรัพยากรในระบบเศรษฐกิจด้อยประสิทธิภาพลงไปอีกซึ่งแน่นอนว่ามีผลต่อสวัสดิการของสังคม

Abstract

Thailand experienced a major healthcare reform in 2001 when the newly elected government launched the Universal Healthcare Coverage (UC) scheme, which is also known as the “30 Baht Healthcare Scheme.” As the UC scheme is an entitlement program, the government has responsibility to provide such program and maintain the quality of the program to meet the standard. Under the limited budget and commitment to many public programs, the government may have to find extra funding to finance the UC scheme. There are at least two possible directions for the UC extra funding: reducing the cost of the program by transferring people who are eligible for the UC program (*e.g.* spouse and children of insured persons under the Social Security scheme) to a preferable healthcare program (*e.g.* Social Security scheme), and raising government revenues by increasing tax rates or healthcare co-payment.

During the period of 2005-09, we estimate that there will be 50-52 million UC eligible people. In 2005, the capitation cost required to maintain the standard of healthcare services is Bt2,000. When the capitation cost is indexed with the growth of public employee’s salary, the total cost of the UC scheme will be Bt100-136 billion in 2005-09. Compared with past budget allocation (when capitation rates were much lower), the extra funding required to finance the UC scheme will be Bt31-46 billion.

When transferring spouse and children of insured persons under the Social Security or SS scheme (who are currently under the UC scheme) and allowing retirees of the SS scheme and their spouses to be under the healthcare program of the SS scheme, the total cost of the UC scheme would reduce. With the capitation cost of Bt2,000, the extra funding to finance the UC scheme would reduce to Bt17.6 billion in 2005 and Bt27.5 billion in 2009.

The government can also raise extra revenues by increasing the commodity tax rates (*e.g.* taxes on alcoholic beverages and cigarette as recommended by many policy makers). When the excise tax rate on alcoholic beverage increases by 40 percent in 2005, additional government revenue raised from excise taxes will be Bt25 billion in 2009. In the same period, if the excise tax rate on fuel and gas increases by 30 percent, additional government revenue raised from excise taxes will be Bt45 billions. An increase in the tobacco tax rate by 70 percent will raise additional government revenue on excise taxes by only Bt20 billion. The additional tax rate on tobacco does not raise a large sum of government revenue because the price elasticity of consumption on taxed tobacco and cigarette is high. About half of the cigarette consumption was untaxed. In addition, an increase of value added tax (VAT) from 7 to 10 percent would raise Bt140-200 billions of VAT revenue during the period 2005-09.

To raise tax revenues for the UC scheme, the government may choose to raise some combination of commodity tax rate just enough to cover the extra spending on the UC program. However, this study has shown that, under the existing commodity tax structure, the government should increase tax rates on entertainment, fuel and gas, and clothing. The marginal cost of public funds for alcoholic beverages and cigarette are high. Raising their tax rates will further distort the prices and deteriorate efficiency of resource allocation.

สารบัญ

หน้า

บทที่ 1 บทนำและบทสรุป	1-1
1.1 บทนำ	1-1
1.2 บทสรุปและข้อเสนอแนะ	1-2
บทที่ 2 ทางเลือกด้านการเงินของการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	2-1
2.1 ข้อเสนอที่ยังไม่จบ	2-1
2.2 ความสามารถในการจ่ายเงินของประเทศ/รัฐบาล	2-2
2.3 หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับโครงการ 30 บาท	2-4
2.4 แหล่งที่มาของเงินกับความยั่งยืนของโครงการ 30 บาท	2-7
2.5 การขยายความคุ้มครองของโครงการประกันสังคม	2-9
2.6 ผลกระทบทางการเงินของการขยายความครอบคลุมด้านการรักษาพยาบาลของ โครงการประกันสังคม	2-22
ภาคผนวกบทที่ 2	2-30
บทที่ 3 ทางเลือกด้านภาษีสำหรับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	3-1
3.1 ภาพรวมด้านรายจ่ายเพื่อโครงการ 30 บาท	3-2
3.2 ผลต่อรายได้จากภาษีเมื่อปรับขึ้นอัตราภาษีสินค้า	3-4
3.3 ต้นทุนทางสังคมส่วนเพิ่มต่อรายได้จากภาษีสินค้า	3-12
ภาคผนวกบทที่ 3	3-20
บทที่ 4 ระบบการดูแลสุขภาพของประเทศแคนาดา: โครงสร้างองค์กรและระบบการเงิน	4-1
4.1 บทนำ	4-1
4.2 ระบบโครงสร้างองค์กรของการให้บริการด้านสุขภาพ	4-4
4.3 การจัดการด้านการเงิน	4-14
4.4 บทบาทของรัฐบาลกลางในการสนับสนุนทางการเงินสำหรับการดูแลสุขภาพ	4-16
4.5 บทบาทของรัฐบาลท้องถิ่น	4-18
ภาคผนวกบทที่ 4	4-19

SUPPLEMENT

ส่วนที่ 1 ภาษี เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และน้ำมัน และภาษีมูลค่าเพิ่ม	S-1
ส่วนที่ 2 THE CANADIAN HEALTH CARE SYSTEM: ORGANIZATION AND FINANCING	S-26

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1.1	ประมาณความต้องการงบประมาณส่วนเพิ่มเพื่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.....	1-3
ตารางที่ 2.1	อัตราเงินสมทบกองทุนประกันสังคมที่จ่ายโดยฝ่ายต่างๆ.....	2-11
ตารางที่ 2.2	ความคุ้มครองด้านสวัสดิการของรัฐที่ได้รับ	2-12
ตารางที่ 2.3	สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลที่ใช้เป็นหลัก	2-12
ตารางที่ 2.4	สถานภาพการสมรส และการมีหรือไม่มีหลักประกันของคู่สมรสของผู้มีสิทธิประกันสังคม	2-13
ตารางที่ 2.5	การมีหรือไม่มีหลักประกันของคู่สมรสของผู้มีสิทธิประกันสังคม แยกตามเพศ.....	2-14
ตารางที่ 2.6	หลักประกันสุขภาพในครัวเรือนที่หัวหน้าครัวเรือนหรือคู่สมรสมีสิทธิประกันสังคม	2-15
ตารางที่ 2.7	การประมาณจำนวน dependent ในกรณีที่มีการขยายหลักประกันสุขภาพของโครงการ ประกันสังคมไปสู่คู่สมรสและบุตรอายุต่ำกว่า 18 ปีที่ไม่มีสิทธิประกันสังคมหรือสวัสดิการรักษาพยาบาล ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ (คำนวณจากครัวเรือนที่หัวหน้าครัวเรือนหรือคู่สมรสมีสิทธิประกันสังคม)	2-17
ตารางที่ 2.8	การประมาณจำนวน dependent ในกรณีที่มีการขยายหลักประกันสุขภาพของโครงการประกันสังคม ไปสู่คู่สมรสและบุตรอายุต่ำกว่า 18 ปีที่ไม่มีสิทธิประกันสังคม (คำนวณจากครัวเรือนที่หัวหน้าครัวเรือนหรือ คู่สมรสมีสิทธิประกันสังคม)	2-18
ตารางที่ 2.9	รายรับ-รายจ่าย กองทุนประกันสังคม 6 กรณี ปี พ.ศ. 2539-46	2-20
ตารางที่ 2.10	เงินสมทบและสัดส่วนการจัดสรรภายในกองทุนประกันสังคม	2-23
ตารางที่ 2.11	เงินสมทบและประโยชน์ทดแทนสัดส่วนการจัดสรรภายในกองทุนประกันสังคม	2-24
ตารางที่ 2.12	ประมาณการค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากการขยายความคุ้มครองด้านสุขภาพของโครงการ ประกันสังคม	2-26
ตารางที่ 3.1	จำนวนผู้มีสิทธิในสวัสดิการโครงการ 30 บาท (UC)	3-3
ตารางที่ 3.2	การพยากรณ์ค่าใช้จ่ายเพื่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ล้านบาท)	3-3
ตารางที่ 3.3	รายได้จากภาษีบางประเภท (ล้านบาท)	3-5
ตารางที่ 3.4	ค่าความยืดหยุ่นต่อราคาของสินค้า 10 ชนิด	3-8
ตารางที่ 3.5	พยากรณ์รายได้จากภาษีกรณีฐาน (ล้านบาท).....	3-9
ตารางที่ 3.6	อัตราการเติบโตของรายได้จากภาษีเมื่อขึ้นอัตราภาษีประเภทต่างๆ ในปี 2548 (ร้อยละ).....	3-9
ตารางที่ 3.7	พยากรณ์รายได้ส่วนเพิ่มจากภาษีกรณีขึ้นภาษีมูลค่าเพิ่มเป็นร้อยละ 10 (ล้านบาท)	3-10
ตารางที่ 3.8	พยากรณ์รายได้ส่วนเพิ่มจากภาษีกรณีขึ้นภาษีสรรพสามิตของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 40 (ล้านบาท)	3-10
ตารางที่ 3.9	พยากรณ์รายได้ส่วนเพิ่มจากภาษีกรณีขึ้นภาษีสรรพสามิตของยาสูบร้อยละ 70 (ล้านบาท)	3-11
ตารางที่ 3.10	พยากรณ์รายได้ส่วนเพิ่มจากภาษีกรณีขึ้นภาษีสรรพสามิตจากน้ำมันเชื้อเพลิงร้อยละ 30 (ล้านบาท)	3-11
ตารางที่ 3.11	ต้นทุนสังคมส่วนเพิ่ม (MCF) ของภาษีจากสินค้า 10 กลุ่ม.....	3-17
ตารางที่ 3.12	ต้นทุนสังคมส่วนเพิ่มเมื่อให้น้ำหนักคนจนมากกว่าคนรวย.....	3-17

ตารางที่ 4.1 บทบาทของรัฐบาลกลางในการสนับสนุนด้านการเงินต่อโครงการด้านสุขภาพ.....	4-3
ตารางที่ 4.2 บริการประกันสุขภาพ.....	4-5
ตารางที่ 4.3 หน่วยงาน Regional Health Authorities หรือ RHA.....	4-12
ตารางที่ 4.4 พรีเมียมเพื่อการดูแลสุขภาพ.....	4-15

สารบัญรูปภาพ

หน้า

รูปที่ 1.1 รายได้จากภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบเปรียบเทียบกับแนวโน้ม.....	1-7
รูปที่ 3.1 MCF กรณีสินค้าหนึ่งประเภท	3-13

บทที่ 1 บทนำและบทสรุป

วรรณ ชาญด้วยวิทย์

1.1 บทนำ

ระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยได้ผ่านการปฏิรูปครั้งสำคัญในปี 2544 เมื่อมีการดำเนินการโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือรู้จักกันดีในนามของ “โครงการ 30 บาท” ซึ่งการปฏิรูปนั้นได้ขยายสิทธิในการรักษาพยาบาลไปครอบคลุมประชาชนที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพอื่นๆ ของภาครัฐในขณะนั้น ในขณะเดียวกันก็มีการปฏิรูปในด้านการจัดสรรงบประมาณให้สถานพยาบาลโดยพยายามนำระบบเหมาจ่ายรายหัวให้หน่วยงานรับผิดชอบซึ่งได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช. ทำหน้าที่ซื้อประกันสุขภาพแทนประชาชนผู้มีสิทธิในโครงการ

สิ่งที่สำคัญต่อการเหมาจ่ายรายหัวนั้นคือ การกำหนดว่าค่าใช้จ่ายต่อหัวที่เหมาะสมนั้นเป็นเท่าไร ด้วยระบบบัญชีของสถานพยาบาลของไทยขาดระบบที่เป็นมาตรฐานในการคำนวณต้นทุนการให้บริการรักษาพยาบาลต่อหัว จึงได้นักวิชาการพยายามประมาณการค่าใช้จ่ายต่อหัวที่เหมาะสม ซึ่งเป็นไปได้ว่าการประมาณการอาจมีความคลาดเคลื่อนได้บ้างในระยะแรก ดังจะเห็นได้จากเมื่อโครงการ 30 บาทได้มีการดำเนินการมาประมาณสามปีก็เป็นที่ยอมรับกันมากขึ้นว่าค่าใช้จ่ายต่อหัวที่รัฐจัดสรรให้สวัสดิการรักษายาบาลภายใต้โครงการ 30 บาทนั้นต่ำกว่าที่สถานพยาบาลจำนวนมากจะรักษามาตรฐานการรักษาพยาบาลไว้ได้ โดยภาพรวมแล้วในช่วงปี 2545-47 รัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณปีละห้าหมื่นถึงหกหมื่นล้านบาทให้กับโครงการฯ ถ้าหากว่าการจัดสรรงบประมาณยังคงเป็นอยู่เช่นเดิมก็คาดว่าจะยังมีผลต่อมาตรฐานการรักษาพยาบาล และนำไปสู่ระบบประกันสุขภาพที่มีคุณภาพเสื่อมถอยลงเรื่อยๆ

ในฐานะที่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าถือได้ว่าเป็น entitlement program รัฐบาลจึงมีหน้าที่ที่จะต้องจัดสรรงบประมาณให้กับโครงการฯ ในระดับที่เพียงพอต่อมาตรฐานการรักษาพยาบาลที่ประชาชนพึงได้รับ แนวทางที่รัฐจะสรรหางบประมาณส่วนเพิ่มเพื่อนำมาจัดสรรให้กับโครงการ 30 บาทนั้นอาจทำได้อย่างน้อยสองวิธีคือ หนึ่ง การลดค่าใช้จ่ายเงินงบประมาณด้วยการโยกย้ายผู้มีสิทธิรับสวัสดิการรักษายาบาลจากโครงการ 30 บาท ไปยังสวัสดิการรักษายาบาลโครงการอื่นที่ให้ความคุ้มครองไม่น้อยกว่าโครงการ 30 บาท และสอง การหารายได้เข้างบประมาณเพิ่มขึ้น เช่น จากการเก็บภาษีบางประเภทเพิ่ม หรือการให้ประชาชนบางกลุ่มมีส่วนร่วมจ่ายมากขึ้น แล้วจึงนำรายได้ที่เพิ่มขึ้นนั้นจัดสรรให้แก่สวัสดิการรักษายาบาล

สำหรับแนวทางแรกนั้น อาจทำได้หลายวิธีเช่น การเพิ่มประสิทธิภาพของการขยายโครงการประกันสังคมให้ครอบคลุมทั้งหมดของแรงงานนอกภาคเกษตร หรือการขยายความครอบคลุมของโครงการประกันสังคมไปสู่คู่สมรสและบุตรของผู้ประกัน หรือการขยายความคุ้มครองด้านสุขภาพสำหรับผู้ประกันตนที่เกษียณอายุไปแล้ว

¹ อาจารย์คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยขอนแก่นและผู้เชี่ยวชาญอาวุโส สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

นอกจากนี้ ยังอาจประหยัดงบประมาณทางอ้อมให้แก่สถานพยาบาลด้วยการบังคับให้กองทุนผู้ประสพภัยจากรถหรือบริษัทประกันภัยต้องรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลตามพันธะแห่งสัญญาที่ทำไว้โดยมีมิชชั่นโต้แย้ง วิธีการหลังนี้จะช่วยลดความตึงเครียดทางการเงินของสถานพยาบาล ซึ่งอาจจะช่วยให้เสียงเรียกร้องเพิ่มค่าใช้จ่ายต่อหัวและเงินงบประมาณลดลงได้

แนวทางที่สอง การหารายได้เพิ่มด้วยการเพิ่มรายรับจากภาษีบางประเภทเพื่อนำรายได้ที่ได้รับเพิ่มขึ้นมาสนับสนุนโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (เพิ่มเติมจากงบประมาณที่ได้รับจากภาษีทั่วไปอยู่แล้ว) รายได้จากภาษีส่วนเพิ่มอาจจะมาจากการขยายฐานภาษีหรือการขึ้นอัตราภาษี วิธีการเพิ่มอัตราภาษีเป็นวิธีที่มีความซับซ้อนเนื่องจากมีผลกระทบกว้างขวาง การเพิ่มอัตราภาษีรายได้บุคคลธรรมดาจะมีผลต่อรายได้ของผู้มีงานทำ ในขณะที่การเพิ่มอัตราภาษีสินค้าบางประเภทมีผลในการบิดเบือนโครงสร้างราคาของสินค้าต่างๆ และผลต่อเนื่องไปถึงการจัดสรรทรัพยากรที่อาจจะทำให้มีประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรลดลง ดังนั้น ทำให้การที่จะขึ้นอัตราภาษีประเภทต่างๆ ควรพิจารณาผลของการขึ้นภาษีประเภทหนึ่งๆ ในบริบทของทั้งระบบเศรษฐกิจด้วย โดยควรศึกษาว่า ณ สถานการณ์ปัจจุบันโครงสร้างภาษีเป็นอย่างไร ภาษีที่ทำการศึกษามีต้นทุนทางสังคมต่างกันหรือไม่ การขึ้นภาษีประเภทใดจึงจะเกิดต้นทุนทางสังคมต่ำที่สุด การขึ้นภาษีแต่ละประเภทนั้นจะทำให้รายได้ของรัฐเพิ่มขึ้นหรือไม่ และควรปรับอัตราภาษีเท่าไรจึงจะเพียงพอต่องบประมาณเพิ่มเติมสำหรับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ในการศึกษาตามแนวทางที่สองจะมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงบทบาทของรัฐบาลท้องถิ่น (ระดับจังหวัด) ในการหารายได้เพิ่มเติมเพื่อสนับสนุนโครงการหลักประกันสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่น และบทบาทในด้านอื่นๆ โดยเรียนรู้จากประสบการณ์ของประเทศที่มีระบบการประกันสุขภาพที่ดี เช่น ประเทศแคนาดา

การศึกษาวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

- ศึกษาทางเลือกต่างๆ ในการจัดสรรงบประมาณให้เพียงพอสำหรับโครงการที่เกี่ยวข้องกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- ศึกษานัยทางการเงินของการขยายความครอบคลุมของโครงการประกันสังคมไปสู่คู่สมรสและบุตรของผู้ประกันตน และการขยายความคุ้มครองไปยังผู้ประกันตนที่เกษียณอายุและคู่สมรส ที่มีต่อโครงการประกันสังคมและโครงการ 30 บาท
- ศึกษาแนวทางการเพิ่มรายรับของรัฐบาลโดยการปรับภาษีสรรพสามิต (สุรา บุหรี่ และน้ำมัน) หรือภาษีมูลค่าเพิ่ม
- ศึกษาต้นทุนทางสังคมต่อรายได้จากการเก็บภาษีสินค้าเพิ่มหนึ่งบาท (Marginal Cost of Public Funds)
- ศึกษาบทบาทของรัฐบาลท้องถิ่นในด้านการคลังของระบบประกันสุขภาพจากประสบการณ์ของประเทศแคนาดาเพื่อเป็นแนวคิดสำหรับการปรับปรุงระบบหลักประกันสุขภาพสำหรับประเทศไทย

1.2 บทสรุปและข้อเสนอแนะ

1.2.1 จำนวนผู้มีสิทธิในโครงการ 30 บาทในปี 2548-52 จะมีประมาณ 50-52 ล้านคน ถ้าหากว่าค่าใช้จ่ายต่อหัวสำหรับสวัสดิการรักษายาบาลนี้เท่ากับ 2,000 บาทต่อหัวในปี 2548 และเพิ่มขึ้นตามอัตราการปรับเพิ่มของเงินเดือนข้าราชการในปีต่อๆ ไป จะทำให้จำนวนเงินที่ต้องการมาสนับสนุนโครงการฯ นี้เท่ากับ

ประมาณ 1-1.36 แส่นล้านบาท (ดูรายละเอียดในตารางที่ 3.2) หรืองบที่ต้องการเพิ่มจากการจัดสรรโดยปกติ (แบบที่เคยจัดสรรไว้ในอดีต) เท่ากับประมาณ 3.1-4.6 หมื่นล้านบาทต่อปี ในช่วงปี 2548-52 (ดูตารางที่ 1.1)

ตารางที่ 1.1 ประมาณความต้องการงบประมาณส่วนเพิ่มเพื่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

	ปี 2548	ปี 2550	ปี 2552
จำนวนคน (ล้านคน)			
จำนวนผู้มีสิทธิโครงการ ฯ	49.89	50.4	52.35
ประมาณการจำนวนผู้ประกันตนของสำนักงานประกันสังคม ¹	8.79	9.21	9.46
ประมาณการคู่สมรสและบุตรของผู้ประกันตน	5.6	5.86	6.02
ประมาณการผู้ประกันตนที่เกษียณอายุและคู่สมรสอายุ 55 ปีขึ้นไป	1.05	1.1	1.14
ประมาณการจำนวนแรงงานที่ควรอยู่ภายใต้ระบบประกันสังคม	2.2	2.3	2.37
จำนวนเงินสำหรับโครงการ 30 บาท (ล้านบาท) กรณีค่าใช้จ่ายต่อหัว 2,000 บาท			
จำนวนเงินที่ต้องการเพิ่มจากฐานการจัดสรรงบประมาณเดิม 2	31,358	36,421	45,985
กรณี 1 เมื่อโอนให้คู่สมรสและบุตรของผู้ประกันตน และให้ผู้ประกันตนที่เกษียณอายุและคู่สมรสที่อายุ 55 ปีขึ้นไปปรับสวัสดิการรักษาพยาบาลจากประกันสังคม ทำให้จำนวนเงินที่ต้องการเพิ่มจากการจัดสรรงบประมาณเดิมของโครงการ 30 บาทเท่ากับ	17,655	20,296	27,365
จำนวนเงินที่รัฐอาจจะต้องจ่ายเพิ่มให้แก่สำนักงานประกันสังคม ³	7,783	8,522	9,143
กรณี 2 ผลักดันให้สำนักงานประกันสังคมเพิ่มประสิทธิภาพในการรวมลูกจ้างที่ควรอยู่ภายใต้ระบบประกันสังคมทั้งหมดเข้าสู่ระบบร่วมกับกรณีที่ 1 ทำให้จำนวนเงินที่ต้องการเพิ่มจากการจัดสรรงบประมาณเดิมของโครงการ 30 บาทเท่ากับ	13,128	14,969	21,214
จำนวนเงินที่รัฐอาจจะต้องจ่ายเพิ่มให้แก่สำนักงานประกันสังคม	10,354	11,211	11,949

ที่มา: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

หมายเหตุ: ¹ มิใช่จำนวนลูกจ้างที่ควรอยู่ภายใต้ระบบประกันสังคม แต่เป็นจำนวนผู้ประกันตนที่จะขึ้นทะเบียนกับสำนักงานประกันสังคม

² ค่าใช้จ่ายต่อหัวเท่ากับ 2,000 บาทปี 2548 และเพิ่มตามอัตราการเพิ่มของเงินเดือนข้าราชการและงบบริหารจัดการ

ร้อยละ 3 ของงบรวม

³ รัฐประหยัลดบหัวละ 2,000 บาทแต่อาจจะต้องจ่ายเพิ่มให้แก่สำนักงานประกันสังคมหัวละประมาณ 1,170 บาท

(ซึ่งมาจาก $1.5\% \times 6,500 \text{ บาท} \times 12 \text{ เดือน}$) ฐานเงินเดือนเฉลี่ยของลูกจ้างเอกชนเพิ่มตามอัตราเงินเฟ้อ

1.2.2 การลดค่าใช้จ่ายของโครงการด้วยการให้คู่สมรสและบุตร (ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพอื่นนอกจากโครงการ 30 บาท) ของผู้ประกันตนเข้าสู่ระบบประกันสังคมโดยไม่มีการเก็บเงินสมทบจากผู้ประกันตนเพิ่ม ซึ่งในสถานะปัจจุบันถือว่าการโอนย้ายที่เพิ่มสวัสดิการให้แก่ผู้ประกันตนและครอบครัว จากข้อมูลการสำรวจความต้องการประกันสังคมในไตรมาสปี 2546 พบว่า ประมาณร้อยละ 20.96 ของผู้ประกันตน² มีคู่สมรสที่ได้รับสวัสดิการรักษายาบาลโครงการ 30 บาทและร้อยละ 42.71 ของผู้ประกันตน³ มีบุตรที่อายุต่ำกว่า 18 ปีที่ได้รับสวัสดิการจากโครงการ 30 บาท รวมทั้งสองกรณีคิดเป็นร้อยละ 63.67 ของผู้ประกันตน

นอกจากนี้ ถ้าอนุญาตให้ผู้ประกันตนที่เกษียณอายุมีสิทธิที่จะยังคงได้รับสวัสดิการรักษายาบาลของการประกันสังคมเหมือนเดิม⁴ และคู่สมรสที่อายุ 55 ปีขึ้นไปของผู้เกษียณมีสิทธิได้รับสวัสดิการรักษายาบาลด้วย คาดว่าจำนวนผู้ที่อยู่ภายใต้โครงการ 30 บาทจะลดลงประมาณร้อยละ 12 ของผู้ประกันตน⁵

โดยรวมแล้วการโอนบุตรและคู่สมรสของผู้ประกันตนและผู้เกษียณภายใต้สวัสดิการประกันสังคมและคู่สมรส คาดว่าจะลดจำนวนผู้อยู่ภายใต้สวัสดิการรักษายาบาลโครงการ 30 บาท ประมาณร้อยละ 75.67 ของผู้ประกันตนหรือประมาณ 6.7-7.2 ล้านคนในช่วงปี 2548-52

แนวทางเหล่านี้จะทำให้ค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษายาบาลของสำนักงานประกันสังคมเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามก็ดี ข้อมูลจากอดีต (ดูบทที่ 2) ชี้ให้เห็นว่างบที่สำนักงานประกันสังคมจัดสรรไว้เพื่อสวัสดิการรักษายาบาลเท่ากับร้อยละ 2.64 ของค่าจ้าง แต่การใช้จ่ายเพื่อสวัสดิการรักษายาบาลนั้นประมาณร้อยละ 2 ของค่าจ้าง แสดงให้เห็นว่ายังมีงบประมาณเหลือพอที่จะขยายสวัสดิการถึงผู้พึงพิง โดยสำนักงานประกันสังคมอาจจะได้รับเงินสมทบเพิ่มจากรัฐในการขยายความคุ้มครองสู่ผู้พึงพิงในอัตราร้อยละ 1.5 ของค่าจ้างเฉลี่ย และอาจจะปรับยกระดับอัตราค่าจ้างขั้นสูง (หรือ insured earnings ในปัจจุบันเท่ากับ 15,000 บาท) เพื่อให้สำนักงานประกันสังคมมีสถานะภาพทางการเงินที่มั่นคงต่อการขยายความคุ้มครองด้านสวัสดิการรักษายาบาล ทั้งนี้ เงินงบประมาณที่ไหลเข้าสู่สวัสดิการประกันสังคมมากขึ้นจะช่วยในกรณีที่สำนักงานประกันสังคมจะมีค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษายาบาลเพิ่มขึ้นจากการขยายความคุ้มครองไปถึงผู้ประกันตนที่เกษียณอายุ

การโอนคู่สมรสและบุตรของผู้ประกันตนและผู้ประกันตนที่เกษียณอายุพร้อมทั้งคู่สมรสที่อายุ 55 ปีขึ้นไปออกจากโครงการ 30 บาทจะทำให้จำนวนเงินงบประมาณที่ใช้สำหรับโครงการ 30 บาทลดลง ดังนั้น ถ้าค่าใช้จ่ายต่อหัวเท่ากับ 2,000 บาทแล้วจำนวนเงินส่วนเพิ่มสำหรับโครงการ 30 บาท จะเท่ากับ 17,655 ล้านบาทในปี 2548 และ 27,465 ล้านบาทในปี 2552 ถ้าหากว่ารัฐสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายต่อหัว 2,000 บาทที่จะต้องจัดสรรให้แก่โครงการ 30 บาท แต่สมทบเพิ่มให้แก่สำนักงานประกันสังคม จำนวนร้อยละ 1.5 ของค่าจ้างในการที่สำนักงาน

² จำนวนคู่สมรสของผู้ประกันตนที่ไม่มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลนอกจากสิทธิในโครงการ 30 บาท เท่ากับ 1,397,221 คน จากผู้ประกันตนทั้งหมด 6,666,001 คน

³ จำนวนบุตรของผู้ประกันตนที่พ่อหรือแม่ หรือทั้งพ่อและแม่ (อยู่ในครอบครัวเดียวกัน) มีสิทธิในสวัสดิการประกันสังคมเท่ากับ 2,456,107 คน และจำนวนบุตรของผู้ประกันตนที่มีพ่อหรือแม่ (มีพ่อหรือแม่อย่างเดียว) มีสิทธิในสวัสดิการประกันสังคมเท่ากับ 390,976 คน รวมกันคิดเป็นร้อยละ 42.71 ของผู้ประกันตน

⁴ แยกกับการสมทบเงินบางส่วนของเบี้ยบำนาญ เช่น ร้อยละ 1.5 ของเบี้ยบำนาญ

⁵ สมมุติให้อัตราการเข้าใหม่และอัตราการออกจากระบบสวัสดิการประกันสังคมของคนกลุ่มอายุนี้มีอัตราเท่ากัน

ประกันสังคมรับผิดชอบเรื่องสวัสดิการรักษายาบาลของคนจำนวนมากขึ้น รัฐจะต้องจัดสรรงบประมาณอีก 7-9 พันล้านบาทให้แก่สำนักงานประกันสังคม⁶ (ตารางที่ 1.1)

อีกแนวทางหนึ่งของการโอนผู้มีสิทธิเข้าสู่ระบบประกันสังคมคือ การผลักดันให้สำนักงานประกันสังคมเพิ่มประสิทธิภาพในการรวมลูกจ้างนอกภาคการเกษตรทั้งหมดเข้าสู่ระบบประกันสังคม วิธีการนี้จะลดจำนวนผู้มีสิทธิโครงการ 30 บาทได้ประมาณ 2.20-2.30 ล้านคนในช่วงปี 2548-52 และโครงการจะต้องการบส่วนเพิ่มเพียง 1.3-2.1 หมื่นล้านบาทในช่วงเดียวกัน (กรณี 2 ในตาราง 1.1) อย่างไรก็ตาม รัฐจะมีค่าใช้จ่ายให้แก่สำนักงานประกันสังคมเพิ่มเป็น 1.0-1.2 หมื่นล้านบาท แต่โดยรวมทั้งสองกรณีภาครัฐจะมีค่าใช้จ่ายลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับการจัดสรรงบรายหัวเท่ากับ 2,000 บาทโดยไม่มีการโอนย้ายผู้มีสิทธิของทั้งสองสวัสดิการ

1.2.3 การลดค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาลอาจช่วยให้แรงกดดันในการเพิ่มงบต่อหัวจากโครงการ 30 บาทลดลงได้ แนวทางลดค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาลคือ การเก็บเงินจากการรักษายาบาลจากกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถให้ได้ทุกกรณี

ข้อเสนอแนวทางปฏิบัติการลดค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาลนี้ประกอบด้วยสองแนวทางคือ แนวทางที่หนึ่ง กำหนดให้กองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถรับผิดชอบค่าใช้จ่ายรักษายาบาลของอุบัติเหตุจากรถเป็นอันดับแรก by rule หลักฐานการเรียกเก็บเงินคือ แบบฟอร์มที่เซ็นชื่อโดยแพทย์เวช มีจำเป็นต้องใช้ใบแจ้งความหรือกฎเกณฑ์อื่นที่เป็นอุปสรรคให้ผู้ประสบภัยเปลี่ยนไปใช้สวัสดิการอื่นแทน (ดูรายละเอียดในบทที่ 2) โดยมี สปสช. เป็นแกนกลางในการเรียกเก็บเงิน (ซึ่ง สปสช. สามารถทำได้ภายใต้มาตรา 12 ของ พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545) ตามแนวปฏิบัติเดิมนั้นเป็นปัญหาของการบริหารจัดการของระบบที่มุ่งใจให้สถานพยาบาลเรียกเก็บเงิน by choice กล่าวคือ สถานพยาบาลมีการ shopping ว่าจะ charge จากแหล่งใดด้วยเหตุผลทางการเงินเป็นหลัก พฤติกรรมการ charge เงินแบบการ shopping ทำให้ผู้ที่ควรแบกรับภาระต้นทุน (เช่น ผู้ขับรถโดยประมาท) ที่ก่อแก่สังคมถูกโอนไปให้ผู้อื่น (เช่น ผู้ประกันตนและผู้เสียภาษีที่ให้เงินสนับสนุนโครงการ 30 บาท)

หลังการ charge จากกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถจนจนพอดานแล้วแต่ผู้ประสบภัยยังคงต้องรับการรักษาพยาบาลอยู่ แหล่งเงินอันดับสองที่จะถูก charge คือ สวัสดิการที่ผู้ประสบภัยนั้นอยู่ภายใต้ เช่น กองทุนประกันสังคม (หรือกองทุนเงินทดแทนแล้วแต่เหตุ) หรือ โครงการ 30 บาท เป็นต้น การเรียกร้องค่ารักษายาบาลจากผู้ก่อเหตุหรือบริษัทประกันวินาศภัยเป็นภาระหน้าที่ของกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ

แนวทางปฏิบัติที่สอง คือ ลดจำนวนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการโดยการยุบกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ และให้กรมการขนส่งทางบกเก็บเบี้ยประกันบุคคลที่สามส่งตรงต่อ สปสช. เมื่อสถานพยาบาลรักษาผู้รับอุบัติเหตุจากรถให้สามารถ charge ค่ารักษายาบาลโดยตรงจาก สปสช. เป็นอันดับแรก จากนั้น เมื่อค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาจนพอดานจึง charge จากสวัสดิการอื่น วิธีการนี้ สปสช. ต้องจ่ายค่าธรรมเนียมการเก็บเงินให้แก่กรมการขนส่งทางบก และต้องรับผิดชอบในการติดตามหนี้จากผู้ก่อเหตุหรือ

⁶ สมมุติให้ค่าจ้างเฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 6,500 บาท รวมถึงฐานค่าจ้างเฉลี่ยที่รัฐสมทบแก่ผู้เกษียณอายุและผู้สมรสด้วย

บริษัทประกันวินาศภัย ซึ่งภาระส่วนนี้อาจจะจำภาคเอกชนให้รับผิดชอบตามหนี้และ สปสช. จ่ายค่าตอบแทน เป็นสัดส่วนกับหนี้ที่ติดตามได้

1.2.4 แนวทางการหาแหล่งเงินเพิ่มเติมเพื่อสนับสนุนการให้สวัสดิการรักษายาบาลโครงการ 30 บาท ด้วยจำนวนเงินประมาณ 1.7-4.5 หมื่นล้านบาท (แล้วแต่ทางเลือกการขยายความคุ้มครองของประกันสังคม) ดังแสดงในตารางที่ 1.1 นั้นสามารถทำได้โดยการปรับอัตราภาษีบางประเภทหรือการขยายฐานภาษี ความยากลำบากของการขยายฐานภาษีอยู่ในการบริหารจัดการ ในอดีตนั้นได้เคยมีความพยายามที่จะขยายฐานภาษี ด้วยการสำรวจธุรกิจขนาดเล็กกว่ามีการเสียภาษีหรือไม่ ถ้าไม่ก็ทำการแก้ไขให้เข้าสู่ระบบภาษีให้ครบถ้วน การสำรวจดังกล่าวช่วยเพิ่มรายได้ให้แก่ภาครัฐจำนวนมาก แต่ทว่าต้นทุนทางสังคมหรือความสูญเสียของสังคมนั้นสูงกว่าประโยชน์จากรายรับภาษีที่เพิ่มขึ้น (Dahlby et al., 2000)

ในกรณีที่รัฐต้องการหาเงินเพิ่มเติมจากการขึ้นภาษีสินค้า พบว่า ถ้าต้องการเพิ่มรายได้จากภาษีสรรพสามิตจำนวน 2.5 หมื่นล้านบาทในปี 2552 แล้วจะต้องขึ้นภาษีสรรพสามิตแอลกอฮอล์จากอัตราปัจจุบันอีกร้อยละ 40 (ดูคำอธิบายเกี่ยวกับโครงสร้างภาษีและอัตราภาษีใน Supplement ส่วนที่ 1) ถ้าต้องการเพิ่มรายได้จากภาษีสรรพสามิตจำนวน 4.5 หมื่นล้านบาทในปี 2552 แล้วจะต้องขึ้นภาษีสรรพสามิตจากน้ำมันเชื้อเพลิงจากอัตราปัจจุบันอีกร้อยละ 30 อย่างไรก็ดี การขึ้นภาษีสรรพสามิตจากบุหรี่มิได้มีผลให้รายได้ของรัฐเพิ่มมากอย่างที่หลายฝ่ายคาดการณ์ กล่าวคือ การขึ้นอัตราภาษีสรรพสามิตของบุหรี่จากอัตราปัจจุบันอีกร้อยละ 70 จะทำให้รายได้จากภาษีสรรพสามิตเพิ่มขึ้นประมาณ 2 หมื่นล้านบาทในปี 2552 ทั้งนี้เนื่องจาก การบริโภคบุหรี่ที่เสียภาษีที่ถูกกฎหมายนั้นมีค่าความยืดหยุ่นของราคาสูง และประมาณครึ่งหนึ่งของผู้สูบบุหรี่ที่ซื้อบุหรี่ที่ไม่เสียภาษี ดังนั้น ภาษีบุหรี่ไม่ใช่มือถือที่ดีในการหารายได้เพิ่มของรัฐ แต่คาดว่าจะเป็นเครื่องมือที่ช่วยลดการสูบบุหรี่ได้บ้างเท่านั้น ส่วนการขึ้นภาษีมูลค่าเพิ่มไปเป็นอัตราร้อยละ 10 (เท่ากับอัตราก่อนที่จะมีการปรับลดหลังจากเกิดวิกฤติเศรษฐกิจ) จะทำให้รายได้จากภาษีมูลค่าเพิ่มสูงขึ้นถึง 1.4-2.0 แสนล้านบาทต่อปีในช่วงปี 2548-52

การขึ้นอัตราภาษีสินค้านั้นไม่จำเป็นต้องเลือกขึ้นอัตราภาษีของสินค้าอย่างใดอย่างหนึ่ง รัฐสามารถขึ้นอัตราภาษีจากสินค้าหลายประเภทได้ในขณะเดียวกัน ทั้งนี้ทำได้โดยประมาณให้ได้ผลรวมของรายรับเพียงพอต่อการบริการสาธารณะที่จะต้องใช้จ่ายเงินเพิ่ม ในการศึกษานี้ได้ข้อสรุปว่า ภายใต้โครงสร้างภาษีของประเทศไทยนั้นรัฐสามารถหารายได้เพิ่มด้วยการขึ้นภาษีสินค้าประเภทบันเทิง น้ำมันเชื้อเพลิง และเครื่องนุ่งห่ม ส่วนการขึ้นภาษีสินค้าชนิดอื่น (โดยเฉพาะภาษีบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) จะยิ่งทำให้ราคาสัมพัทธ์บิดเบือนมากขึ้น และทำให้การจัดสรรทรัพยากรในระบบเศรษฐกิจด้อยประสิทธิภาพลงไปอีกซึ่งแน่นอนว่ามีผลต่อสวัสดิการของสังคม

การหารายรับภาษีเพิ่มเติมด้วยการปรับอัตราภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่เป็นไปได้ จากการศึกษาของ Chandoevrit (1994) ชี้ให้เห็นว่า การขึ้นอัตราภาษีของขั้นรายได้พึงชำระภาษี (taxable income) ขั้นแรก (0-50,000 บาทในปี 2533) นั้นมีต้นทุนทางสังคมต่ำกว่าการปรับอัตราภาษีของขั้นรายได้พึงชำระอื่นๆ

1.2.5 บทเรียนจากประเทศแคนาดาในเรื่องบทบาทของรัฐบาลท้องถิ่นในด้านการคลังของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ความแตกต่างที่สำคัญต่อการบริหารการคลังท้องถิ่นหรือรัฐบาลระดับจังหวัดของประเทศไทยและแคนาดา คือ authority ในการจัดเก็บภาษีและการให้บริการสาธารณะ รัฐบาลจังหวัดในประเทศแคนาดา

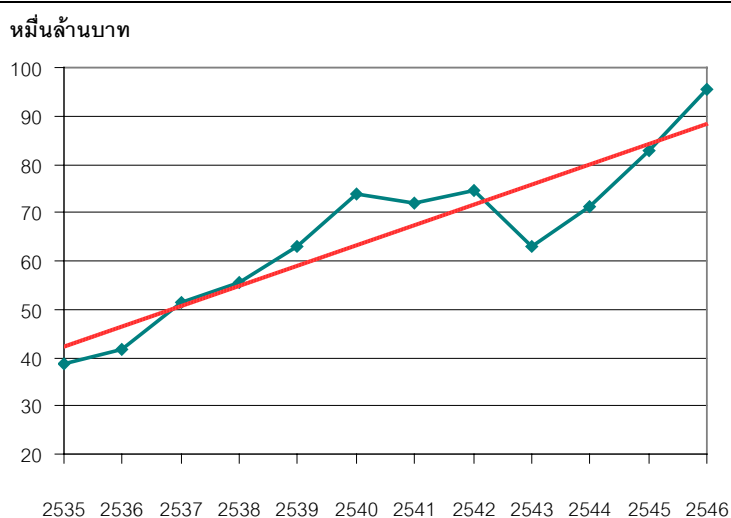
สามารถเก็บภาษีรายได้และภาษีสินค้าเพื่อนำเข้ารวมไว้ใน general tax revenue และสามารถนำเงินจาก general tax revenue มาจัดสรรให้กับสวัสดิการรักษายาบาลได้โดยที่รัฐบาลกลางไม่สามารถก้าวก่ายหรือตัดงบสนับสนุนได้ทราบเท่าที่รัฐบาลจังหวัดปฏิบัติตามเงื่อนไขของกฎหมายสวัสดิการรักษายาบาลของประเทศ

บทบาทของรัฐบาลท้องถิ่นในประเทศแคนาดาที่ไทยสามารถนำมาเป็นแนวคิดในการปฏิบัติ คือ การให้ท้องถิ่นเป็นเจ้าของโรงพยาบาล โดยมีคนท้องถิ่นเป็น Board of Director และต่อตรงกับรัฐบาลจังหวัดในด้านงบประมาณรายจ่ายประจำปีของโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุขจะทำหน้าที่ให้การดูแลควบคุมมาตรฐานและจัดสรรงบประมาณ วิธีนี้คาดว่าจะเพิ่มประสิทธิภาพของการบริหารจัดการโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม ควบคู่ไปกับการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ข้อสรุปที่เด่นชัดขึ้น

1.2.6 การศึกษานี้มีได้โต้แย้งหรือสนับสนุนการ earmark รายได้จากภาษีหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่ประเด็นที่ควรคำนึงถึงคือ ความมั่นคงของเงินที่จะ finance โครงการ 30 บาท การ earmark แล้วให้สปสช. ไปเผชิญกับความเสี่ยงเรื่องความผันผวนของรายได้จากภาษีและ business cycle เป็นการเพิ่มความเสี่ยงให้กับประชาชนในการได้รับสวัสดิการรักษายาบาลที่ได้มาตรฐาน จากรูปที่ 1.1 จะเห็นว่า รายได้จากภาษีขึ้นลง (อันเนื่องมาจากหลายปัจจัย) โดยเทียบกับ trend (เส้นตรงในรูป) การให้สวัสดิการรักษายาบาลที่มีมาตรฐานขึ้นๆ ลงๆ ตามรายได้ภาษีย่อมไม่เป็นผลดีต่อประชาชน ถ้าหากว่า สปสช. ต้องการแบกรับความเสี่ยงนี้และทำหน้าที่ในการเกลี้ยค่าใช้จ่ายระหว่างปีเพื่อให้เงินพอใช้ในระยะเวลาเองก็ย่อมเป็นไปได้ อย่างไรก็ตาม กระทรวงการคลังซึ่งรับผิดชอบในหน้าที่นี้อยู่จะมีความเชี่ยวชาญมากกว่า

ประเด็นที่สำคัญกว่า การ earmark ภาษีเหล่านี้คือ คำรับรองต่อประชาชนว่าจะบวกรายได้ที่จ่ายให้แก่สถานพยาบาลเท่ากับบวกรายได้ที่คำนวณได้ตามหลักวิชาการที่สะท้อนให้เห็นถึงต้นทุนการให้สวัสดิการรักษายาบาลที่มีคุณภาพ ถ้าเงินที่ภาครัฐจัดสรรให้ต่ำเกินไป สถานพยาบาลควรที่จะส่งสัญญาณให้แก่ประชาชนทราบว่าคุณภาพของบริการจะแย่ลง องค์การภาคประชาชนและ/หรือผู้เสียภาษีซึ่งได้รับผลกระทบโดยตรงย่อมต้องสร้างแรงกดดันหรือเสียงสะท้อนกลับไปยังภาครัฐเพื่อต่อรองให้สถานพยาบาลได้รับงบประมาณที่เพียงพอ

รูปที่ 1.1 รายได้จากภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบเปรียบเทียบกับแนวโน้ม



ที่มา: ข้อมูลภาษีจากกระทรวงการคลัง

บทที่ 2 ทางเลือกด้านการเงินของการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

วิโรจน์ ณะหนอง¹

2.1 ข้อสรุปที่ยังไม่จบ

ปัญหาการได้รับงบประมาณไม่เพียงพอของโครงการ 30 บาท เป็นปัญหาใหญ่ของโครงการนี้ตลอดระยะเวลาสามปีเศษที่ผ่านมา แม้ว่าในสองปีแรกที่มิใช่การที่คำนวณงบนี้จะยืนยันว่างบที่คำนวณนั้นเพียงพอ เนื่องจากข้อมูลจากการสำรวจพบว่าผู้มีสิทธิมาใช้บริการเพียงบางส่วน แต่ในปี 2547 ก็หันมายอมรับว่างบที่รัฐบาลจัดสรรให้ในระหว่างปี 2544-47 นั้นต่ำกว่าที่ควรจะเป็น โดยระบุว่าในระหว่างปี 2544-47 นั้น รัฐบาลจัดสรรเงินสำหรับโครงการนี้น้อยกว่าที่ควรจะเป็น 16,000-41,000 ล้านบาท (ตัวเลขที่ต่างกันค่อนข้างมากนี้เกิดจากทางทีมใช้สมมติฐานที่ต่างกันในการคำนวณแต่ละครั้ง) และในปี 2547 รัฐบาลได้แถลงหลายครั้งว่า การจัดสรรงบให้โครงการนี้ในระยะแรกนั้น เป็นการทดลองทำโดยไม่มีข้อมูลที่ครบถ้วน แต่ในปีนี้ (2547) จะสามารถหา “หาด้านทุนที่แท้จริง” ของโครงการและจะจัดสรรงบให้ตามความเป็นจริงในอนาคต ต่อมานายกรัฐมนตรีได้แถลงว่าได้ข้อสรุปเกี่ยวกับต้นทุนของโครงการแล้วที่ 1,510.50 บาทต่อคนสำหรับปีงบประมาณ 2548 แต่เนื่องด้วยปัญหาด้านการเงินของรัฐบาล จึงจัดสรรให้เพียง 1,396 บาทต่อคนในปีงบประมาณ 2548 แต่ให้คำมั่นสัญญาว่าจะนำตัวเลขที่คำนวณได้มาปรับใช้ในปีต่อไป และเห็นด้วยกับการนำภาษีจากบุหรี่ เหล้า และเบียร์ มาใช้เป็นแหล่งเงินสำหรับโครงการนี้

อย่างไรก็ตาม ผู้ที่เกี่ยวข้องในการคำนวณของโครงการนี้ย่อมทราบดีว่า ตัวเลขที่คำนวณได้ในแต่ละปีงบประมาณ ไม่ใช่ตัวเลขที่ถูกต้องอย่างสมบูรณ์ หากเป็นตัวเลขที่สร้างขึ้นภายใต้กรอบแนวคิด ข้อสมมุติ และข้อมูลบางชุด ซึ่งสามารถมีข้อถกเถียงถึงความถูกต้อง² ความครบถ้วน หรือแม้กระทั่งความเหมาะสม³ อยู่ได้ตลอดเวลา และเมื่อผลการคำนวณผ่านกระบวนการพิจารณาในขั้นตอนต่างๆ หลายขั้นตอน ตัวเลขก็มักมีการเปลี่ยนแปลงด้วยเหตุผลต่างๆ ทั้งในกรณีที่มีเหตุผลอ้างอิงได้ในทางวิชาการ มีเหตุผลที่รับฟังได้บางส่วน หรือแทบไม่มีเหตุผลเชิงวิชาการเลย ซึ่งกระบวนการเหล่านี้ทำให้ตัวเลขสามารถเปลี่ยนแปลงไปได้อย่างมาก ตัวอย่างเช่น

¹ ผู้เชี่ยวชาญอาวุโส สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ผู้วิจัยขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สำนักงานประกันสังคม ที่ให้ความอนุเคราะห์และประสานงานในการขอข้อมูลดิบจาก “การสำรวจความต้องการประกันสังคม” (ที่ดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง นพ.สุระเดช วลีอิทธิกุล คุณหญิงศิริ ไตรรัตน์ คุณบุญยวีร์ เอื้อศิริวรรณ และคุณธนธิ์ ลอยพิมาย คุณศศิวิฑูรย์ วงษ์มณฑา ช่วยประมวลผลข้อมูลดิบจาก “การสำรวจความต้องการประกันสังคม” โดยเฉพาะในส่วนที่เป็นข้อมูลสำหรับตารางที่ 2.7-2.8 และในตอนที่ 2.5.2

² เช่น ประเด็นการคำนวณต้นทุนโดยใช้ข้อมูลอัตราการใช้บริการจาก Health and Welfare Survey ในขณะที่คำนวณต้นทุนต่อการใช้บริการโดยใช้จำนวนการให้บริการที่สถานพยาบาลเป็นตัวหาร และการตัดสถานพยาบาลที่มีต้นทุนสูงออกจากตัวอย่างโดยอ้างเหตุผลว่าเป็นสถานพยาบาลที่ขาดประสิทธิภาพ (ทั้งที่สถานพยาบาลในประเทศไทยมี setting ที่หลากหลายจนไม่น่าจะสามารถบอกถึงประสิทธิภาพของสถานพยาบาลโดยดูจากต้นทุนอย่างเดียว)

³ เช่น การใช้ median ในการคำนวณต้นทุน การผูกงบลงทุนทดแทนกับงบรักษาพยาบาล และกำหนดที่ร้อยละ 7-10

ในการคำนวณสำหรับปี 2548 นั้น ทีมวิชาการหลักที่คำนวณเสนอตัวเลขประมาณ 1,732 บาท⁴ แต่เมื่อผ่านกระบวนการพิจารณาในคณะกรรมการ และคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้วมีการปรับลงมาที่ 1,510.50 บาทต่อคน และตัวเลขที่รัฐบาลจัดสรรให้จริงก็ลดลงไปอีก

ในแง่นี้ การที่รัฐบาลระบุว่า “ได้ข้อสรุป” เกี่ยวกับต้นทุนของโครงการ 30 บาทที่ 1,510.50 บาทต่อคน และสมมุติว่ารัฐบาลต่อไปจะยึดตัวเลขนี้ในการจัดสรรงบประมาณให้โครงการนี้ในอนาคต (โดยปรับขึ้นลงตามอัตราค่าแรง เงินเฟ้อ และอัตราการใช้สิทธิ) ก็ไม่ได้เป็นหลักประกันในตัวของมันเองแต่อย่างใดว่า ต่อไปนี้สถานพยาบาลต่างๆ ที่อยู่โครงการ 30 บาทจะได้รับเพียงพอจะสามารถให้บริการที่มีคุณภาพได้ หรือจะทำให้ปัญหาข้อถกเถียงต่างๆ ในเรื่องงบของโครงการ 30 บาทจบลงเสีย

2.2 ความสามารถในการจ่ายเงินของประเทศ/รัฐบาล

ผู้ที่ยอมรับว่าที่ผ่านมาโครงการ 30 บาท ได้รับการจัดสรรงบประมาณไม่เพียงพอ มักจะคาดหมายต่อไปว่าสถานการณ์จะไม่เปลี่ยนแปลงไปมากนักในอนาคต จึงมักจะหาทางออกต่างๆ ให้รัฐบาล เช่น เสนอให้เพิ่มอัตราร่วมจ่าย (Co-payment) สูงขึ้นจาก 30 บาทหรือบริการฟรีในปัจจุบัน เสนอให้เก็บเบี้ยประกันจากผู้มีสิทธิในลักษณะที่คล้ายกับโครงการประกันสังคม เสนอให้ปรับแก้ พ.ร.บ. คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถเพื่อนำกำไรส่วนนี้มาใช้ เสนอให้ผลักดันผู้มีสิทธิจำนวนหนึ่งไปเข้ากองทุนประกันสังคม และเสนอให้ท้องถิ่นมีส่วนร่วมจ่าย เป็นต้น นอกจากนี้ก็มีข้อเสนอให้รวมกองทุน และปรับเปลี่ยนวิธีการจ่ายเงินของโครงการสวัสดิการข้าราชการ โดยคาดว่าจะทำให้สามารถได้เงินมาจัดสรรให้โครงการ 30 บาท เพิ่มขึ้น

งานวิจัยนี้จะพิจารณาทางเลือกต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยไม่จำกัดเฉพาะทางเลือกที่กล่าวมาแล้ว (ซึ่งบางทางเลือกก็มีข้อแย้งถึงความเหมาะสมค่อนข้างมาก) เพราะการมองหาทางเลือกภายใต้ Premise ที่ว่ารัฐบาลมีอุปสรรคทางการคลังทำให้ไม่สามารถจัดสรรงบประมาณให้โครงการนี้เพิ่มขึ้นอย่างเพียงพอ นั้น เป็นการมองในกรอบที่ยึดติดกับสัดส่วนของงบประมาณด้านสาธารณสุข (ซึ่งในอดีตก็ไม่ได้ถูกต้องที่มาโดยตลอด แต่เคยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญมาแล้ว)⁵ หรือติดกับกรอบที่ว่ารัฐบาลไม่สามารถหาเงินมาเพิ่มได้ ทั้งที่ในอดีตก็เคยมีการปรับเพิ่มภาษีต่างๆ หลายครั้ง (ถึงแม้ว่าในระยะหลังรัฐบาลมักยึดนโยบายประชานิยม และมีแนวโน้มที่จะลดภาษีมากกว่าเพิ่มก็ตาม) และในช่วงครึ่งหลังของปี 2547 นายกรัฐมนตรีเองก็ได้ประกาศในระหว่าง “ทัวร์นกขมิ้น” หลายครั้งว่าจะทุ่มเทงบประมาณนับหมื่นนับแสนล้านบาทสำหรับหลายโครงการในหลายภูมิภาค⁶ และในปีงบประมาณ 2548 นี้เอง ก็คาดกันว่าจะมีรายได้สูงกว่าที่เคยคาดเอาไว้เดิม ซึ่งคาดว่ารัฐบาลจะนำมาตั้งเป็นงบกลางปีอีกประมาณหนึ่งแสนล้านบาท⁷

⁴ ซึ่งยังต่ำกว่าการคำนวณของผู้เขียน (ที่ใช้ข้อมูลอัตราการใช้บริการจากสถานพยาบาล และคำนวณงบลงทุนโดยอิงมาตรฐาน พบส.) ที่ได้ตัวเลขประมาณ 2,000 บาทต่อคน ในปีงบประมาณ 2548

⁵ สัดส่วนของงบประมาณด้านสาธารณสุข เพิ่มขึ้นจากประมาณร้อยละ 4 ของงบประมาณของประเทศในช่วงปี 2527-32 มาเป็นร้อยละ 7-8 ในปี 2540-44 และจำนวนที่เป็น real term ก็เพิ่มขึ้นมากกว่าหนึ่งเท่าตัว

⁶ อีกทั้งในปีงบประมาณ 2548 เอง ก็มีแนวโน้มว่าจะมีรายรับสูงกว่าที่ประมาณการเอาไว้ และรัฐบาลมีแผนที่จะตั้งงบกลางปีประมาณหนึ่งแสนล้านบาทเพิ่มขึ้นจากปกติ

⁷ จากคำบอกเล่าของรองนายกฯ จาตุรนต์ ฉายแสง ในการประชุมที่ทำเนียบรัฐบาลเมื่อวันที่ 17 พ.ย. 47

นอกเหนือจากรัฐบาลแล้ว สังคมไทยก็ยังมีภาคครัวเรือน ซึ่งที่ผ่านมานั้น ก็มีส่วนสำคัญในการใช้จ่ายด้านสุขภาพ แต่ถ้าภาครัฐสามารถจัดหลักประกันสุขภาพที่มีคุณภาพได้ ก็จะช่วยลดค่าใช้จ่ายของประชาชนลงได้ (ที่ผ่านมานั้น สัดส่วนของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อ GDP--ซึ่งรวมค่าใช้จ่ายของรัฐและเอกชน--ไม่ได้เปลี่ยนแปลงไปมากนัก)⁸ ถึงแม้ว่าที่ผ่านมา ความไม่มั่นใจในคุณภาพของโครงการของภาครัฐจะทำให้กลุ่มชนชั้นกลางและกลุ่มผู้มีรายได้สูงจำนวนไม่น้อยยังคงประสงค์ที่จะรักษาช่องทางที่ตนสามารถซื้อบริการได้เอง (ซึ่งรวมทั้งบริการของรัฐหรือเอกชน) มากกว่าที่จะยินดีจ่ายภาษีเพิ่มเพื่อให้รัฐนำมาใช้สำหรับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็ตาม

ดังนั้น ในแง่หนึ่ง การเสาะหาทางเลือกทางการเงินเพิ่มเติมภายใต้สมมุติฐานว่ารัฐบาลจ่ายเงินให้โครงการ 30 บาทน้อยเพราะรัฐบาลมีเงินไม่เพียงพอจึงเป็นการ “คิดแทน” รัฐบาล ซึ่งอาจจะไม่ได้มีปัญหานี้มากเท่ากับการให้ความสำคัญกับการนำเงินไปใช้ในด้านอื่นมากกว่า อย่างไรก็ตาม ในทางการเมืองนั้น เป็นไปได้ว่าในกรณีที่รัฐบาลไม่ประสงค์ที่จะลดทอนสัดส่วนของบที่จัดสรรให้กับหน่วยงานและโครงการด้านอื่น ซึ่งในกรณีเหล่านั้น ถ้าผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถเสนอทางออกในการหาเงินเพิ่มเติมให้กับโครงการ 30 บาท ก็อาจจะทำให้สามารถชักจูงให้รัฐบาลหันมาจัดสรรเงินให้โครงการนี้เพิ่มขึ้นได้

แต่ในทางกลับกัน ตัวเลขรายรับของรัฐบาลที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในระยะหลัง (จนทำให้สามารถตั้งงบประมาณในปี 2548 สูงถึง 1.2 ล้านล้านบาท จากที่เคยอยู่ในระดับต่ำกว่าหนึ่งล้านล้านบาทเมื่อไม่กี่ปีก่อน) และการที่สัดส่วนของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของไทยต่อ GDP ยังอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าในประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่ (ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ระหว่างร้อยละ 8-11)⁹ ก็เป็นตัวบ่งชี้ว่ารัฐบาลและสังคมไทยยังอยู่ในวิสัยที่จะจัดสรรเงินเพิ่มขึ้นสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือให้กับโครงการ 30 บาทในระดับที่ทำให้โครงการนี้เดินหน้าไปได้ภายใต้การบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ โดยโรงพยาบาลที่บริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพจะไม่จำเป็น (และไม่ควร) ต้องหารายได้เพื่อมาอุดหนุนไขว้ดังเช่นวิธีที่โรงพยาบาลหลายแห่งใช้กับสวัสดิการข้าราชการในอดีต

2.3 หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับโครงการ 30 บาท

ถึงแม้ว่าจะมีความพยายามที่จะผูกซื้อโครงการ 30 บาท เข้ากับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ภาพความเป็นจริงในปัจจุบัน (และเป็นภาพที่มีความเป็นไปได้สูงที่จะยังคงอยู่ต่อไปใน 3-4 ปีข้างหน้า) ก็คือระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยจะยังคงประกอบด้วยสามโครงการหลักไปอีก ระยะเวลาหนึ่ง (และอาจจะยังมีโครงการรองอื่นๆ อีก) แม้ว่าในช่วงที่กล่าวถึงนี้ แต่ละโครงการจะมีการปรับตัว และการปรับตัวของบางโครงการอาจเป็นการปรับตัวที่มีนัยสำคัญ และอาจจะกระทบโครงการอื่นได้ แต่ก็จะมีโอกาสไม่มากนักที่จะมีการปรับตัวในลักษณะของการรวมการบริหารจัดการของสามโครงการหลักเข้าด้วยกัน ความพยายามที่จะขอแก้ไข พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยตัดมาตรา 11 (ที่เกี่ยวกับกองทุนเงินทดแทนฯ) และแก้ไขมาตรา 66 ในบทเฉพาะกาล เพื่อขยายเวลาการรายงานเรื่องอุปสรรคในการรวมการบริหารจัดการของโครงการสวัสดิการข้าราชการ

⁸ ถึงแม้ว่าตัวเลขที่มีผู้คำนวณเอาไว้จะต่างกันพอสมควร ตัวอย่างเช่น วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2547) ประมาณว่ารายจ่ายด้านสุขภาพต่อ GDP ในระหว่างปี 2537-2544 ขึ้นลงอยู่ระหว่างร้อยละ 3.3-4.0 ในขณะที่สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ (2545) ประมาณว่ารายจ่ายด้านสุขภาพต่อ GDP ในระหว่างปี 2528-2543 ขึ้นลงอยู่ระหว่างร้อยละ 5.6-6.3

⁹ ยกเว้นสหรัฐอเมริกาที่มีสัดส่วนสูงเป็นพิเศษถึงประมาณร้อยละ 13-15

และโครงการ 30 บาท ออกไป (ทั้งๆ ที่ ตาม พ.ร.บ. เดิมนั้น ก็ไม่ได้กำหนดเวลาที่ชัดเจนที่จะต้องรวมการบริหารจัดการของโครงการเหล่านี้เข้าด้วยกันแต่อย่างใด) ก็เป็นสัญญาณที่บ่งบอกถึงแนวโน้มของการคงอยู่ที่ขนานกันของสามโครงการ/กองทุนเหล่านี้ในระยะ 3-4 ปีข้างหน้า

อย่างไรก็ตาม สำหรับโครงการรองที่สำคัญโครงการหนึ่ง คือโครงการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถนั้น มาตรา 12 ของ พ.ร.บ. นี้กำหนดให้ สปสช. สามารถเรียกเก็บค่าสินไหมจากกองทุนทดแทนผู้ประสบภัย หรือจากบริษัทประกันภัยหรือบริษัทกลางฯ ตามสิทธิที่จะได้รับการทดแทนภายใต้ พ.ร.บ. คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 ซึ่งจนถึงทุกวันนี้ที่ พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มีผลบังคับใช้มาแล้วสองปีเต็ม ก็ยังไม่มีความชัดเจนว่าจะมีการดำเนินการเรื่องนี้หรือไม่ อย่างไร แต่เนื่องจากในกรณีนี้เป็นกรณีที่ พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดเอาไว้อย่างชัดเจน จึงน่าจะมีโอกาสที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงในระยะ 3-4 ปีข้างหน้ามากกว่าในกรณีอื่น

สำหรับโครงการอื่นนั้น แม้ว่าจะยังไม่ได้เข้ามาพร้อมกับโครงการ 30 บาทโดยตรง แต่การปฏิรูปโครงการเหล่านั้นก็อาจจะส่งผลมาถึงโครงการนี้ได้ ตัวอย่างเช่น ถ้าการปฏิรูปโครงการสวัสดิการข้าราชการส่งผลให้โรงพยาบาลรัฐมีรายได้ลดลง และทำให้การอุดหนุนไขว้ทำได้น้อยลง ก็มีความจำเป็นที่จะต้องจ่ายเงินให้กับโครงการ 30 บาทตามความเป็นจริงมากขึ้น เป็นต้น ในทางกลับกัน การตัดสินใจที่จะปฏิรูปโครงการประกันสังคมหรือไม่และในรูปแบบใด (หรือควรผลักดันให้ปฏิรูปในลักษณะใดจึงจะเป็นประโยชน์สูงสุดสำหรับประเทศ) ก็อาจจะไม่ใช่การตัดสินใจของผู้ที่มีส่วนได้เสียจากโครงการประกันสังคมอย่างเดียว

กรอบที่ 1 ทางเลือกและนัยของการดำเนินการตามมาตรา 12 ของ พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

มาตรา 12 ของ พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กำหนดให้ สปสช. สามารถเรียกเก็บค่าสินไหมจากกองทุนทดแทนผู้ประสบภัย หรือจากบริษัทประกันภัยหรือบริษัทกลางฯ ตามสิทธิที่จะได้รับการทดแทนภายใต้ พ.ร.บ. คຸ້ມຄອງຜູ້ປະສົບຮ້າຍຈາກຣູດ พ.ศ. 2535 แต่ไม่ได้มีกำหนดชัดเจนว่าจะดำเนินการอย่างไร จนถึงทุกวันนี้ที่ พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีผลบังคับใช้มาแล้วสองปีเต็ม ก็ยังไม่มีความคืบหน้าที่ชัดเจน

กองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ (หรือที่นิยมเรียกกันว่า “กองทุน พ.ร.บ. รถ” หรือ “กองทุน พ.ร.บ. บุคคลที่สาม”) โดยมีจุดเริ่มมาจาก พ.ร.บ. คຸ້ມຄອງຜູ້ປະສົບຮ້າຍຈາກຣູດ พ.ศ. 2535 ซึ่งออกมาเพื่อแก้ปัญหาเฉพาะหน้าที่ผู้ประสบภัยจากรถถูกปฏิเสธการรักษาจากสถาน พยาบาล หรือผู้ประสบเหตุไม่กล้านำผู้ประสบภัยส่งโรงพยาบาล พ.ร.บ. นี้กำหนดให้เจ้าของรถต้องทำประกันความเสียหายสำหรับบุคคลที่สามกับบริษัทประกันภัยของเอกชน และบริษัทประกันเหล่านี้จำเป็นต้องเป็นส่วนหนึ่งมาตั้งเป็นกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ ซึ่งจะจ่ายค่ารักษาพยาบาลเบื้องต้นและ/หรือค่าทำศพให้จำนวนหนึ่งในกรณีที่ไม่สามารถหาตัวผู้ก่อความเสียหาย หรือจ่ายค่ารักษาเบื้องต้นให้ก่อน แล้วไปตาม “ไล่เบี้ย” เรียกเก็บค่าเสียหายจากผู้ก่อความเสียหายหรือบริษัทประกันของผู้ก่อความเสียหายต่อไป

ในแง่ การคຸ້ມຄອງຜູ້ປະສົບຮ້າຍຈາກຣູດมีลักษณะที่แตกต่างจากโครงการประกันสุขภาพอื่นเกือบทุกโครงการ (ยกเว้นกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากการทำงาน) เนื่องจากโครงการประกันสุขภาพอื่นๆ มักเป็นหลักประกันสำหรับแต่ละบุคคล แต่กองทุนนี้คຸ້ມຄອງຮ້າຍທີ່เกิดจากความเสียหายเฉพาะด้านให้กับประชาชนทุกคน ซึ่งถือได้ว่าเป็นสิทธิที่ซ้ำซ้อนกับหลักประกันอื่นๆ ทุกสิทธิ และในแง่หนึ่ง การที่ภัยจากรถมักเกิดขึ้นโดยมีผู้ก่อให้เกิดความเสียหาย ผู้ที่ได้รับความเสียหาย (รวมทั้งผู้เสียหายโดยอ้อม เช่น สถานพยาบาลที่รับรักษา) จึงมีสิทธิเรียกร้องค่าชดเชยจากผู้ก่อความเสียหาย แต่การที่มีสิทธิที่ซ้ำซ้อนทำให้ผู้ประสบภัยมักไม่อยากจะใช้สิทธินี้ในกรณีที่มีความยุ่งยาก (เช่น ต้องไปแจ้งความ) และในกรณีที่ผู้ประสบภัยมีผลประโยชน์ร่วมกับผู้ก่อความเสียหาย

ที่ผ่านมาสถานพยาบาลหลายแห่ง (ส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลรัฐ) ได้กล่าวหาว่าบริษัทประกันบางแห่งพยายามตั้งเงื่อนไขการเบิกจ่ายให้ยุ่งยากเพื่อประวิงหรือปฏิเสธการจ่ายเงินสินไหมทดแทน ซึ่งในแง่ของแรงจูงใจแล้วข้อกล่าวหานี้ก็พอมีเหตุผล เพราะการที่สิทธินี้มีความซ้ำซ้อนกับสิทธิอื่นย่อมทำให้ผู้ที่ควรที่จะรับผิดชอบจ่ายความเสียหายมีโอกาสที่จะ “โยนกลอง” ไปให้หน่วยงานอื่น (ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของบุคคลเหล่านั้นด้วย) เป็นผู้รับผิดชอบจ่ายแทน ซึ่งในอดีตนั้น มีกรณีบ่อยครั้งที่ทั้งโครงการ สปร. และโครงการประกันสังคมต้องมารับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนนี้แทนบริษัทประกันภัยหรือกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ อย่างไรก็ตาม ทั้งโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชนที่มีระบบการติดตามที่ดีจะไม่ค่อยมีปัญหาเรียกเก็บเงินไม่ได้ ถึงแม้ว่าจะมีปัญหาความล่าช้าก็ตาม)

(ต่อหน้าถัดไป)

กองทุนนี้บริหารโดยกรมการประกันภัย ซึ่งโครงสร้างนี้ทำให้กองทุนมีจุดแข็งในแง่การได้รับความร่วมมือจากบริษัทประกันเอกชนในโครงการ แต่การที่กรมการประกันภัยมีหน้าที่ดูแลบริษัทประกันภัย (โดยมีเป้าหมายที่สำคัญคือต้องการให้บริษัทมีสถานะทางการเงินที่มั่นคง เพราะการล้มของบริษัทประกันภัยในแต่ละครั้งสร้างความยุ่งยากกับกรมฯ เป็นอย่างมาก) ก็ทำให้มีข้อครหาจากฝั่งสถานพยาบาลว่าผู้บริหารกองทุนมีแนวโน้มที่จะให้ความสำคัญกับสถานะของบริษัทประกันภัยมากกว่าสถานพยาบาล (ซึ่งทำการในฐานะตัวแทนของผู้ประสบภัย)

ในปี พ.ศ. 2545 ผู้เอาประกันซื้อประกันตาม พ.ร.บ. นี้ คิดเป็นมูลค่าเบี้ยประกันที่ถือเป็นรายได้ 8,372 ล้านบาท ที่ผ่านมาการประกันภัยตาม พ.ร.บ. นี้ มีอัตรา Loss Ratio (เงินชดเชยความเสียหายเทียบกับเบี้ยประกันรับ) ที่ค่อนข้างต่ำสำหรับรถยนต์ (เช่น ไม่ถึงหนึ่งในสามในระหว่างปี 2541-42 และประมาณครึ่งหนึ่งในระหว่างปี 2544-45) แต่มี Loss ratio สูงกว่า 1 สำหรับจักรยานยนต์ (ซึ่งเก็บเบี้ยประกันในอัตราที่ต่ำ) โดยมีอัตรา Loss Ratio อยู่ที่ 1.3-1.4 ในระหว่างปี 2543-45 แต่เมื่อรวมกันแล้ว ในอดีตบริษัทประกันภัยมีกำไรที่ค่อนข้างสูง¹⁰ ทำให้มักมีเสียงเรียกร้องให้ลดเบี้ยประกันลงมา ซึ่งทางกรมการประกันภัยมักเสนอกลับมามีว่าจะเพิ่มสิทธิประโยชน์ให้แทน และได้มีการดำเนินการเพิ่มเงินชดเชยในกรณีเสียชีวิตจาก 50,000 เป็น 80,000 บาทเมื่อกลางปี 2546 ซึ่งเป็นช่วงหลังจากที่ พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 บังคับใช้เป็นกฎหมายแล้ว

การปฏิบัติตามมาตรา 12 หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่กำหนดให้ สปสช. สามารถเรียกเก็บค่าสินไหมจากกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยหรือจากบริษัทประกันภัยหรือบริษัทกลางฯ ตามสิทธิที่จะได้รับการทดแทนภายใต้ พ.ร.บ. คุ่มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 นั้น มีความได้หลายแบบ เช่น ให้ สปสช. ทำหน้าที่ตรวจสอบเอกสารจากโรงพยาบาล/ผู้เสียหาย และเรียกเก็บเงินชดเชยตามสิทธิผ่านกองทุนคุ่มครองผู้ประสบภัยจากรถ ซึ่งวิธีนี้จะลดปัญหาการเรียกเก็บเงินของโรงพยาบาลได้ (แต่ก็อาจจะทำให้บริษัทประกันมีปัญหาในการไล่เบี้ยมากขึ้น) ไปจนวิธีที่ให้ สปสช. ไปเรียกเก็บจากบริษัทประกันภัย ซึ่งอาจจะมีปัญหาในการเรียกเก็บเงินมากกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบันก็เป็นได้ หรืออาจใช้วิธีเหมือนกับก่อนที่มี พ.ร.บ. โดย สปสช. มอบอำนาจให้สถานพยาบาลดำเนินการแทน

แต่การที่ระบบประกันในส่วนนี้เป็นการประกันภาคบังคับ ก็ทำให้มีโอกาสที่รัฐจะเข้ามาดำเนินการแทนได้ โดยมีค่าใช้จ่ายที่ต่ำกว่า เพราะสามารถลดกระบวนการตรวจสอบสิทธิและ/หรือกระบวนการพิสูจน์ความผิดลงได้ (ตัวอย่างเช่น รัฐอาจใช้วิธีให้กรมการขนส่งทางบกเก็บเบี้ยประกันไปพร้อมๆ กับการต่อทะเบียนรถประจำปี แล้วนำเงินก้อนนี้ทั้งหมดมาให้ สปสช. จัดสรร ซึ่ง สปสช. อาจมอบหมายให้ ธกส. ทำหน้าที่จ่ายเงินชดเชยในกรณีเสียชีวิต) หรือแม้กระทั่งอาจจะเปลี่ยนจากแนวทางประกันภัยมาเป็นแนวทางการเก็บภาษีเพื่อชดเชยความเสียหายแทน โดยในกรณีหลังภาครัฐจะมีหน้าที่บังคับให้เจ้าของรถจ่ายภาษี (และมีบทลงโทษผู้ฝ่าฝืน) และจะให้การรักษายาบาลและชดเชยให้ผู้เสียหายภายใต้กติกาเดียวกัน โดยไม่ต้องมาพิสูจน์สิทธิหรือไล่เบี้ย เป็นต้น ซึ่งการหันมา

(ต่อหน้าต่อไป)

¹⁰ ซึ่งฝ่ายสถานพยาบาลอ้างว่ากำไรที่สูงนั้นส่วนหนึ่งเกิดจากการที่บริษัทประกันมีแนวโน้มที่จะตั้งเงื่อนไขที่เป็นอุปสรรคในการเรียกเก็บค่าความเสียหาย

ใช้วิธีเหล่านี้จะต้องมีการแก้ไข พ.ร.บ. คຸ່ມครองผู้ประสพภัยจากรถ พ.ศ. 2535 และจะต้องคำนึงถึงปัญหาที่ตามมาด้วย (เช่น ประเด็นเรื่องความรับผิดชอบทางแพ่งในกรณีที่ผู้เสียหายเลือกที่จะใช้บริการของสถานพยาบาลเอกชนที่มีค่าใช้จ่ายสูงกว่าจำนวนเงินที่ชดเชย)

แต่ถึงแม้ว่าการเปลี่ยนระบบการคຸ່ມครองผู้ประสพภัยจากรถจะมีโอกาสที่จะเพิ่มเม็ดเงินเข้ามาในระบบสำหรับโครงการ 30 บาท ก็คงจะเป็นเม็ดเงินที่เพิ่มขึ้นสุทธิไม่เกิน 2,000-3,000 ล้านบาท (จากเบี้ยประกันรับประมาณ 8,000 ล้านบาทเศษต่อปี และปัจจุบันบริษัทประกันภัยจ่ายค่าความเสียหายปีละสี่พันล้านบาทเศษ) ซึ่งแม้ว่าคงจะช่วยสถานะทางการเงินของโครงการ 30 บาท ได้บ้าง แต่ก็คงไม่ได้มีจำนวนมากพอที่จะเปลี่ยนสภาพของโครงการ 30 บาทจากที่ผ่านมามากนัก

หมายเหตุ: ดูรายละเอียดข้อมูลที่เกี่ยวข้องจาก วิโรจน์ ณ ระนอง และคณะ (2548)

2.4 แหล่งที่มาของเงินกับความยั่งยืนของโครงการ 30 บาท

ในช่วงปีที่ผ่านมา ได้มีความพยายามจาก สปสช. และนักวิชาการบางท่าน (โดยเฉพาะอย่างยิ่ง นพ. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ) เสนอให้ตั้งกองทุนหรือกำหนดที่มาของแหล่งเงินที่แน่นอนสำหรับโครงการ 30 บาท โดยมีแรงจูงใจมาจากความยากลำบากในการเจรจาต่อรองงบประมาณในแต่ละปี ซึ่งมักจะได้มาไม่เพียงพอ ทำให้ท่านเหล่านี้เกิดความรู้สึกว่าถ้ายังคงใช้วิธีดังกล่าวต่อไปก็จะมีหลักประกันการอยู่รอดและความยั่งยืนของโครงการ 30 บาทในระยะยาว ที่ผ่านมามีได้เสนอแนวคิดต่างๆ เพื่อแก้ปัญหาขึ้น ตั้งแต่การพยายามขยายโครงการประกันสังคม (เพื่อให้จำนวนงบที่ต้องใช้สำหรับโครงการ 30 บาท ลดลง โดยคาดหวังว่าวิธีนี้จะทำให้มีความเป็นไปได้ในการของบต่อหัวในอัตราที่สูงขึ้น) การเก็บเงินสมทบจากผู้มีสิทธิ (ในลักษณะที่คล้ายกับโครงการประกันสังคม เพื่อมาสมทบเป็นกองทุนที่ไม่ต้องพึ่งงบประมาณแต่เพียงอย่างเดียว) การปฏิรูปกองทุนคຸ່ມครองผู้ประสพภัยจากรถ ไปจนถึงการกำหนดให้นำภาษีบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาใช้สำหรับโครงการนี้ ซึ่งข้อเสนอประการหลังนี้ได้รับเสียงสนับสนุนจากนายกรัฐมนตรืเมื่อไม่นานมานี้ (แต่เป็นการแสดงความเห็นโดยที่ยังไม่ได้พิจารณาข้อเสนอในรายละเอียด)

ที่ผ่านมามีข้อเสนอเหล่านี้ยังไม่ได้ลงไปรายละเอียดมากนัก อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยเชื่อว่าข้อเสนอเหล่านี้มีแนวคิดที่อยู่เบื้องหลังที่ต่างกันสองประการ (แต่เข้าใจว่าผู้เสนอคิดว่า ในทางปฏิบัติสามารถนำมาผสมกันอย่างมีประสิทธิภาพได้) คือ

ก. การตั้งกองทุนที่มีหลักประกันที่มาของรายได้ที่แน่นอน และไม่ขึ้นกับกระบวนการต่อรองหรือการแทรกแซงทางการเมือง

ข. การหารายได้มาเพิ่ม (หรือลดรายจ่าย) ของโครงการ เพื่อลดภาระส่วนที่จะต้องนำเงินจากงบประมาณปกติมาใช้

แนวคิดตามข้อ (ก) นั้น มีตัวอย่างที่เห็นได้ชัดคือ กองทุนประกันสังคม และในระยะหลังก็มีกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ หรือ สสส. ซึ่งมีรายรับจาก earmarked Tax จากภาษีบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สสส. เกิดขึ้นได้จากการผลักดันของหลายฝ่าย จนกระทั่งออกมาเป็นกฎหมาย และเป็นตัวอย่างที่เจ้าหน้าที่องค์การอนามัยโลกเคยยกนำมาเสนอเป็นแบบอย่างที่เหมาะสมอย่างยิ่ง อย่างไรก็ตาม “ความสำเร็จ” ส่วนหนึ่งของการออกกฎหมายฉบับนี้น่าจะเกิดจากการที่เป็นกฎหมายฉบับแรกของไทยที่มีเงื่อนไขดังกล่าว ในช่วงปีเศษที่ผ่านมา เราได้เห็นความไม่พอใจของฝ่ายการเมืองที่เพิ่งจะตระหนักว่าตนถูกตัดออกจากวงจรของการใช้จ่ายงบส่วนนี้¹¹ ดังนั้น โอกาสที่จะเห็นฝ่ายการเมืองสนับสนุน พ.ร.บ. ฉบับใหม่ที่ earmark ภาษีบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เหลือทั้งหมดให้โครงการนี้คงเป็นไปได้ยากกว่าเดิมมาก

ที่สำคัญไปกว่านั้นก็คือ ถึงแม้ว่าจะสามารถผลักดันให้ออกกฎหมายแบบ สสส. มาได้สำเร็จ แต่ทราบเท่าที่เงินภาษีที่ได้มาจากกองนั้น (ซึ่งอาจจะไม่ใช่ทั้งกอง¹²) หรือแม้กระทั่งจากหลายๆ กองรวมกัน มียอดเงินรวมกันต่ำกว่ายอดเงินที่จำเป็นต้องใช้สำหรับโครงการนี้แล้ว ดุลยพินิจว่าจะจัดสรรบให้โครงการ 30 บาทปีละเท่าใด ก็จะต้องอยู่กับฝ่ายการเมืองเหมือนเดิม และในสายตาของผู้บริหารที่พอจะมีความรู้ทางเศรษฐศาสตร์นั้น เงินภาษีไม่ว่าเป็นเงินที่มาจากภาษีก้อนใดก็เป็นเงินของรัฐบาลเหมือนกัน เพราะถ้ารัฐบาลนำเงินจากภาษีบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ยกเว้นส่วนของ สสส.) มา earmark ให้โครงการ 30 บาท จำนวนเท่าใด ก็ย่อมหมายความว่ารายได้ด้านภาษีที่เหลือที่รัฐบาลจะสามารถนำมาจัดสรรได้จะลดลงไปในจำนวนที่เท่ากันด้วย ดังนั้น ในสายตาของรัฐบาลแล้ว ประเด็นเรื่องแหล่งที่มาของเงินจะไม่มีผลเท่ากับว่าจะจัดสรรบให้โครงการนี้เท่าใด และทราบที่ไม่ได้มีการกันเงินจากแหล่งใดแหล่งหนึ่งให้กับโครงการ 30 บาทในจำนวนที่สูงกว่ายอดเงินที่รัฐบาลประสงค์ที่จะจัดสรรให้แล้ว รัฐบาลก็ย่อมจะสามารถจัดสรรให้เป็นไปตามตัวเลขที่ตนต้องการได้¹³

ในอีกแง่หนึ่ง ความมั่นคงและความยั่งยืนของโครงการ 30 บาท อาจจะไม่เกี่ยวข้องกับว่าเงินมาจากไหน หรือในแต่ละปีจะต้องมีการเจรจาต่อรองกันมากนักน้อยเพียงใดเท่ากับทัศนะที่ประชาชนส่วนใหญ่มีต่อโครงการนี้ เพราะถ้าประชาชนเกือบทั้งประเทศมีฉันทามติว่าโครงการนี้เป็นโครงการที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อชีวิตความเป็นอยู่ของตน¹⁴ แล้ว ใครมาเป็นรัฐบาลก็ต้องให้ความสำคัญกับโครงการนี้ แต่ในสถานการณ์ที่คนจำนวนมากยังมีความเห็นที่แตกต่างกันมากเกี่ยวกับความจำเป็นที่จะต้องมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (และความเห็นยิ่งต่างกันมากขึ้นเมื่อพูดถึงโครงการ 30 บาท) และประชาชนจำนวนมากยังไม่ไว้วางใจคุณภาพของบริการรักษา

¹¹ เช่นวลีที่นายกรัฐมนตรีวิจารณ์นักวิชาการบางท่านว่า “ขอขอเงินไปตั้งกองทุน” และจะเห็นได้ว่าการออกมาพูดถึงเรื่องการนำภาษีบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาใช้กับโครงการ 30 บาทนั้น บางท่านได้กล่าวว่าปัจจุบันเงินส่วนนี้เก็บไว้ที่ สสส. จึงเป็นไปได้ว่าท่านเหล่านั้นอาจจะคิดถึงการใช้เงินเพื่อตั้งเงินบางส่วนออกมาจาก สสส. เสียด้วยซ้ำไป

¹² ตัวอย่างเช่น เมื่อวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2548 รองโฆษกรัฐบาลได้แถลงหลังจากการประชุม ครม. ว่ามีการคาดการณ์เบื้องต้นว่าจะนำภาษีบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประมาณร้อยละ 60-70 (จากเป้าการจัดเก็บภาษีบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ตั้งไว้ 111,911 ล้านบาทในปี 2548 119,453 ล้านบาทในปี 2549 และ 127,255 ล้านบาทในปี 2550) มาใช้กับโครงการ 30 บาท ในขณะที่คาดว่าโครงการ 30 บาทจะใช้งบประมาณ 72,768 ล้านบาท ในปี 2548 81,329 ล้านบาท ในปี 2549 และ 87,029 ล้านบาทในปี 2550

¹³ จะมีข้อยกเว้นก็ต่อเมื่อปีที่ earmark นั้นสูงกว่าเงินที่โครงการต้องการใช้จริง ซึ่งหมายความว่าจะต้อง earmark ไว้ไม่น้อยกว่างบที่รัฐบาลคาดว่าจะจัดให้ (หรืออาจจะสูงถึงแสนล้านบาทถ้าเชื่อว่าตัวเลขเหมาจ่ายรายหัวที่ควรจะเป็นของโครงการนี้อยู่ที่ประมาณ 2,000 บาทต่อคน)

¹⁴ ตัวอย่างเช่น ประชาชนในประเทศแคนาดาให้ความสำคัญเกี่ยวกับหลักประกันและบริการด้านสุขภาพ (ซึ่งเป็นระบบที่ค่อนข้างเป็นมาตรฐานเดียว) ค่อนข้างมาก ซึ่งน่าจะมีอิทธิพลมากพอที่จะทำให้ทั้งรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่นทุกแห่งล้วนแล้วแต่ทุ่มเงินด้านนี้ในสัดส่วนที่สูงมากของงบประมาณ

พยาบาลของภาครัฐ ก็คงจะเป็นไปได้ยากที่ใครจะสามารถชักนำให้รัฐบาลทุ่มเทงบลงมาเพื่อพัฒนาโครงการนี้ให้ เป็นหลักประกันสุขภาพที่คนไทยเกือบทั้งประเทศสามารถพึ่งพาและมั่นใจในคุณภาพได้

2.5 การขยายความคุ้มครองของโครงการประกันสังคม

ในปี 2545 มีการขยายความคุ้มครองของโครงการประกันสังคมไปสู่สถานประกอบการที่มีลูกจ้างต่ำกว่า สิบคน ซึ่งแม้ว่าจะกำหนดให้ต้องขึ้นทะเบียนภายในเดือนเมษายน 2545 แต่จนถึงทุกวันนี้ก็คาดว่ามีจำนวนการขึ้น ทะเบียนประมาณหนึ่งในสี่และไม่มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นที่ชัดเจน และตั้งแต่ก่อนที่จะมีโครงการ 30 บาทนั้น โครงการ ประกันสังคมได้มีการพิจารณาขยายความคุ้มครองสองส่วนคือ การขยายความคุ้มครองไปยังคู่สมรส และการ ขยายฐานของผู้ประกันตนไปสู่แรงงานนอกระบบ

นอกเหนือจากการขยายความครอบคลุมที่เป็นความริเริ่มของโครงการประกันสังคมแล้ว ยังมีเหตุผลทาง ด้านสาธารณสุขสำหรับการขยายความครอบคลุมด้านบริการสุขภาพไปถึงบุตรธิดา และเหตุผลในเชิงเศรษฐ ศาสตร์สำหรับการขยายความครอบคลุมด้านสุขภาพให้ผู้ที่เกษียณจากโครงการประกันสังคมไปแล้ว

การขยายความครอบคลุมย่อมเพิ่มภาระทางการเงินของโครงการประกันสังคม ซึ่งโครงการมีทางเลือก สองทางคือ (ก) จ่ายจากเงินกองทุนที่มีอยู่ในปัจจุบัน และ/หรือ (ข) เก็บเงินสมทบเพิ่ม ซึ่งวิธีที่ง่ายกว่าคือการ พิจารณาจากทางเลือกแรกก่อน แต่การใช้วิธีนี้จะต้องพิจารณาถึงความยั่งยืนของกองทุนในระยะยาวด้วย สำหรับ ทางเลือกที่สองนั้นมีย่อยสองช่องทางคือ (1) การเพิ่มอัตราเงินสมทบที่เก็บจากผู้ที่เกี่ยวข้อง (ลูกจ้าง นายจ้าง และรัฐบาล) (ซึ่งอาจจะเป็นการเรียกเก็บเพิ่มจากบางกลุ่มหรือทุกกลุ่มก็ได้) และ (2) การเพิ่มหรือยกเลิกเพดานเงิน เดือนขั้นสูงที่ใช้สำหรับคำนวณเงินสมทบ (ซึ่งปัจจุบันอยู่ที่เงินเดือน 15,000 บาท และมีกระแสจากสำนักงาน ประกันสังคมให้ปรับขึ้นเป็น 20,000 บาท)

2.5.1 การขยายความคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาลไปยังครอบครัวของผู้ประกันตน

แนวคิดเรื่องการขยายคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาลให้คู่สมรสของผู้มีสิทธิประกันสังคมเป็นสิ่งที่มีการ พุดถึงมานานนับสิบปี (ที่ผ่านมา ผู้ประกันตนที่มีคู่สมรสที่เป็นหญิงได้รับสิทธิ์เฉพาะการเบิกค่าใช้จ่ายแบบเหมา จ่ายในกรณีคลอดบุตร¹⁵) และเป็นเรื่องที่เคยถูกกำหนดไว้ในแผนของสำนักงานประกันสังคมแต่ยังไม่มีโครงการ 30 บาท แต่การดำเนินการเรื่องนี้ไม่ได้มีความคืบหน้าชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงหลังวิกฤติเศรษฐกิจที่มี การลดเงินสมทบจากที่เคยเก็บจากทุกฝ่ายร้อยละ 1.5 ของเงินเดือนมาเป็นร้อยละ 1 ในปี 2541

ที่ผ่านมา รัฐบาลเคยใช้เงื่อนไขการปรับอัตราเงินสมทบเพิ่มกลับขึ้นไปฝ่ายละ 0.5 (ซึ่งกำหนดว่าจะเริ่มใน ปี 2546) เป็นเครื่องตอรองให้โครงการประกันสังคมขยายความคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาลไปยังคู่สมรสของผู้ ประกันตน แต่ผู้ที่เกี่ยวข้องบางฝ่ายในโครงการและสำนักงานประกันสังคมเองมีความกังวลว่าจะมีผลกระทบกับ

¹⁵ และได้เงินสงเคราะห์บุตร ซึ่งปัจจุบันเหมาจ่ายให้เดือนละ 200 บาทต่อบุตรหนึ่งคน

ฐานะทางการเงินของกองทุน ทำให้การดำเนินการในเรื่องนี้คืบหน้าไปอย่างเชื่องช้า¹⁶ แต่ในที่สุดก็ได้มีการเลื่อนการปรับอัตราเงินสมทบเพิ่มในปี 2547 โดยที่ยังไม่ได้มีการขยายความคุ้มครองไปยังคู่สมรสหรือครอบครัว

การเกิดขึ้นของโครงการ 30 บาทก็อาจเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้นายจ้างและลูกจ้างจำนวนไม่น้อยเห็นความจำเป็นของการเข้าร่วมโครงการประกันสังคมน้อยลง อย่างไรก็ตาม ในช่วงสองถึงสามปีที่ผ่านมาโครงการ 30 บาทเองยังไม่สามารถสร้างความเชื่อถือขึ้นมาได้เท่ากับโครงการประกันสังคม (ซึ่งเริ่มดำเนินการมาก่อนนับสิบปี)¹⁷ และการที่โครงการประกันสังคมมีเงินสมทบที่เพิ่มขึ้นจนกองทุนมีสินทรัพย์สุทธิสูงกว่าหนึ่งแสนล้านบาท (และมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วหลังจากที่มีการปรับเพิ่มอัตราเงินสมทบสำหรับ 4 กรณีแรกกลับขึ้นไปเป็นฝ่ายละร้อยละ 1.5 ของเงินเดือนในปี 2547) ก็มีส่วนทำให้ประเด็นเรื่องการขยายความคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาลไปยังคู่สมรสและบุตรของผู้ประกันตนกลายเป็นเรื่องที่ได้รับการสนใจขึ้นมาอีกครั้งหนึ่ง¹⁸

การขยายความคุ้มครองย่อมมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ซึ่งการพิจารณาถึงโอกาสความเป็นไปได้และแหล่งเงินที่เหมาะสมที่จะนำมาใช้ย่อมขึ้นกับจำนวนเงินที่ต้องใช้ด้วย เพื่อความง่าย ในการศึกษานี้จะเริ่มจากการสมมุติว่าต้นทุนต่อคนสำหรับครอบครัวผู้ประกันตนจะไม่ต่างจากต้นทุนต่อคนสำหรับผู้มีสิทธิประกันสังคมในปัจจุบัน (แต่ต้นทุนต่อคนสำหรับผู้เกษียณอายุจะสูงกว่าต้นทุนต่อคนสำหรับผู้มีสิทธิประกันสังคมในปัจจุบัน)

¹⁶ ในขณะที่ทางผู้บริหารกองทุนและสำนักงานประกันสังคมมีการเสนอให้ขยายความครอบคลุมออกไปสู่แรงงานนอกระบบ ซึ่งในทางปฏิบัติแล้วเป็นงานที่ยากกว่ามาก แต่การขยายในด้านนี้จะทำให้มีเงินเข้ามาสู่กองทุนเพิ่มขึ้น

¹⁷ และในระยะแรกนั้น โครงการประกันสังคมก็มีปัญหาความไม่เชื่อถือของผู้ประกันตนที่คล้ายกับปัญหาของโครงการ 30 บาทในระยะแรก

¹⁸ ความสนใจนี้จะมากแค่ไหนและอยู่นานแค่ไหนคงจะขึ้นกับพัฒนาการของโครงการ 30 บาทในอนาคตด้วย แต่ในสถานการณ์ที่โครงการ 30 บาทได้รับบัพที่ค่อนข้างต่ำนั้น ก็ย่อมมีโอกาสมากที่จะทำให้โครงการนี้จะมีคุณภาพที่ยังไม่ทัดเทียมโครงการประกันสังคม และทำให้ผู้ประกันตนจำนวนมากยังคงมีแรงจูงใจที่จะให้ขยายความคุ้มครองของโครงการประกันสังคมออกไปสู่ครอบครัวของตนมากขึ้น

ตารางที่ 2.1 อัตราเงินสมทบกองทุนประกันสังคมที่จ่ายโดยฝ่ายต่างๆ

ผู้จ่ายเงิน สมทบ	ก.ย. 33 - มี.ค.38	เม.ย.38 - 2540	2541	2542			2543-2545			2546 ^{4/}			2547 ^{4/}			
	4 กรณี	4 กรณี	4 กรณี	4 กรณี	2 กรณี	รวม	4 กรณี	2 กรณี	รวม	4 กรณี	2 กรณี	รวม	4 กรณี	2 กรณี	ว่างงาน	รวม
ผู้ประกันตนโดยบังคับตามมาตรา 33 ^{1/}																
รัฐบาล	1.5	1.5	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1.5	1	0.25	2.75
นายจ้าง	1.5	1.5	1	1	1	2	1	2	3	1	3	4	1.5	3	0.5	5
ลูกจ้าง	1.5	1.5	1	1	1	2	1	2	3	1	3	4	1.5	3	0.5	5
ผู้ประกันตนโดยสมัครใจตามมาตรา 39 ^{2/}																
รัฐบาล	1.5 ^{3/}	1.5	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1.5	1	n.a.	2.5
ผู้ประกันตน	3 ^{4/}	3	2	2	2	4	2	4	6	2	6	8	3	6	n.a.	9

ที่มา: รวบรวมจากสำนักงานประกันสังคม

หมายเหตุ: 1/ คำนวณจากฐานค่าจ้างขั้นต่ำ 1,650 บาท และค่าจ้างสูงสุดไม่เกิน 15,000 บาท

2/ คำนวณจากฐานค่าจ้าง 4,800 บาท

3/ คำนวณจากฐานค่าจ้างเดือนสุดท้ายก่อนออกจากงาน

4/ ประกาศเป็นกฎกระทรวงเมื่อวันที่ 26 ธันวาคม 2545 บังคับใช้ตั้งแต่ 1 มกราคม 2546

- ผู้ประกันตนโดยบังคับตามมาตรา 33 คือลูกจ้างผู้ประกันตนที่ทำงานในสถานประกอบการที่ขึ้นทะเบียนกับกองทุนประกันสังคมตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด
- ผู้ประกันตนโดยสมัครใจตามมาตรา 39 คือผู้ที่เคยเป็นผู้ประกันตนโดยบังคับตามมาตรา 33 และได้สมัครเป็นสมาชิกของกองทุนประกันสังคมโดยสมัครใจภายใน 6 เดือนนับจากวันสิ้นสุดสภาพการจ้างงาน
- เงินสมทบที่เรียกเก็บ 4 กรณี ประกอบด้วย กรณีประสบอันตรายและเจ็บป่วยที่ไม่ได้เกิดจากการทำงาน กรณีคลอดบุตร กรณีทุพพลภาพ และกรณีตาย เริ่มเรียกเก็บเมื่อเดือนกันยายน 2533
- เงินสมทบที่เรียกเก็บ 2 กรณี ประกอบด้วย กรณีชราภาพ และสงเคราะห์บุตร เริ่มเรียกเก็บเมื่อเดือนกรกฎาคม และธันวาคม 2542 ตามลำดับ

การคำนวณค่าใช้จ่ายที่ต้องการในการขยายความคุ้มครองไปสู่ครอบครัวอิงข้อมูลที่ได้จากได้จากการสำรวจ “ความต้องการประกันสังคม” ซึ่งสำนักงานสถิติแห่งชาติได้ดำเนินการสำรวจครัวเรือนทั่วประเทศในระหว่างเดือนตุลาคม-ธันวาคม 2546 รวม 79,560 ครัวเรือน (เป็นครัวเรือนในเขตเทศบาล 50,040 ครัวเรือน และครัวเรือนนอกเขตเทศบาล 29,520 ครัวเรือน) ครัวเรือนทั้งหมดนี้มีสมาชิกในครัวเรือนรวมกัน 211,720 คน (ไม่รวมสมาชิกในครอบครัวที่ไปอยู่ที่อื่น) ตารางที่ 2.2 แจกแจงความคุ้มครองด้านสวัสดิการของรัฐที่คำนวณได้จากการสำรวจนี้ (ซึ่งถ่วงน้ำหนักเพื่อเป็นตัวแทนของประชากร 64.2 ล้านคนแล้ว) พบว่ามีผู้มีสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ประมาณ 6.1 ล้านคน ครูโรงเรียนเอกชนประมาณหนึ่งแสนคน ผู้ที่มีสิทธิประกันสังคม 6.7 ล้านคน¹⁹ และผู้ที่ไม่มียสิทธิเหล่านี้ (แต่โดยหลักการแล้วส่วนใหญ่จะมีสิทธิในโครงการ 30 บาท) อีก 51.3 ล้านคน

¹⁹ ตัวเลขนี้ต่ำกว่ายอด 8.1 ล้านคน ณ กันยายน 2546 ซึ่งเป็นตัวเลขที่ สปสช. รวบรวมจากฐานข้อมูลของ สปส. (ในจำนวนนี้ ประมาณ 0.1 ล้านคน มีสิทธิข้าราชการระหว่างสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ กับสิทธิประกันสังคม)

ตารางที่ 2.2 ความคุ้มครองด้านสวัสดิการของรัฐที่ได้รับ

ความคุ้มครองด้านสวัสดิการของรัฐที่ได้รับ	จำนวนคน	ร้อยละ
สวัสดิการข้าราชการ	5,433,096	8.5%
สวัสดิการรัฐวิสาหกิจ	648,566	1.0%
กองทุนสงเคราะห์ครูใหญ่และครูโรงเรียนเอกชน	100,424	0.2%
ระบบประกันสังคม	6,666,001	10.4%
ไม่มี	51,299,385	79.9%
อื่นๆ	90,499	0.1%
รวม	64,237,971	100.0%

ที่มา: ประมวลจากข้อมูลดิบจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2546. "การสำรวจความต้องการประกันสังคม"

ในด้านสวัสดิการการรักษายาบาลที่ใช้เป็นหลักนั้น มีผู้ที่ระบุว่าใช้สิทธิ์ต่างๆ ที่ปรากฏในตารางที่ 2.2 น้อยกว่าจำนวนผู้มีสิทธิ์ในทุกโครงการ (ตารางที่ 2.3) ทั้งนี้ เนื่องจากส่วนหนึ่งใช้ประกันสุขภาพส่วนบุคคลที่ซื้อจากภาคเอกชน (ประมาณ 1.3 ล้านคน) และอีกประมาณห้าแสนคนใช้ประกันกลุ่มชุมชน/กลุ่มอาชีพ หรือสวัสดิการอื่นๆ นอกจากนี้มีประชากรประมาณ 2.4 ล้านคน ระบุว่าไม่ได้รับสวัสดิการการรักษายาบาลใดเลย

ตารางที่ 2.3 สวัสดิการด้านการรักษายาบาลที่ใช้เป็นหลัก

สวัสดิการรักษายาบาลที่ใช้เป็นหลัก	จำนวนคน	ร้อยละ
สวัสดิการข้าราชการ	5,382,717	8.4%
สวัสดิการรัฐวิสาหกิจ	644,142	1.0%
กองทุนสงเคราะห์ครูใหญ่และครูโรงเรียนเอกชน	98,578	0.2%
ระบบประกันสังคม	6,576,613	10.2%
โครงการ 30 บาท	47,199,343	73.5%
ประกันส่วนบุคคล	1,312,813	2.0%
ประกันกลุ่มชุมชน/กลุ่มอาชีพ	405,001	0.6%
อื่นๆ	71,185	0.1%
ไม่ได้รับสวัสดิการใดใด	2,435,651	3.8%
ไม่ทราบ ไม่ระบุ	111,927	0.2%
รวม	64,237,971	100.0%

ที่มา: ประมวลจากข้อมูลดิบจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2546. "การสำรวจความต้องการประกันสังคม"

ตารางที่ 2.4 สถานภาพการสมรส และการมีหรือไม่มีหลักประกันของคู่สมรสของผู้มีสิทธิประกันสังคม

	จำนวน (คน)	ร้อยละ	หมายเหตุ
ประชากรรวม	64,237,969		
ผู้มีสิทธิประกันสังคม	6,666,001	10.4	ร้อยละของประชากรทั่วประเทศ
ผู้ที่อยู่ในระบบประกันสังคมที่มีข้อมูลสถานภาพสมรส	6,652,498	99.80	ร้อยละของผู้มีสิทธิประกันสังคมทั้งหมด
ผู้ที่อยู่ในระบบประกันสังคมที่เป็นคนโสดในปัจจุบัน	2,334,993	35.10	ร้อยละของผู้มีสิทธิประกันสังคมทั้งหมด
ผู้ที่อยู่ในระบบประกันสังคมที่ไม่โสด (สมรส ม่าย หย่า แยกกันอยู่ และเคยสมรส แต่ไม่ทราบสถานภาพปัจจุบัน)	4,317,505	64.90	ร้อยละของผู้มีสิทธิประกันสังคมทั้งหมด
ผู้ที่อยู่ในระบบประกันสังคมที่มีคู่สมรสในปัจจุบัน	3,973,279	59.61	ร้อยละของผู้มีสิทธิประกันสังคมทั้งหมด
ผู้ที่อยู่ในระบบประกันสังคมที่มีข้อมูลเกี่ยวกับความคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาลของคู่สมรส	3,825,676	100.0	ร้อยละของผู้มีสิทธิ ปกส. ที่มีข้อมูลเกี่ยวกับความคุ้มครองด้านรักษาพยาบาลของคู่สมรส
ผู้ที่อยู่ในระบบประกันสังคมที่มีคู่สมรสที่ได้รับความคุ้มครอง	2,120,476	55.43	ร้อยละของผู้มีสิทธิ ปกส. ที่มีข้อมูลเกี่ยวกับความคุ้มครองด้านรักษาพยาบาลของคู่สมรส
ผู้ที่อยู่ในระบบประกันสังคมที่คู่สมรสไม่ได้รับความคุ้มครอง	1,705,200	44.57	ร้อยละของผู้มีสิทธิ ปกส. ที่มีข้อมูลเกี่ยวกับความคุ้มครองด้านรักษาพยาบาลของคู่สมรส

ที่มา: ประมวลจากข้อมูลดิบจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2546. "การสำรวจความต้องการประกันสังคม" (ใช้ weight คน)

ดังนั้น ถ้าจะขยายความคุ้มครองประกันสังคมไปยังคู่สมรสที่ยังไม่มีสิทธิใด (ไม่รวมสิทธิ 30 บาท) โดยยังไม่รวมบุตรธิดาของผู้ประกันตน ก็จะต้องขยายความคุ้มครองให้กับอย่างน้อย 44.57% ของครอบครัวที่มีผู้ประกันตน แต่เนื่องจากการสำรวจไม่ได้ถามชนิดของหลักประกันสุขภาพของคู่สมรส (ยกเว้นกรณีหัวหน้าครอบครัว) ทำให้ไม่ทราบว่าในส่วนของคู่สมรสที่ได้รับความคุ้มครองนั้นมีส่วนที่เป็นสิทธิประกันสังคมมากน้อยเพียงใด ถ้าเราคำนวณอย่างหยาบๆ โดยใช้ข้อสมมุติว่าการกระจายของสิทธิต่างๆ สำหรับคู่สมรสของผู้มีสิทธิประกันสังคมเป็นแบบสุ่ม (random) กล่าวคือสำหรับคู่สมรสของผู้มีสิทธิประกันสังคมแต่ละคนที่มีสิทธิใดสิทธิหนึ่ง (ไม่รวมสิทธิ 30 บาท) นั้น มี probability ที่จะเป็สิทธิประกันสังคมเท่ากับ $6.67/(64.24-51.30) = 0.4785$ ก็จะสามารถคิดอัตราการขยายความครอบคลุมได้เท่ากับ $44.57/(100+0.4785*55.43)$ หรือร้อยละ 35.23 ของจำนวนผู้ประกันตนที่มีคู่สมรส²⁰ และถ้าเทียบต่อไปถึงผู้ประกันตนทั้งหมด²¹ อัตราความคุ้มครองที่จะต้องขยายก็จะลดเหลือ $0.3523 \times 0.5961 = 21.00\%$ (อัตราประมาณการขั้นต่ำ) ถึง $0.3523 \times 0.6490 = 22.86\%$ (อัตราประมาณการขั้นสูง) ซึ่งเท่ากับการขยายความคุ้มครองเพิ่มความคุ้มครองให้ประชากรร้อยละ 21-23 ที่มีโครงสร้างอายุใกล้เคียงกับผู้ประกันตนกลุ่มนี้ในปัจจุบัน (ดูตารางที่ 2.5) แต่ในส่วนของเพคนั้น สัดส่วนของผู้ที่จะครอบคลุมจะเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายประมาณ 1.5 เท่า แต่ทั้งหมดนี้ไม่น่าส่งผลให้ต้นทุนต่อคนเปลี่ยนแปลงไปในทางที่

²⁰ อีกวิธีหนึ่งที่อาจนำมาใช้คือ เมื่อหักผู้ที่อยู่ในระบบในระบบประกันสังคมที่มีข้อมูลเกี่ยวกับความคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาลของคู่สมรสจำนวน 3.83 ล้านคนออกไปจากประชากรในตารางที่ 2 แล้ว จึงสมมุติว่าการกระจายของสิทธิสำหรับประชากรที่เหลือ $64.24-3.83 = 60.41$ ล้านคนจะเป็นการกระจายแบบสุ่ม ซึ่งผู้ที่มีสิทธิแต่ละคนจะมี probability ที่จะเป็สิทธิประกันสังคมเท่ากับ $(6.67-3.83)/(12.94-3.83) = 0.312$ ซึ่งถ้าใช้ตัวเลขนี้ก็จะสามารถคิดอัตราการ $44.57/(100+0.312*55.43)$ หรือร้อยละ 38.0% ของจำนวนผู้ประกันตนที่มีคู่สมรส อย่างไรก็ตาม วิธีนี้อาจมี bias เพราะในความเป็นจริงแล้วทั้งตัวผู้ประกันตนและคู่สมรสต่างก็ถูกนับรวมเข้ามาอยู่ในประชากร 3.83 ล้านคนนี้อยู่แล้ว

²¹ คิดเฉพาะผู้ที่เข้ามาลงทะเบียนในระบบประกันสังคม ซึ่งยังไม่รวมลูกจ้างอีกประมาณสองล้านคนที่นายจ้างและหรือลูกจ้างไม่ได้จดทะเบียนเข้ามาในระบบต่างๆ ที่กฎหมายบังคับเอาไว้

เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ) ดังนั้น ในสถานการณ์ที่เพิ่งจะมีการปรับเบี้ยประกันกลับขึ้นไปร้อยละ 50 (ในปี 2547) การขยายความคุ้มครองไปให้คู่สมรสจึงไม่น่าจะมีผลกระทบทางการเงินต่อกองทุนประกันสังคมในส่วนนี้ และน่าจะสามารถขยายความคุ้มครองในส่วนนี้ได้โดยไม่จำเป็นต้องเก็บเบี้ยประกันเพิ่มแต่อย่างใด

ตารางที่ 2.5 การมีหรือไม่มีหลักประกันของคู่สมรสของผู้มีสิทธิประกันสังคม แยกตามเพศ

เพศของผู้ประกันตน	มีข้อมูลหลักประกันสุขภาพของคู่สมรส			ไม่ทราบข้อมูลหลักประกันสุขภาพของคู่สมรส	รวมผู้มีสิทธิประกันสังคมที่มีคู่สมรสในปัจจุบันทั้งหมด
	คู่สมรสมีหลักประกันสุขภาพแล้ว	คู่สมรสยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ (ยกเว้น 30 บาท)	รวม		
ชาย	1,081,946	1,025,578 (หญิง)	2,107,524	80,287	2,187,811
หญิง	1,038,530	679,622 (ชาย)	1,718,152	67,318	1,785,470
รวม	2,120,476	1,705,200	3,825,676	147,605	3,973,281
%	55.43%	44.57%	100.0%		

ที่มา: ประมวลจากข้อมูลดิบจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2546. "การสำรวจความต้องการประกันสังคม" (ใช้ weight คน)

โจทย์ที่ทำยากกว่าก็คือ ถ้าขยายความคุ้มครองไปถึงบุตรธิดาของผู้ประกันตนด้วย จะมีนัยทางการเงินอย่างไร ซึ่งการคำนวณจากข้อมูลชุดนี้ต้องใช้วิธีที่ค่อนข้างซับซ้อนเนื่องจากในครัวเรือนที่เป็นครัวเรือนขยายนั้น จะทราบเฉพาะความสัมพันธ์ทางการสมรสและความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาและบุตรของหัวหน้าครัวเรือนและคู่สมรสเท่านั้น และแม้กระทั่งในส่วนของหัวหน้าครัวเรือนและคู่สมรสเอง ก็มีข้อมูลเฉพาะจำนวนคู่สมรสและบุตรที่อยู่ในอุปการะนอกครัวเรือน (ซึ่งปกติจะหมายถึงบุตรที่ไม่ได้ทำงาน) ในช่องสำหรับหัวหน้าครัวเรือนเท่านั้น และในส่วนของบุตรที่อยู่ในอุปการะนอกครัวเรือนนั้น ก็ไม่มีข้อมูลอายุแต่อย่างใด อย่างไรก็ตาม การคำนวณจำนวนคนที่ต้องครอบคลุมเพิ่มจากเฉพาะข้อมูลจำนวนบุตรในครัวเรือน (ที่อายุต่ำกว่า 18 ปี) ประกอบกับจำนวนคู่สมรสและบุตรที่อยู่ในอุปการะนอกครัวเรือนของหัวหน้าครอบครัวน่าจะเป็นวิธีหาค่าสัดส่วนของผู้ที่อยู่ในอุปการะของครัวเรือนได้แม่นยำกว่าการรวมข้อมูลของผู้ประกันตนคนอื่นๆ ในครัวเรือนเข้ามาด้วย

การเลือกเฉพาะครัวเรือนของหัวหน้าครอบครัวและคู่สมรสอาจทำให้ได้ภาพที่ต่างออกไปจากภาพเดิม โดยในกรณีหลังนี้เมื่อพิจารณาเฉพาะครัวเรือนที่หัวหน้าครอบครัวหรือคู่สมรสมีสิทธิประกันสังคม (ดูตารางที่ 2.6) ถ้ามีการขยายความคุ้มครองไปให้คู่สมรสที่ไม่มีสิทธิอื่น ก็จะมีจำนวนผู้มีสิทธิเพิ่มขึ้นร้อยละ 31 (ซึ่งต่ำกว่าร้อยละ 35 ที่ได้จากการคำนวณตามตารางที่ 2.4 เล็กน้อย)²² ในกรณีที่เทียบต่อไปถึงผู้ประกันตนทั้งหมด อัตราความคุ้มครองที่จะต้องขยายก็จะลดเหลือ $0.31 \times 0.5961 = 18.48\%$ (ประมาณการขั้นต่ำ) ถึง $0.31 \times 0.6490 = 20.12\%$ (อัตราประมาณการขั้นสูง) ซึ่งเท่ากับการขยายความคุ้มครองเพิ่มความคุ้มครองให้ประชากรร้อยละ 18-20 ซึ่งต่ำลงไปกว่าผลการคำนวณเบื้องต้นจากตารางที่ 2.4 (ซึ่งอยู่ที่ร้อยละ 21-23) แต่ทั้งสองกรณีบ่งชี้ว่าการขยายความคุ้มครองด้านสุขภาพให้เฉพาะคู่สมรสไม่น่าจะมีผลกระทบทางการเงินต่อกองทุนประกันสังคมอย่างมีนัยสำคัญ และน่าจะสามารถขยายความคุ้มครองในส่วนนี้ได้โดยไม่จำเป็นต้องเก็บเบี้ยประกันเพิ่มขึ้นแต่อย่างใด

²² ทั้งนี้การคำนวณในตารางที่ 2.6 มีข้อได้เปรียบตรงที่มีข้อมูลสิทธิของคู่สมรส แต่มีจำนวนตัวอย่างที่น้อยกว่าในตารางที่ 2.4)

ตารางที่ 2.6 หลักประกันสุขภาพในครัวเรือนที่หัวหน้าครัวเรือนหรือคู่สมรมีสถานะประกันสังคม

	หัวหน้า ครอบครัว	คู่สมรส	ทั้งหัวหน้าครอบครัว และคู่สมรส	ครัวเรือนที่หัวหน้าครอบครัว หรือคู่สมรส	
	คน	คน	ครัวเรือน	ครัวเรือน	คน
มีสิทธิประกันสังคม	2,178,007	1,213,549	747,163	2,644,393	3,391,556
(หัวหน้าหรือคู่สมรส)มีสิทธิอื่น	41,564	76,836	0	118,400	118,400
รวมจำนวนผู้มีสิทธิ	2,219,571	1,290,385	n.a.	n.a.	3,509,956
(หัวหน้าหรือคู่สมรส)ไม่มีสิทธิ	660,626	389,550	n.a.	n.a.	1,050,176
อัตราการขยายเพื่อให้ครอบคลุมคู่สมรสที่ไม่มีสิทธิอื่น = $1,050,176 / 3,391,556 = 31.0\%$					
อัตราการขยายเพื่อให้ครอบคลุมคู่สมรสทั้งหมด = $(1,050,176 + 118,400) / 3,391,556 = 34.5\%$					

ที่มา: ประมวลจากข้อมูลดิบจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2546. "การสำรวจความต้องการประกันสังคม" (ใช้ weight คน)

ตารางที่ 2.7 ขยายขอบเขตการวิเคราะห์เพื่อตอบคำถามเรื่องนัยทางการเงินสำหรับการขยายความคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาลออกไปสู่ครอบครัวของผู้ประกันตน แม้ว่าจะใช้ข้อมูลชุดเดียวกัน แต่การวิเคราะห์ในตารางที่ 2.7 ยึดครัวเรือนเป็นหน่วยในการวิเคราะห์ (ซึ่งใช้ค่า weight ที่ต่างจาก population weight ที่ใช้ในการคำนวณจำนวนคนในตารางที่ 2.2 ถึงตารางที่ 2.6)

ในการประมาณการในตารางที่ 2.7 จำนวน dependent สำหรับผู้มีสิทธิประกันสังคมมาจากสี่ส่วนคือ

- หัวหน้าครัวเรือนที่ไม่มีสิทธิประกันสังคม หรือสวัสดิการอื่นๆ ตามตารางที่ 2.2 (ในกรณีที่คู่สมรสของหัวหน้าครัวเรือนมีสิทธิประกันสังคม)
- คู่สมรส (ในกรณีที่หัวหน้าครัวเรือนไม่ใช่คนโสด และคู่สมรสของหัวหน้าครัวเรือนไม่มีสิทธิประกันสังคมหรือสวัสดิการอื่นๆ ตามตารางที่ 2.2)
- บุตรของหัวหน้าครัวเรือนที่อายุต่ำกว่า 18 ปี และไม่มีสิทธิประกันสังคมหรือสวัสดิการอื่นๆ ตามตารางที่ 2.2²³
- คู่สมรสหรือบุตรที่อยู่ในความอุปการะของหัวหน้าครัวเรือนแต่ไม่ได้อยู่ในครัวเรือนที่สำรวจ (กรณีนี้ไม่สามารถตรวจสอบได้ว่าคู่สมรสได้รับสวัสดิการใดๆ หรือไม่ และมีบุตรในความอุปการะที่มีอายุเกิน 18 ปีมากน้อยเพียงใด จึงเสนอผลการคำนวณทั้งขึ้นต่ำซึ่งไม่รวมคนกลุ่มนี้เลย และขึ้นสูงซึ่งรวมกลุ่มนี้เข้ามาทั้งหมด)

อย่างไรก็ตาม ในการคำนวณในตารางที่ 2.7 นั้น ในส่วนการพิจารณาสิทธิที่คู่สมรสและบุตรอายุต่ำกว่า 18 ปีนั้น นับรวมเฉพาะสิทธิประกันสังคม และสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ โดยไม่ได้รวมสวัสดิการครูเอกชน เพราะที่ผ่านมานั้น ก็ยังมีเสียงร้องเรียนเกี่ยวกับสวัสดิการครูเอกชน ว่ามีความคุ้มครองในบางด้านที่น้อยกว่าโครงการ 30 บาทเสียด้วยซ้ำ

²³ เงื่อนไขนี้จะต่างจากกรณีสวัสดิการข้าราชการที่ครอบคลุมบุตร (ไม่เกิน 3 คน) ที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ โดยสิทธิของบุตรจะหมดไปเมื่ออายุ 21 ปี หรือกรณีที่แต่งงานเมื่ออายุ 18 ปีขึ้นไป

จากตารางที่ 2.7 จะเห็นได้ว่า การขยายความคุ้มครองไปยังครอบครัวที่ปัจจุบันมีหัวหน้าครอบครัวหรือคู่สมรสที่มีสิทธิประกันสังคมนั้น มี RANGE ของ DEPENDENT RATIO เฉลี่ยของทั้งประเทศระหว่าง 0.73-0.95 (ขึ้นกับรวมคู่สมรสและบุตรที่อยู่นอกครัวเรือนหรือไม่) ซึ่งค่าที่แท้จริงน่าจะอยู่ระหว่างกลางของพิสัยนี้ เป็นไปได้ว่า DEPENDENT RATIO ที่แท้จริงอาจจะต่ำกว่านี้เมื่อรวมผู้ประกันตนที่ไม่ใช่หัวหน้าครัวเรือนด้วย เนื่องจากในกลุ่มผู้ประกันตนที่ไม่ใช่หัวหน้าครอบครัวและ/หรือคู่สมรสอาจมีสัดส่วนของคนโสดมากกว่า²⁴ แต่ก็มีความเป็นไปได้เช่นกันที่ว่า DEPENDENT RATIO ของผู้มีสิทธิประกันสังคมที่แต่งงานแล้วทั้งหมดจะสูงกว่าที่คำนวณได้ในตารางที่ 2.7 (ในทำนองเดียวกันกับที่ผลการคำนวณจากตารางที่ 2.4 สูงกว่าผลจากตารางที่ 2.6) ซึ่งอาจเกิดได้ในกรณีที่คู่สมรสของผู้ประกันตนที่เป็นหัวหน้าครัวเรือนมีแนวโน้มที่จะมีสิทธิอื่นๆ มากกว่าคู่สมรสของผู้ที่ไม่ใช่หัวหน้าครัวเรือน หรือบุตรของผู้ประกันตนที่เป็นหัวหน้าครัวเรือนมีแนวโน้มที่จะบรรลุนิติภาวะหรือมีสิทธิประกันสังคมด้วยตนเองมากกว่าบุตรของผู้ที่ไม่ใช่หัวหน้าครัวเรือน เป็นต้น เพื่อฉายภาพประการนี้ ผู้วิจัยได้คำนวณในตารางที่ 8 โดยให้ความสนใจกับสิทธิประกันสังคมเท่านั้น (เช่น ถ้ามีการขยายความคุ้มครอง ก็จะขยายไปสู่คู่สมรสและบุตรอายุต่ำกว่า 18 ปีที่ไม่มีสิทธิประกันสังคม ซึ่งในกรณีดังกล่าว DEPENDENT RATIO ที่คำนวณได้จะเพิ่มขึ้นจาก 0.73-0.95 เป็น 0.91-1.13 (เพิ่มขึ้นร้อยละ 19-25) ซึ่งถือได้ว่าเป็นตัวเลขประมาณการขั้นสูง

²⁴ สัดส่วนของผู้ประกันตนที่เป็นโสด (ทั้งในกรณีที่เป็หัวหน้าครัวเรือนและ/หรือเป็นสมาชิกครัวเรือน) ตกประมาณร้อยละ 26.9 ซึ่งต่ำกว่าการคำนวณในกรณีที่ใช้ weight ประชากรในตารางที่ 2.4

ตารางที่ 2.7 การประมาณจำนวน dependent ในกรณีที่มีการขยายหลักประกันสุขภาพของโครงการประกันสังคมไปสู่ผู้สมรสและบุตรอายุต่ำกว่า 18 ปีที่ไม่มีสิทธิ์ประกันสังคมหรือสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ (คำนวณจากครัวเรือนที่หัวหน้าครัวเรือนหรือคู่สมรสมีสิทธิ์ประกันสังคม)

ภูมิภาค	ครัวเรือนทั้งหมด	ครัวเรือนที่สมาชิกบางคนมี ปกส.	ครัวเรือนที่หัวหน้าครัวเรือนและคู่สมรสมี ปกส.	ครัวเรือนที่หัวหน้าหรือคู่สมรสมี ปกส. คนเดียว	ครัวเรือนที่หัวหน้าหรือคู่สมรสมี ปกส.		ครัวเรือนที่คู่สมรสไม่มี ปกส. หรือ สวัสดิการชรก./ รัฐวิสาหกิจ	ครัวเรือนที่มีบุตรอายุไม่เกิน 18 ปี ที่ไม่มีปกส. หรือ สิทธิสวัสดิการ ชรก.หรือ รัฐวิสาหกิจ		คู่สมรส/บุตร ในอุปการะที่อยู่นอกครัวเรือน	Dependent Ratio (Min)	Dependent Ratio (Max)
	ครัวเรือน	ครัวเรือน	ครัวเรือน	ครัวเรือน	ครัวเรือน	ผู้ประกันตน (คน)	ครัวเรือน	ครัวเรือน	จำนวนบุตร (คน)	คน	(ไม่รวมนอกครัวเรือน)	(รวมผู้อยู่ในอุปการะ)
ก.ทั้งประเทศ	16,515,794	3,712,898	631,740	1,643,779	2,275,518	2,907,258	572,912	988,857	1,557,245	643,629	0.73	0.95
กทม.	2,076,238	1,161,890	218,266	572,893	791,158	1,009,424	188,804	270,241	416,160	242,724	0.60	0.84
ภาคกลาง	3,758,281	1,341,880	284,461	585,646	870,107	1,154,567	183,110	362,796	560,788	267,499	0.64	0.88
ภาคเหนือ	3,202,153	356,783	45,106	150,335	195,441	240,547	58,008	101,651	145,365	50,931	0.85	1.06
ตะวันออก/เหนือ	5,306,342	507,461	45,492	185,656	231,148	276,640	80,801	149,603	253,730	38,460	1.21	1.35
ภาคใต้	2,172,780	344,885	38,415	149,250	187,665	226,080	62,189	104,565	181,202	44,013	1.08	1.27
ข.เขตเทศบาล	5,402,124	2,101,695	408,807	1,020,324	1,429,131	1,837,937	340,346	517,056	795,199	431,078	0.62	0.85
กทม.	2,076,238	1,161,890	218,266	572,893	791,158	1,009,424	188,804	270,241	416,160	242,724	0.60	0.84
ภาคกลาง	1,279,276	558,760	139,712	267,375	407,088	546,800	81,340	141,722	212,233	129,329	0.54	0.77
ภาคเหนือ	663,709	113,899	17,420	51,875	69,295	86,715	16,923	29,723	42,080	18,852	0.68	0.90
ตะวันออก/เหนือ	888,691	151,843	17,022	68,521	85,544	102,566	28,351	41,380	67,098	20,869	0.93	1.13
ภาคใต้	494,211	115,303	16,386	59,660	76,045	92,431	24,928	33,990	57,628	19,304	0.89	1.10
ค. นอกเขต	11,113,670	1,611,204	222,933	623,455	846,388	1,069,321	232,567	471,801	762,046	212,551	0.93	1.13
ภาคกลาง	2,479,005	783,120	144,748	318,270	463,019	607,767	101,770	221,074	348,555	138,171	0.74	0.97
ภาคเหนือ	2,538,445	242,884	27,686	98,460	126,146	153,832	41,086	71,928	103,286	32,080	0.94	1.15
ตะวันออก/เหนือ	4,417,652	355,618	28,470	117,134	145,604	174,074	52,450	108,223	186,632	17,592	1.37	1.47
ภาคใต้	1,678,570	229,582	22,029	89,590	111,620	133,649	37,261	70,576	123,574	24,709	1.20	1.39

ที่มา: ประมวลจากข้อมูลดิบจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2546. "การสำรวจความต้องการประกันสังคม" (ใช้ weight ครัวเรือนทั้งหมด แล้วมาคำนวณจำนวนคนภายหลัง)

ตารางที่ 2.8 การประมาณจำนวน dependent ในกรณีที่มีการขยายหลักประกันสุขภาพของโครงการประกันสังคมไปสู่คู่สมรสและบุตรอายุต่ำกว่า 18 ปีที่ไม่มีสิทธิ์ประกันสังคม (คำนวณจากครัวเรือนที่หัวหน้าครัวเรือนหรือคู่สมรสมีสิทธิ์ประกันสังคม)

ภูมิภาค	ครัวเรือนทั้งหมด	ครัวเรือนที่สมาชิกบางคนมี ปกส.	ครัวเรือนที่หัวหน้าครัวเรือนและคู่สมรสมี ปกส.	ครัวเรือนที่หัวหน้าหรือคู่สมรสมี ปกส. คนเดียว	ครัวเรือนที่หัวหน้าหรือคู่สมรสมี ปกส.		ครัวเรือนที่คู่สมรสไม่มี ปกส.	ครัวเรือนที่มีบุตรอายุไม่เกิน 18 ปี ที่ไม่มี ปกส.		คู่สมรส/บุตร ในอุปการะที่อยู่นอกครัวเรือน	Dependent Ratio (Min)	Dependent Ratio (Max)
	ครัวเรือน	ครัวเรือน	ครัวเรือน	ครัวเรือน	ครัวเรือน	ผู้ประกันตน (คน)	ครัวเรือน	ครัวเรือน	จำนวนบุตร (คน)	คน	(ไม่รวมนอกครัวเรือน)	(รวมผู้อยู่ในอุปการะ)
ก.ทั้งประเทศ	16,515,794	3,712,898	631,740	1,643,779	2,275,518	2,907,258	1,008,112	1,042,288	1,645,217	643,629	0.91	1.13
กทม.	2,076,238	1,161,890	218,266	572,893	791,158	1,009,424	317,736	291,109	448,563	242,724	0.76	1.00
ภาคกลาง	3,758,281	1,341,880	284,461	585,646	870,107	1,154,567	342,489	375,642	580,401	267,499	0.80	1.03
ภาคเหนือ	3,202,153	356,783	45,106	150,335	195,441	240,547	104,660	105,972	151,992	50,931	1.07	1.28
ตะวันออก/เหนือ	5,306,342	507,461	45,492	185,656	231,148	276,640	136,531	157,666	268,302	38,460	1.46	1.60
ภาคใต้	2,172,780	344,885	38,415	149,250	187,665	226,080	106,697	111,900	195,959	44,013	1.34	1.53
ข.เขตเทศบาล	5,402,124	2,101,695	408,807	1,020,324	1,429,131	1,837,937	573,251	553,467	852,870	431,078	0.78	1.01
กทม.	2,076,238	1,161,890	218,266	572,893	791,158	1,009,424	317,736	291,109	448,563	242,724	0.76	1.00
ภาคกลาง	1,279,276	558,760	139,712	267,375	407,088	546,800	141,306	148,012	221,274	129,329	0.66	0.90
ภาคเหนือ	663,709	113,899	17,420	51,875	69,295	86,715	31,803	31,887	45,803	18,852	0.89	1.11
ตะวันออก/เหนือ	888,691	151,843	17,022	68,521	85,544	102,566	44,437	45,689	74,162	20,869	1.16	1.36
ภาคใต้	494,211	115,303	16,386	59,660	76,045	92,431	37,970	36,769	63,068	19,304	1.09	1.30
ค. นอกเขต	11,113,670	1,611,204	222,933	623,455	846,388	1,069,321	434,861	488,822	792,347	212,551	1.15	1.35
ภาคกลาง	2,479,005	783,120	144,748	318,270	463,019	607,767	201,183	227,630	359,127	138,171	0.92	1.15
ภาคเหนือ	2,538,445	242,884	27,686	98,460	126,146	153,832	72,857	74,085	106,188	32,080	1.16	1.37
ตะวันออก/เหนือ	4,417,652	355,618	28,470	117,134	145,604	174,074	92,093	111,977	194,141	17,592	1.64	1.75
ภาคใต้	1,678,570	229,582	22,029	89,590	111,620	133,649	68,727	75,130	132,891	24,709	1.51	1.69

ที่มา: ประมวลจากข้อมูลดิบจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2546. "การสำรวจความต้องการประกันสังคม" (ใช้ weight ครัวเรือนทั้งหมด แล้วมาคำนวณจำนวนคนภายหลัง)

แต่ถึงแม้จะพิจารณาเฉพาะในกรณีแรก ตัวเลขที่เพิ่มขึ้นจากการขยายความคุ้มครองไปยังครอบครัวก็ยังเป็นตัวเลขที่สูงกว่าการขยายไปความคุ้มครองไปสู่คู่สมรส (ซึ่งต้องการเงินเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 18-20) ค่อนข้างมาก ซึ่งจะทำให้โครงการจะมีภาระเพิ่มขึ้นในอัตราที่สูงกว่าเงินสมทบ 4 กรณีแรกที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 50 ในปี 2547 อย่างไรก็ตาม การที่ที่ผ่านมากองทุนประกันสังคมมีเงินทุนสะสมเพิ่มขึ้นมาเป็นลำดับและปัจจุบันอยู่ในระดับที่ถือว่าสูง (228,132 ล้านบาท ในปี 2546 ดูตารางที่ 2.9) ทำให้คณะวิจัยขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO 2004) (ซึ่งคำนวณ dependency ratio ได้ 0.75) เห็นว่าโครงการประกันสังคมจะสามารถขยายความคุ้มครองไปยังครอบครัวได้โดยไม่ต้องเก็บเงินสมทบเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อาจจะต้องมีการจัดสรรสัดส่วนของการจัดสรรเงินภายในกองทุนเสียใหม่ (ดูตอนที่ 6)

ตารางที่ 2.9 รายรับ - รายจ่าย กองทุนประกันสังคม 6 กรณี ปี พ.ศ. 2539-46

ปี พ.ศ.	เงินสมทบ 3 ฝ่าย (ล้านบาท)	ประโยชน์ทดแทน 6 กรณี (ล้านบาท)	ประโยชน์ทดแทน ต่อเงินสมทบ (%)	รายรับรวม (ล้านบาท)	รายจ่ายรวม (ล้านบาท)	รายจ่ายต่อ รายรับ (%)	เงินสะสมกองทุน (ล้านบาท)
2539	14,612.24	6,016.74	41.18	17,976.95	6,538.58	36.37	46,415
2540	16,211.91	6,727.00	41.49	20,594.42	7,527.68	36.55	56,793
2541	11,070.39	8,646.64	78.11	17,099.31	9,371.81	54.81	67,568
2542	21,249.27	8,017.64	37.73	28,280.94	8,888.22	31.43	88,563
2543	30,936.95	10,328.76	33.39	37,025.01	11,529.21	31.14	115,060
2544	34,408.37	12,285.80	35.71	41,181.05	14,030.56	34.07	143,298
2545	39,439.07	13,644.10	34.60	46,540.51	14,480.79	31.11	177,090
2546	54,612.02	16,601.77	30.40	62,993.43	17,522.70	27.82	228,132

ที่มา : กองวิจัยและพัฒนา สำนักงานประกันสังคม

หมายเหตุ: 1. เงินสมทบรับ 3 ฝ่าย

2. ประโยชน์ทดแทน ณ จุดวินิจฉัย และกรณีทุพพลภาพจ่าย 1 ปี

3. ปี 2542 เงินสะสมกองทุน 4 กรณี 76,815 ล้านบาท 2 กรณี 11,747 ล้านบาท

ปี 2543 เงินสะสมกองทุน 4 กรณี 83,146 ล้านบาท 2 กรณี 31,913 ล้านบาท

ปี 2544 เงินสะสมกองทุน 4 กรณี 88,720 ล้านบาท 2 กรณี 54,578 ล้านบาท

ปี 2545 เงินสะสมกองทุน 4 กรณี 95,393 ล้านบาท 2 กรณี 81,696 ล้านบาท

ปี 2546 เงินสะสมกองทุน 4 กรณี 100,547 ล้านบาท 2 กรณี 127,585 ล้านบาท (รวมหนี้สินกรณีทุพพลภาพ)

2.5.2 การขยายความคุ้มครองไปยังผู้ที่เกษียณอายุจากโครงการประกันสังคม

ในปัจจุบัน โครงการประกันสังคมมีสวัสดิการในด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้ประกันตนที่ยังคงทำงานอยู่ในระบบ (และในช่วงหกเดือนแรกที่หยุดส่งเงินสมทบ) และมีสวัสดิการด้านชราภาพให้แก่ผู้ที่เกษียณไปจากระบบที่ได้จ่ายเงินสมทบมาแล้ว 15 ปี แต่ไม่มีสวัสดิการด้านรักษาพยาบาลให้กับคนกลุ่มนี้ แม้ว่าในปัจจุบัน คนกลุ่มนี้จะสามารถหันไปใช้บริการจากโครงการ 30 บาทได้ แต่ก็มีข้อพิจารณาสองประการคือ ประการแรก ผู้ประกันตนจำนวนไม่น้อยยังไม่มีความมั่นใจในคุณภาพของโครงการ 30 บาทมากเท่ากับโครงการประกันสังคม และประการที่สอง ถ้าพิจารณาจากหลักการของโครงการประกันสังคมที่มุ่งหวังให้ฝ่ายต่างๆ ที่ได้รับประโยชน์จากโครงการ (อันได้แก่ตัวพนักงาน นายจ้าง และรัฐบาล) ร่วมกันจ่ายแล้ว วิธีที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (ที่ให้ผู้เกษียณจากการทำงานไปใช้โครงการ 30 บาท) ถือได้ว่าเป็นการผลักภาระไปให้โครงการ 30 บาท ซึ่งมีสถานะทางการเงินที่เป็นปัญหามากกว่าโครงการประกันสังคมมาก

อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงโดยให้กองทุนประกันสังคมขยายความคุ้มครองด้านสุขภาพให้แก่ผู้ประกันตนที่เกษียณอายุ ก็จะมีนัยทางการเงินที่คล้ายกับการขยายสิทธิประโยชน์ในกรณีชราภาพ (เนื่องจากการขยายสิทธิประโยชน์แบบปลายเปิดไปตลอดชีวิต) ซึ่งอาจทำได้สองวิธีคือ (ก) โยกย้ายเงินกองทุนจากส่วนที่เป็นระยะสั้นมาเพิ่มในส่วนของกองทุนระยะยาว หรือ (ข) ปรับลดสิทธิประโยชน์ด้านชราภาพด้านที่เป็นบำนาญ โดยนำมาเพิ่มเป็นสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลหลังเกษียณแทน เหตุผลสำหรับข้อเสนอประการหลังก็คือ สำหรับผู้สูงอายุส่วนใหญ่แล้ว สิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลจะเป็นส่วนที่มีความสำคัญมากที่สุด อย่างไรก็ตาม ถ้าทำตามข้อเสนอประการหลังก็จะต้องมีการแก้กฎหมายและอาจถือได้ว่าเป็นการผิดสัญญากับผู้ประกันตนจำนวนหนึ่งซึ่งอาจจะให้ความสำคัญกับเงินบำนาญมากกว่าด้วย

ในด้านจำนวนผู้มีสิทธินั้น ในระยะ 5 ปีข้างหน้า ถ้าคิดเฉพาะตัวผู้ประกันตนในปัจจุบัน (โดยสมมุติว่าคนกลุ่มนี้มีจำนวนเท่าเดิม แต่มีอายุมากขึ้น)²⁵ จะมีผู้ประกันตนประมาณ 346,500 คนที่มีอายุครบ 55 ปี ถ้ารวมคู่สมรสที่ไม่ได้อยู่ในโครงการประกันสังคมหรือหลักประกันอื่นของรัฐ (เช่น สวัสดิการข้าราชการ) ก็จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 504,000-517,000 คน²⁶ นอกจากนี้ ค่าใช้จ่ายต่อหัวสำหรับผู้มีสิทธิกลุ่มนี้ก็อาจจะต้องสูงกว่ากลุ่มที่ยังอยู่ในวัยทำงาน ซึ่งถ้าสมมุติอย่างหยาบๆ ว่าเป็นสองเท่าของค่าใช้จ่ายเฉลี่ยที่ สปส. จ่ายให้สถานพยาบาลสำหรับผู้ที่อยู่ในโครงการประกันสังคมในปัจจุบัน (ซึ่งอยู่ที่ประมาณ 1,350 บาทต่อคนในระหว่างปี 2544-2546 และประมาณ 1,490 บาทต่อคนต่อปีจากข้อมูลในครั้งแรกของปี 2547)²⁷ บวกกับค่าใช้จ่ายที่โครงการจ่ายให้ผู้ประกันโดยตรงอีกประมาณ 170-240 บาทต่อปี (ซึ่งส่วนใหญ่สำหรับทันตกรรมและการคลอดบุตร) ก็จะคิด

²⁵ ซึ่งเท่ากับสมมุติว่าภายใน 5 ปีข้างหน้า นั้น ภาคเอกชน (ส่วนที่เป็น formal sector) จะมีการจ้างงานรายใหม่ (ไม่รวมการย้ายงานภายในภาคนี้เอง) สำหรับผู้ที่มีอายุระหว่าง 50-55 ปี เท่ากับจำนวนผู้ที่เสียชีวิตหรือออกจากระบบโดยไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ด้านชราภาพจากโครงการ

²⁶ คิดเป็นสัดส่วนของคู่สมรสที่ไม่มีสิทธิอื่น (ยกเว้น 30 บาท) ประมาณ 0.45-0.49 ต่อผู้ประกันตนกลุ่มอายุนี้นี้ 1 คน

²⁷ ตัวเลขทั้งสองกรณีนี้ยังไม่รวมเงินที่จ่ายให้ผู้ประกันโดยตรงอีกประมาณ 170 บาทต่อปีในปี 2544-46 และ 240 บาทต่อปีในช่วงครั้งแรกของปี 2547 (ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเงินค่าทันตกรรมและการคลอดบุตร) (คิดเป็นเงินประมาณ 83 ล้านบาทต่อปีในปี 2547)

เป็นเงินประมาณปีละ 1,000-1,116 ล้านบาท (ในกรณีที่ไม่นวมคู่สมรส) ซึ่งตกประมาณร้อยละ 7-8 ของเงินที่โครงการจ่ายสำหรับการรักษาพยาบาลในปี 2547²⁸

ในกรณีที่รวมคู่สมรส ค่าใช้จ่ายในส่วนนี้จะเพิ่มขึ้น แต่อาจจะไม่ถึงร้อยละ 45-49 (ตามสัดส่วนของคู่สมรสที่ไม่มีสิทธิอื่นนอกเหนือจากสิทธิ 30 บาท) ในกรณีที่อายุเฉลี่ยของคู่สมรสต่ำกว่าอายุเฉลี่ยของผู้ประกันตนกลุ่มนี้ แต่การประมาณการโดยหยาบๆ (โดยใช้ตัวเลขสัดส่วนข้างบน) คิดเป็นค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นในกรณีที่ขยายความคุ้มครองด้านสุขภาพให้ผู้ที่เกี่ยวข้องจากโครงการประกันสังคมและคู่สมรสอยู่ระหว่าง 1,440-1,663 ล้านบาท หรือประมาณร้อยละ 10-12 ของเงินที่โครงการประกันสังคมจ่ายสำหรับการรักษาพยาบาลในปี 2547

2.5.3 การจัดสรรเงินภายในกองทุนประกันสังคม

ที่ผ่านมา กองทุนประกันสังคมจัดสรรเงินภายในกองทุนประกันสังคม โดยแยกเป็นสามส่วนตามวิวัฒนาการของโครงการ คือ (ก) ส่วนที่ใช้สำหรับผลประโยชน์สิทธิแรก (ข) ส่วนที่ใช้สำหรับผลประโยชน์ในกรณีชราภาพและสงเคราะห์บุตร และ (ค) ส่วนที่ใช้สำหรับประกันการว่างงาน โดยในส่วนแรกนั้น มีการการจัดสรรเงินเพื่อใช้กับการประกันการเจ็บป่วย: คลอดบุตร : ตาย: ทุพพลภาพในสัดส่วน 59:8:4:29 (ดูรายละเอียดในตารางที่ 10) สำหรับในส่วนที่สอง (สงเคราะห์บุตรและชราภาพ) ไม่ได้มีการแบ่งสัดส่วนที่ชัดเจน และเงินสมทบจากฝ่ายรัฐบาลเองก็คงที่อยู่ที่ร้อยละ 1 มาตั้งแต่เริ่มขยายโครงการส่วนนี้ในปี 2542 (โดยเป็นที่เข้าใจกันว่าเงินสมทบของรัฐบาลส่วนนี้มีเป้าหมายเพื่อใช้กับโครงการสงเคราะห์บุตรโดยเฉพาะ โดยรัฐบาลคาดหวังให้นายจ้างและลูกจ้างเป็นผู้รับผิดชอบหาเงินสำหรับเป็นเงินทดแทนกรณีชราภาพเองทั้งหมด) สำหรับการประกันการว่างงานนั้น ในปัจจุบันรัฐบาลจ่ายเงินสมทบเพียงครึ่งหนึ่งของฝ่ายนายจ้างและลูกจ้าง

²⁸ ซึ่งตกประมาณ 14,000 ล้านบาท สำหรับผู้มีสิทธิประมาณ 8.1 ล้านคน

ตารางที่ 2.10 เงินสมทบและสัดส่วนการจัดสรรภายในกองทุนประกันสังคม

	2547-ปัจจุบัน	2546	2543-2545	2542	2541	2533-2540
รวมทุกกรณี	12.75	10	8	6	3	4.5
4 กรณี	$1.5 \times 3 = 4.5$	$1.0 \times 3 = 3$	$1.0 \times 3 = 3$	$1.0 \times 3 = 3$	$1.0 \times 3 = 3.0$	$1.5 \times 3 = 4.5$
- เจ็บป่วย	$0.88 \times 3 = 2.64$	$0.59 \times 3 = 1.77$	$0.59 \times 3 = 1.77$	$0.59 \times 3 = 1.77$	$0.59 \times 3 = 1.77$	$0.88 \times 3 = 2.64$
- คลอดบุตร	$0.12 \times 3 = 0.36$	$0.08 \times 3 = 0.24$	$0.08 \times 3 = 0.24$	$0.08 \times 3 = 0.24$	$0.08 \times 3 = 0.24$	$0.12 \times 3 = 0.36$
- ตาย	$0.06 \times 3 = 0.18$	$0.04 \times 3 = 0.12$	$0.04 \times 3 = 0.12$	$0.04 \times 3 = 0.12$	$0.04 \times 3 = 0.12$	$0.06 \times 3 = 0.18$
- ทูพพลภาพ	$0.44 \times 3 = 1.32$	$0.29 \times 3 = 0.87$	$0.29 \times 3 = 0.87$	$0.29 \times 3 = 0.87$	$0.29 \times 3 = 0.87$	$0.44 \times 3 = 1.32$
2 กรณี	$3+3+1 = 7$	$3+3+1 = 7$	$2+2+1 = 5$	$1+1+1 = 3$	<i>n.a.</i>	<i>n.a.</i>
- สงเคราะห์บุตร					<i>n.a.</i>	<i>n.a.</i>
- ชราภาพ					<i>n.a.</i>	<i>n.a.</i>
ว่างงาน	$0.5+0.5+0.25=1.25$	<i>n.a.</i>	<i>n.a.</i>	<i>n.a.</i>	<i>n.a.</i>	<i>n.a.</i>

ที่มา: สำนักงานประกันสังคม

หมายเหตุ: ในส่วนของสองกรณี รัฐบาลจ่ายเงินสมทบร้อยละ 1 และรัฐบาลจ่ายเงินสมทบร้อยละ 0.25 สำหรับการประกันว่างงาน

ตารางที่ 2.11 เงินสมทบและประโยชน์ทดแทนสัดส่วนการจัดสรรภายในกองทุนประกันสังคม

	2547-ปัจจุบัน	2546	2545	2544	2543	2542	2541	2533-2540
รวมเงินสมทบทุกกรณี	12.75	10	8			6	3	4.5
เงินสมทบ 4 กรณี	4.5	3	3	3	3	3	3	4.5
- เจ็บป่วย	2.64	1.77	1.77	1.77	1.77	1.77	1.77	2.64
- คลอดบุตร	0.36	0.24	0.24	0.24	0.24	0.24	0.24	0.36
- ตาย	0.18	0.12	0.12	0.12	0.12	0.12	0.12	0.18
- ทูพพลภาพ	1.32	0.87	0.87	0.87	0.87	0.87	0.87	1.32
รวมค่าใช้จ่าย 4 กรณี		2.68	2.56	2.80	2.72	2.52	2.50	
-ประโยชน์ทดแทน 4 กรณี		2.47	2.43	2.50	2.48	2.33	2.35	
- เจ็บป่วย		1.91	1.89	1.92	1.81	1.69	1.73	
- คลอดบุตร		0.41	0.41	0.44	0.51	0.49	0.49	
- ตาย		0.12	0.11	0.11	0.13	0.12	0.12	
- ทูพพลภาพ		0.03	0.13	0.03	0.03	0.02	0.02	
- ค่าบริหารและค่าใช้จ่ายอื่นๆ		0.21	0.13	0.30	0.24	0.19	0.15	

ที่มา: สำนักงานประกันสังคม และ ILO (2004)

จากตารางที่ 2.11 จะเห็นได้ว่า ในระหว่างปี 2541-46 นั้น ถึงแม้จะมีการลดเงินสมทบ (ในส่วน 4 กรณี) ของทุกฝ่ายลง แต่เงินสมทบรวมก็ยังสูงกว่าค่าใช้จ่ายในช่วงหกปีนี้ (และในช่วงปี 2533-40 ด้วย) ถึงแม้ว่าถ้าแยกพิจารณาตามแต่ละรายการแล้ว ค่าใช้จ่ายในกรณีคลอดบุตรจะสูงกว่าอัตราที่ตั้งไว้ในการจัดสรรบัญชีภายใน (แต่กรณีนี้ก็ถือได้ว่าเป็นเรื่องปกติสำหรับสำหรับกองทุนในระยะแรกซึ่งมีสัดส่วนของประชากรวัยหนุ่มสาวค่อนข้างสูง) สำหรับค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลนั้น ถึงแม้ว่าตั้งแต่ปี 2543 เป็นต้นมาจะมีอัตราที่สูงกว่าอัตราที่ตั้งไว้ในการจัดสรรบัญชีภายใน (ร้อยละ 1.77) แต่ก็ยังต่ำกว่าร้อยละ 2.64 ที่เป็นอัตราปกติที่ตั้งไว้สำหรับประโยชน์ทดแทนด้านการรักษาพยาบาลในการจัดสรรบัญชีภายในกองทุนฯ (ก่อนที่จะมีการลดเงินสมทบลงชั่วคราวในระหว่างปี 2540-46) สำหรับประโยชน์ทดแทนการเสียชีวิตนั้น อยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกับการจัดสรรบัญชีภายในในระหว่างปี 2540-46 แต่ก็มีโอกาสที่จะเพิ่มสูงขึ้นในอนาคตตามอายุเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นของผู้ประกันตน ส่วนกรณีทุพพลภาพนั้น ยังมีอัตราการจ่ายผลประโยชน์ทดแทนที่ต่ำกว่าอัตราที่จัดสรรภายในมาก (ถึงแม้ว่าคงจะมีอัตราที่สูงขึ้นในอนาคต เนื่องจากกรณีเหล่านี้ส่วนใหญ่จะเป็นภาระผูกพันในระยะยาว)

เนื่องจากผลประโยชน์ทดแทนกรณีทุพพลภาพต่างกับอีกสามกรณีที่เหลือตรงที่ประโยชน์ทดแทนกรณีทุพพลภาพมีลักษณะเป็นผลประโยชน์ในระยะยาว ILO (2004) จึงได้เสนอให้แยกส่วนนี้ออกไปรวมกับกรณีชราภาพ ซึ่งโดยหลักการน่าจะถูกต้อง อย่างไรก็ตาม ข้อเสนอดังกล่าวเป็นการเสนอให้แยกเงินสำรองบางส่วนออกไปครั้งเดียว²⁹ ซึ่งถ้าไม่พิจารณาด้วยความระมัดระวังเพียงพอ ก็อาจจะเป็นการสร้างปัญหาให้กองทุนในส่วนนั้นแทนได้

2.6 ผลกระทบทางการเงินของการขยายความครอบคลุมด้านการรักษาพยาบาลของโครงการประกันสังคม

จากตอนที่ 2.5 สามารถสรุปผลกระทบทางการเงินของการขยายความครอบคลุมของโครงการประกันสังคมได้ตามตารางที่ 2.12 ซึ่งถ้าพิจารณาผลกระทบทางการเงินของการขยายความครอบคลุมของโครงการประกันสังคมควบคู่ไปกับสัดส่วนการการจัดสรรบัญชีภายในกองทุน (ตารางที่ 2.11) ก็จะเห็นได้ว่า

²⁹ โดยเหลือเงินสำรองสำหรับประโยชน์ในระยะสั้นไว้เท่ากับค่าใช้จ่ายในระยะสั้นหนึ่งปี (ประมาณ 15,000 ล้านบาท) หรือ 60,000 ล้านบาท (ในกรณีที่ขยายความครอบคลุมไปยังครอบครัวผู้ประกันตน)

ตารางที่ 2.12 ประมาณการค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากการขยายความคุ้มครองด้านสุขภาพของโครงการประกันสังคม

	ร้อยละของค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น		หมายเหตุ
	ต่ำ	สูง	
ครอบครัว			
คู่สมรสที่ไม่มีสิทธิ ขรก/ปกส	18.5	20	
คู่สมรสและบุตรอายุต่ำกว่า 18 ปี ที่ไม่มีสิทธิ ขรก/ปกส	73	95	
ผู้ที่เกษียณอายุ			
สำหรับผู้ประกันตนที่จะเกษียณอายุใน 5 ปีข้างหน้า	7.1	8.0	
สำหรับผู้ประกันตนและคู่สมรสที่อายุ 55 ขึ้นไปใน 5 ปีข้างหน้า	8.8	9.8	
สำหรับผู้ประกันตนที่อายุ 55 ขึ้นไปใน 5 ปีข้างหน้าและคู่สมรส	10	12	
ครอบครัว และผู้ประกันตนที่เกษียณอายุ	80	103	กรณีเกษียณอายุคิดเฉพาะผู้ประกันตน

ที่มา: คำนวณโดยผู้วิจัย

- โครงการอยู่ในวิสัยที่จะขยายความครอบคลุมไปยังคู่สมรสโดยไม่น่าจะมีอุปสรรคทางการเงินใดๆ (เนื่องจากจะมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเพียงประมาณร้อยละ 20)
- การขยายความครอบคลุมไปยังครอบครัว (คู่สมรสและบุตรที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี) จะทำให้ภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของกองทุนเพิ่มขึ้นในช่วงตั้งแต่ร้อยละ 73-95 ซึ่งถ้าใช้อัตราปัจจุบัน (ประมาณร้อยละ 2 ของเงินเดือน)³⁰ ก็จะทำให้ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของกองทุนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 3.46-3.90 ซึ่งเมื่อประกอบกับกรณีคลอดบุตร (ซึ่งมีการปรับอัตราเหมาจ่ายเพิ่มขึ้นจาก 4,000 เป็น 6,000 บาท) ซึ่งน่าจะทำให้ภาระค่าใช้จ่ายส่วนนี้เพิ่มขึ้นเป็นประมาณร้อยละ 0.5-0.6 ของเงินเดือน และถ้าค่าใช้จ่ายกรณีเสียชีวิตอยู่ในระดับเดิม (ประมาณร้อยละ 0.12 ของเงินเดือน) ก็จะทำให้ค่าใช้จ่ายในสามส่วนนี้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 4.08-4.62 ของเงินเดือน โดยที่ยังไม่รวมการจ่ายผลประโยชน์ทดแทนด้านทุพพลภาพ (ซึ่งปัจจุบันยังอยู่ในระดับที่ต่ำ คือประมาณร้อยละ 0.03-0.13 ของเงินเดือน แต่กองทุนได้จัดสรรเงินสมทบส่วนนี้ไว้ร้อยละ 1.32) ดังนั้นถ้าจะขยายความครอบคลุมไปยังครอบครัวโดยไม่เก็บเงินสมทบเพิ่ม (หรือเพิ่มเพดานเงินเดือน) ก็จะต้องมีการปรับสัดส่วนการจัดสรรเงินภายในกองทุน โดยในระยะสั้น น่าจะต้องปรับเพิ่มสัดส่วนของกรณีเจ็บป่วยคลอดบุตร และตาย เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 4.1 เป็นอย่างน้อย (ซึ่งจะทำให้สัดส่วนของกรณีทุพพลภาพลดลงเหลือไม่เกินร้อยละ 0.4³¹) แต่ทั้งนี้ อัตราร้อยละ 4.1 ก็ยังมีแนวโน้มที่จะไม่พอเนื่องจากเป็นตัวเลขนี้อิงตัวเลขขั้นต่ำ อย่างไรก็ตาม กองทุนประกันสังคมในส่วนนี้ยังมีเงินสำรองที่สะสมมาจำนวนมาก ซึ่งจะสามารถใช้เป็นตัวรองรับความเสี่ยงในกรณีที่ค่าใช้จ่ายสูงเกินกว่าประมาณการ

³⁰ ในระหว่างปี 2544-46 ภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของกองทุนอยู่ระหว่าง 1.89-1.92 ของเงินเดือน แต่อัตรานี้จะเพิ่มขึ้นเนื่องจากการขยายสิทธิประโยชน์ (เช่น กรณี HIV) และในระยะหลัง อัตราการใช้บริการของผู้ประกันตนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นด้วย

³¹ ซึ่งถ้าจะลดก็ควรต้องมีการศึกษาด้านคณิตศาสตร์ประกันภัยก่อนว่าสัดส่วนเงินที่เหลือนั้นจะเพียงพอสำหรับประโยชน์ทดแทนกรณีทุพพลภาพในระยะยาวหรือไม่

ขั้นต่อไปได้อีกไม่น้อยกว่า 20 ปี (ซึ่งน่าจะเป็นเวลาที่เพียงพอสำหรับกรณีที่จะต้องดำเนินการปรับอัตราเงินสมทบหรือเพดานเงินเดือนในอนาคต)

- การขยายความคุ้มครองด้านสุขภาพให้ผู้เกษียณอายุ (อายุ 55 ปีขึ้นไป) จะทำให้ต้นทุนเพิ่มขึ้นไม่มากนัก (ประมาณร้อยละ 7-8 ในอีกห้าปีข้างหน้า ในกรณีที่คิดต้นทุนเหมาจ่ายให้สถานพยาบาลสำหรับผู้ประกันตนกลุ่มนี้ที่สองเท่าของผู้ประกันที่เหลือ ประมาณร้อยละ 9-10 ถ้ารวมคู่สมรสที่ไม่มีสิทธิใดที่จะมีอายุ 55 ปีขึ้นไปในอีก 5 ปีข้างหน้า และร้อยละ 10-12 ถ้ารวมคู่สมรสทุกอายุ) อย่างไรก็ตาม เนื่องจากผลประโยชน์ทดแทนในส่วนนี้ถือได้ว่าเป็นประโยชน์ทดแทนในระยะยาว³² และการขยายความครอบคลุมไปยังครอบครัวเองก็อาจทำให้เริ่มมีแรงกดดันด้านการเงินในส่วนของสองกรณีแล้ว การที่จะเพิ่มประโยชน์ทดแทนส่วนนี้เข้ามาในส่วนของ 4 กรณี (หรือ 3 กรณีแรก) คงจะทำได้ยากขึ้น สำหรับการเพิ่มผลประโยชน์ส่วนนี้เข้าไปในส่วนของกองทุนประโยชน์ทดแทนในระยะยาว (2 กรณี) ก็อาจมีปัญหาเช่นกัน เพราะการศึกษาของ ILO (2004b) เองก็มีความเห็นว่าสิทธิประโยชน์ส่วนที่เป็นบำนาญของกองทุนประกันสังคมนั้นยังอยู่ในระดับที่ต่ำกว่ามาตรฐานขั้นต่ำของ ILO ส่วนการที่จะเสนอให้สิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลแทนประโยชน์ทดแทนที่เป็นบำนาญ (ทั้งหมดหรือบางส่วน) นั้น อาจจะมีปัญหาที่เป็นการเปลี่ยนแปลงพันธะสัญญา ซึ่งลูกจ้างจำนวนหนึ่ง (ซึ่งอาจมีจำนวนไม่น้อย) อาจจะไม่เห็นด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในขณะที่มีโครงการ 30 บาทรองรับอยู่แล้วในขณะนี้

ดังนั้น ในภาพรวมแล้ว การขยายความคุ้มครองไปยังครอบครัวของผู้ประกันตนอยู่ในวิสัยที่จะทำได้ แต่ไม่ใช่ปราศจากความเสี่ยงเสียทีเดียว อย่างไรก็ตาม การที่กองทุนประกันสังคมมีเงินสำรองอยู่ค่อนข้างมากทำให้กองทุนฯ อยู่ในวิสัยที่จะแบกรับความเสี่ยงนี้ได้ในระยะเวลานานพอที่จะปรับตัวได้ทันถ้ามีปัญหาเกิดขึ้น สำหรับในส่วนของกรณีของผู้ประกันตนที่เกษียณอายุนั้น ถึงแม้ในระยะแรกจะยังใช้เงินไม่มาก แต่ก็ถือได้ว่าเป็นระดับที่มีนัยสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่ยังมีคำถามถึงความเพียงพอของสิทธิประโยชน์ในด้านบำนาญ และมีการเสนอให้ย้ายผลประโยชน์ด้านสุขภาพเข้ามาสู่กองทุนส่วนนี้โดยไม่มีรายได้เพิ่มขึ้นในระยะยาว การพิจารณาการขยายสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลไปยังผู้เกษียณอายุ (ซึ่งจะกลายมาเป็นภาระผูกพันที่เพิ่มขึ้นในระยะยาว) จึงควรพิจารณาควบคู่ไปพร้อมกันกับการพิจารณาสิทธิประโยชน์ในส่วนของผู้ประกันตนที่เป็นประโยชน์ทดแทนในระยะยาว

³² และจะมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในระยะยาวด้วย

บรรณานุกรม

"แม้ว่าสิ่งแก้ กม. ดึงเงิน "ภาษีบาป" ไปะโครงการ "30บาท" เริ่มปี 49" มติชน. 15 กุมภาพันธ์ 2548.

ภูษิต ประคองสาย และคณะ. 2545. "อัตราเหมาจ่ายรายหัวในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ปีงบประมาณ 2546" วารสารวิชาการสาธารณสุข 11:5 599-613.

วิโรจน์ ณ ระนอง อัญชญา ณ ระนอง ศรัชัย เจริญมวรกุล และศศิวิทย์ วงศ์มณฑา. 2548. "หลักประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้า ปี 2545-2546." รายงานฉบับสมบูรณ์เล่มที่ 1 โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลัก
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่สอง สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. (ตุลาคม 2547 แก้ไข
ปรับปรุง เมษายน 2548)

วิโรจน์ ณ ระนอง อัญชญา ณ ระนอง ศรัชัย เจริญมวรกุล. 2547. "หนึ่งปีแรกของการจัดหลักประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้า" (ฉบับปรับปรุง กุมภาพันธ์ 2547). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.

วิโรจน์ ณ ระนอง และ อัญชญา ณ ระนอง. 2547. "การประมาณการงบประมาณทดแทนสำหรับโครงการ 30
บาท ในปีงบประมาณ 2548" รายงานความก้าวหน้าครั้งที่หนึ่ง โครงการศึกษาการจัดสรรงบประมาณ
สำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.
เมษายน.

วิโรจน์ ณ ระนอง และ อัญชญา ณ ระนอง. 2545. "ถ้วนหน้า" หรือ "ช่วยคนจน"? เส้นทางสู่นาคตของ
โครงการ 30 บาท. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แสงสว่างเวิลด์เพรสจำกัด.

_____. 2545. "การติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการ "30 บาทรักษาทุกคน" ของ
กระทรวงสาธารณสุข" รายงานฉบับสมบูรณ์เล่มที่ 3 โครงการติดตามประเมินผลการจัด
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีที่หนึ่ง 2544-45). สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ. 2547. "บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2537-2544"

_____. 2545. "ตอบข้อสังเกตจุดอ่อนของที่มาของ 1,202 บาทต่อคนต่อปีของ
นพ.สุภสิทธิ พรณารุไนทย และคณะ" วารสารวิชาการสาธารณสุข 11:5 759-766.

_____. 2544. "งบประมาณในการดำเนินนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า: 1,202
บาทต่อคนต่อปีมาจากไหน" วารสารวิชาการสาธารณสุข 10:3 381-390.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ). 2545. การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2542-2543. สำนักนโยบายและ
ยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.

อัษฎนา ฅ ระนอง และ วิโรจน์ ฅ ระนอง. 2545. การวิจัยประเมินผล: การปฏิรูประบบการเงินการคลัง
โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) (ฉบับแก้ไขปรับปรุง)

ILO. 2004a. Thailand: Preliminary actuarial review of the sickness, maternity, invalidity, and death
benefit branches of the Social Security Fund, Technical Note.

ILO. 2004b. Thailand: Actuarial review of the old-age benefit branch of the Social Security Fund,
Technical Note.

Sherry Glied. 2003. "Health Care Costs: On the Rise Again, *Journal of Economic Perspectives*. Vol.17
No.2.(Spring) pp. 125-148.

World Bank. "The Concentration Index," *Quantitative Techniques for Health Equity Analysis—
Technical Note #7*.

ภาคผนวกบทที่ 2

การคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวในปี 2548 ของโครงการ 30 บาทฯ โดยใช้อัตราการ

ให้บริการที่รายงานโดยสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขในปี 2545-46

การคำนวณเบเหมาจ่ายรายหัวที่ผ่านมา³³ มีปัญหาความไม่สอดคล้องกัน (inconsistency) เนื่องจากการคำนวณใช้ข้อมูลจากสองแหล่งซึ่งมีตัวเลขฐานที่ไม่ตรงกัน กล่าวคือ (ก) ข้อมูลอัตราการให้บริการ เป็นข้อมูลที่ได้จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ (Health & Welfare Survey หรือ HWS) ในขณะที่ (ข) ข้อมูลค่าใช้จ่ายต่อครั้งนั้นเป็นข้อมูลที่ได้จากสถานพยาบาล ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายต่อหัวได้จากการนำผลคูณของ ก. และ ข. ในกรณีต่างๆ มารวมกัน

ปัญหา internal inconsistency/invalidity ของการคำนวณวิธีดังกล่าว เกิดจากจำนวน visit และ admission ที่รายงานโดยสถานพยาบาลมีความแตกต่างจากจำนวน visit และ admission ที่ได้จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ (HWS) ค่อนข้างมาก ทำให้เมื่อนำค่าใช้จ่ายต่อครั้งที่ได้จากสถานพยาบาล (ซึ่งใช้ตัวเลขจำนวน visit และ admission ที่สถานพยาบาลบันทึกเป็นตัวหาร) มาคูณกับจำนวน visit และ admission ที่ได้จากการสำรวจ ก็จะได้ตัวเลขยอดค่าใช้จ่ายรวมที่ต่างออกไปจากค่าใช้จ่ายที่เป็นตัวตั้งในการคำนวณค่าใช้จ่ายต่อ visit และ admission ในข้อ ข. เป็นอย่างมาก³⁴ ซึ่งความแตกต่างส่วนนี้เป็นผลที่เกิดจาก arbitrariness ของวิธีการคำนวณล้วนๆ³⁵

การคำนวณในภาคผนวกนี้แก้ปัญหาข้างต้นบางส่วน โดยใช้ข้อมูลอัตราใช้อัตราการให้บริการที่รายงานโดยสถานพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข³⁶ ในปีงบประมาณ 2545-46 (จากรายงาน 0110 ร.5) มาพยากรณ์อัตราการให้บริการในปี 2548 จากนั้นจึงนำมาคูณด้วยค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่สถานพยาบาลระดับต่างๆ ซึ่ง นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ คำนวณมาจากข้อมูลของสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขเช่นกัน สำหรับข้อสมมุติอื่นๆ (เช่น อัตราการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อที่ ร.ร. แพทย์และค่าใช้จ่ายต่อครั้งที่ ร.ร. แพทย์ การคิดงบประมาณเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และงบสำหรับฟื้นฟู) นั้น ผู้วิจัยได้ยึดข้อสมมุติและตัวเลขที่ นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะใช้³⁷ ยกเว้นในส่วนขออัตราการใช้สิทธิ (เนื่องจากผลการคำนวณนี้สะท้อนค่าใช้จ่าย ณ อัตราการใช้สิทธิจริงในสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขอยู่แล้ว³⁸) และในส่วนงบลงทุนทดแทนซึ่งผู้วิจัยปรับจากค่าประมาณการขั้นต่ำที่ศึกษา

³³ ซึ่งดำเนินการโดย นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ จากสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

³⁴ ในด้านความน่าเชื่อถือของข้อมูลนั้น น่าจะเป็นที่ยอมรับของทุกฝ่ายว่า ตัวเลขยอดค่าใช้จ่ายรวมที่สถานพยาบาลรายงานมาน่าจะมีความถูกต้องแม่นยำกว่าค่าใช้จ่าย per visit หรือ per admission ที่คำนวณได้ เพราะในกรณีที่สถานพยาบาลไม่ได้พยายามตกแต่งตัวเลขนั้น ยอดเงินค่าใช้จ่ายรวมของสถานพยาบาล น่าจะเป็นการรวมจากยอดเงินจริงๆ ที่ไม่ได้ถูกกระทบจากนิยามเรื่องจำนวนคนไข้ หรือจำนวนครั้งของ visit หรือ admission

³⁵ ดูการอภิปรายปัญหานี้ (และแนวทางแก้ไข) ในวิโรจน์ ณ ระนอง และคณะ 2548 (กรอบที่ 7.2)

³⁶ รพ. กลุ่มนี้รับผิดชอบประชากรผู้มีสิทธิในโครงการ 30 บาทฯ มากกว่าร้อยละ 90

³⁷ อัตราการส่งต่อจาก รพ. ของ สธ. ไปโรงเรียนแพทย์สำหรับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในอยู่ที่ 1:5000 และ 1:40 ตามลำดับ

³⁸ ดังนั้น ในกรณีที่อัตราการใช้สิทธิมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น งบที่คำนวณได้จากการศึกษานี้ก็อาจจะยังต่ำกว่างบที่ควรจะเป็น

โดยคณะผู้วิจัยของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (วิโรจน์ และ อัญญา ณ ระนอง 2547) เนื่องจากเป็นตัวเลขที่ได้จากการศึกษาเรื่องนี้โดยตรง

โปรดสังเกตว่า ในกรณีที่ตัวเลขค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่สถานพยาบาลระดับต่างๆ ซึ่ง นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ คำนวณเอาไว้เป็นข้อมูลที่ต้องการและเหมาะสมแล้ว³⁹ นั้น ตัวเลขอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่ผู้วิจัยคำนวณได้จะเป็นตัวเลขที่สะท้อนอัตราการใช้สิทธิจริงที่สถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขในปี 2545-46 (ซึ่งเป็นตัวเลขที่ไม่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายที่มีสิทธิบางส่วนไปรับบริการที่อื่นโดยเสียค่าใช้จ่ายเอง) ซึ่งตัวเลขเหมาจ่ายรายหัวนี้จะต้องปรับเพิ่มขึ้นอีกถ้าผู้มีสิทธิมาใช้สิทธิของตนเพิ่มขึ้นจากในช่วงปี 2545-46

การพยากรณ์อัตราการใช้บริการ

การพยากรณ์อัตราการใช้บริการในปี 2547 และ 2548 ใช้ข้อมูลอัตราการใช้บริการที่รายงานโดยสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขในปีงบประมาณ 2545-46 (จากรายงาน 0110 รง.5) เป็นฐาน สาเหตุที่ใช้ข้อมูลเฉพาะในปี 2545 และ 2546 เนื่องจากในช่วงที่คำนวณตัวเลขนี้นี้ (มี.ค.-เม.ย. 47) นั้น มีเพียงสองปีเท่านั้นที่มีข้อมูลในช่วงที่โครงการ 30 บาทฯ ดำเนินการทั่วประเทศ

การพยากรณ์อัตราการใช้บริการในปี 2547 และ 2548 เริ่มจากการประมาณการจำนวนการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของแต่ละเครือข่ายสถานพยาบาล (CUP) โดยใช้สองวิธีคือ

(ก) Constant growth hypothesis สมมุติว่าจำนวนการให้บริการในระหว่างปี 2545-48 เพิ่มขึ้นหรือลดลงในอัตราคงที่ (ซึ่งก็คือเท่ากับอัตราเพิ่มขึ้นหรือลดลงในระหว่างปี 2545-46) ตัวอย่างเช่น ถ้าจำนวนการให้บริการผู้ป่วยในของ รพช. ก. เท่ากับ 1,000 และ 1,050 ครั้ง (admission) ในปี 2545 และ 2546 ก็จะพยากรณ์ต่อไปว่า จำนวนผู้ป่วยในจะเพิ่มขึ้นในอัตราร้อยละ 5 ต่อปี (ซึ่งก็คือจะเพิ่มเป็น 1,102.5 และ 1,157.6 ครั้งในปี 2547 และ 2548)

(ข) Linear growth hypothesis สมมุติว่าอัตราการใช้บริการในระหว่างปี 2545-48 เพิ่มขึ้นหรือลดลงในจำนวน (หรือขนาด) ที่คงที่ (ซึ่งก็คือเท่ากับจำนวนที่อัตราเพิ่มขึ้นหรือลดลงในระหว่างปี 2545-46) ตัวอย่างเช่น ถ้าจำนวนการให้บริการผู้ป่วยในของ รพช. ก. เท่ากับ 1,000 และ 1,050 ครั้ง (admission) ในปี 2545 และ 2546 ก็จะพยากรณ์ต่อไปว่า จำนวนผู้ป่วยในจะเพิ่มขึ้นปีละ 50 admission เป็น 1,100 และ 1,150 admission ในปี 2547 และ 2548

ทั้งนี้ การคำนวณจำนวนประชากรผู้มีสิทธิ 30 บาทใน CUP สำหรับปี 2547 และ 2548 ก็ใช้สมมุติฐานที่สอดคล้องกับ (ก) หรือ (ข) ด้วย ส่วนการคิดสัดส่วนของประชากรผู้มีสิทธิ 30 บาทใน CUP ของ รพช.:รพท.:รพศ. นั้นใช้ข้อมูลจริงในปี 2546 (ซึ่งอยู่ที่ 76 :15.4: 8.7)

³⁹ ทั้งนี้ นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ ได้ใช้ข้อสมมุติบางข้อที่ค่อนข้าง strong เช่น ต้นทุนต่อ visit จะไม่ลดลงในกรณีที่ผู้มาใช้บริการมากขึ้น

สำหรับผู้ป่วยนอกนั้น จากข้อมูลในปี 2546 พบว่าอัตราส่วนของการใช้บริการที่ รพ. ต่อการให้บริการที่ PCU และสถานีนอนมา้ยอยู่ที่ 47.678 : 52.322 (ค่าเฉลี่ยของประเทศ) เมื่อใช้ข้อสมมุติดังกล่าวประกอบกับข้อมูล และข้อสมมุติอื่นๆ ข้างต้น ก็สามารถคำนวณอัตราการใช้บริการที่สถานีนอนมา้ยและที่ รพ. ระดับต่างๆ ตามที่แสดง ในท่อนบนของตารางที่ 1 และ 2

ตารางภาคผนวก 2.1 การคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวของโครงการ 30 บาทฯ โดยใช้ข้อสมมุติว่าจำนวนการให้บริการเพิ่มขึ้นด้วยอัตราคงที่ในระหว่างปี 2545-48

	ผู้ป่วยนอก						ผู้ป่วยใน			
	2545	2546	2546	2547f	2548f	2548f	2545	2546	2547f	2548f
(1) อัตราการให้บริการ			รวม สอ.	รวม สอ.		รวม สอ.				
สอ. (ต่อ ปชก. หนึ่งคน)	n.a.	1.40			1.934					
รพศ. (ต่อ ปชก. ใน CUP รพศ.)	2.46	1.49	2.88	3.08	1.654	3.59	17.0%	20.6%	25.0%	30.3%
รพท. (ต่อ ปชก. ใน CUP รพท.)	2.20	1.28	2.67	2.81	1.528	3.46	14.1%	15.6%	17.2%	19.1%
รพช. (ต่อ ปชก. ใน CUP รพช.)	2.35	1.22	2.62	3.34	1.905	3.84	7.4%	7.5%	7.7%	7.9%
รพ. ทบวง (เฉพาะส่งต่อ ต่อ ปชก. หนึ่งคน)					0.00074					0.3%
เฉลี่ย		2.649	2.649		3.719	3.719				12.3%
(2) ต้นทุนต่อครั้ง ปี 48 (นพ.วิโรจน์ และคณะ)										
สอ.					75					-
รพศ.					437					8,324
รพท.					437					8,324
รพช.					307					4,944
รพ. ทบวง (เฉพาะกรณีส่งต่อ)					1,652					20,021
(3) ต้นทุนต่อปีสำหรับการให้บริการที่										
สอ. (ต่อ ปชก. หนึ่งคน)					145					-
รพศ. (ต่อ ปชก. ใน CUP รพศ.)					723					2,525
รพท. (ต่อ ปชก. ใน CUP รพท.)					668					1,586
รพช. (ต่อ ปชก. ใน CUP รพช.)					585					389
รพ. ทบวง (ต่อ ปชก. หนึ่งคน)					1.23					60
(4) ต้นทุนต่อปีสำหรับ ปชก. ใน CUP ของ										
รพศ. (ต่อ ปชก. ใน CUP รพศ.)					869					2,585
รพท. (ต่อ ปชก. ใน CUP รพท.)					814					1,645
รพช. (ต่อ ปชก. ใน CUP รพช.)					731					449

(5) สัดส่วนของ ปชก. ใน CUP ของ		
รพศ.	0.087	0.087
รพท.	0.154	0.154
รพช.	0.760	0.760
(6) ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคน	756	818
รวมค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคน OP+IP	1,574	
P&P [จาก นพ.วิโรจน์ 167 บาทต่อคน*(62/45)]	229	
พันปลอม (2.31 บาท ปี46)	2.5	
งบลงทุนทดแทน	213	
รวมงบประมาณจ่ายรายหัว	2,018	

หมายเหตุ: forecast utilization rate ของสถานพยาบาลแต่ละกลุ่ม โดยสมมติว่าจำนวนการใช้บริการในระหว่างปี 2546-48) เพิ่มหรือลดในอัตราเท่ากับอัตราเพิ่มหรือลดในระหว่างปี 2545-46 (และใช้ข้อสมมุติทำนองเดียวกันในการประมาณการ ปชก. UC ในแต่ละ CUP)

การคำนวณ (3) = (1) X (2)

(4) = ต้นทุนต่อปี (ต่อประชากรใน CUP) + ต้นทุนต่อคนที่ สอ. และกรณีส่งต่อไปโรงเรียนแพทย์

(6) = ค่าเฉลี่ยของ (4) ถ่วงน้ำหนักด้วย (5)

ตารางภาคผนวก 2.2 การคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวของโครงการ 30 บาทฯ โดยใช้ข้อสมมุติว่าการใช้บริการเพิ่มขึ้นด้วยจำนวนคงที่ในระหว่างปี 2545-48

	ผู้ป่วยนอก						ผู้ป่วยใน			
	2545	2546	2546	2547f	2548f	2548f	2545	2546	2547f	2548f
(1) อัตราการใช้บริการ			รวม สอ.	รวม สอ.		รวม สอ.				
สอ. (ต่อ ปชก. หนึ่งคน)	n.a.	1.40			1.931					
รพศ. (ต่อ ปชก. ใน CUP รพศ.)	2.46	1.49	2.88	3.06	1.457	3.39	17.0%	20.6%	24.4%	28.5%
รพท. (ต่อ ปชก. ใน CUP รพท.)	2.20	1.28	2.67	2.80	1.216	3.15	14.1%	15.6%	17.2%	19.0%
รพช. (ต่อ ปชก. ใน CUP รพช.)	2.35	1.22	2.62	3.29	1.897	3.83	7.4%	7.5%	7.7%	7.9%
รพ. ทบวง (เฉพาะส่งต่อ ต่อ ปชก. หนึ่งคน)					0.00074					0.3%
เฉลี่ย		2.649	2.649		3.690	3.690				12.3%
(2) ต้นทุนต่อครั้ง ปี 48 (นพ.วิโรจน์ และคณะ)										
สอ.					75					
รพศ.					437					8,324
รพท.					437					8,324
รพช.					307					4,944
รพ. ทบวง (เฉพาะกรณีส่งต่อ)					1,652					20,021
(3) ต้นทุนต่อปีสำหรับการใช้บริการที่										
สอ. (ต่อ ปชก. หนึ่งคน)					145					-
รพศ. (ต่อ ปชก. ใน CUP รพศ.)					637					2,371
รพท. (ต่อ ปชก. ใน CUP รพท.)					532					1,581
รพช. (ต่อ ปชก. ใน CUP รพช.)					582					391
รพ. ทบวง (ต่อ ปชก. หนึ่งคน)					1.23					60
(4) ต้นทุนต่อปีสำหรับ ปชก. ใน CUP ของ										
รพศ. (ต่อ ปชก. ใน CUP รพศ.)					783					2,431
รพท. (ต่อ ปชก. ใน CUP รพท.)					678					1,640
รพช. (ต่อ ปชก. ใน CUP รพช.)					728					451

(5) สัดส่วนของ ปชก. ใน CUP ของ		
รพศ.	0.087	0.087
รพท.	0.154	0.154
รพช.	0.760	0.760
(6) ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคน	725	805
รวมค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคน OP+IP	1,530	
P&P [จาก นพ.วิโรจน์ 167 บาทต่อคน*(62/45)]	229	
พันปลอม (2.31 บาท ปี46)	2.5	
งบลงทุนทดแทน	213	
รวมงบเหมาจ่ายรายหัว	1,975	

หมายเหตุ: หมายเหตุ: forecast utilization rate ของสถานพยาบาลแต่ละกลุ่ม โดยสมมติว่าจำนวนการใช้บริการที่เปลี่ยนไปในแต่ละ รพ. ในแต่ละปี (ระหว่างปี 2546-48) เท่ากับจำนวนที่เปลี่ยนไประหว่างปี 2545-46 (และใช้ข้อสมมุติทำงานเดียวกันในการประมาณการ ปชก. UC ในแต่ละ CUP)

การคำนวณ (3) = (1) X (2)

(4) = ต้นทุนต่อปี (ต่อประชากรใน CUP) + ต้นทุนต่อคนที่ สอ. และกรณีนี้ส่งต่อไปโรงเรียนแพทย์

(6) = ค่าเฉลี่ยของ (4) ถ่วงน้ำหนักด้วย (5)

ผลการคำนวณ

การคำนวณนี้ได้อัตราเหมาจ่ายรายหัวของปีงบประมาณ 2548 ที่ประมาณ 2,000 บาทต่อคน (1,975-2,018 บาทต่อคน ขึ้นกับสมมุติฐานที่ใช้ในการพยากรณ์อัตราการให้บริการในปี 2548) ตัวเลขที่คำนวณได้สูงกว่าตัวเลขที่ นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ คำนวณไว้ครั้งแรก (ก่อนที่จะถูกตัดลงมาเหลือ 1,510 บาทด้วยกระบวนการต่างๆ ในคณะกรรมการการเงินการคลัง และคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) ประมาณสองร้อยบาทบาทเศษ ซึ่งความแตกต่างนี้สามารถแบ่งได้เป็นสองส่วนคือ

- ความแตกต่างในส่วนของบลงทุนทดแทนทรัพยากรทุนที่เสื่อมสภาพไป (ผู้วิจัยใช้ตัวเลขต่ำสุดจากวิโรจน์ และอัญชญา ณ ระนอง 2547 ซึ่งอยู่ที่ 213 บาทต่อบัตร ซึ่งสูงกว่าตัวเลขที่ นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะใช้ ประมาณหนึ่งร้อยบาทเศษ)⁴⁰
- ความแตกต่างเนื่องจากการใช้ตัวเลขอัตราการให้บริการจาก รพ. แทนอัตราที่ได้จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ) อีกประมาณหนึ่งร้อยบาทต่อบัตร

ในแง่นี้ ความแตกต่างในส่วนที่เกิดจากตัวเลขอัตราการให้บริการที่แตกต่างกันนั้น มีนัยต่ออัตราเหมาจ่ายรายหัวในระดับที่ไม่ต่างจากในอดีตมากนัก ทั้งนี้ วิโรจน์ ณ ระนอง และคณะ (2548 ตารางที่ 7.34) พบว่าในปีงบประมาณ 2546 นั้น เมื่อเปรียบเทียบตัวเลขอัตราการให้บริการที่สถานพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขรายงานกับอัตราที่ใช้ในการคำนวณ (ซึ่งเป็นอัตราที่ได้จากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการในอดีต) สถานพยาบาลจะได้งบประมาณในส่วนของการรักษาพยาบาลขาดไปโดยเฉลี่ย 122 บาทต่อบัตร)

อย่างไรก็ตาม ปัญหาใหญ่ประการหนึ่งที่เกิดจากการใช้ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ (Health & Welfare Survey หรือ HWS) ในการคำนวณก็คือ ในทางปฏิบัตินั้น ตัวเลขจากการสำรวจที่มีแนวโน้มที่ต่ำกว่าความเป็นจริงนี้⁴¹ มักจะถูกนำมาตัดทอนลงอีก ด้วยเหตุผลว่ามีผู้มีสิทธิ์จำนวนมากไม่ได้ไปใช้สิทธิ์ ซึ่งทำให้ในที่สุดแล้วตัวเลขบประมาณที่น่าจะ underestimate เพียงหนึ่งร้อยบาทเศษนี้ ถูกขยายความแตกต่างเพิ่มขึ้นจนกลายเป็น 300-400 บาทต่อบัตรมาโดยตลอด ตัวอย่างเช่น กรณีตัวเลขบประมาณรายหัวของปี 2548 ซึ่งเริ่มที่ 1,782 บาท ก็ถูกตัดทอนลงมาเป็น 1,510 และ 1,396 บาทในที่สุด และล่าสุดเมื่อปลายเดือนมีนาคมนี้เองในช่วงที่รัฐบาลแถลงนโยบายต่อสองสภา รวม. สาธารณสุขท่านใหม่ก็ได้ใช้เหตุผลนี้เช่นกันในการตอบคำอภิปรายที่ว่ารัฐบาลจัดสรรงบให้โครงการ 30 บาทฯ ไม่เพียงพอ ทั้งๆ ที่ในความเป็นจริงแล้ว งานของผู้วิจัยได้แสดงให้เห็นมาโดยตลอด⁴² (โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีผู้ป่วยใน) ว่าอัตราการให้บริการที่รายงานโดยสถานพยาบาล ซึ่งเป็นตัวเลขที่สะท้อนอัตราการใช้สิทธิ์ที่เป็นจริงอยู่แล้วนั้น (และจริงๆ แล้วเป็นข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนเสียด้วยซ้ำไป) เป็นตัวเลขที่สูงกว่าอัตราที่ได้จากการสำรวจมาโดยตลอด ทำให้เหตุผลที่มักอ้างกันว่าสามารถตัดตัวเลขอัตราการใช้

⁴⁰ ถ้าใช้ตัวเลขในกรณีที่สถานพยาบาลของ สป. ทั้งหมดมีทรัพยากรครบตามมาตรฐาน พบส. (ยกเว้นบ้านพักคิดเพียงร้อยละ 50 ของมาตรฐาน) และคิดดอกเบี้ยของเงินลงทุนด้วย ก็จะต้องการบลงทุนทดแทนประมาณ 400 บาทต่อบัตร ซึ่งหมายความว่าอัตราเหมาจ่ายรายหัวจะต้องเพิ่มขึ้นอีกประมาณ 200 บาทต่อบัตร

⁴¹ ดู วิโรจน์ ณ ระนอง และคณะ 2548 (กรอบที่ 7.3 เรื่องความน่าเชื่อถือของข้อมูลอัตราการให้บริการจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546)

⁴² เช่นใน วิโรจน์ และ อัญชญา ณ ระนอง 2545 และ วิโรจน์ ณ ระนอง และคณะ 2547

บริการที่ได้จากการสำรวจลงอีกเป็นเหตุผลที่ไม่ควรนำมาใช้อีกต่อไป เพราะถึงแม้ว่าเหตุผลนี้จะดูเหมือนกับมีตรรกที่ถูกต้อง แต่การที่ไปปรับลดตัวเลขจากการสำรวจที่มีแนวโน้มที่ต่ำกว่าความเป็นจริงอยู่แล้วย่อมทำให้ได้ผลลัพธ์ที่สวนทางกับข้อเท็จจริง และการจัดสรรงบประมาณตามแนวทางดังกล่าวอาจส่งผลในการทำลายระบบบริการและคุณภาพของบริการให้เสื่อมถอยลงในที่สุด

บทที่ 3 ทางเลือกด้านภาษีสำหรับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

วรรณ ชาญด้วยวิทย์

หลังจากการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือโครงการ 30 บาท ได้ผ่านพ้นมาเกือบ 4 ปี ผู้ที่เกี่ยวข้องหลายๆ ฝ่ายโดยเฉพาะสถานพยาบาลมีความเห็นว่างบประมาณต่อหัวที่จัดสรรให้กับโครงการนั้นต่ำเกินกว่าที่จะรักษามาตรฐานการให้บริการได้ ทำให้สถานพยาบาลหลายแห่งอยู่ในสภาพติดหนี้สินกับบริษัทที่ทำธุรกิจกับสถานพยาบาล สถานพยาบาลบางแห่งต้องลดคุณภาพการให้บริการลงบ้างเพื่อความอยู่รอด สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มองเห็นและเข้าใจสภาพปัญหาและพยายามหาแนวทางที่จะทำให้แหล่งเงินที่สนับสนุนโครงการ 30 บาทนั้นเพียงพอต่อการให้สวัสดิการรักษายาบาลที่ได้มาตรฐานแก่ประชาชน รวมถึงว่าแหล่งเงินนั้นควรมีความมั่นคง ไม่ควรเป็นไปในแนวทางที่ทำให้ สปสช. ต้องทำการต่อรองค่าใช้จ่ายต่อหัวกับรัฐเป็นรายปีอยู่เรื่อยๆ

แนวทางสร้างความมั่นคงของแหล่งเงินสำหรับโครงการ 30 บาทที่มีการพูดถึงมากคือ การขอให้รัฐบาล earmark บางส่วนหรือทั้งหมดของรายได้ของภาษีบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อโครงการ 30 บาท และการเสนอให้ขึ้นอัตราภาษีสรรพสามิตของบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ที่บั่นทอนสุขภาพ) เพื่อสนับสนุนโครงการ 30 บาท (ที่รักษาและดูแลสุขภาพ) ในแง่ของหลักวิชาการเศรษฐศาสตร์นั้นการขึ้นอัตราภาษีสินค้าโดยมองว่าสินค้านั้นสร้างหรือซ่อมสุขภาพเป็นเพียงส่วนหนึ่งของการวิเคราะห์และตัดสินใจ แต่การวิเคราะห์ที่มองให้กว้างและลึกกว่าปัจจัยเพียงประการเดียวนั้นควรคำนึงถึงผลกระทบที่มีต่อการบิดเบือนโครงสร้างราคาและการจัดสรรทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ และท้ายสุดคือผลกระทบที่มีต่อสวัสดิการของประชาชนและสังคมโดยรวม

ตัวอย่างอย่างง่ายของผลกระทบของการขึ้นอัตราภาษีสินค้า เช่น ผลกระทบของการขึ้นอัตราภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อประชาชนสามารถพิจารณาได้จากผลของการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างราคา เมื่อขึ้นอัตราภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะทำให้ราคาของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยเปรียบเทียบกับสินค้าชนิดอื่นที่ผู้บริโภคต้องจ่ายมีราคาสูงขึ้น ผู้บริโภคจะหันไปบริโภคสินค้าชนิดอื่นเพิ่มขึ้นและบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลง การตัดสินใจบริโภคสินค้าใดๆ นั้นเป็นสิทธิและความชอบส่วนบุคคล ผู้บริโภคจำนวนหนึ่งย่อมมีสวัสดิการลดลงจากการที่ได้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลง ผู้บริโภคกลุ่มนี้อาจหรืออาจจะไม่ได้สร้างปัญหาให้กับสังคมจากการที่ได้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การดื่มเพื่องานสังคมอาจจะช่วยเพิ่มประโยชน์ทางอ้อมให้กับหลายๆ ฝ่าย อย่างไรก็ตาม เนื่องจากในสังคมมีผู้บริโภคหลายประเภทและผลกระทบด้านลบและด้านบวกของการบริโภคก็มีแตกต่างกันไป การพิจารณาขึ้นอัตราภาษีจึงต้องวิเคราะห์ให้กว้างขึ้น หากผลของการขึ้นอัตราภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้ผู้บริโภคหันไปใช้สินค้าบางประเภทอื่นมากขึ้นและสินค้าบางประเภทอื่นเหล่านั้นมีผลทำให้การบริโภคน้ำมันเชื้อเพลิงเพิ่มขึ้นซึ่งอาจมีการจัดสรรทรัพยากรที่แย่ง ดังนั้นเราจึงควรวิเคราะห์ผลกระทบโดยรวมเหล่านี้ว่าในที่สุดแล้วโครงสร้างภาษีควรมีการปรับเปลี่ยนอย่างไร

ในงานวิจัยนี้การศึกษาทางเลือกในการหาแหล่งเงินเพิ่มเติมของรัฐบาลเพื่อมาสนับสนุนโครงการ 30 บาทซึ่งจะต้องมีค่าใช้จ่ายต่อหัวสูงขึ้น (หรือโครงการอื่นๆ เพื่อบริการสาธารณะ) การวิเคราะห์ให้หลักวิชาการทางเศรษฐศาสตร์วิเคราะห์ถึงทางเลือกในการขึ้นอัตราภาษีสองประเภทคือ ภาษีสรรพสามิต (บุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และน้ำมัน) และภาษีมูลค่าเพิ่ม ประเด็นที่ต้องการศึกษาคือ ถ้าขึ้นอัตราภาษีเหล่านั้นแล้วจะทำให้รายได้จากภาษีเพิ่มขึ้นเป็นเท่าไร (ใน 5 ปีข้างหน้า) และต้องขึ้นอัตราภาษีสูงเท่าไรจึงจะเพียงพอต่อการสนับสนุนโครงการ 30 บาทที่จะมีค่าใช้จ่ายสูงขึ้น นอกจากนี้ ยังศึกษาต่อไปว่าโครงสร้างภาษีสินค้าในปัจจุบันบิดเบือนราคาและทำให้การใช้ทรัพยากรขาดประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด เพื่อเป็นแนวนโยบายในการปรับปรุงอัตราภาษีสินค้าทางเลือกการขึ้นภาษีบุคคลธรรมดาหรือขยายฐานภาษีนั้นไม่รวมอยู่ในการศึกษานี้เนื่องจากได้เคยมีผู้ทำการศึกษาแล้วใน Dahlby et al. (2000) และ Chandoevrit (1994)

การรายงานผลการศึกษาในบทนี้แบ่งเป็น 3 ส่วนคือ หนึ่ง การนำเสนอภาพรวมด้านรายจ่ายเพื่อโครงการ 30 บาทในอีก 5 ปีข้างหน้า สอง เสนอผลต่อรายได้จากภาษีเมื่อขึ้นอัตราภาษีสรรพสามิตหรือภาษีมูลค่าเพิ่ม และ สาม เป็นการนำเสนอผลการคำนวณต้นทุนทางสังคม (Marginal Cost of Public Funds) ของภาษีสินค้าประเภทต่างๆ

3.1 ภาพรวมด้านรายจ่ายเพื่อโครงการ 30 บาท

การศึกษาภาพรวมด้านรายจ่ายทำให้ทราบว่าในอีก 5 ปีข้างหน้าจะต้องมีเงินงบประมาณมาสนับสนุนโครงการฯ และมีผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลโครงการ 30 บาทจำนวนเท่าไร ถ้าการจัดสรรงบประมาณต่อหัวเป็นไปตามสถานการณ์เช่นปัจจุบัน (ประมาณ 1,500 บาทต่อหัว) จะทำให้โครงการ 30 บาทได้รับเงินเท่าไร และถ้ามีการจัดสรรบให้กับโครงการ 30 บาทเพิ่มขึ้นเป็น 2,000 บาทต่อหัวรัฐจะต้องหารายได้เพิ่มเติมเท่าไร

ตารางที่ 3.1 นำเสนอผู้ที่มีสิทธิใช้สวัสดิการรักษายาบาลจากโครงการ 30 บาท โดยคำนวณจากฐานข้อมูลประชากรจากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และฐานข้อมูลการพยากรณ์การมีงานทำโดยสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ในปี 2548 จำนวนประชากรทั้งหมดของประเทศไทยประมาณ 64.8 ล้านคน เป็นผู้มีสิทธิรักษายาบาลภายใต้สวัสดิการข้าราชการทั้งหมดประมาณ 5.4 ล้านคน (จากข้อมูลการสำรวจความต้องการการประกันสังคม 2546 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ดูรายละเอียดในบทที่ 2 ของรายงานนี้) และเป็นผู้มีสิทธิในสวัสดิการรักษายาบาลของพนักงานรัฐวิสาหกิจประมาณกว่า 6 แสนคน จำนวนลูกจ้างผู้ประกันตนที่ควรอยู่ภายใต้ระบบประกันสังคมมีประมาณ 11 ล้านคน¹ ดังนั้น ประชากรที่เข้าข่ายได้รับสวัสดิการภายใต้โครงการ 30 บาท จึงมีประมาณ 47.7 ล้านคนในปี 2548 แต่เนื่องจากการบังคับใช้กฎหมายประกันสังคมในปัจจุบันยังไม่ทั่วถึง ทำให้มีจำนวนผู้ที่ควรอยู่ภายใต้ระบบประกันสังคมกลับออกมาอยู่นอกระบบประมาณร้อยละ 20 ของผู้ที่ควรอยู่ในระบบ² ไม่ว่าโดยสมัครใจหรือไม่ก็ตามทำให้กลุ่มคนเหล่านี้กลายเป็นผู้อยู่

¹ หมายถึง ลูกจ้างที่ทำงานในสถานประกอบการนอกภาคเกษตรและมีขนาดตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป ซึ่งควรอยู่ภายใต้ระบบประกันสังคมตามกฎหมาย

² ข้อมูลปี 2546 และ 2547 ไตรมาส 1 จากการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร และข้อมูลจำนวนผู้ประกันตนจากสำนักงานประกันสังคม แสดงให้เห็นว่าเกือบร้อยละ 80 ของผู้ที่ควรอยู่ภายใต้ระบบประกันสังคมได้เข้าอยู่ภายใต้ระบบตามกฎหมาย อีกร้อยละ 20 อยู่นอกระบบประกันสังคม

ภายใต้โครงการ 30 บาท ดังนั้น ทำให้ในปี 2548 คาดว่าจะมีผู้ที่มีสิทธิในโครงการ 30 บาททั้งหมดประมาณ 50 ล้านคน

ตารางที่ 3.1 จำนวนผู้มีสิทธิในสวัสดิการโครงการ 30 บาท (UC)

	ข้อมูล	2548	2549	2550	2551	2552
(1) ประชากร	NESDB	64,765,000	65,233,000	65,693,000	66,148,000	66,598,000
(2) ข้าราชการและผู้พึงพิง	2546 (4)	5,433,096	5,433,096	5,433,096	5,433,096	5,433,096
(3) พนักงานรัฐวิสาหกิจและผู้พึงพิง	2546 (4)	648,566	648,566	648,566	648,566	648,566
(4) ลูกจ้างเอกชน นอกภาคเกษตร	TDRI	10,988,344	11,273,545	11,507,586	11,691,658	11,826,826
(5) ผู้มีสิทธิโครงการ 30 บาท	(1)-(2)-(3)-(4)	47,694,994	47,877,793	48,103,752	48,374,680	49,986,644
(6) ลูกจ้างเอกชนนอกภาคเกษตร ที่ไม่ได้เข้าระบบประกันสังคม 20%	(4)*0.2	2,197,669	2,254,709	2,301,517	2,338,332	2,365,365
(7) ประมาณการผู้มีสิทธิ	(5)+(6)	49,892,663	50,132,502	50,405,269	50,713,012	52,352,009

ที่มา: ประมาณการโดยสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

ตารางที่ 3.2 การพยากรณ์ค่าใช้จ่ายเพื่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ล้านบาท)

ปี	2547	2548	2548	2550	2551	2552
(1) จำนวนผู้มีสิทธิ (ล้านคน)		49.893	50.132	50.405	50.713	52.352
กรณีค่าใช้จ่ายเพิ่มตามอัตราเงินเฟ้อ						
อัตราเงินเฟ้อ (%)		3.09	2.4	2.11	2.15	2.19
(2) เหม่าจ่ายบาทต่อหัว		2,000	2,048	2,091	2,136	2,183
(3)=(1) x (2) รวมค่าบริหารจัดการ 2%		101,781	104,725	107,516	110,498	116,568
(4)=(1) x (2) รวมค่าบริหารจัดการ 3%		102,779	105,752	108,570	111,582	117,711
(5) งบประมาณจากรัฐกรณีค่าเหม่าจ่ายรายหัวต่ำเช่นปีปัจจุบัน	67,378	69,460	71,127	72,628	74,189	75,814
(6)=Extra funding = (3)-(5)		32,321	33,598	34,889	36,309	40,754
(7)=Extra funding = (4)-(5)		33,319	34,624	35,943	37,392	41,897
กรณีค่าใช้จ่ายเพิ่มตามอัตราการเพิ่มเงินเดือนข้าราชการ						
อัตราการเพิ่มเงินเดือนข้าราชการ (%)		6.0	6.0	6.0	6.0	6.0
(8) เหม่าจ่ายบาทต่อหัว		2,000	2,120	2,247	2,382	2,525
(9)=(1) x (8) รวมค่าบริหารจัดการ 2%		101,781	108,407	115,536	123,216	134,830
(10)=(1) x (8) รวมค่าบริหารจัดการ 3%		102,779	109,469	116,669	124,424	136,152
(11) งบประมาณจากรัฐกรณีค่าเหม่าจ่ายรายหัวต่ำเช่นปีปัจจุบัน	67,378	71,421	75,706	80,248	85,063	90,167
(12)=Extra funding = (9)-(11)		30,360	32,701	35,288	38,153	44,663
(13)=Extra funding = (10)-(11)		31,358	33,763	36,421	39,361	45,985

ที่มา: ประมาณการโดยสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

การประมาณจำนวนผู้มีสิทธิในโครงการ 30 บาทในปี 2549-52 ใช้วิธีเดียวกับการประมาณในปี 2548 โดยสมมติให้จำนวนผู้มีสิทธิในสวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจเท่าเดิม นอกจากนี้ สมมติให้ครูโรงเรียนเอกชนทุกคนซึ่งสามารถใช้สิทธิรักษาพยาบาลของกองทุนสงเคราะห์ครูใหญ่และครูโรงเรียนเอกชนประมาณหนึ่ง แสนคนมีสิทธิในโครงการ 30 บาท เนื่องจากสิทธิจากกองทุนสงเคราะห์ครูใหญ่และครูโรงเรียนเอกชนมีแนวโน้มว่าจะอยู่ในสภาพไม่มั่นคงด้านการเงินในอนาคต การศึกษานี้จึงคาดว่าในปี 2549-52 จำนวนผู้มีสิทธิในโครงการ 30 บาท อยู่ในช่วง 50-52 ล้านคน

ค่าใช้จ่ายต่อหัวสำหรับโครงการ 30 บาทปี 2548 หลังจากการต่อรองกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแล้วเท่ากับ 1,510.50 บาท ซึ่งเป็นมูลค่าต่ำกว่าที่ทีมนักวิชาการได้เสนอในเบื้องต้น อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้ใช้ค่าใช้จ่ายต่อหัวเท่ากับ 2,000 บาทในปี 2548 ซึ่งได้จากการคำนวณโดย ดร.วิโรจน์ ณ ระนอง (ภาคผนวกในบทที่ 2) ส่วนค่าใช้จ่ายต่อหัวปี 2549-52 นั้นให้เพิ่มขึ้นตามอัตราเงินเฟ้อ (พยากรณ์โดยสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย) หรือการเพิ่มขึ้นของเงินเดือนข้าราชการที่ประมาณไว้ร้อยละ 6 ต่อปี

ในกรณีที่ค่าใช้จ่ายต่อหัวเพิ่มขึ้นตามอัตราเงินเฟ้อจะทำให้ในปี 2552 ค่าใช้จ่ายต่อหัวเพิ่มจาก 2,000 บาท เป็น 2,183 บาท ส่วนกรณีค่าใช้จ่ายต่อหัวเพิ่มเติมอัตราเงินเพิ่มของเงินเดือนข้าราชการ จะทำให้ค่าใช้จ่ายต่อหัวเท่ากับ 2,525 บาท ในปี 2552 (ตารางที่ 3.2) เมื่อสมมติให้ค่าบริหารจัดการเท่ากับร้อยละ 2 ของค่าใช้จ่ายและเมื่อการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายผันแปรตามอัตราเงินเฟ้อ ค่าใช้จ่ายสำหรับโครงการ 30 บาท ในปี 2548-52 อยู่ในช่วง 1.02-1.17 แสนล้านบาทต่อปี ถ้าค่าบริหารจัดการเท่ากับร้อยละ 3 ของค่าใช้จ่าย จะทำให้ค่าใช้จ่ายทั้งหมดของโครงการเท่ากับ 1.03-1.18 แสนล้านบาทต่อไปในช่วง 2548-52

ถ้าสมมติให้ค่าใช้จ่ายของโครงการเพิ่มตามอัตราการเพิ่มของเงินเดือนข้าราชการ จะทำให้ค่าใช้จ่ายของโครงการอยู่ในช่วง 1.02-1.35 แสนล้านบาทในกรณีที่ค่าบริหารจัดการเท่ากับร้อยละ 2 และเท่ากับ 1.03-1.36 แสนล้านบาทในกรณีที่ค่าบริหารจัดการเท่ากับร้อยละ 3 ในช่วงปี 2548-52

ในปี 2547 นั้นรัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณจำนวน 67,378 แสนล้านบาทเพื่อโครงการ 30 บาท ถ้าหากสมมติให้รัฐยังคงจัดสรรงบประมาณในจำนวนเท่าเดิมแต่ปรับเพิ่มตามอัตราเงินเฟ้อหรืออัตราการเพิ่มของเงินเดือนข้าราชการ จะทำให้ปี 2548-52 โครงการ 30 บาท จะได้รับเงินงบประมาณเท่ากับ 6.95-7.58 หมื่นล้านบาทเมื่อปรับเพิ่มตามอัตราเงินเฟ้อ และเท่ากับ 7.14-9.02 หมื่นล้านบาทเมื่อปรับเพิ่มตามอัตราการเพิ่มของเงินเดือนข้าราชการ

ดังนั้น จำนวนเงินค่าใช้จ่ายโครงการ 30 บาท จะสูงกว่างบประมาณที่มีการจัดสรรตามปกติประมาณ 3-4.6 หมื่นล้านบาท ในช่วงปี 2548-52 ซึ่งมูลค่าของเงินที่ต้องการเพิ่มผันแปรตามอัตราเงินเฟ้อที่ใช้คำนวณ

3.2 ผลต่อรายได้จากภาษีเมื่อปรับขึ้นอัตราภาษีสินค้า

รัฐบาลไทยสามารถจัดเก็บรายได้จากภาษีอากรในปี 2547 (ม.ค.-ก.ย.) ได้จำนวน 9 แสนล้านบาท สามารถจัดเก็บรายได้จากภาษีมูลค่าเพิ่มมีมูลค่า 2.42 แสนล้านบาท (ประมาณร้อยละ 229 ของภาษีรายได้บุคคลธรรมดา) รายได้จากภาษีสรรพสามิตของบุหรี่ เบียร์และสุราก็เท่ากับกว่าเจ็ดหมื่นล้านบาท (ประมาณร้อยละ 73 ของภาษีรายได้บุคคลธรรมดา) และภาษีสรรพสามิตของน้ำมันเท่ากับ 5.9 หมื่นล้านบาท (ตารางที่ 3.3) รายได้จากภาษีเหล่านี้ถูกรวมอยู่ในรายรับภาษีทั่วไป และมักมีแผนที่จะถูกนำไปใช้จ่ายเพื่อโครงการต่างๆ ของภาครัฐอยู่

แล้ว ดังนั้น เพื่อหาแหล่งเงินเพิ่มเติมให้โครงการ 30 บาท ในจำนวน 3-4.6 หมื่นล้านบาทนั้นจึงอาจจะต้องหันเข้าหาแนวทางการเพิ่มภาษี ซึ่งภาษีที่มักถูกจับขึ้นมาเสนออยู่เสมอคือ ภาษีจากบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั่นเอง

ตารางที่ 3.3 รายได้จากภาษีบางประเภท (ล้านบาท)

ปีปฏิทิน	2544	2545	2546	2547 ¹
ภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา	100,813	110,149	122,239	105,973
ภาษีเงินได้นิติบุคคล	152,731	163,861	216,028	229,521
ภาษีมูลค่าเพิ่ม	216,095	235,140	273,623	242,265
ภาษีน้ำมันเชื้อเพลิง	65,659	68,715	75,508	58,669
ภาษียาสูบ	32,458	32,753	33,091	27,914
ภาษีสุราฯ	11,679	24,886	24,910	18,547
ภาษีเบียร์	30,990	29,808	39,817	30,393
ภาษีเครื่องดื่ม	8,105	7,901	8,844	7,010
รวมรายได้สุทธิจากภาษีทุกประเภท	791,003	896,706	1,059,847	903,282

ที่มา: กระทรวงการคลัง

หมายเหตุ: ¹ ม.ค.-ก.ย. 2547

ในการศึกษานี้ไม่เพียงแต่ศึกษาผลด้านรายได้จากการขึ้นภาษีบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เท่านั้น แต่รวมถึงศึกษาผลต่อรายได้จากการขึ้นภาษีสรรพสามิตของน้ำมันเชื้อเพลิงและภาษีมูลค่าเพิ่ม ทั้งนี้เป็นที่ทราบกันดีว่าอัตราภาษีน้ำมันเชื้อเพลิงของประเทศไทยนั้นต่ำกว่านานาประเทศซึ่งอาจทำให้การบริโภคน้ำมันเชื้อเพลิงขาดประสิทธิภาพ ส่วนภาษีมูลค่าเพิ่มนั้นได้ถูกเสนอให้ปรับจากร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 10 ตั้งแต่ก่อนเกิดวิกฤติเศรษฐกิจในปี 2540 การศึกษานี้จึงเห็นว่าการปรับภาษีมูลค่าเพิ่มจึงอาจเป็นทางเลือกอีกแนวทางหนึ่งที่น่าจะมีความเป็นไปได้สูง

การศึกษาแนวทางในการหาเงินงบประมาณเพิ่มจากการขึ้นภาษีสรรพสามิตจาก สุรา บุหรี่ น้ำมันเชื้อเพลิงหรือภาษีมูลค่าเพิ่มนั้นจะทำการเปรียบเทียบผลของการขึ้นอัตราภาษีต่อรายได้ภาษีอากรโดยใช้แบบจำลอง Computable General Equilibrium หรือ CGE ที่สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ได้พัฒนาขึ้น แบบจำลอง CGE ทำให้สามารถศึกษาผลของการเปลี่ยนแปลงภาษีไปยังภาคเศรษฐกิจต่างๆ และผลกระทบซึ่งกันและกันของแต่ละภาคเศรษฐกิจ จนกระทั่งเกิดดุลยภาพใหม่ของระบบเศรษฐกิจ และผลต่อรายได้จากภาษีว่าจะเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร

ข้อมูลที่ใช้ใน CGE นั้นมาจากหลายแหล่งตั้งแต่ Input-Output Table บัญชีรายได้ประชาชาติ ข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน และอื่นๆ ข้อมูลเหล่านี้ถูกนำมาจัดอยู่ในตารางใหม่เรียกว่า บัญชีเมตริกส์สังคม (Social Accounting Matrix หรือ SAM)

ขั้นตอนการศึกษามีดังต่อไปนี้

- การสร้างบัญชีเมตริกสังคม หรือเรียกว่า SAM ประกอบด้วยบัญชีทั้งหมด 1007 บัญชีดังตารางภาคผนวก 3.1 ส่วนที่สำคัญของการศึกษานี้คือ บัญชีภาคการผลิตซึ่งมีทั้งหมด 79 สาขาดังแสดงในตารางภาคผนวก 3.2 ข้อมูลล่าสุดที่ใช้สร้าง SAM เป็นข้อมูลปี 2544 ภาษีใน SAM จำแนกเป็นภาษีสรรพสามิต ภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีการค้า ภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา ภาษีเงินได้นิติบุคคล ภาษีการออม และภาษีรวม (บัญชี 215 ถึง 221) ซึ่งบัญชีเหล่านี้ทำให้สามารถศึกษาผลกระทบของภาษีต่อระบบเศรษฐกิจโดยรวม
- การนำข้อมูลจาก SAM มาใช้ในการสร้างแบบจำลอง CGE โดยกำหนดสมการความสัมพันธ์ของบัญชีต่างๆ ใน SAM ภายใต้ทฤษฎีทางเศรษฐศาสตร์ โดยใช้แนวคิดที่ว่ามูลค่าต่างๆ ใน SAM เป็นจุดสมดุลของระบบเศรษฐกิจที่อุปสงค์เท่ากับอุปทานในทุกตลาด โปรแกรมที่ใช้สำหรับการสร้างแบบจำลองได้พัฒนาขึ้นมาโดยทีมงานที่เคยอยู่ธนาคารโลกซึ่งใช้ระบบ TV (Transaction Values) ในการสร้างแบบจำลอง (ชื่อโปรแกรม SAMLIB) ซึ่งประกอบไปด้วย TV specification ทั้งหมด 26 ทางเลือก (ดังแสดงในตารางภาคผนวก 3.3) นอกจากการกำหนดตัวเลือกสำหรับมูลค่าต่างๆ ใน SAM แล้วยังต้องระบุว่าอะไรเป็น exogenous variables (เช่น อัตราภาษี) และอะไรเป็น endogenous variables (เช่น ราคา)
- วิเคราะห์ผลของการเปลี่ยนแปลงอัตราภาษี เช่น ภาษีสรรพสามิตต่อรายรับของรัฐบาล ตั้งแต่ปี 2548-52 เมื่ออัตราภาษีเปลี่ยนแปลงระบบเศรษฐกิจจะเกิดดุลยภาพใหม่ที่อาจทำให้มูลค่าการบริโภคสินค้าที่ถูกเก็บภาษีเพิ่มขึ้นหรือลดลง ดังนั้น ในแบบจำลองจึงจะให้ภาษีสรรพสามิตของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยาสูบ และน้ำมันเชื้อเพลิง และภาษีมูลค่าเพิ่ม เพิ่มขึ้นซึ่งจะมีผลต่อราคาและมูลค่าการบริโภคสินค้าประเภทต่างๆ ของประชาชนและมีผลต่อเนื่องไปยังภาคเศรษฐกิจอื่นๆ เช่น ภาคการผลิต การนำเข้า และตลาดปัจจัยการผลิต ผลกระทบที่ต่อเนื่องจะทำให้เกิดดุลยภาพใหม่

ในขั้นตอนการวิเคราะห์ผลกระทบของการขึ้นอัตราภาษีต่อปริมาณและมูลค่าการบริโภคสินค้าควรที่จะคำนวณการตอบสนองต่อราคาของการบริโภค หรือ price elasticity ในแบบจำลองเดิมนั้นไม่มี price elasticity แต่สมมติให้การบริโภคของครัวเรือนเป็นสัดส่วนคงที่ต่อการบริโภคทั้งหมด

3.2.1 การตอบสนองต่อราคาของการบริโภคนุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และน้ำมันเชื้อเพลิง

เมื่ออัตราภาษีถูกปรับให้เพิ่มขึ้นผลกระทบด้านแรกคือ ราคาของสินค้าจะสูงขึ้น ซึ่งราคาเพิ่มมาน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับ การตอบสนองต่อราคาหรือค่าความยืดหยุ่นของอุปสงค์และอุปทานของสินค้า ในกรณีที่ตลาดสินค้าเป็นตลาดแข่งขันสมบูรณ์ (ซึ่งสมมุติไว้ว่าเป็นกรณีสำหรับประเทศไทย) ราคาและปริมาณการบริโภคสินค้าจะขึ้นอยู่กับความยืดหยุ่นของอุปสงค์ ในระบบที่มีสินค้าหลายชนิดผลต่อการขึ้นภาษีสินค้าชนิดหนึ่งอาจจะกระทบไปถึงการบริโภคสินค้าอื่นๆ ด้วย เช่น การขึ้นภาษีนุหรี่หรืออาจทำให้คนหันไปดื่มสุราแทน เรียกว่า นุหรี่และสุราเป็นสินค้าทดแทนกัน (substitute goods) หรือการขึ้นภาษีนุหรี่หรืออาจทำให้คนดื่มสุราลดลง ซึ่งเรียกว่า นุหรี่และสุราเป็นสินค้าใช้ร่วมกัน (complementary goods) ดังนั้น การศึกษาค่าความยืดหยุ่นต่อราคาของการบริโภคสินค้าและค่าความ

ยืดหยุ่นไขว้ จะช่วยให้วิเคราะห์ได้ว่าประชาชนจะเปลี่ยนแปลงการบริโภคอย่างไร (ซึ่งมีผลต่อรายได้ภาษี) เมื่ออัตราภาษีและราคาสินค้าบางประเภทเปลี่ยนแปลงไป

ในอดีตได้เคยมีการศึกษาค่าความยืดหยุ่นต่อราคาของการบริโภคบุหรี่ในประเทศไทยแล้วเช่น อิศรา ศานติศาสน์ (2546) และ ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์ (2532) ทั้งสองการศึกษาใช้แบบจำลอง Linear Expenditure System การศึกษาของอิสรานันใช้ข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมปี 2543 ซึ่งการบริโภคสินค้าหรือนั้นรวมทั้งบุหรี่ที่เสียภาษีและไม่เสียภาษี ทำให้ได้ค่าความยืดหยุ่นต่อราคาต่ำ (-0.393) สิ่งที่น่าสนใจจากการศึกษาของ อิศราคือ จากการสุ่มของบุหรี่ที่ทั้งตามท้องถนนทั่วประเทศพบว่าประมาณร้อยละ 46 เป็นบุหรี่ที่ไม่มีสลากถูกต้องตามกฎหมายหรือเป็นบุหรี่หนีภาษีนั่นเอง การศึกษาของดิเรก ใช้ข้อมูลการบริโภคจากบัญชีรายได้ประชาชาติ ทำให้ได้ค่าความยืดหยุ่นสูงกว่า (-0.828) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Galbraith and Kaiserman (1997) ที่ใช้ข้อมูลการบริโภคบุหรี่ในประเทศแคนาดา และพบว่า ค่าความยืดหยุ่นต่อราคาของการบริโภคบุหรี่ที่เสียภาษีสูงกว่า (-1.01) ค่าความยืดหยุ่นต่อราคาของการบริโภคบุหรี่รวมที่เสียและไม่เสียภาษี (-0.4) การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาโดย Decker and Schwartz (2000) ใช้ข้อมูล Behavioral Risk Factor Surveillance System จำนวน 476,096 ตัวอย่างจาก 45 รัฐ ในปี 2523-36 พบว่า ค่าความยืดหยุ่นต่อราคาของการบริโภคบุหรี่เท่ากับ -0.36 ซึ่งน้อยที่ได้จากการศึกษาเหล่านี้คือ ภาษีบุหรี่อาจจะไม่เป็นเครื่องมือที่เชื่อถือได้นักในการลดการบริโภคบุหรี่หรือเพิ่มรายได้

ผลการศึกษาค่าความยืดหยุ่นของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดย อิศรา เท่ากับ -0.544 (ใช้วิธีและข้อมูลเหมือนกับที่กล่าวข้างต้น) ส่วนการศึกษาโดยสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (ผลการศึกษาเบื้องต้นยังไม่เผยแพร่) พบว่า ค่าความยืดหยุ่นต่อราคาของการบริโภคสุรา สุราขาว วิสกี้ เบียร์ และไวน์ เท่ากับ -1.56 -2.73 -0.61 -2.68 และ -0.60 ตามลำดับ ในขณะที่การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ค่าความยืดหยุ่นของราคาต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เท่ากับ -0.70 (Decker and Schwartz, 2000)

ในการศึกษานี้ได้ประยุกต์แบบจำลอง Almost Ideal Demand System (AIDS) ที่พัฒนาได้ Deaton and Mnellbaner (1980) ข้อดีของ AIDS คือ มีคุณสมบัติที่พึงประสงค์ของอุปสงค์ (ได้แก่ Homogeneity, Symmetry and Negativity) และมีข้อจำกัดน้อยกว่า Linear Expenditure System ซึ่งมีข้อด้อยคือ ทำให้ผลการศึกษาเป็นแบบ no complementary goods และ no inferior goods

รูปแบบสมการของ AIDS เป็นดังนี้

$$(3.1) \quad w_i = \alpha_i + \sum_j \gamma_{ij} \log P_j + \beta_i \log \frac{X}{P} \quad ; i=1, \dots, n-1$$

โดยที่ w_i = สัดส่วนมูลค่าการบริโภคสินค้า i ต่อการบริโภคทั้งหมด

P_j = ดัชนีราคาของสินค้า j

X = มูลค่าการบริโภคทั้งหมด

P = ดัชนีราคา โดยให้ $\log P = \sum_k w_k \log P_k$

ในที่นี้แบ่งกลุ่มสินค้าออกเป็น 10 ชนิด ($n = 10$) ดังนี้

- อาหารและเครื่องดื่มไม่มีแอลกอฮอล์
- เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ยาสูบ
- เครื่องนุ่งห่มและ personal care
- ค่ารักษาพยาบาลและยา
- น้ำมันเชื้อเพลิงและไฟฟ้า
- โทรศัพท์และการสื่อสาร
- ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับบ้านและประปา
- บ้านเช่า
- ค่าใช้จ่ายอื่นๆ

ข้อมูลที่ใช้เป็น Time-Series ตั้งแต่ปี 2523-45 (ยกเว้นปี 2541-42 ที่สัดส่วนการบริโภคสินค้าต่างๆ ผิดปกติ) ที่ได้จากการบริโภคในบัญชีรายได้ประชาชาติ ตารางที่ 38-39

ตารางที่ 3.4 ค่าความยืดหยุ่นต่อราคาของสินค้า 10 ชนิด

i=	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	X
1 อาหาร	-0.3385	-0.0959	0.0818	0.1940	-0.0262	-0.0730	0.0545	-0.6860	-0.0486	0.0649	0.5831
2 แอลกอฮอล์	0.7103	-0.8911	-0.0125	-0.2744	0.4372	0.5244	-0.9369	0.1127	0.8354	-0.8950	0.3762
3 ยาสูบ	-0.0348	-0.5159	-0.8067	-0.0835	0.1114	-0.0185	-0.1424	0.2369	0.1969	-0.3799	0.8279
4 เครื่องนุ่งห่ม	-0.5169	-0.3983	0.0281	-0.6459	0.1388	-1.1741	0.5797	0.2243	-0.6041	0.4520	1.7083
5 สุขภาพ	0.0206	1.0223	-0.6111	1.8406	-1.7320	1.2575	-1.1766	1.8135	1.4716	-1.6749	-0.6659
6 เชื้อเพลิงไฟฟ้า	-0.2923	-0.3043	0.2181	0.6647	-0.0927	-0.1955	0.2832	-0.5222	-0.1347	-0.0513	0.7347
7 ติดต่อสื่อสาร	-0.2673	0.2926	0.1845	-1.4932	0.9452	1.2515	-0.2170	-0.2629	0.6606	-2.5485	2.5247
8 ประปา+บ้าน	0.1650	0.1295	-0.0802	0.7296	-0.5065	-0.0600	-0.2327	-0.1619	0.3480	-0.3652	0.4828
9 บ้านเช่า	0.0851	-0.1283	0.1458	0.0926	-0.4631	-0.3089	0.1216	-0.1335	-0.5652	0.1231	1.1024
10 อื่นๆ	-0.9002	0.0565	0.0221	-1.1178	0.3235	0.2813	0.1250	-0.2827	-0.3962	-0.0330	1.8340

ที่มา: คำนวณโดยสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

ผลการศึกษาพบว่า ค่าความยืดหยุ่นต่อราคาของการบริโภคน้ำมันและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ค่อนข้างสูง (-0.81 และ -0.89) ซึ่งต่างกับการศึกษาของ อิศรา ทั้งนี้เนื่องจากบัญชีรายได้ประชาชาติรวมเฉพาะการบริโภคที่ผ่านการเสียภาษีหรืออยู่ในระบบ ค่าความยืดหยุ่นต่อราคาของการบริโภคน้ำมันเชื้อเพลิงค่อนข้างต่ำ (-0.2) สินค้าเกี่ยวกับสุขภาพมีค่าความยืดหยุ่นต่อราคาค่อนข้างสูง (-1.73) และมีลักษณะเป็น inferior goods กล่าวคือ เมื่อรายได้ของประเทศสูงขึ้นสัดส่วนการเปลี่ยนแปลงของค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพลดลง สินค้าประเภทโทรศัพท์และการสื่อสาร เสื้อผ้า และบ้านเช่า เป็นสินค้าฟุ่มเฟือยโดยมีค่าความยืดหยุ่นต่อรายได้สูงถึง 2.52 1.71 และ 1.10

3.2.2 ผลการศึกษาการเปลี่ยนแปลงอัตราภาษีต่อรายได้ของรัฐ

ผลของการศึกษาความยืดหยุ่นต่อราคาคำนวณมาเป็น input ในแบบจำลอง CGE ในกรณีที่ยังไม่มีการปรับเพิ่มอัตราภาษีนั้น แบบจำลอง CGE คาดว่ารายได้จากภาษีประเภทต่างๆ จะเป็นดังที่แสดงในตารางที่ 3.5 โดยที่ในปี 2548 รายได้จากภาษีทางอ้อมเท่ากับ 7.5 แสนล้านบาท และรายได้จากภาษีทางตรงเท่ากับ 4.2 แสนล้านบาท รายได้จากภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีธุรกิจยังคงเป็นรายได้หลักที่สำคัญของภาครัฐ

เมื่อต้องการหาเงินเพิ่มเติมเพื่อมาสนับสนุนโครงการ 30 บาท (หรือโครงการบริการสาธารณะอื่นๆ) ในจำนวนเงินประมาณ 3-4 หมื่นล้านบาท จึงได้สมมติให้อัตราภาษีในปี 2548 เพิ่มดังกรณีต่อไปนี้

- ภาษีมูลค่าเพิ่ม เพิ่มจากร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 10
- ภาษีสรรพสามิตของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มจากอัตราเดิมอีกร้อยละ 40
- ภาษีสรรพสามิตของยาสูบเพิ่มจากอัตราเดิมอีกร้อยละ 70
- ภาษีสรรพสามิตของน้ำมันเชื้อเพลิงเพิ่มอีกร้อยละ 30

ตารางที่ 3.5 พยากรณ์รายได้จากภาษีกรณีฐาน (ล้านบาท)

	2548	2549	2550	2551	2552
ภาษีทางอ้อม	754,849	816,798	887,660	966,068	1,052,696
ภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีธุรกิจ	362,076	394,953	430,182	468,985	511,944
ภาษีสรรพสามิต	283,510	307,099	334,400	364,295	397,300
อากรนำเข้า	109,262	114,747	123,078	132,789	143,452
ภาษีทางตรง	419,978	455,581	494,451	536,942	584,015
ภาษีเงินได้นิติบุคคล	276,687	300,067	325,423	353,344	384,297
ภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา	143,291	155,514	169,028	183,598	199,718
รวมรายได้จากภาษี	1,174,827	1,272,379	1,382,110	1,503,011	1,636,710

ที่มา: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

ตารางที่ 3.6 อัตราการเติบโตของรายได้จากภาษีเมื่อขึ้นอัตราภาษีประเภทต่างๆ ในปี 2548 (ร้อยละ)

	มูลค่าเพิ่ม	เครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ยาสูบ	น้ำมันเชื้อเพลิง
	จาก 7% เป็น 10%	เพิ่ม 40%	เพิ่ม 70%	เพิ่ม 30%
ภาษีทางอ้อม	20.45	10.62	9.98	13.14
ภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีธุรกิจ	50.75	7.31	7.85	7.31
ภาษีสรรพสามิต	6.88	15.20	13.28	20.65
อากรนำเข้า	4.74	5.14	5.67	4.83
ภาษีทางตรง	3.87	5.41	5.31	5.40
ภาษีเงินได้นิติบุคคล	3.74	5.30	4.41	5.36
ภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา	4.15	5.66	7.19	5.49
รวมรายได้จากภาษี	13.71	8.50	8.09	10.00

ที่มา: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

ผลของการเพิ่มอัตราภาษีแต่ละกรณีต่อรายได้จากภาษีในปี 2548 แสดงในตารางที่ 3.6 ซึ่งจะเห็นว่าการขึ้นอัตราภาษีมูลค่าเพิ่มในกรณีแรกมีผลต่อรายได้จากภาษีทางอ้อมสูงที่สุด และทำให้รายได้จากภาษีมูลค่าเพิ่มเพิ่มขึ้นร้อยละ 51 การเพิ่มอัตราภาษีสรรพสามิตของน้ำมันเชื้อเพลิงมีผลต่อรายได้มากกว่าการขึ้นอัตราภาษียาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งนี้ เหตุผลหนึ่งคือ การบริโภคน้ำมันเชื้อเพลิงมีค่าความยืดหยุ่นต่อราคาต่ำ และมีฐานภาษีกว้างกว่า ความแตกต่างของการศึกษานี้และอิสรา (2546) ในเรื่องผลของการปรับอัตราภาษีต่อรายได้ของรัฐค่อนข้างสูงเนื่องจากการศึกษาของอิสราใช้นิยาม $price\ elasticity$ ต่ำอันเนื่องมาจากการรวมการบริโภคบุหรี่ที่เสียภาษีและหนีภาษีเข้าด้วยกัน (ผู้ติดบุหรี่มีแนวโน้มตอบสนองต่อราคาต่ำ) แต่การคำนวณผลต่อรายได้ของรัฐนั้นควรใช้ $price\ elasticity$ ของการบริโภคที่เสียภาษี

ตารางที่ 3.7 พยากรณ์รายได้ส่วนเพิ่มจากภาษีกรณีขึ้นภาษีมูลค่าเพิ่มเป็นร้อยละ 10 (ล้านบาท)

	2548	2549	2550	2551	2552
ภาษีทางอ้อม	141,444	154,284	168,060	183,230	200,027
ภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีสรรพสามิต	144,683	157,769	171,842	187,342	204,503
ภาษีสรรพสามิต	-2,524	-2,734	-2,977	-3,243	-3,537
อากรนำเข้า	-715	-751	-805	-869	-939
ภาษีทางตรง	-7,529	-8,209	-8,954	-9,755	-10,663
ภาษีเงินได้นิติบุคคล	-5,002	-5,452	-5,942	-6,484	-7,087
ภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา	-2,527	-2,757	-3,012	-3,272	-3,577
รวมรายได้จากภาษี	133,914	146,075	159,106	173,475	189,364

ที่มา: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

ตารางที่ 3.8 พยากรณ์รายได้ส่วนเพิ่มจากภาษีกรณีขึ้นภาษีสรรพสามิตของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 40 (ล้านบาท)

	2548	2549	2550	2551	2552
ภาษีทางอ้อม	17,704	19,237	20,887	22,685	24,664
ภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีสรรพสามิต	-1,345	-1,467	-1,598	-1,742	-1,901
ภาษีสรรพสามิต	19,349	21,020	22,823	24,792	26,960
อากรนำเข้า	-301	-316	-339	-365	-395
ภาษีทางตรง	-1,403	-1,522	-1,652	-1,794	-1,951
ภาษีเงินได้นิติบุคคล	-917	-994	-1,078	-1,171	-1,273
ภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา	-487	-528	-574	-623	-678
รวมรายได้จากภาษี	16,301	17,715	19,235	20,891	22,713

ที่มา: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

ตารางที่ 3.9 พยากรณ์รายได้ส่วนเพิ่มจากภาษีกรณีขึ้นภาษีสรรพสามิตของยาสูบร้อยละ 70 (ล้านบาท)

	2548	2549	2550	2551	2552
ภาษีทางอ้อม	15,021	16,219	17,541	18,982	20,623
ภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีสรรพสามิต	471	477	480	480	524
ภาษีสรรพสามิต	14,302	15,492	16,804	18,236	19,812
อากรนำเข้า	249	250	257	265	286
ภาษีทางตรง	-1,666	-1,807	-1,928	-2,078	-2,243
ภาษีเงินได้นิติบุคคล	-3,247	-3,495	-3,730	-4,018	-4,335
ภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา	1,581	1,687	1,802	1,941	2,093
รวมรายได้จากภาษี	13,355	14,412	15,613	16,904	18,380

ที่มา: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

ตารางที่ 3.10 พยากรณ์รายได้ส่วนเพิ่มจากภาษีกรณีขึ้นภาษีสรรพสามิตจากน้ำมันเชื้อเพลิงร้อยละ 30 (ล้านบาท)

	2548	2549	2550	2551	2552
ภาษีทางอ้อม	31,711	34,482	37,317	40,398	43,838
ภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีสรรพสามิต	-1,345	-1,503	-1,637	-1,784	-1,901
ภาษีสรรพสามิต	33,677	36,638	39,654	42,938	46,543
อากรนำเข้า	-622	-653	-700	-756	-803
ภาษีทางตรง	-1,476	-1,601	-1,738	-1,888	-2,053
ภาษีเงินได้นิติบุคคล	-759	-824	-893	-970	-1,055
ภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา	-716	-777	-845	-918	-998
รวมรายได้จากภาษี	30,235	32,881	35,579	38,510	41,785

ที่มา: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

ตารางที่ 3.7-3.10 แสดงผลการศึกษาซึ่งชี้ให้เห็นว่า ส่วนเพิ่มของอัตราภาษีต่างๆ ในปี 2548 เพื่อให้เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายส่วนเพิ่มของโครงการ 30 บาท ขึ้นอยู่กับว่าภาษีที่ต้องการปรับขึ้นนั้นเป็นสินค้าชนิดใด ซึ่งจากตารางที่ 3.7 จะเห็นว่าการขึ้นภาษีมูลค่าเพิ่มเป็นร้อยละ 10 นั้นทำให้รายได้ส่วนเพิ่มเพียงพอต่อค่าใช้จ่ายส่วนเพิ่มของโครงการ 30 บาท และยังเหลือเก็บในงบทั่วไปอีกด้วย ส่วนการเพิ่มภาษีสรรพสามิตของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อีกร้อยละ 40 มีผลทำให้รายได้ส่วนเพิ่มเพิ่มอีก 2.0-2.7 หมื่นล้านบาท ปี 2548-52 การเพิ่มภาษีสรรพสามิตของยาสูบอีกร้อยละ 70 ทำให้รายได้จากภาษีสรรพสามิตของยาสูบเพิ่มขึ้น 2 หมื่นล้านบาทในอีก 5 ปีข้างหน้า ส่วนการเพิ่มภาษีสรรพสามิตของน้ำมันเชื้อเพลิงอีกร้อยละ 30 จากเดิมจะทำให้รายได้ส่วนเพิ่มเป็น 3.4-4.7 หมื่นล้านบาทในปี 2548-52

จากผลเบื้องต้นของแบบจำลอง CGE จะเห็นว่า ภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีสรรพสามิตของน้ำมันเชื้อเพลิง น่าจะเป็นตัวเลือกที่น่าสนใจในการหารายได้เพิ่มเติม อย่างไรก็ตาม การที่จะปรับภาษีควรคำนึงถึงผลกระทบต่อผู้บริโภคในแง่ที่ต้องบริโภคสินค้าในราคาที่สูงขึ้น และการเปลี่ยนแปลงด้านราคามีผลกระทบต่อผู้บริโภคที่รวยและจนแตกต่างกัน นอกจากนี้ยังมีผลต่อการจัดสรรทรัพยากรในระบบเศรษฐกิจอีกด้วย (ผลต่อสังคม) ถ้าหากว่าการปรับเปลี่ยนอัตราภาษีชนิดที่หนึ่งมีผลทางลบต่อสังคมสูงกว่าการปรับเปลี่ยนอัตราภาษีชนิดที่สอง การตัดสินใจขึ้นอัตราภาษีชนิดที่หนึ่งจึงพึงทำอย่างระมัดระวัง ในการศึกษาขั้นต่อไปของงานวิจัยนี้จะเน้นการวิเคราะห์ว่าภาษีชนิดต่างๆ มีผลกระทบทางสังคมมากหรือน้อยกว่ารายได้ที่เพิ่มขึ้นหรือไม่

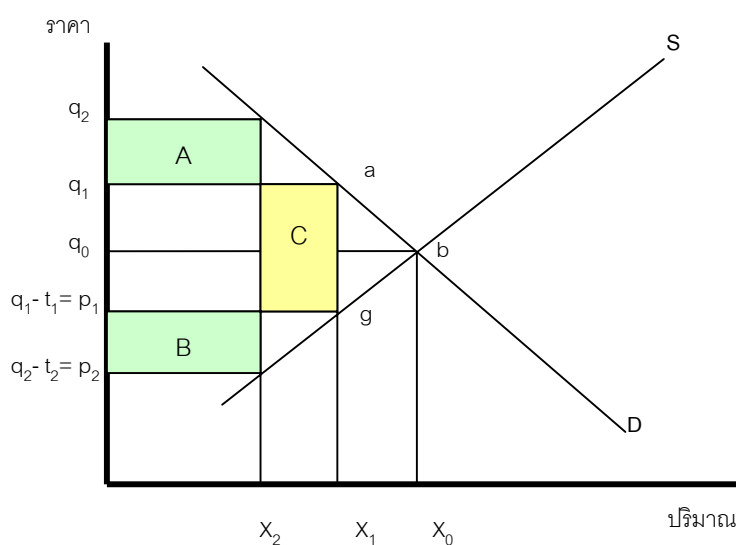
3.3 ต้นทุนทางสังคมส่วนเพิ่มต่อรายได้จากภาษีสินค้า

การศึกษาต้นทุนทางสังคมส่วนเพิ่มต่อรายได้จากภาษีประเภทต่างๆ หรือการศึกษา Marginal Cost of Public Funds (MCF) เป็นการศึกษาว่า เมื่อรายได้จากภาษีประเภทหนึ่งเพิ่มขึ้นหนึ่งบาท จะทำให้ต้นทุนทางสังคมเพิ่มขึ้นเท่าไร ถ้า MCF ของสินค้านั้นมากกว่าหนึ่ง หมายความว่า ภาษีสินค้านั้นก่อต้นทุนทางสังคมมากกว่ารายรับที่รัฐได้รับเพิ่มขึ้นหนึ่งหน่วย การพิจารณา MCF ไม่ให้ความสำคัญกับการกระจายรายได้หรือความแตกต่างระหว่างคนรวยและจน การคำนวณ MCF ที่ให้น้ำหนักคนรวยและจน (distributional weight) ไม่เท่ากันเรียกว่า Social Marginal Cost of Public Funds (SMCF)

แนวคิดเบื้องหลัง MCF นั้นสามารถอธิบายอย่างง่ายได้จากรูปที่ 3.1 โดยสมมติให้สินค้าที่ถูกเก็บภาษีคือ X และให้ตลาดสินค้า X เป็นตลาดแข่งขันสมบูรณ์ ให้ผู้ผลิตและผู้บริโภคมีคุณสมบัติเหมือนกันทุกคน เส้นอุปสงค์และอุปทานคือ เส้น D และ S ในกรณีที่ไม่มีภาษี ราคาสินค้าเท่ากับ q_0 โดยผู้ผลิตทำการผลิตทั้งหมดเท่ากับ X_0 และผู้บริโภคซื้อสินค้าทั้งหมด X_0 เช่นกัน

เมื่อมีการเก็บภาษี t_1 บาทต่อหนึ่งหน่วยของการผลิตสินค้า X ราคาสินค้าที่ผู้บริโภคต้องจ่ายต่อหน่วยเท่ากับ q_1 ส่วนผู้ผลิตได้รับ $p_1 = q_1 - t_1$ ต่อหน่วย ปริมาณการผลิตและบริโภคลดลงจาก X_0 เป็น X_1 รายได้ของรัฐบาลจากการเก็บภาษีสินค้า X เท่ากับ $R_1 = t_1 \cdot X_1$ หรือพื้นที่ $q_1 \Delta p_1$

รูปที่ 3.1 MCF กรณีสินค้าหนึ่งประเภท



ที่มา: Bev Dahlby (2004) "The Conceptual Foundations of the MCF", a draft Chapter 2 for a book tentatively entitled, The Marginal Cost of Public Funds: Theory and Applications, Dept. of Economics, University of Alberta.

สมมุติให้รัฐขึ้นภาษีสินค้า X เป็น t_2 ต่อการผลิต X หนึ่งหน่วย ทำให้ราคาของผู้บริโภคเพิ่มขึ้นเป็น q_2 แต่ราคาของผู้ผลิตได้รับลดเป็น $p_2 = q_2 - t_2$ และปริมาณการผลิตลดลง $X_1 - X_2$ ภาษีที่รัฐเก็บได้มีการเปลี่ยนแปลงเท่ากับพื้นที่ $A + B - C$ พื้นที่ C เป็นมูลค่าการลดลงของผลผลิตสุทธิ MCF ของภาษี X เท่ากับ มูลค่าส่วนเพิ่มที่ผู้ผลิตและผู้บริโภคร่วมกันจ่ายให้รัฐ (จากการสูญเสีย consumer และ producer surpluses ไปเป็น tax revenue ซึ่งถือเป็นต้นทุนทางสังคม) ต่อหนึ่งหน่วยของรายได้ที่รัฐได้รับเพิ่มขึ้น จากตัวอย่างที่ได้อธิบายนี้ ถ้าการผลิต X ลดลง และพื้นที่ $C > 0$ จะทำให้ $MCF > 1$ และ MCF คำนวณได้จาก

$$MCF = \frac{A + B}{A + B - C}$$

ในสภาพเศรษฐกิจโดยทั่วไปมักจะมีการเก็บภาษีจากสินค้าหลายชนิดในอัตราที่ไม่เท่ากัน ภาษีที่ไม่ใช่ lump sum จะทำให้ราคาสินค้าโดยเปรียบเทียบเปลี่ยนแปลง หรือเกิด distorted prices ซึ่งมีผลต่อเนื่องไปยังการผลิต การบริโภคและสวัสดิการของประชาชน ระบบภาษีที่ optimum นั้นจะมี MCF ของภาษีจากสินค้าทุกประเภทเท่ากันหมด แต่ในสภาวะความเป็นจริงระบบเศรษฐกิจมักไม่อยู่ในสถานะ optimal taxation ภาษีจากสินค้าแต่ละประเภทจึงมี MCF ไม่เท่ากัน ภาษีที่มี MCF สูงอยู่แล้วไม่ควรจะถูกขึ้นอัตราภาษีอีก เพราะเป็นการลดสวัสดิการของผู้บริโภคลงไปอีกและลดประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากรลง ดังนั้น การเสนอให้มีการขึ้นภาษีบางประเภทจึงควรศึกษา MCF ก่อน

ในการคำนวณ MCF นั้นเริ่มจากกำหนดให้ indirect utility function เป็น $V(q,p,Y)$ เมื่อ Y เป็นรายได้ และ $\frac{\partial V}{\partial p_i} = \lambda x_i > 0$ (เมื่อราคาผู้ผลิตเพิ่มทำให้ความพอใจของผู้บริโภคเพิ่มเป็นสัดส่วนกับปริมาณสินค้าที่ผลิต) ผลของภาษีสินค้า t_i ต่อ indirect utility เท่ากับ

$$\begin{aligned}(3.2) \quad \frac{\partial V}{\partial t_i} &= \frac{\partial V}{\partial q_j} \frac{\partial q_j}{\partial t_i} + \frac{\partial V}{\partial p_j} \frac{\partial p_j}{\partial t_i} \\ &= -\lambda x_i \frac{\partial q_j}{\partial t_i} + \lambda x_i \frac{\partial p_j}{\partial t_i} \\ &= -\lambda x_i\end{aligned}$$

เมื่อ $\frac{\partial q_j}{\partial t_i} = \frac{\partial p_j}{\partial t_i} + 1$ ทำให้การขึ้นภาษีของ x_i ลดความพอใจของผู้บริโภคเท่ากับ λx_i นอกจากนี้ ผลของภาษีต่อรายได้ภาษีของรัฐบาลเท่ากับ

$$(3.3) \quad \frac{\partial R}{\partial t_i} = \frac{\partial \sum_j t_j x_j}{\partial t_i} = x_i + \sum_j t_j \frac{\partial x_j}{\partial t_i}$$

ดังนั้น MCF ของภาษีสินค้า x_i คำนวณจาก

$$\begin{aligned}(3.4) \quad MCF_i &= \frac{-\frac{1}{\lambda} \frac{\partial V}{\partial t_i}}{\frac{\partial R}{\partial t_i}} \\ &= \frac{x_i}{x_i + \sum_j t_j \frac{\partial x_j}{\partial t_i}} \\ &= \frac{b_i}{b_i + \sum_j t_j b_j \varepsilon_{ji}}\end{aligned}$$

โดยที่ b_i เท่ากับสัดส่วนการบริโภคสินค้า x_i ต่อการบริโภคสินค้าทุกประเภท และ ε_{ji} คือค่าความยืดหยุ่นของการบริโภคสินค้า j ต่อราคาสินค้า i เพื่อคำนวณสมการข้างต้นจำเป็นต้องมีข้อมูลดังนี้

- cross-price demand elasticities ซึ่งได้จากการประมาณการในส่วนที่ 3.2.1
- การบริโภคโดยรวมของทั้งประเทศ ได้จากข้อมูลบัญชีรายได้ประชาชาติ
- อัตราภาษีของสินค้าที่ศึกษา (effective tax rate) ได้จากตาราง Input-output table และข้อมูลภาษีสรรพสามิต จากกระทรวงการคลัง

อย่างไรก็ดี การคำนวณตามสมการข้างต้นนั้นไม่ให้ความสำคัญกับความแตกต่างระหว่างคนรวยและคนจน โดยให้น้ำหนักประชาชนทุกคนที่อยู่ในสังคมเท่าๆ กัน ถ้าหากต้องการคำนวณ MCF ของภาษีโดยให้ social welfare function (S) ขึ้นอยู่กับ utility ของครัวเรือนไม่เท่ากัน นั่นคือ $S = S(V^1, V^2, \dots, V^h)$ จะทำให้ผลของการขึ้นภาษี (และราคาผู้บริโภค) ต่อ social welfare เท่ากับ

$$\begin{aligned}
 (3.5) \quad \frac{\partial S}{\partial t_i} &= \sum_h \frac{\partial S}{\partial V^h} \frac{\partial V^h}{\partial t_i} \\
 &= - \sum_h \frac{\partial S}{\partial V^h} \lambda^h \frac{\partial V^h}{\partial t_i} \frac{1}{\lambda^h} \\
 &= - \sum_h \beta^h \frac{x_i^h}{x_i} x_i \\
 &= -\omega_i x_i
 \end{aligned}$$

ค่า β^h (distributional weight) หมายถึง คุณค่าที่สังคมให้กับครัวเรือน h ในการได้รับ lump sum income เพิ่มขึ้น สำหรับ social welfare function ที่ pro-poor จะมีค่า β^h สูงเมื่อ V^h ต่ำ

ดังนั้น Social Marginal Cost of Public Funds (SMCF) เมื่อสังคมให้คุณค่ากับครัวเรือนต่างๆ ไม่เท่ากัน คำนวณได้จาก

$$(3.6) \quad \text{SMCF}_i = \frac{-\frac{\partial S}{\partial t_i}}{\frac{\partial R}{\partial t_i}} = \frac{\omega_i x_i}{\frac{\partial R}{\partial t_i}} = \omega_i \text{MCF}_i$$

ข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อการคำนวณ SMCF ประกอบด้วย

- รูปแบบการบริโภคของแต่ละครัวเรือน ได้จากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนปี 2545
- รูปแบบของสวัสดิการสังคม (Social Welfare Function) ซึ่งมีหลายรูปแบบและมักมีข้อโต้แย้งของแต่ละแบบอยู่เสมอ ในการศึกษานี้ใช้ social welfare function ตาม Atkinson-Muellerbauer (S-M) ที่มีคุณสมบัติของ Symmetry, S-Convavity และ Additive Separability ดังที่แสดงใน Cragg (1991) จาก social welfare function ของ S-M ทำให้ได้ distributional weight เท่ากับ $\beta^h = (Y^h / Y^r)^c$ โดยที่ Y^r คือ รายได้ของ reference household ที่ถูก normalize ให้เท่ากับหนึ่ง สำหรับ reference household นั้นใช้ครัวเรือนที่มีรายได้เท่ากับรายได้เฉลี่ยของประเทศ (3,743 บาท ต่อเดือน)

ที่ผ่านมา การศึกษาเกี่ยวกับ MCF ของภาษีสินค้าในประเทศไทยนั้นหาได้ค่อนข้างยาก ทั้งนี้อาจจะเนื่องจากการคำนวณต้องอาศัยข้อมูลจากหลายแหล่ง และจำเป็นต้องมี price elasticity และ cross-price elasticity ของสินค้าที่ต้องการศึกษา อย่างไรก็ตาม เมื่อมีความพร้อมของข้อมูลจึงควรที่จะศึกษา MCF ก่อนที่จะเสนอแนะแนวทางในการปฏิรูปโครงสร้างภาษี ทั้งนี้ เพื่อมิให้การปรับโครงสร้างเพิ่มความบิดเบือนให้กับสังคมมากเกินไปกว่าที่เป็นอยู่

การศึกษา MCF ในประเทศไทยที่มีอยู่เป็นการศึกษากรณีของภาษียาสูบได้บุคคลธรรมดา Chandoevrit (1994) ได้ศึกษาในกรณีของโครงสร้างภาษียาสูบได้บุคคลธรรมดาปี 2533 และ Dahlby et al. (2000) ศึกษาในกรณีโครงสร้างภาษียาสูบได้บุคคลธรรมดาปี 2536 ทั้งสองการศึกษาพบว่า MCF ของการปรับอัตราภาษียาสูบได้บุคคลธรรมดาอยู่ในช่วง 0.974-1.236 แต่เมื่อการศึกษาให้ความสำคัญทางสังคมแก่คนจนมากกว่าคนรวยจะทำให้ SMCF ของการขึ้นภาษียาสูบได้บุคคลธรรมดามีค่าสูงขึ้นมาก

ในประเทศอังกฤษได้มีการศึกษาด้านทุนทางสังคมของภาษีสรรพสามิตของสินค้า 3 ประเภทคือ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ และน้ำมันเชื้อเพลิง เปรียบเทียบกับภาษียาสูบได้ Parry (2003) พบว่า ต้นทุนทางสังคมของภาษีน้ำมันเชื้อเพลิงนั้นสูงกว่าภาษียาสูบได้ ซึ่งในขณะที่ทำการศึกษานั้นภาษีน้ำมันเชื้อเพลิงในประเทศอังกฤษสูงถึงร้อยละ 70 ของราคา ส่วนต้นทุนทางสังคมของภาษียาสูบนั้นต่ำกว่าภาษียาสูบได้ และภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีค่าใกล้เคียงกับภาษียาสูบได้ จากผลการศึกษาดังกล่าว จึงเสนอว่าถ้าต้องการปฏิรูปอัตราภาษีสรรพสามิตให้มีการใช้ทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นและลดปัญหา externality แล้ว ควรเลือกที่จะขึ้นภาษียาสูบมากกว่าภาษีน้ำมันเชื้อเพลิงและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จุดเด่นของการศึกษานี้คือ ได้รวม external cost ของการบริโภคน้ำมันเชื้อเพลิง เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และบุหรี่ในการคำนวณต้นทุนทางสังคมของภาษีด้วย

ส่วนการศึกษา MCF ของสินค้า 10 กลุ่มในประเทศแคนาดา (Cragg, 1991) พบว่า เมื่อนำน้ำหนักกับทุกครัวเรือนเท่าๆ กันแล้ว สินค้าประเภทบันเทิง การสื่อสาร และเครื่องใช้ครัวเรือนมี MCF ต่ำสุดตามลำดับ และสินค้าประเภทอาหาร และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มี MCF สูงสุด แต่เมื่อให้น้ำหนักกับคุณค่าความพอใจของคนจนมากกว่าคนรวย ($e = 5$) ปรากฏว่าสินค้าประเภทยาสูบ ไฟฟ้า และเครื่องใช้ครัวเรือนมี MCF ต่ำสุด และสินค้าประเภทหนังสือและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มี MCF สูงสุด ถ้าต้องการปรับอัตราภาษีและให้มีผลกระทบต่อสังคมต่ำ ควรเพิ่มอัตราภาษียาสูบ ไฟฟ้า และเครื่องใช้ครัวเรือน

ผลการศึกษา MCF และ SMCF ของภาษีสินค้าในประเทศไทยใช้ข้อมูลปี 2545 แสดงในตารางที่ 3.11 และ 3.12 (ดูการคำนวณในภาคผนวก 3.5)

เมื่อสังคมให้คุณค่าความพอใจของทุกครัวเรือนเท่ากัน ภาษีสินค้าที่มีต้นทุนทางสังคมต่ำที่สุดคือ น้ำมันเชื้อเพลิงและไฟฟ้า (MCF = 0.740) ความบันเทิง (MCF = 0.762) และ ค่ารักษาพยาบาลและยา (MCF = 0.939) ซึ่งผลการศึกษาโดยตรงข้ามผลการศึกษาของประเทศอังกฤษ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากอัตราภาษีน้ำมันเชื้อเพลิงของประเทศไทยนั้นต่ำ มี price elasticity ที่ต่ำ มีฐานภาษีกว้าง และมี revenue elasticity ที่สูงซึ่งเห็นได้จากการขึ้นอัตราภาษีสามารถ generate tax revenue ได้สูงมาก (ในหัวข้อ 3.2) การที่สินค้าน้ำมันมี price elasticity ต่ำ ทำให้การบริโภคลดลงเพียงเล็กน้อยเมื่อราคาสูงขึ้นและมี economic efficiency loss ต่ำ ภาษียาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มี MCF สูง (price elasticities สูง) ถึงแม้ว่าการเก็บภาษีจากสินค้าทั้งสองชนิดจะช่วยเพิ่ม

ประสิทธิภาพการจัดสรรทรัพยากรและลดการเกิด externalities แต่ตามโครงสร้างภาษีสินค้าทั้งสองชนิด ณ ปัจจุบันนั้นสูงมาก การศึกษาในประเด็นนี้สามารถขยายได้ในอนาคตเมื่อมีการประมาณ marginal external cost ที่เกิดจากการบริโภคบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อื่นจะทำให้ MCF ลดลง

ตารางที่ 3.11 ต้นทุนสังคมส่วนเพิ่ม (MCF) ของภาษีจากสินค้า 10 กลุ่ม

	สัดส่วนการบริโภค	MCF	อันดับน้อยไปมาก
อาหารและเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์	0.234	1.012	5
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์	0.042	2.064	9
ยาสูบทุกประเภท	0.017	1.578	8
เครื่องนุ่งห่มและ personal care	0.131	1.012	4
ค่ารักษาพยาบาล และยา	0.064	0.939	3
น้ำมันเชื้อเพลิงและไฟฟ้า	0.024	0.740	1
โทรศัพท์และการติดต่อสื่อสาร	0.017	6.459	10
ค่าเช่าบ้าน ดูแลรักษากัน เพอร์นิเจอร์ และค่าประปา	0.126	1.036	6
ความบันเทิง	0.042	0.762	2
อื่นๆ	0.302	1.091	7

ที่มา: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

ตารางที่ 3.12 ต้นทุนสังคมส่วนเพิ่มเมื่อนำน้ำหนักคนจนมากกว่าคนรวย

	e=0.5	อันดับน้อยไป มาก	e=2	อันดับน้อยไป มาก
อาหารและเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์	1.184	7	4.792	7
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์	2.173	9	7.943	9
ยาสูบทุกประเภท	1.685	8	5.606	8
เครื่องนุ่งห่มและ personal care	1.042	4	3.538	5
ค่ารักษาพยาบาล และยา	0.924	3	2.861	3
น้ำมันเชื้อเพลิงและไฟฟ้า	0.734	2	2.276	2
โทรศัพท์และการติดต่อสื่อสาร	6.390	10	19.575	10
ค่าเช่าบ้าน ดูแลรักษากัน เพอร์นิเจอร์ และค่าประปา	1.093	6	3.678	6
ความบันเทิง	0.725	1	2.251	1
อื่นๆ	1.053	5	3.063	4

ที่มา: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

ในกรณีนี้ที่สังคมให้น้ำหนักกับคุณค่าความพอใจของคนจนมากกว่าคนรวย (เช่น $e = 0.5$ และ $e = 5$) สินค้าที่คนจนบริโภคมากก็จะมีน้ำหนักในการคำนวณ SMCF เพิ่มขึ้น จากการเพิ่มน้ำหนักในการคำนวณให้คนจนทำให้สินค้าสามอันดับแรกมีน้ำหนักสูงขึ้นจนสูงกว่าสินค้าอื่นคือ อาหาร เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และยาสูบ (gamma ในภาคผนวก 3.5) ดังแสดงในตารางที่ 3.12 จะเห็นว่า ภาษีสินค้าเกี่ยวกับความบันเทิง (รวมสถานบันเทิง โรงแรม ภัตตาคารและหนังสือ) มีต้นทุนทางสังคมต่ำที่สุด ในขณะที่ภาษีโทรศัพท์และการติดต่อสื่อสาร³ มีต้นทุนทางสังคมสูงที่สุดไม่ว่าน้ำหนักที่ให้แก่คนรวยและคนจนจะเท่ากันหรือไม่ก็ตามทั้งนี้เนื่องจากเป็นภาษีที่มีฐานภาษีแคบที่สุดเมื่อเทียบกับสินค้าชนิดอื่น

ผลการศึกษาชี้เสนอให้ขึ้นอัตราภาษีน้ำมันเป็นอันดับต้นๆ ทั้งนี้อาจได้รับการโต้แย้งในลักษณะที่ว่าภาษีน้ำมันทำให้การกระจายรายได้แย่ลงและเพิ่มอัตราเงินเฟ้อ เนื่องจากสาเหตุหนึ่งคือการเก็บภาษีชั้นกลางนั้นมีผลต่อราคาปัจจัยการผลิตซึ่งรวมไปถึงรายได้สุทธิของครัวเรือน Huges (1987) ได้ศึกษาถึง distributional impact ของภาษีน้ำมันเชื้อเพลิงของประเทศไทยในปี 2519 และ 2524 ประเทศอินโดนีเซีย ปี 2524 และประเทศตุรกี ปี 2522-23 สำหรับผลการศึกษาของประเทศไทยเขาพบว่า ภาษีสรรพสามิตน้ำมันไม่มีผลทางลบต่อ vertical inequality ยกเว้นภาษีน้ำมันก๊าดซึ่งส่วนใหญ่บริโภคโดยครัวเรือนในชนบท อย่างไรก็ตามการเพิ่มภาษีสรรพสามิตของน้ำมันช่วยให้สามารถเพิ่ม efficiency ของการใช้น้ำมันได้แล้ว Huges เสนอให้บรรเทาความไม่เท่าเทียมกัน (vertical inequality) ด้วย lump-sum transfer ให้แก่ครัวเรือน นอกจากนี้ Huges ยังพบว่าผลของภาษีน้ำมันต่อดัชนีราคาผู้บริโภคมีได้รุนแรง กล่าวคือ ถ้าเพิ่มการเก็บภาษีน้ำมันเท่าๆ กับการลดภาษีนำเข้าแล้วผลกลับจะทำให้ดัชนีราคาผู้บริโภคลดลงเล็กน้อย

กล่าวโดยสรุปผลการศึกษาในบทนี้เสนอว่า ถ้าหากรัฐบาลต้องการหารายได้เพิ่มเติมเพื่อ finance โครงการ 30 บาทหรือโครงการบริการสาธารณะอื่นๆ แนวทางการหารายได้ที่เป็นไปได้แนวทางหนึ่งคือ การขึ้นอัตราภาษีของสินค้าประเภทความบันเทิง น้ำมันเชื้อเพลิงและไฟฟ้า การรักษาพยาบาล และ/หรือ เครื่องนุ่งห่ม ทั้งนี้ การขึ้นอัตราภาษีสรรพสามิตของน้ำมันเชื้อเพลิงอีกร้อยละ 30 นอกจากจะเพิ่มรายได้จากภาษีสรรพสามิตประมาณ 3 หมื่นล้านบาทแล้วยังช่วยลด inefficiency ของการใช้น้ำมันเชื้อเพลิงอีกด้วย แนวทางการขึ้นภาษีนี้อาจจะเป็น combination ของภาษีสินค้าหลายชนิดที่มีต้นทุนทางสังคมต่ำ หรือเลือกขึ้นอัตราภาษีใดภาษีหนึ่งที่มีต้นทุนทางสังคมต่ำสุด ทั้งนี้ นโยบายการปฏิรูปภาษีควรที่จะคำนึงถึงปัจจัยอื่นๆ ประกอบ เช่น ความเป็นไปได้ทางการเมือง การบริหารจัดการ และการหลีกเลี่ยงภาษี เป็นต้น

³ ในช่วงที่ทำการศึกษายังไม่เป็นภาษีสรรพสามิตแต่รวมอยู่เป็นภาษีมูลค่าเพิ่ม

บรรณานุกรม

- ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์. 2532. "การศึกษาแบบแผนการใช้จ่ายบริโภคจากข้อมูลบัญชีประชาชาติ" **วารสารเศรษฐศาสตร์จุฬาลงกรณ์**. ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 (สิงหาคม) หน้า 244-264.
- อิสรา ศานติศาสน์. 2546. **การวิเคราะห์ทางด้านเศรษฐกิจของการควบคุมบุหรี่ในประเทศไทย**. รายงานการอภิปรายของ Health, Nutrition and Population, Tobacco Free Initiative, World Health Organization.
- Ahmad, Ehtisham and Nicholas Stern. 1990. "Tax Reform and Shadow Prices for Pakistan." **Oxford Economic Papers**. Vol. 42 No. 1 (January) pp. 135-59.
- Cragg, Michael. 1991. "Do we care? A Study of Canada's Indirect Tax System." **Canadian Journal of Economics**. Vol. 24 No. 1. (February) pp. 124-43.
- Chandoevrit, Worawan. 1994. **Thailand: Tax Progressivity and Social Marginal Cost of Public Funds**, A Directed Research Project, Department of Economics, University of Alberta.
- Dahlby, Bev, et al. 2000. "A Cost-Benefit Analysis of the Thailand Taxpayer Survey," **International Tax and Public Finance**. Vol. 7 No.1 (February) pp. 63-82.
- Deaton, A. and Muellbauer, J. 1980. **Economics and Consumer Behavior**. New York: Cambridge University Press.
- Decker, S.L. and Schwartz, A.E. 2000. "Cigarettes and Alcohol: Substitutes or Complement?" **NBER Working Paper No. 7535**.
- Galbraith, J.W. and Kaiserman, M. 1997. "Taxation, smuggling and demand for cigarettes in Canada: Evidence for Time-Series Data," **Journal of Health Economics** Vol.16 No. 3 (June), pp. 287-301.
- Parry, Ian W. H. 2003. "On the Costs of Excise Taxes and Income Taxes in the U.K." **International Tax and Public Finance**. Vol. 10 No. 3 (May) pp. 281-304.
- Huges, Gordon. 1987. "The Incidence of Fuel Taxes: A Comparative Study of Three Countries," **The Theory of Taxation for Developing Countries** edited by David Newbery and Nicholas Stern. New York: Oxford University Press.

ภาคผนวกบทที่ 3

ตารางภาคผนวก 3.1 บัญชีในตาราง SAM

1-79	การผลิต 79 สาขา	79 Production Sectors
80-158	การนำเข้าสินค้า 79 ชนิด	79 Imported Commodities
159	ค่าแรงงาน ภาคเกษตร	Wages Agriculture
160	ค่าแรงงาน นอกภาคเกษตร	Wages Non-Agriculture
161	กำไร ภาคเกษตร	Surplus Agriculture
162	กำไร นอกภาคเกษตร	Surplus Non-Agriculture
163	บัญชีค่าแรงงานรวมตามมูลค่าของค่าจ้างภาคเกษตร	Total Wages valued at wages in agriculture
164	บัญชีความแตกต่างของค่าจ้างในภาคเกษตรกับค่าจ้างนอกภาคเกษตร	Differential between wages in Agriculture and Non-agriculture
165-174	การบริโภคครัวเรือนเกษตร Decile 1-10	Consumption Agricultural Household Decile 1-10
175-184	การบริโภคครัวเรือนนอกภาคเกษตร Decile 1-10	Consumption Non-Ag Household Decile 1-10
185	การลงทุนภาคเอกชน	Private Investment
186	การบริโภคของรัฐบาล	Gov. Consumption
187	การลงทุนของรัฐบาล – สังคม	Gov. Investment, Social
188	การลงทุนของรัฐบาล - เศรษฐกิจ (เกษตร)	Gov. Investment, Econ. Agriculture
189	การลงทุนของรัฐบาล - เศรษฐกิจ (นอกเกษตร)	Gov. Investment, Econ. Non-Ag
190	การลงทุนของรัฐบาล - การบริหารและความมั่นคง	Gov. Investment, Admin. and Defence
191	การลงทุนตามนโยบาย	Gov. Investment, Policy
192	การลงทุนของรัฐวิสาหกิจ	State Enterprise Investment
193-202	ครัวเรือนเกษตร Decile 1-10	Agricultural Household Decile 1-10
203-212	ครัวเรือนนอกภาคเกษตร Decile 1-10	Non-Ag Household Decile 1-10
213	ธุรกิจ	Business Corporations
214	รัฐบาล	Government
215	ภาษีรวม	Total Taxes
216	ภาษีสรรพสามิต	Excise Tax
217	ภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีการค้า	VAT and Business Taxes
218	ภาษีนำเข้า	Import Taxes and Duties
219	ภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา	Income Tax
220	ภาษีเงินได้นิติบุคคล	Corporation Tax
221	บัญชีการออม	Saving Pool
222	ภาคต่างประเทศ	Rest of the World (ROW)
223	การท่องเที่ยว	Tourism
224	การโอนเงินระหว่างประเทศ	Transfers ROW
225-303	มูลค่าเพิ่มของสาขาการผลิต 1-79	Value-Added: Sectors 1-79
304-382	สินค้า Composite 79 ชนิดที่ใช้ในการผลิตในภาคเกษตร	79 Composite Commodities used in Agricultural Production
383-461	สินค้า Composite 79 ชนิดที่ใช้ในการผลิตในภาคอุตสาหกรรม	79 Composite Commodities used in Industrial Production
462-540	สินค้า Composite 79 ชนิดที่ใช้ในการผลิตในภาคบริการ	79 Composite Commodities used in Services Production
541-619	สินค้า Composite 79 ชนิดที่ใช้สำหรับการบริโภคของครัว	79 Composite Commodities used in Consumption of

	เรือนที่รวยสุด 40%	Richest 40% of Households
620-698	สินค้า Composite 79 ชนิดที่ใช้สำหรับการบริโภคของครัวเรือนที่จนสุด 60%	79 Composite Commodities used in Consumption of Poorest 60% of Households
699-777	สินค้า Composite 79 ชนิดที่ใช้สำหรับการลงทุนภาคเอกชน	79 Composite Commodities used in Private Investment
778-856	สินค้า Composite 79 ชนิดที่ใช้สำหรับการบริโภคของรัฐบาล	79 Composite Commodities used in Gov. Consumption
857-935	สินค้า Composite 79 ชนิดที่ใช้สำหรับการลงทุนของรัฐบาล	79 Composite Commodities used in Gov. Investment
936-1007	สินค้า Composite 79 ชนิดที่ใช้สำหรับการลงทุนของรัฐวิสาหกิจ	79 Composite Commodities used in State Enterprise Investment

ตารางภาคผนวก 3.2 สาขาการผลิตต่างๆ 79 สาขา

1	ข้าวเปลือก	Paddy
2	ข้าวโพด	Maize
3	ข้าวฟ่าง	Sorghum
4	มันสำปะหลัง	Cassava
5	กล้วยไม้, ดอกไม้, พริกไทยดำ และอื่นๆ	Flowers and Other Crops
6	ถั่วต่างๆ, เมล็ดลั่วหุ่งและงา	Beans and Nuts
7	กระเทียม, พริก, หัวหอม และผัก	Vegetables
8	ผลไม้, แดงโม และสับปะรด	Fruits
9	ต้นอ้อย	Sugarcane
10	มะพร้าว	Coconut
11	เมล็ดปาล์ม	Palm Bean
12	ป่านและปอ	Kenaf and Jute
13	ฝ้ายและนุ่น	Cotton and Kapok
14	ใบยาสูบ	Tobacco
15	เมล็ดโกโก้, กาแฟ และใบชา	Coffee Bean, Tea Leaf and Cocoa Bean
16	ยาง	Rubber
17	วัว, ควาย และผลิตภัณฑ์จากนม	Cattle and Buffaloes
18	หมู	Swine
19	ปศุสัตว์อื่นๆ	Others Livestock
20	ไก่, เป็ด และสัตว์ปีกอื่นๆ	Poultry
21	ไข่ไก่และไข่เป็ด	Poultry's Products
22	ตัวไหม	Silk Farming
23	บริการทางการเกษตร	Agricultural Services
24	ไม้, ถ่านและฟืน	Logging, Charcoal and Firewood
25	ผลิตภัณฑ์ป่าอื่นๆ	Other Forest Products
26	การประมงน้ำเค็ม	Marine Fishery
27	การประมงน้ำจืด	Fresh Water Fishery
28	ลิกไนต์	Lignite
29	ก๊าซธรรมชาติและน้ำมันดิบ	Natural Gas and Crude Oil
30	เหล็ก	Iron Ore
31	ดีบุก	Tin Mining
32	ทังสแตน	Tungsten
33	พลวง ตะกั่ว แร่กานีส ยิปซัม ดินเหนียวปนปูน แร่อื่นๆ หินมีค่า	Other Mining
34	ฟลูออไรต์	Fluorite
35	เกลือ	Salt
36	การแปรรูปผลผลิตทางการเกษตรอย่างง่าย	Simple Agricultural Processing
37	ข้าว	Rice Milling
38	มันสำปะหลัง	Tapioca
39	น้ำตาล	Sugar

40	อาหารอื่นๆ	Other Manufactured Food
41	เครื่องดื่ม	Beverages
42	ยาสูบ	Tobacco
43	สิ่งทอ	Textiles
44	เครื่องแต่งกาย ยกเว้นรองเท้า	Wearing Apparel Except Footwear
45	หนัง เครื่องหนังและรองเท้า	Leather, Leather Products and Footwear
46	ไม้และผลิตภัณฑ์จากไม้	Wood and Wood Products
47	เฟอร์นิเจอร์และเครื่องแต่งบ้าน	Furniture and Fixtures
48	กระดาษและผลิตภัณฑ์จากกระดาษ	Paper and Paper Products
49	อุตสาหกรรมสิ่งพิมพ์	Printing, Publishing and Allied Industries
50	เคมีภัณฑ์	Chemicals and Chemical Products
51	น้ำมัน โรงกลั่นน้ำมัน และ ผลิตภัณฑ์จากน้ำมัน	Petroleum Refineries and Petroleum Products
52	ยางและผลิตภัณฑ์พลาสติก	Rubber and Plastic Products
53	ผลิตภัณฑ์จากแร่ที่ไม่ใช่โลหะ	Non-metallic Mineral Products
54	ผลิตภัณฑ์โลหะเบื้องต้น	Basic Metal Industries
55	ผลิตภัณฑ์โลหะแปรรูป	Fabricated Metal Products
56	เครื่องจักร	Machinery
57	อุตสาหกรรมผลิตเครื่องใช้ไฟฟ้า	Electrical Machinery and Supplies
58	อุปกรณ์ขนส่ง (รถยนต์, เรือ, รถบรรทุก ฯลฯ)	Transport Equipment
59	อุตสาหกรรมการผลิตอื่นๆ	Other Manufacturing Industries
60	ไฟฟ้า	Electricity
61	การผลิตก๊าซและการจำหน่าย (5.3)	Gas Manufacture and Distribution
62	น้ำประปา	Water Supply
63	การก่อสร้าง	Construction
64	การค้าส่งและการค้าปลีก	Wholesale and Retail Trade
65	ภัตตาคาร	Restaurants
66	โรงแรม	Hotels
67	การขนส่ง	Transportation
68	การสื่อสาร	Communication
69	ธนาคารและสถาบันการเงินอื่นๆ	Banks and Other Financial Institutions
70	การประกันภัย	Insurance
71	การเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย และ อสังหาริมทรัพย์	Ownership of Dwelling and Real Estate
72	การบริการภาคธุรกิจ	Business Services
73	การบริหารประเทศและการป้องกันประเทศ	Public Administration and Defence
74	การศึกษา	Education
75	ยาและสุขภาพ	Medical and Health
76	การบริการขององค์กรที่มีได้แสวงหาผลกำไร	Non-profit
77	การให้ความบันเทิงและสันทนาการ	Recreation and Entertainment
78	การซ่อมแซม	Repairs
79	การให้บริการส่วนบุคคลและบริการในครัวเรือน	Personal and Household Services

<u>TV-Value</u>	<u>Definition</u>
1. $t_{ij} = Y_j$	All income in account j is transferred to account i. Y_j is the value of account j.
2. $t_{ij} = \text{Residual}$	The cell ij is residual.
3. $t_{ij} = t_{ij}^0 * F_{ij}$	The payment is exogenous, with F_{ij} being a growth factor. t_{ij}^0 denotes the value of the cell ij in the base period.
4. $t_{ij} = \frac{\text{THET}_{ij}}{(1 + \text{THET}_j)} * Y_j$	A fixed proportion of the income before tax in account j is paid as tax to account I. THET_{ij} is the tax rate as a fraction of the transfer excluding tax. $\text{THET}_j = \sum_k \text{THET}_{kj}$.
5. $t_{ij} = C_{ij} * Y_j$	The expenditure share is fixed exogenously. C_{ij} is the expenditure share. C_{ij} must satisfy $\sum_k C_{kj} = 1$.
6. $t_{ij} = QQ_{ij} * P_i$	The quantity that is transferred from account j to account i is exogenous. P_i denotes the price of account i. QQ_{ij} denotes an exogenous quantity.
7. $t_{ij} = t_{ij}^0 * R_{ij} * (PIX_i * P_j)^{\text{ETA}_i} * P_i^{(1-\text{ETA}_i)}$	Export demand function depending on export price in local currency, P_i , world price in foreign currency, PIX_i , and the price of foreign currency, P_j . ETA_i denotes the elasticity of substitution, and R_{ij} denotes an exogenous growth factor.
8. $t_{ij} = t_{ij}^0 * R_{ij} * (PIX_i * P_j)$	As 7, but with elasticity 1. This specification can also be used to denote a transfer that is fixed in foreign currency.
9. $P_i = PIX_i * P_j$ and t_{ij} is residual.	This corresponds to the export demand function 7 with elasticity infinity.
10. $t_{ij} = \frac{t_{ij}^0}{Y_j^0} * Y_j * \text{PIM}_j * \frac{P_i}{P_j}$	Payment for imports, depending on world import price in

	foreign currency, PIM_j , price of foreign currency, P_i , and domestic price in local currency, P_j .
11.	$t_{ij} = \frac{t_{ij}^0}{Y_j^0} * Y_j * \{(1+THET_j^0)/(1+THET_j)\}^{SIGM_j} * (P_i/P_j)^{(1-SIGM_j)}$ Input demand function from CES production with added tax. $SIGM_j$ is the elasticity of substitution. $THET_j^0$ is the tax rate in the base period.
12.	$t_{ij} = \frac{t_{ij}^0}{Y_j^0} * Y_j * \frac{P_i}{P_j}$ As 11 but with zero elasticity. This corresponds to a Loentief production function (fixed quantity ratios).
13.	$t_{ij} = \frac{t_{ij}^0}{Y_j^0} * Y_j * \{(1+THET_j^0)/(1+THET_j)\}$ As 11 but with elasticity 1. This corresponds to a Cobb-Douglas production function or fixed value shares.
14.	$P_i = P_j$ and t_{ij} is residual. This corresponds to 11 with elasticity infinity, i.e. the inputs in the production function are perfect substitutes.
15.	$t_{ij} = A_{ij} * Y_j * \frac{P_i}{P_j}$ The quantity shares in the columns are fixed. This is like 12, but A_{ij} is not derived from the base year SAM.
16.	$t_{ij} = \left\{ \frac{t_{ij}^0}{Y_j^0} + RHO_{ij} * \exp\left(\frac{-BETA_j}{(Y_j/P_j)}\right) - \exp\left(\frac{-BETA_j^0}{Y_j^0}\right) \right\} * Y_j$ Non-linear expenditure system. The value share is derived from a base year share, corrected for changes in real income (Y_j/P_j). RHO_{ij} describes the change in expenditure pattern for changing income and satisfies $\sum_k RHO_{kj} = 0$. $BETA_j$ describes how fast changes in income creates changed expenditure patterns via RHO_{ij}.
17.	$t_{ij} = TEXO_{ij}$ The payment is exogenous, but defined directly as opposed to specification 3.
18.	$t_{ij} = \left\{ \frac{t_{ij}^0}{Y_j^0} + RHO_{ij} * \exp\left(\frac{-BETA_j}{Y_j}\right) - \exp\left(\frac{-BETA_j^0}{Y_j^0}\right) \right\} * Y_j$ As 16, but the value share is derived from the base year share corrected for changes

in nominal income rather than real income as in 16.	
19.	$t_{ij} = \frac{t_{ij}^0}{Y_j^0} * Y_j * \left(\frac{P_i / P_j}{E_{ij}} \right)^{(1-SIGM_j)}$ Input demand function from CES production function with selective technical change for different inputs. $E_{ij} > 1$ denotes increased efficiency.
20.	$t_{ij} = \frac{t_{ij}^0}{Y_j^0} * Y_j * \left(\frac{P_i / P_j}{E_{ij}} \right)$ As 19 but with zero elasticity, i.e. from a Loentief production function with technical change.
21.	$t_{ij} = \frac{t_{ij}^0}{Y_j^0} * Y_j$ This is like a Cobb-Douglas production function without tax (specification 13). However, there is a technical change parameter, E_{ij}. It appears in a column equation $P_j = \prod_k (P_k / E_{kj})^{(t_{kj}^0 / Y_j^0)}$.
22.	$t_{ij} = B_{ij} * (P_i / P_j)^{(SIGR_i - 1)} * Y_i$ This specification describes an allocation of output in a row with a CES production possibility frontier. It can be used to model joint production. $SIGR_i$ denotes the elasticity of substitution of the production possibility frontier. B_{ij} denotes a share parameter and must satisfy $\sum_k B_{ik} = 1$.
23.	$t_{ij} = B_{ij} * P_j * Y_i / P_i$ This corresponds to 22 with zero elasticity, i.e. output is produced in fixed quantity ratios independent of prices.
24.	$P_i = P_j \text{ and } t_{ij} \text{ is residual.}$ This corresponds to 22 with infinite elasticity, i.e. there is perfect substitute.
25.	$t_{ij} = D_{ij} * Y_j * (P_i / P_j)^{(1-SIGM_j)}$ This is like 19 with no technical change, but the column share is derived from a share parameter, D_{ij}, rather than from the base year share. D_{ij} must satisfy $\sum_k D_{kj} = 1$.
26.	$t_{ij} = \text{USER}(t_{ij}^0, Y_i^0, Y_j^0, P_i, P_j, Y_i, Y_j, i, j)$ This specification can be used to enter non-standard functional forms. A fortran subroutine is required.

ตารางภาคผนวก 3.4 สัดส่วนการกระจายค่าใช้จ่ายของครัวเรือนในแต่ละชั้นรายได้

ชั้นรายได้ (จัดตามรายได้ต่อหัว จาก น้อยไปมาก)	เขตเทศบาล 1 = ในเขต 2 = นอกเขต	ภาค	จำนวนคนต่อ ครัวเรือน	รายได้เฉลี่ยต่อหัว (บาทต่อเดือน)	ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อหัว (บาทต่อเดือน)									
					อาหารและ เครื่องดื่มที่ไม่มี แอลกอฮอล์	เครื่องดื่ม แอลกอฮอล์	ยาสูบทุก ประเภท	เครื่องนุ่งห่ม และ personal care	ค่ารักษา พยาบาล และ ยา	น้ำมันเชื้อ เพลิงและไฟ ฟ้า	โทรศัพท์และ การติดต่อสื่อ สาร	ค่าเช่าบ้าน ดูแลรักษา บ้าน เฟอร์นิเจอร์ และค่าประปา	ความบันเทิง	อื่นๆ
					(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
1	1	กทม.	2.64	715.73	1.48%	0.60%	1.16%	0.65%	0.87%	0.42%	0.48%	1.10%	0.83%	0.94%
1	1	กลาง	5.03	679.54	0.69%	0.51%	0.36%	0.27%	0.49%	0.44%	0.24%	0.52%	1.00%	0.42%
1	1	เหนือ	3.62	662.48	0.61%	0.57%	0.34%	0.53%	0.38%	0.44%	0.55%	0.42%	0.51%	0.31%
1	1	ตอน.	4.46	629.01	0.62%	0.29%	0.26%	0.38%	0.26%	0.31%	0.35%	0.40%	0.24%	0.32%
1	1	ใต้	5.25	678.93	0.65%	1.96%	0.77%	0.67%	0.19%	0.45%	0.42%	0.36%	0.31%	0.36%
1	2	กลาง	4.38	623.76	0.61%	0.51%	0.56%	0.42%	0.58%	0.60%	0.85%	0.45%	0.29%	0.28%
1	2	เหนือ	4.31	608.51	0.51%	0.36%	0.24%	0.41%	0.30%	0.33%	0.20%	0.33%	0.30%	0.25%
1	2	ตอน.	4.62	631.22	0.55%	0.26%	0.19%	0.41%	0.24%	0.24%	0.17%	0.35%	0.23%	0.27%
1	2	ใต้	5.02	640.10	0.57%	0.61%	0.31%	0.44%	0.27%	0.40%	0.29%	0.29%	0.24%	0.34%
2	1	กทม.	3.76	1,004.46	1.34%	0.00%	1.78%	1.65%	1.35%	0.59%	1.71%	1.25%	1.06%	0.58%
2	1	กลาง	4.35	997.94	0.73%	0.53%	0.79%	0.43%	0.33%	0.61%	0.50%	0.65%	0.49%	0.41%
2	1	เหนือ	3.75	1,011.14	0.64%	0.48%	0.32%	0.50%	0.63%	0.42%	0.45%	0.49%	0.53%	0.33%
2	1	ตอน.	4.43	995.79	0.70%	0.43%	0.28%	0.44%	0.32%	0.38%	0.40%	0.47%	0.29%	0.43%
2	1	ใต้	5.10	990.76	0.72%	0.68%	0.60%	0.49%	0.52%	0.46%	0.43%	0.45%	0.40%	0.51%

ชั้นรายได้ (จัดตามรายได้ต่อหัว จากน้อยไปมาก)	เขตเทศบาล 1 = ในเขต 2 = นอกเขต	ภาค	จำนวนคนต่อครัวเรือน	รายได้เฉลี่ยต่อหัว (บาทต่อเดือน)	ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อหัว (บาทต่อเดือน)									
					อาหารและ เครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์	เครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ยาสูบทุกประเภท	เครื่องนุ่งห่มและ personal care	ค่ารักษาพยาบาล และยา	น้ำมันเชื้อเพลิงและไฟฟ้า	โทรศัพท์และการติดตอสื่อสาร	ค่าเช่าบ้านดูแลรักษาบ้านเฟอร์นิเจอร์และค่าประปา	ความบันเทิง	อื่นๆ
					(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
2	2	กลาง	4.48	1,007.27	0.66%	0.50%	0.31%	0.47%	0.39%	0.50%	0.39%	0.52%	0.41%	0.30%
2	2	เหนือ	3.75	999.29	0.61%	0.39%	0.28%	0.49%	0.26%	0.38%	0.19%	0.40%	0.43%	0.29%
2	2	ตอน.	4.31	993.10	0.64%	0.34%	0.25%	0.48%	0.35%	0.33%	0.16%	0.42%	0.30%	0.29%
2	2	ใต้	4.63	994.03	0.74%	0.62%	0.50%	0.60%	0.34%	0.49%	0.28%	0.40%	0.32%	0.44%
3	1	กทม.	4.45	1,303.57	1.06%	2.03%	1.19%	0.50%	0.88%	0.50%	0.41%	0.76%	0.80%	0.42%
3	1	กลาง	3.95	1,330.08	0.83%	0.81%	1.04%	0.50%	0.61%	0.59%	0.52%	0.70%	0.56%	0.43%
3	1	เหนือ	3.58	1,317.44	0.71%	0.54%	0.49%	0.54%	0.28%	0.45%	0.48%	0.56%	0.29%	0.49%
3	1	ตอน.	4.11	1,310.56	0.77%	0.52%	0.31%	0.54%	0.36%	0.46%	0.49%	0.59%	0.41%	0.46%
3	1	ใต้	4.47	1,332.18	0.87%	0.36%	0.96%	0.66%	0.34%	0.60%	0.53%	0.59%	0.31%	0.54%
3	2	กลาง	4.05	1,319.11	0.74%	0.53%	0.47%	0.48%	0.36%	0.62%	0.50%	0.62%	0.45%	0.33%
3	2	เหนือ	3.51	1,306.02	0.69%	0.45%	0.39%	0.51%	0.42%	0.50%	0.28%	0.52%	0.45%	0.41%
3	2	ตอน.	4.03	1,303.36	0.69%	0.37%	0.30%	0.54%	0.45%	0.36%	0.26%	0.50%	0.27%	0.34%
3	2	ใต้	4.64	1,316.85	0.77%	0.55%	0.50%	0.68%	0.54%	0.57%	0.35%	0.54%	0.28%	0.57%

ชั้นรายได้ (จัดตามรายได้ต่อหัว จากน้อยไปมาก)	เขตเทศบาล 1 = ในเขต 2 = นอกเขต	ภาค	จำนวนคนต่อครัวเรือน	รายได้เฉลี่ยต่อหัว (บาทต่อเดือน)	ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อหัว (บาทต่อเดือน)									
					อาหารและ เครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์	เครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ยาสูบทุกประเภท	เครื่องนุ่งห่มและ personal care	ค่ารักษาพยาบาล และยา	น้ำมันเชื้อเพลิงและไฟฟ้า	โทรศัพท์และการติดต่อนสื่อสาร	ค่าเช่าบ้านดูแลรักษาบ้านเฟอร์นิเจอร์และค่าประปา	ความบันเทิง	อื่นๆ
					(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
4	1	กทม.	4.28	1,670.49	1.15%	0.83%	0.92%	0.56%	0.65%	0.48%	0.59%	1.11%	0.51%	0.45%
4	1	กลาง	4.05	1,668.02	0.89%	0.75%	0.83%	0.64%	0.44%	0.67%	0.60%	0.73%	0.47%	0.42%
4	1	เหนือ	3.52	1,647.36	0.78%	0.68%	0.68%	0.66%	0.42%	0.59%	0.62%	0.66%	0.52%	0.64%
4	1	ตอน.	3.79	1,650.00	0.86%	0.45%	0.49%	0.57%	0.53%	0.53%	0.55%	0.66%	0.39%	0.58%
4	1	ใต้	4.15	1,643.78	0.98%	0.95%	0.89%	0.71%	0.68%	0.56%	0.62%	0.70%	0.55%	0.55%
4	2	กลาง	3.99	1,657.90	0.85%	0.72%	0.62%	0.55%	0.74%	0.67%	0.77%	0.74%	0.45%	0.51%
4	2	เหนือ	3.32	1,641.75	0.74%	0.57%	0.53%	0.62%	0.59%	0.57%	0.49%	0.61%	0.43%	0.52%
4	2	ตอน.	3.73	1,641.48	0.78%	0.44%	0.31%	0.65%	0.47%	0.46%	0.33%	0.60%	0.41%	0.44%
4	2	ใต้	4.05	1,653.28	0.89%	0.71%	0.64%	0.80%	0.50%	0.68%	0.53%	0.65%	0.44%	0.54%
5	1	กทม.	3.92	2,085.23	1.36%	0.86%	1.53%	0.74%	2.67%	0.81%	0.81%	1.26%	1.26%	0.65%
5	1	กลาง	3.86	2,057.00	0.99%	0.77%	1.10%	0.65%	0.60%	0.73%	0.75%	0.93%	0.55%	0.65%
5	1	เหนือ	3.19	2,044.79	0.87%	0.78%	0.62%	0.79%	0.69%	0.71%	0.71%	0.83%	0.49%	0.50%
5	1	ตอน.	3.78	2,030.39	0.92%	0.59%	0.53%	0.68%	0.54%	0.58%	0.69%	0.76%	0.47%	0.68%
5	1	ใต้	4.21	2,059.69	1.05%	1.10%	1.46%	0.74%	0.58%	0.72%	0.72%	0.92%	0.77%	0.77%
5	2	กลาง	3.92	2,040.73	0.90%	0.74%	0.77%	0.58%	0.57%	0.84%	0.93%	0.81%	0.49%	0.53%

ชั้นรายได้ (จัดตามรายได้ต่อหัว จากน้อยไปมาก)	เขตเทศบาล 1 = ในเขต 2 = นอกเขต	ภาค	จำนวนคนต่อครัวเรือน	รายได้เฉลี่ยต่อหัว (บาทต่อเดือน)	ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อหัว (บาทต่อเดือน)									
					อาหารและ เครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์	เครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ยาสูบทุกประเภท	เครื่องนุ่งห่มและ personal care	ค่ารักษาพยาบาล และยา	น้ำมันเชื้อเพลิงและไฟฟ้า	โทรศัพท์และการติดต่อนสื่อสาร	ค่าเช่าบ้าน ดูแลรักษาบ้าน เฟอร์นิเจอร์และค่าประปา	ความบันเทิง	อื่นๆ
					(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
5	2	เหนือ	3.14	2,039.91	0.80%	0.65%	0.61%	0.63%	0.49%	0.68%	0.51%	0.63%	0.55%	0.60%
5	2	ตอน.	3.55	2,036.05	0.85%	0.47%	0.38%	0.66%	0.53%	0.51%	0.44%	0.68%	0.45%	0.52%
5	2	ใต้	3.94	2,058.00	0.94%	0.90%	0.82%	0.92%	0.60%	0.78%	0.67%	0.69%	0.48%	0.70%
6	1	กทม.	4.05	2,569.75	1.30%	0.63%	1.33%	0.78%	0.69%	0.85%	0.84%	1.29%	0.93%	0.81%
6	1	กลาง	3.75	2,571.75	1.10%	0.90%	1.40%	0.91%	0.75%	0.95%	0.96%	1.06%	0.73%	0.97%
6	1	เหนือ	3.17	2,553.83	0.99%	0.85%	0.89%	0.89%	0.88%	0.85%	0.99%	0.97%	0.74%	0.86%
6	1	ตอน.	3.59	2,557.47	1.08%	0.73%	0.67%	0.91%	0.62%	0.80%	0.85%	0.90%	0.69%	0.72%
6	1	ใต้	3.63	2,578.69	1.23%	0.79%	1.19%	0.92%	0.92%	0.90%	0.87%	0.99%	0.56%	0.98%
6	2	กลาง	3.69	2,532.42	1.00%	0.79%	0.89%	0.74%	0.98%	0.87%	0.90%	0.92%	0.48%	0.71%
6	2	เหนือ	3.03	2,556.68	0.87%	0.84%	0.54%	0.84%	0.52%	0.77%	0.65%	0.73%	0.80%	0.87%
6	2	ตอน.	3.49	2,561.76	0.88%	0.67%	0.53%	0.78%	0.75%	0.58%	0.50%	0.84%	0.60%	0.76%
6	2	ใต้	3.86	2,545.52	1.05%	1.10%	0.94%	0.99%	0.86%	0.90%	0.67%	0.78%	0.84%	0.79%
7	1	กทม.	3.75	3,290.11	1.40%	0.94%	1.97%	0.74%	1.18%	0.91%	1.08%	1.39%	1.28%	0.97%
7	1	กลาง	3.77	3,291.76	1.25%	1.03%	1.55%	1.04%	1.18%	1.13%	1.25%	1.26%	0.85%	1.02%
7	1	เหนือ	2.90	3,264.65	1.11%	1.05%	1.31%	1.01%	0.78%	1.04%	1.06%	1.14%	1.14%	1.10%

ชั้นรายได้ (จัดตามรายได้ต่อหัว จากน้อยไปมาก)	เขตเทศบาล 1 = ในเขต 2 = นอกเขต	ภาค	จำนวนคนต่อครัวเรือน	รายได้เฉลี่ยต่อหัว (บาทต่อเดือน)	ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อหัว (บาทต่อเดือน)									
					อาหารและ เครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์	เครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ยาสูบทุกประเภท	เครื่องนุ่งห่มและ personal care	ค่ารักษาพยาบาล และยา	น้ำมันเชื้อเพลิงและไฟฟ้า	โทรศัพท์และการติดต่อนสื่อสาร	ค่าเช่าบ้านดูแลรักษาบ้านเฟอร์นิเจอร์และค่าประปา	ความบันเทิง	อื่นๆ
					(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
7	1	ตอน.	3.49	3,296.66	1.15%	0.86%	1.09%	1.11%	0.88%	1.03%	1.22%	1.07%	0.69%	0.75%
7	1	ใต้	3.52	3,287.99	1.31%	1.09%	1.55%	1.18%	0.85%	1.07%	1.17%	1.17%	1.32%	0.86%
7	2	กลาง	3.61	3,264.76	1.14%	1.02%	1.19%	0.98%	1.08%	1.06%	1.05%	1.15%	0.62%	0.87%
7	2	เหนือ	2.89	3,263.36	0.96%	0.78%	0.74%	0.93%	0.75%	0.91%	0.85%	0.92%	0.73%	1.13%
7	2	ตอน.	3.04	3,237.19	1.00%	0.82%	0.57%	0.91%	0.97%	0.74%	0.86%	0.88%	0.79%	0.78%
7	2	ใต้	3.37	3,265.86	1.17%	1.30%	0.94%	0.99%	1.65%	1.19%	0.94%	0.98%	1.10%	1.05%
8	1	กทม.	3.35	4,469.37	1.60%	1.93%	2.04%	1.02%	1.47%	1.32%	1.29%	1.78%	1.51%	1.27%
8	1	กลาง	3.13	4,448.44	1.44%	1.48%	2.03%	1.32%	1.37%	1.35%	1.52%	1.56%	1.30%	1.26%
8	1	เหนือ	2.83	4,362.05	1.31%	1.26%	1.74%	1.45%	1.14%	1.51%	1.63%	1.45%	1.44%	1.41%
8	1	ตอน.	3.37	4,393.11	1.34%	1.26%	1.33%	1.52%	1.07%	1.40%	1.56%	1.39%	1.41%	1.66%
8	1	ใต้	3.14	4,404.40	1.44%	1.78%	1.90%	1.33%	1.37%	1.45%	1.57%	1.61%	1.07%	1.20%
8	2	กลาง	3.46	4,385.01	1.31%	1.13%	1.36%	1.12%	1.01%	1.40%	1.45%	1.34%	1.11%	1.45%
8	2	เหนือ	2.64	4,385.34	1.16%	1.32%	1.01%	1.31%	1.07%	1.21%	1.17%	1.12%	1.03%	1.62%
8	2	ตอน.	3.18	4,341.13	1.05%	0.51%	0.53%	1.14%	0.69%	0.89%	1.02%	0.89%	0.94%	1.28%
8	2	ใต้	3.20	4,363.27	1.33%	1.39%	1.30%	1.53%	1.35%	1.38%	1.30%	1.08%	1.28%	1.53%

ชั้นรายได้ (จัดตามรายได้ต่อหัว จากน้อยไปมาก)	เขตเทศบาล 1 = ในเขต 2 = นอกเขต	ภาค	จำนวนคนต่อครัวเรือน	รายได้เฉลี่ยต่อหัว (บาทต่อเดือน)	ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อหัว (บาทต่อเดือน)									
					อาหารและ เครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์	เครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ยาสูบทุกประเภท	เครื่องนุ่งห่มและ personal care	ค่ารักษาพยาบาล และยา	น้ำมันเชื้อเพลิงและไฟฟ้า	โทรศัพท์และการติดตอสื่อสาร	ค่าเช่าบ้านดูแลรักษาบ้านเฟอร์นิเจอร์และค่าประปา	ความบันเทิง	อื่นๆ
					(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
9	1	กทม.	3.03	6,394.14	1.87%	1.49%	2.59%	1.39%	2.03%	1.70%	1.97%	2.31%	1.96%	1.65%
9	1	กลาง	2.87	6,366.84	1.65%	1.76%	2.67%	1.93%	1.45%	1.90%	2.15%	1.96%	1.91%	1.95%
9	1	เหนือ	2.70	6,285.19	1.51%	1.80%	1.93%	1.95%	1.72%	2.07%	2.03%	1.85%	2.17%	1.85%
9	1	ตอน.	3.06	6,285.49	1.44%	1.30%	1.29%	1.84%	1.56%	1.84%	2.11%	1.59%	1.74%	2.15%
9	1	ใต้	3.01	6,368.86	1.71%	2.45%	2.05%	1.79%	1.88%	1.92%	1.89%	1.95%	1.51%	1.98%
9	2	กลาง	3.07	6,332.27	1.48%	1.49%	1.92%	1.47%	1.20%	2.13%	1.95%	1.65%	1.47%	1.83%
9	2	เหนือ	2.82	6,168.10	1.24%	1.43%	1.12%	1.88%	1.91%	1.55%	1.66%	1.24%	1.46%	1.68%
9	2	ตอน.	3.05	6,297.96	1.20%	0.68%	1.14%	1.18%	0.86%	1.45%	1.76%	0.99%	1.10%	2.81%
9	2	ใต้	3.11	6,220.87	1.56%	2.07%	1.52%	1.88%	2.04%	1.71%	1.63%	1.50%	1.08%	1.42%
10	1	กทม.	3.14	16,925.24	2.40%	2.52%	3.07%	3.68%	5.73%	5.22%	4.27%	4.97%	5.62%	4.37%
10	1	กลาง	2.47	14,875.93	2.16%	3.36%	3.13%	3.77%	4.99%	4.30%	3.98%	3.64%	5.93%	3.59%
10	1	เหนือ	2.49	14,658.19	1.82%	3.31%	2.37%	4.02%	3.70%	3.64%	3.74%	2.71%	4.63%	3.42%
10	1	ตอน.	2.59	15,086.35	1.91%	2.71%	2.10%	3.79%	2.84%	3.49%	3.70%	2.48%	3.71%	3.07%
10	1	ใต้	2.29	14,202.23	2.29%	4.01%	3.49%	3.71%	3.82%	3.50%	3.37%	3.16%	4.22%	4.87%
10	2	กลาง	2.55	14,031.51	1.99%	3.17%	2.54%	3.07%	2.88%	3.61%	3.38%	2.81%	3.80%	2.86%

ชั้นรายได้ (จัดตามรายได้ต่อหัว จากน้อยไปมาก)	เขตเทศบาล 1 = ในเขต 2 = นอกเขต	ภาค	จำนวนคนต่อครัวเรือน	รายได้เฉลี่ยต่อหัว (บาทต่อเดือน)	ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อหัว (บาทต่อเดือน)									
					อาหารและ เครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์	เครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ยาสูบทุกประเภท	เครื่องนุ่งห่มและ personal care	ค่ารักษาพยาบาล และยา	น้ำมันเชื้อเพลิงและไฟฟ้า	โทรศัพท์และการติดต่อสื่อสาร	ค่าเช่าบ้านดูแลรักษาบ้านเฟอร์นิเจอร์และค่าประปา	ความบันเทิง	อื่นๆ
					(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
10	2	เหนือ	2.34	13,463.13	1.63%	3.30%	2.43%	3.14%	5.36%	3.04%	2.92%	2.21%	2.94%	3.82%
10	2	ตอน.	2.24	11,764.70	1.47%	2.41%	1.51%	2.00%	2.51%	2.02%	2.57%	1.50%	3.82%	3.04%
10	2	ใต้	2.87	13,104.85	1.95%	3.72%	1.90%	2.29%	2.08%	2.48%	2.49%	2.20%	3.29%	3.65%
รวม			เฉลี่ย = 3.6	เฉลี่ย = 3,743.36	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

หมายเหตุ: สัดส่วนการกระจายนี้ใช้ในการคำนวณ distributional weight และ SMCF ของสินค้าแต่ละกลุ่ม

10=others

$$\text{lamda}_k := \frac{b_k}{b_k + \sum_j t_{j,e_{j,k}} \cdot b_j}$$

	1
1	1.01182
2	2.06356
3	1.57796
4	1.01174
lamda = 5	0.93917
6	0.74014
7	6.4592
8	1.0361
9	0.76182
10	1.09111

Part 2 MCF with distributional weight.

$$\beta_h = (Y_r/Y_h)^e$$

Yr is average per capita income (3,743.36 baht per month)

$$\sum_{h=1}^{90} \frac{\beta_h X_{hi}}{X_i} = \text{gamma}$$

When $e=0$

$$\omega := \begin{pmatrix} 1.0000 \\ 1.0000 \\ 1.0000 \\ 1.0000 \\ 1.0000 \\ 1.0000 \\ 1.0000 \\ 1.0000 \\ 1.0000 \\ 1.0000 \\ 1.0000 \end{pmatrix}$$

$$SMCF_k := \omega_k \cdot \text{lamda}_k$$

$$SMCF =$$

	1
1	1.012
2	2.064
3	1.578
4	1.012
5	0.939
6	0.74
7	6.459
8	1.036
9	0.762
10	1.091

When $e=0.5$

$$\omega := \begin{pmatrix} 1.1699 \\ 1.0530 \\ 1.0681 \\ 1.0295 \\ 0.9843 \\ 0.9914 \\ 0.9893 \\ 1.0553 \\ 0.9519 \\ 0.9647 \end{pmatrix}$$

$$SMCF_k := \omega_k \cdot \lambda_{a_k}$$

$$SMCF =$$

	1
1	1.184
2	2.173
3	1.685
4	1.042
5	0.924
6	0.734
7	6.39
8	1.093
9	0.725
10	1.053

When $e=1$

$$\omega := \begin{pmatrix} 1.6383 \\ 1.3810 \\ 1.3787 \\ 1.3176 \\ 1.2113 \\ 1.2215 \\ 1.2121 \\ 1.3614 \\ 1.1530 \\ 1.1554 \end{pmatrix}$$

$$SMCF_k := \omega_k \cdot \lambda_{a_k}$$

$$SMCF =$$

	1
1	1.658
2	2.85
3	2.176
4	1.333
5	1.138
6	0.904
7	7.829
8	1.411
9	0.878
10	1.261

When $e=2$

$$\omega := \begin{pmatrix} 4.7363 \\ 3.8493 \\ 3.5530 \\ 3.4965 \\ 3.0468 \\ 3.0755 \\ 3.0305 \\ 3.5496 \\ 2.9544 \\ 2.8071 \end{pmatrix}$$

$$SMCF_k := \omega_k \cdot \lambda_{a_k}$$

$$SMCF =$$

	1
1	4.792
2	7.943
3	5.606
4	3.538
5	2.861
6	2.276
7	19.575
8	3.678
9	2.251
10	3.063

When $e=5$

$$\omega := \begin{pmatrix} 450.0055 \\ 382.6494 \\ 295.9371 \\ 316.7304 \\ 262.6641 \\ 274.9339 \\ 271.2583 \\ 305.2656 \\ 270.8708 \\ 242.5191 \end{pmatrix}$$

$$SMCF_k := \omega_k \cdot \lambda_{dk}$$

$$SMCF =$$

	1
1	455.327
2	789.619
3	466.976
4	320.45
5	246.687
6	203.49
7	$1.752 \cdot 10^3$
8	316.285
9	206.355
10	264.615

หมายเหตุ: λ_{dk} เท่ากับ Marginal Cost of Public Funds (MCF) ของสินค้ากลุ่ม k ส่วน $SMCF_k$ เท่ากับ MCF ที่คูณด้วย distributional weight (ω) ที่ให้น้ำหนักกับคนจนมากกว่าคนรวย โดยที่ $\omega_k = \sum_{h=1}^{90} \beta^h \frac{x_k^h}{x_k}$ และ $\beta^h = \left(\frac{Y_r}{Y_h} \right)^e$ เมื่อ $e=0$ น้ำหนักที่ให้แก่คนจนและคนรวยมีค่าเท่ากัน เมื่อ e (inequality aversion index) มีค่ามากขึ้นน้ำหนักที่ให้แก่คนจนมีมากขึ้นโดยที่น้ำหนักที่ให้แก่ reference household (Y_r) ซึ่งมีรายได้ต่อหัวเท่ากับ 3,743.36 บาทมีค่าเท่ากับหนึ่งคนที่อยู่ในครัวเรือนที่รายได้เฉลี่ยต่อหัวมากกว่า 3,743.36 บาทจะมีน้ำหนักในการคำนวณ $SMCF$ น้อยกว่าหนึ่ง (และในทางกลับกัน) สัดส่วนการกระจายของการบริโภคสินค้าประเภทต่างๆ ของแต่ละครัวเรือน $\left(\frac{x_i^h}{x_i} \right)$ และรายได้เฉลี่ยต่อหัวของครัวเรือนเป็นไปตามตารางภาคผนวกที่ 3.4

บทที่ 4 ระบบการดูแลสุขภาพของประเทศแคนาดา: โครงสร้างองค์กรและระบบการเงิน

Allan M. Maslove¹

แปลโดย สุวิมล พัททอง
พันธ์ยุทธ์ ศานติยานนท์²

4.1 บทนำ

รายงานนี้จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาองค์ประกอบต่างๆ ที่สำคัญของระบบการดูแลสุขภาพของประเทศแคนาดา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของระบบโครงสร้างองค์กร การบริหารงาน และการจัดการด้านการเงิน ตลอดจนนำเสนอประเด็นต่างๆ ที่มีการถกเถียงกันในเรื่องของบทบาทของรัฐบาลท้องถิ่นหรือเทศบาล (Local Government or Municipality) ที่มีต่อระบบการดูแลสุขภาพของประเทศแคนาดา และประเด็นทางการวิจัยต่างๆ ในเรื่องของเศรษฐศาสตร์สุขภาพและนโยบายของประเทศแคนาดาในปัจจุบัน³

ก่อนที่จะเริ่มรายงาน ผู้เขียนเห็นว่ามีความจำเป็นที่จะต้องมีการกล่าวถึงบริบทของรัฐธรรมนูญของประเทศแคนาดาที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการด้านสุขภาพแก่สาธารณะและประวัติโดยย่อของการพัฒนาทางด้านการจัดบริการทางสุขภาพภายใต้รัฐธรรมนูญของแคนาดา กล่าวคือ การจัดบริการด้านสุขภาพนั้นถือเป็นหน้าที่ของรัฐบาลจังหวัด (Provincial Government) โดยยกเว้นเฉพาะการจัดบริการด้านสุขภาพแก่คนพื้นเมือง (Aboriginal People) ทหาร ตำรวจ และนักโทษที่จะอยู่ในความรับผิดชอบของรัฐบาลกลางหรือรัฐบาลแห่งชาติ (Federal or National Government) โดยนอกจากนี้รัฐบาลกลางยังมีหน้าที่ความรับผิดชอบทั่วไปอื่นๆ เช่น การออกใบรับรอง การออกกฎระเบียบและข้อบังคับต่างๆ ที่เกี่ยวกับยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในระดับชาติ

ความรับผิดชอบในการจัดให้มีการบริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน (ซึ่งไม่รวมบุคคลในข้อยกเว้นข้างต้น) รวมไปถึงการบริการจัดการและระบบการเงินนั้นจะขึ้นอยู่กับแต่ละรัฐบาลจังหวัดทั้ง 10 จังหวัดที่จะทำหน้าที่ดูแลในแต่ละเขตพื้นที่ของตน สำหรับการมีส่วนร่วมของรัฐบาลกลางนั้นส่วนใหญ่จะอยู่ในรูปของบทบาททางการเงินซึ่งจะนำเสนอในรายละเอียดต่อไป โดยสังเขปแล้ว รัฐบาลกลางจะไม่มีอำนาจตามรัฐธรรมนูญในการควบคุมกิจกรรมต่างๆ ของรัฐบาลจังหวัดในเขตพื้นที่ที่รัฐบาลจังหวัดนั้นๆ มีอำนาจหน้าที่กระทำได้ เช่น เรื่องสุขภาพ แต่รัฐบาลกลางจะมีเครื่องมือที่มีอำนาจในการควบคุมรัฐบาลจังหวัดได้ นั่นคือ “อำนาจในการจ่ายงบประมาณ” (Spending Power) กล่าวคือ รัฐบาลแห่งชาติมีสิทธิในการอนุมัติเงินค่าใช้จ่ายต่างๆ เพื่อวัตถุประสงค์ใดก็ได้ที่

¹ Professor, School of Public Policy and Administration, Carleton University ผู้เขียนขอขอบคุณ Ms. Daphna Gelbart ผู้ให้ความช่วยเหลืออย่างดีเยี่ยมในการจัดทำรายงานวิจัยนี้ การวิจัยส่วนนี้ได้รับการสนับสนุนจาก Canadian International Development Agency ดูต้นฉบับภาษาอังกฤษใน Supplement ส่วนที่ 2

² ขอขอบคุณ ขวัญใจ เลขะกุล ที่ช่วยแก้ไขการแปลภาษาไทย

³ สำหรับการอ้างอิง ในภาคผนวกจะแสดงการเปรียบเทียบให้เห็นภาพรวมที่ชัดเจนระหว่างการดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพในประเทศแคนาดาและประเทศไทย

รัฐสภาเห็นควรว่าเหมาะสม ด้วยอำนาจดังกล่าวรัฐบาลกลางจะจัดสรรเงินงบประมาณให้แก่จังหวัดต่างๆ ที่สามารถจัดให้มีระบบประกันสุขภาพสาธารณะที่ตรงตามเงื่อนไขต่างๆ ที่กำหนดไว้ได้

เพื่อเป็นประโยชน์ในการสร้างความเข้าใจที่ดีขึ้นให้แก่ผู้อ่าน ผู้เขียนจะขอกล่าวถึงประวัติความเป็นมาของความร่วมมือระหว่างรัฐบาลกลางและรัฐบาลจังหวัดในเรื่องของการให้บริการสุขภาพสาธารณะ กล่าวคือ ความร่วมมือครั้งแรกของรัฐบาลกลางและรัฐบาลจังหวัดในเรื่องของสุขภาพ⁴ เราสามารถย้อนกลับไปได้จากตารางลำดับเวลาในตารางที่ 4.1 โดยจะพบว่ารูปแบบระบบการบริการสุขภาพที่ใช้อยู่ในปัจจุบันเป็นรูปแบบที่ใช้มาตั้งแต่ปี 1968 เมื่อครั้งที่รัฐสภาได้อนุมัติ Medical Care Act หรือ Medicare ซึ่งกฎหมายดังกล่าวกำหนดให้รัฐบาลกลางมีหน้าที่รับผิดชอบต้นทุนของการบริการโดยแพทย์และโรงพยาบาลร่วมกับรัฐบาลจังหวัด โดยมีเงื่อนไขว่ารัฐบาลจังหวัดนั้นจะต้องสามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขทั้ง 4 ประการที่วางไว้ได้ นั่นคือ 1) สามารถขยายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้แก่ประชาชน 2) สามารถขยายความครอบคลุมของบริการทางการแพทย์ที่จำเป็น 3) สามารถจัดให้มีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยระหว่างจังหวัด และ 4) มีระบบการบริหารงานในระดับจังหวัดที่โปร่งใส ซึ่งต่อมาในปี 1986 รัฐสภาได้ผ่าน Canada Health Act หรือ CHA อันมีผลบังคับใช้เป็นกฎหมายสุขภาพที่ยังคงใช้มาจนถึงทุกวันนี้ กฎหมายดังกล่าวได้เพิ่มเติมเงื่อนไขประการที่ 5 เข้าไป นั่นคือ การที่ประชาชนแคนาดาสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่จัดบริการโดยแพทย์และโรงพยาบาลได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ ในการรับบริการนั้นๆ

⁴ ชาวแคนาดาเห็นวาระระบบเมดิแคร์เป็นเสมือนผลสำเร็จอันดีจากความสัมพันธ์ระหว่างรัฐบาลกลางกับรัฐบาลจังหวัด แต่อย่างไรก็ดี นั้นไม่ได้หมายความว่าที่ผ่านคำสั่งของทั้งสองรัฐบาลที่เกิดขึ้นไม่เคยมีความขัดแย้งกัน หรือในปัจจุบันไม่มีความขัดแย้งดังกล่าวแล้ว

ตารางที่ 4.1 บทบาทของรัฐบาลกลางในการสนับสนุนด้านการเงินต่อโครงการด้านสุขภาพ

ปี	โครงการ	หมายเหตุ
1948	เงินทุนสำหรับการก่อสร้างโรงพยาบาลและการจัดให้บริการสุขภาพทั่วไปต่างๆ	- เป็นโครงการสำคัญโครงการแรกหลังสงครามที่มีการสนับสนุนเงินให้แก่จังหวัดสำหรับเรื่องสุขภาพ
1958	Hospital Insurance and Diagnostic Services Act	- รัฐบาลกลางโอนเงินให้จังหวัดประมาณร้อยละ 50 ของค่าใช้จ่ายในการให้บริการด้านสุขภาพ (เฉพาะตามที่กำหนด)
1968	Medical Care Act หรือ Medicare	- รัฐบาลกลางโอนเงินให้จังหวัดประมาณร้อยละ 50 ของค่าใช้จ่ายบริการด้านสุขภาพ หากจังหวัดสามารถปฏิบัติตามเงื่อนไข 4 ประการได้ คือ ความก้าวหน้า ความครบถ้วน การเคลื่อนย้าย และการบริหารงานสาธารณะ) โดยทุกจังหวัดได้เข้าร่วมข้อตกลงนี้ครบในปี 1971
1977	Established Programs Financing (EPF)	- การจัดสรรเงินประมาณให้แก่จังหวัดโดยให้ส่วนแบ่งภาษีและเงินโอน ซึ่งคิดเป็นประมาณร้อยละ 50 ของค่าใช้จ่ายที่ใช้สำหรับโรงพยาบาล Medicare และบริการการศึกษาในระดับที่สูงกว่ามัธยมศึกษาในปี 1975-76 โดยส่วนของเงินโอนจะกำหนดให้เพิ่มขึ้นเท่ากับอัตราการเติบโตของ GNP (3 year moving average)
1982	การปรับโครงสร้าง EPF	- ได้มีการกำหนดจำนวนเงินรวมที่จะจัดสรรให้แก่แต่ละจังหวัด โดยเงินโอนคำนวณจากจำนวนเงินรวมทั้งหมดที่กำหนดให้ลบด้วย tax point transfer ในปี 1977
1984	Canada Health Act หรือ CHA	- กำหนดเงื่อนไข 5 ประการเป็นเกณฑ์สำหรับการรับเงินงบประมาณ เงื่อนไขทั้งห้าประการ ได้แก่ เงื่อนไข 4 ประการเดิมตาม Medicare และเงื่อนไขใหม่คือ การเข้าถึงบริการ
1983-96	การลดการจัดสรรเงินตาม EPF 9 ครั้ง	- ลดเงินโอนที่จัดสรรให้แก่จังหวัด
1996	Canada Health and Social Transfer หรือ CHST	- เป็นการรวมเงินงบประมาณ EPF กับเงินงบประมาณอื่นๆ ที่จัดสรรให้แก่จังหวัดเข้าเป็นงบประมาณประเภทเดียวกัน
1998	การเพิ่มเงินงบประมาณ	- รัฐบาลกลางเริ่มจัดสรรเงินงบประมาณให้แก่จังหวัดเพิ่มขึ้นหลังจากสามารถลดการขาดดุลงบประมาณได้
2000	เงินงบประมาณเพื่อสุขภาพประเภทอื่นๆ	- มีการจัดสรรเงินงบประมาณสำหรับสุขภาพมากขึ้นเพิ่มเติมจากเงินงบประมาณในส่วน of CHST
2003	First Ministers' Accord	- มีสัญญาที่จะเพิ่มเงินงบประมาณด้านสุขภาพ ในขณะที่เดียวกันจังหวัดก็ได้ตกลงที่จะพัฒนาดัชนีชี้วัดผลงาน
2004	Canada Health Transfer หรือ CHT	- รัฐบาลกลางได้แบ่ง CHST ออกเป็นเงินโอน 2 ประเภท
2004	First Ministers' Accord	- รัฐบาลกลางตกลงที่จะเพิ่มเงินโอนในส่วน CHT เป็นเวลา 10 ปี ในขณะที่จังหวัดก็ได้ให้คำมั่นว่าจะทำการพัฒนาดัชนีชี้วัดผลงานเพิ่มเติม

4.2 ระบบโครงสร้างองค์กรของการให้บริการด้านสุขภาพ

กฎหมายต่างๆ ที่ได้แสดงไว้ข้างต้นนั้นหมายรวมถึง การดูแลรักษาพยาบาลหรือ Medicare ซึ่งจะรวมการให้บริการทางการแพทย์ทั้งหมดที่จำเป็นจากแพทย์และโรงพยาบาล โดยบริการเหล่านี้เราอาจเรียกได้ว่าเป็นการให้บริการดูแลรักษาพยาบาลหลักหรือเมดิแคร์หลัก (Core Medicare) ซึ่งเมดิแคร์หลักจะจัดให้มีการคุ้มครองอย่างเต็มรูปแบบแก่ประชาชนในจังหวัดทุกคนโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ค่าลดหย่อน (Deductibles) หรือรูปแบบอื่นๆ ของการจ่ายร่วม (Co-payment) แต่อย่างไรก็ตามประชาชนทุกคนจะเข้าถึงบริการเหล่านี้ได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ นอกจากนี้ประชาชนยังสามารถเลือกแพทย์หรือในบางกรณีเลือกกลุ่มแพทย์ที่เขาต้องการให้ทำการรักษาเบื้องต้นให้ได้⁵

นอกเหนือไปจากการจัดให้มีบริการเมดิแคร์หลักแล้วจังหวัดยังมีหน้าที่ในการจัดเตรียมบริการด้านสุขภาพอื่นๆ เช่น การดูแลผู้ป่วยระยะยาว (Long-term care) การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Care) และเรื่องของยาที่จ่ายตามใบสั่งของแพทย์ (Prescription Pharmaceuticals) อย่างไรก็ตามในขณะที่เราพบว่าการให้บริการเมดิแคร์หลักในแต่ละจังหวัดนั้นมีความคล้ายคลึงกันมาก การจัดบริการด้านสุขภาพอื่นๆ กลับมีความแตกต่างกันมาก ซึ่งโดยส่วนใหญ่แล้วบริการที่อยู่นอกเหนือไปจากบริการเมดิแคร์หลักเหล่านี้จะถูกจัดให้เป็นให้ค่าใช้จ่ายร่วมระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนซึ่งจะมีหลายรูปแบบและหลายระดับของการจ่ายร่วม แตกต่างกันไปในแต่ละจังหวัด รายละเอียดของขอบเขตความครอบคลุมของหลักประกันการให้บริการด้านสุขภาพของจังหวัดอัลเบอร์ต้า (Alberta) บริติช โคลัมเบีย (British Columbia) ออนตาริโอ (Ontario) และควิเบค (Quebec) แสดงดังตารางที่ 4.2

⁵ แพทย์ที่มีคนไข้ในความดูแลเต็มอัตราที่จะดูแลได้แล้ว อาจปฏิเสธรับคนไข้เพิ่มได้ โดยปกติการเข้าพบแพทย์เฉพาะทางผู้ป่วยจะได้รับการส่งต่อการรักษาจากแพทย์ทั่วไปที่ทำการรักษาเบื้องต้น อย่างไรก็ตาม มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญบางประเภทที่รับคนไข้เองโดยตรง เช่น แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านจักษุแพทย์ กุมารแพทย์ และสูตินารีแพทย์

ตารางที่ 4.2 บริการประกันสุขภาพ

จังหวัด/บริการ	บริติช โคลัมเบีย	อัลเบอร์ตา	ออนตาริโอ	ควิเบค
คุ้มครองทั้งหมด	- ความเจ็บป่วยที่ต้องการการรักษาจากแพทย์ - การดูแลครอบครัวจากแพทย์ - บริการวินิจฉัยโรค ซึ่งรวม x-ray และการตรวจในห้องปฏิบัติการตามคำสั่งแพทย์, แพทย์ผู้รักษาเท้า, ทันตแพทย์หรือศัลยแพทย์ช่องปากที่ได้รับอนุญาต - ทำฟันและศัลยกรรมในช่องปาก ในโรงพยาบาล - การจัดฟันที่เกี่ยวข้องกับการผิดปกติของโครงหน้าแต่กำเนิด - ความเจ็บป่วยที่ต้องการการตรวจวัดสายตา - การตรวจวัดสายตาตามปกติสำหรับผู้มีอายุต่ำกว่า 18 ปี และสูงกว่า 65 ปี - การศัลยกรรมเกี่ยวกับเท้า - บริการทางโทรศัพท์ BC Nurse line (บริการให้คำปรึกษาในจังหวัดตลอด 24 ชั่วโมง)	- ค่าแพทย์และค่าโรงพยาบาลที่จำเป็นต่อสุขภาพ - การรักษาในโรงพยาบาล - บริการสุขภาพฉุกเฉิน - บริการฟื้นฟูสุขภาพของชุมชนที่ให้บริการโดย Regional Health Authority: ด้านการได้ยิน - กายภาพบำบัดของชุมชน - อาชีวบำบัด การบำบัดการหายใจ พยาธิวิทยา - การหัดพูด และภาษา - บริการทางโทรศัพท์ Health Link Alberta (บริการให้คำปรึกษาในจังหวัดตลอด 24 ชั่วโมง)	- บริการตรวจและรักษาที่จำเป็น - การรักษาโดยแพทย์ - กายภาพบำบัดในโรงพยาบาล คลินิกที่ได้รับอนุญาต สถานบริการแพทย์ Community Care Access Centres - บริการทันตกรรมในโรงพยาบาล - การตรวจสายตาทุก 2 ปีสำหรับผู้มีอายุ 20-65 ปี และปีละครั้งสำหรับผู้มีอายุต่ำกว่า 20 ปีและสูงกว่า 65 ปี - บริการทางโทรศัพท์ Telehealth Ontario (บริการให้คำปรึกษาในจังหวัดตลอด 24 ชั่วโมง)	- บริการรักษาที่จำเป็นรวมถึง (แต่ไม่จำกัด) จิตบำบัด ตรวจและรักษาโดยการผ่าตัด รังสีวิทยา - เครื่องช่วยการได้ยิน - ให้การรักษาเกี่ยวกับการอ่าน การเขียน และการเคลื่อนไหว สำหรับคนตาบอดหรือมีปัญหาด้านสายตาในลักษณะการรู้ - บริการทันตกรรมแก่เด็กอายุต่ำกว่า 10 ปี และผู้ที่ได้รับเงินสงเคราะห์ต่อเนื่องเป็นเวลานานน้อยกว่า 12 เดือน - บริการตรวจวัดสายตาสำหรับผู้มีอายุต่ำกว่า 18 ปี และสูงกว่า 65 ปี และผู้ที่มีอายุระหว่าง 18-65 ปี ที่ได้รับความช่วยเหลือบางประเภทจากรัฐ หรือผู้ที่เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล หรือได้รับการดูแลระยะยาว - บริการทางโทรศัพท์ Info-Sante-Hotline (บริการให้คำปรึกษาในจังหวัดตลอด 24 ชั่วโมง)
คุ้มครองบางส่วน	ประโยชน์เพิ่มเติมสำหรับผู้ได้รับเงินช่วยเหลือด้านเบี้ยประกันจาก Medical Services Plan (MSP) เป็นเงินค่ารักษา \$23 ต่อครั้ง รวมกัน 1 ปีปฏิทินไม่เกิน 10 ครั้งในบริการต่อไปนี้: - การบำบัดโดยวิธีการจับกระดูกสันหลัง	- การบำบัดโดยวิธีการจับกระดูกสันหลัง (สูงสุด \$200 ต่อปีภายใต้เงื่อนไขบางประการ) - การรักษาเท้า (สูงสุด \$250 ต่อปีภายใต้เงื่อนไขบางประการ) - การตรวจสายตา (สำหรับผู้มีอายุต่ำกว่า 19 ปีและสูงกว่า 65 ปี)	- แพทย์ผู้รักษาเท้า - แพทย์ผู้ทำการบำบัดโดยการจับกระดูกสันหลัง - แพทย์รักษากระดูก	- อุปกรณ์การผ่าตัดปลูกถ่าย (ไม่เกิน \$600 ต่อปี) - เครื่องช่วยเหลือการเดินทางสำหรับผู้พิการ - การเสริมหน้าอกภายนอกสำหรับผู้หญิงที่ผ่านการศัลยกรรมตัดเต้านมออก (\$200 ต่อ 2 ปี) - ตาเทียม (ระบุนการจำกัดค่าใช้จ่าย)

จังหวัด/บริการ	บริติช โคลัมเบีย	อัลเบอร์ตา	ออนตาริโอ	ควิเบค
	- การบำบัดโดยการนวด - ธรรมชาติบำบัด - กายภาพบำบัด - การรักษาเท้าที่ไม่ใช่การผ่าตัด	- ทันตกรรม (การผ่าตัดบางอย่างที่ทำโดยทันตศัลยแพทย์) - กายภาพบำบัด (อาจจะให้บริการโดย RHA ก็ได้)		
การดูแลสุขภาพยา	ผู้ป่วยจ่าย 100% ของค่ายาจนถึงเพดานที่จะได้ส่วนลด (deductible) เมื่อค่าใช้จ่ายรายปีสูงกว่าเพดาน โปรแกรม Fair Pharma Care จะจ่ายให้ 70% ของค่ายา (75% สำหรับผู้สูงอายุ) นอกจากนี้ ถ้าค่าใช้จ่ายค่ายาของครอบครัวสูงเกินระดับหนึ่ง Fair Pharma Care จะจ่าย 100% ของค่ายาที่กำหนด ที่ร้านขายยา ผู้ป่วยจะจ่าย 100% ของค่ายาจนถึงจุดที่ได้ส่วนลด เมื่อถึงจุดที่ได้รับส่วนลดผู้ป่วยจะไม่ต้องจ่ายค่ายา ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในตารางภาคผนวก (ภาษาอังกฤษ)	ผู้ที่อายุสูงกว่า 65 ปีจะได้รับ premium-free Alberta Blue Cross Coverage for Seniors สำหรับบริการทุกอย่างที่ไม่ได้คุ้มครองโดย Alberta Health Care Insurance Plan โดยผู้ป่วยจะจ่ายร่วม 30% ของค่ายา แต่จ่ายไม่เกิน \$25 ต่อใบสั่งยา Alberta Blue Cross drag plan มีประโยชน์ให้สำหรับผู้มีอายุต่ำกว่า 65 ปี ในอัตรา \$246 ต่อคนต่อปี หรือ \$492 ต่อครอบครัว บุคคลหรือครอบครัวที่ผ่านการคัดกรองให้ได้รับการอุดหนุน health premium จะเสียค่า premium แก่ Blue Cross ในอัตรา \$172.20 ต่อคนต่อปี หรือ \$344.40 ต่อครอบครัว นอกจากนี้ ยังได้รับความคุ้มครองเช่นเดียวกับในกรณีผู้สูงอายุที่อธิบายข้างต้น เงินส่วนลด (deductible) จะจ่ายเป็นรายไตรมาส ที่ร้านขายยา ผู้มีประกันจะจ่าย 30% ของค่ายาจนถึงเพดานสูงสุด \$25	ผู้มีอายุสูงกว่า 65 ปี ลงทะเบียนเข้าสู่ Trillium Drug Program/Ontario Drug Benefit Seniors โดยอัตโนมัติ ซึ่งจะให้ส่วนลดเมื่อค่าใช้จ่ายปีเกิน \$100 หลังจากนั้นผู้สูงอายุจ่าย \$6.11 ต่อใบสั่งยา ผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองว่ามีรายได้ต่ำกว่า \$16,800 ต่อคน หรือ \$24,175 ต่อครอบครัว จะจ่าย \$2 ต่อใบสั่งโดยไม่ต้องใช้ระดับที่ได้ส่วนลด ครีวเรือนสามารถสมัครเข้า Ontario Drug Benefits ได้ โดยครีวเรือนจะจ่ายค่ายาทั้งหมดจนถึงจุดที่จะได้รับส่วนลดที่กำหนดไว้ต่อไตรมาส หลังจากนั้นจะจ่ายเพียง \$2 ต่อใบสั่งยาจนสิ้นไตรมาส ส่วนลดที่ไม่ได้ใช้ถูกสะสมไปไตรมาสต่อไปได้ ส่วนลดจะถูกจ่ายเป็นงวดไตรมาส ที่ร้านขายยา ผู้ประกันจะจ่าย \$2 ต่อใบสั่งยา ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในตารางภาคผนวก (ภาษาอังกฤษ)	The Public Prescription Drug Insurance Plan (RAMQ) คุ้มครองผู้มีอายุสูงกว่า 65 ปี, ผู้รับเงินสงเคราะห์และประโยชน์ทดแทนรายได้อื่นๆ, ผู้ไม่สามารถเข้าถึงโปรแกรมของเอกชน และบุตรของผู้ที่อยู่ในโปรแกรมของรัฐ เด็ก ผู้สูงอายุ และผู้รับความช่วยเหลือด้านรายได้จะไม่ต้องจ่ายค่า premium สำหรับบุคคลอื่นทั้งหมดจะต้องจ่ายค่าธรรมเนียมรายปีระหว่าง \$0-\$494 ต่อคน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับรายได้สุทธิของครอบครัว ที่ร้านขายยา ผู้อยู่ภายใต้การประกันจะจ่ายเพียงส่วนที่ตนเองต้องสมทบเท่านั้น ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในตารางภาคผนวก (ภาษาอังกฤษ)
การดูแลสุขภาพที่บ้าน	- ค่าใช้จ่ายฟรีสำหรับการดูแล การพยาบาล และ	คุ้มครองเต็มที่สำหรับการดูแลที่บ้าน (ช่วยแต่งตัว	บริการดูแลที่บ้านจัดโดยลูกข่ายของ Community	Local Community Service Centre (CLSC)

จังหวัด/บริการ	บริติช โคลัมเบีย	อัลเบอร์ตา	ออนตาริโอ	ควิเบค
	บริการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วย - การดูแลที่บ้าน เป็นการช่วยเหลือส่วนบุคคล เช่น อาบน้ำ แต่งตัว การดูแลบ้านที่ทำให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้อาศัย - Choice in Supports for Independent Living (CSIL) เป็น "การจัดการดูแลเอง" ผู้ใช้บริการจะได้รับเงินโดยตรงเพื่อนำไปซื้อบริการดูแลที่บ้าน โดยผู้ให้บริการจะรับผิดชอบทั้งการจัดการ การประสานงาน และการจัดการด้านการเงินสำหรับบริการ รวมถึงการจ้างเช่า อบรม จัดตาราง และควบคุมผู้มาให้บริการดูแลที่บ้าน	อาบน้ำ เป็นต้น) รวมถึงการบริการโดยผู้เชี่ยวชาญที่บ้านด้วย (พยาบาล อาชีวบำบัด เป็นต้น)	Care Access Centre (CCAC) คัดกรองบริการทุกอย่างที่เกี่ยวข้องกับการดูแลส่วนบุคคล ส่วนบริการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบ้านจะไม่คัดกรอง แต่ CCAC จะช่วยจัดเตรียมบริการให้ได้	เป็นผู้จัดบริการ พยาบาลจะไปเยี่ยมผู้ใช้บริการที่บ้าน ให้ความช่วยเหลือทางการเงิน สำหรับผู้ป่วยอายุมากกว่า 65 ปีหรืออายุ 18-64 ปีแต่ไม่สามารถทำงานบ้านเองได้ และให้ Tax credit กับผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 70 ปี CLSC จะช่วยผู้ป่วยในการจัดบริการทำความสะอาดบ้าน และบริการที่เกี่ยวข้อง ผ่านทางองค์กรชุมชน หรือบริษัททางสังคม โดยอาจจะต้องเสียค่าใช้จ่าย
การดูแลผู้ป่วยระยะยาว	ผู้ให้บริการจ่ายค่าบริการรายวันระหว่าง \$27.60 ถึง \$66.30 ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับรายได้ โดยเฉลี่ยจะอยู่ในช่วง \$839.50 ถึง \$2016.63 ต่อเดือนขึ้นอยู่กับรายได้	ค่าบริการดูแลระยะยาวจะอยู่ที่ \$1,205 ต่อเดือนสำหรับห้อง 4 คน \$1,277 สำหรับห้องกึ่งส่วนตัวและ \$1,469 สำหรับห้องเดี่ยว ค่าใช้จ่ายส่วนที่เหลือจังหวัดจะเป็นผู้รับผิดชอบ มีการให้เงินอุดหนุนในบางกรณี ขึ้นกับรายได้ของผู้ใช้บริการ	ผู้ป่วยจ่ายรายเดือนในอัตรา \$1,480.99 สำหรับห้องคนใช้รวม \$1,724.32 สำหรับห้องกึ่งส่วนตัว และ \$2,048.49 สำหรับห้องเดี่ยว มีเงินอุดหนุนรวมสำหรับผู้อยู่ห้องคนใช้ในกรณีที่มีรายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย	การให้บริการดูแลระยะยาวของรัฐจัดผ่าน Residential and Long Term Care Centres (CHSLD) หรือผ่านทางหน่วยงานเอกชนที่รัฐยอมรับ ผู้ป่วยจะจ่ายค่าบริการรายเดือนเท่ากับ \$1,420 สำหรับในสถานบริการของรัฐหรือของเอกชนที่รัฐยอมรับการให้เงินอุดหนุนขึ้นกับรายได้
อื่นๆ (ยังไม่ครบถ้วน)	BC Palliative Care benefits program – ประชาชนที่อยู่ที่บ้านและใกล้จะเสียชีวิตจะได้รับยาและอุปกรณ์เพื่อบรรเทาความเจ็บป่วยฟรี	Alberta Aids to Daily Living: - ให้อุปกรณ์และวัสดุทางการแพทย์พื้นฐานสำหรับผู้พิการถาวร 6 เดือนหรือมากกว่า ผู้ป่วยเรื้อรัง หรือผู้ป่วยระยะสุดท้าย		

จังหวัด/บริการ	บริติช โคลัมเบีย	อัลเบอร์ตา	ออนตาริโอ	ควิเบค
	Healthy Kids – โปรแกรมนี้ขยายการดูแล ช่องปากและดวงตาขั้น พื้นฐานสำหรับเด็กใน ครอบครัวที่มีรายได้น้อย และปานกลาง แต่ โปรแกรมนี้บริหารงาน โดยกระทรวงทรัพยากร มนุษย์	- จำกัดเครื่องมือที่ให้ (ประเภทและปริมาณ) - ร้อยละ 25 ของต้นทุน ของแต่ละประโยชน์ทด แทนจ่ายโดยผู้ป่วยจนถึง \$500 ต่อครอบครัวต่อปี; การจำกัดปริมาณและ ราคาจึงเกิดขึ้น - ไม่มีการร่วมจ่ายจากผู้ ที่ได้รับ Widows' Pension, Premium Assistance Plan, Social Assistance หรือ Assured Income for the Severely Handicapped		

หมายเหตุ: ที่กล่าวมาในบริการที่ “คุ้มครองทั้งหมด” สำหรับจังหวัดหนึ่งไม่ได้หมายความว่าไม่คุ้มครองโดยจังหวัดอื่นๆ แต่ได้รวมไว้ในบริการที่คุ้มครอง “แบบจำเป็นเร่งด่วน” / “จำเป็น” / “ที่ต้องการ”

การให้บริการนอกเหนือบริการเมดิแคร์หลักนั้นมีความเกี่ยวข้องเป็นอย่างมากกับการให้บริการของเมดิแคร์หลักด้วยการจัดให้มีบริการดังกล่าวตลอดจนกำหนดเวลาและเงื่อนไขที่จะจัดให้มีบริการ จะส่งผลให้เมดิแคร์หลักเกิดแรงกดดันทั้งในแง่ความต้องการและแง่ของต้นทุน ปัญหาสำคัญที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันของบริการเมดิแคร์หลักและบริการอื่นๆ คือ ปัญหาที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลโดยมีกรณีตัวอย่าง 2 กรณีที่เด่นชัดในเรื่องนี้

กรณีที่หนึ่ง การขาดแคลนบริการการดูแลผู้ป่วยระยะยาว และ/หรือ การดูแลผู้ป่วยที่บ้านจะทำให้ประชาชนที่ต้องการใช้บริการเหล่านี้ต้องจายอมรับการรักษาในโรงพยาบาลแทน ซึ่งมีค่าใช้จ่ายต่อวันในการรักษาที่แพงกว่าหลายเท่าตัว ยิ่งไปกว่านั้นยังส่งผลให้คนไข้ที่ต้องการดูแลรักษาไม่มากไปครอบครองเตียงของคนไข้ที่ต้องการการดูแลรักษาที่มากกว่า ซึ่งอาจจะทำให้โรงพยาบาลไม่สามารถรับคนไข้ใหม่ หรือไม่สามารถจัดให้มีการผ่าตัดแบบที่วางแผนล่วงหน้าไว้ก่อนได้

กรณีที่สอง คือ ความไม่เท่าเทียมกันของการให้ยารักษา ระหว่างการรักษาในและนอกโรงพยาบาล โดยยาที่จัดให้กับคนไข้ในโรงพยาบาลจะถือเป็นส่วนหนึ่งของบริการเมดิแคร์หลัก ในขณะที่ยาที่ต้องไปซื้อเองตามใบสั่งแพทย์นั้นไม่ถือเป็นส่วนหนึ่งของเมดิแคร์หลัก ดังนั้นผลก็คือ หากมีความแตกต่างเป็นอย่างมากระหว่างค่าใช้จ่ายที่หลักประกันสุขภาพของรัฐกำหนดเกี่ยวกับยาตามใบสั่งแพทย์กับยาในโรงพยาบาล แรงกดดันนี้จะทำให้มีความพยายามรักษาคนไข้ไว้ในโรงพยาบาลเพื่อช่วยให้คนไข้ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับคนไข้ที่ไม่มีประกันสุขภาพของเอกชน ท้ายสุด ผลที่เกิดขึ้นคือ ความแออัดในโรงพยาบาล และต้นทุนโดยรวมของโรงพยาบาลที่เพิ่มสูงขึ้น ดังนั้น เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพมากขึ้นและต้นทุนลดลง รัฐบาลจังหวัดจึงได้ขยายหลักประกันสาธารณะให้มีบริการอื่นๆ นอกเหนือไปจากเมดิแคร์หลัก เช่น ในเรื่องของยา การให้บริการดูแลผู้ป่วย

ระยะยาว และการให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งการให้บริการเหล่านี้อาจทำได้ในรูปของการจัดการร่วมกันของภาครัฐและเอกชน โดยจัดให้เป็นหลักประกันสาธารณะสำหรับกลุ่มคนบางกลุ่ม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กลุ่มผู้มีรายได้น้อยและครอบครัว และผู้มีอายุ 65 ปีขึ้นไปโดยจัดเป็นการจ่ายร่วมกัน (Co-payment) และมีส่วนลด (Deductibles) ซึ่งส่วนใหญ่จะพิจารณาจากเกณฑ์รายได้ของประชาชนหรือครอบครัว

โดยความเป็นจริงแล้ว หากอ้างอิงจากการตัดสินใจครั้งล่าสุดของนายกรัฐมนตรีและนายกเทศมนตรีจังหวัดในปี 2003 และ 2004 จะพบว่าเมดิแคร์หลักของประเทศแคนาดากำลังอยู่ในระหว่างการขยายตัวเพื่อจะครอบคลุมไปถึงการดูแลผู้ป่วยระยะยาวและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และอย่างน้อยที่สุดให้ครอบคลุมยา Catastrophic Pharmaceuticals แนวโน้มการขยายบทบาทของรัฐบาลกลางในเรื่องการดูแลสุขภาพนี้ยังเห็นได้จากการเปลี่ยนแปลงใหม่ๆ ในการจัดการของรัฐบาลกลางหลายๆ เรื่อง อาทิ การให้ความสนับสนุนทางการเงินแก่จังหวัดเมื่อไม่นานมานี้ รายละเอียดจะอธิบายเพิ่มเติมในบทของการเงินต่อไป

การบริการบางด้านของระบบการดูแลสุขภาพจะอยู่นอกเหนือทั้งหมดหรือเกือบทั้งหมดจากระบบประกันสุขภาพสาธารณะ เช่น การบริการด้านทันตกรรมโดยทั่วไป (ยกเว้นการทำศัลยกรรมในช่องปากในโรงพยาบาล) จะไม่ครอบคลุมในจังหวัดใดเลย ยกเว้นในจังหวัดควิเบคที่จะมีการบริการด้านทันตกรรมให้แก่ผู้มีรายได้น้อยและเด็ก (แสดงดังตารางที่ 4.2) นอกจากนี้การรักษาโดยแพทย์ทางเลือกในรูปแบบต่างๆ ที่ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการยอมรับในการแพทย์แผนตะวันตกก็จะไม่ครอบคลุมเช่นกัน อาทิ การบำบัดโรคด้วยการจับกระดูกสันหลัง (Chiropractic) และการฝังเข็มจะไม่ครอบคลุมในจังหวัดส่วนใหญ่ และการบริการทางการแพทย์ที่ไม่จำเป็น เช่น การทำศัลยกรรมตกแต่งจะไม่ได้รับการครอบคลุมในจังหวัดใดเลย

แพทย์โดยส่วนใหญ่จะทำงานในฐานะผู้ประกอบการส่วนตัว โดยจะทำงานคนเดียวหรือทำงานเป็นกลุ่มก็ได้ แพทย์เหล่านี้จะได้รับค่าจ้างจากหน่วยงานด้านสุขภาพของจังหวัด (Provincial Health Authority) ที่จัดตั้งขึ้นเพื่อจุดประสงค์นี้โดยเฉพาะ⁶ โดยจะจ่ายค่าจ้างจริงตามที่ทำการรักษา (Fee-for-Service) ทางจังหวัดจะทำการเจรจารายละเอียดของตารางค่าบริการกับองค์กรการแพทย์ของจังหวัด (Provincial Medical Association)⁷ ซึ่งแพทย์ส่วนใหญ่ทำงานภายใต้ระบบนี้คิดเป็นร้อยละ 80 ของแพทย์ทั่วประเทศและไม่เกินร้อยละ 90 ของแพทย์ในจังหวัดออนตาริโอ สำหรับพวกแพทย์ที่ไม่ได้อยู่ในระบบนี้จะได้รับการจ่ายเงินในรูปแบบอื่นซึ่งส่วนใหญ่จะอยู่ในรูปแบบของเงินเดือน และ/หรือ วิธีการจ่ายเงินแบบเป็นรายหัว

โรงพยาบาลถือว่าเป็นสถาบันที่มีความสำคัญในชุมชนท้องถิ่น ตามประวัติศาสตร์แล้วโรงพยาบาลในแคนาดาถูกตั้งขึ้นและดำเนินงานโดยชุมชนท้องถิ่น หรือคณะกรรมการศาสนาและไม่เคยมีโรงพยาบาลเอกชนที่แสวงหากำไร มาในช่วงปี 1950-1959 เมื่อรัฐบาลจังหวัดเริ่มทำหน้าที่สนับสนุนทางการเงินแก่โรงพยาบาลความสัมพันธ์ระหว่างจังหวัดและรัฐบาลกลางก็พัฒนาไปอย่างรวดเร็ว ในขณะที่ความสัมพันธ์แบบเก่าระหว่างโรงพยาบาลกับคณะกรรมการชุมชนศาสนาและชาวบ้านก็เริ่มมีความสำคัญน้อยลงไป ในปัจจุบันโรงพยาบาลถือ

⁶ ในกรณีส่วนใหญ่หน่วยงานที่ทำหน้าที่ดังกล่าวจะไม่ใช้กระทรวงสาธารณสุขโดยตรง แต่จะเป็นหน่วยงานหนึ่งของกระทรวงสาธารณสุข

⁷ ในบางกรณีการกำหนดค่าบริการจะมีการกำหนดเพดานของค่าบริการต่อปีที่แพทย์สามารถเรียกเก็บได้ ซึ่งอาจจะอยู่ในรูปแบบของ Hard Ceiling คือ กำหนดค่าบริการที่มากที่สุดที่แพทย์จะสามารถเรียกเก็บได้ตายตัวหรือ Soft Ceiling ที่อนุญาตให้แพทย์ทำงานและคิดค่าบริการต่อไปเกินที่ Hard Ceiling กำหนดไว้ได้ แต่ค่าบริการต่อการรักษาจะเป็นอัตราที่ต่ำกว่าอัตราปกติ

เป็นองค์การของชุมชนที่มีคณะกรรมการที่ได้รับการเลือกมาจากชุมชนท้องถิ่นมาทำหน้าที่ในการบริหาร ซึ่งอย่างไรก็ดีในความเป็นจริงแล้วคณะกรรมการเหล่านี้กลับไม่ได้มีหน้าที่รับผิดชอบขึ้นตรงกับชุมชนท้องถิ่นแต่กลับขึ้นตรงต่อรัฐบาลจังหวัดหรือ Regional Health Authority หรือ RHA ซึ่งปฏิบัติงานในฐานะหน่วยงานหนึ่งของจังหวัด ถึงแม้ว่ากรณีที่รัฐบาลจังหวัดจะทำการปิดโรงพยาบาลหรือปลดคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลและสั่งการให้โรงพยาบาลอยู่ภายใต้การควบคุมของสมาชิกสภาจังหวัด (Provincial Trustees) จะเกิดขึ้นได้ยากมากและไม่ได้เกิดขึ้นได้บ่อยๆก็ตาม แต่เหตุการณ์ดังกล่าวสามารถชี้ให้เห็นว่าอำนาจการควบคุมสูงสุดที่แท้จริงแล้วนั้นอยู่ที่รัฐบาลจังหวัดเป็นสำคัญ โรงพยาบาลจะได้รับงบประมาณเพื่อการดำเนินงานจากจังหวัดหรือ RHA และต้องรายงานผลงานที่เกิดขึ้นจากงบประมาณดังกล่าวต่อรัฐบาลจังหวัด ในบางโรงพยาบาลการบริหารงานดำเนินการโดยกลุ่มกลุ่มสมาคมที่เคยมีมาแต่อดีต เช่น ชุมชนศาสนา ซึ่งมักจะมีข้อต่อต้านวิธีการทางการแพทย์ ซึ่งรัฐบาลจังหวัดเองก็ยอมรับการบริหารของคณกลุ่มนี้ได้หากไม่ขัดต่อสาระสำคัญของนโยบายในระดับจังหวัด ส่วนรัฐบาลท้องถิ่นหรือคณะเทศมนตรีนั้นจะไม่ยุ่งเกี่ยวกับการบริหารงานหรือการจัดการด้านการเงินใดๆ ของคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลเลย

รัฐบาลระดับจังหวัดจะให้เงินสนับสนุนสำหรับค่าปฏิบัติการรายปีของโรงพยาบาล โดยส่งผ่านตรง และส่งผ่านทาง RHA ซึ่งปกติจะอยู่ในรูปของเงินงบประมาณรวมรายปี ยกเว้นในบางกรณีรัฐบาลจังหวัดสามารถให้งบประมาณเฉพาะแก่โรงพยาบาลสำหรับใช้ในกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งได้ โดยงบสำหรับกิจกรรมพิเศษดังกล่าวโดยทั่วไปแล้วจะเป็นงบประมาณสำหรับกิจกรรมช่วงสั้นๆ ซึ่งหลังจากนั้นแล้วงบดังกล่าวจะถูกยุบรวมเข้ากับเงินงบประมาณหลักของโรงพยาบาล ดังนั้นการวางแผนคาดการณ์งบประมาณรายปีของโรงพยาบาลที่ดีที่สุดก็ควรคำนวณจากงบประมาณจากปีก่อนบวกด้วยอัตราการเจริญเติบโตอย่างเหมาะสม ตลอดเวลาที่ผ่านมา งบประมาณจะสะท้อนให้เห็นธรรมชาติและปริมาณของกิจกรรมของโรงพยาบาลในภาพกว้างๆ แต่อย่างไรก็ดี มีข้อโต้แย้งว่างบประมาณควรจะถูกกำหนดโดยตรงโดยกิจกรรมที่เกิดขึ้นจริงในระหว่างปีมากกว่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งสูตรในการคิดงบประมาณสำหรับการคิดค่าบริการตามการรักษา

การสนับสนุนเงินสำหรับเป็นเงินทุนของโรงพยาบาลโดยส่วนใหญ่แล้วมาจากรัฐบาลจังหวัด^๑ ซึ่งมีข้อยกเว้นอยู่เพียง 2 กรณีด้วยกัน คือ กรณีโรงพยาบาลขนาดใหญ่ซึ่งโดยมากจะเป็นโรงพยาบาลที่มีโรงเรียนแพทย์อยู่ด้วย มักจะมีการรณรงค์หาทุนอย่างขยันขันแข็งสำหรับการเพิ่มทุนของโรงพยาบาล ตลอดจนการสนับสนุนกิจกรรมทางการวิจัยต่างๆ และกรณีโครงการจัดหาทุนสำหรับการวิจัยของรัฐบาลกลางซึ่งอาจจะให้การสนับสนุนทางด้านโครงสร้างพื้นฐานสำหรับการทำวิจัย เช่น สิ่งอำนวยความสะดวกและอุปกรณ์เครื่องมือสำหรับการวิจัยหรือให้การสนับสนุนโครงการวิจัย อย่างใดอย่างหนึ่ง

^๑ โอกาสน้อยมากที่รัฐบาลจังหวัดจะทำการปิดโรงพยาบาลหรือโยกย้ายและแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลที่อยู่ภายใต้การควบคุมของผู้จัดการหรือตัวแทนจังหวัด (Provincial trustee) เหตุการณ์เหล่านี้จะไม่เกิดขึ้นบ่อยๆ แต่ถ้าเกิดขึ้นก็จะเป็นจุดที่แสดงให้เห็นว่าท้ายที่สุดแล้วการควบคุมก็ยังเป็นของรัฐบาลจังหวัด

จังหวัดทุกจังหวัดยกเว้นออนตาริโอได้มีการก่อตั้ง Regional Health Authority หรือ RHA ขึ้นเพื่อผนวก
รวมบริการต่างๆ ในแต่ละท้องที่ตามลักษณะภูมิศาสตร์ขึ้นภายในจังหวัด และเพื่อช่วยควบคุมต้นทุน โดยปกติ
RHA จะรับผิดชอบงานโรงพยาบาล สิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะยาวและงานบริการด้าน
สุขภาพอื่นๆ ของชุมชน RHA ยังมีอำนาจในการผนวกรวมบริการตามแนวตั้งข้ามหน่วยงานประเภทต่างๆ เช่น
การถ่ายโอนผู้ป่วยจากโรงพยาบาลไปดูแลที่บ้านและประสานงานบริการในแนวนอนระหว่างหน่วยงานที่
คล้ายคลึงกัน เช่น เรื่องความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขาระหว่างโรงพยาบาลต่างๆ

RHA ดำเนินงานโดยคณะกรรมการบริหารที่แต่งตั้งโดยรัฐบาลจังหวัด กรรมการจะประกอบไปด้วยผู้
อาศัยอยู่ในท้องที่นั้น ซึ่งมักจะเป็นผู้เชี่ยวชาญในสาขาการดูแลสุขภาพ ผู้นำชุมชน และตัวแทนของผู้ป่วย คณะ
กรรมการบริหาร RHA จะว่าจ้างผู้บริหารเข้ามาทำหน้าที่รับผิดชอบงานในแต่ละวัน RHA ได้รับงบประมาณ
สนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุขของจังหวัด งบประมาณของแต่ละ RHA จะขึ้นอยู่กับขนาดของประชากรที่จะ
ต้องให้บริการและปัจจัยทางประชากรอื่นได้แก่ สัดส่วนของอายุ เพศ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งจะมีผล
ต่ออุปสงค์ความต้องการบริการทางด้านสุขภาพโดย RHA จะทำการจัดสรรงบประมาณดังกล่าวไปยังหน่วยงาน
ต่างๆ ที่ RHA รับผิดชอบอยู่

สำหรับบริการที่มีต้นทุนสูง และ/หรือ การบริการที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญระดับสูงนั้น ซึ่งมักมีลักษณะ
ต้องจัดให้บริการจำนวนมากจึงจะคุ้มค่า (Large Economies of Scale) เช่น การรักษาโรคมะเร็ง การผ่าตัดหัวใจ
บริการเหล่านี้จะไม่รวมอยู่ในความรับผิดชอบของ RHA แต่จะเป็นความรับผิดชอบโดยตรงของกระทรวงหรือ
หน่วยงานระดับจังหวัดที่แยกออกมาโดยเฉพาะ เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการต่างๆ ของ
ประชากรทุกคนในจังหวัด และทำให้มีปริมาณผู้ป่วยเพียงพอที่จะทำให้เกิดความคุ้มค่าในการให้บริการ

ระบบบริการด้านสุขภาพของจังหวัดควิเบคถือเป็นกรณีที่น่าสนใจเป็นพิเศษ เนื่องจากระบบของควิเบค
ได้ก้าวไปเกินกว่าระบบของจังหวัดอื่นๆ โดยได้มีการรวมบริการด้านสุขภาพและสังคมเข้าไว้ด้วยกันโดยมีระบบ
เครือข่าย Front line ที่ทำหน้าที่เป็นเครือข่ายของระบบเครือข่ายของ Local Community Service Centres หรือ
CLSC ศูนย์ CLSC จะให้บริการในชุมชนท้องถิ่นที่มีขนาดเล็ก โดยให้บริการต่างๆ อาทิ การให้คำปรึกษาทางการแพทย์
การให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่อง การให้บริการตรวจหาโรคเอดส์หรือเชื้อเอชไอวี (HIV) และโรค
ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การบริการดูแลหลังออกจากโรงพยาบาล คลินิกวัคซีนป้องกันโรค (Vaccination Clinic)
การดูแลและการให้คำแนะนำระหว่างการคลอด และการให้บริการด้านสุขภาพจิต ศูนย์ CLSC จะรายงานผลการ
ดำเนินงานไปยัง Regional Health and Social Service Agency

รายละเอียดของ RHA ใน 3 จังหวัด คือ อัลเบอร์ตา บริติชโคลัมเบีย และควิเบคแสดงดังตารางที่ 4.3

ดังที่กล่าวไว้ในตอนแรก ออนตาริโอ เป็นจังหวัดเดียวที่ไม่มีการจัดตั้ง RHA ในปี 1997 จังหวัดได้จัดตั้ง
Community Care Access Centres หรือ CCAC ขึ้นเพื่อควบคุมการเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแล
ผู้ป่วยที่บ้านและการดูแลผู้ป่วยในระยะยาวในท้องที่นั้น ในปัจจุบันออนตาริโอกำลังอยู่ในขั้นตอนของการจัดตั้ง
ระบบที่เรียกว่า Local Health Integration Networks ซึ่งมีหน้าที่เหมือนกับ RHA ในจังหวัดอื่นๆ

⁹ ยกตัวอย่างเช่น ในเขตพื้นที่มอนทรีออล (Montreal) ที่มีประชากรประมาณ 2.5 ล้านคนจะมีศูนย์ CLSC 29 ศูนย์ด้วยกัน

ตารางที่ 4.3 หน่วยงาน Regional Health Authorities หรือ RHA

จังหวัด / รายละเอียด	บริติช โคลัมเบีย	อัลเบอร์ตา	ควิเบค
จำนวนของ RHA	มี 5 หน่วยงานด้านสุขภาพ รวมทั้งบริการด้านสุขภาพแบ่งเป็น 16 พื้นที่ มีหนึ่งหน่วยงานของบริการด้านสุขภาพระดับจังหวัดที่ร่วมมือและ/หรือให้บริการโครงการภายในจังหวัดและการบริการเฉพาะทาง	มีหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ 9 พื้นที่ มี 2 หน่วยงานด้านสุขภาพระดับจังหวัดที่ให้บริการด้านมะเร็งและบริการด้านสุขภาพจิต แต่อย่างไรก็ตามการบริการด้านสุขภาพจิตก็เป็นการให้บริการผ่าน RHA	มีคณะกรรมการด้านสุขภาพและบริการสังคม (RRSSS) ทั้งหมด 16 พื้นที่ มี 2 หน่วยงานเพิ่มเติมที่มีบทบาทเท่าเทียมกัน ได้แก่ James Bay Regional Health and Social Services Centre และ the Cree Board of Health and Social Services of James Bay
ขอบเขตความรับผิดชอบ	ความรับผิดชอบเบื้องต้นของหน่วยงานด้านสุขภาพทั้ง 5 ครอบคลุม 1) ระบุความต้องการด้านสุขภาพของพื้นที่ 2) วางแผนโปรแกรมและการบริการที่เหมาะสม 3) สร้างความมั่นใจว่าบริการได้รับเงิน และมีการจัดการที่เหมาะสม ภาระหน้าที่หน่วยให้บริการในพื้นที่ทั้ง 16 แห่ง 1) จัดการเรื่องการให้บริการด้านสุขภาพในพื้นที่ที่รับผิดชอบ 2) ปฏิบัติให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดโดยพื้นที่ 3) สร้างความมั่นใจว่าชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนและประเมินการให้บริการในพื้นที่ 4) ประเมินสถานะด้านสุขภาพและผลการดำเนินงานตามแผน จังหวัดต้องมีบทบาทในการทำงานร่วมกับ 5 หน่วยงานด้านสุขภาพทั้งในการวางแผนและร่วมมือกันให้บริการรักษา	RHA รับผิดชอบดูแลโรงพยาบาล การให้การดูแลต่อเนื่อง การให้บริการสุขภาพในชุมชน และโครงการสุขภาพของรัฐใน Alberta หน้าที่เหล่านี้รวมถึงการดูแลรักษาพยาบาล โครงการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน บริการฟื้นฟูสุขภาพในชุมชน บริการด้านสุขภาพฉุกเฉิน บริการทางโทรศัพท์ Health Link Alberta (บริการให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมง) การดูแลที่บ้านและบริการสุขภาพในชุมชนอื่นๆ การจับกระตุกสันหลัง การรักษาเท้าและการวัดสายตา การดูแลระยะยาว และบริการสาธารณสุข (ดูรายละเอียดในตารางภาคผนวกภาษาอังกฤษ) การบริการเฉพาะทางที่มีค่าใช้จ่ายสูง เช่น ผ่าตัดหัวใจเป็นการให้บริการระดับจังหวัด (ไม่ใช่ให้บริการในพื้นที่) เพื่อสร้างความมั่นใจว่าประชาชนทุกพื้นที่สามารถเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียมกัน การให้บริการเฉพาะทางรวมถึงการปลูกถ่ายอวัยวะและผ่าตัดหัวใจ	คณะกรรมการแต่ละคณะได้รับมอบหมายให้ดูแลการวางแผนงาน การจัดการและประสานงานโครงการบริการต่างๆ และมีหน้าที่ดูแลการจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรอื่นๆ คณะกรรมการอาจถูกเรียกให้มีการปรับรูปแบบการให้บริการสุขภาพและบริการสังคมให้ตรงกับความต้องการของประชาชนและสถานการณ์ของผู้ใช้บริการที่ตนรับผิดชอบ แต่ละพื้นที่สามารถพัฒนาวิธีการที่องค์กรให้บริการได้อย่างอิสระโดยคำนึงถึง ● ลักษณะของผู้รับบริการในพื้นที่ ● ลักษณะภูมิประเทศ ● ลักษณะเศรษฐกิจสังคมและวัฒนธรรม ● ลักษณะการประกอบกิจการ คณะกรรมการได้รับมอบหมายจากรัฐมนตรีให้วางแผนจัดองค์กรดำเนินงานและประเมินโครงการบริการสุขภาพและบริการสังคม คณะกรรมการต้องสร้างความมั่นใจว่าประชาชนในพื้นที่มีส่วนร่วมในการจัดการระบบการเครพ

จังหวัด / รายละเอียด	บริติช โคลัมเบีย	อัลเบอร์ตา	ควิเบค
	พยาบาล และการให้บริการเฉพาะทาง เช่น ผ่าตัดปลูกถ่าย และการดูแลเกี่ยวกับหัวใจ และร่วมมือกันจัดการและดูแลองค์กร ที่ให้บริการสุขภาพภายในจังหวัด (เช่น หน่วยงานบริการด้านมะเร็ง ของ B.C. ศูนย์บริการด้านสุขภาพเด็กและสตรีของ B.C. และอื่นๆ) ศัลยกรรมปลูกถ่ายอวัยวะมีใน Vancouver ผ่าตัดหัวใจ และ หลอดเลือดหัวใจมีใน Vancouver, New Westminster และ Victoria	ใจที่ประชาชนใน Alberta ทุกคน มีสิทธิได้รับใน Edmonton และ Calgary	สิทธิของผู้ใช้บริการ และการสร้างความมั่นใจในประสิทธิภาพของการให้บริการภายในอาณาพื้นที่
งบประมาณของเจ้าหน้าที่	RHA มีอำนาจในการบริหารงบประมาณของตนเอง ทุก RHA ต้องรายงานการใช้งบประมาณให้จังหวัดทราบภายใต้ format เดียวกัน	RHA มีอำนาจในการบริหารงบประมาณ RHA ต้องเตรียมแผนธุรกิจประจำปีให้กับ Ministry of Health and Wellness และอธิบายสาเหตุที่ทำให้ผลลัพธ์เปลี่ยนแปลงไปจากที่คาดการณ์ไว้	RHA มีอำนาจในการบริหารงบประมาณ คณะกรรมการจัดสรรงบประมาณให้กับสถาบันดูแลสุขภาพและให้เงินช่วยเหลือแก่หน่วยงานสุขภาพของชุมชน
การบริหารจัดการ (Governance)	คณะกรรมการถูกแต่งตั้งโดย Ministry of Health Services		

ที่มา: British Columbia www.health.gov.bc.ca www.vch.ca

Alberta www.health.gov.ab.ca www.capitalhealth.ca

Quebec <http://www.msss.gouv.qc.ca/en/> www.gouv.qc.ca/Vision/Sante/Sante_en.html

4.3 การจัดการด้านการเงิน

ในเรื่องการจัดการด้านการเงินเราจะเริ่มที่เรื่องของการจัดการด้านการเงินของจังหวัด เพราะจังหวัดคือผู้รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของประชาชน การให้บริการหลักทางการแพทย์ (Core Medical Service) ของแต่ละจังหวัดจะได้รับเงินสนับสนุนอย่างเต็มที่จากรัฐบาลจังหวัด โดยเป็นเงินที่มาจากรายได้ทั่วไปของจังหวัด แหล่งรายได้หลักของรัฐบาลจังหวัด คือ ภาษีเงินได้ทั้งจากภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาและนิติบุคคล ภาษีการบริโภคอาทิ ภาษีการขาย และภาษีสรรพสามิตจากนุหรี เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และน้ำมัน และเงินงบประมาณจากรัฐบาลกลาง (ซึ่งจะอธิบายในตอนต่อไป)

บริติช โคลัมเบีย และอัลเบอร์ตา มีการเก็บภาษีเพื่อการดูแลสุขภาพมาเป็นเวลายาวนานที่เรียกว่า “พรีเมียมเพื่อการดูแลสุขภาพ” (Health Care Premiums) อย่างไรก็ดี มันมีความจำเป็นที่จะต้องเข้าใจว่าชื่อนี้ถูกตั้งขึ้นมานั้นเพื่อเป็นจุดขายของการเมือง เป็นภาษีที่จัดเป็นจำนวนเงินคงที่จากบุคคลหรือครอบครัวทั่วไป โดยมีการปรับลดภาษีบ้างสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้อาวุโสซึ่งมีอายุ 65 ปีขึ้นไป รายละเอียดของการจัดเก็บภาษีพรีเมียมแสดงดังตารางที่ 4.4 ถึงแม้ว่าภาษีนี้อาจถูกเรียกว่า พรีเมียม แต่ในความเป็นจริงแล้วภาษีนี้นี้ไม่ใช่พรีเมียมในความหมายที่เกี่ยวกับในทางประกันภัย แต่เป็นเงินคงที่ที่ไม่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงใดๆ ยิ่งไปกว่านั้นเงินที่ได้มาจากพรีเมียมนี้ไม่ได้ถูกนำไปใช้เพื่อการดูแลสุขภาพโดยตรงเลย รายได้ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 10-15 ของค่าใช้จ่ายการดูแลสุขภาพของจังหวัดจะไม่ถูกส่งไปยังบัญชีเพื่อการดูแลสุขภาพต่างหาก แต่จะถูกนำเข้าไปรวมกับเงินรายได้ทั่วไปของจังหวัด ทำนองนี้จึงไม่มีใครสามารถบอกถึงความสัมพันธ์ระหว่างความแตกต่างของการใช้จ่ายด้านสุขภาพกับความแตกต่างของอัตราการเก็บพรีเมียมได้

ในปี 2004 จังหวัดออนตาริโอ เป็นจังหวัดซึ่งก่อนหน้านี้มีการจัดเก็บภาษีสุขภาพของแรงงานจากนายจ้าง (Employer's Health Tax) ที่ปัจจุบันก็ยังคงเก็บอยู่ ได้มีการจัดเก็บพรีเมียมเพื่อสุขภาพแห่งออนตาริโอ (Ontario Health Premium)¹⁰ ซึ่งคำว่าพรีเมียมดังกล่าว ก็เหมือนกับคำว่าพรีเมียมที่ใช้ในอีก 2 จังหวัด คือ เป็นพรีเมียมที่ไม่ได้เกี่ยวกับการประกันภัยแต่อย่างใด ภาษีออนตาริโอนี้เป็นเพียงภาษีที่ไปเพิ่มอยู่ในภาษีเงินได้ของบุคคลธรรมดาในจังหวัด รายละเอียดของภาษีดังกล่าวแสดงในตารางที่ 4.4 โดยนอกเหนือไปจาก 3 จังหวัดนี้ รายงานพบว่าไม่มีจังหวัดอื่นใดที่มีการเก็บภาษีพรีเมียมเพื่อสุขภาพแบบนี้

ในทุกจังหวัดรัฐบาลจะจัดสรรเงินให้โดยตรงแก่ผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ เช่น โรงพยาบาล หรือจ่ายโดยตรงให้กับผู้ให้บริการสำหรับการบริการที่เกิดขึ้น เช่น การจ่ายเงินให้แก่แพทย์สำหรับค่ารักษาที่เกิดขึ้นจริง การจ่ายเงินให้แก่สถานที่ย้ายยาสำหรับค่ายาตามใบสั่งแพทย์ในส่วนที่รัฐบาลกำหนดว่าจะจ่ายให้ทั้งหมด ที่มีกรณียกเว้นอยู่บางกรณี แต่ให้ถือว่าจะไม่มีการให้คนใช้จ่ายค่าบริการเองและไปทำเรื่องขอเงินคืนที่หลังจากรัฐบาลระบบนี้ได้กลายเป็นที่รู้จักในชื่อของ “ระบบผู้จ่ายเพียงผู้เดียว” (Single-Payer Model) ระบบนี้ได้รับการยอมรับโดยทั่วไปว่ามีประสิทธิภาพเป็นอย่างสูงในการบริหารการจัดการด้านต้นทุน ด้วยเหตุผล อย่างน้อย 2 ประการ คือ

¹⁰ ก่อนปี 1989 จังหวัดออนตาริโอได้เคยจัดเก็บภาษีพรีเมียมเพื่อสุขภาพที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับที่อัลเบอร์ตา บริติช โคลัมเบีย ใช้อยู่ในปัจจุบัน

1. เป็นการบริการจัดการที่มีประสิทธิภาพ กล่าวคือ การที่มีหน่วยงานเพียงหน่วยงานเดียวทำหน้าที่บริหารกฎข้อบังคับที่เป็นแบบแผนเดียวกันและมีหน่วยงานการจัดการบริหารทำการจ่ายเงินให้แก่ผู้ให้บริการทั้งหมด จะทำให้ประหยัดกว่าการที่ให้ผู้ให้บริการจำนวนมากจัดเก็บค่าใช้จ่ายเองและคนไข้ไปขอเงินคืนจากโครงการประกันสุขภาพต่างๆ ซึ่งการจ่ายและคืนเงินในแต่ละประเภทจะมีกฎข้อบังคับที่แตกต่างกันไป โดยเมื่อทำการเปรียบเทียบต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพของแคนาดา กับสหรัฐอเมริกาที่มีคนไข้และผู้ให้บริการต้องยุ่งกับเรื่องการประกันเป็นจำนวนมาก จะพบว่าแคนาดาใช้เงินสำหรับค่าบริการจัดการเพียงร้อยละ 16-17 ของค่าใช้จ่ายรวมด้านสุขภาพรวมทั้งประกันภาครัฐและเอกชนสำหรับการทำทันตกรรม และค่ายา ในขณะที่สหรัฐอเมริกามีค่าใช้จ่ายสูงถึงร้อยละ 31¹¹

2. ความมีประสิทธิภาพประการที่สอง ของระบบผู้จ่ายเพียงผู้เดียวมาจากการมีอำนาจในการซื้อของผู้จ่าย กล่าวคือ ในแต่ละจังหวัดจะมีเจ้าหน้าที่จัดการเรื่องของการจ่ายเงินให้กับผู้ให้บริการ และจะมีผู้จัดซื้อยาและเครื่องมือทางการแพทย์เพียงผู้เดียวเป็นตัวแทนของคนไข้ทั้งหมด ในบางกรณีก็จะทำให้ประหยัดยิ่งขึ้น เพราะเป็นการจัดซื้อครั้งละมากๆ และในบางกรณีการมีตัวแทนเพียงคนเดียวจะทำให้เกิดการผูกขาดโดยพื้นฐาน จึงทำให้หน่วยงานจังหวัดสามารถต่อรองกับผู้ขายสินค้าและบริการได้ดีขึ้น

ตารางที่ 4.4 ฟรีเมียมเพื่อการดูแลสุขภาพ

จังหวัด / ฟรีเมียม	บริติช โคลัมเบีย	อัลเบอร์ต้า	ออนตาริโอ
ชื่อ ฟรีเมียม	BC Health Premium	Alberta Health Insurance Premium	Ontario Health Premium
อัตราต่อปี (จ่ายรายเดือนใน Alberta และ BC)	คนเดียว = \$648 ครอบครัว 2 คน = \$1,152 ครอบครัวตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป = \$1,296	คนเดียว = \$528 ครอบครัวตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป = \$1,056	จ่ายอัตราต่อคนตามรายได้ที่ต้องเสียภาษี (ไม่ใช่ต่อครัวเรือน) อัตรา \$150-\$450 ในปี 2004 และ \$300-\$900 ในปี 2005**
การยกเว้น	ยกเว้น 100% สำหรับครัวเรือนที่มีรายได้สุทธิน้อยกว่า = \$16,000 ต่อปี ยกเว้น 20-80% สำหรับครัวเรือนที่มีรายได้ระหว่าง \$16,001-\$24,000 ดูตารางภาคผนวก (ภาษาอังกฤษ) สำหรับโครงสร้างอัตราทั้งหมด	ยกเว้น 100% สำหรับผู้มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ยกเว้น 100% สำหรับบุคคลและครอบครัวที่มีรายได้สำหรับเสียภาษี (taxable income) ของปีที่แล้วต่ำกว่า \$12,450 (โสด) \$21,200 (ครอบครัวที่ไม่มีบุตร) และ \$27,210 (ครอบครัวที่มีบุตร) อุดหนุนเพียงบางส่วน สำหรับผู้มี	ยกเว้น 100% สำหรับผู้ที่มีรายได้ที่ต้องเสียภาษีต่ำกว่า \$20,000 ต่อปี ดูตารางภาคผนวก (ภาษาอังกฤษ) สำหรับโครงสร้างอัตราทั้งหมด

¹¹ อ้างอิงตัวเลขใน Robert G. Evans "Political Wolves and Economic Sheep: The Sustainability of Public Health Insurance in Canada" ธันวาคม ค.ศ. 2003 ศูนย์วิจัยการบริการสุขภาพและนโยบาย มหาวิทยาลัย British Columbia

จังหวัด / พรีเมียม	บริติช โคลัมเบีย	อัลเบอร์ต้า	ออนตาริโอ
		รายได้น้อยและครอบครัวที่มีรายได้น้อยกว่าที่กำหนดข้างต้น	
		คูตารางภาคผนวก (ภาษาอังกฤษ) สำหรับโครงสร้างอัตราทั้งหมด	
รายรับ (เป็นสัดส่วนกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของจังหวัด)	2004/05 = 13.2% 2005/06 = 13.1% 2006/07 = 12.7%	2004/05 = 12% ของบริการสุขภาพหรือ 11.6% ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดของ Ministry of Health and Wellness	2004/05 = 5.5%* 2005/06 = 7.6%** (งบประมาณของ Ontario)

* สัดส่วนนี้ไม่ได้รวมการเปลี่ยนแปลงของกองทุนจำนวน \$600M ที่เป็นเงินช่วยเหลือการปฏิรูประบบการดูแลสุขภาพใน Ontario ถ้ารวมการเปลี่ยนเงินทุนจะทำให้รายได้จาก premium คือ 5.4% ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในจังหวัด Ontario

** Ontario Health Premium เริ่มต้นเก็บเพียงร้อยละ 50 ของพรีเมียมทั้งหมดจากประชาชน อัตราพรีเมียมทั้งหมดจะถูกเก็บเต็มในปี 2005

ดังแสดงในตารางที่ 4.2 จะพบว่าบริการทางการแพทย์อยู่หลายบริการที่ไม่ได้อยู่ในบริการเมดิแคร์หลัก บริการเหล่านี้ผู้ให้บริการจะเป็นผู้จ่ายเอง หรือจะเป็นการจ่ายร่วม โดยค่าบริการเหล่านี้จะถูกจ่ายตรงจากคนไข้ หรือผู้ให้ประกันเอกชนไปสู่หน่วยงานผู้ให้บริการโดยตรง อาทิ ค่าสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว ในส่วนของค่าใช้จ่ายที่เหลือที่ครอบคลุมโดยประกันของรัฐนั้น รัฐบาลจังหวัดจะเป็นผู้จ่ายโดยตรงในกรณีส่วนใหญ่ให้กับหน่วยงานที่ให้บริการ

4.4 บทบาทของรัฐบาลกลางในการสนับสนุนทางการเงินสำหรับการดูแลสุขภาพ

นอกเหนือไปจากรายได้ที่จังหวัดสามารถหาได้เอง จังหวัดยังได้รับเงินงบประมาณจากรัฐบาลกลางเพื่อสนับสนุนระบบการดูแลสุขภาพของจังหวัด โดยเงินงบประมาณสนับสนุนที่มากที่สุดที่รัฐบาลให้แก่จังหวัดก็คือ Canadian Health Transfer หรือ CHT¹² ถือเป็นจำนวนเงินประมาณร้อยละ 20 ของค่าใช้จ่ายรวมด้านสุขภาพของจังหวัดโดยคำนวณมาจากฐานรายได้ต่อหัวของจังหวัด เงินงบประมาณดังกล่าวมีลักษณะสำคัญดังต่อไปนี้

หนึ่ง เพื่อให้ได้มางบประมาณประเภทนี้ แต่ละจังหวัดจะต้องออกแบบ และบริหารจัดการระบบเมดิแคร์ให้เป็นไปตามเงื่อนไข 5 ประการของ Canada Health Act หรือ CHA ตัวอย่างเช่น จังหวัดจะต้องจัดให้มีบริการหลักไว้บริการแก่คนทุกคนในจังหวัดโดยไม่คิดค่าบริการ ซึ่งหากจังหวัดทำการจัดเก็บค่าบริการ หรืออนุญาตให้ผู้ให้บริการเรียกเก็บเงินค่าบริการ CHA จะแจ้งให้รัฐบาลกลางจ่ายเงินจำนวนเท่ากับจำนวนที่ได้จัดเก็บเป็นค่าบริการ

¹² CHT ตั้งขึ้นใหม่เมื่อวันที่ 1 เมษายน 2004 ใช้แทนชื่อ Canada Health and Social Transfer (CHST) ซึ่งตั้งมาตั้งแต่ปี 1995 โดยที่ Established Programs Financing (EPF) ได้ก่อตั้งขึ้นเพื่อทำหน้าที่แทน CHST ซึ่ง EPF ก่อตั้งในปี 1977 ทั้ง CHT, CHST และ EPF เหล่านี้ต่างเกี่ยวข้องกับกองทุนที่ดูแลด้านสุขภาพ การบริหารจัดการมุ่งเน้นไปที่ด้านสุขภาพตั้งแต่ปี 1997 เป็นต้นมา ตามที่ได้กล่าวก่อนหน้านี้เรื่องนี้ซึ่งได้อ้างถึง CHT (ปัจจุบันเป็นการบริหารการจัดการ) ในหลายๆ ส่วนของ CHT ได้นำรูปแบบที่มีมาตั้งแต่ปี 1997 มาประยุกต์ใช้กับ CHT

สอง จำนวนเงินงบประมาณ CHT ที่ได้รับจากรัฐบาลกลางนั้นจะไม่มีเกี่ยวข้องกับจำนวนเงินค่าใช้จ่ายที่ใช้สำหรับการบริการเมดิแคร์แต่อย่างใด แต่จำนวนเงิน CHT ดังกล่าวจะถูกกำหนดโดยการเจรจาต่อรองระหว่างนายกรัฐมนตรีนายกเทศมนตรีจังหวัด สำหรับปีงบประมาณ 2004-05 และ 2005-06 และสำหรับปีงบประมาณ 2006 จำนวนเงินงบประมาณ CHT ได้ถูกกำหนดให้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 6 ต่อปีเพื่อจัดสรรให้แก่ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของแต่ละจังหวัด

สาม ดังที่ประเด็นที่สองได้กล่าวเป็นนัย นอกเหนือไปจากการปฏิบัติตามเงื่อนไขของ CHA แล้วรัฐบาลจังหวัดไม่จำเป็นต้องรายงานการใช้จ่ายเงินงบประมาณที่ได้รับมาให้แก่รัฐบาลกลางทราบ ดังนั้นในความเป็นจริงแล้ว เมื่อเงินงบประมาณที่มาจากรัฐบาลกลางเข้าไปสู่รัฐบาลจังหวัด เงินดังกล่าวจะเข้าไปรวมกับเงินรายได้จากภาษีของจังหวัด ซึ่งท้ายที่สุดก็จะทำให้ยากที่จะบอกถึงความสัมพันธ์ของเงินงบประมาณจากรัฐบาลกลางที่มีต่อระบบการดูแลสุขภาพและค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ กล่าวโดยสรุปแล้ว งบประมาณดังกล่าวสามารถโยกย้ายใช้จ่ายได้โดยรัฐบาลจังหวัดอย่างเต็มที่ ผลดีของการจัดการเงินแบบนี้ก็คือ เป็นการให้อำนาจอย่างเรียบง่ายแก่จังหวัดในการออกแบบและจัดการระบบของตน อย่างไรก็ตาม ในขณะเดียวกันการจัดการดังกล่าวก็สามารถทำให้เกิดผลเสียได้เช่นกัน นั่นก็คือ ระบบดังกล่าวอาจก่อให้เกิดความไม่โปร่งใสได้ และการจัดการดังกล่าวยังทำให้เกิดความคลุมเครือ และเปิดให้ทั้งฝ่ายรัฐบาลกลางและรัฐบาลจังหวัดโยนความผิดให้แก่กันได้ ในกรณีที่เกิดปัญหาหรือความผิดพลาดขึ้น

ด้วยเวลาผ่านไปกว่า 4 ปีที่รัฐบาลกลางได้แสดงให้เห็นถึงความต้องการที่จะเข้าไปเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพมากยิ่งขึ้น โดยไม่เข้าไปแย่งความรับผิดชอบในส่วนพื้นฐานของจังหวัด โดยสามารถดูได้จากสัดส่วนเงินงบประมาณให้กับจังหวัดในรูปของกองทุนพิเศษแยกต่างหากจาก CHT กองทุนดังกล่าวก่อตั้งสำหรับอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ การปฏิรูประบบสุขภาพพื้นฐาน การดูแลผู้ป่วยที่บ้านและเมื่อเร็ว ๆ นี้เพื่อช่วยลดเวลาในการรอรับการรักษาในบริการบางประเภท เงินงบประมาณประเภทนี้จะมีคล้ายคลึงกับเงิน CHT นั่นคือ เงินดังกล่าวจะถูกจัดสรรไปยังแต่ละจังหวัดบนพื้นฐานของรายได้ต่อหัวและความเกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายของจังหวัด โดยที่ยังคงเป็นบที่สามารถโยกย้ายได้ อย่างไรก็ตามมันยังคงเร็วเกินกว่าที่จะบอกได้ว่ารัฐบาลกลางจะจัดตั้งแนวทางของคุณสมบัติในการจ่ายเงินอย่างไรและจริงจังแค่ไหน แต่จากก้าวที่รัฐบาลกลางได้เตรียมพร้อมในเรื่องเงินงบประมาณนี้ก็สามารถช่วยให้รัฐบาลสามารถสานต่อในเรื่องนี้ได้หากรัฐบาลกลางต้องการ

4.5 บทบาทของรัฐบาลท้องถิ่น

ในแคนาดาการปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทน้อยมากในการให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ รัฐบาลท้องถิ่นส่วนใหญ่มีหน้าที่โดยทางอ้อม เช่น การควบคุมมลพิษในชุมชน การเก็บขยะ การตรวจสอบอาคาร การตรวจสอบธุรกิจบริการจำหน่ายอาหาร และในบางกรณีอาจช่วยให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่สาธารณชน อาทิ การดูแลสุขภาพก่อนและหลังคลอด และการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงเรียน

ในจังหวัดออนตาริโอโดยปกติเทศบาลเมืองจะมีหน้าที่รับผิดชอบในการจัดให้มีรพพยาบาลพร้อมเจ้าหน้าที่ให้บริการรวมถึงผู้ช่วยแพทย์และพยาบาล และมีศูนย์บริการฉุกเฉิน 911 ไว้บริการ โดยหน้าที่เหล่านี้ปกติแล้วเป็นเพียงส่วนหนึ่งของหน้าที่ในยามฉุกเฉินซึ่งได้รวมถึงกรณีเจ้าหน้าที่ตำรวจและเจ้าหน้าที่ดับเพลิงด้วย ในจังหวัดอื่นๆ RHA จะเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดหารพพยาบาลไว้ให้บริการ

ภาคผนวกบทที่ 4

ภาคผนวกอธิบายตารางที่ 4.2 รายละเอียดต้นทุนของผู้ป่วย

ตาราง BC Fair PharmaCare Deductible

รายได้สุทธิของครอบครัว	จุดที่จะได้รับส่วนลด	สัดส่วนที่ PharmaCare จ่าย (เมื่อถึงจุดที่ได้รับส่วนลด)	เพดานสูงสุดของครอบครัว (หลังจากนั้นไม่ต้องจ่ายเองทั้ง 100%)
ต่ำกว่า \$15,000	ไม่มี – รัฐบาลจะช่วยเหลือค่ายา ทันที	70% ของสิทธิค่ายาที่กำหนด	เท่ากับ 2% ของรายได้สุทธิ
ระหว่าง \$15,000 ถึง \$30,000	เท่ากับ 2% ของรายได้สุทธิ	70% ของสิทธิค่ายาที่กำหนด	เท่ากับ 3% ของรายได้สุทธิ
สูงกว่า \$30,000	เท่ากับ 3% ของรายได้สุทธิ	70% ของสิทธิค่ายาที่กำหนด	เท่ากับ 4% ของรายได้สุทธิ

ภาคผนวกอธิบายตารางที่ 4.2 รายละเอียดต้นทุนของผู้ป่วย

เกณฑ์ที่จะได้รับส่วนลดของ Ontario Trillium Drug Program / Ontario Drug Benefit Deductible

จุดที่จะได้รับส่วนลดจะขึ้นกับรายได้สุทธิและขนาดของครอบครัว

สูตรการคำนวณจุดที่จะได้รับส่วนลด คือ [(รายได้สุทธิของครอบครัว - \$20,000)(0.045)+\$500]

สำหรับครอบครัว 2 คนลบออก \$100; ครอบครัว 3 คนลบออก \$150; ครอบครัว 4 คนและมากกว่าลบออก \$200 ตัวอย่างเช่น ครอบครัวที่มี 3 คนมีรายได้สุทธิ \$60,000 ต้องจ่าย [(\$60,000 - \$20,000)(0.045)+\$500] = \$2,150 ต่อปี

ภาคผนวกอธิบายตารางที่ 4.2 รายละเอียดต้นทุนของผู้ป่วย

ตาราง Quebec Pharmacare Deductible

กลุ่มคน	ส่วนลดรายเดือน	ร่วมสมทบ	เพดานสูงสุดในการสมทบต่อปี
ผู้ใหญ่ ผู้มีอายุ 65 ปีและมากกว่า ที่ไม่ได้รับ Guaranteed Income Supplement (GIS)	\$10.25	28.5%	\$857
ผู้มีอายุ 65 ปีและมากกว่า ที่ได้รับ GIS น้อยกว่า 94% ของ GIS สูงสุด	\$10.25	28.5%	\$500
ผู้มีอายุ 65 ปีและมากกว่า ที่ได้รับ GIS อย่างน้อย 94% ของ GIS สูงสุด ผู้ได้รับความช่วยเหลือการมีงานทำ (Employment Assistance) ภายใต้ข้อกำหนดบางประการ	\$8.33	25%	\$200

ที่มา: British Columbia www.gov.bc.ca www.health.gov.bc.ca <http://www.healthservices.gov.bc.ca/pharme/>

Alberta www.gov.ab.ca www.health.gov.ab.ca <http://www.health.gov.ab.ca/ahcip/prescription/index.html#funded>

Ontario www.gov.on.ca www.health.gov.on.ca http://www.health.gov.on.ca/english/public/program/drugs/drugs_mn.html

Quebec www.gouv.qc.ca www.msss.gouv.qc.ca/en/

<http://www.ramq.gouv.qc.ca/en/citoyens/programmesetservices/index.shtml>

ภาคผนวกอธิบายตารางที่ 4.4 โครงสร้างอัตราและเงินสงเคราะห์สำหรับ Health Premiums British Columbia

Annual Premium Rates

รายได้สุทธิที่ปรับแล้ว	ระดับการให้ความช่วยเหลือทางการเงิน	คนเดียว	ครอบครัว 2 คน	ครอบครัว 3 คน หรือมากกว่า
\$0-\$16,000	สงเคราะห์พรีเมียม 100%	\$0	\$0	\$0
\$16,001-\$18,000	สงเคราะห์พรีเมียม 80%	\$129.90	\$230.40	\$259.20
\$18,001-\$20,000	สงเคราะห์พรีเมียม 60%	\$259.20	\$460.80	\$518.40
\$20,001-\$22,000	สงเคราะห์พรีเมียม 40%	\$388.80	\$691.20	\$777.60
\$22,001-\$24,000	สงเคราะห์พรีเมียม 20%	\$518.40	\$921.60	\$1,036.80
มากกว่า \$24,000	จ่ายเต็มอัตรา	\$648.00	\$1,152.00	\$1,296.00

ภาคผนวกอธิบายตารางที่ 4.4 โครงสร้างอัตราและเงินสงเคราะห์สำหรับ Health Premiums Alberta Annual

Premium Rates

ประเภทครอบครัว	สงเคราะห์ทั้งหมด	จ่ายพรีเมียมทั้งหมด	ชั้นรายได้สำหรับสงเคราะห์	พรีเมียมเต็มอัตรา
คนเดียว	เงินได้พึงชำระภาษีของปีก่อนต่ำกว่า \$12,450	เงินได้พึงชำระภาษีของปีก่อนเกิน \$15,970	\$12,450-\$15,970	\$528
ครอบครัวไม่มีบุตร	เงินได้พึงชำระภาษีของปีก่อนรวมกันต่ำกว่า \$21,200	เงินได้พึงชำระภาษีของปีก่อนรวมกันเกิน \$28,240	\$21,200-\$28,240	\$1,056
ครอบครัวที่มีบุตร	เงินได้พึงชำระภาษีของปีก่อนรวมกันต่ำกว่า \$27,210	เงินได้พึงชำระภาษีของปีก่อนรวมกันเกิน \$34,250	\$27,210-\$34,250	\$1,056

สูตรเงินสงเคราะห์ :

คนเดียว: (เงินได้พึงชำระภาษี-\$12,450)(.15) = Premium รายปี

ครอบครัวไม่มีบุตร: (เงินได้พึงชำระภาษี-\$21,200)(.15) = Premium รายปี

ครอบครัวที่มีบุตร: (เงินได้พึงชำระภาษี-\$27,210)(.15) = Premium รายปี

ภาคผนวกอธิบายตารางที่ 4.4 โครงสร้างอัตราและเงินสงเคราะห์สำหรับ Health Premiums Ontario Annual

Premium Rates

เงินได้พึงชำระภาษีส่วนบุคคล	Premium สำหรับปี 2004	Premium สำหรับปี 2005
ต่ำกว่า \$20,000	\$0	\$0
\$20,000 ถึง \$36,000	50% ของ Premium สำหรับปีภาษี 2005	6% ของเงินได้พึงชำระภาษีที่เกิน \$20,000 (สูงสุด \$300)
\$36,001 ถึง \$48,000	50% ของ Premium สำหรับปีภาษี 2005	\$300 บวก 6% ของรายได้พึงชำระภาษีที่สูงกว่า \$36,000 (สูงสุด \$450)
\$48,001 ถึง \$72,000	50% ของ Premium สำหรับปีภาษี 2005	\$450 บวก 25% ของรายได้พึงชำระภาษีที่สูงกว่า \$48,000 (สูงสุด \$600)
\$72,000 ถึง \$200,000	50% ของ Premium สำหรับปีภาษี 2005	\$600 บวก 25% ของรายได้พึงชำระภาษีที่สูงกว่า \$72,000 (สูงสุด \$750)
\$200,000 ขึ้นไป	50% ของ Premium สำหรับปีภาษี 2005	\$750 บวก 25% ของรายได้พึงชำระภาษีที่สูงกว่า \$200,000 (สูงสุด \$900)

ที่มา: British Columbia www.health.gov.bc.ca <http://www.bcbudget.gov.bc.ca/bfp/BudgetFiscalPlan.pdf>

<http://www.bcbudget.gov.bc.ca/sp2004/hs/hs.pdf>

Alberta www.health.gov.ab.ca www.finance.gov.ab.ca/publications/budget/estimates/est2004/health.pdf

Ontario www.gov.on.ca www.health.gov.on.ca http://www.gov.on.ca/FIN/bud04e/pdf/papers_all.pdf

ตารางภาคผนวกที่ 4.1 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของจังหวัดและเงินโอนจากรัฐบาลกลาง

ปีงบประมาณ	เงินโอนจากรัฐบาลกลางเป็น % ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของจังหวัด*	เงินโอนจากรัฐบาลกลางเป็น % ของค่าใช้จ่าย EPF+CAP ของจังหวัด*
1983-84	43.6	14.0
1984-85	46.3	15.0
1985-86	43.8	14.2
1986-87	41.5	13.7
1987-88	39.1	13.2
1988-89	36.8	12.8
1989-90	34.4	12.3
1990-91	31.7	11.0
1991-92	31.7	11.0
1992-93	36.7	12.7
1993-94	34.7	12.1
1994-95	35.6	12.5
1995-96	34.1	11.9
1996-97	30.0	10.7
1997-98	24.5	9.0
1998-99	29.1	11.0
1999-2000	25.1	9.5
2000-01	20.9	8.3
2001-02	25.0	10.0
2002-03	28.7	11.8

*EPF plus CAP payments up to 1995-96; CHST payments from 1996-97.

ที่มา: Department of Finance Fiscal Reference Tables and CIHI.

ตารางภาคผนวกที่ 4.2 เงินทุนและเงินโอนของรัฐบาลกลาง

ปีงบประมาณ	เงินโอน (\$ ล้านเหรียญ)	% การเปลี่ยนแปลง	% ของค่าใช้จ่าย EPF+CAP ของรัฐบาล กลาง	% รายได้ของรัฐบาล กลาง
1983-84	10,917	n.a.	14.4	17.1
1984-85	12,340	13.0	14.9	17.5
1985-86	12,593	2.1	15.3	16.5
1986-87	12,890	2.4	14.9	15.1
1987-88	13,046	1.2	14.0	13.7
1988-89	13,461	3.2	14.0	13.0
1989-90	13,835	2.8	13.7	12.3
1990-91	13,683	-1.1	13.0	11.8
1991-92	14,930	9.1	13.4	12.2
1992-93	17,880	19.8	15.2	14.9
1993-94	16,846	-5.8	14.7	14.5
1994-95	17,443	3.5	15.2	14.2
1995-96	16,671	-4.4	14.9	12.7
1996-97	14,758	-11.5	14.4	10.5
1997-98	12,612	-14.5	11.8	8.3
1998-99	16,028	27.1	14.6	10.3
1999-2000	14,947	-6.7	13.6	9.0
2000-01	13,500	-9.7	11.4	7.4
2001-02	17,300	28.2	13.8	10.1
2002-03	21,100	22.0	15.8	11.9

ภาคผนวกตารางที่ 4.3 ค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพและการเงินของจังหวัด

	% ของการดูแลด้านสุขภาพต่อรายได้ทั้งหมดของจังหวัด	% ของการดูแลด้านสุขภาพต่อรายได้ของจังหวัด	% ของการดูแลด้านสุขภาพต่อการใช้จ่าย EPF+CAP	% การเปลี่ยนแปลงของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของจังหวัด
1983-84	32.8	43.5	32.1	n.a.
1984-85	32.5	42.9	32.3	6.3
1985-86	32.7	42.7	32.3	7.8
1986-87	34.6	45.1	33.1	8.3
1987-88	32.9	42.1	33.8	7.4
1988-89	2.9	41.8	34.7	9.6
1989-90	33.4	42.1	35.7	9.9
1990-91	34.0	42.9	34.7	7.4
1991-92	37.4	47.3	34.8	9.2
1992-93	37.3	48.3	34.7	3.3
1993-94	35.5	44.6	35.0	-0.4
1994-95	34.1	42.9	35.1	1.0
1995-96	32.8	40.9	34.8	-0.2
1996-97	32.7	39.1	35.8	0.5
1997-98	32.4	38.1	36.7	4.7
1998-99	33.1	32.9	37.6	7.0
1999-2000	32.6	38.4	37.9	7.9
2000-01	32.8	38.6	39.6	8.6
2001-02	36.2	43.8	40.1	7.2
2002-03	37.4	45.6	41.3	6.4

ภาคผนวกตารางที่ 4.4 เปรียบเทียบสถิติของประเทศไทยกับประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศแคนาดา

	ประเทศแคนาดา	ประเทศไทย	ประเทศสหรัฐ
ประชากร (,000) (2002)	31,270	62,193	291,038
รายได้เฉลี่ยต่อหัว (GDP) (2001 internat. \$*)	\$29,235	\$6,896	\$31,182
ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดคิด เป็น % ของ GDP (2001)	9.5%	3.7%	13.9%
อายุคาดเฉลี่ย – ชาย/หญิง (2002)	77.2/82.3	66.0/72.7	74.6/79.8
อัตราการตายของเด็ก – ชาย/หญิง** (2002)	6/5 ต่อ 1000	32/26 ต่อ 1000	9/7 ต่อ 1000
ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัว (2001 internat. \$)	\$2,792	\$254	\$4,887
อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร 100,000 คน (1995)	229.1	24	279.0
จำนวนเตียงในโรงพยาบาลต่อ ประชากร 1,000 คน (ที่มา: OECD, 2001)	3.2 ต่อ 1000	ไม่มีข้อมูล	2.9 ต่อ 1000

* \$ ระหว่างประเทศ ประมาณโดย Purchasing power parity

** อัตราการตายของเด็ก ประมาณจากความน่าจะเป็นของเด็กที่เสียชีวิตก่อนอายุ 5 ปี

ที่มา: All figures unless otherwise noted: World Health Organization (WHO)

<http://www.who.int/countries/can/en/> <http://www.who.int/countries/tha/en/> <http://www.who.int/countries/usa/en/>

Acute care beds: Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)

<http://www.oecd.org>

บรรณานุกรม

Electronic Sources

International

World Health Organization (WHO) www.who.int

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) www.oecd.org

Canada

Government of Canada www.gc.ca

Government of Canada - Health Canada (Government of Canada) <http://www.hc-sc.gc.ca/>

Canadian Institute for Health Information (CIHI) <http://www.cihi.ca/>

Government of British Columbia – Ministry of Health Services www.health.gov.bc.ca

Government of Alberta – Ministry of Health and Wellness www.health.gov.ab.ca

Government of Ontario – Ministry of Health and Long Term Care www.health.gov.on.ca

Government of Quebec – Ministry of Health and Social Services

<http://www.msss.gouv.qc.ca/index.php>

Government of Quebec – Health Services Portal www.gouv.qc.ca/Vision/Sante/Sante_en.html

SUPPLEMENT

ส่วนที่ 1

ภาษีบุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และน้ำมัน และภาษีมูลค่าเพิ่ม

สุวิมล พักทอง

ปัจจุบันรายได้ของรัฐบาลมาจากการเก็บภาษีและกำไรของรัฐวิสาหกิจต่างๆ โดยส่วนใหญ่ได้มาจากการจัดเก็บภาษีสรรพากรในสัดส่วนที่สูงถึงร้อยละ 62.2 ของรายได้สุทธิ รองลงมาคือภาษีจากกรมสรรพสามิต และกรมศุลกากรคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 24.4 และ 11.1 ตามลำดับ ส่วนที่เหลือเป็นรายได้ส่วนราชการอื่นและรัฐวิสาหกิจ หากมองในรูปของภาษีพบว่ารายได้หลักมาจากการจัดเก็บภาษีมูลค่าเพิ่ม (VAT) ในปี 2546 มีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 25.9 ของรายได้สุทธิ นอกจากนี้ภาษีน้ำมัน เบียร์ ยาสูบและสุราก็เป็นแหล่งรายได้สำคัญของรัฐบาล โดยพบว่ามีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 7.3 ร้อยละ 3.7 ร้อยละ 3.3 และร้อยละ 2.5 ตามลำดับ

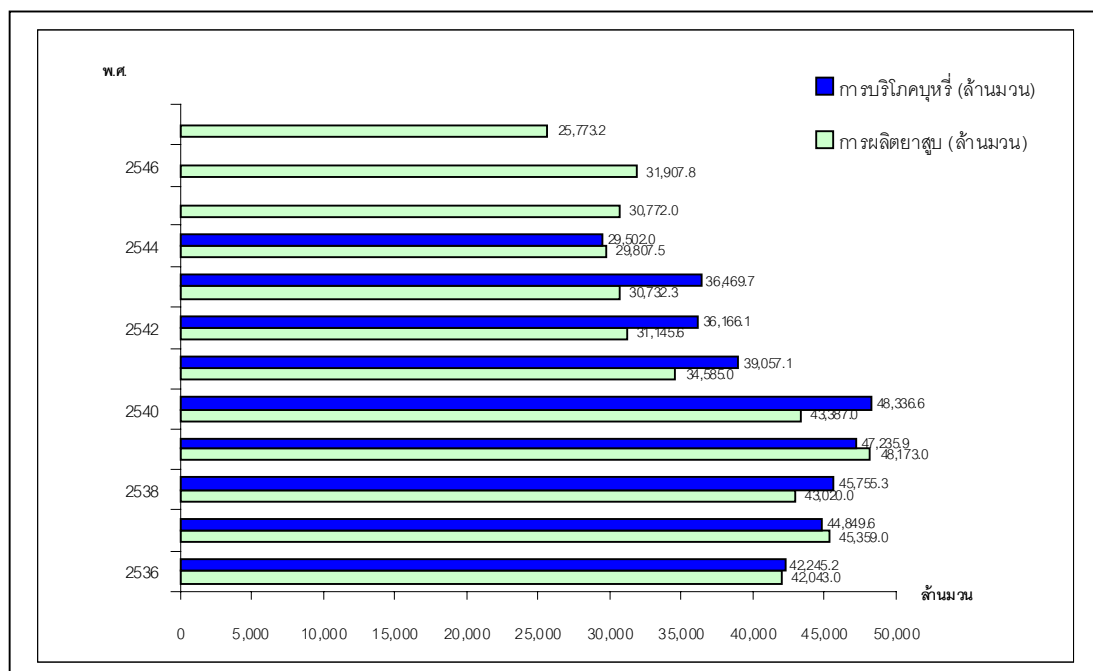
การศึกษาส่วนนี้แบ่งออกเป็น 5 ส่วนย่อยได้แก่การศึกษาเกี่ยวกับบุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ น้ำมันเชื้อเพลิง และการศึกษาเกี่ยวกับภาษีสรรพสามิต (บุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และน้ำมัน) และภาษีมูลค่าเพิ่ม (VAT) โดย 3 ส่วนแรกเป็นการศึกษาถึงข้อมูลทั่วไปในเรื่องของการผลิต การบริโภค (จำแนกตามเพศ เขตการปกครอง และกลุ่มอายุ) รวมถึงการส่งออกและนำเข้า ซึ่งข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาตั้งแต่ปี 2536 ถึงปัจจุบัน (กันยายน 2547) และการศึกษาใน 2 ส่วนสุดท้ายเป็นการศึกษาถึงอัตราภาษีสรรพสามิต (บุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และน้ำมัน) ที่จัดเก็บในปัจจุบัน และอัตราภาษีอากรของสินค้าเหล่านี้ในอัตราของ AFTA และ WTO รวมทั้งบทบาทของภาษีและรายได้จากภาษีอากรทั้งจากภาษีมูลค่าเพิ่ม ภาษียาสูบ น้ำมันฯ สุราและเบียร์

1.1 บุหรี่ (Tobacco)

ปริมาณการผลิตยาสูบในปี 2536 มีประมาณ 93.7 พันเมตริกตัน หรือ 42,043 ล้านมวน (รูปที่ 1) การผลิตมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ โดยในปี 2546 ลดลงเหลือ 76.6 พันเมตริกตัน หรือคิดเป็น 31,907.8 ล้านมวน

ในด้านการบริโภคในปี 2536 คนไทยบริโภคบุหรี่ 42,245.2 ล้านมวน หรือคิดเป็น 101.7 ซองต่อคนต่อปี และเพิ่มขึ้นเป็น 48,336.6 ล้านมวนหรือคิดเป็น 116.4 ซองต่อคนต่อปีในปี 2540 แต่หลังจากนั้นมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ โดยพบว่าในปี 2544 คนไทยบริโภคบุหรี่ 29,502 ล้านมวนหรือคิดเป็น 71 ซองต่อคนต่อปี

รูปที่ 1.1 ปริมาณการผลิตและการบริโภคบุหรี่ของคนไทย ปี 2536-47 (ม.ค.-ก.ย.)



ที่มา : 1. ธนาคารแห่งประเทศไทย (2547).

2. กระทรวงสาธารณสุข (2545).

ตารางที่ 1.1 จำนวนผู้สูบบุหรี่และอัตราการย่อยละของผู้สูบบุหรี่เป็นประจำ ในกลุ่มอายุ 11 ปีขึ้นไป

พ.ศ.	จำนวนประชากร (ล้านคน)	จำนวนผู้สูบบุหรี่เป็นประจำ (ล้านคน)			อัตราการย่อยละของผู้สูบบุหรี่เป็นประจำ (%)		
		รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง
2536	45.7	10.4	9.8	0.6	22.8	43.2	2.5
2539	48.0	11.2	10.6	0.6	23.4	44.6	2.5
2542	49.9	10.2	9.6	0.6	20.5	38.9	2.4
2544	51.2	10.5	10	0.5	20.6	39.3	2.2

ที่มา : กระทรวงสาธารณสุข (2545).

ลักษณะทั่วไปของประชากรที่สูบบุหรี่

จากการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ (2544) และการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากร (2536 และ 2542) ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ในปี 2544 มีประชากรจำนวน 10.5 ล้านคนที่สูบบุหรี่เป็นประจำ ซึ่งคิดเป็นสัดส่วนของการเป็นผู้สูบบุหรี่ถึงร้อยละ 20.6 โดยในจำนวนนี้มีชายที่สูบบุหรี่เป็นประจำสูงถึงร้อยละ 39.3 ส่วนหญิงมีเพียงร้อยละ 2.2 (ตารางที่ 1.1)

ในปี 2544 อัตราร้อยละของผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำในภาคกลางและภาคใต้ลดลงจากปี 2542 แต่กรุงเทพฯ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือกลับเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราร้อยละของผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำสูงกว่าทุกภาคคือ ร้อยละ 23.3 รองลงมาคือภาคใต้ และภาคเหนือ คิดเป็นร้อยละ 22.0 และ 21.7 ตามลำดับ ถึงแม้ว่าในเขตกรุงเทพมหานครมีผู้สูบบุหรี่เป็นประจำเพียงร้อยละ 14.7 ก็ตาม แต่ประชากรเพศหญิงในเขตกรุงเทพฯ กลับมีแนวโน้มการสูบบุหรี่สูงขึ้นซึ่งต่างจากภาคอื่นๆ โดยมีสัดส่วนที่สูงขึ้นจากร้อยละ 1.5 ในปี 2542 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 1.7 ในปี 2544 (จากตารางที่ 1.2)

เมื่อพิจารณาผู้สูบบุหรี่เป็นประจำ จำแนกตามกลุ่มอายุ (ตารางที่ 1.3) พบว่าในปี 2544 ประชากรที่อยู่ในวัยทำงานกลุ่มอายุระหว่าง 25-59 ปีสูบบุหรี่เป็นประจำสูงกว่ากลุ่มอายุอื่นคือ ร้อยละ 26.2 ส่วนกลุ่มอายุ 15-24 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นทั้งชายและหญิง โดยในปี 2542 เยาวชนสูบบุหรี่เป็นประจำร้อยละ 12.3 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 13.5 ในปี 2544 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าบุหรืได้แพร่เข้าไปสู่กลุ่มวัยรุ่นมากยิ่งขึ้น ส่วนประชากรกลุ่มอื่นๆ มีแนวโน้มการสูบบุหรี่ลดลง

ตารางที่ 1.2 อัตราร้อยละของผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ โดยจำแนกตามเพศและเขตการปกครอง

ภาค	พ.ศ. 2542			พ.ศ. 2544		
	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง
ทั่วราชอาณาจักร	20.5	38.9	2.4	20.6	39.3	2.2
กรุงเทพมหานคร	14.4	28.7	1.5	14.7	29.1	1.7
กลาง (ไม่รวม กทม.)	19.3	36.7	2.5	18.4	35.2	2.3
เหนือ	21.7	37.8	5.2	21.7	38.2	4.9
ตะวันออกเฉียงเหนือ	22.1	42.7	1.2	23.3	45.5	0.9
ใต้	23.0	44.0	2.0	22.0	42.2	1.7

หมายเหตุ : ประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2542, 2544)

ตารางที่ 1.3 ร้อยละของการเป็นผู้สูบบุหรี่เป็นประจำในกลุ่มอายุ 11 ปีขึ้นไป จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ

กลุ่มอายุ	สัดส่วนของการเป็นผู้สูบบุหรี่						การเปลี่ยนแปลงของอัตราผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ (2542-44)		
	พ.ศ. 2542			พ.ศ. 2544					
	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง
11-14 ปี	0.2	0.5	0	0.1	0.2	0.1	-0.1	-0.3	0.1
15-24 ปี	12.3	24.0	0.3	13.5	26.0	0.6	1.2	2.0	0.3
25-59 ปี	26.3	49.8	3.0	26.2	49.9	2.6	-0.1	0.1	-0.4
60 ปีขึ้นไป	23.3	45.1	4.8	21.1	40.9	4.3	-2.2	-4.2	-0.5
รวม	20.5	38.9	2.4	20.6	39.3	2.2	0.1	0.4	-0.2

ที่มา : กระทรวงสาธารณสุข (2545).

การส่งออกและนำเข้ายาสูบ

ปริมาณการส่งออกใบยาสูบเพิ่มขึ้นในช่วงปี 2542-44 โดยในปี 2542 ส่งออกรวม 25,024 ตัน ซึ่งคิดเป็นมูลค่า 1,803 ล้านบาท และลดลงเล็กน้อยในช่วงหลังปี 2544 แต่กลับเพิ่มขึ้นอีกในปี 2546 โดยมีการส่งออกรวม 38,429 ตัน หรือเป็นมูลค่า 2,829.8 ล้านบาท และมีอัตราการขยายตัวของมูลค่าการส่งออกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.1 ในปี 2545 เป็นร้อยละ 7.1 ในปี 2546 ซึ่งสถานการณ์ล่าสุดในปี 2547 (ม.ค.-ก.ย.) มีอัตราการขยายตัวร้อยละ 9.3 ซึ่งเป็นอัตราการขยายตัวที่เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับช่วงเดียวกันของปีก่อนหน้าคือ ร้อยละ 7.1 (รูปที่ 2 และ 3)

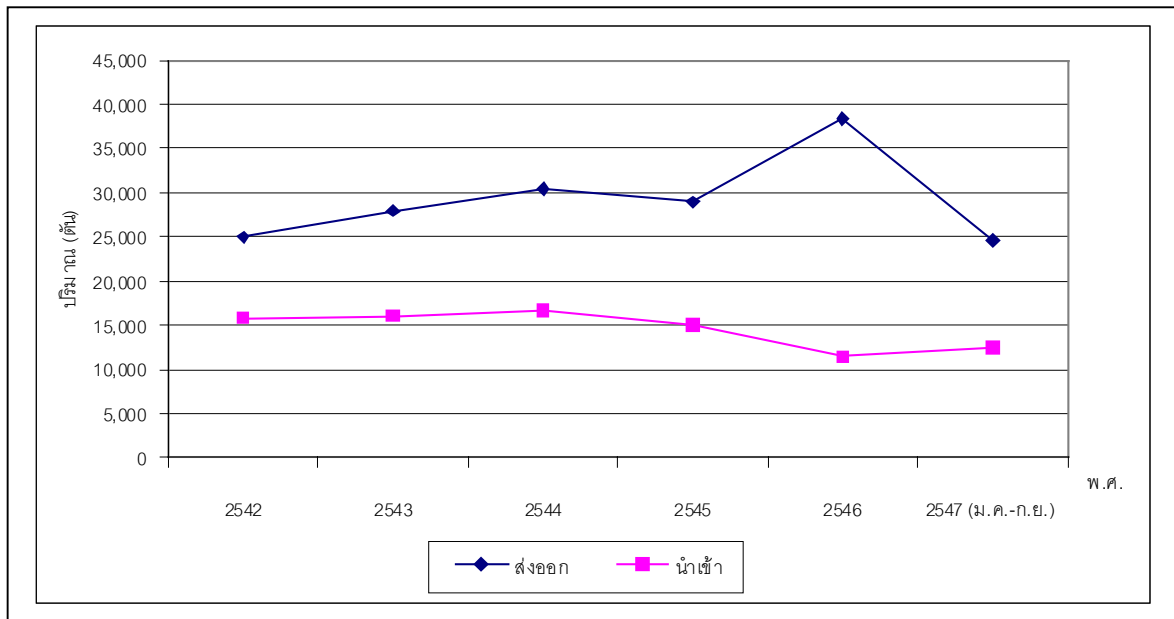
ด้านปริมาณการนำเข้ามีทั้งใบยาและผลิตภัณฑ์ยาสูบในปี 2542 มีการนำเข้ารวม 15,874 ตัน คิดเป็นมูลค่ารวม 4,292.6 ล้านบาท ซึ่งสูงกว่ามูลค่าการส่งออกประมาณ 2,000 ล้านบาท และในปี 2546 การนำเข้าลดลงเหลือ 11,446 ตัน ซึ่งคิดเป็นมูลค่า 3,619 ล้านบาท เมื่อพิจารณาอัตราการขยายตัวของปริมาณนำเข้าและส่งออกจากตารางที่ 1.4 พบว่าอัตราการขยายตัวการส่งออกมากกว่าอัตราการขยายตัวของการนำเข้า โดยในปี 2543 คิดเป็นร้อยละ 11.6 แล้วเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 32.5 ในปี 2546 และหากพิจารณาอัตราการขยายตัวของมูลค่าการนำเข้าส่งออก พบว่ามีแนวโน้มไปในทิศทางเดียวกันกับอัตราการขยายตัวด้านปริมาณ

ตารางที่ 1.4 อัตราการขยายตัวของปริมาณและมูลค่าของการส่งออกและนำเข้ายาสูบปี 2543-47 (ม.ค.-ก.)

พ.ศ.	อัตราการขยายตัว (ร้อยละ)			
	ส่งออก		นำเข้า	
	ปริมาณ	มูลค่า	ปริมาณ	มูลค่า
2543	11.6	30.3	0.8	13.8
2544	8.6	8.0	4.6	2.3
2545	-4.4	4.1	-10.2	-13.4
2546	32.5	7.1	-23.9	-16.4
2547 (ม.ค.-ก.ย.)	9.4	9.3	35.6	24.2

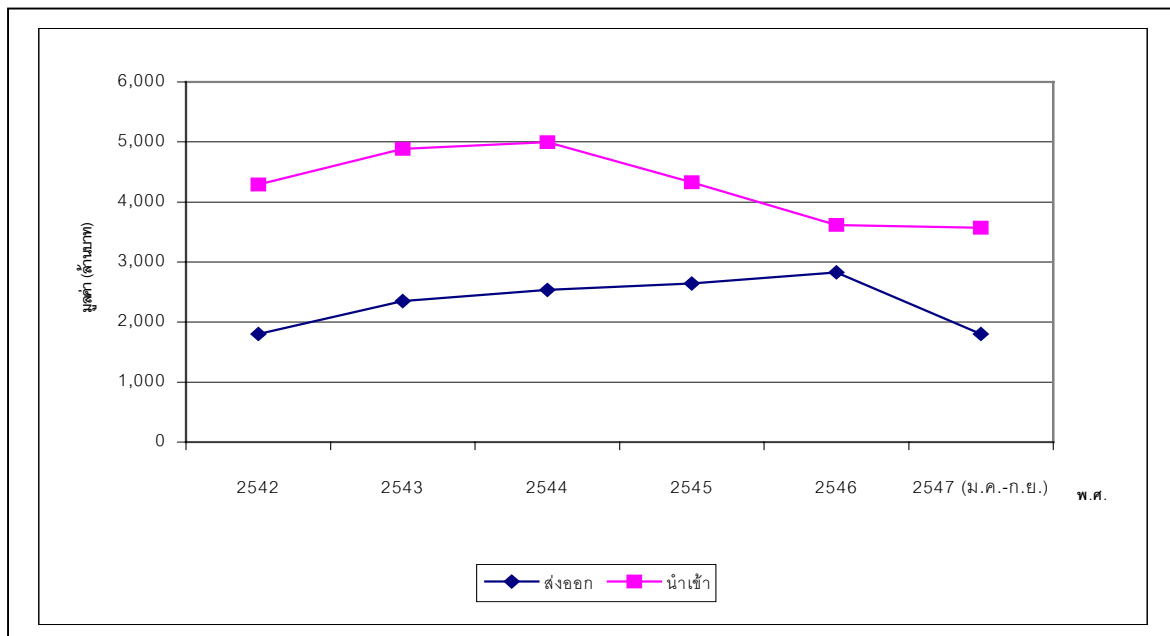
ที่มา : กระทรวงพาณิชย์ (2547).

รูปที่ 1.2 ปริมาณการส่งออกและนำเข้ายาสูบของไทย ปี 2542-47 (ม.ค.-ก.ย.)



ที่มา : กระทรวงพาณิชย์ (2547).

รูปที่ 1.3 มูลค่าการส่งออกและนำเข้ายาสูบของไทย ปี 2542-47 (ม.ค.-ก.ย.)



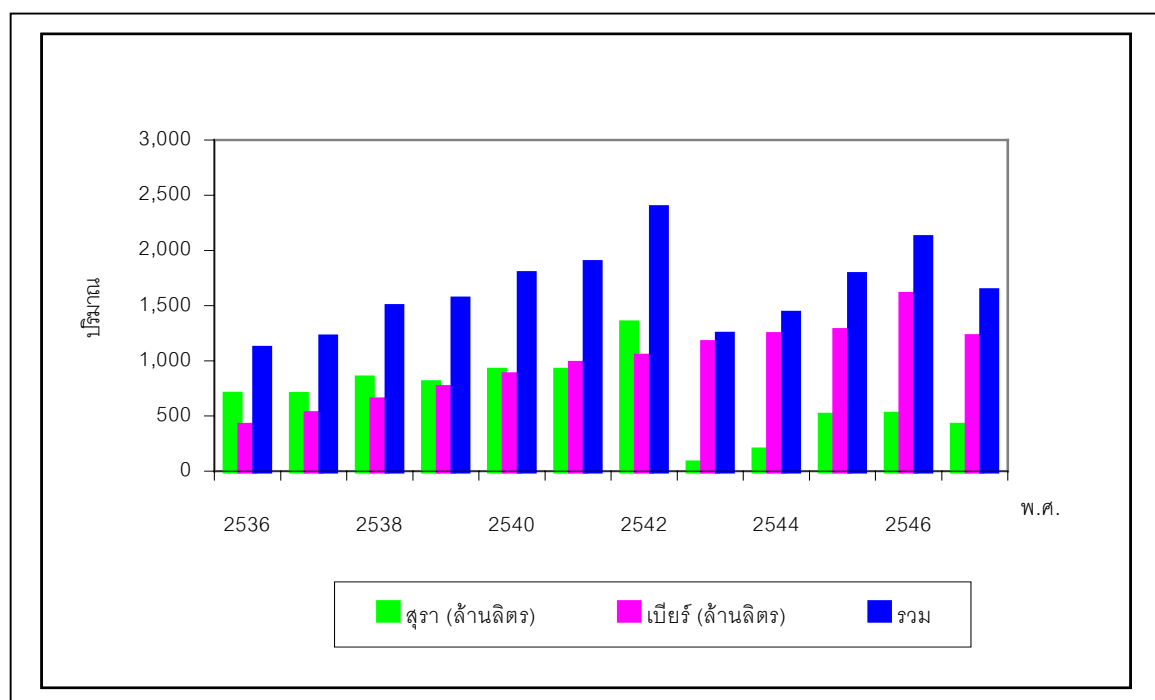
ที่มา : กระทรวงพาณิชย์ (2547).

1.2 เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Alcoholic beverages)

ในปี 2536 ประเทศไทยมีการผลิตเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์รวมทั้งสิ้น 1,115 ล้านลิตร โดยแบ่งออกเป็นสุรา 699.65 ล้านลิตร และเบียร์ 415.31 ล้านลิตร และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงปี 2536-42 หลังจากนั้นการผลิตสุราก็ลดลงอย่างมากในปี 2543 ซึ่งเป็นผลมาจากการเร่งผลิตในช่วงก่อนสิ้นสุดสัญญาสัมปทานสุราในปี 2542 ทำให้มีปริมาณสุราในสต็อกสูงมาก แต่หลังจากนั้นการผลิตก็ค่อยๆ เพิ่มขึ้นอีก ในปี 2547 (กันยายน) มีการผลิตทั้งสิ้น 1,635 ล้านลิตร ประกอบด้วย สุรา 414.57 ล้านลิตร และเบียร์ 1,220.32 ล้านลิตร (รูปที่ 4)

ในส่วนของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนไทยในปี 2536 พบว่า มีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งสิ้น 1,099.3 ล้านลิตร ซึ่งคิดเป็นการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ยคนละ 27.1 ลิตรต่อปี และมีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รวมทั้งหมดและโดยเฉลี่ยต่อคนลดลงในปี 2542 ซึ่งถือเป็นปีที่มีเศรษฐกิจตกต่ำ แต่หลังจากนั้นการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มเป็น 1,926.1 ล้านลิตร หรือประชากรมีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นเป็น 41.6 ลิตรต่อคนต่อปีในปี 2544 (ตารางที่ 1.5)

รูปที่ 1.4 ปริมาณการผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย ปี. 2536-47 (ม.ค.-ก.ย.)



ที่มา : ธนาคารแห่งประเทศไทย (2547).

ตารางที่ 1.5 ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย ปี. 2536-44

	การบริโภคสุรา ทั้งสิ้น (พันลิตร)	การบริโภคสุรา เฉลี่ย ต่อคน (ลิตร)	การบริโภค เบียร์ทั้งสิ้น (พัน ลิตร)	การบริโภค เบียร์เฉลี่ย ต่อคน (ลิตร)	การบริโภคไวน์ ทั้งสิ้น (พันลิตร)	การบริโภคไวน์ เฉลี่ย ต่อคน (ลิตร)	การบริโภค เครื่องดื่ม แอลกอฮอล์รวม ทั้งสิ้น (พันลิตร)	การบริโภค เครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ เฉลี่ยต่อคน (ลิตร)
2536	678,011.1	16.7	419,759.4	10.3	1,516.4	0.04	1,099,287.0	27.1
2537	557,634.5	13.8	509,367.7	12.1	1,396.5	0.03	1,088,394.8	25.9
2538	743,825.6	17.4	616,389.1	14.4	2,390.8	0.06	1,362,605.6	31.9
2539	795,633.1	18.4	714,899.1	16.5	4,404.8	0.10	1,514,937.0	35.0
2540	736,616.0	16.7	863,914.6	19.6	3,854.9	0.09	1,604,385.5	36.4
2541	734,879.4	16.5	950,696.7	21.3	4,300.8	0.10	1,689,876.9	37.9
2542	666,275.5	14.7	666,275.5	14.7	8,396.3	0.20	1,340,947.3	29.5
2543	641,487.0	14.0	1,148,409.2	25.1	12,915.7	0.30	1,802,812.0	39.3
2544	760,556.5	16.4	1,149,184.1	24.8	16,345.7	0.35	1,926,086.4	41.6

ที่มา : กระทรวงสาธารณสุข (2545).

การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ตารางที่ 1.6 และ 1.7 ในปี 2534 แสดงให้เห็นว่าประชากรที่มีอายุ 11 ปีขึ้นไป (จำนวน 39.5 ล้านคน) เป็นผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงถึง 12.4 ล้านคน หรือคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 31.5 ของประชากรที่มีอายุ 11 ปีขึ้นไป โดยอัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเพศชายสูงกว่าเพศหญิงคือ ร้อยละ 53.7 และร้อยละ 9.5 ตามลำดับ ในปี 2544 สัดส่วนหญิงและชายที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มเป็นร้อยละ 55.9 และร้อยละ 9.8 ตามลำดับ โดยที่มีประชากรที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งหมด 15.3 ล้านคน

ตารางที่ 1.6 จำนวนผู้ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ และสัดส่วนของการเป็นผู้ดื่มสุรา ปี. 2534-44

พ.ศ.	จำนวนประชากร (ล้านคน)	จำนวนผู้ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ (ล้านคน)			สัดส่วนของการเป็นผู้ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ (%)		
		รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง
2534	39.5	12.4	10.5	1.8	31.5	53.7	9.5
2539	43.4	13.7	11.9	1.7	31.6	55.4	8.1
2544	46.9	15.3	13.0	2.3	32.6	55.9	9.8

ที่มา : กระทรวงสาธารณสุข (2545).

เมื่อพิจารณาจากอายุและเพศของผู้ดื่มสุราและเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ พบว่ากลุ่มชายในช่วงอายุ 20-59 ปี หรือชายวัยทำงานมีอัตราการดื่มสุราในสัดส่วนที่สูงกว่าร้อยละ 50 และที่น่าสนใจคือกลุ่มหญิงช่วงอายุ 20-24 ปี มีอัตราการดื่มสุราเพิ่มขึ้นทุกปี จากร้อยละ 5.4 ในปี 2534 เพิ่มขึ้นร้อยละ 5.7 ในปี 2539 และร้อยละ 7.2 ในปี 2542 ส่วนกลุ่มชายสูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมีการดื่มสุราในอัตราร้อยละ 37.0 และหญิงสูงอายุมียังร้อยละ 5.7 เท่านั้น

ตารางที่ 1.7 อัตราการดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ

กลุ่มอายุ (ปี)	2534		2539		2544	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
11-14	-	-	0.2	0.1	-	-
15-19	21.7	2.1	20.8	1.0	19.9	1.9
20-24	59.5	5.4	56.0	5.7	55.8	7.2
25-29	66.7	9.2	67.6	6.9	68.1	10.2
30-34	68.6	11.9	67.7	9.5	67.0	12.3
35-39	66.2	15.3	69.0	12.2	69.2	14.2
40-49	65.1	15.6	65.8	12.9	67.5	14.2
50-59	56.1	14.2	59.9	10.1	58.7	11.5
60 ปีขึ้นไป	38.0	8.5	36.8	6.3	37.0	5.7
รวม	53.7	9.5	50.1	7.4	55.9	9.8

ที่มา : กระทรวงสาธารณสุข (2545).

การส่งออกและนำเข้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ในด้านการส่งออกและนำเข้ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตลอด ในปี 2542 ประเทศไทยส่งออกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 84.26 ล้านลิตร คิดเป็นมูลค่า 1,624.8 ล้านบาท ในขณะที่การนำเข้ามีเพียง 35.21 ล้านลิตร หรือคิดเป็นมูลค่า 3,069.6 ล้านบาท มูลค่าการนำเข้าสูงกว่าการส่งออก 1,444.8 ล้านบาท ในปี 2547 พบว่า มีปริมาณการส่งออกสูงถึง 118.14 ล้านลิตร คิดเป็นมูลค่า 2,428.5 ล้านบาท ส่วนการนำเข้าเพิ่มขึ้นเป็น 54.15 ล้านลิตร คิดเป็นมูลค่า 4,032.5 ล้านบาท (ตารางที่ 1.8)

เมื่อพิจารณาอัตราการขยายตัวของปริมาณนำเข้าและส่งออก (ตารางที่ 1.9) พบว่าอัตราการขยายตัวของการนำเข้าสูงกว่าอัตราการขยายตัวของการส่งออก โดยในปี 2543 อัตราการเพิ่มของปริมาณการนำเข้าคิดเป็นร้อยละ 39.1 และร้อยละ 16.6 ในปี 2546 หากพิจารณาอัตราการขยายตัวของมูลค่าการส่งออกและนำเข้า พบว่ามีแนวโน้มไปในทิศทางตรงกันข้ามกับอัตราการขยายตัวด้านปริมาณ

ตารางที่ 1.8 ปริมาณและมูลค่าการค้าเครื่องดื่มีแอลกอฮอล์ ปี 2542-47 (ม.ค.-ก.ย.)

มูลค่า : ล้านบาท

รายการ	2542		2543		2544		2545		2546		2547 (ม.ค.-ก.ย.)	
	ปริมาณ	มูลค่า	ปริมาณ	มูลค่า	ปริมาณ	มูลค่า	ปริมาณ	มูลค่า	ปริมาณ	มูลค่า	ปริมาณ	มูลค่า
สินค้าส่งออก												
เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (พันลิตร)	84,264	1,624.8	121,599	1,931.9	144,574	2,724.9	158,885	2,716.2	121,920	4,354.2	118,138	2,428.5
- วิสกี้ (พันลิตร)	632	218.7	841	208.7	690	171.2	1,930	307.9	2,297	454.1	3,453	362.8
- ไวน์ (พันลิตร)	10,184	53.9	1,069	74.7	1,094	82.8	1,152	93.5	1,031	109.4	5,644	100.7
- เบียร์ (พันลิตร)	17,375	551.1	17,733	607.8	20,773	769.1	41,947	1,372.0	43,458	1,410.4	25,936	850.0
- เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อื่นๆ	56,077	801.1	101,957	1,040.7	122,018	1,701.8	113,853	942.8	75,135	2,380.3	83,106	1,115.0
สินค้านำเข้า												
- เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (พันลิตร)	35,210	3,069.6	48,994	4,176.8	74,742	4,587.1	65,563	5,097.3	76,450	6,064.2	54,149	4,032.5

ที่มา : กระทรวงพาณิชย์ (2547).

ตารางที่ 1.9 อัตราการขยายตัวของปริมาณและมูลค่าของการส่งออกและนำเข้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

พ.ศ.	อัตราการขยายตัว (ร้อยละ)			
	ส่งออก		นำเข้า	
	ปริมาณ	มูลค่า	ปริมาณ	มูลค่า
2542	-	-	-	-
2543	44.3	18.9	39.1	36.1
2544	18.9	41.0	52.6	9.8
2545	9.9	-0.3	-12.3	11.1
2546	-23.3	60.3	16.6	19.0
2547 (ม.ค.)	46.6	11.4	8.3	6.8

ที่มา : คำนวณจากกระทรวงพาณิชย์ (2547).

1.3 น้ำมันเชื้อเพลิง

“น้ำมันเชื้อเพลิง”¹ หมายความว่า น้ำมันปิโตรเลียมดิบ น้ำมันเบนซิน น้ำมันเชื้อเพลิงสำหรับเครื่องบิน น้ำมันก๊าด น้ำมันดีเซล น้ำมันเตา น้ำมันหล่อลื่น และให้หมายความรวมถึงผลิตภัณฑ์ ปิโตรเลียมอื่นที่เป็นของ

¹ กรมธุรกิจพลังงาน (Department of energy Business) http://www.doeb.go.th/knowledge/data/new_oil_law.htm

เหลวและใช้เป็นเชื้อเพลิงหรือเป็นสิ่งหล่อลื่นตามที่รัฐมนตรีกำหนดให้เป็นน้ำมันเชื้อเพลิง โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา

ข้อมูลจากกระทรวงพลังงานแสดงให้เห็นว่า ปริมาณการผลิตน้ำมันปิโตรเลียมในประเทศไทยเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี 2536 ผลิตได้ 21,366.6 ล้านลิตร เพิ่มขึ้นเป็น 45,032.2 ล้านลิตรในปี 2546 โดยในจำนวนนี้ส่วนใหญ่เป็นน้ำมันดีเซล น้ำมันเบนซิน ก๊าซปิโตรเลียมเหลว (LPG) และน้ำมันเตา ตามลำดับ (ตารางที่ 1.10)

ปริมาณความต้องการใช้น้ำมันภายในประเทศเป็นไปตามภาวะเศรษฐกิจและระดับราคา ในปี 2539 ก่อนวิกฤตเศรษฐกิจประเทศไทยมีการใช้น้ำมันทุกประเภทสูงถึง 41,030.1 ล้านลิตร แต่หลังวิกฤตเศรษฐกิจในปี 2542 ปริมาณการใช้น้ำมันภายในประเทศเหลือเพียง 36,908.8 ล้านลิตร ในปี 2546 ปริมาณการใช้น้ำมันสูงเกือบเท่ากับปี 2538 ซึ่งเป็นช่วงที่เศรษฐกิจขยายตัวสูงมาก (ตารางที่ 1.11)

เมื่อพิจารณาความต้องการใช้น้ำมันสำเร็จรูปจำแนกตามภาคในปี 2540 พบว่ากรุงเทพฯ และปริมณฑลมีปริมาณการใช้น้ำมันสูงสุดถึง 17,875 ล้านลิตร รองลงมาคือ ภาคกลางจำนวน 11,850 ล้านลิตร ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 4,024 ล้านลิตร และภาคใต้ 3,615 ล้านลิตร ตามลำดับ ส่วนภาคเหนือมีความต้องการใช้น้ำมันสำเร็จรูปในปริมาณน้อยสุด คือ 3,321 ล้านลิตร ในปี 2544 ความต้องการใช้น้ำมันสำเร็จรูปโดยรวมลดลงทุกภาค แต่ยังคงเป็นกรุงเทพฯและปริมณฑลที่มีความต้องการใช้สูงสุด คือ 16,410 ล้านลิตร รองลงมาเป็นภาคกลาง 8,166 ล้านลิตร และยังคงเป็นภาคเหนือที่มีความต้องการใช้น้ำมันสำเร็จรูปในปริมาณน้อยที่สุดคือ 2,903 ล้านลิตร (ตารางที่ 1.12)

ตารางที่ 1.10 ปริมาณการผลิตน้ำมันปิโตรเลียมในประเทศไทย ปี 2536-46

หน่วย : ล้านลิตร

ปี	น้ำมันเบนซิน GASOLINE	น้ำมันก๊าด KEROSENE	น้ำมันดีเซล DIESEL	น้ำมัน เครื่องบิน JP	น้ำมันเตา FUELOIL	ก๊าซปิโตร เลียมเหลวLPG	รวม
2536	4,603.2	124.6	7,273.9	2,321.4	4,739.5	2,304.0	21,366.6
2537	5,025.0	120.6	8,432.9	2,700.4	5,763.6	2,264.7	24,307.2
2538	6,181.6	113.0	10,073.7	3,138.3	6,000.6	2,852.4	28,359.6
2539	7,969.5	189.3	13,929.9	3,572.0	8,354.1	3,493.0	37,507.7
2540	9,419.5	122.7	17,272.5	3,810.8	8,701.9	4,231.1	43,558.6
2541	8,800.4	114.9	16,437.3	3,567.4	7,846.2	4,064.0	40,830.3
2542	8,631.5	346.7	15,948.2	4,119.0	7,828.8	4,587.3	41,461.5
2543	8,086.5	491.2	16,105.7	4,347.8	6,990.7	5,168.9	41,190.8
2544	8,327.2	587.1	16,666.8	4,237.2	6,465.9	5,893.2	42,177.5
2545	8,250.8	549.6	17,549.5	4,669.9	5,979.6	5,893.6	42,892.9
2546	8,639.7	697.3	19,176.8	4,257.3	6,080.9	6,180.2	45,032.2

ที่มา : กระทรวงพลังงาน (2547ก).

ตารางที่ 1.11 ปริมาณความต้องการใช้น้ำมันสำเร็จรูปภายในประเทศของไทย ปี. 2536-46

หน่วย : ล้านลิตร

ปี	น้ำมันเบนซิน GASOLINE	น้ำมันก๊าด KEROSENE	น้ำมันดีเซล DIESEL	น้ำมัน เครื่องบิน JP	น้ำมันเตา FUEL OIL	ก๊าซปิโตร เลียมเหลวLPG	รวม
2536	4,911.8	107.5	12,033.3	2,898.6	8,026.8	2,223.9	30,201.9
2537	5,591.1	113.7	13,288.8	3,133.7	8,991.1	2,403.6	33,522.0
2538	6,293.3	100.9	15,619.1	3,294.5	9,722.4	2,644.3	37,674.5
2539	6,918.1	98.4	17,826.6	3,393.0	9,653.1	3,140.9	41,030.1
2540	7,355.5	85.9	17,535.2	3,542.7	9,094.4	3,249.0	40,862.6
2541	7,173.1	55.1	15,285.0	3,314.5	7,940.5	3,207.2	36,975.4
2542	7,025.6	51.7	15,294.9	3,297.7	7,931.1	3,307.7	36,908.8
2543	6,761.6	48.8	14,973.8	3,493.7	6,373.4	3,902.2	35,553.4
2544	6,857.1	56.5	15,221.3	3,717.4	4,533.4	4,433.0	34,818.7
2545	7,326.0	61.8	16,076.9	3,777.7	4,782.7	3,881.9	35,907.0
2546	7,635.1	35.8	17,550.3	3,761.3	4,990.6	4,001.9	37,975.0

ที่มา : กระทรวงพลังงาน (2547ก).

ตารางที่ 1.12 ความต้องการใช้น้ำมันสำเร็จรูปจำแนกตามภาค ปี 2540-44

หน่วย : ล้านลิตร

พ.ศ.	กรุงเทพฯและ ปริมณฑล	กลาง	เหนือ	ตะวันออกเฉียง เหนือ	ใต้	รวม
2540	17,875	11,850	3,321	4,024	3,615	40,685
2541	16,899	10,369	2,712	3,129	3,495	36,604
2542	16,014	10,405	3,076	3,403	3,773	36,671
2543	15,584	9,659	2,996	3,223	3,659	35,121
2544	16,410	8,166	2,903	3,178	3,587	34,244

ที่มา : กระทรวงวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อม (2544).

การส่งออกและนำเข้าน้ำมันเชื้อเพลิง

ปริมาณการนำเข้าน้ำมันในประเทศไทย (ตารางที่ 1.13) ในปี 2536 มีการนำเข้าน้ำมันดิบเป็นจำนวน 18,794 ล้านลิตร และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปีจนถึงปี 2541 ปริมาณการนำเข้าลดลงเนื่องจากวิกฤตเศรษฐกิจเหลือเพียง 39,446 ล้านลิตร หลังจากนั้นกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอีกอย่างต่อเนื่อง ในปี 2546 มีปริมาณการนำเข้าสูงถึง 45,025 ล้านลิตร ซึ่งมากกว่าปริมาณการนำเข้าก่อนวิกฤตเศรษฐกิจ

ส่วนการนำเข้าน้ำมันสำเร็จรูปมีปริมาณน้อยกว่าน้ำมันดิบ เพราะสามารถนำน้ำมันดิบมากลั่นเป็นน้ำมันสำเร็จรูปสำหรับใช้ (จำหน่าย) ภายในประเทศ เมื่อพิจารณาตามประเภทของน้ำมันสำเร็จรูปที่มีการนำเข้า ในปี 2536 ส่วนใหญ่ประเทศไทยนำเข้าน้ำมันดีเซลสูงถึง 5,382.6 ล้านลิตร รองลงมาคือน้ำมันเตา 3,350.1 ล้านลิตร และน้ำมันเบนซิน 938.8 ล้านลิตร ตามลำดับ โดยปริมาณการนำเข้ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจนถึงปี 2539 ปริมาณการนำเข้าน้ำมันสำเร็จรูปทั้งหมดเริ่มลดลงเหลือเพียง 3,059.6 ล้านลิตร โดยมีการนำเข้าน้ำมันดีเซลเพียง 2,005.5 ล้านลิตร น้ำมันเตาและน้ำมันเบนซินเพียง 945.9 ล้านลิตร และ 44.3 ล้านลิตร ตามลำดับ อันเป็นผลมาจากภาวะการหดตัวของระบบเศรษฐกิจและการเปลี่ยนแปลงอัตราแลกเปลี่ยน

พิจารณาจากแหล่งที่มีการนำเข้าน้ำมัน ส่วนใหญ่ประเทศไทยนำเข้าน้ำมันดิบมาจากกลุ่มประเทศในแถบตะวันออกกลาง ได้แก่ สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ ในปี 2546 (รูปที่ 1.5) มีสัดส่วนสูงสุด คือร้อยละ 23.88 ของมูลค่าการนำเข้าน้ำมันดิบทั้งหมด รองลงมาเป็นประเทศโอมาน และประเทศซาอุดีอาระเบีย คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 19.62 และร้อยละ 17.40 ตามลำดับ

ตารางที่ 1.13 ปริมาณการนำเข้าน้ำมันดิบและน้ำมันเชื้อเพลิงสำเร็จรูป ปี 2536-46

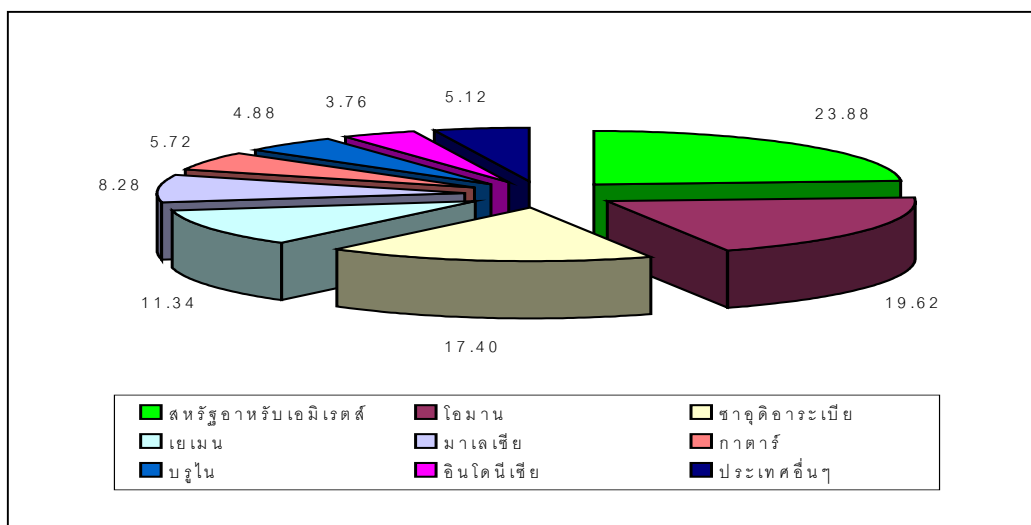
หน่วย : ล้านลิตร

	น้ำมันเบนซิน GASOLINE	น้ำมันก๊าด KEROSENE	น้ำมันดีเซล DIESEL	น้ำมันเครื่อง ปิโตร JP	น้ำมันเตา FUELOIL	ก๊าซปิโตร เลียมเหลว LPG	รวม	น้ำมันดิบ
2536	938.8		5,382.6	655.5	3,350.1	11.3	10,338.4	18,794.0
2537	833.1		4,786.4	524.9	3,524.1	92.7	9,761.2	21,639.0
2538	653.2		5,815.9	192.1	3,745.8	24.3	10,431.2	26,237.0
2539	351.9		5,143.5	71.9	2,741.8	25.2	8,334.4	36,844.0
2540	44.3	37.2	2,005.5	23.2	945.9	3.6	3,059.6	42,291.0
2541	28.1		716.0	1.6	661.4	2.8	1,409.9	39,446.0
2542	51.8		1,084.5	4.0	929.1		2,069.5	40,558.0
2543	29.1		645.5	3.0	622.6		1,300.2	39,170.0
2544	144.2		321.7	3.6			469.5	41,642.0
2545	224.2		706.5	50.8			981.5	42,278.0
2546	139.3		605.3	42.5	210.9		998.0	45,025.0

ที่มา : กระทรวงพลังงาน (2547ก)

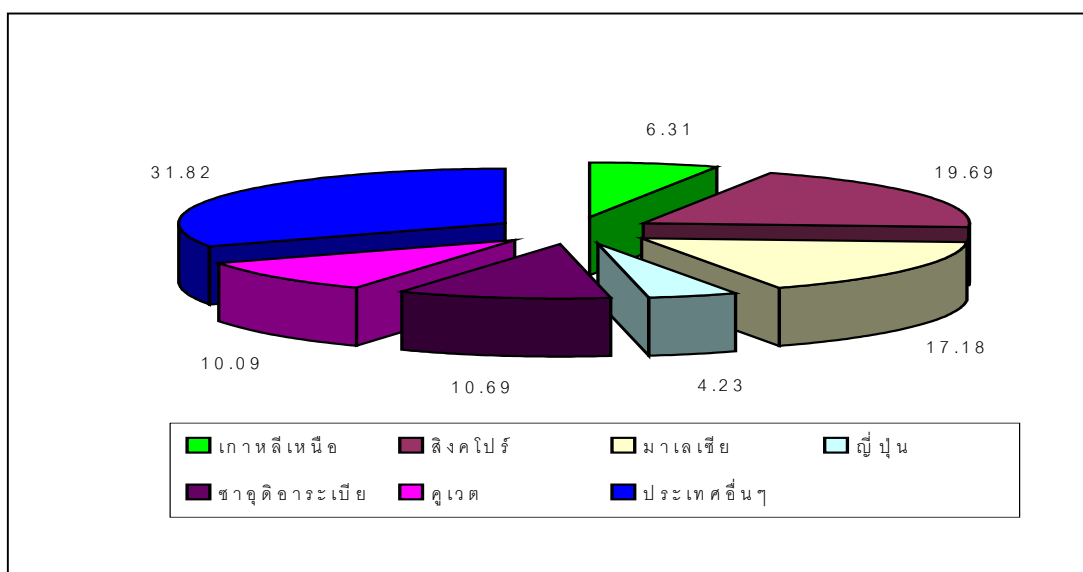
การนำเข้าน้ำมันสำเร็จรูปประเภทน้ำมันดีเซลและเบนซิน ในปี 2545 ประเทศไทยนำเข้าจากกลุ่มประเทศในแถบเอเชีย ได้แก่ สิงคโปร์และมาเลเซีย ในสัดส่วนร้อยละ 19.69 และร้อยละ 17.18 ของปริมาณการนำเข้าน้ำมันสำเร็จรูปรวม ตามลำดับ และมีการนำเข้าจากประเทศในแถบตะวันออกกลาง คือ ซาอุดีอาระเบีย อีก ร้อยละ 10.69 ของปริมาณการนำเข้าน้ำมันสำเร็จรูปทั้งหมด (รูปที่ 1.6)

รูปที่ 1.5 อัตราส่วนการนำเข้าน้ำมันดิบ จำแนกตามแหล่งที่นำเข้า ปี 2546



ที่มา : กระทรวงพลังงาน (2547ข)

รูปที่ 1.6 อัตราส่วนการนำเข้าน้ำมันสำเร็จรูป จำแนกตามแหล่งที่นำเข้า ปี 2545



ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2545)

ด้านปริมาณการส่งออกน้ำมันสำเร็จรูปมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี 2536 มีปริมาณการส่งออก 472.5 ล้านลิตร โดยแบ่งเป็นน้ำมันเบนซิน 304.2 ล้านลิตร รองลงมาคือ ก๊าซปิโตรเลียมเหลว (LPG) 87.2 ล้านลิตร และน้ำมันดีเซล 54.1 ล้านลิตร ปริมาณการส่งออกเพิ่มเป็น 6,129.9 ล้านลิตร ในปี 2546 แบ่งเป็นน้ำมันดีเซล 2,148.2 ล้านลิตร รองลงมาเป็นก๊าซปิโตรเลียมเหลว (LPG) 1,426.1 ล้านลิตร และน้ำมันเบนซิน 1,108.3 ล้านลิตร (ตารางที่ 1.14) และเหตุผลที่ประเทศไทยมีปริมาณการส่งออกน้ำมันสำเร็จรูปสูงกว่าปริมาณการนำเข้า เนื่องจากโดยส่วนใหญ่ประเทศไทยนำเข้าน้ำมันดิบเพื่อนำมากลั่นเป็นน้ำมันสำเร็จรูปเพื่อตอบสนองต่อปริมาณ

ความต้องการใช้ภายในประเทศส่วนที่เกินความต้องการก็สามารถส่งออกไปยังต่างประเทศได้ โดยเฉพาะก๊าซปิโตรเลียมเหลว (LPG) เนื่องจากประเทศไทยสามารถผลิตได้มากกว่าความต้องการใช้ในประเทศ จึงไม่มีการนำเข้า (ตั้งแต่ปี 2542 เป็นต้นมา ตารางที่ 1.13)

พิจารณาจากแหล่งที่มีการส่งออกน้ำมันสำเร็จรูป พบว่าโดยส่วนใหญ่ประเทศไทยส่งออกน้ำมันสำเร็จรูปประเภทก๊าซปิโตรเลียมเหลว (LPG) ไปยังประเทศในแถบเอเชีย ได้แก่ จีน ในปี 2546 มีสัดส่วนสูงสุด คือร้อยละ 31 ของปริมาณการส่งออกทั้งหมด รองลงมาได้แก่ สิงคโปร์ และเวียดนาม คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 24 และ 23 ตามลำดับ²

การส่งออกน้ำมันดิบ ในปี 2545 ส่งออกไปยังประเทศออสเตรเลีย ร้อยละ 34.75 ของมูลค่าการส่งออกน้ำมันดิบทั้งหมด รองลงมาเป็นประเทศในแถบเอเชีย ได้แก่ จีน และอินโดนีเซีย คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 29.84 และร้อยละ 23.50 ตามลำดับ (ตารางที่ 1.15) โดยส่งออกจากแหล่งเบญจมาศ แหล่งทานตะวันของบริษัท Chevron และจากแหล่งผลิตของบริษัท ยูโนแคล (Unocal) สาเหตุที่เราต้องส่งออกน้ำมันดิบเนื่องจากองค์ประกอบของน้ำมันดิบมีสารโลหะหนัก (สารปรอท) ปนอยู่มากซึ่งไม่ตรงกับคุณสมบัติที่โรงกลั่นภายในประเทศต้องการ

ตารางที่ 1.14 ปริมาณการส่งออกน้ำมันเชื้อเพลิงสำเร็จรูป ปี 2536-46

หน่วย : ล้านลิตร

	น้ำมันเบนซิน GASOLINE	น้ำมันก๊าด KEROSENE	น้ำมันดีเซล DIESEL	น้ำมันเครื่องบิน JP	น้ำมันเตา FUELOIL	ก๊าซปิโตร เลียมเหลวLPG	รวม
2536	304.2	0.3	54.1	7.2	19.5	87.2	472.5
2537	239.4	0.4	71.2	9.6	25.5	27.0	373.1
2538	274.0	0.3	87.3	13.6	44.5	187.9	607.5
2539	1,236.8	39.1	1,071.1	195.4	1,014.8	364.5	3,921.5
2540	1,948.7	13.7	1,953.1	277.5	715.2	872.7	5,780.9
2541	1,716.1	26.3	2,203.2	236.8	199.4	873.3	5,255.0
2542	1,708.5	302.2	1,976.0	820.8	330.8	1,346.1	6,484.4
2543	1,235.6	391.7	1,676.8	816.4	769.3	1,240.5	6,130.2
2544	1,480.6	394.7	1,647.4	487.8	1,535.9	1,403.3	6,949.6
2545	1,230.4	318.5	2,331.6	920.7	766.8	1,269.9	6,837.8
2546	1,108.3	109.4	2,148.2	558.0	779.9	1,426.1	6,129.9

ที่มา : กระทรวงพลังงาน (2547ก)

² วารสารนโยบายพลังงาน ฉบับที่ 63 เดือนมกราคม-มีนาคม 2547 สำนักนโยบายและแผนพลังงาน (สนพ.)

ตารางที่ 1.15 ปริมาณการส่งออกน้ำมันดิบและอัตราส่วนการส่งออก จำแนกตามแหล่งที่ส่งออก ปี 2545

	แหล่งผลิต (หน่วย : บาร์เรล)		รวม	สัดส่วน (%)
	Chevron	Unocal		
ออสเตรเลีย	5,990,406	195,979	6,186,385	34.75
จีน	4,065,670	1,246,806	5,312,476	29.84
อินโดนีเซีย	4,182,442	0	4,182,442	23.50
เกาหลี	0	1,284,543	1,284,543	7.22
สหรัฐอเมริกา	835,131	0	835,131	4.69
รวม	15,073,649	2,727,328	17,800,977	100.00

ที่มา : กระทรวงพลังงาน (2547ค)

1.4 ภาษีสรรพสามิต

ภาษีสรรพสามิตเป็นภาษีทางอ้อมประเภทหนึ่ง การจัดเก็บภาษีจะจัดเก็บจากสินค้าและบริการเพียงบางประเภทที่รัฐเห็นว่าควรจัดเก็บภาษีในอัตราที่สูงกว่าสินค้าและบริการทั่วไป ในปัจจุบันกรมสรรพสามิตได้กำหนดประเภทสินค้าและบริการที่จัดเก็บภาษีสรรพสามิตและอัตราภาษีดังแสดงในตารางที่ 1.16 มีเหตุผลที่สำคัญในการพิจารณาจัดเก็บภาษีสรรพสามิต คือ

1. เป็นสินค้าและบริการที่บริโภคแล้วอาจจะก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพและศีลธรรมอันดี เช่น สุรายาสูบ ไฟล์ สนาม้าแข่ง ซึ่งรัฐจำเป็นต้องเข้าไปควบคุมดูแล เพราะเป็นสินค้าที่ก่อให้เกิดต้นทุนทางสังคมสูง
2. เป็นสินค้าและบริการที่มีลักษณะฟุ่มเฟือย เช่น รถยนต์นั่งราคาแพง เรือยอชต์ เครื่องดื่มบางประเภท น้ำหอม แก้วคริสตัล โคมระย้า
3. เป็นสินค้าและบริการที่ได้รับประโยชน์เป็นพิเศษจากกิจการของรัฐ เช่น น้ำมัน ผลิตภัณฑ์น้ำมัน เป็นต้น

ในปัจจุบันประเทศไทยจัดเก็บอากรเข้าไวยาสูบและผลิตภัณฑ์ยาสูบสำเร็จรูปตามกรอบข้อตกลงการค้าเสรีอาเซียน (AFTA) ในอัตราร้อยละ 5 ในขณะที่ถ้าเป็นสินค้าจากประเทศนอกกลุ่มอาฟต้าเป็นไปตามข้อตกลงทางการค้าขององค์การการค้าโลก (WTO) ในปี 2546 อัตรา WTO ตามราคาร้อยละ 61 และลดลงเหลือร้อยละ 60 ในปี 2547 ส่วนไวยาสูบและเศษของยาสูบอัตราร้อยละ 72 ถ้าเป็นประเทศที่ได้รับโควตาเก็บในอัตราร้อยละ 30 (ตารางที่ 1.17)

ตารางที่ 1.16 อัตราภาษีสรรพสามิตตั้งแต่วันที่ 28 กรกฎาคม 2547

รายการ	อัตราสูงสุดตามกฎหมาย		อัตราปัจจุบัน	
	ตามมูลค่า (ร้อยละ)	ตามปริมาณ	ตามมูลค่า (ร้อยละ)	ตามปริมาณ
สุรา				
1 สุราแช่				
(1) เบียร์	60	100 บาท/ลิตร	55	100 บาท/ลิตร
(2) ไวน์และแชมเปญที่ทำจากองุ่น (นอกจากไวน์คูลเลอร์)	60	100 บาท/ลิตร	60	100 บาท/ลิตร
(3) สุราแช่พื้นเมือง	60	100 บาท/ลิตร	25	70 บาท/ลิตร
(4) สุราแช่อื่น ๆ	60	100 บาท/ลิตร	25	100 บาท/ลิตร
2 สุรากลั่น				
(1) สุราพิเศษ				
- วิสกี้	50	400 บาท/ลิตร	50	240 บาท/ลิตร
- บรั่นดี	50	400 บาท/ลิตร	35	240 บาท/ลิตร
- อื่น ๆ	50	400 บาท/ลิตร	50	240 บาท/ลิตร
(2) สุราสามทับ (แอลกอฮอล์)	50	400 บาท/ลิตร	10	6 บาท/ลิตร
- สุราสามทับที่ใช้ในอุตสาหกรรม	50	400 บาท/ลิตร	2	1 บาท/ลิตร
- สุราสามทับที่ใช้ในการแพทย์เภสัชกรรมวิทยาศาสตร์	50	400 บาท/ลิตร	0.1	0.05 บาท/ลิตร
- อื่น ๆ	50	400 บาท/ลิตร	10	6 บาท/ลิตร
(3) สุราขาว	50	400 บาท/ลิตร	25	70 บาท/ลิตร
(4) สุราผสม	50	400 บาท/ลิตร	50	240 บาท/ลิตร
(5) สุราปรุงพิเศษ	50	400 บาท/ลิตร	50	240 บาท/ลิตร
ยาสูบหรือยาเส้น				
1 ยาเส้น	80	0.60 บาท/กรัม	0.1	0.01 บาท/10 กรัม
2 ยาสูบ				
(1) ซิกาแรต	80	0.60 บาท/กรัม	75	-
(2) ซิการ์	80	0.60 บาท/กรัม	10	0.50 บาท/กรัม
(3) บุหรี่อื่น ๆ	80	0.60 บาท/กรัม	0.1	0.02 บาท/5 กรัม
(4) ยาเส้นปรุง	80	0.60 บาท/กรัม	10	0.50 บาท/กรัม
(5) ยาเคี้ยว	80	0.60 บาท/กรัม	0.1	0.09 บาท/กรัม
กิจการที่ได้รับอนุญาตหรือสัปทานจากรัฐ				
1 กิจการโทรคมนาคม	50	-		
- กิจการโทรศัพท์พื้นฐาน			2	-
- กิจการโทรศัพท์เคลื่อนที่			10	-
น้ำมันและผลิตภัณฑ์น้ำมัน				
1 น้ำมันเบนซิน				
(1) เบนซินไร้สารตะกั่ว	42	5 บาท/ลิตร	0	3.6850 บาท/ลิตร
(2) เบนซินมีสารตะกั่ว	42	5 บาท/ลิตร	0	4.6850 บาท/ลิตร
(3) น้ำมันแก๊สโซฮอล์ที่มีเอทานอลผสมอยู่ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10	42	5 บาท/ลิตร	0	3.3165 บาท/ลิตร
2 น้ำมันก๊าด	34	4 บาท/ลิตร	0	3.055 บาท/ลิตร
3 น้ำมันเชื้อเพลิงสำหรับเครื่องบินไอพ่น				
(1) นำไปใช้เป็นเชื้อเพลิงของอากาศยาน	34	4 บาท/ลิตร	1	0.20 บาท/ลิตร

รายการ	อัตราสูงสุดตามกฎหมาย		อัตราปัจจุบัน	
	ตามมูลค่า (ร้อยละ)	ตามปริมาณ	ตามมูลค่า (ร้อยละ)	ตามปริมาณ
(2) ไม่ได้นำไปใช้เป็นเชื้อเพลิงของอากาศยาน	34	4 บาท/ลิตร	23	3 บาท/ลิตร
4 น้ำมันดีเซล				
(1) มีกำมะถันเกิน 0.25 โดยน้ำหนัก	34	4 บาท/ลิตร	0	2.4050 บาท/ลิตร
(2) มีกำมะถันไม่เกิน 0.25 โดยน้ำหนัก	34	4 บาท/ลิตร	0	2.3050 บาท/ลิตร
(3) ที่นำไปจำหน่ายในเขตต่อเนื่องของราชอาณาจักร	34	4 บาท/ลิตร		ยกเว้น
(4) ที่ได้เติมในเขตต่อเนื่องของราชอาณาจักรในเรือจดทะเบียนการประมง และเหลือในถังใช้การปกติขณะเดินทางกลับสู่ฝั่ง	34	4 บาท/ลิตร		ยกเว้น
5 ก๊าซปิโตรเลียมเหลว (LPG)	34	9 บาท/กก.	0	2.17 บาท/กก.
6 ก๊าซธรรมชาติเหลว (NGL)	42	5 บาท/ลิตร	36	3.15 บาท/ลิตร
7 น้ำมันเตา	42	-	5	-
8 ผลิตภัณฑ์ที่เป็นส่วนผสมปิโตรเมียม	42	-	12	-
9 สารละลายประเภทไฮโดรคาร์บอน	42	-	30	-

ที่มา : กรมสรรพสามิต (2547).

ตารางที่ 1.17 อัตราภาษีอากรใบยาสูบและผลิตภัณฑ์ยาสูบสำเร็จรูปของ AFTA และ WTO

	อัตราตามราคา (ร้อยละ)		อัตราตามราคา (ร้อยละ)		
	AFTA		WTO		
	2545	2546	2545	2546	2547
ใบยาสูบที่ไม่เอาก้านใบออกและที่เอาก้านออกเพียงบางส่วนหรือทั้งหมด รวมทั้งเศษของยาสูบ	10	5	73.6	72.8	72
ซิการ์และเชอรูต	10	5	62	61	60
บุหรี่ยี่มียาสูบ	5	5	62	61	60
ยาสูบ	20	5	62	61	60
ยาเส้นสำหรับสูบ จะมีของที่ใช้แทนยาสูบในอัตราส่วนเท่าใดหรือไม่ก็ตาม	10	5	62	61	60
ยาสูบสำหรับเคี้ยว	10	5			
อื่นๆ	20	5	62	61	60

ที่มา : กรมศุลกากร (2547)

ตารางที่ 1.18 อัตราภาษีอากรเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของ AFTA และ WTO

	อัตราตามราคา (ร้อยละ) AFTA		อัตราตามราคา (ร้อยละ) WTO		
	2545	2546	2545	2546	2547
เบียร์ที่ทำจากมอลต์	20	5	61	61	60
ไวน์ที่ทำจากองุ่นสด รวมถึงไวน์ที่เติมแอลกอฮอล์และเกรปมัสด์	5	5	55.2	54.6	54
ไวน์ในภาชนะบรรจุขนาด 2 ลิตรหรือน้อยกว่าเฉพาะไวน์ที่มีแอลกอฮอล์ บริสุทธิ์ไม่เกินร้อยละ 23			55.2	54.6	54
สุราได้จากการกลั่นไวน์องุ่นหรือเกรปมัสด์			62	61	60
บรั่นดี	20	5			
วิสกี	20	5	62	61	60
วอดก้า	5	5	62	61	60
รัมและทาเพีย			62	61	60
ลิเคียวและคอร์เดียลส์			62	61	60
จินและเจนีวา			55.2	54.6	54
อื่นๆ	5	5	62	61	60

ที่มา : กรมศุลกากร (2547)

ในปี 2545 ได้จัดเก็บอากรเข้า เบียร์ บรั่นดี และวิสกี ในอัตราอาฟต้าร้อยละ 20 และลดลงเป็นร้อยละ 5 ในปี 2547 ส่วนเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์อื่นๆ ในอัตราร้อยละ 5 เท่าเดิม และอัตรา WTO ในปี 2547 ร้อยละ 60 สำหรับสุราประเภทต่างๆ เช่น วิสกี วอดก้า รัมและทาเพีย และร้อยละ 54 สำหรับไวน์ จินและเจนีวา และอื่นๆในอัตราร้อยละ 60 (ตารางที่ 1.18)

อัตราอาฟต้า (AFTA) ในส่วนของน้ำมันปิโตรเลียม ในปี 2545 ได้มีการยกเว้นอากรสำหรับน้ำมัน ปิโตรเลียมดิบและน้ำมันดิบที่ได้จากแร่ปิโตรมินัส รวมทั้งน้ำมันอื่นๆ ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลังได้พิสูจน์แล้ว ว่านำเข้ามาเพื่อใช้กลั่นเป็นผลิตภัณฑ์ปิโตรเลียม ส่วนน้ำมันสำเร็จรูปอื่นๆ ปัจจุบันเก็บในอัตราร้อยละ 5 ทั้งหมด ประกอบด้วย น้ำมันเบนซิน น้ำมันก๊าด น้ำมันดีเซล น้ำมันเชื้อเพลิงหนักสำหรับใช้กับเตาบอยเลอร์ ก๊าซปิโตรเลียมเหลวและก๊าซไฮโดรคาร์บอนอื่นๆ (ตารางที่ 1.19)

ตารางที่ 1.19 อัตราภาษีอากรน้ำมันปิโตรเลียมของ AFTA ปี 2545-46

	ตามราคา (ร้อยละ)	
	2545	2546
น้ำมันปิโตรเลียมดิบและน้ำมันดิบที่ได้จากแรูปิโตรเลียม	ยกเว้นอากร	ยกเว้นอากร
น้ำมันอื่น ๆ ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลังได้พิสูจน์แล้วว่านำเข้ามาเพื่อใช้กลั่นเป็นผลิตภัณฑ์ปิโตรเลียม	ยกเว้นอากร	ยกเว้นอากร
น้ำมันเบนซินและน้ำมันที่คล้ายกันสำหรับเครื่องยนต์	5	5
น้ำมันก๊าด (เคโรซีน) และน้ำมันที่จุดให้แสงสว่างที่คล้ายกัน	5	5
น้ำมันดีเซลและน้ำมันอื่น ๆ ที่คล้ายกันสำหรับเครื่องยนต์	5	5
น้ำมันเชื้อเพลิงหนักสำหรับใช้กับเตาอบยเลอร์	5	5
ก๊าซปิโตรเลียมและก๊าซไฮโดรคาร์บอนอื่นๆ	5	5
ก๊าซธรรมชาติ*	ยกเว้นอากร	ยกเว้นอากร
อื่นๆ	5	5

ที่มา : กรมศุลกากร (2547)

หมายเหตุ : * ยกเว้นอากรแก่ประเทศสมาชิกใหม่อาเซียน (สท.พม่า)

1.5 ภาษีมูลค่าเพิ่ม (VAT)

VAT (VALUE ADDED TAX หรือภาษีมูลค่าเพิ่ม) เป็นภาษีการขายที่เก็บจากการขายสินค้าและการให้บริการโดยทั่วไป และเก็บจากมูลค่าเพิ่มของสินค้าหรือบริการที่เพิ่มขึ้นในแต่ละขั้นตอน ทั้งที่ผลิตภายในประเทศและนำเข้าจากต่างประเทศ โดยผู้ที่อยู่ในข่ายมีหน้าที่เสียภาษีมูลค่าเพิ่มได้แก่ ผู้ผลิต ผู้ขายส่ง ผู้ขายปลีก ผู้ส่งออก ผู้ให้บริการและผู้นำเข้าไม่ว่าจะเป็นในรูปของบุคคลธรรมดา คณะบุคคล ห้างหุ้นส่วนหรือบริษัท องค์การของรัฐบาลหรือนิติบุคคลใดๆ หากมีรายรับจากการขายสินค้าหรือให้บริการเกินกว่า 1.2 ล้านบาทต่อปี

ภาษีมูลค่าเพิ่มเริ่มบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2535 โดยมีการจัดเก็บในอัตราร้อยละ 7 เรื่อยมา จนในปี 2540 ประเทศไทยประสบปัญหาวิกฤติเศรษฐกิจจึงต้องเข้ารับขอความช่วยเหลือจากกองทุนการเงินระหว่างประเทศ (IMF) ภายใต้พันธะตามหนังสือแจ้งความจำนงค์ขอรับความช่วยเหลือทางวิชาการและการเงิน (LETTER OF INTENT ฉบับที่ 1) กำหนดให้มีการปรับอัตราภาษีมูลค่าเพิ่ม (VAT) จากร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 10 ในวันที่ 16 สิงหาคม 2540 และหลังจากนั้นได้มีพระราชกฤษฎีกาปรับลดอัตราภาษีลงจากร้อยละ 10 เป็นร้อยละ 7 เมื่อวันที่ 1 เมษายน 2542

อัตราภาษีมูลค่าเพิ่ม (VAT)

- อัตราภาษีมูลค่าเพิ่มร้อยละ 7 สำหรับการขายสินค้าหรือการให้บริการของผู้ประกอบการที่มีรายรับ (ฐานภาษี) เกิน 1.2 ล้านบาทต่อปี
- อัตราภาษีมูลค่าเพิ่มร้อยละ 0 สำหรับการขายสินค้าหรือการให้บริการที่เป็นการส่งออก

3. ยกเว้นภาษีสำหรับการขายสินค้าและบริการที่จำเป็นต่อการครองชีพ หรือมีวัตถุประสงค์พิเศษบางอย่าง

กิจการที่ได้รับการยกเว้นภาษีมูลค่าเพิ่มตามกฎหมาย

1. การขายสินค้าหรือให้บริการของผู้ประกอบการที่มีรายรับไม่เกิน 1.2 ล้านบาทต่อปี
2. การขายพืชผลทางการเกษตรภายในราชอาณาจักร เช่น ข้าว ข้าวโพด ปอ มันสำปะหลัง ผักและผลไม้ เป็นต้น (คำสั่งกรมสรรพากรที่ ป.28/2535ฯ)
3. การขายสัตว์ทั้งที่มีชีวิตหรือไม่มีชีวิตภายในราชอาณาจักร เช่น โค กระบือ ไก่หรือเนื้อสัตว์ กุ้ง ปลา เป็นต้น (คำสั่งกรมสรรพากรที่ ป.29/2535ฯ)
4. การขายปุ๋ย
5. การขายปลาป่น อาหารสัตว์
6. การขายยาหรือเคมีภัณฑ์ที่ใช้สำหรับพืชหรือสัตว์ เพื่อบำรุงรักษาป้องกัน ทำลายหรือกำจัดศัตรูหรือโรคของพืชและสัตว์
7. การขายหนังสือพิมพ์ นิตยสาร หรือตำราเรียน
8. การนำเข้าสินค้าตาม 2. ถึง 7.
9. การให้บริการการศึกษาของสถานศึกษาของทางราชการ สถานศึกษาตามกฎหมายว่าด้วยสถาบันอุดมศึกษาเอกชน หรือโรงเรียนเอกชนตามกฎหมายว่าด้วยโรงเรียนเอกชน
10. การให้บริการขนส่งในราชอาณาจักรไม่ว่าจะเป็นทางบก ทางน้ำหรือทางอากาศ อย่างไรก็ดี หากเป็นการให้บริการขนส่งโดยอากาศยาน และการให้บริการขนส่งน้ำมันเชื้อเพลิงทางท่อ ผู้ประกอบการมีสิทธิเลือกเข้าสู่ระบบภาษีมูลค่าเพิ่มได้
11. การให้บริการขนส่งระหว่างประเทศทางบกและทางเรือซึ่งมิใช่เรือเดินทะเล
12. การให้บริการรักษาพยาบาลของสถานพยาบาลทางราชการและเอกชน
13. การให้บริการห้องสมุด พิพิธภัณฑ์ สวนสัตว์
14. การให้บริการจัดแข่งขันกีฬาสมัครเล่น
15. การให้บริการประกอบโรคศิลปะ การสอบบัญชี การว่าความ
16. การให้บริการของนักแสดงสาธารณะ
17. การให้บริการที่เป็นงานทางศิลปะและวัฒนธรรม ในสาขาและลักษณะการประกอบกิจการที่อธิบดีกำหนด โดยอนุมัติรัฐมนตรี
18. การให้บริการวิจัย หรือการให้บริการทางวิชาการ ซึ่งต้องมีลักษณะการประกอบกิจการตามที่กรมสรรพากรกำหนด คือ ต้องเป็นการวิจัยหรือบริการทางวิชาการสาขาวิทยาศาสตร์และสาขาสังคมศาสตร์ แต่ต้องมีใช้

เป็นการกระทำในทางธุรกิจ ทั้งนี้ ผู้ประกอบการต้องเป็นบุคคลธรรมดาหรือเป็นคณะบุคคลที่มีชนิตบุคคลหรือมูลนิธิ

19. การให้บริการตามสัญญาจ้างแรงงาน
20. การให้บริการเช่าอสังหาริมทรัพย์
21. การให้บริการของราชการส่วนท้องถิ่น ทั้งนี้ไม่รวมถึงบริการที่เป็นการพาณิชย์ของราชการส่วนท้องถิ่น หรือเป็นการหารายได้ หรือผลประโยชน์ไม่ว่าจะเป็นกิจการสาธารณูปโภคหรือไม่ก็ตาม
22. การขายสินค้าหรือการให้บริการของกระทรวง ทบวง กรม ซึ่งส่งขายรับทั้งสิ้นให้แก่รัฐโดยไม่หักรายจ่าย
23. การขายสินค้าหรือการให้บริการเพื่อประโยชน์แก่การศาสนา หรือการสาธารณกุศลภายในประเทศ ซึ่งไม่นำผลกำไรไปจ่ายในทางอื่น
24. การบริจาคสินค้าให้แก่สถานพยาบาล และสถานศึกษาของทางราชการ หรือให้แก่องค์กรหรือสถานสาธารณกุศล หรือสถานพยาบาลและสถานศึกษาอื่นตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด
25. การขายบุหรี่ซิการ์เรต ที่ผลิตโดยโรงงานยาสูบ กระทรวงการคลัง ซึ่งผู้ขายเป็นบุคคลอื่นที่มีใช้โรงงานยาสูบ กระทรวงการคลัง
26. การขายสลากกินแบ่งของรัฐบาล สลากออมสินของรัฐบาล และสลากบำรุงสภากาชาดไทย
27. การขายแสดมปีไปรษณีย์ แสดมปีอากร หรือแสดมปีอื่นของรัฐบาล องค์การของรัฐบาล หรือองค์การบริหารราชการส่วนท้องถิ่น เฉพาะที่ยังไม่ได้ใช้ในราคาที่ไม่เกินมูลค่าที่ตราไว้
28. การให้บริการสีข้าว

บทบาทของภาษีมูลค่าเพิ่ม (VAT)

. บทบาทในการเป็นแหล่งรายได้ของรัฐบาลการจัดเก็บภาษีมูลค่าเพิ่มเป็นแหล่งรายได้ของรัฐ โดยในปีงบประมาณ 2546 กรมสรรพากรจัดเก็บรายได้ภาษีมูลค่าเพิ่มได้ถึง 261.3 พันล้านบาท ซึ่งคิดเป็นรายได้เกือบครึ่งหนึ่งของของภาษีสรรพากรทั้งหมด คือร้อยละ 41.6 และคิดเป็นร้อยละ 25.9 ของรายได้ภาษีอากรทั้งหมด

- ภาษีมูลค่าเพิ่มมีส่วนช่วยกระตุ้นเศรษฐกิจ โดยใช้มาตรการคืนภาษีมูลค่าเพิ่มแก่นักท่องเที่ยวที่เริ่มใช้ตั้งแต่ 1 มิถุนายน 2542 เป็นต้นมา ในการกระตุ้นการใช้จ่ายเพื่อซื้อสินค้าของนักท่องเที่ยวชาวต่างประเทศ
- ภาษีมูลค่าเพิ่มมีส่วนในการสนับสนุนการกระจายอำนาจทางการคลังไปสู่การบริหารราชการส่วนท้องถิ่น โดย 1 ใน 9 ส่วนของภาษีมูลค่าเพิ่ม ที่รัฐจัดเก็บจะถูกจัดสรรให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นรายจังหวัด ตามเกณฑ์ประชากร
- ภาษีมูลค่าเพิ่มมีส่วนช่วยส่งเสริมการส่งออก โดยการไม่คิดภาษีมูลค่าเพิ่ม (อัตราร้อยละ 0) สำหรับการขายสินค้าหรือบริการที่เป็นการส่งออก เพื่อให้สินค้าไทยสามารถแข่งขันในตลาดต่างประเทศได้

รายได้จากภาษีอากร

รายได้จากภาษีอากรมาจากกรมสรรพากร กรมสรรพสามิต กรมศุลกากร และจากหน่วยงานอื่น โดยในส่วนของกรมสรรพากรนั้นมีการจัดเก็บภาษีได้สูงสุด รองลงมาเป็นรายได้จากกรมสรรพสามิต และกรมศุลกากรตามลำดับ เมื่อพิจารณารายได้จากภาษีแยกตามแหล่งที่มาของรายได้ดังแสดงในตารางที่ 1.20 ดังนี้

ภาษีมูลค่าเพิ่ม (จากกรมสรรพากร) ปีงบประมาณ 2536 จัดเก็บได้ 112,581.9 ล้านบาท คิดเป็นสัดส่วนถึงร้อยละ 20.24 ของรายได้จากภาษีอากรทั้งหมด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงปี 2536-42 แต่หลังจากนั้นรายได้จากภาษีมูลค่าเพิ่มก็ลดลงในปีงบประมาณ 2543 และเพิ่มขึ้นอีกหลังจากนั้น ในปีงบประมาณ 2546 มีรายได้จากภาษีมูลค่าเพิ่ม 261,306.37 ล้านบาท หรือคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 27.46

ในส่วนของภาษีสรรพสามิตที่เราพิจารณา คือ ภาษียาสูบ สุราฯ เบียร์ และภาษีน้ำมันฯ ในปีงบประมาณ 2536 ประเทศไทยมีรายได้จากภาษียาสูบประมาณ 15.6 พันล้านบาท คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 3.1 ของรายได้สุทธิ รายได้จากการจัดเก็บภาษียาสูบลดลงในปี 2541-42 และหลังจากนั้นก็เพิ่มขึ้นอีก แต่ได้มีการชะลอตัวลงในปีงบประมาณ 2545 ท้ายสุดในปีงบประมาณ 2546 รายได้เพิ่มเป็น 33.29 พันล้านบาท ซึ่งคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 3.3 ของรายได้สุทธิ

ด้านรายได้จากภาษีน้ำมันในปีงบประมาณ 2536 จำนวน 43.7 พันล้านบาท คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 7.9 ของรายได้สุทธิ โดยที่รายได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี และรายได้ลดลงในช่วงปีงบประมาณ 2542-43 และหลังจากนั้นก็เพิ่มขึ้นอีก ในปีงบประมาณ 2546 รายได้เพิ่มเป็น 73.6 พันล้านบาท คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 7.3

ตารางที่ 1.20 รายได้จากภาษีตามแหล่งที่มาของรายได้และสัดส่วนต่อรายได้ภาษีอากรสุทธิ
ปี 2536-46

ปีงบประมาณ	รายได้จากภาษี (พันล้านบาท)					รายได้สุทธิ	สัดส่วนต่อรายได้ภาษีอากรสุทธิ (ร้อยละ)				
	ภาษีมูลค่าเพิ่ม	ภาษียาสูบ	ภาษีน้ำมันฯ	สุราฯ	เบียร์		ภาษีมูลค่าเพิ่ม	ภาษียาสูบ	ภาษีน้ำมันฯ	สุราฯ	เบียร์
2536	112.58	15.64	43.71	16.68	9.48	556.33	20.2	2.8	7.9	3.0	1.7
2537	134.79	19.71	46.13	19.27	12.26	652.56	20.7	3.0	7.1	3.0	1.9
2538	163.12	20.72	53.50	19.76	15.13	755.11	21.6	2.7	7.1	2.6	2.0
2539	184.23	24.06	58.01	21.55	17.36	850.00	21.7	2.8	6.8	2.5	2.0
2540	195.81	29.82	63.98	22.76	21.38	843.58	23.2	3.5	7.6	2.7	2.5
2541	232.39	28.56	65.37	20.26	23.19	733.46	31.7	3.9	8.9	2.8	3.2
2542	201.98	26.66	66.58	22.80	24.99	708.83	28.5	3.8	9.4	3.2	3.5
2543	192.51	28.13	64.83	8.28	26.44	750.08	25.7	3.8	8.6	1.1	3.5
2544	215.32	32.31	64.12	8.93	29.99	784.03	27.5	4.1	8.2	1.1	3.8
2545	228.20	31.70	68.84	22.29	31.65	867.19	26.3	3.7	7.9	2.6	3.6
2546	261.31	33.29	73.60	25.68	36.99	1008.93	25.9	3.3	7.3	2.5	3.7

ที่มา : กระทรวงการคลัง (2547)

ในปีงบประมาณ 2536 รัฐบาลมีรายได้จากภาษีสุรา 16.7 พันล้านบาท คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 3.0 ของรายได้สุทธิจากภาษีอากร และในปี 2543 ลดลงเหลือ 8.3 พันล้านบาท คิดเป็นสัดส่วนเพียงร้อยละ 1.1 ของรายได้สุทธิจากภาษีอากร เนื่องมาจากการเปิดเสรีสุราในปี 2543 ซึ่งมีผลกระทบโดยตรงต่อรายได้รัฐบาลเพราะสมัยที่มีการเปิดสัมปทานรัฐได้กำหนดรายได้ขั้นต่ำที่ต้องจ่ายให้รัฐขั้นต่ำเท่าใดต่อปี แต่เมื่อเปลี่ยนมาเป็นนโยบายเสรีไม่มีหลักประกันรายได้ขั้นต่ำที่รัฐต้องเก็บได้ จึงส่งผลให้ 3-4 ปีแรกของการขึ้นนโยบายเสรีการจัดเก็บรายได้ของภาษีสุราอาจลดลงบ้าง เพราะมีสุราเดิมกักตุนไว้ แต่อย่างไรก็ตามในปีงบประมาณ 2546 รายได้เพิ่มเป็น 25.7 พันล้านบาท และคิดเป็นสัดส่วนของรายได้สุทธิจากภาษีที่เพิ่มขึ้นจากปี 2543 คือ ร้อยละ 2.5

สุดท้ายเป็นรายได้จากภาษีเบียร์ ในปีงบประมาณ 2536 รัฐจัดเก็บได้ 9.5 พันล้านบาท คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 1.7 ของรายได้สุทธิจากภาษี และเป็นรายได้ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีอย่างต่อเนื่อง ในปีงบประมาณ 2546 มีรายได้เป็น 8.6 พันล้านบาท คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 3.7

บรรณานุกรม

- กรมศุลกากร. 2547. **พิกัดอัตราภาษีศุลกากร**. <http://www.customs.go.th/Tariff/Tariff.jsp> (ธันวาคม 2547).
- กระทรวงการคลัง, กรมสรรพสามิต. 2547. http://e-fpo.fpo.go.th/e-tax/excise/อัตราภาษีสรรพสามิต_แยกตามประเภทสินค้า.asp (ธันวาคม 2547).
- กระทรวงการคลัง, สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง. 2547. <http://e-fpo.fpo.go.th/e-tax/> (2547).
- กระทรวงพลังงาน, สำนักนโยบายและแผนพลังงาน. 2547ก. <http://www.eppo.go.th/info/NB-T01.html> (ธันวาคม 2547).
- กระทรวงพลังงาน, กรมเชื้อเพลิงธรรมชาติ. 2547ข. **รายงานประจำปี 2546**. [http://www.dmt.go.th/download/annual report/annual 2003.pdf](http://www.dmt.go.th/download/annual%20report/annual%202003.pdf) (ธันวาคม 2547).
- กระทรวงพลังงาน, กรมเชื้อเพลิงธรรมชาติ. 2547ค. **รายงานประจำปี 2545**. [http://www.dmt.go.th/download/annual report/annual 2002.pdf](http://www.dmt.go.th/download/annual%20report/annual%202002.pdf) (ธันวาคม 2547).
- กระทรวงพาณิชย์, กรมการค้าต่างประเทศ. 2547. http://www.ops2.moc.go.th/trade/trade_imp.html (ธันวาคม 2547).
- กระทรวงวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อม, กรมพัฒนาและส่งเสริมพลังงาน. 2544. **รายงานน้ำมันเชื้อเพลิงของประเทศไทย ปี 2544**. กรุงเทพฯ : กระทรวงวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีฯ.
- กระทรวงสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. 2545. **การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2542-2543**. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข.
- ธนาคารแห่งประเทศไทย. 2547. <http://www.bot.or.th/bothomepage/databank/EconData/Econ&Finance/Download/Tab66.xls> (ธันวาคม 2547).
- <http://www.bot.or.th/bothomepage/databank/EconData/Econ&Finance/Download/Tab68.xls> (ธันวาคม 2547).
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2542. **รายงานการสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของประชากร พ.ศ.2542**. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2544. **รายงานการสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2544**. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2547. **เครื่องชี้การพัฒนาประเทศไทย พ.ศ. 2546**. http://www.nso.go.th/nso/data/data05/05files/tha_dev_ind.pdf (ธันวาคม 2547).

ส่วนที่ 2

2.1 INTRODUCTION

The purpose of this paper is to survey the essential elements of the Canadian health care system, focussing particularly on its organization and governance, and on financing arrangements. It will also present briefer discussions on the role of local governments (municipalities) in the Canadian health care system and of some of the current research issues in health economics and policy in Canada⁴.

To begin, however, it is necessary to sketch briefly the constitutional context of public health care in Canada, and to present a brief history of its development. Under the Canadian Constitution, responsibility for health care is assigned to the provincial governments. The exceptions to this general responsibility are the specific responsibilities assigned to the federal (national) government for the health care of Aboriginal peoples, military and national police personnel, and inmates of federal penal institutions. The federal government also carries several more general responsibilities such as the certification and regulation of drugs and medical devices, health promotion, and international health matters.

Responsibility for the establishment, management and financing of health care services for its residents (other than the relatively narrow exceptions noted above) resides with each of the ten provincial governments within their respective territories. Federal government participation is largely through its financial role (presented in detail later in this paper). The federal government has no constitutional authority to regulate provincial government activities in their own areas of authority (of which health is one), but the federal government does possess one powerful tool that has come to be called its “spending power”. The national Parliament has the right to authorize the expenditure of funds for any purpose it deems appropriate. Using this power the federal government pays funds to the provinces that opt to provide public health care insurance systems that observe certain principles.

It is instructive briefly to trace the history of this federal-provincial collaboration⁵. While the first instances of federal-provincial collaboration in the field of health care go back further (see the chronology in Table 2.1), the model for the present arrangements dates back to 1968 when the Medical Care Act (Medicare) was passed by Parliament. It committed the federal government to share with the provinces the cost of services provided by doctors and hospitals, if the provinces met four conditions. These included universal coverage of the population, comprehensive coverage of medically necessary services, inter-provincial portability, and provincial publicly administered systems. In 1984 the Canada Health Act

³ The author wishes to acknowledge and thank Daphna Gelbart, who provided excellent research assistance for this paper.

⁴ For general reference, the Appendix provides an overview of some of the salient comparisons between health care and health status in Canada and Thailand.

⁵ Many Canadians regard the system of health care (Medicare) as the crowning achievement of federal-provincial relations. This is not to say, however, that it began without considerable conflict between the two orders of government or that conflict between them does not continue to this day.

(CHA) came into effect; it remains in place today. The CHA added a fifth principle to the four already in place, namely accessibility: the right of Canadians to access medically required services provided by doctors and hospitals without any fee linked to their usage of the services. The CHA requires the federal government to withhold funding from any province that does not observe this principle in the operation of its Medicare system. We will turn to the details of the federal financing arrangements later in this paper.

Table 2.1 Chronology of Major Federal Government Initiatives Relating to Health Care Financing

Year	Initiative	Comment
1948	Grants for hospital construction and some general services	- first significant postwar program to provide funding to provinces for health.
1958	Hospital Insurance and Diagnostic Services Act	- transfer to provinces approx. 50% of provincial expenditure on specified activities.
1968	Medical Care Act (Medicare)	- transfer approx. 50% of provincial expenditures, subject to 4 conditions (universal, comprehensive, portable, public administration). Last province enters agreement in 1971.
1977	Established Programs Financing (EPF)	- tax room transferred to provinces plus cash transfer = about 50% of 1975-76 expenditures on hospitals, Medicare and post-secondary education. Cash transfer scheduled to grow at rate of GNP (3 year moving average).
1982	EPF restructured	- total entitlement determined for each province; cash transfer calculated as total entitlement minus revenues from 1977 tax point transfer.
1984	Canada Health Act (CHA)	-specified five conditions for receipt of cash transfer (previous four plus accessibility).
1983-96	Restraints imposed on EPF entitlement 9 times	- significantly reduced cash transfers to the provinces.
1996	Canada Health and Social Transfer (CHST)	- combined EPF transfer with another transfer into one.
1998	Cash transfer increased	- federal government begins to rebuild transfers to provinces after eliminating its budget deficit.
2000	Other health transfers	- more specific health transfers established in addition to the CHST
2003	First Ministers' Accord	- major increases in transfer promised; provinces agree to development of performance indicators.
2004	Canada Health Transfer	- federal government divides CHST into 2 separate transfers.
2004	First Ministers' Accord	- federal government agrees to major additional increases in CHT over 10 years; further commitment to develop performance indicators.

2.2 ORGANIZATION OF HEALTH CARE

The Acts cited above refer to Medicare as including all medically necessary services provided by doctors and hospitals. This set of services might be referred to as “core” Medicare. Each province provides full insurance coverage to all its residents for these services with no user fees, deductibles or other forms of co-payment. Individuals access these services with no out-of-pocket costs. Individuals are able to choose any primary care physician (or in some cases, a physician group) they wish⁶.

In addition to the core Medicare services provided by doctors and hospitals, the provinces are also involved in the provision of other health care services such as long-term

⁶ Physicians who have a full roster of patients may decline to accept any additional ones. Access to medical specialists is usually by means of referral from a primary care physician. However, in some specialties the norm is for patients to approach doctors directly. Ophthalmology, pediatric, and gynaecology/obstetric specialists, for example, often accept patients directly without referral.

care, home care, and prescription pharmaceuticals. However, while there is a high level of uniformity from province to province in the core services, there is range of arrangements for these other services. Most are provided through a mix of public and private funding with varying forms and levels of co-payments, but there is some variability from province to province. Details of the extent of public health insurance coverage for the provinces of Alberta, British Columbia, Ontario and Quebec are provided in Table 2.2

Table 2.2 Insured Health Services

Province/ Services	British Columbia	Alberta	Ontario	Quebec
Fully Covered	-Medically required services provided by a physician -Maternity care provided by a physician -Diagnostic services including x-rays and laboratory services, provided at approved diagnostic facilities, when ordered by a registered physician, podiatrist, dental or oral surgeon -Dental and oral surgery, when medically required to be performed in a hospital -Orthodontic services related to severe congenital face abnormalities -Medically required eye exams -Routine eye exams for persons under 18 years and over 65 years -Surgical podiatry -BC Nurse Line (Province-wide 24-hour medical advice)	-Medically necessary hospital and medical services -Acute care -Emergency health services -Community Rehabilitation Services provided through the Regional Health Authority: audiology, community physical therapy, occupational therapy, respiratory therapy, speech-language pathology -Health Link Alberta telephone service (Province-wide 24-hour medical advice)	-Essential diagnostic and treatment services -Physicians -Physiotherapy provided in hospitals, approved clinics, physicians' offices, Community Care Access Centres -Dental services in hospitals -Optometry services every two years for persons 20-65 years and once a year for persons under 20 and over 65 -Telehealth Ontario (Province-wide 24-hour medical advice)	-Medically necessary services including (but not limited to) psychiatric treatment, diagnostic and therapeutic procedures, surgery, radiology, anaesthesia. -Hearing aids -Reading, writing and mobility aids on loan to people who are blind or have low vision. -Dental services for children under 10 and people receiving social assistance for less than 12 consecutive months. -Optometric services for persons under the age of 18 and over 65, and persons between 18 and 65 receiving certain types of government assistance or who are hospitalized or in long-term care. -Info-Santé Hotline (Province-wide 24-hour medical advice)
Partially Covered	Supplementary Benefits for Medical Services Plan (MSP) beneficiaries receiving premium assistance, MSP pays \$23 per visit for a combined	-Chiropractic (max \$200/year with restrictions) -Podiatry (max \$250/year with restrictions) -Optometry (under 19 and over 65,	-Podiatrists -Chiropractors -Osteopaths	-Ostomy appliances (up to \$600 per year). -Walking aids for the disabled. -External breastforms for women who have

Province/ Services	British Columbia	Alberta	Ontario	Quebec
	annual limit of 10 visits each calendar year in the following services: -Chiropractic -Massage therapy -Naturopathy -Physical therapy -Non-surgical podiatry	Partial services) -Dental (some specific surgeries performed by an oral surgeon) -Physical therapy (may be covered by RHA)		undergone mastectomy (\$200 every two years) -Ocular prosthesis (with specific cost limits)
Pharmacare	Client pays 100% of costs up to an annual deductible, after which Fair PharmaCare program pays 70% of drug costs (75% for seniors) for the remainder of the year. There is a family maximum after which Fair PharmaCare pays 100% of eligible drug costs. At the pharmacy, the client pays 100% of the drug cost until the deductible is reached. Once the deductible is reached the client does not pay. See Annex to Table 4.2 for additional information.	Seniors over 65 automatically receive premium-free Alberta Blue Cross Coverage for Seniors for all health related services not covered by the Alberta Health Care Insurance Plan. This includes prescription drugs with 30% client co-payment up to a maximum of \$25 per prescription. Alberta Blue Cross drug plan is available to non-seniors at a rate of \$246 per year for an individual or \$492 per family. Individuals and families that qualify for a subsidy on their health premium receive a subsidized Blue Cross rate \$172.20 per year for an individual or \$344.40 per family. The drug plan coverage is the same as the seniors' coverage described above. The deductible is paid in quarterly instalments. At the pharmacy, insured persons pay 30% of the cost up to a maximum of \$25.	Trillium Drug Program/Ontario Drug Benefit Seniors are automatically enrolled at age 65. There is an annual deductible of \$100 after which seniors pay \$6.11 per prescription. Seniors with an income of under \$16,800 for an individual or \$24,175 for a family qualify to pay \$2 per prescription and no deductible. Households can also apply for Ontario Drug Benefits. The household pays all prescription costs up to a quarterly deductible, and then \$2 per prescription until the end of the quarter. Unused deductible is carried over to the next quarter. The deductible is paid in quarterly instalments. At the pharmacy, insured persons pay \$2 per prescription. See Annex to Table 4.2 for additional information.	The Public Prescription Drug Insurance Plan (Régie de l'assurance maladie du Québec – RAMQ) covers persons over 65, welfare recipients and other income benefit recipients, persons without access to a private plan, and children of persons using the public plan. Children, seniors, and income assistance recipients do not pay a premium. For all other people, the annual premium varies from \$0 to \$494 per adult, depending on net family income. At the pharmacy, insured persons pay only their share of the contribution. See Annex to Table 4.2 for additional information.

Province/ Services	British Columbia	Alberta	Ontario	Quebec
Home Care	Case management, nursing and rehabilitation services are provided free of charge. Home support provides personal assistance with daily activities, such as bathing, dressing, grooming and light household tasks that help to maintain a safe and supportive home. Choice in Supports for Independent Living (CSIL) is a “self-managed model of care”. Clients receive funds directly for the purchase of home support services. They assume full responsibility for the management, co-ordination and financial accountability of their services, including recruiting, hiring, training, scheduling and supervising home support workers.	In-home personal care support (help to get dressed, bathing, etc.) is fully covered. All professional services that would be provided otherwise are also covered at home (nursing, occupational therapy, etc.)	Home care services are arranged by the client’s local Community Care Access Centre (CCAC). All services related to personal care are fully covered. Services related to household care such as cleaning are not covered, but the CCAC can help the client arrange for services.	Services are delivered through the Local Community Service Centre (CLSC). Nurses will visit the client’s home. For clients over 65 or between 18 and 64 but not physically able to perform housework, financial assistance is available for help. Tax credits are available for clients over 70. The CLSC can help the client arrange for house cleaning and related services through community organizations or social enterprises. There may be a fee for the services.
Long-term Care	Residential care recipients pay a daily rate ranging from \$27.60 to \$66.30 depending on income. This averages to a range of \$839.50 to \$2016.63 per month depending on income.	The long-term care bill is \$1,205 per month to the client for a shared (4 person) room, \$1,277 for a semi-private room and \$1,469 for a private room. The remainder of the cost is paid by the province. Subsidies are available dependent on income.	Clients pay a monthly rate of \$1,480.99 for a ward room; \$1,724.32 for a semi-private room; and \$2,028.49 for a private room. Subsidies are available for a ward room only for persons whose income is insufficient to cover costs.	Public long-term care is provided through Residential and Long Term Care Centres (Centres d’hébergement et de soins de longue durée - CHSLD) or through officially recognized private facilities. Clients pay a monthly rate of \$1,420 for a bed in a publicly funded or recognized private long-term care

Province/ Services	British Columbia	Alberta	Ontario	Quebec
				facility. Subsidies are available dependent on income.
Other (Not a complete list of other funded services)	BC Palliative Care benefits program - people living at home and nearing the end of their life can receive free medications for pain and symptom relief and some medical supplies and equipment. Healthy Kids - The program extends basic dental and vision care to children in low and moderate income families, but the program is administered through the Ministry of Human Resources	Alberta Aids to Daily Living: -authorized basic medical equipment and supplies for persons with a long-term disability lasting six months or more, a chronic illness or a terminal illness. -limits to the equipment provided (type and quantity) -25% of cost of each benefit paid by patient up to \$500 per family per benefit year; quantity and price limits in effect. -No co-payment from persons receiving a Widows' Pension, Premium Assistance Plan, Social Assistance, or Assured Income for the Severely Handicapped.		

NOTE: The inclusion of a specific item under "Fully Covered" services for one province does not mean it is not covered by the other provinces, as the service may be covered under essential/medically necessary/required services.

These health sectors are, of course strongly related to the core Medicare services in that their availability and the terms and conditions under which they are supplied affects the demand and cost pressures experienced by the core services. The point where the core and non-core sectors interact especially strongly is the acute care hospital. Two examples will illustrate the point. Shortages of long-term and/or home care services lead to situations where individuals requiring these services are forced to remain in acute care hospitals which are several times more expensive (per patient day). Further, as a consequence of this backlog of lower level care patients occupying higher care hospital beds, hospitals may be unable to admit new patients, and may not be able to undertake planned surgeries. As a second example, one might cite the asymmetric treatment of drug therapies in and out of hospitals. Drugs administered to patients in hospital settings are considered as part of core Medicare. Ambulatory drug prescriptions are not. As a result, if the coverage offered for ambulatory drugs is significantly different than for in-hospital drugs, pressures develop to treat patients in hospital to shield them from incurring private costs (especially when they have no private insurance), resulting in congestion and higher overall hospital costs.

Therefore, to construct a more integrated system (more efficient and less costly) as well as to achieve better equity outcomes, provincial governments have—to varying extents—moved well beyond core Medicare to provide public coverage in related areas such as pharmaceuticals, long-term care and home care. In these areas the typical arrangement is a public/private mix, with public coverage offered for defined groups (particularly low income individuals and families, and those over age 65), and with arrangements for co-payments and deductibles (often related to individual or family incomes).

In fact, based on recent decisions taken by the Prime Minister and the provincial premiers in 2003 and 2004, it would be reasonable to view Canadian Medicare as being on the threshold of an expansion of the core to include long-term and home care and at least some (catastrophic) pharmaceutical coverage. This prospect is also reflected in some recent innovations in the arrangements by which the federal government contributes financially to the provinces. These are noted in the section on financing, below.

Some areas of health care are entirely or almost entirely outside the domain of public insurance. For example, general dentistry services are, for the most part, not covered in any province (though dental surgical procedures performed in a hospital are covered) except Quebec. In Quebec dental care is available to low income individuals and children (see Table 2). Also, several alternative treatment forms that are not generally accepted within the mainstream of western medicine are not covered; for example, chiropractic and acupuncture are not covered in most provinces. Non-essential medical services (e.g., cosmetic surgery) are also not covered in any province.

Most medical doctors practice as private entrepreneurs, working alone or in group settings. They are paid by the provincial health authority established for this purpose⁷ on a “fee-for-service” basis. The province negotiates a detailed fee service schedule with the provincial medical association⁸. Most physicians work under this system (about 80% nationally, and up to 90% in Ontario). The remainder work under alternative payment arrangements, mostly salaries and/or some method of capitation.

Hospitals are important institutions in their local communities. Historically, hospitals in Canada were established and run either by local communities or by religious communities; few if any were established as private for-profit enterprises. Starting in the 1950s, as provincial governments began to assume responsibility for financing hospital costs, the links between them quickly developed, while the older associations between hospitals and civic and religious communities became less important. Today, hospitals formally continue as community owned institutions with boards of directors responsible for their management being drawn from the local community. However, the boards in reality are accountable not to the local community but to the provincial government (or the regional health authority operating as an agent of the province).⁹ Hospitals receive their operating budgets from the province (or a regional health authority) and must report budget outcomes to the provincial government. Some hospitals retain residual associations with their historical origins and continue to be influenced by them (e.g., some religious communities oppose certain medical procedures), and the provincial governments will accept these practices if they do not conflict

⁷ In most cases this authority is not the Ministry of Health directly but an agency of the Ministry.

⁸ In some instances, the negotiated arrangement includes annual billing ceilings. These may be “hard” ceilings which specify a fixed maximum amount that a doctor can bill, or ‘soft’ ceilings, above which doctors effectively receive reduced fees for their work.

⁹ On rare occasions a provincial government has acted to close a hospital or to remove a sitting board of directors and place a hospital under the control of a provincial trustee. These incidents do not happen often, but do make the point that ultimately control rests with the provincial government.

with important elements of provincial policy. Local (municipal) governments are not involved in their governance or their financing.

The provincial government funds the annual operating costs of the hospitals (either directly or through a Regional Health Authority) usually in the form of a lump-sum annual budget, though in some exceptional cases some funds are provided specifically for a hospital to increase certain procedures. These special activity funds are generally continued only for a relatively short period, after which the funds are rolled into the base budget of the hospital. Thus, the best predictor of a hospital's budget in one year is its budget in the previous year plus a modest growth factor. Over time the budget reflects, in broad terms, the nature and volume of the activities of the hospital, but some argue that budgets should be determined much more directly by the actual activities of the hospital during the year (essentially a "fee for service" funding formula). The hospitals themselves, however, are much more preoccupied by what they regard as insufficient annual increases, and by their advocacy of multi-year budget horizons which would facilitate their planning.

Most capital funding for hospitals also comes from the provincial government. The exceptions to this are two. Many hospitals, certainly the larger ones (which are also usually linked to medical schools), are actively engaged in fundraising for capital improvements and for financing research activities. Often it is the case that funds raised by the hospital will be matched by the province, and, in the case of research, by the federal government. The second exception is the research funding programs of the federal government which may support either research infrastructure (facilities and equipment) or actual research projects.

All provinces except Ontario have established Regional Health Authorities (RHAs) to integrate services in geographic regions within the province and to help to control costs. The RHAs are generally responsible for hospitals, long-term care facilities and other community health services. They have the power to integrate services vertically across types of institutions (e.g., the transition of patients from hospitals to home care) and to co-ordinate services horizontally among similar institutions (e.g., specialization among hospitals).

The Regional Health Authorities are governed by boards of directors appointed by the provincial government; board members are residents of the region, and are usually a combination of health care professionals, community leaders, and patient advocates. The RHA board hires and oversees a CEO who manages the authority on a day-to-day basis. The RHA works with a budget given to it by the provincial health ministry. An RHA budget is based on the size of the population it serves and demographic factors (age composition, gender mix, socio-economic status) that may affect the demand placed on health care services. The RHA in turn, allocates budgets to the institutions for which it is responsible. However, physicians bill the province directly for their services and they are not included in the mandates of the RHAs. The capacity of the RHAs to plan and integrate health services in their respective areas is thus incomplete.

Certain high cost and/or highly specialized services, which are often characterized by large economies of scale (e.g., cancer treatment, cardiac surgery), are usually not included in the mandates of the regular RHAs but are funded/managed directly by the ministry or by a separate province-wide authority. The aim in these cases is to provide equitable access for all residents of the province, and to enable a provider to attain service volumes that will allow economies of scale to be realized.

The regional system in Quebec is worthy of special notice. Quebec has moved further than other provinces in integrating health and social services. The "front line" is the network of Local Community Service Centres (CLSC – Les Centres Locaux des services

Communautaires). A CLSC serves a small local community¹⁰, providing services such as medical consultations, ongoing home care services, screening for HIV/AIDS and sexually transmitted diseases, post-hospital home care services, vaccination clinics, perinatal care and instruction, and mental health services. The CLSCs report to their Regional Health and Social Service Agencies.

Details of the Regional Health Authorities in three provinces – Alberta, British Columbia, and Quebec – are provided in Table 3.

As noted, Ontario is the only province not to establish RHAs. In 1997 the province established a system of Community Care Access Centres (CCAC) to regulate access to home care and long term care facilities in a region. Further, Ontario is currently in the process of instituting a system of regional authorities, to be called Local Health Integration Networks; it appears that these authorities will function very much like the RHAs in the other provinces.

Table 2.3 Regional Health Authorities (RHA)

Province/ Details	British Columbia	Alberta	Quebec
Number of RHAs	5 Health Authorities encompass 16 health service delivery areas. One Provincial Health Services Authority coordinates and/or provides provincial programs and specialized services.	9 Regional Health Authorities. Two separate Provincial Health Authorities exist for cancer services and province-wide mental health services, although regional mental health services are delivered through RHAs.	16 Regional Health and Social Service Boards (RRSSS). Two additional equivalent agencies: James Bay Regional Health and Social Services Centre and the Cree Board of Health and Social Services of James Bay
Scope of Responsibility	Five health authorities are primarily responsible for: 1) Identifying regional health needs 2) Planning appropriate programs and services 3) Ensuring programs and services are properly funded and managed. 16 health service delivery areas are responsible for: 1) Managing the delivery of health services in their respective areas 2) Meeting performance	Regional health authorities are responsible for hospitals, continuing care facilities, community health services and public health programs in Alberta. This includes acute care, Alberta Aids to Daily Living, Community Rehabilitation Services, emergency health services, Health Link Alberta (24 hour telephone medical advice), home care and other community based services, limited chiropractic, podiatry and optometry care, long-term care, and public health services (see table on	Each board is mandated to oversee the planning, organization and coordination of programs and services, and the allocation of resources. The boards are called upon to adapt health and social services to the needs and situations of the clientele they serve. Each region is free to develop its own method of organization that takes into account: - the traits of residents; - geography; - its socio-economic and cultural characteristics;

¹⁰ For example, there are 29 CLSCs serving the Montreal region, a population of about 2.5 million people.

Province/ Details	British Columbia	Alberta	Quebec
	objectives set by their regions 3) Ensuring community input into health service planning and evaluation for their areas 4) Evaluating health status and plan performance. The role of the province is to work with the five health authorities to plan and coordinate the delivery of provincial programs and highly specialized services, such as transplants and cardiac care and govern and manage the organizations that provide health services on a province-wide basis (e.g. B.C. Cancer Agency, Children's & Women's Health Centre of B.C. etc.) Organ transplant surgery is delivered in Vancouver, and cardiac surgery and coronary angioplasty are available in Vancouver, New Westminster, and Victoria.	Insured Services for more detailed descriptions). High-cost specialized services such as cardiac surgery are funded on a province-wide (rather than regional) level to ensure equitable access to services. These highly specialized services, including organ transplant and major heart surgeries, are available to all Albertans but delivered in Edmonton and Calgary.	- the establishments found there. The boards plan, organize, implement and assess the health and social services programs drawn up by the Minister. The boards must also ensure the participation by area residents in the management of the system, guarantee respect for users' rights, and ascertain the efficiency of the services offered within their territory.
Budgetary Authority	The RHA has authority over its budget. All RHAs report their budgets to the Province using a common format.	The RHA has authority over its budget. The RHA must prepare an annual business plan for the Ministry of Health and Wellness, and explain any variations from the expected results.	RHA has authority over its budget. The Board allocates the budgets of health care establishments and gives grants to community agencies.
Governance	Board is appointed by the Ministry of Health Services.		

Sources: British Columbia www.health.gov.bc.ca www.vch.ca

Alberta www.health.gov.ab.ca www.capitalhealth.ca

Quebec <http://www.msss.gouv.qc.ca/en/> www.gouv.qc.ca/Vision/Sante/Sante_en.html

2.3 FINANCIAL ARRANGEMENTS

We begin the discussion of financing with the provinces because, as already noted, it is the provinces that carry the primary responsibility for health care. Core medical services are fully financed by each provincial government from its general revenue pool. The principal revenue sources for the provincial governments are income taxes (both personal and corporate), consumption taxes (general sales taxes and excise taxes on tobacco, alcohol and gasoline), and transfers from the federal government (discussed below).

British Columbia and Alberta have longstanding taxes that they label as health care premiums. It is important to understand, however, that the names are largely labels attached for reasons of political saleability and that the taxes are essentially lump sum levies that are fixed amounts for individuals or families with some adjustments for those with low incomes and for seniors (individuals aged 65 or older). The details of these premiums are provided in Table 2.4. Despite the term used, these payments are not “premiums” in the sense one would associate with insurance; they are fixed fees that are not experience or risk related. Further, the revenues they generate are not dedicated to health care in any direct sense. The revenues, which amount to 10-15% of provincial health care expenditures, are not directed into a distinct health care account, but flow to the provincial government’s general revenue fund. Finally, one cannot reliably draw any linkages between variations in health care spending and variations in premium rates.

As of 2004, Ontario, which previously levied (and continues to levy) an Employer’s Health Tax (a payroll tax) introduced the Ontario Health Premium¹¹. As with the other two provinces, despite the label, the Ontario premium does not reflect insurance principles. The Ontario tax functions essentially as an increase in the provincial personal income tax. Details of this tax are also provided in Table 4. None of the other provinces has levied taxes identified as health care “premiums”.

In all provinces the government directly funds the health care providers (e.g., hospitals) or directly pays the providers for the services rendered (e.g., payments to physicians on a fee-for-service basis, payments to pharmacies for the publicly insured portion of prescription drugs). A few exceptional cases notwithstanding, there is no requirement for patients to pay for services and seek reimbursement from the government. This system has come to be known as the “single-payer” model. The single-payer model is generally regarded as a highly cost-effective arrangement for at least two reasons.

First, it is administratively efficient. One agency administering a common set of regulations and providing payments to all providers is less costly than a large number of providers seeking payments and claimants seeking reimbursements (compensations) from a large number of insurance plans, each operating under a different set of regulations. Administrative overhead costs for Canadian health care are in the range of 16-17% of total health care expenditures (including public insurance and private insurance for dentistry and drugs), compared to 31% in the United States¹² which is characterized by individual patients and providers dealing with a multitude of insurers.

¹¹ Prior to 1989 Ontario levied a health care premium which was structured similarly to the current levies in Alberta and British Columbia.

¹² Figures cited in Robert G. Evans, “Political Wolves and Economic Sheep: The Sustainability of Public Health Insurance in Canada”, December 2003, Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia.

The second source of efficiency in the single-payer model flows from the purchasing power of the payer. In each province there is one authority negotiating payment schedules with providers. There is one purchaser of drugs and medical equipment on behalf of all affected patients. In some cases the savings arise simply from economies of large scale purchasing. In other cases, there are more fundamental monopsonistic forces at work that enable the provincial authority to extract better terms of trade from suppliers of goods and services.

Table 2.4 Health Premiums

Province/ Premium	British Columbia	Alberta	Quebec
Premium Name	BC Health Premium	Alberta Health Insurance Premium	Ontario Health Premium
Annual Rate (paid monthly in Alberta and BC)	Single = \$648 Family of two = \$1,152 Family of three or more = \$1,296	Single = \$528 Family of two or more = \$1,056	Paid per individual taxable income, not per household. From \$150 to \$450 in 2004 tax year, \$300 to \$900 in 2005.**
Exemptions	100% exemption for households with net income less than \$16,000/year. 20-80% exemption for households with income between \$16,001 and \$24,000. See Annex to Table 4.4 for complete rate structure.	100% exemption for seniors age 65 and above. 100% exemption for individuals and families with previous year's taxable income below \$12,450 (single), \$21,200 (family with no children) and \$27,210 (family with children). Partial subsidy for low- income individuals and families above these amounts. See Annex to Table 4 for complete rate structure.	100% exemption for individuals with an annual taxable income under \$20,000. See Annex to Table 4.4 for complete rate structure.
Revenue (as a % of Provincial Health Expenditure)	2004/2005= 13.2% 2005/2006 = 13.1% 2006/2007 = 12.7%	2004/2005 = 12% of health services only or 11.6% of the consolidated expenses of the Ministry of Health and Wellness	2004/2005 = 5.5%* 2005/2006 = 7.6%** (Government of Ontario budget)

* This percentage does not take into consideration the \$600M one-time Change Fund to assist with the transformation of health care in Ontario. Including the Change Fund, the premium revenue is 5.4% of provincial health expenditure.

** The Ontario Health Premium was introduced at 50% of the full premium. The full premium rate will be charged beginning in 2005.

As Table 2.2 indicates, in many of the non-core services of Medicare, there are user fees or co-payments charged to patients. These amounts are paid directly by patients or by their private insurance policies directly to the providing institution (e.g., a long-term care facility). The remaining portion, that covered by public insurance is paid by the provincial government directly (in most cases) to the providing institution.

2.4 THE FEDERAL ROLE IN HEALTH CARE FINANCING

In addition to the revenues they raise themselves, the provinces receive significant grants from the federal government in support of their health care systems. The largest of these transfers is the Canada Health Transfer (CHT)¹³. The CHT, which currently equals about 20% of total provincial government health expenditure is made on an (approximately) equal per capita basis to the provinces. Several aspects of this payment regime are important to clarify. First, to receive its share of the funding, each province must design and manage its Medicare system to be consistent with the five conditions of the Canada Health Act. For example, provinces must make the core services available to all residents without user fees; if a province levies fees or permits providers to charge fees, the CHA requires the federal government to withhold funds equal to the amount collected in fees.

Second, the amount of funding a province receives from the federal government is unrelated to its spending on Medicare services. The amount of money in the CHT has been determined through negotiations between the Prime Minister and the provincial premiers for the fiscal years 2004-05 and 2005-06. Beginning in 2006, the CHT is scheduled to increase at 6% per year irrespective of the rate of change (positive or negative) in provincial health care spending.

Third, as the previous point implies, beyond compliance with the CHA, the provincial governments are not required to report to the federal government on how the funds were spent. In fact, the transfers from the federal level flow into the provincial general revenue funds (along with all their own tax revenues) so in actuality it becomes very difficult if not impossible to draw links between the federal contribution to health care and provincial spending on health care. In short, these funds are completely fungible. The benefit of this arrangement is that it offers maximum discretion to the provinces to design and manage their own systems. The downside is that it makes for a confused picture for establishing accountability. The arrangements have created ambiguity that opens the door for each order of government to attempt to shift blame to the other when difficulties and dissatisfactions appear.

Over the past four years the federal government has indicated a desire to become more closely involved in health care (without challenging the primary responsibility of the provinces in this policy field) by allocating portions of its transfers to the provinces into special funds separate from the CHT. Funds have been established for medical equipment, primary health care reform, home care, and most recently to reduce waiting times for selected services. These designated transfers are similar to the main CHT in that they are allocated to each province on a per capita basis and are not linked to provincial expenditures in the named area. They are still fully fungible. They can, however, be used to establish performance

¹³ The CHT designation is new, dating from April 1, 2004. It replaced an earlier title, the Canada Health and Social Transfer (CHST) which was in place since 1995. The CHST was itself a replacement for another arrangement called Established Programs Financing (EPF) which was put in place in 1977. While each of these grant regimes – CHT, CHST, and EPF – involved the bundling or unbundling of funds designated for health care with funds for other purposes, the arrangement with respect to health has remained essentially unchanged since 1977. Accordingly, the discussion in the text, which refers to the CHT (the current arrangement), also applies, for the most part, to this model which has been in place since 1977.

thresholds in the designated areas in order for a province to receive its share of the funds from a particular named transfer. It is still too early to know how active the federal government will become in establishing such eligibility guidelines, but the stage has been set should the government wish to move in this direction.

2.5 THE ROLE OF LOCAL GOVERNMENTS

In Canada, municipal governments play only a minor role in health care delivery. Their main health-related functions are indirect, including areas such as local pollution control, garbage collection, building inspections, inspection of food service businesses, and in some cases, public health education (such as pre- and post-natal classes) and vaccinations (especially in schools).

In Ontario, cities are usually responsible for the provision of ambulance services (including paramedics) and 911 emergency call centres. These services are usually organized as part of a suite of emergency functions which also include policing and fire fighting. In the other provinces the Regional Health Authorities are responsible for the provision of ambulance services.

2.6 CURRENT RESEARCH ISSUES IN CANADA

In this final section of the paper we identify and briefly describe several of the major research and policy questions in health and health economics. These include issues being studied in academic, government and private settings as well as being issues of public debate and discussion.

Sustainability – As a political issue this is certainly the most contentious issue in Canadian health care. The question regularly raised is whether the Canadian public single-payer model of Medicare is sustainable or whether it will be necessary/desirable to permit the establishment of a parallel private market system. Sustainability is as much or more a political issue as it is one for dispassionate research.

On one side of the debate it is pointed out that Canadian spending on health care is approaching 10% of GDP, one of the highest ratios among developed countries with public health insurance. About 75% of that spending is done by the public sector with the remainder accounted for by private insurance for services not covered by public provision and out-of-pocket expenses. Health care is the largest single expenditure item in the budget of all the provinces, averaging about 40% of total program spending (that is, excluding debt servicing costs), but approaching 50% in some provinces. Further it is argued, anticipated developments are likely to drive costs and spending still higher. The Canadian population is aging and the percentage of the population over the age of 65 will grow substantially over the next two decades. The proportion of elderly (age 80-85 and over) will grow even more rapidly. This is likely to increase demands placed on health care. An additional major cost driver is likely to be technological change, especially in the area of pharmaceuticals.

The argument is advanced that, in light of these and other considerations, the public sector cannot continue to carry as much responsibility for health as it now does. A parallel private system available to those who wish to buy their health care would relieve some of the pressure on the public system, making it more able to meet the demands placed on it by those who would continue to rely on public Medicare.

The opposing position is that costs are manageable and that a so-called “two-tier” health care will actually increase costs overall. It is in fact the services that are included in Medicare where costs are controlled most effectively because of the advantages of the single-payer model, and the increasing pressures are primarily in those sectors that are for the most part, outside the public system. Prime among these is the cost of pharmaceuticals, where the large majority of drugs used outside hospitals are paid for by individual users or by private insurance. For some years, these costs have consistently been the fastest growing component of health expenditures. Most of these cost pressures come not from new formulations but from the “me-too” drugs that are developed and marketed to replace existing formulations whose patent protection has expired and are being sold at low cost by generic manufacturers. A single-payer system is much more successful at managing formularies that control these cost pressures. Not only will a two-tier system actually be more costly and inefficient, the hallmark of Canadian Medicare – that individuals are treated according to need, not ability to pay – will be endangered.

As this short summary suggests, the debate is very much about ideology. However, there are important research questions embedded in it. These relate to: the development of pharmaceutical formularies and prescribing protocols that control costs while granting access to new and beneficial drugs treatments; the role (if any) of user charges to regulate access to the health care system and to create incentives for healthier lifestyles; and the type and costs of demands placed on the health care system by an aging population (noting that each generation reaching age 65 and older tends to be healthier than the generation that preceded it).

Health system reforms – Closely linked to the sustainability debate are research and policy issues relating to the organization of health care delivery and the supply of health human capital. These topics are prompted by an ongoing search for greater efficiencies, but also more immediately by the budgetary pressures being experienced by provincial governments and the presence of waiting lists for some procedures that have become unacceptably long. Among the reform issues under investigation are: whether the scope of “core” Medicare should be expanded, and if so what else to include; reorganization of primary care practitioners into groups that will provide access 24 hours per day, 7 days per week; improved system integration between acute hospital care and various forms of extended care; labour supply planning and examining the boundaries of responsibility for health professionals (e.g., medical doctors and nurse practitioners). An issue related to some of these reforms concerns the development of electronic patient records and the legal and privacy safeguards that will accompany them.

Accountability – Accountability for system outcomes has become an important research issue involving questions about identifying points of accountability, and developing reliable performance indicators to measure outcomes. Questions include: at an aggregate level what are and what should be the roles and responsibilities of the federal and provincial governments; at the patient care level what are the causes of serious medical errors (some of which are fatal) and what systemic changes would reduce these adverse events.

Population health – Considerable research resources are being directed to questions of population health and factors associated with health status. These are important in the long run because they can point the way to disease prevention and reduced demand for medical care. Income (absolute levels and relative positions) and education levels and health status are of particular interest. Other links being explored in research are between health status and individuals’ lifestyles, employment status, environmental pollutants, and urban forms and structures. A particular focus is Canada’s Aboriginal population whose health status is much

poorer than the general population, whose life expectancy is significantly shorter, and whose general circumstances (e.g., income, education, housing, employment) are much worse.

ANNEX

Annex to Table 2.2 Detailed Patient Cost Information

BC Fair PharmaCare Deductible Table

Net Annual Family Income	Family Deductible	Portion PharmaCare Pays (once deductible reached)	Family Maximum (after which 100% of costs are covered)
Less than \$15,000	None - Government assists drug costs immediately.	70% of eligible prescription drug costs	Equal to 2% of net income
Between \$15,000 and \$30,000	Equal to 2% of net income	70% of eligible prescription drug costs	Equal to 3% of net income
Over \$30,000	Equal to 3% of net income	70% of eligible prescription drug costs	Equal to 4% of net income

Annex to Table 2.2 Detailed Patient Cost Information

Ontario Trillium Drug Program / Ontario Drug Benefit Deductible Formula

The deductible is based on net income and family size.

The formula for the deductible is $[(\text{household net income} - \$20,000)(0.045) + \$500]$.

For a household of two, subtract \$100; three subtract \$150, four or more subtract \$200. For example, a household of three people with a net income of \$60,000 pays $[(\$60,000 - \$20,000)(0.045) + \$500 - \$150] = \$2150$ annually.

Annex to Table 2.2 Detailed Patient Cost Information

Quebec Pharmacare Deductible Table

Population Group	Monthly deductible	Co-insurance	Maximum Annual contribution
Adult clientele Persons age 65 and over not receiving the Guaranteed Income Supplement (GIS)	\$10.25	28.5%	\$857
Persons age 65 and over receiving less than 94% of the maximum GIS	\$10.25	28.5%	\$560
Persons age 65 and over receiving at least 94% of the maximum GIS Employment assistance recipients without severe employment constraints	\$8.33	25%	\$200

Sources: British Columbia www.gov.bc.ca www.health.gov.bc.ca <http://www.healthservices.gov.bc.ca/pharme/>

Alberta www.gov.ab.ca www.health.gov.ab.ca <http://www.health.gov.ab.ca/ahcip/prescription/index.html#funded>

Ontario www.gov.on.ca www.health.gov.on.ca http://www.health.gov.on.ca/english/public/program/drugs/drugs_mn.html

Quebec www.gouv.qc.ca www.msss.gouv.qc.ca/en/

<http://www.ramq.gouv.qc.ca/en/citoyens/programmesetservices/index.shtml>

Annex to Table 2.4 Rate Structures and Subsidies for Health Premiums

British Columbia Annual Premium Rates

Adjusted Net Income	Subsidy Level	One Person	Family of Two	Family of 3 or more
\$0-\$16,000	100% premium assistance	\$0	\$0	\$0
\$16,001-\$18,000	80% premium assistance	\$129.90	\$230.40	\$259.20
\$18,001-\$20,000	60% premium assistance	\$259.20	\$460.80	\$518.40
\$20,001-\$22,000	40% premium assistance	\$388.80	\$691.20	\$777.60
\$22,001-\$24,000	20% premium assistance	\$518.40	\$921.60	\$1036.80
Over \$24,000	Full Rate	\$648.00	\$1,152.00	\$1,296.00

Annex to Table 2.4 Rate Structures and Subsidies for Health Premiums

Alberta Annual Premium Rates

Family Category	Full Subsidy	Full Premiums	Income Range for Subsidy	Full Premium Amount
Single	Previous Year's Taxable Income below \$12,450	Previous Year's Taxable Income above \$15,970	\$12,450 - \$15,970	\$528
Family with no children	Previous Year's Combined Taxable Income below \$21,200	Previous Year's Combined Taxable Income above \$28,240	\$21,200 - \$28,240	\$1,056
Family with children	Previous Year's Combined Taxable Income below \$27,210	Previous Year's Combined Taxable Income above \$34,250	\$27,210 - \$34,250	\$1,056

Subsidy Formula:

Singles: $(\text{taxable income} - \$12,450)(.15) = \text{annual cost of premium}$

Family with no children: $(\text{taxable income} - \$21,200)(.15) = \text{annual cost of premium}$

Family with children: $(\text{taxable income} - \$27,210)(.15) = \text{annual cost of premium}$

Annex to Table 2.4 Rate Structures and Subsidies for Health Premiums

Ontario Annual Premium Rates

Individual Taxable Income	Premium for 2004 Tax Year	Premium for 2005 Tax Year
Up to \$20,000	\$0	\$0
\$20,000 to \$36,000	50% of Premium for 2005 Tax Year	6% of taxable income over \$20,000, up to \$300.
\$36,001 to \$48,000	50% of Premium for 2005 Tax Year	\$300 plus 6% of taxable income over \$36,000, up to \$450.
\$48,001 to \$72,000	50% of Premium for 2005 Tax Year	\$450 plus 25% of taxable income over \$48,000, up to \$600.
\$72,000 to \$200,000	50% of Premium for 2005 Tax Year	\$600 plus 25% of taxable income over \$72,000, up to \$750.
\$200,000 and over	50% of Premium for 2005 Tax Year	\$750 plus 25% of taxable income over \$200,000, up to \$900.

Sources: British Columbia www.health.gov.bc.ca <http://www.bcbudget.gov.bc.ca/bfp/BudgetFiscalPlan.pdf>
<http://www.bcbudget.gov.bc.ca/sp2004/hs/hs.pdf>

Alberta www.health.gov.ab.ca www.finance.gov.ab.ca/publications/budget/estimates/est2004/health.pdf

Ontario www.gov.on.ca www.health.gov.on.ca http://www.gov.on.ca/FIN/bud04e/pdf/papers_all.pdf

Data Annex

The following tables present a twenty year overview of health expenditures in Canada in relation to federal and provincial public finances.

The total expenditure, revenue and transfer data are drawn from the federal Department of Finance Fiscal Reference Tables. The data on health expenditures are from the Canadian Institute for Health Information (CIHI).

Federal transfers to the provinces have been made under a number of titles, including health, social services, and others. All these transfer moneys are paid into the central revenue funds of the provincial governments and, because they are fungible, one cannot say with precision which funds support health care spending by the provincial governments and which do not. The series for transfers that is constructed here is consistent over the period reported. Prior to 1996, there were separate transfer programs for health and postsecondary education (the Established Programs Financing Arrangement -EPF) and for social assistance (the Canada Assistance Plan -CAP). In 1996 these were merged together to form the Canada Health and Social Transfer (CHST). The series used here is the combination of EPF and CAP transfers for the years up to 1996 and the CHST transfer from 1996 onwards. This measure provides a consistent series for the entire period.

By this measure, federal transfers relative to provincial health spending, which had been declining quite steadily since the mid-1980s, dropped precipitously in the mid-1990s when Ottawa began its campaign to eliminate its budget deficit (Annex Tables 1 and 2). After, when the government began to run surpluses, the relative (and absolute) levels of grants began to increase again, and they are scheduled to increase further over the coming years.

Annex Table 1 illustrates the instability of the grant program relative to provincial budgets, and Annex Table 2 illustrates the instability in the context of the federal budget. From its inception in 1977 until at least the late 1990's the EPF/CHST grant was, according to the federal-provincial agreements, intended to be tied to the growth of GDP (three year moving average). However, a seemingly endless series of constraints and freezes imposed by the federal government introduced a great deal of instability. If the grant had truly been linked to GDP, it would have moved more or less in step with federal revenues which also grow at (or slightly above) the rate of GDP. Yet we see a pattern of decline throughout the 1980's and a sharp drop in the deficit fighting period of the 1990's. The trend of the grant relative to federal government spending is less pronounced, but even this is revealing. It suggests that, formula notwithstanding, the EPF/CHST grant was not any more secure than regular discretionary spending programs of the government¹⁴.

¹⁴ The inclusion of the CAP transfer in our series in the years prior to the CHST is not the source of the observed instability. In fact, the CAP transfer grew in each of the years (in current dollars); all the instability was in the EPF transfer.

Annex Table 3 shows that the growth of provincial health spending as a share of total provincial program spending, which was actually arrested in the mid-1990s, has in recent years began to take off again, and now accounts for about 40% of the total¹⁵.

Annex Table 2.1 PROVINCIAL HEALTH CARE SPENDING AND FEDERAL CASH TRANSFERS

Fiscal year	Federal transfer as % of prov. health expenditure*	Federal transfer as % of prov. Total program expenditure*
1983-84	43.6	14.0
1984-85	46.3	15.0
1985-86	43.8	14.2
1986-87	41.5	13.7
1987-88	39.1	13.2
1988-89	36.8	12.8
1989-90	34.4	12.3
1990-91	31.7	11.0
1991-92	31.7	11.0
1992-93	36.7	12.7
1993-94	34.7	12.1
1994-95	35.6	12.5
1995-96	34.1	11.9
1996-97	30.0	10.7
1997-98	24.5	9.0
1998-99	29.1	11.0
1999-2000	25.1	9.5
2000-01	20.9	8.3
2001-02	25.0	10.0
2002-03	28.7	11.8

*EPF plus CAP payments up to 1995-96; CHST payments from 1996-97.

Source: Department of Finance Fiscal Reference Tables and CIHI.

¹⁵ In some provinces, the ratio is approaching 50%.

Annex Table 2.2 FEDERAL FINANCES AND FEDERAL CASH TRANSFER

Fiscal Year	Transfer (\$ million)	% Change from prev. year	% of federal program pending	% of federal revenue
1983-84	10,917	n.a.	14.4	17.1
1984-85	12,340	13.0	14.9	17.5
1985-86	12,593	2.1	15.3	16.5
1986-87	12,890	2.4	14.9	15.1
1987-88	13,046	1.2	14.0	13.7
1988-89	13,461	3.2	14.0	13.0
1989-90	13,835	2.8	13.7	12.3
1990-91	13,683	-1.1	13.0	11.8
1991-92	14,930	9.1	13.4	12.2
1992-93	17,880	19.8	15.2	14.9
1993-94	16,846	-5.8	14.7	14.5
1994-95	17,443	3.5	15.2	14.2
1995-96	16,671	-4.4	14.9	12.7
1996-97	14,758	-11.5	14.4	10.5
1997-98	12,612	-14.5	11.8	8.3
1998-99	16,028	27.1	14.6	10.3
1999-2000	14,947	-6.7	13.6	9.0
2000-01	13,500	-9.7	11.4	7.4
2001-02	17,300	28.2	13.8	10.1
2002-03	21,100	22.0	15.8	11.9

Annex Table 2.3 HEALTH CARE SPENDING AND PROVINCIAL FINANCES

	Health as % of prov. Total revenue	Health as % of prov. Own revenue	Health as % of prov. program expenditure	% change in prov. Health expend. Over prev. yr.
1983-84	32.8	43.5	32.1	N.a.
1984-85	32.5	42.9	32.3	6.3
1985-86	32.7	42.7	32.3	7.8
1986-87	34.6	45.1	33.1	8.3
1987-88	32.9	42.1	33.8	7.4
1988-89	2.9	41.8	34.7	9.6
1989-90	33.4	42.1	35.7	9.9
1990-91	34.0	42.9	34.7	7.4
1991-92	37.4	47.3	34.8	9.2
1992-93	37.3	48.3	34.7	3.3
1993-94	35.5	44.6	35.0	-0.4
1994-95	34.1	42.9	35.1	1.0
1995-96	32.8	40.9	34.8	-0.2
1996-97	32.7	39.1	35.8	0.5
1997-98	32.4	38.1	36.7	4.7
1998-99	33.1	32.9	37.6	7.0
1999-2000	32.6	38.4	37.9	7.9
2000-01	32.8	38.6	39.6	8.6
2001-02	36.2	43.8	40.1	7.2
2002-03	37.4	45.6	41.3	6.4

Annex Table 2.4 Canada, Thailand, U.S.A. - Comparative Statistics

	Canada	Thailand	USA
Population (,000) (2002)	31,270	62,193	291,038
Per Capita GDP (2001 internat. \$*)	\$29,235	\$6,896	\$31,182
Total Health Spending as a % of GDP (2001)	9.5%	3.7%	13.9%
Life Expectancy – Male/Female (2002)	77.2/82.3	66.0/72.7	74.6/79.8
Child Mortality – Male/Female** (2002)	6/5 per 1000	32/26 per 1000	9/7 per 1000
Health Spending Per Capita (2001 internat. \$)	\$2,792	\$254	\$4,887
# Physicians per 100,000 people (1995)	229.1	24	279.0
# of acute care hospital beds per 1,000 people (Source: OECD, 2001)	3.2 per 1000	Not available	2.9 per 1000

* International \$ measures purchasing power parity.

** Child mortality measures the probability of dying before age 5.

Sources: All figures unless otherwise noted: World Health Organization (WHO)

<http://www.who.int/countries/can/en/> <http://www.who.int/countries/tha/en/>

<http://www.who.int/countries/usa/en/>

Acute care beds: Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)

<http://www.oecd.org>

Electronic Sources

International

World Health Organization (WHO) www.who.int

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) www.oecd.org

Canada

Government of Canada www.gc.ca

Government of Canada - Health Canada (Government of Canada) <http://www.hc-sc.gc.ca/>

Canadian Institute for Health Information (CIHI) <http://www.cihi.ca/>

Government of British Columbia – Ministry of Health Services www.health.gov.bc.ca

Government of Alberta – Ministry of Health and Wellness www.health.gov.ab.ca

Government of Ontario – Ministry of Health and Long Term Care www.health.gov.on.ca

Government of Quebec – Ministry of Health and Social Services <http://www.msss.gouv.qc.ca/index.php>

Government of Quebec – Health Services Portal www.gouv.qc.ca/Vision/Sante/Sante_en.html