



**HARVARD**  
**T.H. CHAN**  
SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

# ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เป็นธรรม เพียงพอและยั่งยืน: แนวโน้มนำใช้จ่ายสุขภาพ แหล่งรายได้ และความเป็นไปได้ทาง เศรษฐศาสตร์การเมือง

PIER Research Exchange

8 เมษายน 2564

หมายเหตุ: งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย “การพัฒนาประสิทธิภาพทางการคลังที่ยั่งยืนสำหรับระบบหลักประกันสุขภาพ และแบบจำลองการจัดสรรทรัพยากรกำลังคนด้านสุขภาพ”  
ซึ่งเป็นข้อคิดเห็นส่วนบุคคลของผู้วิจัย ไม่ถือเป็นความเห็นของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข หรือ หน่วยงานอื่นใด

"ผมต้องการสุขภาพอนามัยอันดี  
และรัฐบาลจะต้องให้บริการป้องกันรักษาโรคแก่ผมอย่างฟรี  
กับบริการการแพทย์ รักษาพยาบาลอย่างถูกและอย่างดี  
เจ็บป่วยเมื่อใดหาหมอ หาพยาบาลได้สะดวก"

*คุณภาพแห่งชีวิต ปฏิทินแห่งความหวัง :  
จากครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอน*

ศ.ดร.ป๋วย อึ๊งภากรณ์

# ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

- ประเทศไทยเป็นตัวอย่างที่น่าภาคภูมิใจของความสำเร็จในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยกำลังเผชิญกับความท้าทายในเรื่องของสังคมผู้สูงอายุ
- ความน่ากังวลในเรื่องของความยั่งยืนและความพอเพียงทางการคลังสาธารณสุข
- ความท้าทายที่สำคัญอีกประการหนึ่งของระบบสาธารณสุข คือ ความเหลื่อมล้ำระหว่าง 3 กองทุน ได้แก่ ความไม่เสมอภาคในเรื่องสิทธิประโยชน์ คุณภาพในการรักษาพยาบาล และการรับภาระค่าใช้จ่าย
- ปัญหาการแพร่ระบาดของโควิด-19 มีผลต่อศักยภาพการเติบโตของประเทศ และ “ความเสี่ยงทางการคลัง”

# วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

ประมาณการช่องว่างทางการคลัง (fiscal space) โดยเน้นระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

- แนวโน้มค่าใช้จ่ายสุขภาพ
- ประเมินเป้าหมายตัวชี้วัด SAFE: Sustainability, Adequacy, Fairness and Efficiency
- ประเมินแนวทางบูรณาการ 3 กองทุนหลัก: UCS, CSMBS, SSS
- วิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์การเมืองสำหรับระบบ UCS ที่เพียงพอและยั่งยืน

# องค์ประกอบของการวิจัย

การวิเคราะห์ทางเทคนิค  
(Technical Analysis)

- Fiscal Space ของงบประมาณสำหรับระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยพิจารณาทุกระบบและเน้นทางเลือกของงบรายหัวบัตรทอง
- ประเมินผลการบูรณาการ 3 ระบบหลัก

การวิเคราะห์ทาง  
เศรษฐศาสตร์การเมือง  
(Political Economy  
Analysis)

- สัมภาษณ์เชิงลึกผู้เชี่ยวชาญ เพื่อสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับความสามารถในการหารายได้ของรัฐ และความเป็นไปได้ในทางการคลัง
- กำหนดกลยุทธ์ผลักดันทางการเมือง เพื่อลดแรงต้านทาน และแสวงหาแนวร่วม

# สรุปข้อค้นพบ

- ความเพียงพอและความยั่งยืนของงบประมาณในอนาคต เป็นเรื่องน่ากังวลมาก
  - COVID-19 มีผลกระทบทางเศรษฐกิจ และงบประมาณรวมรัฐบาล
- เมื่อประเมินปี 2030 ค่าใช้จ่ายสุขภาพ เกินเป้าหมาย SAFE ทุกตัวชี้วัด
- ผลจากแนวทางบูรณาการ 3 กองทุน ต่อ การลดงบประมาณภาครัฐ (เรียงลำดับมากไปน้อย)
  - Risk Pooling ด้าน Cost ของ CSMBS และ UCS – ลดได้มากที่สุด แต่ก็ยากสุดในทางเศรษฐศาสตร์การเมือง
  - กำหนดให้ค่าใช้จ่ายต่อหัว CSMBS และ SSS คงที่
  - แรงแงานรุ่นใหม่เป็น UCS – น่าจะง่ายสุดในทางปฏิบัติ แต่ลดน้อยมาก
- มีความเป็นไปได้ที่จะหารายได้ที่เพียงพอและยั่งยืน ซึ่งต้องมีการผลักดันผ่านกระบวนการทางการเมือง

# ระเบียบวิธีวิจัย

บัญชีสุขภาพแห่งชาติ (National Health Account, 1994-2016) สำหรับพัฒนาแบบจำลองทางการเงิน

ประเมินเป้าหมายตัวชี้วัดตามกรอบ Sustainability, Adequacy, Fairness and Efficiency (SAFE)

ฉากทัศน์สำหรับระบบ UCS เพื่อเป็นทางเลือกทางนโยบายในการกำหนดค่าเหมาจ่ายรายหัว (capitation)

ทดลองเริ่มต้นแนวทางการบูรณาการ 3 ระบบตั้งแต่ปี 2025 และประเมินผลต่อค่าใช้จ่ายสุขภาพ และตัวชี้วัด SAFE

เศรษฐศาสตร์การเมืองสำหรับรายได้เพื่อระบบ UCS โดยวิธีสังเคราะห์ คือ ทบทวนวรรณกรรมและสัมภาษณ์เชิงลึก

## ลักษณะพื้นฐานของระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุนหลัก

	ระบบสวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ (CSMBS)	ระบบประกันสังคม (SSS)	ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UCS)
ลักษณะ	สวัสดิการ	ประกันภาคบังคับที่รัฐสนับสนุน	สวัสดิการ
ปีที่เริ่ม	พ.ศ. 2523	พ.ศ. 2533	พ.ศ. 2545
กลุ่มเป้าหมาย	ข้าราชการ และบิดา มารดา คู่สมรส และบุตรไม่เกิน 3 คน	ลูกจ้างภาคเอกชน (ยกเว้นลูกจ้างภาค เกษตร)	ประชาชนทั่วไปที่ไม่มีสิทธิอื่น
จำนวนผู้มีสิทธิ	5.2 ล้านคน (8%)	12.1 ล้านคน (18%)	47 ล้านคน (73%)
แหล่งเงิน	งบประมาณแผ่นดิน	สมทบจากรัฐ นายจ้าง และลูกจ้าง	งบประมาณแผ่นดิน
งบประมาณต่อหัว	เบิกจ่ายตามจริงโดยมีเพดาน เฉลี่ย ประมาณ 12,000-13,000 บาทต่อ คน	เหมาจ่ายร่วมกับเบิกจ่ายตามจริงโดยมี เพดาน เฉลี่ยประมาณ 6,000-7,000 บาท ต่อคน	อัตราเหมาจ่ายรายหัว (capitation) ประมาณ 3,800 บาท
หน่วยงานที่กำกับดูแล	กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง	สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน	สำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ (สปสช.)



## กรอบแนวคิด

พื้นที่ทางการคลัง (Fiscal Space) : “ศักยภาพการคลังของภาครัฐ ซึ่งทำให้สามารถจัดหาเพิ่มเติมทรัพยากรเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่พึงปรารถนา โดยไม่มีผลกระทบต่อความยั่งยืนทางการเงินของรัฐ” (Heller, 2006)

จำแนกเป็น 5 ประเภท (ประยุกต์จาก Tandon and Cashin, 2010; Heller, 2006) ได้แก่

- สถานะทางเศรษฐกิจระดับมหภาค เช่น การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ และการเพิ่มขึ้นของรายรับรัฐบาล ซึ่งจะสามารถนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของการใช้จ่ายภาครัฐทางด้านรัฐสวัสดิการ
- การจัดลำดับความสำคัญของเป้าหมายทางด้านการพัฒนามนุษย์ภายใต้การตัดสินใจในการจัดสรรงบประมาณของภาครัฐ ซึ่งจะนำไปสู่การลดค่าใช้จ่ายที่ไม่เกิดประโยชน์ (Unproductive)
- การเพิ่มขึ้นของทรัพยากรภายในระบบการคลัง เช่น การเก็บภาษี การสนับสนุนการออม
- การให้เงินอุดหนุนหรือเงินช่วยเหลือจากต่างประเทศ
- การเพิ่มประสิทธิภาพการใช้จ่ายด้านสวัสดิการของภาครัฐ

# เป้าหมาย SAFE: Sustainability and Adequacy

ตัวชี้วัดและเป้าหมายด้านความยั่งยืนและความเพียงพอ

Sustainability	
1	<b>Total health expenditure (THE) <math>\leq</math> 5% of GDP</b>
2	<b>General Government Health Expenditure (GGHE) <math>\leq</math> 20% of General Government Expenditure (GGE)</b>
Adequacy	
3	Total health expenditure (THE) $\geq$ 4.6 % of GDP
4	General Government Health Expenditure (GGHE) $\geq$ 17% of General Government Expenditure (GGE)
5	<b>Non-government health expenditure (NGHE) <math>\leq</math> 20% of Total Health Expenditure (THE)</b>

“ข้อเสนอการคลังสุขภาพเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” โดยคณะกรรมการจัดทำแนวทางการระดมทรัพยากรเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ตามคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 1020/2558 ลงวันที่ 24 มิถุนายน 2558)

เสนอข้อสรุปว่า เพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การคลังด้านสุขภาพของประเทศไทยควรมีเป้าประสงค์ (Goals) ระยะยาว 4 ประการ ได้แก่ ความยั่งยืน ความเพียงพอ ความเป็นธรรม และ ความมีประสิทธิภาพ (SAFE: Sustainability, Adequacy, Fairness and Efficiency)

# แบบจำลองทางการเงิน

บัญชีสุขภาพแห่งชาติ (National Health Account)

- ค่าใช้จ่ายสุขภาพรัฐ: UCS, CSMBS, SSS และอื่น ๆ
- ค่าใช้จ่ายสุขภาพเอกชน: คริวเรือน, ประกันเอกชน, และอื่น ๆ

ฉากทัศน์พื้นฐาน หรือ baseline scenario: “โครงการการทบทวนข้อเสนอเกี่ยวกับความยั่งยืนและความเพียงพอของระบบหลักประกันสุขภาพ และการประเมินสถานะทางการคลังเพื่อจัดทำข้อเสนอเพื่อสร้างความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพ” ของมูลนิธิสถาบันวิจัยนโยบายเศรษฐกิจการคลัง (2561)

ประเมินฉากทัศน์เพิ่มเติมโดยใช้อัตราการเพิ่มขึ้นของค่าเหมาจ่ายรายหัว (capitation) สำหรับระบบ UCS

ประเมินแนวทางการบูรณาการ 3 ระบบ

# แบบจำลองทางการเงิน: UCS - Outpatient

งบประมาณผู้ป่วยนอก = ค่าเหมาจ่ายรายหัว (capitation) ตามฉากทัศน์ต่าง ๆ  $\times$  ประมาณการจำนวนประชากรที่อยู่ในความคุ้มครองโดยระบบ UCS

- งานวิจัยนี้ประมาณการสัดส่วนประชากรที่อยู่ในความคุ้มครองในระบบ UCS โดยคำนวณจาก linear probability regression จำแนกตามกลุ่มเพศอายุ ด้วยข้อมูลสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2545-2561
- ข้อมูลประมาณการประชากร จำแนกตามกลุ่มเพศและอายุ มาจากสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เพื่อประมาณการจำนวนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพจำแนกตามกลุ่มเพศและอายุ

# แบบจำลองทางการเงิน: UCS - Outpatient

ค่าเหมาจ่ายรายหัว (capitation) สำหรับระบบ UCS แบ่งเป็น 3 ฉากทัศน์

1. Projection by cost component - กำหนดให้ค่าเหมาจ่ายรายหัว capitation เพิ่มขึ้นตามสัดส่วนโครงสร้างต้นทุนของโรงพยาบาล จำแนก growth rate ตามสัดส่วนต้นทุน ซึ่งเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 4 ต่อปี

	Share	Annual growth	Reference for annual growth
Labor cost	60%	4.0%	Labor Force Survey 2001Q1-2018Q1
Medical cost	30%	5.0%	Pharmaceutical and Medicine Price Index 2003-2018
Others	10%	1.4%	Historical 10-year inflation

Note: Average shares of cost structure from the MOPH hospital-level data

2. Historical medical CPI - กำหนดให้ค่าเหมาจ่ายรายหัว capitation เพิ่มขึ้นตามข้อมูล CPI ของอุตสาหกรรมทางการแพทย์และเภสัชกรรม (historical average CPI of pharmaceutical and medicine) ซึ่งเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 5 ต่อปี
3. Historical compound annual growth rate (CAGR) - กำหนดให้ค่าเหมาจ่ายรายหัว capitation เพิ่มขึ้นตามอัตราการเพิ่มย้อนหลังในช่วง 2002-2019 ซึ่งเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 6.4 ต่อปี

# แบบจำลองทางการเงิน: UCS - Inpatient

งบประมาณผู้ป่วยในเป็นค่าใช้จ่ายตามการรักษาพยาบาล ซึ่งคำนวณเป็นค่าเฉลี่ยการรักษาโดยใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม หรือ diagnostic-related groups (DRGs) งบประมาณการตามแนวโน้มทางระบาดวิทยา (epidemiological trends)

คำนวณโดย อัตราการเกิดโรคตามรหัส ICD-10 และกลุ่มเพศอายุ  $\times$  ความน่าจะเป็นที่จะรับบริการผู้ป่วยในของแต่ละกลุ่มเพศอายุ  $\times$  ต้นทุนในการรักษาแต่ละโรค  $\times$  งบประมาณการจำนวนประชากรที่อยู่ในความคุ้มครองโดยระบบ UCS จำแนกตามกลุ่มเพศอายุ

- อัตราการเกิดโรคจำแนกจำแนกตามกลุ่มเพศและอายุ คำนวณจากข้อมูลรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2547, 2552, และ 2557 โดยจำแนกโรคออกตามระบบ ICD-10 ซึ่งครอบคลุม 111 โรคจากฐานข้อมูลของ Burden of Disease Research Program Thailand (BOD Thailand)
- ความน่าจะเป็นที่จะรับบริการผู้ป่วยในของแต่ละกลุ่มเพศอายุ คำนวณจากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2550, 2552, 2554, 2556, 2558, 2560 และ 2562 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยใช้ linear probability regression model
- ต้นทุนในการรักษาแต่ละโรคของผู้ป่วยใน จะคำนวณจากอัตราค่าบริการตามน้ำหนักสัมพัทธ์ หรือ adjusted relative weights (AdjRW) ซึ่งคำนวณจากค่าเฉลี่ยโดยใช้ข้อมูลต้นทุนผู้ป่วยใน 6,218,540 ครั้งในปี 2018 ของ สปสช. โดยกำหนดให้อัตราการเพิ่มขึ้นของต้นทุนในการรักษาของผู้ป่วยใน เพิ่มขึ้นตามสัดส่วนโครงสร้างของต้นทุนโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ ซึ่งสมมติให้อัตราการเพิ่มขึ้นของต้นทุนที่แตกต่างกันสำหรับต้นทุนค่าบริการทางการแพทย์ ต้นทุนค่าบุคลากร และต้นทุนอื่น ๆ
- ข้อมูลประมาณการประชากร จำแนกตามกลุ่มเพศและอายุ มาจากสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และ สัดส่วนประชากรที่อยู่ในระบบ UCS จาก linear probability regression จำแนกตามกลุ่มเพศอายุ ด้วยข้อมูล SES 2545-2561 เพื่อประมาณการจำนวนผู้มีสิทธิจำแนกตามกลุ่มเพศและอายุ

# แบบจำลองทางการเงิน: UCS – Other components

นอกเหนือจาก งบประมาณผู้ป่วยนอก (Outpatient) และงบประมาณผู้ป่วยใน (Inpatient) ซึ่งคิดรวมเป็นประมาณร้อยละ 85 ของ งบประมาณระบบ UCS ทั้งหมด

คือ (a) prevention and public health services และ (b) health administration and health insurance

ได้ประมาณการโดยใช้ second-order polynomial trend regression

# แบบจำลองทางการเงิน: Non-UCS

ส่วนประกอบอื่นของ National Health Account นอกเหนือจาก UCS ได้ใช้ประมาณการของมูลนิธิสถาบันวิจัยนโยบายเศรษฐกิจการคลัง (2561) ซึ่งได้ประมาณการถึงปี 2036 เป็นฐาน จึงใช้ second-order polynomial trend regression เพื่อขยายการประมาณการ

เนื่องจากมูลนิธิสถาบันวิจัยนโยบายเศรษฐกิจการคลัง (2561) ได้ศึกษาและกำหนดข้อสมมติโดยละเอียดเกี่ยวกับ CSMBS และ SSS ดังนั้น งานวิจัยนี้จึง (implicitly) ใช้ข้อสมมติของงานวิจัยดังกล่าวด้านโครงสร้างการเปลี่ยนแปลงของประชากรและผู้รับสิทธิประโยชน์การทำงาน โครงสร้างต้นทุน ฯลฯ

อนึ่ง National Health Account มีส่วนประกอบของค่าใช้จ่ายสุขภาพรัฐและค่าใช้จ่ายสุขภาพเอกชนที่มีรายละเอียดมากกว่าของมูลนิธิสถาบันวิจัยนโยบายเศรษฐกิจการคลัง (2561) ดังนั้น จึงใช้ second-order polynomial trend regression เพื่อทำการประมาณการเช่นเดียวกัน



# ฉากทัศน์ทางเศรษฐกิจมหภาค

สมมติอัตราการเติบโตของ GDP เฉลี่ยที่ร้อยละ 2.5 และ ร้อยละ 3.3 ต่อปี และอัตราเงินเฟ้อเฉลี่ยที่ร้อยละ 1.4 และ 2 ต่อปี ดังนั้นงานวิจัยนี้มี 4 ฉากทัศน์ทางเศรษฐกิจมหภาค โดยมีการปรับด้วยผลกระทบจากการแพร่ระบาดของ COVID-19

- ข้อสมมติ GDP เติบโตเฉลี่ยร้อยละ 3.3 ต่อปี มาจากค่าเฉลี่ยย้อนหลัง 10 ปี
- ข้อสมมติ GDP เติบโตเฉลี่ยร้อยละ 2.5 ต่อปี เป็น worst-case scenario ว่า สัดส่วนและจำนวนประชากรวัยทำงานลดลง พร้อมกับมีข้อจำกัดในการลงทุนเพื่อขยายศักยภาพทางเศรษฐกิจของประเทศ
- ข้อสมมติอัตราเงินเฟ้อเฉลี่ยร้อยละ 1.4 และ 2 ต่อปี มาจากค่าเฉลี่ยย้อนหลัง 10 และ 20 ปี

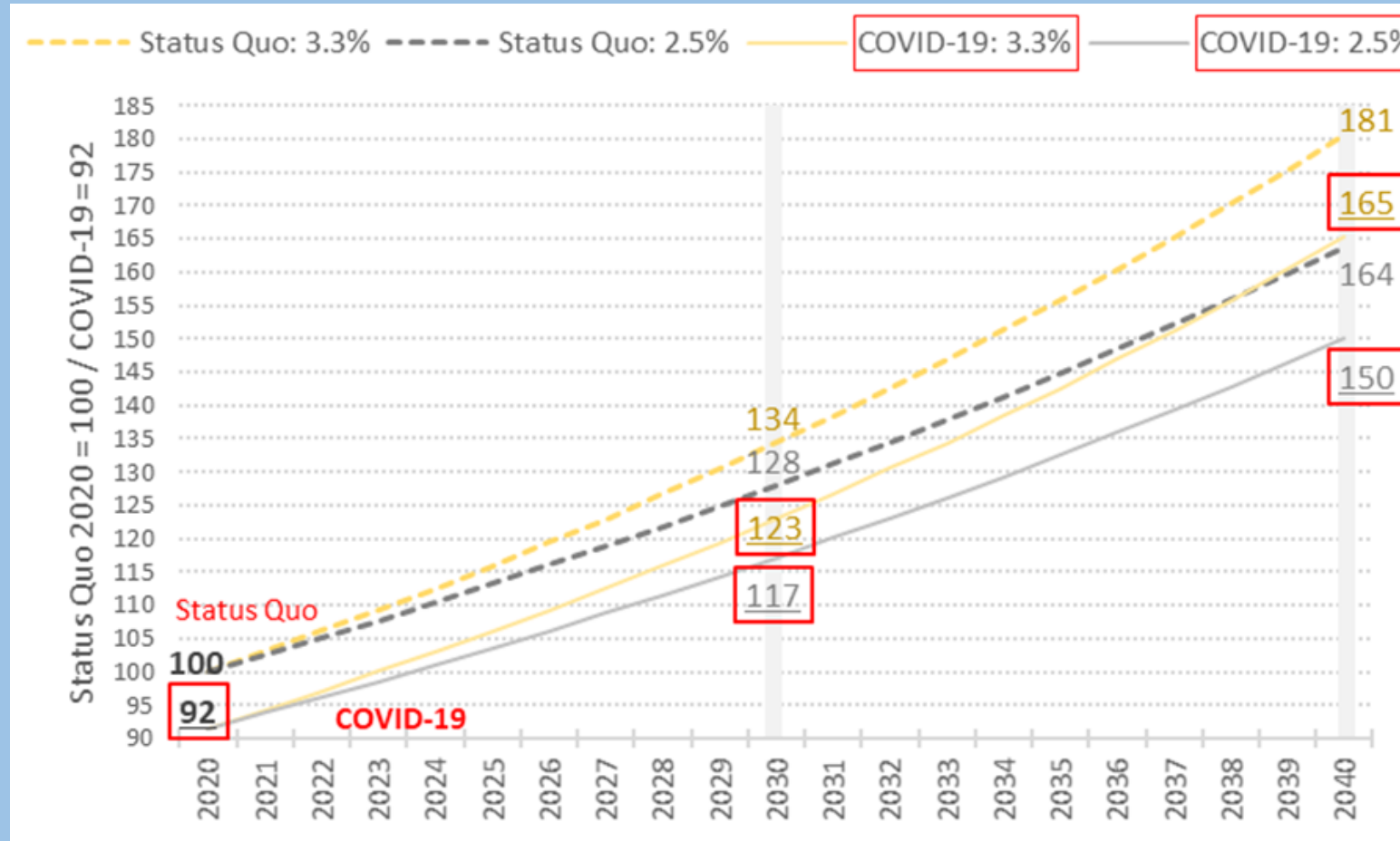
สมมติรายจ่ายรัฐบาล หรือ งบประมาณภาครัฐทั้งหมด ขยายตัวตามแนวโน้มของสัดส่วนงบประมาณภาครัฐต่อ GDP คำนวณจากข้อมูลปี พ.ศ. 2503 ถึง 2562

ดังนั้น อัตราการเติบโตของรายจ่ายภาครัฐ จึงเป็นไปตามแนวโน้มสัดส่วนของงบประมาณภาครัฐต่อ GDP และอัตราการเติบโตของ GDP ในแต่ละฉากทัศน์

# ผลกระทบจากการแพร่ระบาดของ COVID-19

การแพร่ระบาดของ COVID-19 มีผลอย่างมีนัยสำคัญต่อการเติบโตทางเศรษฐกิจในระยะยาว

ตัวอย่างผลกระทบ COVID-19 ต่อข้อสมมติการเติบโตทางเศรษฐกิจ



หมายเหตุ: ปรับฐาน GDP ของปี พ.ศ. 2563 (2020) แทนที่จะเติบโตจากปี พ.ศ. 2562 ร้อยละ 2.7 กลับกลายเป็นเศรษฐกิจลดลงจากปี พ.ศ. 2562 ร้อยละ 6.0 จากประมาณการเศรษฐกิจ ณ ม.ค. 2564 ทำให้ปรับฐาน GDP ในปี ค.ศ. 2020 จาก 100 เหลือแค่ 92

# ผลกระทบจากการแพร่ระบาดของ COVID-19

ผลทางเศรษฐกิจมีผลสืบเนื่องต่อความสามารถในการเก็บภาษีและการใช้จ่ายของภาครัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง งบประมาณด้านสาธารณสุข ดังนั้น จึงได้กำหนดข้อสมมติให้

- รายจ่ายภาครัฐหรืองบประมาณทั้งหมดของภาครัฐ (GGE) เพิ่มขึ้นร้อยละ 3 ในปี พ.ศ. 2564 และลดลงร้อยละ 6 ในปีงบประมาณ 2565 ตามข้อมูลงบประมาณแผ่นดิน
- จากนั้น รายจ่ายภาครัฐ ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2566 เพิ่มขึ้นตามแนวโน้มของสัดส่วนร้อยละต่อ GDP ในแต่ละฉากทัศน์ ตามข้อสมมติเดิม
- ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของภาครัฐ (GGHE) โดยครอบคลุมค่าใช้จ่ายภาครัฐทั้ง 3 กองทุน และของภาครัฐส่วนอื่นๆ ปี พ.ศ. 2564 และ 2565 ไม่เพิ่มขึ้นมีค่าคงที่เท่ากับของปี พ.ศ. 2563 และตั้งแต่ปี พ.ศ. 2566 เพิ่มขึ้นตามแต่ละฉากทัศน์
- ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของเอกชน (NGHE) มีค่าคงที่ในปี พ.ศ. 2563-2564 เท่ากับปี พ.ศ. 2562 แล้วจึงเพิ่มขึ้นตามแนวโน้มปกติ

หมายเหตุ: ประเมินจากผลการวิจัยของ Tangtipongkul (2016) สามารถสรุปได้ว่า การเปลี่ยนแปลงของรายได้ ไม่มีผลต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนไทย

# วิเคราะห์ทางเทคนิคสำหรับแนวทางการบูรณาการ 3 ระบบ

ทดลองเริ่มต้นแนวทางการบูรณาการ 3 ระบบตั้งแต่ปี 2025 และประเมินผลต่อค่าใช้จ่ายสุขภาพ และตัวชี้วัด SAFE

- กำหนดให้มี Risk Pooling ด้าน Cost สำหรับ CSMBS และ UCS
- ควบคุมค่าใช้จ่ายต่อหัวของ CSMBS และ SSS
- แรงแงานรุ่นใหม่เป็น UCS

## ผลการศึกษาสำหรับ Technical Analysis

# ผลการประมาณการที่สำคัญจาก Baseline Scenario

- ค่าใช้จ่ายสุขภาพรวม (THE) จะเพิ่มขึ้นจาก 6.7 แสนล้านบาทในปี ค.ศ. 2020 เป็น 9.3 แสนล้านบาทในปี ค.ศ. 2030 (CAGR=3.6%, share=100%)
- ค่าใช้จ่ายสุขภาพของภาครัฐ (GGHE) จะเพิ่มขึ้นจาก 5.1 แสนล้านบาทในปี ค.ศ. 2020 เป็น 6.7 แสนล้านบาทในปี ค.ศ. 2030 (CAGR=3.1%, share=74%)
- ค่าใช้จ่ายสุขภาพของภาคเอกชน (NGHE) จะเพิ่มขึ้นจาก 1.6 แสนล้านบาทในปี ค.ศ. 2020 เป็น 2.6 แสนล้านบาทในปี ค.ศ. 2030 (CAGR=5.4%, share=26%)
- ค่าใช้จ่ายของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCS) จะเพิ่มขึ้นจาก 1.5 แสนล้านบาทในปี ค.ศ. 2020 เป็น 2 แสนล้านบาทในปี ค.ศ. 2030 (CAGR=3.5%, share=22%)
- ค่าใช้จ่ายของระบบสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (CSMBS) จะเพิ่มขึ้นจาก 8.2 หมื่นล้านบาทในปี ค.ศ. 2020 เป็น 9.8 หมื่นล้านบาทในปี ค.ศ. 2030 (CAGR=1.9%, share=11%)
- ค่าใช้จ่ายของสิทธิการรักษายาบาลของระบบประกันสังคม (SSS) จะเพิ่มขึ้นจาก 5.9 หมื่นล้านบาทในปี ค.ศ. 2020 เป็น 6.2 หมื่นล้านบาทในปี ค.ศ. 2030 (CAGR=0.4%, share=8%)

# สรุปแนวโน้มค่าใช้จ่ายสุขภาพและเป้าหมายตัวชี้วัด SAFE

ความเพียงพอและยั่งยืนด้านงบประมาณเป็นสิ่งที่น่ากังวล และ COVID-19 มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจอย่างรุนแรง

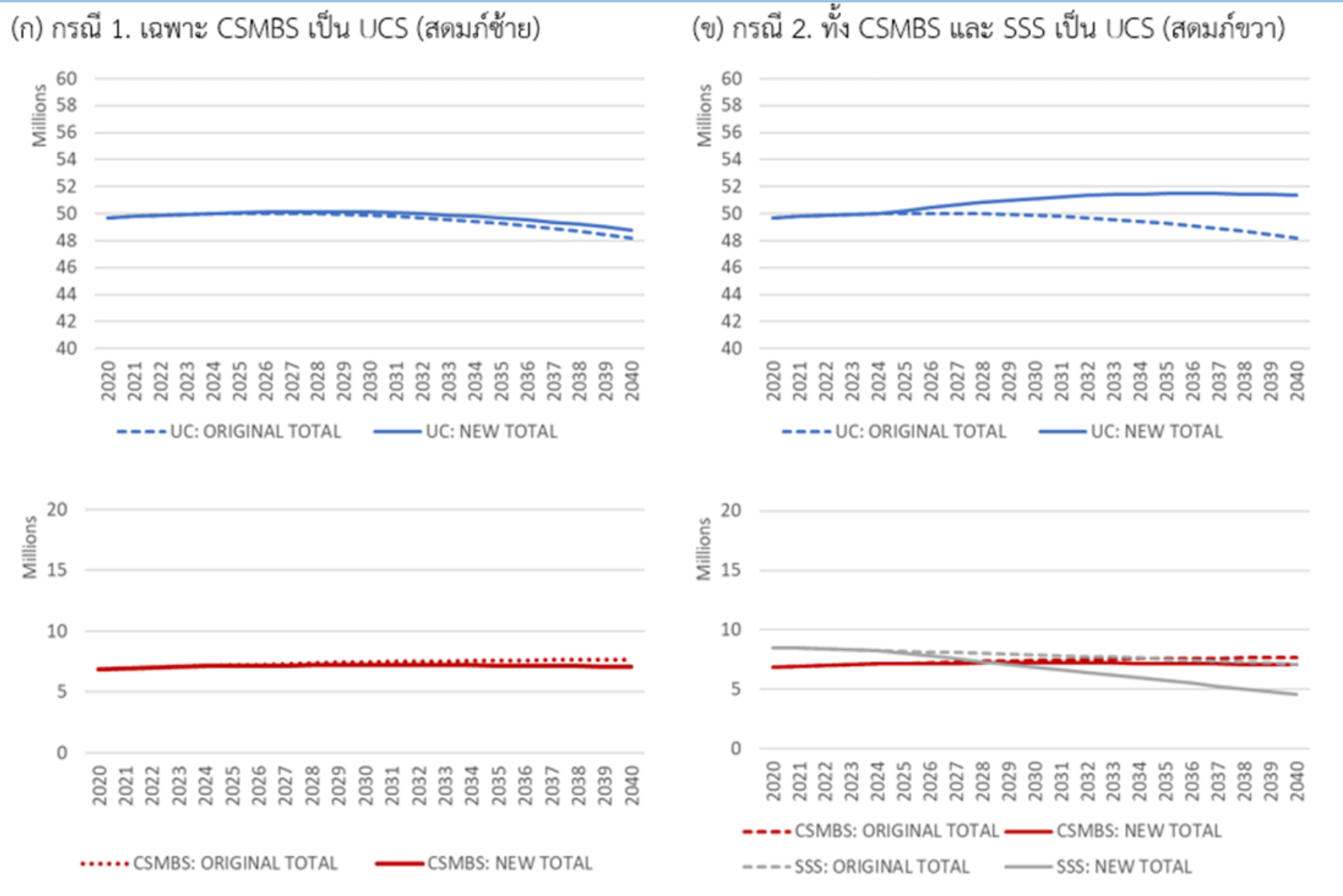
- ส่งผลกระทบต่อรายรับรัฐบาลและความสามารถในการลงทุนด้านสุขภาพให้ประชาชน

ค่าใช้จ่ายสุขภาพมีแนวโน้มเกินกว่ากรอบเป้าหมายของตัวชี้วัด SAFE เมื่อประเมินสำหรับปี 2030

- THE  $\leq$  5% of GDP แต่ประเมินได้ค่าใช้จ่ายสุขภาพรวม 5.1-5.5% ของ GDP
- GGHE  $\leq$  20% of GGE แต่ค่าใช้จ่ายสุขภาพภาครัฐคิดเป็น 21-22% ของงบประมาณทั้งหมด
- NGHE  $\leq$  20% of THE แต่ค่าใช้จ่ายสุขภาพเอกชน 27% ของค่าใช้จ่ายสุขภาพรวม

# บูรณาการ 3 กองทุนหลัก: แรงงานรุ่นใหม่เป็น UCS

การเปลี่ยนแปลงประชากรแต่ละกองทุน อันเป็นผลจากแรงงานรุ่นใหม่กลายเป็นสิทธิบัตรทอง ตั้งแต่ปี 2025



หมายเหตุ: Original Total คือ ประชากรของแต่ละกองทุนเดิม และ New Total คือ ประชากรที่มีการย้ายแรงงานรุ่นใหม่



## บูรณาการ 3 กองทุนหลัก: แรงงานรุ่นใหม่เป็น UCS

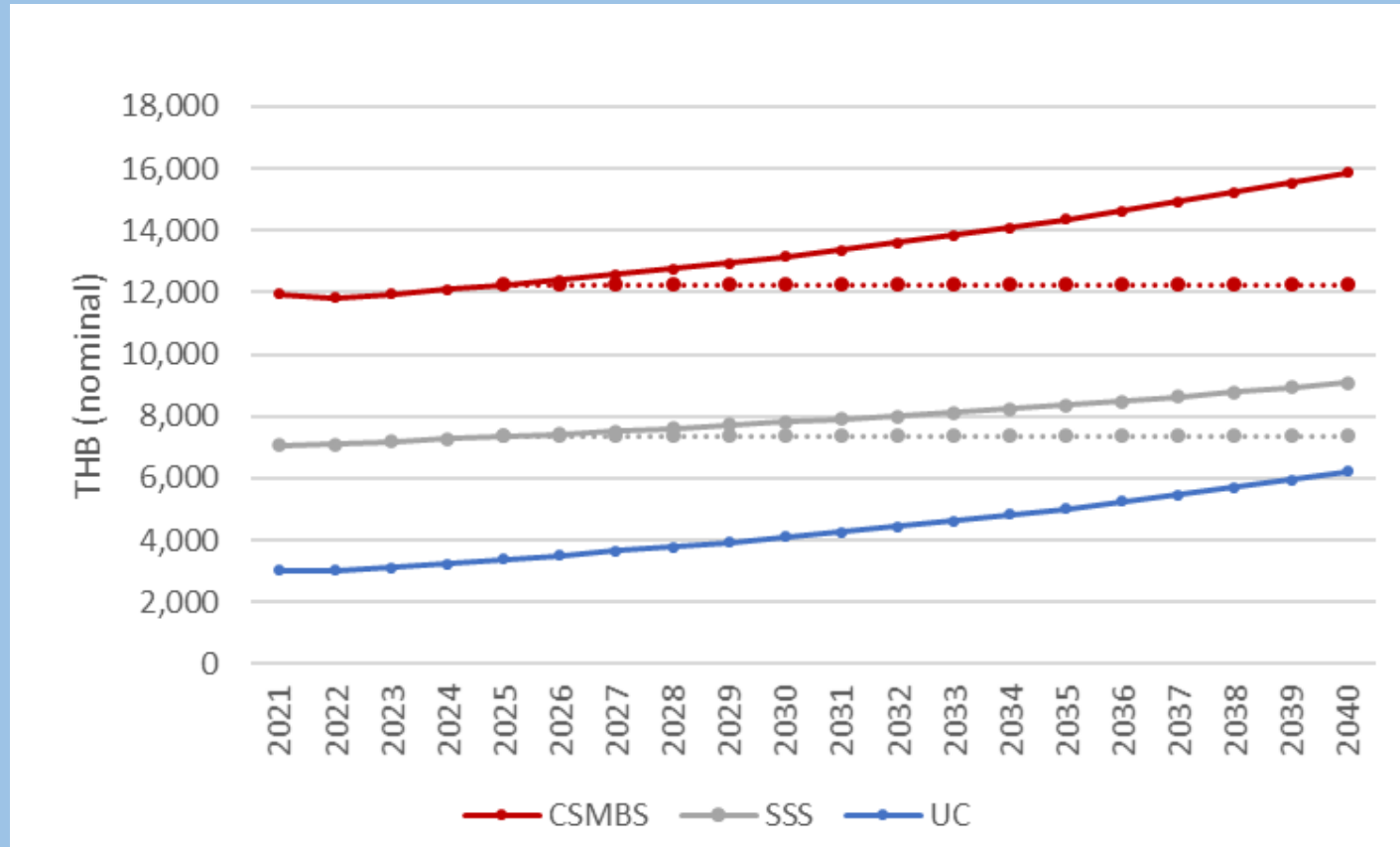
การกำหนดให้แรงงานรุ่นใหม่ กลายเป็นระบบ UCS ตั้งแต่ปี 2025 มีผลน้อยที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับแนวทางอื่น

- ถ้าตั้งแต่ปี 2025 แรงงานรุ่นใหม่ทั้ง CSMBS และ SSS เป็นสิทธิ์ UCS
- ปี 2030 จะลดงบประมาณสุขภาพ (GGHE) ได้เพียง 0.88% ในขณะที่ค่าใช้จ่ายสุขภาพรวม (THE) จะลดลง 0.64%

		Public				
		CSMBS	SSS	UC	GGHE	THE
New entrants to CSMBS moved to UCS						
2030		-3.17%	0.00%	0.47%	<b>-0.32%</b>	<b>-0.23%</b>
New entrants to CSMBS or SSS moved to UCS						
2030		-3.17%	-13.02%	2.53%	<b>-0.88%</b>	<b>-0.64%</b>

# บูรณาการ 3 กองทุนหลัก: กำหนดให้ค่าใช้จ่ายต่อหัว CSMBS และ SSS คงที่

แนวโน้มค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อหัวของแต่ละกองทุน และกำหนดให้ CSMBS และ SSS คงที่ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2025



# บูรณาการ 3 กองทุนหลัก: กำหนดให้ค่าใช้จ่ายต่อหัว CSMBS และ SSS คงที่

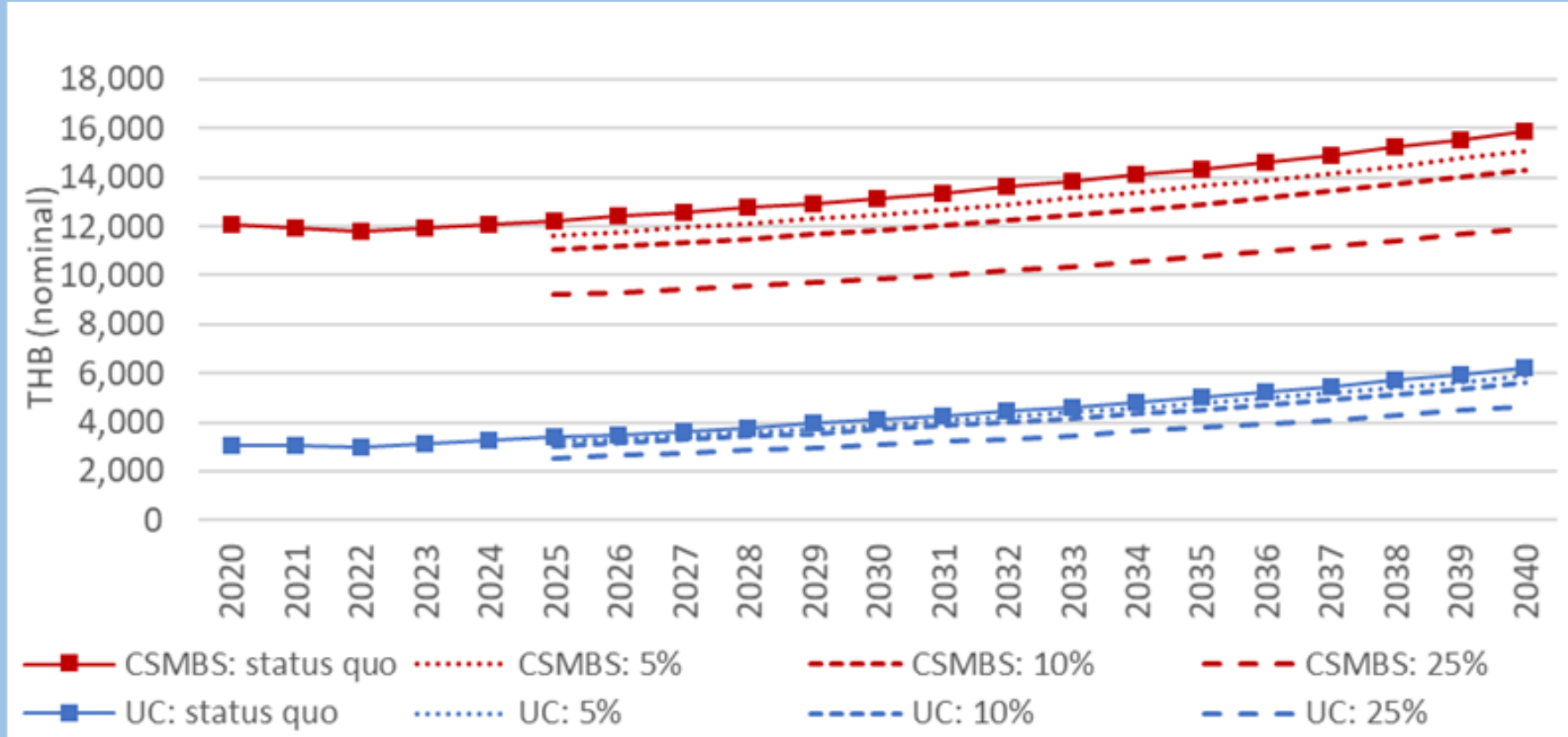
การคุมค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อหัวของระบบ CSMBS และ SSS ให้คงที่ตั้งแต่ปี 2025 จะพอช่วยลดภาวะภาครัฐได้

- ถ้าตั้งแต่ปี 2025 คุมค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อหัวทั้ง CSMBS และ SSS ให้คงที่
- ปี 2030 จะลดงบประมาณสุขภาพ (GGHE) ได้ 1.43% และค่าใช้จ่ายสุขภาพรวม (THE) จะลดลง 1.04%

		Public				
		CSMBS	SSS	UC	GGHE	THE
Fix cost per capitaion: CSMBS						
2030		-6.66%	0.00%	0.00%	<b>-0.97%</b>	<b>-0.70%</b>
Fix cost per capitaion: CSMBS and SSS						
2030		-6.66%	-5.08%	0.00%	<b>-1.43%</b>	<b>-1.04%</b>

# บูรณาการ 3 กองทุนหลัก: Risk Pooling ด้าน Cost

ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อหัวของระบบ CSMBs และ UCS จำแนกเป็นก่อน (status quo) และหลัง (%) การ Risk Pooling ด้าน Cost ตั้งแต่ปี 2025



# บูรณาการ 3 กองทุนหลัก: Risk Pooling ด้าน Cost

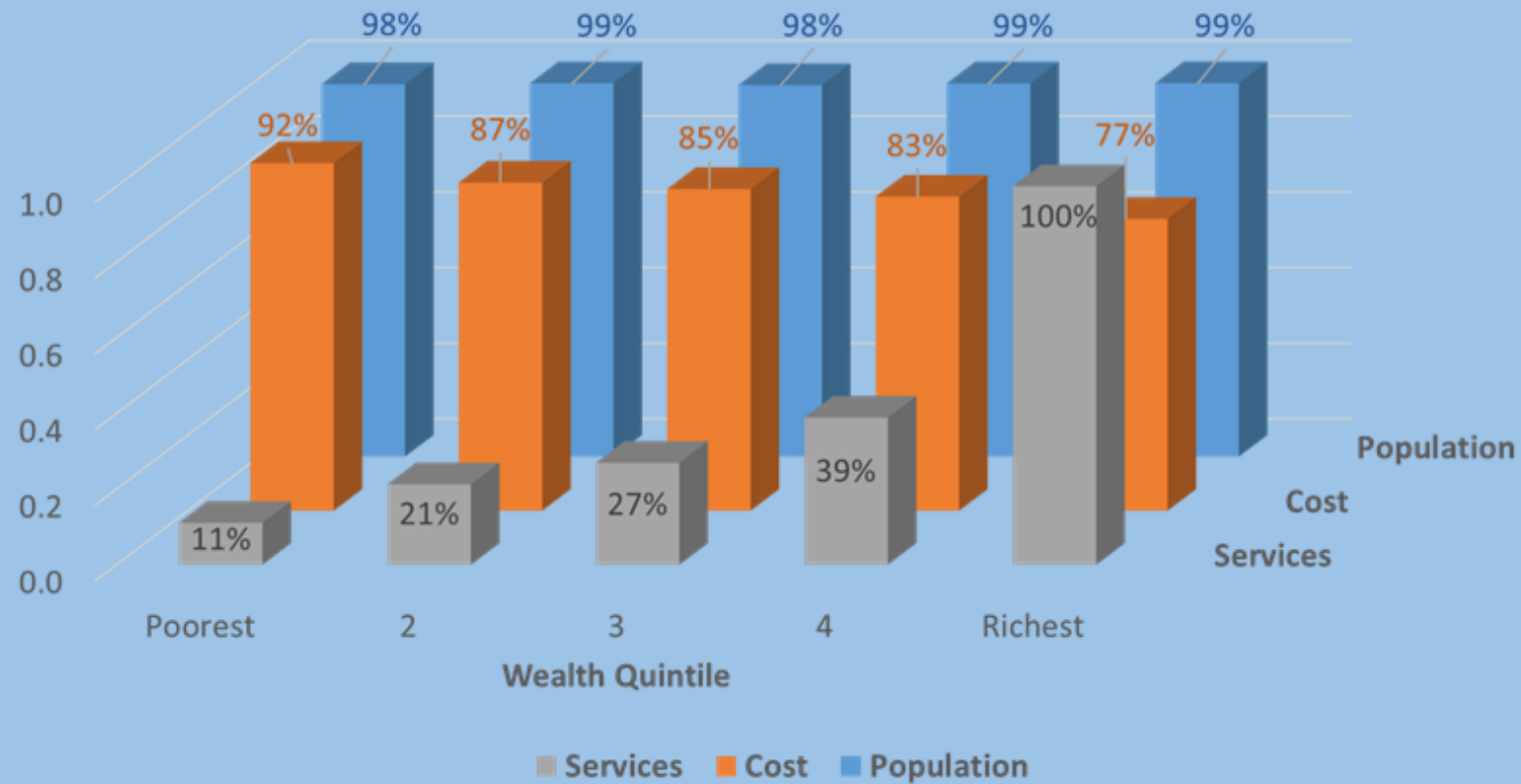
Risk Pooling ด้าน Cost ตั้งแต่ปี 2025 จะช่วยลดค่าใช้จ่ายสุขภาพภาครัฐ (GGHE) ได้อย่างมาก แต่ค่าใช้จ่ายสุขภาพเอกชน (NGHE) จะเพิ่มมากขึ้น

ต้องมีมาตรการคุ้มครองสิทธิการเข้าถึงของผู้ด้อยโอกาสและกลุ่มเปราะบาง

	Public			Private		
	CSMBS	UC	GGHE	Household	NGHE	THE
<b>1) 5% of cost per capitaion: Both CSMBS &amp; UC</b>						
2030	-5.0%	-5.0%	-2.2%	16.7%	5.9%	0.0%
<b>2) 10% of cost per capitaion: Both CSMBS &amp; UC</b>						
2030	-10.0%	-10.0%	-4.5%	33.4%	11.8%	0.0%
<b>3) 25% of cost per capitaion: Both CSMBS &amp; UC</b>						
2030	-25.0%	-25.0%	-11.2%	83.5%	29.6%	0.0%
<b>4) 5% of cost per capitaion: CSMBS only</b>						
2030	-5.0%	0.0%	-0.7%	5.4%	1.9%	0.0%
<b>5) 10% of cost per capitaion: CSMBS only</b>						
2030	-10.0%	0.0%	-1.5%	10.8%	3.8%	0.0%
<b>6) 25% of cost per capitaion: CSMBS only</b>						
2030	-25.0%	0.0%	-3.6%	27.0%	9.6%	0.0%

ข้อพิจารณาเกี่ยวกับการบูรณาการ 3 กองทุนหลัก

# ความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพ: poorest vs. richest ต่างกันประมาณ 10 เท่า

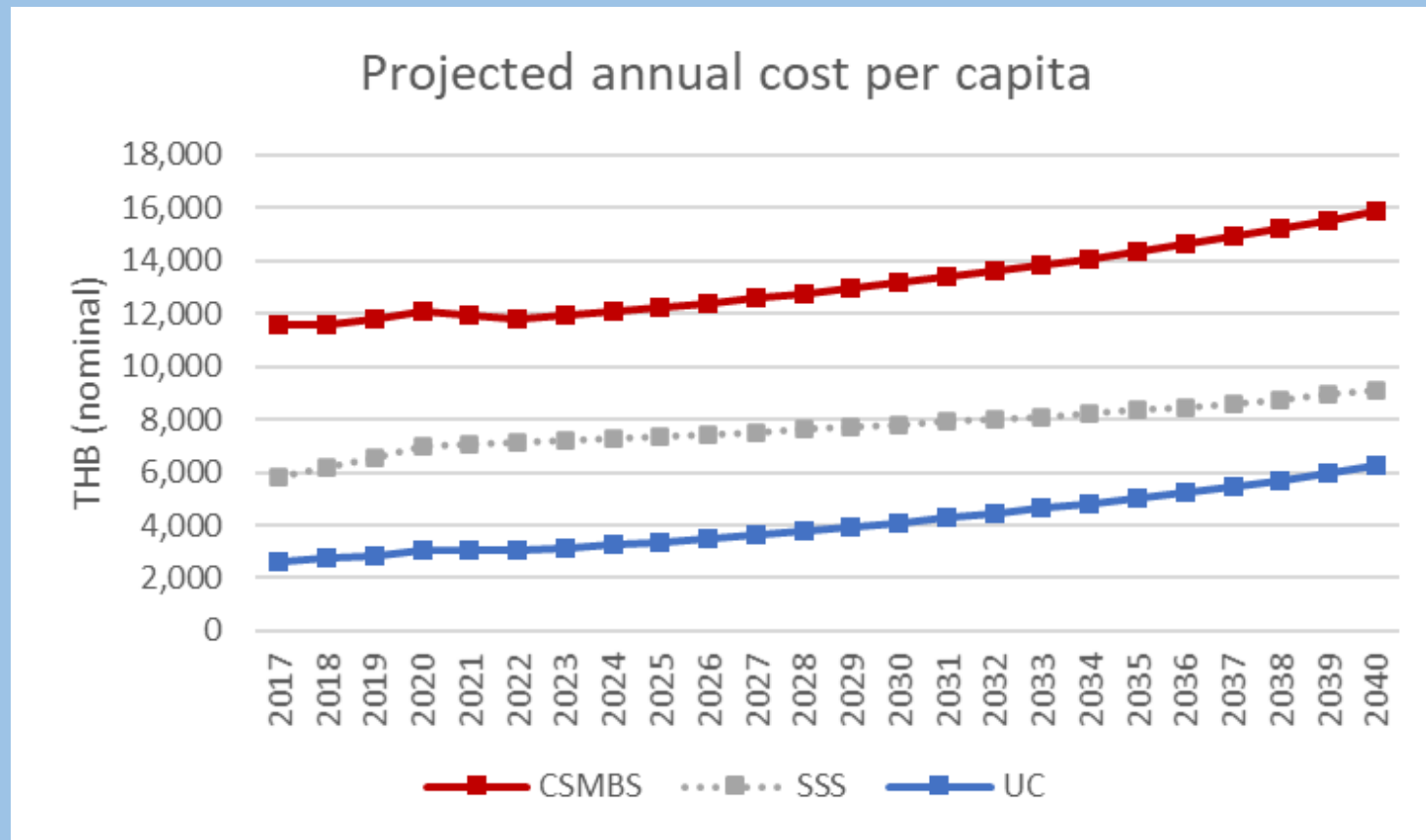


ข้อมูล: ข้อมูลสำรวจภาวะสังคมเศรษฐกิจครัวเรือน พ.ศ. 2561 (SES 2018)

Note: ผู้วิจัยวัดความเหลื่อมล้ำจาก 3 มิติของ WHO UHC Cube โดยประยุกต์ใช้ตัวชี้วัดของ Roberts et al. (2015) ซึ่งพิจารณา (1) ด้านประชากร (population) วัดความครอบคลุมของการเข้าถึงบริการสุขภาพฟรี (2) ด้านต้นทุน (cost covered) วัดสัดส่วนของค่าใช้จ่ายที่ครอบคลุมโดยทรัพยากรส่วนกลาง และ (3) ด้านบริการ (service quality) วัดสัดส่วนรายจ่ายสุขภาพเฉลี่ยรวมภาครัฐและภาคเอกชน เปรียบเทียบกับระดับที่ดีที่สุด

# ปัญหาเรื่องความเหลื่อมล้ำของ 3 ระบบหลักประกันสุขภาพ

- หากไม่ลดความเหลื่อมล้ำในวันนี้ ปัญหาความไม่เป็นธรรมด้านค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อหัวและคุณภาพการให้บริการ จะเรื้อรังต่อไปในอนาคต ทั้งที่จะต้องเผชิญกับแนวโน้มของแรงกดดันทางการคลัง (fiscal stress)



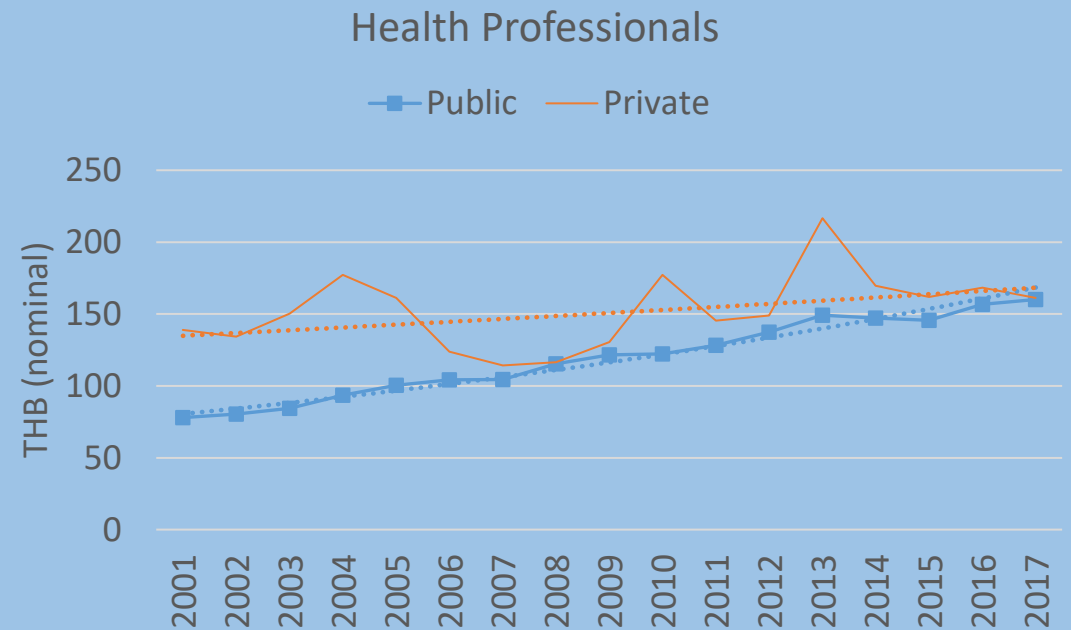
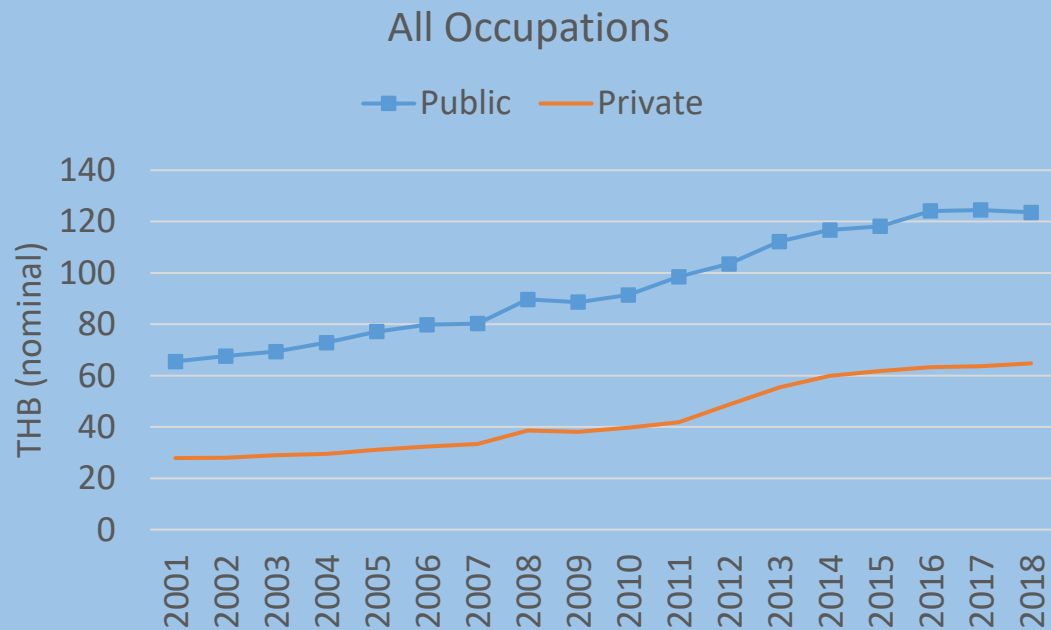
ที่มา: ประมาณการค่าใช้จ่ายสุขภาพแต่ละกองทุน จาก Baseline scenario (อ้างอิงมูลนิธิการศึกษานโยบายเศรษฐกิจการคลัง, 2561) ทหารด้วยประมาณการจำนวนประชากรแต่ละกองทุน (ใช้ข้อมูลสำรวจภาวะเศรษฐกิจสังคมครัวเรือน หรือ SES 2002-2018 คำนวณ linear probability model)



# ความคาดหวังที่จะได้สวัสดิการข้าราชการที่ดี เพราะเชื่อว่า รายได้น้อยกว่าภาคเอกชน

- แต่ข้อมูล Labor Force Survey แสดงให้เห็นว่า พนักงานเงินเดือนที่ทำงานเต็มเวลา หากทำงานในภาครัฐ จะมีค่าจ้างต่อชั่วโมงสูงกว่าภาคเอกชน ซึ่งแน่นอนว่า ภาคเอกชนจ่ายสมทบประกันสังคม (SSS)
- สำหรับวิชาชีพด้านสาธารณสุข แม้ภาคเอกชนจะให้ผลตอบแทนต่อชั่วโมงสูงกว่า แต่ก็มี convergence เข้าสู่ระดับใกล้เคียงกันแล้ว

ผลตอบแทนการทำงานต่อชั่วโมง (บาท) ของ Full-time Wage Workers อายุ 15-64



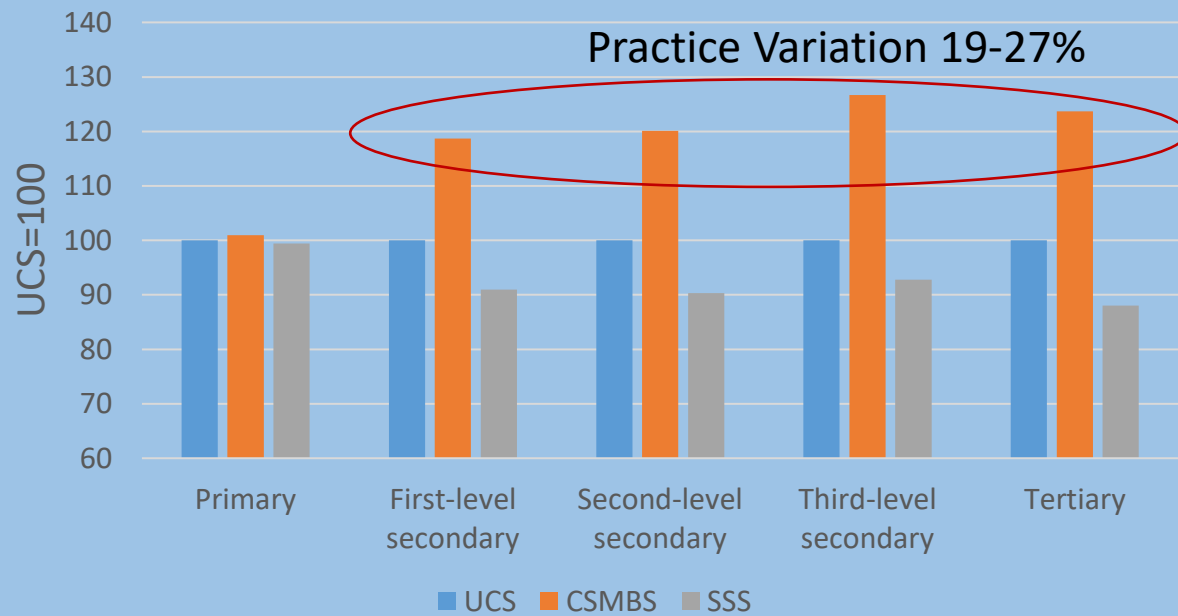
ที่มา: สํารวจภาวะการทำงานของประชากร (LFS 2001Q1-2018Q1) โดยควบคุมปัจจัยด้านเพศ อายุ การศึกษา อาชีพ (2-digit ISCO-88) สาขาอุตสาหกรรม (TSIC) ภูมิภาค จังหวัด และใน/นอกเขตเทศบาล ด้วย linear regression

หมายเหตุ: Conditional means ของวิชาชีพสาธารณสุขภาคเอกชนมีความผันผวนสูง เพราะมีกลุ่มตัวอย่างที่จำกัด คือ ประมาณ 200-350 คน ต่อปี เมื่อเทียบกับภาครัฐประมาณ 3000-4000 คน ต่อปี

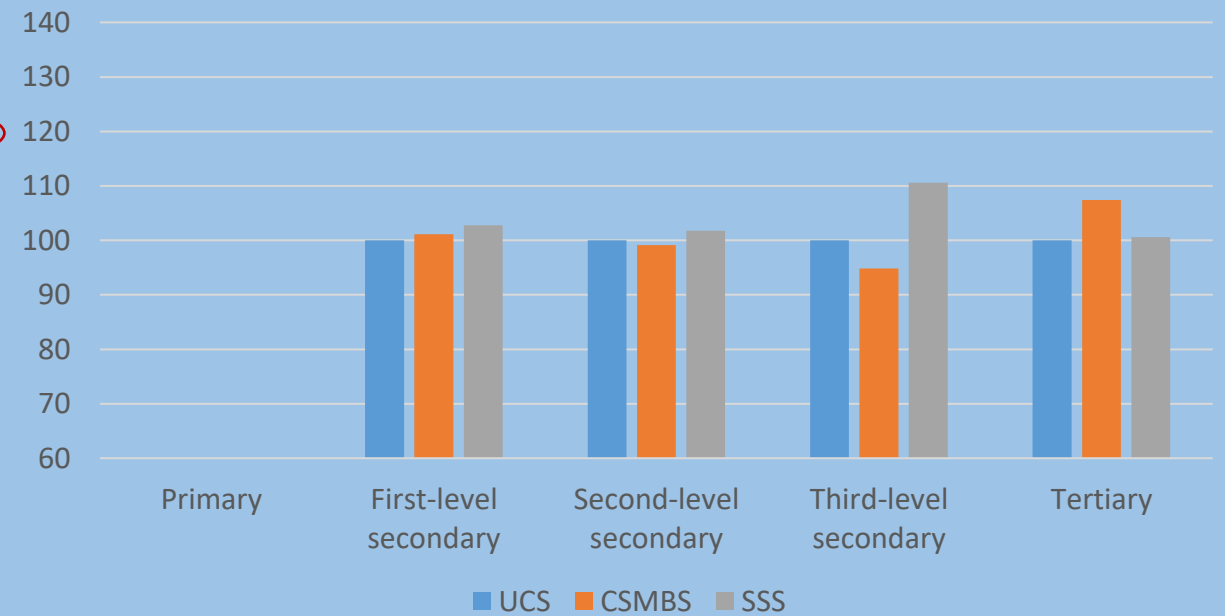
# ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยใน รพ.สังกัด สป.สธ. จากการที่ CSMBS เป็นระบบจ่ายตามจริง

- การที่ CSMBS เป็นระบบจ่ายตามจริง ทำให้มีต้นทุน outpatient สูงกว่า UCS 19-27% ใน รพ.ตติยภูมิและทุติยภูมิ
- ในขณะที่ inpatient มีระบบกำหนดเพดานเบิกจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) จึงมีต้นทุนเฉลี่ยใกล้เคียงกัน

ต้นทุนเฉลี่ยต่อการรักษาผู้ป่วยนอก (UCS=100)



ต้นทุนเฉลี่ยต่อการรักษาผู้ป่วยใน (UCS=100)



ที่มา: ฐานข้อมูล 43 แห่ง ด้านการรักษาผู้ป่วยนอก 251,832,563 ครั้ง และ ผู้ป่วยใน 11,603,912 ครั้ง ใน รพ. สังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.สธ.) ปีงบประมาณ 2562 โดยต้นทุนต่อครั้งการรักษายาบาล ควบคุมปัจจัยด้านกลุ่มโรค (ICD-10 PDX) 140 กลุ่มโรค อายุและเพศของผู้ป่วย เวลาให้บริการ จำนวนวันนอน (กรณีผู้ป่วยใน) เขตสุขภาพ และโรงพยาบาล ด้วย linear regression จำแนกตามระดับโรงพยาบาล

# หลักการสำหรับ Risk Pooling ด้าน Cost

ภาพพึงประสงค์: "มีการร่วมจ่ายที่ไม่มีผลกระทบด้านลบต่อประชาชน โดยไม่  
เป็นหรือสร้างอุปสรรคในการเข้าถึงบริการที่จำเป็น หรือก่อให้เกิดความไม่เป็น  
ธรรมระหว่างฐานะทางเศรษฐกิจ โดยคำนึงถึงการสร้างความเป็นธรรมในการ  
ร่วมจ่ายตามฐานะทางเศรษฐกิจเป็นหลัก"

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 หน้า 66

# การวิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์การเมือง (Political Economy Analysis)

## กรอบแนวคิด

- ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เช่นเดียวกับ “รัฐสวัสดิการ” หรือสวัสดิการสังคมถ้วนหน้า เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน และเป็นหน้าที่ของรัฐที่ต้องจัดสวัสดิการ
- ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีความยั่งยืนและความพอเพียงทางการเงินการคลัง ควรจะเป็นเป้าหมายทั้งทางเศรษฐศาสตร์และทางการเมืองที่เป็นฉันทามติของสังคมไทย
- รัฐสวัสดิการสามารถเป็นเครื่องมือสำคัญในการลดความเหลื่อมล้ำได้อีกด้วย

## สรุปปัญหาที่เกิดจากความเหลื่อมล้ำจากงานวิจัยระดับนานาชาติด้านเศรษฐศาสตร์พัฒนา

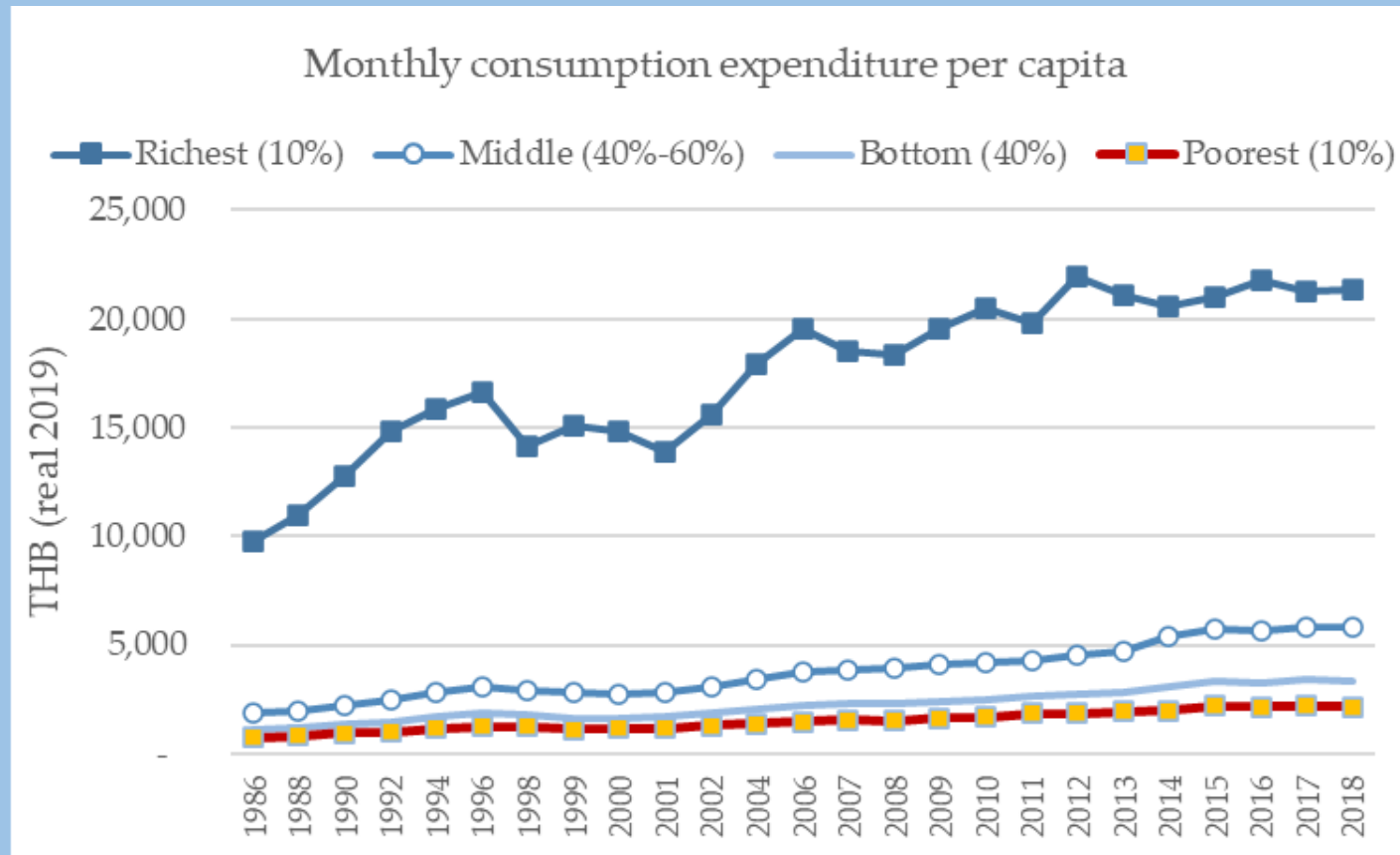
- ความเหลื่อมล้ำทำให้เศรษฐกิจขยายตัวช้ากว่า - Ehrhart (2009), Bagchi and Svejnar (2015), Neves, Afonso, and Silva (2016)
- ความเหลื่อมล้ำทำให้ประเทศมีความเสี่ยงกับความวุ่นวายทางการเมือง - Roe and Siegel (2011)

# ปัญหาความเหลื่อมล้ำของประเทศไทย

- ประเทศไทยมีความเหลื่อมล้ำด้านทรัพย์สิน ติดอันดับต้น ๆ ในโลก และในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ตระกูลที่รวยที่สุด 50 ตระกูล มีทรัพย์สินเพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละ 20-30% (โสภณ พรโชคชัย, 2562)
- ดวงมณี เลาวกุล (2556) พบว่า หากจำแนกผู้ถือครองที่ดินตามขนาดการถือครองที่ดินออกเป็น 5 กลุ่ม **สัดส่วนการถือครองที่ดิน**ของกลุ่มที่ 5 (มีพื้นที่ดินมากที่สุด) ต่อกกลุ่มที่ 1 (พื้นที่น้อยที่สุด) คือ 326 เท่าในปี พ.ศ. 2555
- ในปี พ.ศ. 2553 และ 2554 ผู้ถือครองหุ้นมีมูลค่ามากที่สุด 10 อันดับแรก ถือครองหุ้นมีมูลค่ารวมกันเกิน 100,000 ล้านบาท (ดวงมณี เลาวกุล 2556)

# ปัญหาความเหลื่อมล้ำของประเทศไทย

- ช่องว่างระหว่าง คนรวยสุด 10% และคนส่วนใหญ่ในประเทศ ยิ่งขยายกว้างเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ
  - เช่นเดียวกับช่องว่างระหว่าง คนระดับกลาง 40%-60% และ คนจนสุด 10% ที่ขยายกว้างออกเช่นกัน
  - ภาพความเป็นจริง จะมีความเหลื่อมล้ำสูงกว่านี้มาก เพราะข้อมูลการบริโภคของ SES แสดงให้เห็นว่า ไม่สามารถสำรวจคนรวยสุดได้



ที่มา: สำรวจสถานะเศรษฐกิจสังคมครัวเรือน หรือ Household Socioeconomic Surveys (SES) 1986-2018

## ข้อเสนอทางเศรษฐศาสตร์ในการแก้ปัญหาความเหลื่อมล้ำของประเทศไทย

- ผศ.ดร.ดวงมณี เลาวกุล (2556) : การสร้างความเสมอภาคได้มากขึ้นวิธีหนึ่งก็คือ การกระจายการถือครองทรัพย์สินใหม่
- ศ.ดร.ผาสุก พงษ์ไพจิตร (2556) : การที่สินค้าและบริการสาธารณะของเรา รวมทั้งระบบรัฐสวัสดิการ มีไม่เพียงพอและคุณภาพแย่ ส่วนหนึ่งเพราะว่ารัฐมีงบประมาณจำกัด ซึ่งเกิดจากการเก็บภาษีได้น้อย
- ดร.ปัทม์ อนันต์อภิบุตร (2556, 2562) : ควรที่จะใช้ภาษีทรัพย์สินในการแก้ไขปัญหาความเหลื่อมล้ำ
  - ภงด. บุคคลธรรมดา จัดเก็บได้ค่อนข้างยากและมีฐานภาษีแคบ จึงมีผลน้อยมากต่อการลดความเหลื่อมล้ำในการกระจายรายได้
- ดร.สมชัย จิตสุชน และคณะ (2554) : ปฏิรูปโครงสร้างภาษี เพื่อยกระดับรายได้ภาษีให้ใกล้เคียงกับ 'ศักยภาพในการเสียภาษี' และช่วยให้ระบบภาษีมีความเป็นธรรมและเสมอภาคมากขึ้น



- ดร.สมชัย จิตสุชน (2561) :

(ก) การเพิ่ม VAT เป็น 8% จะมีรายได้เพิ่มขึ้น 8 หมื่นล้านบาท ซึ่งสามารถ earmarked VAT เป็นสัดส่วน x% ของ 8 หมื่นล้านบาท

(ข) การปฏิรูปภาษีเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ เช่น ปรับลดค่าลดหย่อน LTF ของ top 5% สำหรับภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา, จัดเก็บตาม พรบ. ภาษีที่ดินและสิ่งปลูกสร้าง, และ เก็บภาษี capital gain tax จะสามารถเป็นแหล่งรายได้ประมาณ 5.7-6.7 หมื่นล้านบาท

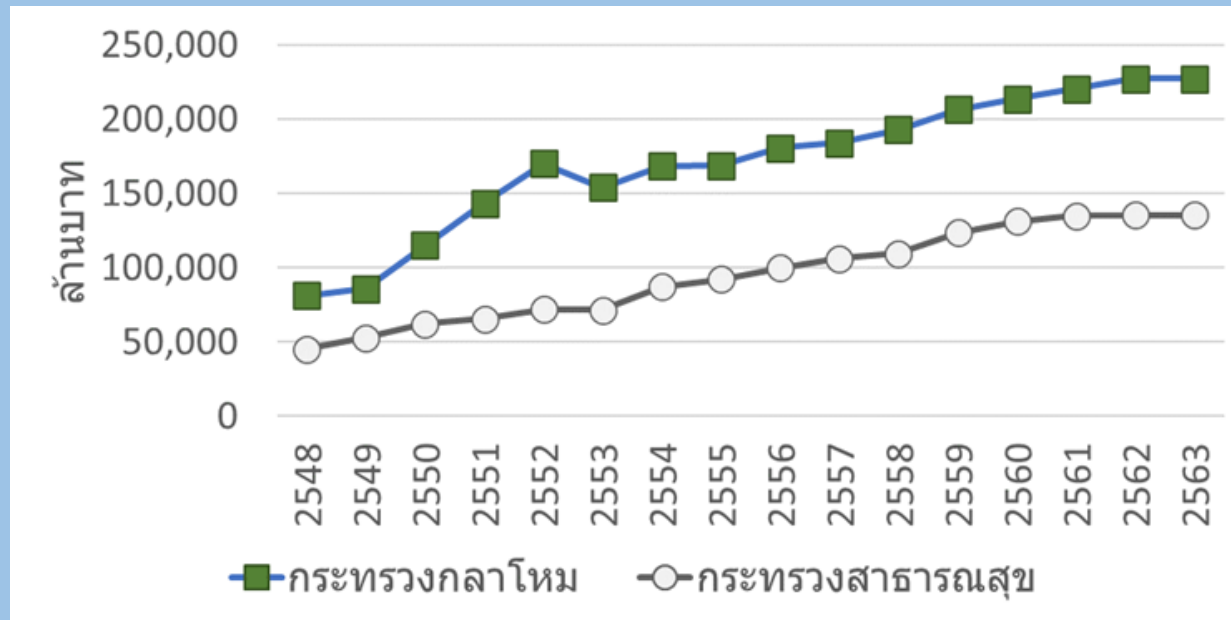
- ศ.ดร.เมธี ครองแก้ว (2522) :

“รัฐบาลไม่ต้องการใช้นโยบายการคลังเพื่อผลทางการกระจายรายได้เพราะนโยบายดังกล่าวกระทบต่อฐานะของคนกลุ่มน้อยที่มีอิทธิพล หรือมีอำนาจ ซึ่งรัฐบาลต้องช่วยรักษาผลประโยชน์หรือมีประโยชน์ผูกพันอยู่ด้วย”

การจัดลำดับความสำคัญในการจัดสรรงบประมาณใหม่ หรือ Budget Reprioritization (Tandon and Cashin, 2010; Heller, 2006) เช่น การปรับโครงสร้างการใช้จ่ายให้มาเน้นด้านสวัสดิการที่มีประโยชน์ต่อประชาชนโดยตรงมากขึ้น

### ตัวอย่างเปรียบเทียบการให้ความสำคัญต่อระบบสาธารณสุข

- ปี 2563 งบกระทรวงกลาโหม มากกว่า งบกระทรวงสาธารณสุข 91,737.9 ล้านบาท โดยรวมส่วนต่าง 10 ปี ย้อนหลัง ตั้งแต่ปี 2554-2663 คิดเป็นจำนวนเงิน 834,446.2 ล้านบาท



ที่มา: ข้อมูลสำนักงบประมาณ

หมายเหตุ: งบกระทรวงสาธารณสุขไม่รวม CSMBs และ SSS แต่รวม UCS แล้ว จึงน่าจะเป็น proxy สะท้อนปัญหาการลำดับความสำคัญในการจัดสรรงบประมาณ

*“Politics is  
more difficult  
than physics.”*

*— Albert Einstein*

“That is simple my friend: because politics is more difficult than physics.”  
Albert Einstein answered when he was asked why people could discover  
atomic power but not the means to control it.

# การวิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์การเมือง (Political Economy Analysis)

## วิธีวิจัย

- สัมภาษณ์เชิงลึกและจัดทำแบบสอบถามผู้ทรงคุณวุฒิด้านระบบสาธารณสุขและเศรษฐศาสตร์
- ช่วยสร้างความเข้าใจในบริบททางเศรษฐศาสตร์การเมืองที่เกี่ยวข้องกับการคลังสาธารณสุข
- กำหนดกลยุทธ์ผลักดันทางการเมืองในการปฏิรูปภาษี เพื่อลดแรงต้านทาน และแสวงหาแนวร่วม
- พิจารณาแนวทางในการหารายได้จากแหล่งภาษี 3 ประเภท
  - แหล่งรายได้จากภาษีเฉพาะต่าง ๆ และเงินบริจาค (Earmarked Taxes and Donation)
  - แหล่งรายได้จากการเพิ่มอัตราภาษีมูลค่าเพิ่ม (VAT Increase)
  - การปฏิรูปภาษีทั้งระบบเพื่อระบบสวัสดิการสังคมถ้วนหน้า (Tax Reform for Universal Welfare System)

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงสำหรับข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะด้านเศรษฐศาสตร์การเมืองสำหรับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในเรื่อง  
งบประมาณ การหารายได้รัฐ และการปฏิรูปภาษี โดย ศ.ดร.ผาสุก พงษ์ไพจิตร ศ.ดร.พรายพล คุ้มทรัพย์ ศ.ดร.นพ.ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย ดร.  
สมชัย จิตสุชน นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ นพ.สุวิทย์ วิบุลย์ผลประเสริฐ ดร.นพ.ปิยะ ชาญรวงศ์ชัย นพ.ถาวร สกุลพาณิชย์ ผศ.ดร.ดวงมณี เลาวกุล  
ดร.ปัทม์ อนันอภิบุตร และ ผศ.ดร.ธร ปิติดล รวมทั้งข้อแนะนำจาก Dr. Jesse B. Bump และ Assist. Prof. Joseph Harris

ทั้งนี้ การวิเคราะห์และข้อสรุปต่างๆ ในงานวิจัยนี้เป็นข้อคิดเห็นส่วนบุคคลของผู้วิจัย

## ผลการศึกษสำหรับ Political Economy Analysis

# วิเคราะห์เศรษฐกิจศาสตร์การเมืองเพื่อระบบ UHC ที่เพียงพอและยั่งยืน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก

งบประมาณของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีไม่เพียงพอ และความยั่งยืนเป็นสิ่งที่น่ากังวล

- งบประมาณต่ำกว่าที่ควรจะเป็น
- ผลจาก COVID-19

ต้องพัฒนาประสิทธิภาพและลดความเหลื่อมล้ำ โดยเฉพาะ CSMBS

การแก้ปัญหา Moral Hazard ด้าน Practice Variation จะช่วยประหยัดงบประมาณได้มาก

การหารายได้เพิ่มจากภาษีไม่ใช่เรื่องง่ายทางการเมือง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง progressive tax แต่จะต้องรอเวลาและปัจจัยที่เหมาะสม เหมือนระบบ UCS

ทางเลือกในการหารายได้ คือ earmarked VAT หรือ ปฏิรูปภาษีทั้งระบบ

ปัจจัยสำคัญของการผลักดันให้มีการเปลี่ยนแปลง คือ ความต้องการของประชาชนผู้เสียภาษี

กระบวนการทางประชาธิปไตย โดยผ่านการแข่งขันของพรรคการเมือง



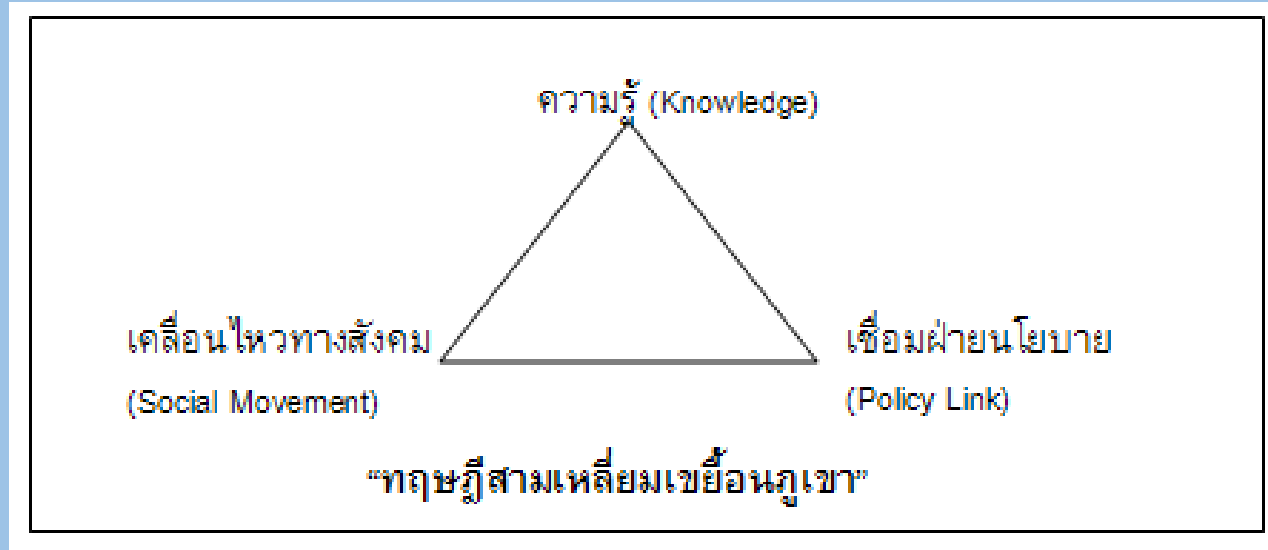
ผู้ทรงคุณวุฒิทางเศรษฐศาสตร์และการคลังสุขภาพเห็นตรงกันว่า

budget reprioritization เป็นเรื่องสำคัญ

เกือบทุกท่านกล่าวถึงเรื่องงบประมาณเรือดำน้ำ เมื่อเกิดเป็นกระแสสังคม

ก็ต้องชะลอการจัดซื้อ

# ข้อเสนอเชิงกลยุทธ์ของผู้วิจัย: ยุทธศาสตร์ สามเหลี่ยมเชื่อมโยง อีกครั้ง เพื่อขับเคลื่อน



ที่มาภาพ: “จัดการความรู้ สู่วัฒนธรรมที่เป็นธรรม “พลังความรู้ สู่อการเชื่อมโยง””  
บทความเผยแพร่บนเว็บไซต์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนปัญหาที่ยากลำบากในสังคม (นพ.ประเวศ วะสี)

ความร่วมมือเชิงเครือข่ายทั้งภาคองค์ความรู้ ภาคการเคลื่อนไหวทางสังคม และภาคการเมือง

ต้องทำให้ interconnectedness เข้มแข็ง

# กรณีศึกษาระดับโลกของการใช้ยุทธศาสตร์ “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา”

สมัยเริ่มต้นระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้สำเร็จ ช่วงหลังเกิดวิกฤตเศรษฐกิจ ปี พ.ศ. 2540

ขบวนการ “แพทย์ชนบท” สามารถผลักดันให้เกิดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

- สังสมองค์ความรู้ผ่านโครงการวิจัย เช่น โครงการชุมชนหาญ โครงการอยุธยา และโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข
- ประสานความร่วมมือกับภาคประชาสังคมและฝ่ายการเมือง

มีพรรคการเมืองที่เข้าใจปัญหาและรับเอาข้อเสนอมาทำเป็นนโยบายหาเสียงพรรค

เมื่อได้เป็นรัฐบาล ก็สามารถดำเนินนโยบายนี้ภายในเวลาหนึ่งปี

จึงได้รับคะแนนนิยม และได้กลับมาเป็นรัฐบาลอีกในการเลือกตั้งครั้งต่อไป

ความสำเร็จของประเทศไทยได้เป็นตัวอย่างและแรงบันดาลใจ ทำให้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นเป้าหมายของมนุษยชาติ

# กรณีศึกษาระดับโลกของการใช้ยุทธศาสตร์ “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา”

หัวใจสำคัญของการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : การตัดสินใจของภาคการเมือง

ปัจจัยซึ่งนำไปสู่ความสำเร็จ

- การปฏิรูปนโยบายครั้งใหญ่ภายใต้การนำของรัฐบาลที่ชนะการเลือกตั้งด้วยคะแนนท่วมท้น
- ศักยภาพของเครือข่ายข้าราชการที่เป็นนักปฏิรูปภายในกระทรวงสาธารณสุข นำเสนอทางเลือกเชิงนโยบายเพื่อประกอบการตัดสินใจทางการเมือง
- ทางเลือกเชิงนโยบายที่จัดทำขึ้นมีพื้นฐานมาจากงานวิชาการและหลักฐานเชิงประจักษ์

Source: Tangcharoensathien, V., Witthayapipopsakul, W., Panichkriangkrai, W., Patcharanarumol, W. and Mills, A., 2018. Health systems development in Thailand: a solid platform for successful implementation of universal health coverage. *The Lancet*, 391(10126), pp.1205-1223.

# กรณีศึกษาระดับโลกของการใช้ยุทธศาสตร์ “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา”

ดังนั้น ความเข้าใจในเรื่องเศรษฐศาสตร์การเมือง (political economy) จึงมีส่วนสำคัญ

- การทำความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง
- กระบวนการทางการเมืองในการริเริ่ม
- การดำเนินงานให้บรรลุผลสำเร็จ
- การธำรงรักษาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ยั่งยืน
- บริบทของการแข่งขันเพื่อจัดสรรผลประโยชน์จากภาคส่วนต่างๆ

Source: Tangcharoensathien, V., Witthayapipopsakul, W., Panichkriangkrai, W., Patcharanarumol, W. and Mills, A., 2018. Health systems development in Thailand: a solid platform for successful implementation of universal health coverage. *The Lancet*, 391(10126), pp.1205-1223.

# ข้อสรุปการวิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์การเมือง

การผลักดันเพื่อพัฒนาระบบสาธารณสุข รวมถึงการหารายได้สำหรับการคลังสุขภาพ สามารถดำเนินการได้ โดยผ่านกระบวนการประชาธิปไตย ซึ่งพรรคการเมืองแข่งขันกันนำเสนอนโยบาย แล้วสะท้อนความต้องการของประชาชน ผ่านคะแนนเสียงเลือกตั้ง

นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ผู้มีบทบาทสำคัญในการบุกเบิกและผลักดันหลักประกันสุขภาพไทย ได้เคยเขียนเป็นสูตรการปฏิรูปไว้ ซึ่งประเด็นสำคัญส่วนหนึ่งประกอบด้วย การทำให้สังคมตระหนักรู้ร่วมกันในวงกว้าง โดยผ่านกระบวนการสื่อสารในสังคม และอาศัยกระบวนการทางกฎหมาย อันจะทำให้มีการดำเนินการปฏิรูปในระยะยาว (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2551)

## ข้อพิจารณาเกี่ยวกับ Political Economy Analysis

# เป้าหมายของระบบการดูแลสุขภาพถ้วนหน้า: พัฒนาคุณภาพชีวิต ลดความเหลื่อมล้ำ

คุณ Margaret Chan อดีตผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกได้สรุปไว้ใน Chan and Brundtland (2016)

- ระบบการดูแลสุขภาพถ้วนหน้า หรือ UHC เป็นนโยบายทางการเมืองแบบหนึ่งที่สามารถลดความเหลื่อมล้ำ ซึ่งไม่เพียงแต่จะช่วยเป็นหลักประกันสุขภาพและรักษาคุณภาพชีวิตของปัจเจกบุคคลและสังคม แต่ยังช่วยสร้างสังคมที่ยุติธรรม มั่นคง และ ปรองดอง

ศ.ดร.ผาสุก พงษ์ไพจิตร และ ดร.คริส เบเคอร์ (Phongpaichit and Baker, 2015)

- การทำให้สังคมไทยมีความเท่าเทียมกันมากขึ้น (the more equal society) เป็น “เงื่อนไขเบื้องต้นที่จะทำให้สังคมไทยมีสันติสุขและความปรองดองในระยะยาว” (a prerequisite for achieving a more peaceful and coherent society in the long run)



# การลงทุนด้านสุขภาพของประเทศมีผลบวกต่ออายุเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี

การเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายรวมด้านสุขภาพทุก ๆ ร้อยละ 1 ของ GDP จะมีผลทางบวกกับอายุขัยเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี โดยเฉลี่ยอย่างน้อย 1 ปี ย่อมทำให้เกิดผลดีต่อทั้งทางเศรษฐกิจและคุณภาพชีวิตอย่างมากมาย

Dependent Variable: Healthy life expectancy (HALE) at birth (years)					
Current health expenditure (% of GDP)	2.587***	2.472***	1.161***	1.287***	1.102***
	(<0.001)	(<0.001)	(<0.001)	(<0.001)	(<0.001)
Current health expenditure (% of GDP)^2	-0.112***	-0.111***	-0.058***	-0.068***	-0.061***
	(<0.001)	(<0.001)	(<0.001)	(<0.001)	(<0.001)
Year		x	x	x	x
Region			x		x
Income group				x	x
Observations	881	881	881	881	881
R-squared	0.111	0.141	0.670	0.685	0.811
Adjusted R-squared	0.109	0.135	0.665	0.682	0.808

Data: “Healthy life expectancy (HALE) at birth (years)” from WHO Global Health Observatory and “Current health expenditure (% of GDP)” from WHO Global Health Expenditure database และคำนวณโดยผู้วิจัย

Note: 179 countries in 2000, 2005, 2010, 2015, and 2016

Region: East Asia & Pacific, Europe & Central Asia, Latin America & Caribbean, Middle East & North Africa, North America, South Asia, and Sub-Saharan Africa.

Income group: High income, Upper middle income, Lower middle income, and Low income.

# การลงทุนด้านสุขภาพ มีผลบวกต่อการเพิ่มขึ้นของผลิตภาพของกำลังแรงงาน (growth rate of output per worker) จึงเป็นการเพิ่มศักยภาพทางเศรษฐกิจของประเทศ

Regressors	Ordinary Least Squares					Two-Stage Least Squares			Panel GMM	
	No Controls (1)	Adding Controls (2)	Fixed Effects (3)	Adding Gini (4)	Lagged Controls (5)	$\Delta(h_{i,t})$ Instrumented (6)	$\Delta(s_{i,t})$ Instrumented (7)	$\Delta(h_{i,t}), \Delta(s_{i,t})$ Instrumented (8)	Difference GMM (9)	System GMM (10)
$\ln(y_{i,t-1})$	-0.045*** (0.0097)	-0.15*** (0.017)	-0.34*** (0.052)	-0.18*** (0.023)	-0.20*** (0.022)	-0.14*** (0.020)	-0.14*** (0.017)	-0.14*** (0.020)	-0.20*** (0.061)	-0.048 (0.046)
$\Delta \ln(k_{i,t})$	0.52*** (0.054)	0.35*** (0.063)	0.29*** (0.10)	0.23*** (0.067)	0.48*** (0.075)	0.34*** (0.061)	0.34*** (0.064)	0.35*** (0.064)	0.23 (0.15)	0.45*** (0.078)
$\Delta(h_{i,t})$	1.12*** (0.30)	0.59** (0.29)	0.64** (0.27)	0.74** (0.35)	0.68** (0.28)	0.91 (0.94)	0.61** (0.28)	0.80 (0.90)	0.84** (0.41)	0.78** (0.31)
$\Delta(s_{i,t})$	0.099*** (0.032)	0.075** (0.031)	0.091** (0.046)	0.063** (0.027)	0.063** (0.029)	0.078*** (0.030)	0.049 (0.096)	0.046 (0.093)	0.110* (0.061)	0.067** (0.031)
$\Delta(a_{i,t})$	0.0107 (0.0085)	0.0075 (0.0088)	-0.0100 (0.0095)	0.0089 (0.010)	0.0090 (0.0085)	0.0070 (0.0084)	0.0078 (0.0085)	0.0073 (0.0084)	-0.0059 (0.0114)	0.0089 (0.0099)
$\Delta(a_{i,t}^2)$	-0.00069* (0.00036)	-0.00057 (0.00036)	0.00024 (0.00036)	-0.00058 (0.00039)	-0.00064* (0.00033)	-0.00056* (0.00034)	-0.00057 (0.00035)	-0.00055 (0.00034)	0.00012 (0.00051)	-0.00057 (0.00051)
$\Delta(\sigma_{i,t}^2)$	— —	— —	— —	-0.60 (0.45)	— —	— —	— —	— —	— —	— —
$R^2$	0.29	0.38	0.38	—	0.41	0.38	0.38	0.37	—	—
First-stage $F$	—	—	—	—	—	26.7	30.2	17.8	—	—
AR(2) $p$ -value	—	—	—	—	—	—	—	—	0.30	0.21
Hansen $p$ -value	—	—	—	—	—	—	—	—	0.01	0.04
Diff.-in-Hansen $p$ -value	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0.77
Instruments	—	—	—	—	—	1	1	2	77	89
Countries	116	116	116	109	116	116	116	116	116	116
Observations	613	613	613	461	613	613	613	613	497	613
Controls	—	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Source: Bloom, D.E., Canning, D., Kotschy, R., Prettnner, K. and Schünemann, J.J., 2019. *Health and economic growth: reconciling the micro and macro evidence* (No. w26003). National Bureau of Economic Research.

# ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ช่วยประกันความเสี่ยงทางเศรษฐกิจสำหรับครัวเรือนไทย

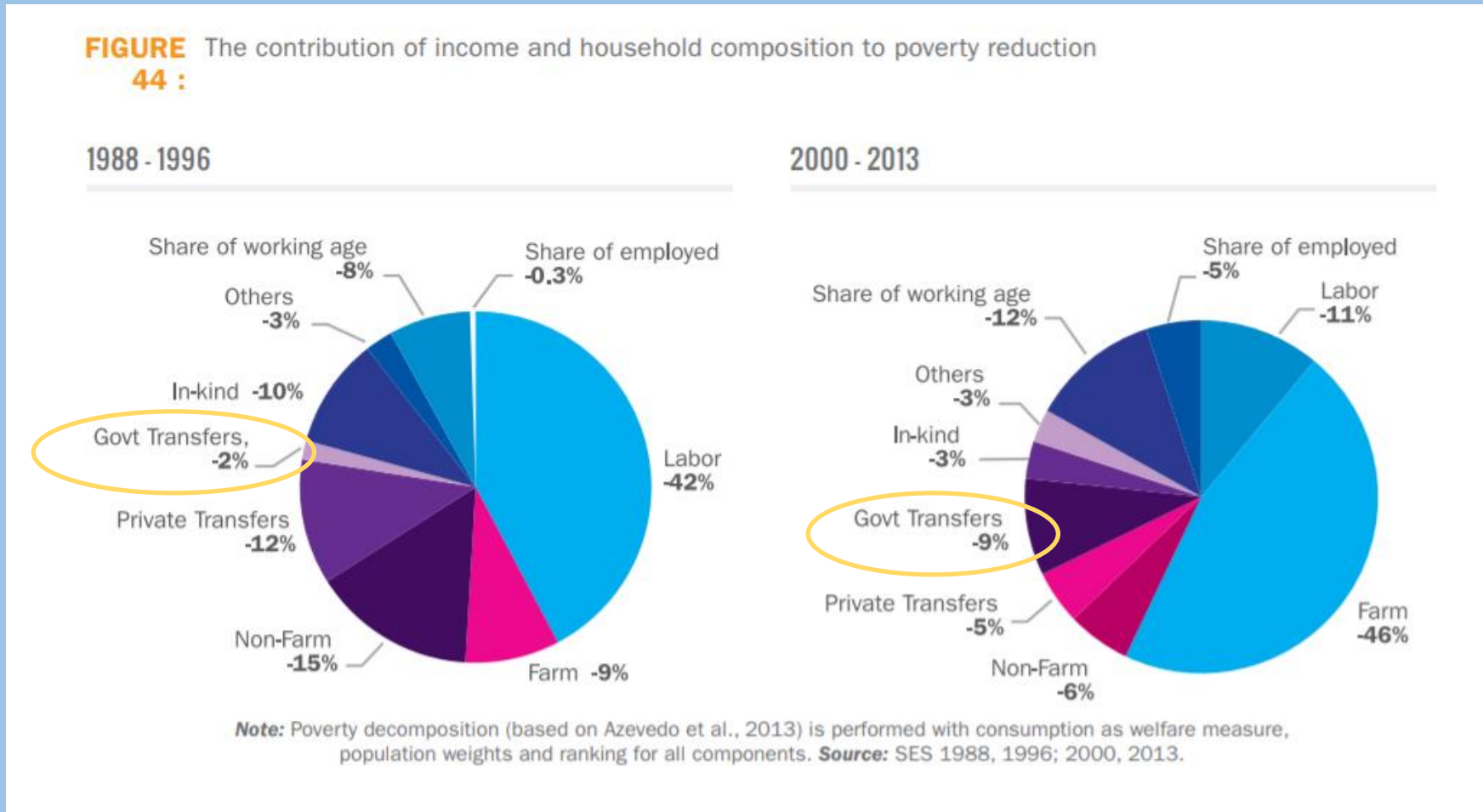
หลักฐานเชิงประจักษ์ของการ “เฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข” หรือ Risk Pooling อย่างเป็นรูปธรรม

- การลดลงของค่ารักษาพยาบาลที่จ่ายจากครัวเรือน (out-of-pocket expenditure)
- การลดลงของการล้มละลายทางการเงินที่เกิดจากค่ารักษาพยาบาล (catastrophic health expenditure)
- การลดลงของความยากจนที่เกิดจากค่ารักษาพยาบาล (medical impoverishment)

Source: Limwattananon, Tangcharoensathien, and Prakongsai (2007) และ Tangcharoensathien, Tisayaticom, Suphanchaimat, et al. (2020)

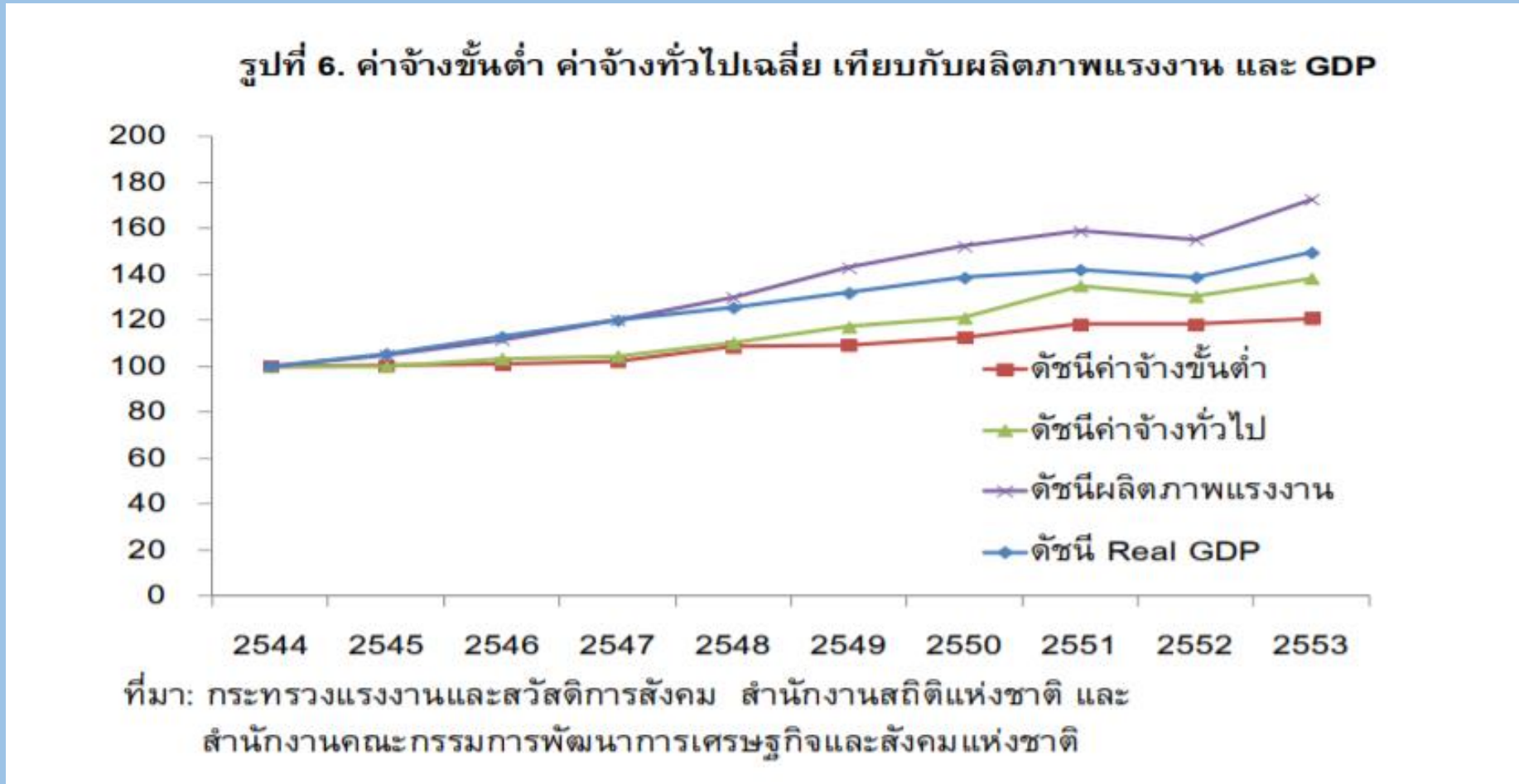
# การใช้จ่ายด้านรัฐสวัสดิการมีผลต่อการลดความยากจน

Wealth Redistribution ผ่าน Government Transfer ด้านสวัสดิการ มีบทบาทมากขึ้นต่อการลดความยากจนของครัวเรือนไทยในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา



# มูลค่า(แรงงาน)ส่วนเกิน หรือ Surplus Value หายไปไหน?

จากข้อมูลปี 2544-2553 (2001-2010) ทั้งค่าจ้างขั้นต่ำและค่าจ้างทั่วไป เพิ่มขึ้นต่ำกว่าผลิตภาพแรงงาน และยิ่งเติบโตช้ากว่า GDP ด้วย

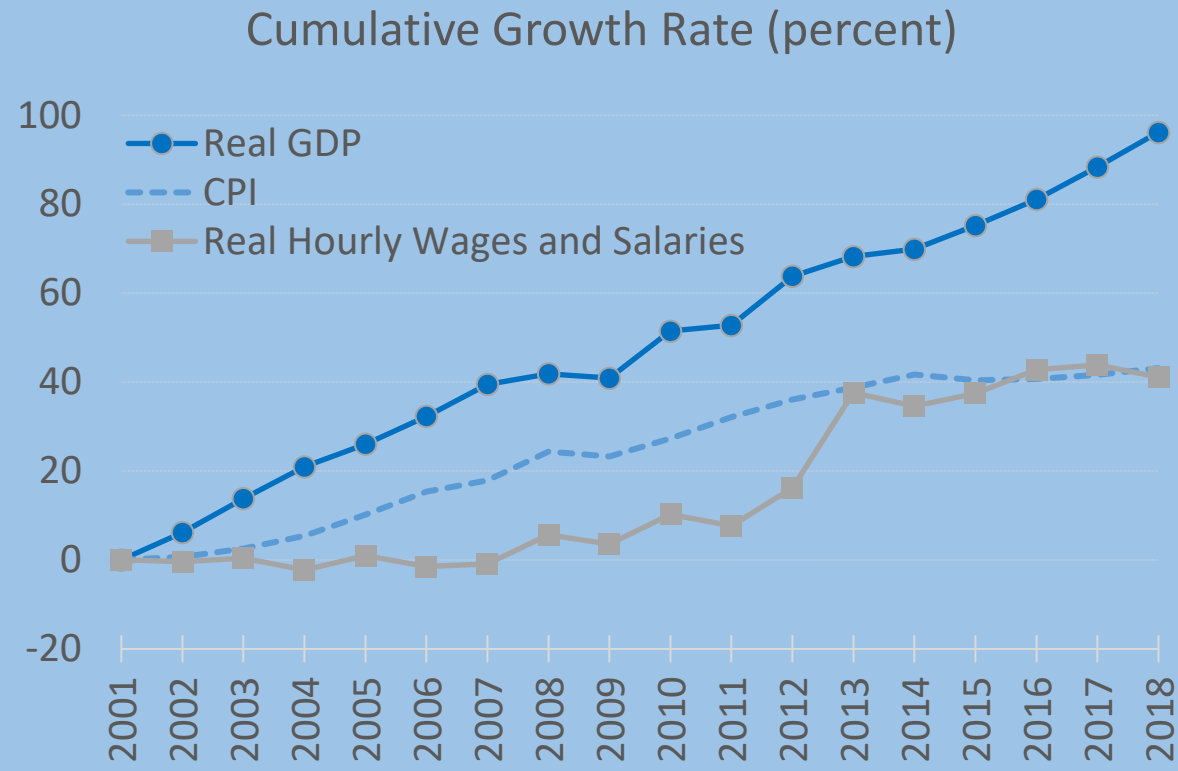


Source: พฤศจิกายนการกำหนดค่าจ้างของไทย โดย ดร.นพดล บุรณะธำ และ พรเกียรติ ยั่งยืน (2556)

# ข้อมูลหลังปี 2553 (2010) ยังคงแสดงให้เห็นถึงความไม่สมดุลของการเติบโตทางเศรษฐกิจแบบทั่วถึง

ผลจากนโยบายค่าแรงขั้นต่ำ สามารถทำให้ค่าจ้างต่อชั่วโมงของแรงงานไทยเพิ่มขึ้นทันค่าครองชีพ

แม้กระนั้นก็ตาม ค่าจ้างต่อชั่วโมง ก็ยังคงเติบโตช้ากว่า GDP และส่วนต่างยังคงมีแนวโน้มที่จะขยายกว้างมากขึ้น



Source: ข้อมูล GDP จาก สศช., ดัชนีราคาผู้บริโภคชุดทั่วไปจากกระทรวงพาณิชย์, และ ข้อมูลสำรวจภาวะการทำงานของประชากรจาก สศช.

## ด้วยเหตุผลทั้งทางเศรษฐศาสตร์ (technical analysis) และทางศีลธรรม (ethical analysis)

ควรเร่งพิจารณาและผลักดันให้มีการหาทางแหล่งรายได้ เช่น Earmarked VAT หรือ ปฏิรูประบบภาษี รวมทั้งการจัดลำดับความสำคัญในการจัดสรรงบประมาณใหม่ (Budget Reprioritization) เพื่อมาสนับสนุนค่าใช้จ่ายสุขภาพที่จะเพิ่มสูงขึ้น รวมถึงการใช้จ่ายในทางที่จะเกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนผู้เสียภาษี เช่น รัฐสวัสดิการ

“บรรยากาศทั่วไปที่สังคมไทยพัฒนาถึงขั้นควรจัดระบบสวัสดิการสังคมถ้วนหน้า มีกองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษาเพิ่มขึ้น เพิ่มการจับจ่ายรายได้อันถ้วนหน้าสำหรับผู้สูงอายุ เงินชดเชยรายได้การตกงาน ฯลฯ นโยบายทั้งหมดนี้ต้องมาจากแหล่งเงินของรัฐที่มีขนาดใหญ่และยั่งยืนขึ้น การปฏิรูปภาษีโดยเฉพาะภาษีที่เกี่ยวกับรายได้และความมั่งคั่งต้องเพิ่มฐานจำนวนผู้เสียและขนาดของการจัดเก็บมากขึ้น ผสมผสานด้วยระบบการคลังอื่น ๆ แบบมีส่วนร่วม”

ที่มา: ศ.ดร.นพ.ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย (2563)

# ความพยายามตลอดช่วงทศวรรษที่ผ่านมาในการปฏิรูปภาษีเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ ยังไม่ประสบความสำเร็จอย่างเป็นรูปธรรมสำหรับประเทศไทย

ดังนั้น จึงเป็นเรื่องที่ทำทนายสำหรับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเรื่องงบประมาณในอนาคตที่ยั่งยืนและเพียงพอ

เนื่องมาจากการมีแหล่งรายได้ที่ค่อนข้างจำกัดสำหรับช่องว่างทางการคลังด้านสุขภาพ (health fiscal space)

อันจะมีผลต่อการพัฒนาศักยภาพของระบบสาธารณสุขทั้งด้านคุณภาพและปริมาณในการดูแลสุขภาพของประชากรไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้สูงอายุ



# ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- บูรณาการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานรับผิดชอบในการกำหนดนโยบายและกำกับดูแล
  - ศึกษาแนวทาง Risk Pooling ด้าน Cost โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากผู้ที่มีกำลังจ่าย เช่น CSMBS และ UCS
    - สร้างค่านิยม “เฉลี่ยทุกข์-เฉลี่ยสุข” เพื่อประชาชนทุกกลุ่มมีโอกาสเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นอย่างมีคุณภาพ
  - ควบคุมค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อหัวของ CSMBS และ SSS
  - แรงงานรุ่นใหม่ให้เป็น UCS แต่ต้องพิจารณาการมี Risk Pooling ด้วย
- ระบบสาธารณสุข เน้นพัฒนาประสิทธิภาพ ลดความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพ แก้ปัญหา “Practice Variation”
- ทบทวนเป้าประสงค์กรอบ SAFE เพื่อรองรับอนาคต และเพิ่มเติมในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ

# ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- ผลักดันกลยุทธ์ "สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา" เพื่อเพิ่มงบประมาณด้านสาธารณสุข เพราะเป็นการลงทุนที่คุ้มค่า ทำให้คนไทยมีสุขภาพดี จะเป็นผลให้ผลิตภาพเศรษฐกิจเพิ่มขึ้น
- สนับสนุน Earmarked tax จากการเพิ่มอัตราภาษีมูลค่าเพิ่ม (VAT) หรือ มีการปฏิรูปภาษีโดยเน้นการเก็บภาษีความมั่งคั่งจากคนรวย เพื่อนำรายได้ที่เพิ่มขึ้นนี้มาให้ priority กับด้านสาธารณสุข ผ่านกระบวนการทางประชาธิปไตย
- เครือข่ายสาธารณสุขและประชาคมสุขภาพ ช่วยกันเรียกร้องในฐานะประชาชน เพื่อประโยชน์ทางสาธารณสุข ลดความเหลื่อมล้ำ และลดความขัดแย้งทางการเมือง

ขอบคุณมากครับ

Q&A

[Jithitikulchai@hsph.harvard.edu](mailto:Jithitikulchai@hsph.harvard.edu)



**HARVARD T.H. CHAN**  
SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

**TAKEMI PROGRAM**  
IN INTERNATIONAL HEALTH

## ภาคผนวก

ก. สรุปประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญสำหรับ Political Economy Analysis

# ประเด็นคำถาม 1. ข้อคิดเห็นโดยทั่วไปเกี่ยวกับการจัดสรรงบประมาณเพื่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

งบประมาณของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCS) เป็นงบประมาณที่ต่ำกว่าที่ควรจะเป็น (underfinanced budget) โดยการกำหนดงบประมาณขึ้นอยู่กับรัฐบาลและสำนักงบประมาณเป็นหลัก

ผู้เชี่ยวชาญด้านเศรษฐศาสตร์ทุกท่านมีความเห็นว่า ระบบ UCS มีงบประมาณที่สามารถจัดสรรมาให้ระบบสาธารณสุขโดยครอบคลุมได้อย่างถ้วนหน้า แต่คุณภาพยังไม่ดีเท่าที่ควร เพราะเงินที่ได้รับการจัดสรรมีจำกัด จึงจำเป็นต้องเพิ่มอัตราเหมาจ่ายรายหัว (capitation)

ขาดการบูรณาการของทั้ง 3 กองทุนเข้าด้วยกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้เชี่ยวชาญหลายท่านเรียกร้องให้แก้ปัญหาคาดประสิทธิภาพของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

ฉากทัศน์ด้านงบประมาณของประเทศไทยตั้งแต่มี COVID-19 จะเปลี่ยนไปอย่างมาก เพราะหนี้สาธารณะที่เพิ่มมากขึ้น

สัดส่วนรายได้ของภาครัฐ เมื่อเทียบกับ GDP ของประเทศไทย ยังถือว่าน้อยเกินไป

ความพยายามที่จะลดอัตราเหมาจ่ายรายหัว (capitation) ของรัฐบาล เพื่อลดแรงกดดันทางการคลังสาธารณะ ไม่น่าจะประสบความสำเร็จ เพราะทำให้โรงพยาบาลขาดทุน และได้รับเสียงคัดค้านจากประชาคมสาธารณสุข ซึ่งมีน้ำหนักความน่าเชื่อถือสูงในสังคมไทย

# ประเด็นคำถาม 1. ข้อคิดเห็นโดยทั่วไปเกี่ยวกับการจัดสรรงบประมาณเพื่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ในแง่ภาพรวมของเศรษฐกิจมหภาค มีความน่ากังวล เพราะมีแนวโน้มที่ภาระการเงินการคลังของภาครัฐ ซึ่งสูงอยู่แล้ว จะมีภาระเพิ่มมากขึ้น ตัวอย่างเช่น เงินกู้เพื่อเยียวยาและฟื้นฟูผลกระทบของโควิด และภาระค่าใช้จ่ายลงทุนโครงสร้างพื้นฐาน มีโอกาสทำให้เพดานหนี้สาธารณะเกิน 60% ของ GDP ในขณะที่รายได้ภาครัฐจากภาษีก็จะลดลง และต้องนำรายได้จากภาษีในอนาคตไปจ่ายเงินต้นและดอกเบี้ย พร้อมทั้งศักยภาพในการเติบโตทางเศรษฐกิจไทยที่จำกัดมาก จากโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุ ขาดการลงทุน R&D และพึ่งพิงเศรษฐกิจโลกสูง

การแข่งขันเพื่อแย่งเงินงบประมาณจะมีมากขึ้น เพราะแนวโน้มของนโยบายสวัสดิการต่าง ๆ มีเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่ข้าราชการก็จะมีอายุยืนขึ้น และประกันสังคมเองก็จะมีภาระมากขึ้นเช่นกัน

การมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเร็วกว่าหลายประเทศในเอเชีย จะเป็นภาระในค่ารักษาพยาบาล ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิทางเศรษฐศาสตร์ทุกท่านเห็นตรงกันว่า เป็นเรื่องน่ากังวลทางเศรษฐกิจการคลัง

โดยสรุป คือ ถ้าไม่สามารถขยายแหล่งรายได้ จะเกิดปัญหาในอนาคต เพราะค่าใช้จ่ายสุขภาพอย่างไรก็ต้องเพิ่มขึ้น เพราะมีผู้สูงอายุมากขึ้น

## ประเด็นคำถาม 2. ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางในการหารายได้สำหรับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในอนาคต และ key stakeholders ที่เกี่ยวข้อง

ก. แนวทางในการหารายได้จากแหล่งภาษีเฉพาะต่าง ๆ และเงินบริจาค (Earmarking of selective taxes and donation)

ถ้าทำเป็นระบบใหญ่ จะทำได้ยาก เพราะขัดกับหลักการทั่วไปของภาษี (ดู พรบ.วินัยการเงินการคลังของรัฐ พ.ศ. 2561) และการเก็บภาษีเฉพาะต่าง ๆ ตามข้อเสนอของผู้วิจัย จะเป็นการเก็บเพื่อให้คนตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แต่ไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแหล่งรายได้ขนาดใหญ่

วิธีที่อาจจะเป็นไปได้ คือ เป็น political earmarks เหมือนที่เคยทำในประเทศญี่ปุ่น ฟิลิปปินส์ และ อังกฤษ โดยกำหนดว่า จะเพิ่มให้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีละกี่ %

อย่างไรก็ตาม จะไม่สามารถเป็นแหล่งรายได้สำคัญให้กับภาครัฐได้



## ประเด็นคำถาม 2. ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางในการหารายได้สำหรับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในอนาคต และ key stakeholders ที่เกี่ยวข้อง

### ข. แนวทางในการหารายได้จากการเพิ่มอัตราภาษีมูลค่าเพิ่ม (VAT increase)

เป็นภาษีที่สามารถสร้างรายได้มาก และประเทศไทยมีอัตราที่ต่ำ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มประเทศรายได้ปานกลางหรือในภูมิภาค แต่การเพิ่ม VAT เป็นเรื่องยากทางการเมือง

ผู้ทรงคุณวุฒิทางเศรษฐศาสตร์และการคลังสุขภาพมีเสียงสนับสนุนที่ค่อนข้างจะเป็นฉันทมติว่า ควรจะเพิ่มอัตรา VAT ให้สูงขึ้น เพราะมีกฎหมายรองรับอยู่แล้ว และมีศักยภาพเป็นแหล่งภาษีหลักที่น่าจะเพียงพอสำหรับค่าใช้จ่ายระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในอนาคต

การเพิ่มอัตรา VAT มีโอกาสสูงในอนาคต เพราะความจำเป็นจากภาระการใช้จ่ายงบประมาณ และภาระหนี้ค่อนข้างสูงมาก อย่างไรก็ตาม ระบบสาธารณสุขก็ต้องแข่งขันกับวัตถุประสงค์อื่นด้วย ไม่ใช่เพื่อ UCS อย่างเดียว

การเพิ่มอัตรา VAT จะมีผลกระทบต่อคนจนมากกว่า เพราะภาระภาษีสำหรับคนจนคิดเป็นสัดส่วนของรายได้สูงกว่ากลุ่มรายได้อื่น จึงจำเป็นที่จะต้องมีการมี political commitment ว่า จะนำไปอุดหนุนเด็กแรกเกิด พัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือ ดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น ซึ่งต้องมีการสื่อสารให้สังคมเข้าใจ โดยเฉพาะคนระดับล่าง โดยพรรคการเมืองต้องกล้า พร้อมทั้งมี credibility และ commitment ในเรื่องนโยบายรัฐสวัสดิการ รวมถึงการเพิ่มงบประมาณให้ระบบ UCS

## ประเด็นคำถาม 2. ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางในการหารายได้สำหรับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในอนาคต และ key stakeholders ที่เกี่ยวข้อง

ค. แนวทางในการหารายได้จากการปฏิรูปภาษีทั้งระบบเพื่อระบบสวัสดิการสังคมถ้วนหน้า (Tax reform for universal welfare system)

แม้จะมีความพยายามที่จะจัดเก็บภาษีสำหรับความมั่งคั่ง เช่น ภาษีมรดก ภาษีที่ดินและสิ่งปลูกสร้าง แต่ก็มีแรงต่อต้านทางการเมืองในระดับนโยบายและการออกกฎหมาย อันมีผลทำให้อัตราภาษีต่ำกว่าที่ควรจะเป็น และมีช่องโหว่ในการเลี่ยงภาษี

เนื่องจากการออกกฎหมายมีกลุ่มผลประโยชน์สามารถแทรกแซงได้ จึงทำให้ความพยายามที่จะปฏิรูปภาษีทั้งระบบเพื่อรัฐสวัสดิการ ไม่สามารถแก้ปัญหาเรื่องการสร้างรายได้และลดความเหลื่อมล้ำ

ข้อเสนอแนะ คือ การจัดเก็บภาษีจากฐานความมั่งคั่ง ควรต้องปรับให้อัตราที่ก้าวหน้า มีอัตราภาษีเฉลี่ยสูงขึ้น และแก้ปัญหาช่องโหว่ที่เอื้อให้ผู้มีทรัพย์สินสูงสามารถเลี่ยงภาษีได้

มีความจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนทัศนคติให้เป็นเหมือนประเทศพัฒนาแล้วในการให้คุณค่าของการลดความเหลื่อมล้ำ ผ่านการจัดสรรด้วยระบบการคลัง เพราะจะทำให้ประเทศพัฒนาได้ดีขึ้น โดยชี้ให้เห็นว่า ความเหลื่อมล้ำทำให้เกิดความวุ่นวายทางการเมือง และจะทำให้ทั้งนายทุนและทุกคนในสังคมเสียประโยชน์ทางเศรษฐกิจ

## ประเด็นคำถาม 2. ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางในการหารายได้สำหรับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในอนาคต และ key stakeholders ที่เกี่ยวข้อง

ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางในการหารายได้จากการปฏิรูปภาษีทั้งระบบเพื่อระบบสวัสดิการสังคมถ้วนหน้า (Tax reform for universal welfare system)

ต้องมีการขยายฐานภาษีให้กว้างขึ้น เพราะมีผู้อยู่นอกระบบจำนวนมาก และควรลดการลดหย่อนภาษีให้กลุ่มทุน โดยเพิ่มการจัดเก็บภาษีจากความมั่งคั่ง เพื่อให้มีความเป็นธรรมมากขึ้นในระบบเศรษฐกิจสังคม

จำเป็นต้องมีกลไกที่จะทำให้เงินภาษีนั้นถูกนำไปใช้ให้คนระดับล่างจริง ๆ ปราศจากหรือลดการทุจริต และไม่ใช้จ่ายสุรุ่ยสุร่าย และเมื่อเป็นนโยบายด้วยการผลักดันการเมือง ก็ต้องทำให้มีความรับผิดชอบกำกับดูแล (accountability)

ในระบบประชาธิปไตยอย่างแท้จริง ประชาชนจะสามารถกดดันให้พรรคการเมืองที่ได้หาเสียงด้วยนโยบายรัฐสวัสดิการ ต้องมี commitment ที่ต้องดำเนินการให้นโยบายเกิดขึ้นจริง จึงจำเป็นที่จะต้องทำให้เสียงของประชาชนเข้มแข็ง

## ประเด็นคำถาม 2. ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางในการหารายได้สำหรับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในอนาคต และ key stakeholders ที่เกี่ยวข้อง

แนวทางในการหารายได้ที่คิดว่าเหมาะสมสำหรับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในอนาคต

มีความจำเป็นที่จะต้องจัดลำดับความสำคัญในการจัดสรรงบประมาณใหม่ (budget reprioritization) ให้สอดคล้องกับความต้องการ โดยให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพมนุษย์ และควรจะลดงบประมาณด้านทหาร ในช่วง 5-10 ปีข้างหน้า ไปใช้กับสิ่งที่เร่งด่วนกว่า เช่น โควิด ผู้สูงอายุ หรือ สุขภาพ โดยกระบวนการผลักดัน ต้องอาศัยกระแสของสังคม และความเข้าใจของผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น ภาคการเมือง ทหารและข้าราชการ

การหารายได้เฉพาะสำหรับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยใช้ภาษีเฉพาะ (earmarked taxes) เป็นเรื่องที่ขัดกับหลักการภาษี และรายได้ไม่มาก จึงไม่ควรจะทำในรูป earmarked taxes ถึงแม้มีช่องทางที่จะทำได้ในรูปของการเก็บเป็นค่าธรรมเนียมสะสมเข้ากองทุน เช่น กองทุนประกันสุขภาพ ซึ่งอาจจะพอช่วยแบ่งเบาภาระได้ในระดับหนึ่งเท่านั้น

การเพิ่มอัตรา VAT จะหารายได้เป็นจำนวนมาก ซึ่งเป็นทางเลือกที่ดีที่สุด ในทางทางวิชาการ แต่ก็ไม่สามารถทำได้ง่ายในทางการเมือง และจะมีแรงต้านหากไม่สามารถใช้ให้มีประสิทธิภาพต่อประชาชนผู้เสียภาษี และยังคงมีปัญหาเรื่องการทุจริตคอร์รัปชันในการใช้งบประมาณ

## ประเด็นคำถาม 2. ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางในการหารายได้สำหรับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในอนาคต และ key stakeholders ที่เกี่ยวข้อง

แนวทางในการหารายได้ที่คิดว่าเหมาะสมสำหรับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในอนาคต

การปฏิรูปภาษีทั้งระบบจะสามารถสร้างความยั่งยืนและความเพียงพอให้ระบบหลักประกันสุขภาพได้มากกว่า แต่ก็เป็นไปได้ยากกว่าในทางปฏิบัติ เพราะมีความพยายามที่จะทำให้อัตราภาษีไม่สูง หรือเอื้อสิทธิประโยชน์ในการยกเว้นภาษีให้คนรวย ดังนั้น การทำ earmark และ VAT พร้อมกัน (earmarked VAT) น่าจะมีความเป็นไปได้มากกว่า โดยต้องอาศัยจังหวะที่เหมาะสม เช่น ภาวะการณ์ขาดเงินงบประมาณของรัฐ หรือ จังหวะที่เศรษฐกิจเติบโตได้ดี

การเพิ่มช่องว่างทางการคลัง หรือ fiscal space สามารถทำได้โดยในเบื้องต้นให้เน้นการเพิ่มรายได้รัฐจากภาษี แต่ก็สามารถที่จะเพิ่มความรับผิดชอบจากการใช้จ่ายสุขภาพของภาคเอกชนในรูปแบบของ co-payment ซึ่งสามารถทำได้หลายวิธี โดยสามารถศึกษาได้จากตัวอย่างในต่างประเทศ เช่น สิงคโปร์ ญี่ปุ่น เกาหลี รวมถึงพิจารณารูปแบบของโรงพยาบาลศิริราชปิยมหาราชการุณย์หรือคลินิกพิเศษของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเพื่อช่วยเป็นแหล่งรายได้

การเพิ่มประสิทธิภาพของการใช้จ่ายด้านสุขภาพ สามารถทำได้โดยประหยัดระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ, แก้ปัญหาคอร์รัปชันและเอกชนโกงค่ารักษายาบาล, ใช้จ่ายและเทคโนโลยีที่สมเหตุผล, และ ใช้ระบบ gatekeeper โดยพัฒนาระบบแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (General Practitioner)

ประเด็นคำถาม 3. ข้อพิจารณาเกี่ยวกับแนวทางการปฏิรูปภาษี กระบวนการทางนโยบาย ผู้เกี่ยวข้องและผู้ได้รับผลกระทบ จุดยืนต่ออนนโยบาย รวมทั้งกลยุทธ์ที่ควรจะทำแบบเพื่อให้ได้รับการสนับสนุนและลดแรงต่อต้าน

เงื่อนไขที่จะสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการปฏิรูปภาษี คือ การที่สังคมตระหนักรู้ว่าความเหลื่อมล้ำเป็นปัญหา มีหลักฐานทางวิชาการว่าประชาชนจะได้อะไรจากการปฏิรูปภาษี และมีการขับเคลื่อนร่วมกันจากภาคราชการ ภาคประชาชนและภาคการเมือง

กระบวนการขับเคลื่อนนโยบาย จะต้องต้องมีข้อมูลเชิงประจักษ์จากงานวิจัย ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ประชาชนกลุ่มไหนได้รับประโยชน์สุทธิเท่าไรหรืออย่างไร โดยประมาณการรายรับรายจ่าย และที่สำคัญ คือ การผลักดันต้องเป็นกระแสสังคมที่ทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนนโยบาย

จะต้องสร้างความเชื่อมั่นว่า หากสามารถมีรัฐสวัสดิการแล้ว จะทำให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ตัวอย่างเช่น ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะมีคุณภาพและความคุ้มครองมากขึ้น ทำให้ประชากรมีสุขภาพดีขึ้น และเมื่อผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้น ก็ไม่มีปัญหาเรื่องการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ

ข. สรุปจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญสำหรับ Political Economy Analysis

**การปฏิรูปภาษีเพื่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า:**

**ผู้เกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายและกระบวนการอนุมัตินโยบาย จุดยืนต่อนโยบาย และกลยุทธ์  
เพื่อให้ได้รับการสนับสนุนและลดแรงต่อต้าน**

Key Stakeholders	จุดยืนต่อนโยบาย	กลยุทธ์เพื่อให้ได้รับการสนับสนุนและลดแรงต่อต้าน
<p>ประชาชนผู้เสียภาษี</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ไม่เห็นด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มชนชั้นกลางระดับบน หรือ สูงขึ้นไป ซึ่งมีเสียงดัง จะคิดว่า ไม่ได้ประโยชน์ตรงนี้</li> <li>● คนจนโดนเก็บ VAT เพิ่มขึ้น แต่อาจจะได้รับประโยชน์โดยตรงมากกว่า</li> <li>● กลุ่มทุน จะคัดค้าน</li> <li>● ประชาชนยังไม่ได้ให้ความสำคัญมากนัก</li> <li>● ถ้าประชาชนได้รับผลกระทบมาก จะตระหนักถึง social safety net ที่ช่วยให้ไม่ได้รับผลกระทบ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● กระบวนการในระบอบประชาธิปไตย</li> <li>● ให้นโยบายมาจากพรรคการเมือง</li> <li>● ประชาชนถกเถียงกันแต่ละนโยบาย มีกระบวนการตกลึกทำให้รู้ว่า นโยบายไหนที่ประชาชนต้องการจากพรรคการเมือง</li> <li>● ต้องทำให้เห็นว่า ได้รับประโยชน์อะไรกลับมาบ้าง ไม่อย่างนั้น จะไม่ willing ที่จะเสียภาษี</li> <li>● ประเทศไทยมีการคอร์รัปชันเยอะ ต้องกำจัดจรรยาวั</li> <li>● ทำให้คนที่ได้รับประโยชน์น้อย เห็นความสำคัญ</li> <li>● ต้องพยายามทำให้ชนชั้นกลางขึ้นไป ตระหนักในเรื่องนี้</li> <li>● ใช้เรื่อง COVID-19 ทำ campaign ทางสังคม</li> <li>● รับฟังเสียงชาวบ้านที่ได้รับผลกระทบ หรือ กลุ่ม NGO</li> <li>● ขยายเครือข่าย เช่น ภาคประชาชนที่ทำเรื่องรัฐสวัสดิการ</li> <li>● ใช้สื่อประชาสัมพันธ์</li> <li>● ให้ข้อมูลว่า อีกกี่ปีจะมีปัญหาความยั่งยืนของระบบ</li> </ul>



Key Stakeholders	จุดยืนต่อนโยบาย	กลยุทธ์เพื่อให้ได้รับการสนับสนุนและลดแรงต่อต้าน
รัฐบาล และนักการเมือง	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ปัจจุบัน ยังไม่ได้คิดว่า ประเทศไทยพร้อมที่จะทำรัฐสวัสดิการ เพราะขาดงบประมาณ</li> <li>● สถานการณ์ COVID-19 จะทำให้ยากขึ้น</li> <li>● ดู evidence ผลจาก COVID-19 เช่น ระบบสาธารณสุขสามารถรองรับได้ดีกว่า</li> <li>● พรรคการเมืองซึ่งสัญญาแบบ local มีนโยบายไม่ได้มองภาพใหญ่ของประเทศ ต้องมี national agenda มากขึ้น</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ทำให้มีกลยุทธ์ในเรื่อง earmarked VAT หรือ ที่ดินและสิ่งปลูกสร้าง</li> <li>● ต้องกล้าที่จะออก campaign</li> <li>● กรณีคนที่เลือกพรรค เพราะเป้าหมายทางการเมือง แทนที่จะเลือกจากนโยบาย ดังนั้น จึงไม่มีผลต่อการ commit ตามที่หาเสียงไว้ จึงต้องทำให้คนเลือกเพราะนโยบายจริง ๆ (คาดหวังว่า หลัง COVID-19 จะมี awareness มากขึ้น)</li> <li>● ทำให้แน่ใจว่า “ได้เสียง” มากกว่า “เสียเสียง”</li> <li>● หลังจาก COVID-19 ทำให้ประชาชนเห็นความจำเป็น จะเป็นกลไกที่ทำให้นักการเมืองสนับสนุน</li> <li>● มีการเคลื่อนไหวของภาคประชาชนที่จะกดดันนักการเมือง</li> </ul>

Key Stakeholders	จุดยืนต่อนโยบาย	กลยุทธ์เพื่อให้ได้รับการสนับสนุนและลดแรงต่อต้าน
ข้าราชการประจำในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	<ul style="list-style-type: none"> <li>● โดยรวมถ้ามีความเข้าใจ จะช่วยทำให้นโยบายประสบความสำเร็จ เหมือนตัวอย่างระบบ UCS</li> <li>● หากไม่เช่นนั้น อาจจะไม่ให้ความเห็นสนับสนุน หรือ ไม่ให้ความร่วมมือในการผลักดันนโยบาย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ต้องทำความเข้าใจ ชี้แจงถึงสภาพความจำเป็น</li> <li>● ในหลายหน่วยงาน มีข้าราชการที่ศึกษาความเป็นไปได้ และร่วมกับนักวิชาการในการสร้างองค์ความรู้ ในระยะยาวก็ควรจะมีการขับเคลื่อนและสร้างเครือข่ายร่วมกับภาคประชาชนและเครือข่ายนักวิชาการมากขึ้น</li> <li>● ตัวอย่างสำคัญ เช่น กลุ่ม “แพทย์ชนบท” ซึ่งมีบทบาทสำคัญทำให้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถเกิดขึ้นได้</li> </ul>
นักการเมืองบางพรรคที่สนใจในรัฐสวัสดิการ	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ต้องการผลักดัน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● สร้างแรงสนับสนุนจากพลังประชาชน</li> </ul>

Key Stakeholders	จุดยืนต่อนโยบาย	กลยุทธ์เพื่อให้ได้รับการสนับสนุนและลดแรงต่อต้าน
สมาชิกวุฒิสภา (สว.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ปกติควรมีบทบาทสนับสนุนได้</li> <li>● แต่ สว. แต่งตั้ง จะไม่เห็นความสำคัญ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ถ้าเป็น สว. จากการเลือกตั้ง จะผลักดันได้</li> <li>● ต้องชี้แจงถึงสภาพความจำเป็น</li> </ul>
<p>กรรมการ/อนุกรรมการ ตั้งหลังจาก กม. เข้าไปแล้ว ตามโควตาของแต่ละพรรค</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● มาตามสัดส่วนพรรคการเมือง ดังนั้น จุดยืนจึงมาจากพรรค</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● แรงกดดันจากประชาชน ตามระบอบประชาธิปไตย</li> <li>● กดดันให้รัฐบาลต้องประหยัด ใช้จ่ายให้มีประสิทธิภาพ หลีกเลี่ยงโครงการลงทุนที่เป็นภาระภาษี หรือ ค่าใช้จ่ายที่ ไม่ก่อให้เกิดผลดีกับประชาชน</li> </ul>