

Original Article

นิพนธ์ต้นฉบับ

ชุดวิจัยการเงินการคลังระบบสุขภาพไทย : ตอนที่ ๑ แนวทางการปฏิรูปการเงินการคลัง หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

วัลย์พร พัทธนฤมล*

ไมเคิล ชีซอน**

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร*

จิตปราณี วาศวิท*

กัญจนา ติชยาธิคม*

*สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

**องค์การแรงงานระหว่างประเทศ เจนีวา

บทคัดย่อ

งานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นนโยบายที่สำคัญของรัฐบาล ครอบคลุมประชากรไทย ร้อยละ ๗๕ แต่ได้รับงบประมาณอุดหนุนด้วยอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่จำกัดต่ำกว่าข้อเท็จจริงของอัตราการใช้ และต้นทุนบริการ และมีปัญหาความยั่งยืนทางการเงินระยะยาวของงานนี้ การศึกษานี้วิเคราะห์และเสนอ แนวทางการปฏิรูปการเงินการคลังของงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดำเนินการศึกษาระหว่าง เดือนมกราคม ถึงธันวาคม ๒๕๕๓ โดยการประมาณการรายจ่ายสุขภาพระยะยาวของประเทศไทยระหว่าง พ.ศ. ๒๕๕๓ - ๒๕๖๓ โดยใช้แบบจำลองสี่แบบ เพื่อคาดคะเนด้านประชากรและแรงงาน ด้านเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และงบประมาณของรัฐบาล โดยใช้ฐานข้อมูลประชากรและเศรษฐกิจของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สถิติแรงงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติของสำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ข้อมูลงบประมาณประจำปีของกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง นอกจากนี้ อาศัยสมมติฐานต่าง ๆ ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น พร้อมทั้งการสร้างฉากทัศน์ทั้งการ ลดรายจ่าย และ/หรือการเพิ่มงบประมาณที่แน่นอนของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

พบว่า รายจ่ายสุขภาพทั้งประเทศ เท่ากับร้อยละ ๓.๕๐ ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ ในปี ๒๕๕๓ จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๓.๖๕ และ ๓.๘๘ ในปี ๒๕๕๓ และ ๒๕๖๓ ตามลำดับ จากทัศน์ที่ ๑ กำหนดให้มีรายได้เฉพาะที่แน่นอนจากการเก็บภาษีสุขภาพ (personal health tax) การปรับเพิ่มภาษีมูลค่าเพิ่ม และเบียร์ แล้วกันเงินภาษีส่วนหนึ่งให้แก่งานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นการประจำ (earmarked sin tax) ทำให้ต้องการเงินอุดหนุนจากงบประมาณประจำปีของรัฐลดลงอย่างมากเมื่อเทียบกับสภาพปัจจุบัน จากทัศน์ที่ ๒ กำหนดให้จำนวนผู้มีสิทธิประโยชน์ลดลง โดยการขยายความคุ้มครองประกันสังคมไปสู่ผู้สมรสและ บุตรของผู้ประกันตน ทำให้รายจ่ายลดลง ๘,๒๑๐ ล้านบาทในปี ๒๕๕๔ จากทัศน์ที่ ๓ เป็นการรวบรวม จากทัศน์ที่ ๑ และ ๒ ทำให้มีการลดรายจ่าย (โดยการขยายการคุ้มครองของประกันสังคม) พร้อมกับการ เพิ่มรายรับที่แน่นอน ทำให้เกือบไม่มีความต้องการเงินอุดหนุนจากงบประมาณประจำปีเลย

ข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการปฏิรูปการเงินการคลังหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้มีความยั่งยืน และมี

ความเป็นไปได้ มี ๓ มาตรการ มาตรการที่หนึ่ง การตัดโอนภาษีสรรพสามิตที่รัฐจัดเก็บได้มาให้เป็นการประจำตามจำนวนที่กำหนดไว้ โดยไม่ต้องปรับเพิ่มภาษี หรืออาจจะปรับเพิ่มภาษี ซึ่งทำให้สามารถจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ มาตรการที่สอง การลดรายจ่ายโดยให้ระบบประกันสังคมขยายการคุ้มครองไปสู่ผู้สมรสและบุตรของผู้ประกันตน ซึ่งอาจกระทำได้โดยไม่ต้องปรับเพิ่มอัตราเงินสมทบจากผู้ประกันตน นายจ้าง และรัฐบาล มาตรการที่สาม ปฏิรูปพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ โดยมอบให้กรมการขนส่งทางบก กระทรวงคมนาคม เป็นผู้จัดเก็บเบี้ยประกันภัย พร้อมกับเก็บภาษีประจำปี จากเจ้าของรถตามกฎหมาย หรือขณะทำการจดทะเบียนรถใหม่ ทำให้สามารถบังคับใช้กฎหมายได้เต็มที่ และคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถทุกรายไม่ว่าเกิดจากรถที่มีหรือไม่มีประกันตามกฎหมาย การบริหารจัดการการเงินจึงจะเป็นไปตามเจตนารมณ์มากขึ้น

คำสำคัญ: การประมาณการในระยะยาว, หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, ภาษีมูลค่าเพิ่ม, สุรา และเบียร์, ภาษีสุขภาพ

บทนำ

การปฏิรูประบบประกันสุขภาพครั้งใหญ่ของประเทศไทยเกิดขึ้นจากการให้ข้อมูลทางวิชาการอย่างรอบด้านแก่นักการเมือง จนกระทั่งมีการยอมรับให้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (หรือที่ทราบทั่วไปว่า โครงการ ๓๐ บาทรักษาทุกคน) เป็นนโยบายของพรรคไทยรักไทยในการหาเสียงเลือกตั้ง^(๑) หลังจากพรรคไทยรักไทยได้รับชัยชนะในการเลือกตั้งในเดือนมกราคม พ.ศ. ๒๕๔๔ จากนั้นจึงได้เริ่มดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเต็มพื้นที่ทั่วประเทศไทยในเดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๔๔ ต่อมาในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๔๕ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. ๒๕๔๕ ได้ผ่านการรับรองจากสภา เมื่อมีการรับรองนโยบายด้วยการตราให้เป็นกฎหมายเช่นนี้ ก็เท่ากับเป็นการยืนยันถึงความยั่งยืนของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่จะคงอยู่ต่อไปในอนาคต

บริการนี้ครอบคลุมประชากรไทยทุกคนที่ไม่มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและประกันสังคม ประชาชนสามารถรับการบริการรักษายาบาลได้ที่สถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้ ประชาชนมีส่วนจ่ายร่วม ๓๐ บาทต่อครั้งการใช้บริการ แหล่งเงินหลักมาจากเงิน

ภาษีทั่วไปที่เป็นเงินงบประมาณประจำปีของรัฐบาลโดยอุดหนุนตามอัตราเหมาจ่ายรายหัวคูณกับจำนวนประชาชนที่ขึ้นทะเบียน ซึ่งไม่ได้รับอนุมัติให้เต็มจำนวนที่คำนวณได้ทางวิชาการจากฐานข้อมูลจริงที่มีอยู่ ดังเช่นปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๔๗ อัตราเหมาจ่ายรายหัวเท่ากับ ๑,๔๔๗^(๒) บาทต่อคนต่อปี แต่มีการปรับลดตัวเลขด้วยอัตราการใช้สิทธิ์เป็นเท่ากับ ๑,๓๐๘^(๓) บาทต่อคนต่อปี

มีแนวคิดสามประการ^(๔) ต่อการจัดการด้านการเงิน การคลังภายใต้อัตราเหมาจ่ายรายหัวที่ได้รับอุดหนุนอย่างจำกัดของประเทศไทย ดังนี้ (๑) การลดชุดสิทธิประโยชน์ตามจำนวนเงินที่ได้รับอุดหนุนจากรัฐบาล ซึ่งเป็นเรื่องยุ่งยากในทางการเมือง (๒) ให้มีแหล่งเงินอื่นเพิ่มเติม เช่น การเพิ่มการจ่ายร่วมจากผู้มีรายได้มาก หรือการจ่ายร่วมบริการบางประเภท หรือการเก็บเงินสมทบจากผู้มีสิทธิ์ หรือการกำหนดภาษีเฉพาะ (๓) ขยายความคุ้มครองของประกันสังคมไปยังคู่สมรสและบุตรของผู้ประกันตน เพื่อเป็นการลดจำนวนผู้มีสิทธิ์จากแนวคิดเหล่านี้ นักวิจัยเล็งเห็นความสำคัญของการประมาณการรายจ่ายในระยะยาวที่เป็นเครื่องมือแสดงให้เห็นตัวเลขเป็นรูปธรรมเพื่อความเข้าใจง่ายต่อข้อเสนอต่าง ๆ ว่ามีความเป็นไปได้หรือไม่ อย่างไร ทั้งนี้เพื่อเป็นการนำเสนอทางเลือกเชิงนโยบายที่สำคัญต่อ

แหล่งการเงินการคลังของการสร้างหลักประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้าต่อไปในอนาคต

การวางแผนปฏิรูปการเงินการคลังระบบสุขภาพ
ของประเทศไทยในอนาคตเป็นสิ่งที่สำคัญมาก ต้องการ
ความเชี่ยวชาญพิเศษ สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพ
ระหว่างประเทศ จึงขอความร่วมมือผ่านไปยังองค์การ
แรงงานระหว่างประเทศ เพื่อขอคำปรึกษาจากผู้
เชี่ยวชาญด้านคณิตศาสตร์ประกันภัย ซึ่งประเทศไทย
ได้รับการตอบรับที่ดีมาก โดยนายไมเคิล ชิซอน (Michael
Cichon) ผู้อำนวยการด้านการเงิน คณิตศาสตร์ประกัน
ภัยและสถิติ ในแผนกความมั่นคงทางสังคม องค์การ
แรงงานระหว่างประเทศ สำนักงานใหญ่กรุงเจนีวา (Di-
rector of Finance, Actuarial and Statistical Ser-
vice in Social Security Department (SOC/FAS),
International Labour Organization: ILO, Geneva)
ได้เดินทางมาประเทศไทยด้วยงบประมาณของ ILO
เพื่อร่วมทำการศึกษากับนักวิจัยสำนักพัฒนานโยบาย
สุขภาพระหว่างประเทศ ในระหว่างวันที่ ๒๓-๒๗
กุมภาพันธ์ ๒๕๔๗ จนกระทั่งได้แบบจำลองการเงินการ
คลังระบบสุขภาพไทยชุดแรก จากนั้นได้มีการทำงาน
ร่วมกันเพื่อพัฒนาแบบจำลองจนเสร็จ และมีการตี-
พิมพ์ด้วยภาษาอังกฤษเป็นเอกสารวิชาการด้านเทคนิค
ของ ILO^(๑) บทความนี้จึงเป็นการเรียบเรียงเฉพาะส่วน
ที่สำคัญของวิธีการจัดทำแบบจำลองการเงินการคลัง
ระบบสุขภาพชุดเดียวกันกับเอกสารวิชาการ ILO ให้
เป็นภาษาไทย และเพิ่มเติมข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการ
ปฏิรูปที่เรียบเรียงขึ้นใหม่จากนักวิจัยของสำนักพัฒนา
นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ โดยบทความนี้
เป็นตอนที่ ๑ จากทั้งหมดสี่ตอนในชุดวิจัยการเงิน
การคลังระบบสุขภาพไทย บทความตอนที่ ๒ เป็นการ
เสนอทางเลือกแหล่งการคลังสำหรับกองทุนหลัก
ประกันสุขภาพแห่งชาติ ตอนที่ ๓ เป็นการวิเคราะห์
เชิงนโยบายของการจ่ายร่วมในระบบหลักประกัน
สุขภาพถ้วนหน้า และตอนที่ ๔ ข้อเสนอเพื่อการปฏิรูป
พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถในบริบท

ของการประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยวัตถุประสงค์การ
ศึกษาตอนที่หนึ่งนี้มีเพื่อประมาณการค่าใช้จ่าย
ด้านสุขภาพทั้งหมดของประเทศไทยในระยะยาว
ประมาณการรายรับและรายจ่ายในระยะยาวของงาน
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อใช้เป็นเครื่องมือ
แสดงให้เห็นสถานะการเงินการคลังหลักประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้าในอนาคต รวมทั้งเสนอทางเลือกแหล่งการ
เงินการคลัง และให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการ
ปฏิรูปแหล่งการเงินการคลังของงานหลักประกัน
สุขภาพถ้วนหน้า

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ดำเนินการในระหว่างเดือนมกราคม
ถึงธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๗ ประกอบด้วยสามส่วนหลัก
ได้แก่ ส่วนที่หนึ่งแบบจำลองที่ใช้ในการประมาณการ
รายรับรายจ่ายสุขภาพ ส่วนที่สองข้อสมมติฐานต่าง ๆ
ในแบบจำลอง และส่วนที่สามฉากทัศน์ที่สร้างขึ้น

ส่วนที่หนึ่ง: แบบจำลอง (model) การประมาณ-
การค่าใช้จ่ายสุขภาพของประเทศไทยใช้วิธีการ
พยากรณ์ไปข้างหน้า ตามหลักการประมาณการงบ-
ประมาณทางสังคมขององค์การแรงงานระหว่าง
ประเทศ^(๒) (ILO's social budgeting models) ที่มีกร
สร้างแบบจำลอง ๔ แบบ ดังแสดงความสัมพันธ์ใน
รูปที่ ๑ โดยใช้ข้อมูลพื้นฐานปี ๒๕๔๓-๒๕๔๖ เท่าที่มีอยู่
เพื่อประมาณการข้อมูลในปี ๒๕๔๗-๒๕๖๓ ตามข้อ
สมมติฐาน (assumption) ต่าง ๆ ที่กำหนดขึ้นอย่าง
เหมาะสมและเป็นไปได้ สมมติฐานแต่ละอย่างในแต่
ละแบบจำลองต้องเข้ากันได้ เพื่อให้ผลของการ
ประมาณการออกมาสอดคล้องกันและมีความเป็นไปได้

๑. แบบจำลองด้านประชากรและแรงงาน (demo-
graphic and labour force model) เป็นแบบจำลองที่
อ้างอิงข้อมูลประชากรจากการประมาณการประชากร
จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุทั่วราชอาณาจักร: ข้อ
สมมติภาวะเจริญพันธุ์ระดับปานกลาง ปี ๒๕๔๓-๒๕๖๔
ของสำนักพัฒนาสังคมและคุณภาพชีวิต สำนักงาน

คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ^(๓) พร้อมทั้งข้อมูลตลาดแรงงาน โครงสร้างกำลังแรงงาน การมีส่วนร่วมในกำลังแรงงาน การมีงานทำ การว่างงาน และค่าจ้างและสวัสดิการแรงงาน จากข้อมูลสถิติแรงงาน ปี ๒๕๓๙-๒๕๔๖ ในโครงการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร^(๔) โดยกำหนดใช้ข้อมูลปี ๒๕๔๖ เป็นปีฐานในการคำนวณ

๒. แบบจำลองด้านเศรษฐกิจ (economic model) เป็นแบบจำลองภาวะการเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศโดยใช้ข้อมูลที่สำคัญ เช่น ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (Gross Domestic Product: GDP) การเติบโตของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP Growth) อัตราเงินเฟ้อ (Consumer Price Index: CPI) และ GDP Deflator ปี ๒๕๔๐-๒๕๔๖ จากข้อมูลเศรษฐกิจมหภาคในข้อมูลเศรษฐกิจและสังคม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ^(๕) จากนั้นคำนวณหาผลผลิตแรงงาน (labour productivity) และค่าจ้างแรงงานเป็นร้อยละต่อผลิตภัณฑ์มวลรวม (the wage share at GDP)

๓. แบบจำลองค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (national health budget model) เป็นแบบจำลองประมาณการรายจ่ายสุขภาพของประเทศไทย โดยการอ้างอิงข้อมูลบัญชีรายจ่ายสุขภาพประชาชาติของประเทศไทย ปี ๒๕๓๗-๒๕๔๔^(๖) ซึ่งแบ่งรายจ่ายเป็นสองกลุ่มใหญ่ คือ ก) เงินภาครัฐ ประกอบด้วยสวัสดิการรักษายาพยาบาล ข้าราชการ ประกันสังคม การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และค่าใช้จ่ายด้านวิชาการต่าง ๆ (non-UC budget) และ ข) เงินนอกภาครัฐ ประกอบด้วย รายจ่ายโดยตรงจากครัวเรือน ประกันสุขภาพบริษัทเอกชน พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ และอื่น ๆ นอกจากนี้ยังต้องใช้ข้อมูลอัตราเหมาจ่ายรายหัวปีงบประมาณ ๒๕๔๕ ให้เท่ากับที่ได้รับอุดหนุน ๑,๒๐๒^(๖) บาทต่อคนต่อปี ปี ๒๕๔๖ ให้เท่ากับ ๑,๓๐๐ บาทต่อคนต่อปี (๑,๒๐๒ บวกด้วย ๕,๐๐๐ ล้านบาทที่ได้ปลายปีหาร

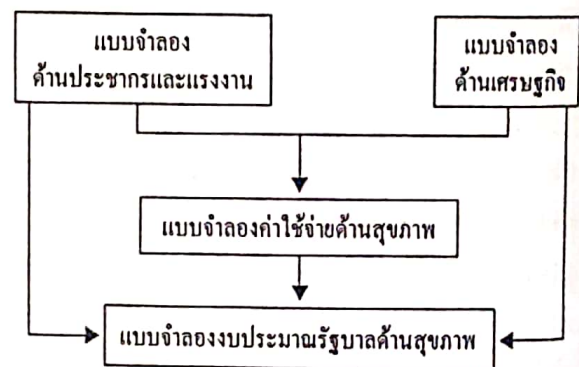
๔๖ ล้านคน) และ ๒๕๔๗ กำหนดให้เท่ากับ ๑,๔๐๔ บาทต่อคนต่อปี (ประมาณการจากการที่ได้รับอนุมัติ ๑,๓๐๔ บาทต่อคนต่อปีในตอนต้นปีงบประมาณ และคาดว่าอาจได้งบกลางเพิ่มเติมปลายปี)

๔. แบบจำลองงบประมาณของรัฐบาล (government budget model) เป็นแบบจำลองที่เน้นรายจ่ายด้านสุขภาพเป็นการเชื่อมโยงระหว่างเงินงบประมาณภาครัฐที่มีอยู่เทียบกับความต้องการใช้จ่ายเงินด้านสุขภาพ โดยการอ้างอิงข้อมูลรายรับรายจ่ายงบประมาณประจำปี กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง^(๖,๖๐)

ส่วนที่สอง: สมมติฐาน ข้อสมมติฐานสำคัญที่ใช้ในการศึกษา* จำแนกตามแบบจำลองมีดังนี้

๑. สมมติฐานสำหรับแบบจำลองประชากรและแรงงาน

*สมมติฐานที่เลือก จำเป็นต้อง (๑) มีความน่าจะเป็น (พิจารณาจากฐานข้อมูลเดิม ทำได้โดยการดูแนวโน้มในอดีตหรือการใช้ฐานข้อมูลล่าสุด และ/หรือการคาดที่น่าจะเป็นในอนาคตจากนโยบายต่างๆในขณะนี้) และ (๒) ผลของสมมติฐานสามารถเข้ากันได้กับสมมติฐานอื่น ๆ และทำให้ผลของแบบจำลองทั้งหมดเป็นไปได้ ทั้งนี้เพราะผลของแต่ละสมมติฐานมีความเชื่อมโยงซึ่งกันและกัน การคำนวณเป็นลูกโซ่จากสมมติฐานหนึ่งไปยังสมมติฐานอื่น ยกตัวอย่างเช่น การเลือกสมมติฐานทางเศรษฐกิจ ต้องไม่ทำให้จำนวนประชากรที่คาดว่าจะว่างงานเป็นจำนวนติดลบซึ่งเป็นไปได้



รูปที่ ๑ แบบจำลองสี่แบบสำหรับการพยากรณ์ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

• การมีส่วนร่วมในกำลังแรงงานของผู้หญิง กำหนดให้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๖๔ ในปี ๒๕๔๖ เป็นร้อยละ ๗๑ ในปี ๒๕๖๓ ส่วนแรงงานชายใช้ข้อมูลสถิติปี ๒๕๔๖ ที่ร้อยละ ๘๑ ไปตลอดเวลาการพยากรณ์

๒. สมมติฐานสำหรับแบบจำลองเศรษฐกิจ

• Real GDP มีการเพิ่มขึ้นตามอัตราที่เป็นอยู่ไปจนกระทั่งเป็นร้อยละ ๔ ในปี ๒๕๕๓-๒๕๖๓

• กำหนดให้มีการเพิ่มของผลผลิตแรงงานเป็นร้อยละ ๓ ในปี ๒๕๔๗ แล้วลดลงเหลือร้อยละ ๒.๓ ในปี ๒๕๖๓

๓. สมมติฐานสำหรับแบบจำลองค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

• รายจ่ายของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กำหนดให้แปรไปตามสามปัจจัย ได้แก่

- จำนวนประชากร อันเป็นผลมาจากแบบจำลองประชากร และทางเลือกที่สร้างขึ้นซึ่งจะกล่าวถึงต่อไป

- ต้นทุนการรักษาพยาบาล แบ่งเป็นสองส่วนเท่า ๆ กัน คือ ค่าแรงและค่าวัสดุ ค่าแรงกำหนดให้เพิ่มขึ้นมากกว่าการเพิ่มค่าแรงปรกติร้อยละ ๒ ส่วนค่าวัสดุกำหนดให้เพิ่มขึ้นมากกว่าอัตราเงินเฟ้อร้อยละ ๑ ซึ่งอาจเป็นการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีสุขภาพ

- อัตราการใช้บริการในสถานพยาบาล ที่คำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงของอายุและโครงสร้างประชากร และกำหนดให้มีการเพิ่มขึ้นร้อยละ ๒ ต่อปี ในปี ๒๕๔๖-๒๕๔๘ เนื่องจากประชาชนเข้าถึงบริการได้มากขึ้น จากนั้นให้เพิ่มขึ้นร้อยละ ๑ ต่อปีในปี ๒๕๔๙-๒๕๖๓ ซึ่งอาจเป็นความจำเป็นด้านสุขภาพที่มากขึ้น เช่น เอดส์

• รายจ่ายของระบบประกันสังคม กำหนดให้มีการแปรตามสามปัจจัยเช่นเดียวกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่อัตราการใช้บริการกำหนดให้เพิ่มร้อยละ ๑ ต่อปี ในปี ๒๕๔๗-๒๕๖๓

• รายจ่ายทั้งหมดของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กำหนดให้มีการแปรไปตามการเปลี่ยนแปลง

ประชากรในกลุ่มนี้ อัตราเงินเฟ้อ และกำหนดรายจ่ายเพิ่มขึ้นร้อยละ ๕ (ซึ่งยังน้อยกว่าอัตราการเพิ่มขึ้นที่ผ่านมาเฉลี่ยร้อยละ ๘ ต่อปี)

• รายจ่ายที่จ่ายจากครัวเรือนโดยตรงกำหนดให้แปรตามการเพิ่มขึ้นของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ

๔. สมมติฐานสำหรับแบบจำลองงบประมาณของรัฐบาล กำหนดให้แปรตามการเพิ่มขึ้นของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ

ส่วนที่สาม: ฉากทัศน์ (scenario) กำหนดการสร้างฉากทัศน์เพื่อประเมินรายรับ-รายจ่ายของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยอยู่ภายใต้สองแนวทาง คือ การเพิ่มรายรับ และ/หรือการลดรายจ่าย เพื่อให้เกิดความสมดุลในการบริหารกองทุนสุขภาพ^(๑๔)

๑. การเพิ่มรายรับ ซึ่งหมายถึงการมีแหล่งเงินอื่นเพิ่มเติมจากเงินงบประมาณประจำปีที่โครงการได้รับอยู่ในสภาพปัจจุบันการเพิ่มรายรับสามารถทำได้หลายวิธีการตามมาตรา ๓๙ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ๒๕๔๕ ซึ่งมีการวิเคราะห์ศักยภาพและความเป็นไปได้ในการเป็นแหล่งการคลังของโครงการฯ ในมาตรา ๓๙ สรุปได้ ดังนี้

• การเพิ่มการจ่ายร่วม พบว่า การจ่ายร่วมในขณะนี้ไม่ใช่แหล่งการคลังหลัก^(๑๕)

• การเก็บเงินสมทบจากผู้มีสิทธิ มีความเป็นไปได้ในทางการเงิน แต่มีความยุ่งยากในการจัดการ^(๑๖) มีความเป็นไปได้น้อยเนื่องจากการยอมรับของสังคมน้อยและความยุ่งยากในการดำเนินการ^(๑๗)

• การเพิ่มภาษีบุหรี่ เหล้า และเบียร์ เป็นแหล่งที่มีความเป็นไปได้มากที่สุดรองจากการใช้เงินงบประมาณประจำปีของรัฐจากภาษีทั่วไป^(๑๘)

• เงินจากองค์กรปกครองท้องถิ่น มีศักยภาพในการเป็นแหล่งเงินได้ แต่ในสภาพปัจจุบันยังไม่นำไปใช้ได้

• แหล่งเงินอื่น ๆ ที่มีระบุในมาตรา ๓๙ นั้นไม่มีศักยภาพที่จะเป็นแหล่งเงินหลักของโครงการได้^(๑๙)

๒. การลดรายจ่าย ทำได้ทั้งการลดจำนวนผู้มีสิทธิ และการลดชุดสิทธิประโยชน์ แนวคิดการขยายความคุ้มครองของประกันสังคมไปยังคู่สมรสและบุตรของผู้ประกันตนจะเป็นการลดจำนวนผู้ที่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคุ้มครอง แต่ไม่เสนอการขยายความคุ้มครองไปยังผู้ใช้แรงงานนอกระบบ (ซึ่งเป็นกลุ่มคนเดียวกันกับการเก็บเงินสมทบเพิ่มในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพียงแต่โอนคนกลุ่มนี้มาอยู่ในความรับผิดชอบของประกันสังคม) เนื่องจากมีความยุ่งยากในการดำเนินงานมากจึงไม่น่าเป็นไปได้ ส่วนการลดชุดสิทธิประโยชน์นั้นไม่น่าเป็นไปได้ทางการเมือง อีกทั้งชุดสิทธิประโยชน์ที่มีนี้ก็ครอบคลุมพอควรระดับหนึ่ง ควรคงไว้เช่นเดิมหรือมีการขยายชุดสิทธิประโยชน์

ดังนั้น จากทัศน์ที่สร้างขึ้นสำหรับการศึกษาแบบจำลองครั้งนี้จึงเป็นไปทั้งสองด้าน ทั้งเพิ่มรายรับและ/หรือลดรายจ่าย ดังแสดงในตารางที่ ๑

จำนวนผู้มีสิทธิ์ลดลงจากการขยายความคุ้มครองประกันสังคมไปยังคู่สมรสและบุตรของผู้ประกันตน กำหนดให้มีการดำเนินการใน พ.ศ. ๒๕๔๔ อ้างอิง

จำนวนคู่สมรสและบุตรของผู้ประกันตน ๖.๐๔ ล้านคน ใน พ.ศ. ๒๕๔๔ จากการคาดการณ์ของผู้เชี่ยวชาญ คณิตศาสตร์ประกันภัยของ ILO กรุงเทพฯ

การเก็บภาษีที่เพิ่มขึ้น กำหนดให้มีการเพิ่มภาษีบุหรี่ เหล้า เบียร์ และภาษีสุขภาพ จากนั้นกันไว้เป็นการเฉพาะ (earmarked tax) ให้กับกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีสมมติฐาน ดังนี้

- ภาษีบุหรี่ (tobacco tax) ให้มีการเพิ่มภาษีร้อยละ ๑๐๐ คาดว่ามีผลให้การบริโภคลดลงร้อยละ ๒๐ ทำให้เก็บภาษีได้เพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ ๖๐ เท่านั้น จากนั้นตัดเงินภาษีบุหรี่สองในสามของภาษีที่เก็บได้ให้แก่กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นการประจำ

- ภาษีสุราและเบียร์ (alcohol and beer tax) ให้มีการเพิ่มภาษีร้อยละ ๕๐ คาดว่ามีผลให้การบริโภคลดลงร้อยละ ๒๐ ทำให้เก็บภาษีได้เพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ ๒๐ เท่านั้น จากนั้นตัดเงินครึ่งหนึ่งของภาษีที่เก็บได้ให้แก่กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นการประจำ

- ภาษีเฉพาะเพื่อสุขภาพ (personal health tax) สำหรับผู้ที่ เป็นสมาชิกหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและมีฐานการเสียภาษีประจำปีเท่านั้น กำหนดให้เก็บภาษี

ตารางที่ ๑ ฉากทัศน์ที่สร้างขึ้นในแบบจำลองการเงินการคลังสำหรับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

	สภาพปัจจุบัน	ฉากทัศน์ที่ ๑	ฉากทัศน์ที่ ๒	ฉากทัศน์ที่ ๓
รายจ่าย				
จำนวนผู้มีสิทธิ	คงเดิม	คงเดิม	ลดลงโดยการขยายความคุ้มครองประกันสังคมไปยังคู่สมรสและบุตรของผู้ประกันตน	ลดลงโดยการขยายความคุ้มครองประกันสังคมไปยังคู่สมรสและบุตรของผู้ประกันตน
ชุดสิทธิประโยชน์	คงเดิม	คงเดิม	คงเดิม	คงเดิม
รายรับ				
การจ่ายร่วม	คงเดิม	คงเดิม	ลดลงตามจำนวนผู้มีสิทธิที่เปลี่ยนไป	ลดลงตามจำนวนผู้มีสิทธิที่เปลี่ยนไป
ภาษีที่เพิ่มขึ้น	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี

ร้อยละ ๑๐ ของอัตราเหมาจ่ายรายหัว

• กำหนดให้มีการเก็บภาษีเพิ่มในปี ๒๕๔๔ อย่างค่อยเป็นค่อยไป คือทำได้ผลร้อยละ ๒๕ ในปี ๒๕๔๔ เพิ่มเป็นร้อยละ ๕๐ และ ๗๕ ในปี ๒๕๔๙ และ ๒๕๕๐ จากนั้นดำเนินการได้เต็มที่ร้อยละ ๑๐๐ ในปี ๒๕๕๐ เป็นต้นไป

ผลการศึกษา

รายจ่ายสุขภาพของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๔๗ - ๒๕๖๓

จากแบบจำลองที่พัฒนาขึ้นเพื่อประมาณการค่าใช้จ่ายสุขภาพของประเทศไทย พบว่า การประมาณการตามสภาพปัจจุบัน (status quo) รายจ่ายสุขภาพของประเทศไทยทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ ๓.๕๐ ของ GDP ใน พ.ศ. ๒๕๔๗ จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๓.๖๔ และ ๓.๘๘ ใน พ.ศ. ๒๕๕๓ และ พ.ศ. ๒๕๖๓ ตามลำดับ รายจ่ายสุขภาพทั้งหมดมีอัตราการเติบโตประมาณร้อยละ ๖-๘ ต่อปี ซึ่งเป็นอัตราที่ไม่สูง (ตารางที่ ๒) ผลการประมาณการรายจ่ายสุขภาพไทยในอนาคตแสดงว่า

ยังจัดอยู่ในเกณฑ์ที่มีธรรมาภิบาลมาก ทั้งนี้เนื่องจากสองปัจจัยหลัก คือ การตั้งสมมติฐานการเติบโตของ real GDP ในระดับสูงอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงเวลาการประมาณการ และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นเงินส่วนใหญ่ของรายจ่ายสุขภาพจากภาครัฐ ซึ่งกลไกการเงินแบบอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่ใช้สามารถควบคุมรายจ่ายสุขภาพได้ดีมาก จึงมีส่วนอย่างมากในการควบคุมเงินรายจ่ายสุขภาพของทั้งประเทศและถือว่าเป็นรายจ่ายขั้นต่ำตลอดจนอยู่ในวิสัยทางการคลังของประเทศ

เปรียบเทียบรายจ่ายสุขภาพของประเทศไทยกับต่างประเทศซึ่งเป็นข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก^(๑๘) ประเทศไทยมีรายจ่ายสุขภาพคิดเป็นร้อยละต่อ GDP ในระดับต่ำเมื่อเทียบกับประเทศที่ร่ำรวยเช่น สหรัฐอเมริกา (ร้อยละ ๑๓.๙) เนเธอร์แลนด์ (ร้อยละ ๘.๙) ญี่ปุ่น (ร้อยละ ๘.๐) อังกฤษ (ร้อยละ ๗.๖) แต่เป็นระดับที่ใกล้เคียงกับเพื่อนบ้านเช่น มาเลเซีย (ร้อยละ ๓.๘) ฟิลิปปินส์ (ร้อยละ ๓.๓) อินโดนีเซีย (ร้อยละ ๒.๔) ดังแสดงในรูปที่ ๒ ประเทศไทยยังสามารถใช้จ่ายด้านสุขภาพได้มากกว่านี้ เมื่อเทียบกับประเทศอื่นที่มีระดับ

ตารางที่ ๒ ประมาณการรายจ่ายสุขภาพของประเทศไทย (ล้านบาท)

รายจ่ายสุขภาพ	๒๕๔๗	๒๕๔๘	๒๕๔๙	๒๕๕๐	๒๕๕๓	๒๕๖๓
๑. สวัสดิการข้าราชการ	๒๗,๗๓๔	๒๙,๗๐๓	๓๑,๘๑๒	๓๔,๐๗๐	๔๑,๘๕๕	๘๓,๑๐๗
๒. ประกันสังคม	๑๔,๐๔๕	๑๕,๘๕๖	๑๘,๖๓๕	๒๐,๖๑๓	๒๗,๕๐๑	๖๕,๔๘๑
๓. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	๖๗,๓๗๘	๗๓,๑๓๖	๘๐,๐๓๗	๘๕,๖๔๖	๑๐๔,๕๕๕	๑๖๗,๗๖๖
๔. รายจ่ายสาธารณสุขอื่นๆ	๒๕,๙๕๕	๒๗,๖๒๗	๒๙,๒๙๑	๓๑,๐๔๓	๓๖,๕๓๑	๖๑,๐๕๖
รายจ่ายภาครัฐ	๑๓๕,๑๕๖	๑๔๖,๓๒๑	๑๕๙,๗๗๘	๑๗๑,๓๗๒	๒๑๐,๘๔๑	๔๑๑,๔๕๐
รายจ่ายนอกภาครัฐ	๗๕,๓๕๕	๘๔,๕๑๕	๘๙,๘๘๗	๙๕,๓๘๘	๑๑๓,๑๕๘	๑๖๖,๓๑๗
รายจ่ายสุขภาพทั้งหมด	๒๑๐,๕๑๑	๒๓๐,๘๓๖	๒๔๙,๖๖๕	๒๖๖,๗๖๐	๓๒๔,๐๐๐	๕๗๗,๗๖๗
Nominal GDP (พันล้านบาท)	๖,๑๓๐	๖,๕๕๖	๖,๙๕๕	๗,๔๕๕	๘,๙๐๒	๑๕,๗๕๑
รายจ่ายสุขภาพทั้งหมดคิดเป็นร้อยละต่อ GDP	๓.๕๐	๓.๕๒	๓.๕๗	๓.๕๘	๓.๖๔	๓.๘๘
อัตราการเติบโตของรายจ่ายสุขภาพ (ร้อยละต่อปี)		๗.๕๕	๘.๑๔	๖.๘๖	๖.๖๒	๖.๖๕

การพัฒนาเดียวกัน องค์การอนามัยโลกแนะนำว่า รายจ่ายสุขภาพไม่ควรต่ำกว่าร้อยละ ๕ ต่อ GDP จึงจะเพียงพอในการพัฒนาสุขภาพของคนในประเทศนั้น ๆ

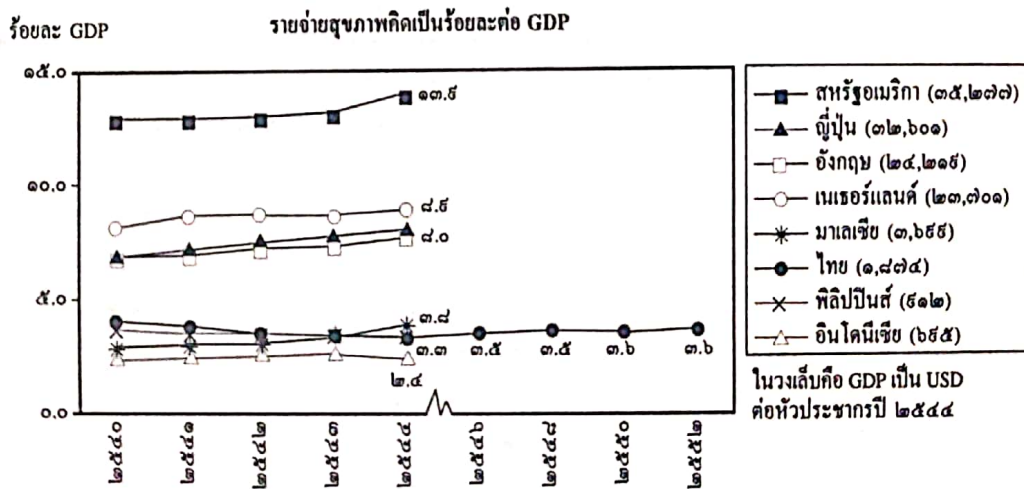
รายรับรายจ่ายของโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า

รูปที่ ๓ แสดงการประมาณรายรับ (เส้นกราฟสี่เหลี่ยม) และรายจ่าย (เส้นกราฟสามเหลี่ยม) ของงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๗ - ๒๕๖๓ ตามฉากทัศน์ต่าง ๆ ที่สร้างขึ้น การประมาณการสำหรับสภาพปัจจุบัน พบว่ามีรายจ่ายทั้งสิ้น ๗๓,๐๓๖ ล้านบาท ใน พ.ศ. ๒๕๔๔ และเพิ่มขึ้นเป็น ๑๐๔,๙๕๕ ล้านบาท ใน พ.ศ. ๒๕๕๓ และ ๑๙๗,๗๖๖ ล้านบาทใน พ.ศ. ๒๕๖๓ หรือคิดเป็นร้อยละ ๑.๑๒, ๑.๑๘ และ ๑.๒๖ ของ GDP ใน พ.ศ. ๒๕๔๔, ๒๕๕๓ และ ๒๕๖๓ ตามลำดับ การประมาณการในสภาพปัจจุบันนี้ รายได้จากการจ่ายร่วมมีน้อยมากเพียงร้อยละ ๒.๓ ของความต้องการเงินทั้งหมดของงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนต่างระหว่างรายจ่ายกับรายได้จากการจ่ายร่วม (หรือที่เห็นเป็นความห่างระหว่างเส้นกราฟในแต่ละปี) คือ จำนวนเงินที่รัฐต้องสนับสนุนงานหลักประกัน

สุขภาพถ้วนหน้าด้วยเงินงบประมาณประจำปี จำนวน ๗๑,๔๒๔ ล้านบาทใน พ.ศ. ๒๕๔๔ เพิ่มขึ้นเป็น ๑๐๒,๔๙๔ ล้านบาทใน พ.ศ. ๒๕๕๓ และ ๑๙๓,๐๓๕ ล้านบาทใน พ.ศ. ๒๕๖๓

ฉากทัศน์ที่ ๑ รายจ่ายของโครงการจะมีเท่ากับสภาพปัจจุบัน ส่วนรายรับได้จากการจ่ายร่วมบวกกับการมีภาษีบุหรี่ สุรา และเบียร์ที่เก็บเพิ่มแล้วตัดเงินภาษีที่กำหนดไว้เฉพาะส่วนหนึ่งส่งให้แก่กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นประจำ และเงินภาษีสุขภาพ (personal health tax) จะมีรายรับเข้ามาเท่ากับ ๔๙,๒๐๓, ๘๖,๗๒๖ และ ๑๕๓,๔๒๒ ล้านบาท ใน พ.ศ. ๒๕๔๔, ๒๕๕๓ และ ๒๕๖๓ ตามลำดับ และทำให้ความต้องการเงินอุดหนุนจากงบประมาณประจำปีของรัฐเหลือเพียง ๒๓,๙๓๓, ๑๘,๒๒๙ และ ๔๔,๓๔๔ ล้านบาท ใน พ.ศ. ๒๕๔๔, ๒๕๕๓ และ ๒๕๖๓ เห็นชัดว่าความห่างระหว่างเส้นกราฟรายจ่ายกับรายรับน้อยลงมากเมื่อเทียบกับสภาพปัจจุบัน

ฉากทัศน์ที่ ๒ จำนวนผู้มีสิทธิประโยชน์ลดลงจากการขยายความคุ้มครองประกันสังคมไปสู่ผู้สมรสและบุตรของผู้ประกันตน (ประมาณ ๖ ล้านคนใน พ.ศ.

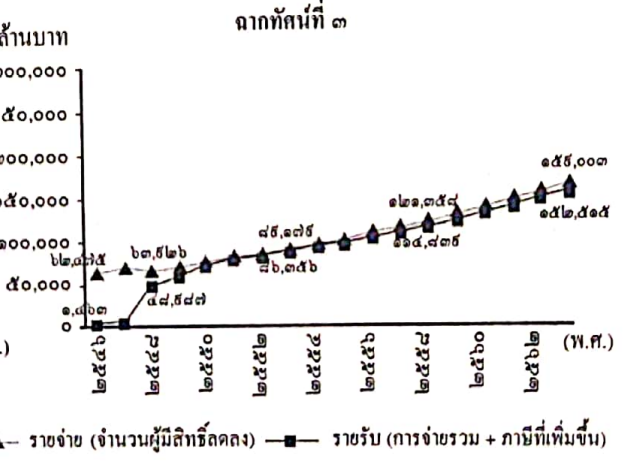
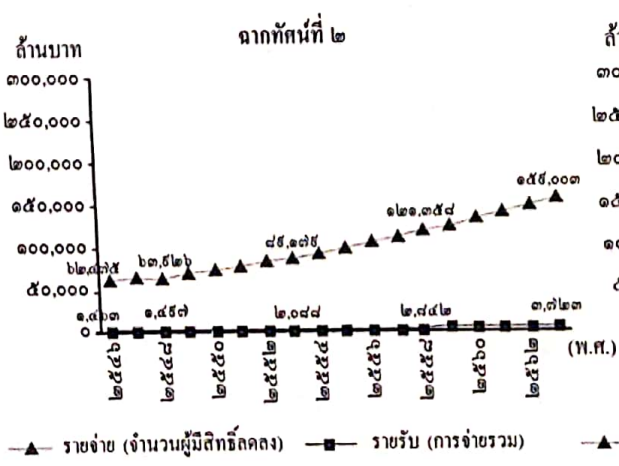
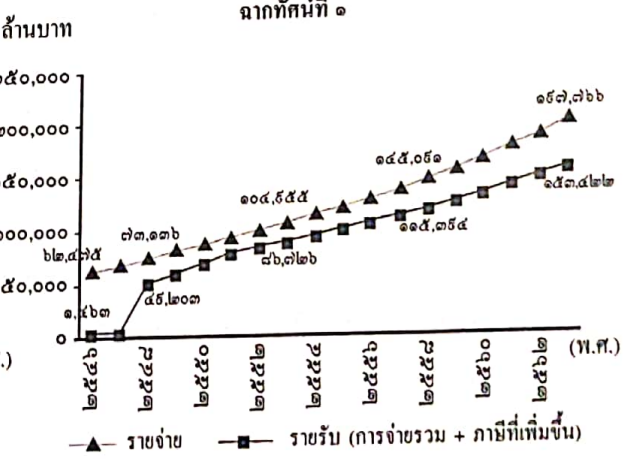
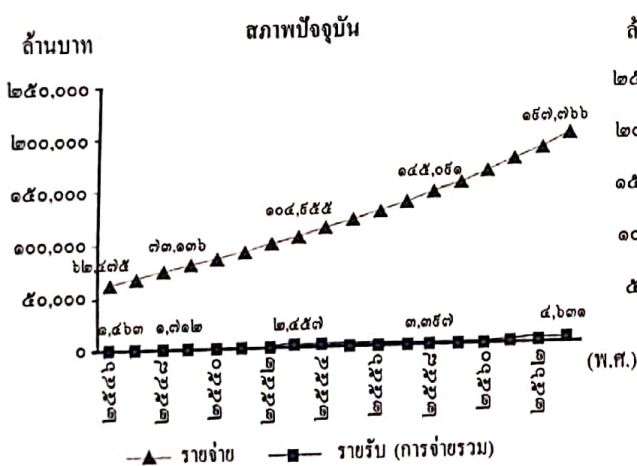


รูปที่ ๒ รายจ่ายสุขภาพของประเทศไทยเทียบกับต่างประเทศ (ข้อมูลจริง พ.ศ. ๒๕๔๐ - ๒๕๔๔ และตัวเลขจากการคำนวณ พ.ศ. ๒๕๔๕ - ๒๕๕๒)

๒๕๔๔ ๗ ล้านคนใน พ.ศ. ๒๕๕๓ และเกือบ ๑๐ ล้านคนใน พ.ศ. ๒๕๖๓) ทำให้รายจ่ายลดลงเมื่อเทียบกับสภาพปัจจุบัน (เส้นกราฟรายจ่ายลดลงเมื่อเทียบกับสภาพปัจจุบัน) โดยลดลงได้ประมาณ ๙,๒๑๐, ๑๕,๗๗๖ และ ๓๔,๗๖๓ ล้านบาทใน พ.ศ. ๒๕๔๔, ๒๕๕๓ และ ๒๕๖๓ ตามลำดับ ซึ่งรายรับจากการจ่ายรวมก็ลดลงด้วยเช่นกันจากจำนวนผู้มีสิทธิที่ลดลง

ฉากทัศน์ที่ ๓ เป็นการผสมระหว่างฉากทัศน์ที่ ๑ และ ๒ เข้าด้วยกัน นั่นคือ หากเทียบกับสภาพปัจจุบัน รายจ่ายลดลงจากการขยายความคุ้มครองประกันสังคม

ไปสู่คุ้มครองและบุตรของผู้ประกันตน และมีรายรับจากการจ่ายรวม การขึ้นภาษีบุหรี่ สุรา และเบียร์ แล้วตัดเงินภาษีที่กำหนดไว้เฉพาะส่วนหนึ่งเป็นการประจำ และการเก็บภาษีสุขภาพ (เส้นกราฟมีความต่างจากฉากทัศน์ที่ ๑ เนื่องจากจำนวนผู้จ่ายร่วมต่างกัน) ซึ่งจากมาตรการทั้งการลดรายจ่ายผนวกกับการเพิ่มรายรับเข้ามาให้กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นการเฉพาะเช่นนี้ ทำให้มีความต้องการเงินอุดหนุนจากงบประมาณประจำปีน้อยมากหรือเกือบไม่มีเลยเมื่อเทียบกับสภาพปัจจุบัน (เห็นได้ชัดจากเส้นกราฟรายรับ

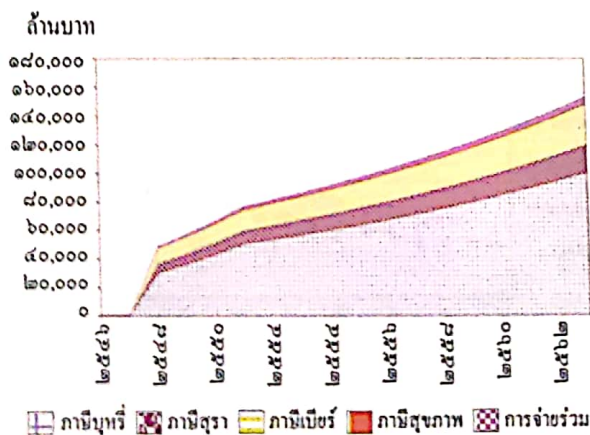


รูปที่ ๓ รายรับและรายจ่ายของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. ๒๕๔๗ - ๒๕๖๓ จากการประมาณการด้วยแบบจำลอง (พ.ศ. ๒๕๔๖ เป็นตัวเลขจากข้อมูลจริง)

และรายจ่ายเกือบชนิดติดกัน) โดยมีความต้องการงบประมาณเพียง ๑๔,๙๓๙, ๒,๘๒๓ และ ๖,๔๘๘ ล้านบาท ใน พ.ศ. ๒๕๔๘, ๒๕๕๓ และ ๒๕๖๓ ตามลำดับ

แหล่งเงินของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

รูปที่ ๔ แสดงถึงแหล่งที่มาของรายรับของโครงการฯ ส่วนใหญ่เป็นการขึ้นภาษีบุหรี่ สุราและเบียร์ แล้วตัดเงินภาษีส่วนหนึ่งที่กำหนดไว้ส่งให้กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นการประจำ บุหรี่เป็นแหล่งเงินก้อนใหญ่ที่สุด ทั้งนี้เพราะมีการกำหนดให้ตัดเงินมาจากภาษีบุหรี่ถึงสองในสามของภาษีบุหรี่ที่เก็บได้ ในขณะที่กำหนดให้ตัดเงินครึ่งหนึ่งของภาษีสุราและเบียร์ที่เก็บได้อีกทั้งพบว่าภาษีบุหรี่ สุรา และเบียร์ที่เก็บได้ในปัจจุบันคิดเป็นร้อยละ ๕๔, ๑๙ และ ๒๗ ของผลรวมภาษีทั้ง ๓ รายการนี้ ภาษีสุขภาพคาดว่าจะเก็บได้น้อยมาก เนื่องจากเป็นการเก็บจากฐานผู้เสียภาษีที่เป็นสมาชิกในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ผู้ที่ไม่ใช่ข้าราชการและผู้ประกันตนของสำนักงานประกันสังคม) ส่วนเงินที่ผู้ใช้บริการจ่าย ณ จุดให้บริการในอัตรา ๓๐ บาทต่อครั้ง (co-payment) เป็นเงินส่วนน้อยมาก (ประมาณร้อยละ ๒.๓)



รูปที่ ๔ แหล่งที่มาของรายรับสำหรับหลักประกันสุขภาพจากการประมาณการ

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

จากสภาพปัจจุบันที่ประมาณการว่าหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการ ๓๐ บาทรักษาทุกคน) จะมีรายจ่าย ๗๓,๑๓๖ ล้านบาท สำหรับประชากร ๘๗ ล้านคนใน พ.ศ. ๒๕๕๔ ประมาณการว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น ๑๐๔,๙๕๕ ล้านบาท สำหรับประชากร ๕๐ ล้านคนใน พ.ศ. ๒๕๕๓ มีมาตรการในการปฏิรูปการเงินการคลังที่มีความเป็นไปได้สูงมาก ๓ มาตรการ ดังนี้

มาตรการที่ ๑ จัดให้มีภาษีสรรพสามิตเฉพาะ ซึ่งจะเป็นการนำเอาภาษีสินค้าทำลายสุขภาพมาใช้เพื่อการดูแลสุขภาพ มีสองแนวทางเลือก ได้แก่

ทางเลือก ก. คือ การตัดโอนภาษีสรรพสามิตที่รัฐจัดเก็บได้ตามปรกติมาให้เป็นการประจำตามจำนวนที่กำหนดไว้ (earmarked sin tax) โดยไม่ต้องมีการเพิ่มภาษี หากรัฐบาลสามารถเก็บภาษีบุหรี่ สุราและเบียร์ได้อย่างเพียงพอต่อความต้องการเงินอุดหนุน เช่น การกำหนดให้ตัดโอนร้อยละ ๗๐ ของภาษีที่เก็บได้มาให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นการประจำ ซึ่งจำนวนเงินที่ได้จะแปรผันตามปริมาณการบริโภคสินค้าเหล่านี้ หากมีการบริโภคลดลงจะมีผลให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้รับเงินลดลงด้วย จนอาจไม่เพียงพอต่อความต้องการตามอัตราเหมาจ่ายรายหัว จึงควรต้องมีการอุดหนุนเพิ่มเติมจากเงินอื่น ๆ เพื่อรับประกันว่า สปสช. จะได้รับเงินอย่างเพียงพอในการซื้อบริการให้แก่สมาชิก เมื่อ สปสช. กำหนดแน่นอนที่จะได้รับเงินที่กันไว้เป็นการเฉพาะก็สามารถจัดตั้งเป็นกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้

ทางเลือก ข. คือ การเพิ่มภาษีและตัดโอนเฉพาะส่วนที่กำหนดไว้ให้แก่ สปสช.

การจัดให้มีภาษีสรรพสามิตเฉพาะสำหรับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยการขึ้นภาษีสรรพสามิตบุหรี่ สุรา และเบียร์ แล้วตัดโอนเฉพาะส่วนที่กำหนดไว้ให้เป็นการประจำ ซึ่งทำให้สามารถจัดตั้งเป็นกองทุนฯ ได้ ควรมีการรับประกันว่า กองทุนฯ จะได้รับจำนวนเงินอย่างเพียงพอ การเพิ่มภาษีสมีข้อดี คือ

รัฐจะมีรายได้เพิ่มขึ้น แต่จะส่งผลให้สินค้าราคาแพงขึ้น อาจทำให้การบริโภคลดลง และอาจมีแรงจูงใจให้มีการบริโภคสินค้านอกกระบบมากขึ้น

มาตรการที่ ๒

ลดรายจ่ายของกองทุนโดยให้ระบบประกันสังคมขยายการคุ้มครองไปสู่คู่สมรสและบุตรของผู้ประกันตน โดยไม่ต้องเก็บเงินสมทบเพิ่มแต่อย่างใด พบว่า พ.ศ. ๒๕๔๘ มีผู้ที่เป็นคู่สมรสและบุตรของผู้ประกันตน ประมาณ ๖ ล้านคน ที่จะเข้าไปอยู่ในความคุ้มครองของสำนักงานประกันสังคม ถ้าโอนคนเหล่านี้ไปอยู่กับระบบประกันสังคม รายจ่ายของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะลดลงถึง ๙,๓๕๙ ล้านบาท และใน พ.ศ. ๒๕๕๓ จำนวนคู่สมรสและบุตรเพิ่มเป็นประมาณ ๗.๕ ล้านคน รายจ่ายจะลดลงประมาณ ๑๖,๐๓๐ ล้านบาท

ข้อเสนอนี้สอดคล้องกับที่ ILO นำเสนอต่อสำนักงานประกันสังคมเมื่อวันที่ ๑๖ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๔๗ ILO ได้ประมาณการรายรับรายจ่ายกองทุนประกันสังคมเฉพาะชุดสิทธิประโยชน์ระยะสั้น ๔ ชุด คือ การเจ็บป่วย การคลอดบุตร ทูพพลภาพ และการตาย ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๕๓ เนื้อหาโดยย่อมีดังนี้

- ใน พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๕๓ รายจ่ายคาดว่าจะป็นร้อยละ ๒.๙๓-๒.๙๙ ของค่าจ้างที่นำมาคำนวณเงินสมทบ ในขณะที่เงินสมทบเท่ากับร้อยละ ๔.๕ ของค่าจ้าง ดังนั้นกองทุนประกันสังคมมีเงินรายรับมากกว่ารายจ่ายและมีเงินสำรองกองทุนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เงินสำรองสะสมตั้งแต่ปี ๒๕๓๔-๒๕๔๖ สูงถึงประมาณ ๙๕ พันล้านบาท (เฉพาะสิทธิประโยชน์ระยะสั้น ๔ รายการดังกล่าว โดยไม่เกี่ยวกับเงินสะสมกรณีสิทธิประโยชน์ระยะยาว เช่น เงินบำนาญ ค่าช่วยเหลือบุตร)

- ข้อเสนอแรกที่ ILO มีต่อกองทุนประกันสังคม คือ การขยายการคุ้มครองไปสู่คู่สมรสและบุตรของผู้ประกันตน โดยไม่จำเป็นต้องเก็บเงินสมทบเพิ่มเติมแต่อย่างใด กองทุนฯ จะยังคงมีเงินสำรองเป็นบวกในระดับสูงถึง ๓.๔ เท่าของรายจ่ายในปี ๒๕๕๓ หากไม่มีการขยายการคุ้มครองคู่สมรสและบุตร กองทุนประกัน

สังคมจะมีเงินสำรองสูงถึง ๔.๖ เท่าของรายจ่าย พ.ศ. ๒๕๕๓ (เฉพาะสิทธิประโยชน์ระยะสั้น ๔ รายการ)

มาตรการที่ ๓ พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ

ถึงแม้การประมาณการในแบบจำลองจะไม่ได้มีการประมาณรายรับรายจ่ายของพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ แต่ก็ได้มีการวิเคราะห์และเสนอทางเลือกเชิงนโยบายสำหรับการปฏิรูปกฎหมายฉบับนี้ ในบทความอีกชิ้นหนึ่งโดยละเอียด^(๑๙) ซึ่งได้นำเสนอไว้ ณ ที่นี้ด้วยเพื่อให้เห็นภาพรวมของการปฏิรูปทั้งหมด

วัตถุประสงค์ของการปฏิรูป คือคงหลักการของพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ในการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถทุกคนทั้งกรณีเสียชีวิต ทุพพลภาพและการรักษาพยาบาล โดยเป็นระบบประกันภัยภาคบังคับที่ไม่มุ่งหวังกำไร มีแนวทางดำเนินการดังนี้

- มอบให้กรมการขนส่งทางบก กระทรวงคมนาคม เป็นผู้จัดเก็บเบี้ยประกันภัย พร้อมกับการเก็บภาษีประจำปี หรือการจดทะเบียนรถใหม่ ซึ่งเป็นระบบในปัจจุบันและครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วประเทศ มีค่าบริหารจัดการน้อยมาก

- ให้นำส่งเบี้ยประกันรับสิทธิไปยังกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็นค่าสินไหมทดแทนสำหรับผู้ประสบภัยจากรถทุกคนไม่ว่าจะเป็นการประสบภัยจากรถที่มี หรือไม่มีประกันก็ตาม

- ถ้ากรมขนส่งทางบกจัดเก็บเบี้ยประกันได้ครอบคลุมมากขึ้น และต้นทุนการบริหารจัดการลดลงอย่างมาก ควรลดเบี้ยประกันลง ซึ่งจะเป็นผลดีต่อเจ้าของรถ

วิจารณ์

ทางเทคนิค การประมาณการค่าใช้จ่ายสุขภาพของประเทศไทยในการศึกษานี้ใช้วิธีการพยากรณ์ไปข้างหน้าด้วยแบบจำลองสี่ด้าน มีข้อดีคือได้มีการคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงจำนวน อายุและโครงสร้างประชากร

ขนาดตลาดแรงงาน การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ อัตราเงินเฟ้อ อัตราการใช้บริการสุขภาพ รวมทั้งคาดประมาณเพื่อสำหรับการเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยีด้านสุขภาพและแบบแผนของการเจ็บป่วยของคนไทย และได้มีการพิจารณาจ่ายทั้งหมดของรัฐบาลเพื่อดูความเป็นไปได้ของความต้องการเงินงบประมาณทั้งหมด แต่อย่างไรก็ตาม การประมาณการจ่ายในอนาคตระยะยาวต้องมีการตั้งสมมติฐานเพื่อใช้ในการฉายภาพอนาคต การศึกษาครั้งนี้ได้พยายามเลือกสมมติฐานที่คาดว่าน่าจะเป็นมากที่สุดและให้ค่าต่างๆ ในแบบจำลองที่เป็นไปได้ แต่การประมาณการระยะยาวจะมีข้อจำกัดในตัวเอง เรื่องความแม่นยำของสมมติฐานต่าง ๆ ที่มีเป็นจำนวนมากและต้องคาดการณ์เป็นระยะเวลาสั้น โดยเฉพาะสถานการณ์ด้านเศรษฐกิจมีการเปลี่ยนแปลงได้ง่ายและเร็วมาก การเปลี่ยนแปลงอาจมีผลกระทบรุนแรงมากบ้างน้อยบ้าง โดยเฉพาะผลกระทบจากภัยธรรมชาติที่เหนือการคาดการณ์ การประมาณการครั้งนี้ไม่ได้มีเป้าหมายเพื่อให้อ้างอิงตัวเลขการประมาณการใน พ.ศ. ๒๕๖๓ ที่เป็นปีสุดท้ายของการประมาณการ เพราะตระหนักดีถึงข้อจำกัดในการประมาณการด้วยแบบจำลองในระยะยาว (long term projection) แต่ต้องการใช้เป็นเครื่องมือ แสดงให้เห็นถึงผลของการเปลี่ยนแปลงตามฉากทัศน์ต่าง ๆ ที่สร้างขึ้น

ทางนโยบาย แนวคิดการเก็บภาษีสุขภาพเป็นแนวคิดคล้ายคลึงกับการเก็บเงินสมทบจากผู้มีสิทธิในการรับบริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีความสามารถในการจ่าย เพียงแต่จะเก็บได้เฉพาะผู้ที่มีฐานการเสียภาษีเท่านั้น ซึ่งจะมีจำนวนคนที่น้อยมาก ทำให้ไม่สามารถเป็นแหล่งเงินหลักได้ จึงไม่ได้เสนอให้เป็นทางเลือกเชิงนโยบาย แต่โดยหลักการควรต้องทำ ทั้งนี้เพื่อเป็นการสร้างการมีส่วนร่วมในการเป็นเจ้าของ เพื่อให้เกิดการเอาใจใส่ร่วมกันดูแล ซึ่งก็คล้ายคลึงกับการจ่ายเงินสมทบของผู้ประกันตนให้แก่โครงการประกันสังคม เมื่อมีการจ่ายเงินสมทบหรือการเก็บภาษีสุขภาพสำหรับการประกันสังคมและหลักประกันสุขภาพถ้วน

หน้าแล้ว กรมบัญชีกลางคงต้องคำนึงถึงการเก็บเงินสมทบจากข้าราชการสำหรับสวัสดิการรักษายาบาล เพื่อให้เกิดความสำนึกในการเป็นเจ้าของเงิน มีความระมัดระวังการใช้จ่ายเงิน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพของการใช้เงินมากที่สุด ซึ่งควรจะดีกว่าการใช้เงินงบกลาง ที่ดูเสมือนว่าขาดผู้ดูแลประสิทธิภาพการใช้จ่ายเงิน

กิตติกรรมประกาศ

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

เอกสารอ้างอิง

๑. Tangcharoensathien V, Wibulpolprasert S, Nitayarumphong S. Knowledge-based changes to health systems: the Thai experience. Bull World Health Organ 2004; 82:750-6.
๒. กัญจน ดิษยาธิคม, จิตปราณี วาศวิท, วลัยพร พชรนฤมล, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. การวิเคราะห์และกำหนดอัตราเหมาจ่ายในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับปีงบประมาณ ๒๕๔๗. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๔๖; ๑๒:๕๐๗-๒๒.
๓. พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, ทวีศรี กรีทอง, สาหรัย เรืองเดช. อัตราเหมาจ่ายรายหัวปีงบประมาณ ๒๕๔๗: ๑,๓๐๘ บาท ต่อประชากร: ความเป็นมาและการจัดสรร. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๔๗; ๑๓:๑๘๖-๕๕.
๔. Towse A, Mills A, Tangcharoensathien V. Learning from Thailand's health reforms. BMJ 2004; 328:103-5.
๕. International Labour Organization. A technical note to the government: financing Universal Health Care in Thailand. Geneva: International Labour Office; 2004.

๖. Scholz W, Cichon M, Hagemeyer K. Social budgeting: quantitative methods in social protection series. 1st ed. Geneva: International Labour Office/International Social Security Association; 2000.
๗. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. การคาดประมาณการประชากรของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๔๓-๒๕๖๘. กรุงเทพมหานคร: ธันวาคมพิมพ์; ๒๕๔๖.
๘. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. ข้อมูลสถิติแรงงาน ปี ๒๕๓๕-๒๕๔๖ ในโครงการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร. [สืบค้นเมื่อ ๑๐ ก.พ. ๒๕๔๕]. แหล่งข้อมูล: URL: http://www.nso.go.th/thai/stat/stat_23/toc_2.html
๙. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ข้อมูลเศรษฐกิจมหภาค ในข้อมูลเศรษฐกิจและสังคม ๒๕๔๗. [สืบค้นเมื่อ ๑๐ ก.พ. ๒๕๔๕]; [๒]. แหล่งข้อมูล: URL:<http://www.nesdb.go.th/econSocial/macro/macro.php>
๑๐. Thailand NHA Working Group. National Health Accounts in Thailand, 1994-2001. Nonthaburi: International Health Policy Program, Ministry of Public Health; 2004.
๑๑. วิโรจน์ คังเจริญเสถียร, บศ ตีระวัฒน์นันท์, ภูษิต ประคองสาย. งบประมาณในการดำเนินนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า: ๑,๒๐๒ บาทต่อคนต่อปีมาจากไหน. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๔๔; ๑๐:๓๘๑-๕๐.
๑๒. สำนักงานประมาณ สำนักนายกรัฐมนตรี. งบประมาณโดยสังเขปประจำปีงบประมาณ ๒๕๔๖. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร: พี เอ ลีฟวิ่ง; มปป.
๑๓. ข้อมูลรายรับรายจ่ายงบประมาณประจำปี. ในรายงานงบประมาณประจำปี ๒๕๓๕-๒๕๔๖. กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง. [สืบค้นเมื่อ ๑๐ ก.พ. ๒๕๔๕]. แหล่งข้อมูล: URL: http://www.dw.mof.go.th/foc/program/finance_state/index.asp
๑๔. Cichon M, Newbrander W, Yamabana H, Weber A, Normand C, Dror D, et al. Modelling in health care finance - a compendium of quantitative techniques for health care financing: quantitative methods in social protection series. 1st ed. Geneva: International Labour Office/International Social Security Association; 1999.
๑๕. วิโรจน์ คังเจริญเสถียร, วลัยพร พัทธนฤมล, จิตปราวณี วาศวิท, ภูษิต ประคองสาย, กัญญา ดิษยาธิคม. ชุดวิจัยการเงินการคลังระบบสุขภาพไทย: ตอนที่ ๓ การเข้าร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: บทวิเคราะห์เชิงนโยบาย. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๔๕; ๑๕:๔๑-๕๑.
๑๖. Patcharanarumol W. Financial feasibility for introducing contribution to Universal Health Care Coverage Scheme in Thailand. (Master thesis in Social Protection Financing). Faculty of Economics and Business Administration. Maastricht: Maastricht University; 2003.
๑๗. วลัยพร พัทธนฤมล, จิตปราวณี วาศวิท, กัญญา ดิษยาธิคม, วิโรจน์ คังเจริญเสถียร. ชุดวิจัยการเงินการคลังระบบสุขภาพไทย: ตอนที่ ๒ ความเป็นไปได้ของแหล่งการเงินต่าง ๆ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๔๕; ๑๕:๓๑-๔๐.
๑๘. World Health Report 2002 statistical annex. Measured National Expenditure on Health selected variables 1995 - 2000. [Cited 2004 Feb 14] Available from: URL: http://www.who.int/whr/2002/en/annex_table5.xls
๑๙. จงกล เลิศเชิรดำรง, วลัยพร พัทธนฤมล, วิโรจน์ คังเจริญเสถียร. ชุดวิจัยการเงินการคลังระบบสุขภาพไทย: ตอนที่ ๔ พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถในบริบทของการประกันสุขภาพถ้วนหน้า - ข้อเสนอเพื่อการปฏิรูป. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๔๕; ๑๕:๕๒-๖๖.

Abstract **Research Series of Thai Health Care Financing: Part 1 Financial Reform Options of Health Care Coverage in Thailand**

Walaiporn Patcharanarumol*, Michael Clchon**, Viroj Tangcharoensathien*, Chitpranee Vasvid*, Kanjana Tisayaticom*

*International Health Policy Program-Thailand, ** International Labour Organization-Geneva
Journal of Health Science 2006; 15:17-30.

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

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

Three policy recommendations on the scheme financial reform were provided. The first was an earmarked sin tax with or without increase in the sin tax rate. The second was the expansion of social security scheme health benefit to non working spouse and dependents of the contributors, without increasing financial contribution. The last was the reform of Traffic Accident Protection Act (TAP). The Department of Land Transport would be outsourced to collect premium directly from car owners, during the mandatory annual renewal of car license, this would enhance law enforcement. The scheme would cover all victims of traffic accidents not with standing the insurance status of motor vehicles.

Key words: long term projection, universal health care coverage, earmarked sin tax, personal health tax