



รายงานฉบับสมบูรณ์
การพัฒนาตัวชี้วัดและจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย
ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เรื่องการเงินการคลังด้านสุขภาพ

Development of indicators and preparation of a report on the situation
of the Thai healthcare system according to the National Health Act B.E. 2550
on health financing

จัดทำโดย

สมรณี โชติช่วงฉัตรชัย

จิณณพัต สุวรรณเกตกะ

วรรณ วิทยาพิภพสกุล

ธนิษฐ์ พัฒนศิริ

ฉัตรพร หลายรุ่งเรือง

ที่ปรึกษาโครงการ

วัลย์พร พัชรนฤมล

มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของผู้วิจัย

มิใช่ความเห็นของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

พฤศจิกายน 2567



Development of indicators and preparation of a report on the situation
of the Thai healthcare system according to the National Health Act B.E. 2550
on health financing

Research team

Somtaneuk Chotchoungchatchai

Jinnapat Suvannakatka

Woranan Witthayapipopsakul

Thanin Pattanasiri

Chatpot Lairungruang

Project Advisor

Walaiporn Patcharanarumol

International Health Policy Foundation (IHPF)

This project was funded by the Health Systems Research Institute (HSRI.)
The comments and suggestions in this document are from the researchers
and do not reflect the views of the HSRI.

November 2024

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 ซึ่งกำหนดให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติติดตามและประเมินผลสถานการณ์ระบบสุขภาพ และมีการทบทวนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติอย่างน้อยทุก 5 ปี โดยการเงินการคลังสุขภาพเป็นหนึ่งในสิบสองสาระสำคัญของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 3 การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อรายงานสถานการณ์ด้านการเงินการคลังสุขภาพตามตัวชี้วัดที่เสนอไว้ในเอกสารแนบธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 และทบทวนพัฒนาตัวชี้วัดเหล่านี้เพื่อจัดทำข้อเสนอในการพัฒนาตัวชี้วัดการเงินการคลังสุขภาพต่อไป ใช้รูปแบบการศึกษาแบบผสมวิธี (Mixed Method Research) โดยการทบทวนวรรณกรรม รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณจากข้อมูลทุติยภูมิตำแหน่งการเงินการคลังสุขภาพ และการรับฟังความคิดเห็นจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

ผลการศึกษา พบว่า สถานการณ์การเงินการคลังสุขภาพของประเทศไทยมีแนวโน้มสามารถลงทุนได้อย่างยั่งยืน แต่รายจ่ายภาครัฐด้านสุขภาพยังคงต่ำกว่าเกณฑ์ที่คาดหวังเมื่อเทียบกับรายจ่ายของรัฐบาลในด้านอื่นๆ สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพนอกภาครัฐสูงกว่าที่คาดหวัง โดยส่วนหนึ่งเป็นเพราะรายจ่ายจากประกันสุขภาพภาคสมัครใจโดยบริษัทเอกชนเพิ่มมากขึ้น รายจ่ายจากครัวเรือนไม่ผ่านเกณฑ์เล็กน้อยแต่ยังไม่ส่งผลกระทบต่ออุบัติการณ์ครัวเรือนล้มละลายหรือการกลายเป็นครัวเรือนยากจนเพิ่มขึ้น การคลังสุขภาพมีลักษณะก้าวหน้าและกลุ่มคนจนยังได้รับประโยชน์จากการอุดหนุนงบประมาณด้านสุขภาพของภาครัฐมากกว่ากลุ่มคนรวย ยังมีความเหลื่อมล้ำภายในและระหว่างระบบประกันสุขภาพภาครัฐโดยเฉพาะด้านนโยบายการร่วมจ่าย อัตราและวิธีการจ่ายชดเชยให้สถานพยาบาล และรายจ่ายเฉลี่ยต่อหัว มีเพียงแรงงานข้ามชาติที่อยู่ในระบบการจ้างงานอย่างเป็นทางการเท่านั้นที่อยู่ในระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ ส่วนมาตรการด้านประสิทธิภาพอื่นๆ มีในทุกระบบประกันสุขภาพแต่มีการปฏิบัติแตกต่างกัน

การทบทวนตัวชี้วัดการเงินการคลังสุขภาพที่ระบุในธรรมนูญพบว่ามีข้อจำกัด ซึ่งผู้วิจัยได้มีข้อเสนอให้ปรับตัวชี้วัดเชิงปริมาณให้สอดคล้องกับระบบการรายงานสากล ให้ตั้งเป้าหมายเมื่อมีหลักฐานทางวิชาการสนับสนุน ปรับปรุงตัวชี้วัดด้านคุณภาพให้มีความชัดเจนมากขึ้น และเสนอตัวชี้วัดใหม่ตามเป้าหมายที่ยังไม่มีการติดตาม ผู้วิจัยเสนอให้มีตัวชี้วัดการเงินการคลังสุขภาพทั้งหมด 21 ตัวชี้วัด

คำสำคัญ: การคลังสุขภาพ, ตัวชี้วัด, ความยั่งยืน, ความเพียงพอ, ความเป็นธรรม, ความมีประสิทธิภาพ

Abstract

This research follows the process outlined in the National Health Act B.E. 2550 (2007) and the Third Statute on the National Health System (2022), which mandates the National Health Commission to monitor and evaluate Thailand's health system and revise the Statute every five years. A key focus of the Third Statute is health financing. The study aimed to assess the current state of health financing in Thailand using the Statute's indicators, refine them, and provide recommendations for improvement. A mixed-methods approach was used, including a literature review, analysis of quantitative data from secondary sources, and stakeholder consultations.

The findings indicate that Thailand's health financing situation reflects a generally sustainable trend in health investment, but government health spending remains below expectations compared to other expenditures. Non-governmental expenditure exceeded established levels, partly due to increased health spending through voluntary private health insurance. Household expenditure on health was slightly above established thresholds, but did not significantly contribute to the incidence of catastrophic health expenditure or health-related impoverishment. The financial incidence analysis revealed a progressive distribution of health expenditures. Low-income groups benefitted more from government subsidies on health than higher-income groups. However, disparities exist both within and between public health insurance schemes especially on cost-sharing policies, provider payment methods and rate, and per capita health spending. There are significant disparities within and between public health insurance schemes, particularly cost-sharing policies, provider payment methods and rates, and per capita health spending. Additionally, mandatory health insurance has only been implemented for migrant workers in the formal employment sector. While all health insurance schemes have mechanisms in place to improve efficiency, the practices vary.

The review of health financing indicators in the Third Statute identified several limitations. We propose adjustments to align them with international standards, including removing unsupported quantitative targets, clarifying qualitative indicators, and adding new indicators to address unmonitored objectives. These revisions result in 21 refined health financing indicators.

Keywords: health financing, indicator, sustainability, adequacy, fairness, efficiency

บทสรุปผู้บริหาร

งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 ซึ่งกำหนดให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติติดตามและประเมินผลสถานการณ์ระบบสุขภาพและมีการทบทวนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติอย่างน้อยทุก 5 ปี โดยการเงินการคลังสุขภาพเป็นหนึ่งในสิบสองหมวดตามธรรมนูญ และได้ระบุถึงเป้าประสงค์ S-A-F-E ที่ประกอบด้วย ความยั่งยืน (Sustainability) ความเพียงพอ (Adequacy) ความเป็นธรรม (Fairness) และ ความมีประสิทธิภาพ (Efficiency) รวมถึงตัวชี้วัดจำนวน 15 ตัวชี้วัด การศึกษารังนี้นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อจัดทำรายงานสถานการณ์การเงินการคลังสุขภาพของระบบสุขภาพไทยและทบทวนตัวชี้วัดเพื่อจัดทำข้อเสนอในการพัฒนาตัวชี้วัดการเงินการคลังสุขภาพต่อไป

สถานการณ์การเงินการคลังสุขภาพของประเทศไทย จาก 15 ตัวชี้วัด แสดงถึงการบรรลุเป้าหมาย 9 ตัวชี้วัด และยังไม่บรรลุเป้าหมาย อีก 6 ตัวชี้วัด โดยมีข้อมูลสถานการณ์ และข้อเสนอแนะ ดังนี้

ด้านความยั่งยืน (มี 2 ตัวชี้วัด ผ่าน 2 ตัวชี้วัด) รัฐบาลมีแนวโน้มที่จะสามารถลงทุนด้านสุขภาพได้อย่างยั่งยืน แต่เมื่อเกิดวิกฤติ เช่น โควิด 19 จะทำให้รายจ่ายด้านสุขภาพเกินเป้าหมายได้ มีข้อเสนอแนะให้รัฐบาลควรเตรียมพร้อมกับการรับมือกับวิกฤติต่างๆ และพิจารณาแหล่งเงินอื่นๆ เพิ่มเติม

ด้านความเพียงพอ (มี 6 ตัวชี้วัด ผ่าน 4 ตัวชี้วัด ไม่ผ่าน 2 ตัวชี้วัด) รายจ่ายสุขภาพของประเทศแสดงถึงความเพียงพอในระดับหนึ่งเมื่อเทียบกับขนาดเศรษฐกิจ อย่างไรก็ตาม รายจ่ายภาครัฐด้านสุขภาพยังคงต่ำกว่าเกณฑ์ที่คาดหวัง สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพนอกภาครัฐสูงกว่าที่คาดหวัง ส่วนหนึ่งเป็นเพราะรายจ่ายจากประกันสุขภาพภาคสมัครใจโดยบริษัทเอกชนที่เพิ่มมากขึ้น รายจ่ายจากครัวเรือนไม่ผ่านเกณฑ์เล็กน้อยแต่ยังไม่ส่งผลกระทบต่ออุบัติการณ์ครัวเรือนล้มละลายหรือการกลายเป็นครัวเรือนยากจนเพิ่มขึ้น มีข้อเสนอแนะให้รัฐบาลควรเพิ่มการลงทุนในระบบสุขภาพให้เพียงพอเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพอย่างเป็นธรรม รวมถึงเตรียมความพร้อมในการรับมือกับการเปลี่ยนแปลง เช่น สังคมผู้สูงอายุและวิกฤติจากภัยพิบัติต่างๆ รวมทั้งส่งเสริมบริการใหม่ๆ เช่น การแพทย์ทางไกล หรือการให้ภาคเอกชนมีบทบาทในระบบบริการปฐมภูมิมากขึ้น

ด้านความเป็นธรรม (มี 6 ตัวชี้วัด ผ่าน 3 ตัวชี้วัด ไม่ผ่าน 3 ตัวชี้วัด) การคลังสุขภาพในภาพรวมมีลักษณะก้าวหน้า คือคนรวยจ่ายเงินเพื่อสุขภาพในสัดส่วนที่สูงกว่าคนจนเมื่อเปรียบเทียบกับความสามารถในการจ่าย และการอุดหนุนงบประมาณด้านสุขภาพของภาครัฐเอื้อประโยชน์ต่อคนจนมากกว่าคนรวย อย่างไรก็ตาม ยังมีความเหลื่อมล้ำอยู่ในหลายด้าน เช่น ในระบบประกันสังคม ผู้ประกันตนที่มีเงินเดือนสูงกว่าเพดานการจ่ายเงินสมทบที่ 15,000 บาท จ่ายเงินสมทบในสัดส่วนที่น้อยกว่าผู้ที่มีเงินเดือนต่ำกว่า รวมถึงความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามระบบซึ่งมีความแตกต่างกันของรายจ่ายต่อหัวประชากร วิธีการจ่ายเงินและอัตราการจ่ายเงินให้สถานพยาบาล นอกจากนี้ ในระบบประกันสุขภาพสำหรับกลุ่มแรงงานข้ามชาติและผู้ไม่มีเลขประจำตัว 13 หลัก ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทุกคน โดยมีสาเหตุจากการพึ่งพา

ระบบประกันสุขภาพภาคสมัครใจหรือการจัดตั้งกองทุนขนาดเล็กที่อาจไม่ยั่งยืน มีข้อเสนอแนะด้านความเป็นธรรม ดังนี้ (1) รัฐบาลและสำนักงานประกันสังคมควรพิจารณาปรับปรุงการเก็บเงินสมทบให้สอดคล้องกับความสามารถในการจ่ายและคำนึงถึงการลดความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ (2) จัดตั้งกลไกเพื่อลดความแตกต่างของรายจ่ายต่อหัวประชากรและวิธีการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลภายใน 5-10 ปี (3) ขยายประกันสุขภาพภาคบังคับให้ครอบคลุมแรงงานข้ามชาติในระบบ รวมถึงคู่สมรสและบุตร และ (4) พัฒนาระบบประกันสุขภาพภาคบังคับสำหรับคนต่างชาตินที่ไม่ใช่แรงงาน เช่น คู่สมรสของคนไทยและนักท่องเที่ยว

ด้านประสิทธิภาพ (มี 1 ตัวชี้วัด ไม่ผ่าน 1 ตัวชี้วัด) ประเทศไทยมีการดำเนินมาตรการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบ เช่น การกำหนดเพดานการเบิกจ่ายของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ การกำหนดบัญชียาหลักแห่งชาติ การใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยา การกำหนดราคากลางยา เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการยังไม่ได้ใช้งบประมาณปลายปิด จึงไม่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายให้อยู่ในวงเงินที่กำหนด นอกจากนี้ ยังขาดกลไกกลางในการควบคุมราคาการเบิกจ่าย และการจัดซื้อร่วมกันระหว่างระบบประกันสุขภาพภาครัฐ มีข้อเสนอแนะให้รัฐบาลควรพิจารณาปรับปรุงระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการให้สามารถควบคุมงบประมาณได้อย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งพัฒนากลไกกลางในการควบคุมราคาการเบิกจ่ายเพื่อให้เกิดมาตรฐานเดียวกัน

ผลการทบทวนและพัฒนาตัวชี้วัดการเงินการคลังสุขภาพ ที่วิจัยได้มีข้อเสนอตัวชี้วัดการเงินการคลังสุขภาพจำนวน 21 ตัวชี้วัด ซึ่งประกอบด้วยตัวชี้วัดเดิม 3 ตัวชี้วัด ตัวชี้วัดที่ปรับแก้ไข 15 ตัวชี้วัด และตัวชี้วัดใหม่ 3 ตัวชี้วัด และมีข้อเสนอเชิงนโยบายเกี่ยวกับการประเมินสถานการณ์ระบบสุขภาพด้านการเงินการคลังสุขภาพต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้

- 1) เป้าประสงค์ S-A-F-E เหมาะสมในการติดตามประเมินผลต่อไป และเสนอให้พิจารณาใช้ตัวชี้วัดการเงินการคลังสุขภาพ 21 ตัวชี้วัด ซึ่งอาจปรับให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป
- 2) จัดให้มีการปรึกษาหารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและระบุหน่วยงานผู้รับผิดชอบในการติดตามตัวชี้วัดและร่วมกันพัฒนาตัวชี้วัดที่ยังไม่ชัดเจน
- 3) จัดให้มีกลไกให้ผู้กำหนดนโยบายรับทราบผลการประเมินสถานการณ์และนำไปสู่การปรับปรุงนโยบายการเงินการคลังสุขภาพ โดยให้มีมาตรการสำหรับตัวชี้วัดที่บรรลุเป้าหมายให้ได้ผลตามเป้าหมายต่อไป และดำเนินการอย่างจริงจังเพื่อให้ตัวชี้วัดที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายได้ผลตามเป้าหมายในเวลาที่กำหนด

บทสรุปเพื่อการสื่อสารสู่สาธารณะ

การจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ในหมวดการเงินการคลังสุขภาพของประเทศไทยในปี พ.ศ.2567 โดยประเมินตามตัวชี้วัด 15 ตัว ที่ระบุในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 แสดงถึงการบรรลุเป้าหมาย 9 ตัวชี้วัด และยังไม่บรรลุเป้าหมาย อีก 6 ตัวชี้วัด โดยมีข้อมูลสถานการณ์ ดังนี้

- ด้านความยั่งยืน (มี 2 ตัวชี้วัด ผ่าน 2 ตัวชี้วัด) รัฐบาลมีแนวโน้มที่จะสามารถลงทุนด้านสุขภาพได้อย่างยั่งยืนตามเป้าหมาย
- ด้านความเพียงพอ (มี 6 ตัวชี้วัด ผ่าน 4 ตัวชี้วัด ไม่ผ่าน 2 ตัวชี้วัด) ใช้จ่ายสุขภาพของไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และยังคงมีอุบัติการณ์ของครุฑเรือนที่ประสภาวะล้มละลายหรือยากจนลงจากรายจ่ายด้านสุขภาพอยู่ในระดับที่ต่ำ แสดงถึงความเพียงพอด้านการคลังสุขภาพในระดับหนึ่ง
- ด้านความเป็นธรรม (มี 6 ตัวชี้วัด ผ่าน 3 ตัวชี้วัด ไม่ผ่าน 3 ตัวชี้วัด) ในภาพรวมการคลังสุขภาพมีลักษณะก้าวหน้า คือคนรวยจ่ายเงินเพื่อสุขภาพสูงกว่าคนจนเมื่อเปรียบเทียบกับความสามารถในการจ่าย และการอุดหนุนจากภาครัฐเอื้อประโยชน์ให้คนจนมากกว่าในการเข้าถึงบริการสุขภาพ แต่พบความเหลื่อมล้ำของการจ่ายเงินสมทบภายในระบบประกันสังคม ความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบประกันสุขภาพภาครัฐ เช่น วิธีการและอัตราจ่าย และรายจ่ายต่อหัวประชากร เป็นต้น รวมไปถึงความเหลื่อมล้ำของแรงงานข้ามชาติและผู้ไม่มีเลขประจำตัว 13 หลัก ที่ประกันสุขภาพยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทุกคน
- ด้านประสิทธิภาพ (มี 1 ตัวชี้วัด ไม่ผ่าน 1 ตัวชี้วัด) ประเทศไทยมีการดำเนินมาตรการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบางอย่าง เช่น การกำหนดราคาและเพดานการเบิกตามรายการ การกำหนดราคากลาง เป็นต้น และบางมาตรการที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย เช่น การใช้ระบบงบประมาณปลายปิดซึ่งระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการยังคงใช้ระบบงบประมาณปลายเปิด การจัดซื้อร่วมกันระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม การทบทวนตัวชี้วัดการเงินการคลังสุขภาพที่ระบุในธรรมนูญ พบว่า ยังมีข้อจำกัด ซึ่งผู้วิจัยเสนอให้ปรับตัวชี้วัดให้สอดคล้องกับสากล ตั้งเป้าหมายตัวชี้วัดเชิงปริมาณโดยใช้หลักฐานวิชาการสนับสนุน และปรับปรุงตัวชี้วัดด้านคุณภาพให้มีความชัดเจนมากขึ้น และเสนอให้มีการใช้ตัวชี้วัดการเงินการคลังสุขภาพทั้งหมด 21 ตัวชี้วัด

การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

ผลการวิจัยในครั้งนี้ ได้ถูกนำไปสื่อสารในการประชุมคณะกรรมการจัดทำและติดตามรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย ภายใต้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยใช้กรอบและแนวทางจากธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 คณะกรรมการจัดทำและติดตามรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย ประกอบด้วยผู้แทนจากหน่วยงานหลายภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบาย เช่น สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสถิติแห่งชาติ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน) สำนักงานสภาองค์กรของผู้บริโภค มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ และกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นต้น

นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังชี้ให้เห็นว่ามีความจำเป็นต้องมีการทำงานร่วมกันของหน่วยงานต่างๆ เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาาระบบสุขภาพให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น หน่วยงานที่ดูแลกองทุนหลักประกันสุขภาพภาครัฐ ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานประกันสังคม และกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง ควรหารือร่วมกันเพื่อบูรณาการกองทุนทั้งสามให้มีความเท่าเทียมในด้านการเข้าถึงบริการคุณภาพของบริการ และระบบการเงินการคลัง นอกจากนี้ สำนักงานประกันสังคม กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย (ททท.) กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา คณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) และกรมการกงสุล กระทรวงการต่างประเทศ ควรร่วมมือกันในการแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติและนักท่องเที่ยวที่ไม่มีประกันสุขภาพ ให้สามารถเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จำเป็นได้อย่างครอบคลุม

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) กระทรวงสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ควรเผยแพร่ความรู้ที่ถูกต้องแก่ประชาชน เพื่อสร้างความตระหนักถึงบทบาทในการดูแลสุขภาพของตนเอง นอกจากนี้ ควรมีการพัฒนาการร่วมจ่ายตามเศรษฐฐานะของประชาชน โดยอาศัยการวิจัยเพื่อประเมินความเป็นไปได้ ผลกระทบต่องบประมาณ และผลกระทบต่อความเสี่ยงทางการเงินของประชาชนสำหรับแต่ละทางเลือก และให้แหล่งทุนและกองทุนสุขภาพทั้ง 3 กองทุนพิจารณาทางเลือกต่างๆ บนพื้นฐานของหลักฐานทางวิชาการ พร้อมทั้งรับฟังความคิดเห็นจากประชาชนผ่านเวทีแลกเปลี่ยนของแต่ละกองทุนหรือเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ทั้งนี้ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติควรติดตามตัวชี้วัดการเงินการคลังสุขภาพตามหลักการ S-A-F-E โดยจัดกระบวนการการติดตามข้อมูลอย่างต่อเนื่องในการติดตามข้อมูลรายปี และควรมีนักวิชาการเข้าร่วมประเมินผลในแต่ละหมวด รวมถึงการวิเคราะห์สถานการณ์ระบบสุขภาพไทยในภาพรวม จากข้อมูลนำเข้าของสถานการณ์ตามตัวชี้วัดที่พัฒนาขึ้นในทุกหมวดธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อ.....	i
Abstract.....	ii
บทสรุปผู้บริหาร.....	iii
การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์.....	vi
สารบัญ.....	vii
สารบัญรูป.....	ix
สารบัญตาราง.....	xi
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ที่มาและความสำคัญ.....	1
1.2 วัตถุประสงค์หลัก.....	2
บทที่ 2 ระบบการเงินการคลังสุขภาพของประเทศไทย.....	3
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย.....	8
3.1 วิธีการศึกษา.....	8
3.2 ประเด็นด้านจริยธรรม.....	10
3.3 ระยะเวลาดำเนินงาน.....	11
บทที่ 4 ผลการศึกษา: สถานการณ์การเงินการคลังสุขภาพของระบบสุขภาพไทยตามตัวชี้วัดในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565.....	12
4.1 ตัวชี้วัดด้านการเงินการคลังสุขภาพ.....	12
4.2 สรุปสถานการณ์การเงินการคลังสุขภาพ.....	42
4.3 ข้อจำกัดของตัวชี้วัดในการติดตามเป้าหมายของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3.....	50
บทที่ 5 ผลการศึกษา: การทบทวนและพัฒนาตัวชี้วัดการเงินการคลังสุขภาพให้สอดคล้องกับเป้าหมายระบบสุขภาพที่พึงประสงค์.....	53
5.1 เป้าประสงค์และมาตรการด้านการเงินการคลังสุขภาพของประเทศไทย.....	53

5.2 การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับตัวชี้วัดการเงินการคลังสุขภาพ	54
5.3 การพิจารณาตัวชี้วัดการเงินการคลังสุขภาพโดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้เชี่ยวชาญ.....	56
5.4 ข้อเสนอเพื่อพัฒนาตัวชี้วัดการเงินการคลังสุขภาพและสถานการณ์ตามตัวชี้วัด	60
5.5 สรุปตัวชี้วัดการเงินการคลังสุขภาพที่นักวิจัยเสนอ	84
บทที่ 6 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ.....	91
6.1 สรุปผลการศึกษา.....	91
6.2 ข้อเสนอเชิงนโยบายเกี่ยวกับการเงินการคลังสุขภาพ.....	92
6.3 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการประเมินสถานการณ์ระบบสุขภาพด้านการเงินการคลังสุขภาพต่อ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.....	94
<i>เอกสารอ้างอิง</i>	<i>95</i>
<i>ภาคผนวก ก เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....</i>	<i>107</i>
<i>ภาคผนวก ข ตัวชี้วัดที่มีความหมายเหมือนหรือคล้ายกับตัวชี้วัดอื่น ๆ จำนวน 10 ตัวชี้วัด.....</i>	<i>108</i>
<i>ภาคผนวก ค ตัวชี้วัดที่ไม่สอดคล้องหรือมีความสอดคล้องน้อยกับระบบสุขภาพของประเทศไทยจำนวน 29 ตัวชี้วัด</i>	<i>109</i>
<i>ภาคผนวก ง ตัวชี้วัดที่ไม่ใช่ตัวชี้วัดการเงินการคลัง จำนวน 11 ตัวชี้วัด.....</i>	<i>113</i>
<i>ภาคผนวก จ ตัวชี้วัดที่มีลำดับความสำคัญต่ำ (low priority) จำนวน 53 ตัวชี้วัด.....</i>	<i>115</i>
<i>ภาคผนวก ฉ รายงานการประชุมการพิจารณาและหาข้อสรุปตัวชี้วัดการเงินการคลังด้านสุขภาพเพื่อ จัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทยตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550</i>	<i>121</i>

สารบัญรูป

หน้า

รูปที่ 3.1	แผนภาพแสดงขั้นตอนการดำเนินงานโครงการ.....	10
รูปที่ 4.1	ร้อยละของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE) ต่อ ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) ในปี พ.ศ. 2555-2564 โดยมีค่าเป้าหมาย คือ ไม่เกินร้อยละ 5.....	13
รูปที่ 4.2	ร้อยละของรายจ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพ (GGHE) ต่อ รายจ่ายของรัฐบาล (GGE) ในปี พ.ศ. 2555-2564 โดยมีค่าเป้าหมาย คือ ไม่เกินร้อยละ 20.....	14
รูปที่ 4.3	ร้อยละของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE) ต่อ ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) ในปี พ.ศ. 2555-2564 โดยมีค่าเป้าหมาย คือ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 4.1.....	15
รูปที่ 4.4	ร้อยละของรายจ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพ (GGHE) ต่อ รายจ่ายของรัฐบาล (GGE) ในปี พ.ศ. 2555-2564 โดยมีค่าเป้าหมาย คือ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 16.5.....	16
รูปที่ 4.5	ร้อยละของรายจ่ายนอกภาครัฐด้านสุขภาพ (Non-government Health Expenditure) ต่อ รายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE) ในปี พ.ศ. 2555-2564 โดยมีค่าเป้าหมาย คือ ไม่เกินร้อยละ 20.....	18
รูปที่ 4.6	ร้อยละของรายจ่ายของครัวเรือน (OOP) ต่อ รายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE) ในปี พ.ศ. 2555-2564 โดยมีค่าเป้าหมาย คือ ไม่เกินร้อยละ 8.7.....	19
รูปที่ 4.7	ร้อยละของอุบัติเหตุการครัวเรือนล้ม ละลายจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Catastrophic Health Expenditure) ต่อ ครัวเรือนทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2555-2565 โดยมีค่าเป้าหมาย คือ ไม่เกินร้อยละ 1.97.....	20
รูปที่ 4.8	ร้อยละของอุบัติเหตุการครัวเรือน ที่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจนหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Health impoverishment) ต่อ ครัวเรือนทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2555-2565 โดยมีค่าเป้าหมาย คือ ไม่เกินร้อยละ 0.29.....	21
รูปที่ 4.9	ร้อยละของประชากรที่มีความจำเป็นด้านสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (Unmet health need) โดยรวมบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และทันตกรรม ต่อประชากรทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2554-2564 โดยมีค่าเป้าหมายคือ ไม่เกินร้อยละ 2.60.....	22
รูปที่ 4.10	Kakwani index วัดมาตรฐานการครองชีพด้วยรายได้ พ.ศ. 2543-2564 โดยมีค่าเป้าหมาย 0.1186.....	24
รูปที่ 4.11	Kakwani index วัดมาตรฐานการครองชีพด้วยรายจ่าย พ.ศ. 2543-2564 โดยมีค่าเป้าหมาย 0.2161.....	25
รูปที่ 4.12	Concentration index แสดงความเสมอภาคในการได้รับผลประโยชน์จากเงินอุดหนุนของรัฐ ระหว่างปี พ.ศ. 2550-2564.....	26

รูปที่ 4.13 บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แนบท้ายประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม ลงวันที่ 29 มี.ค. 2567 ⁽⁴⁹⁾	35
รูปที่ 5.1 ขั้นตอนการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับตัวชี้วัดการเงินการคลังสุขภาพและการคัดเลือกเบื้องต้นโดยนักวิจัย	56
รูปที่ 5.2 ตัวชี้วัดการเงินการคลังสุขภาพที่เสนอให้ที่ประชุมพิจารณา	57
รูปที่ 5.3 รายงานดำเนินการด้านสุขภาพ (CHE) ต่อ ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) ในปี พ.ศ. 2555-2564	63
รูปที่ 5.4 ร้อยละการเติบโตของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ ในปี พ.ศ. 2555-2564	63
รูปที่ 5.5 รายงานของรัฐบาลด้านสุขภาพ (GGHE-D) ต่อ รายงานของรัฐบาล (GGE) ในปี พ.ศ. 2555-2564	64
รูปที่ 5.6 รายงานดำเนินการด้านสุขภาพของภาคเอกชน (PVT-D) ต่อ รายงานดำเนินการด้านสุขภาพ (CHE) ในปี พ.ศ. 2555-2564	65
รูปที่ 5.7 รายงานของครัวเรือน (OOP) ต่อ รายงานสุขภาพทั้งหมด (THE) ในปี พ.ศ. 2555-2564	66

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1 ระบบประกันสุขภาพภาครัฐสามระบบหลักของประเทศไทย	6
ตารางที่ 3.1 แหล่งข้อมูลในการจัดทำสถานการณ์การเงินการคลังสุขภาพ	8
ตารางที่ 4.1 รายจ่ายสุขภาพต่อหัวประชากรใน 3 ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ.....	31
ตารางที่ 4.2 วิธีการเบิกจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลใน 3 ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ	32
ตารางที่ 4.3 สรุปสถานการณ์การเงินการคลังสุขภาพตามตัวชี้วัดที่เสนอไว้ในเอกสารแนบธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3.....	45
ตารางที่ 5.1 เอกสารอ้างอิงที่ใช้ในการทบทวนตัวชี้วัดการเงินการคลังสุขภาพ	54
ตารางที่ 5.2 สรุปความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมประชุมต่อ 27 ตัวชี้วัด ที่นักวิจัยนำเสนอ.....	57
ตารางที่ 5.3 สรุปตัวชี้วัดการเงินการคลังสุขภาพที่นักวิจัยเสนอจำนวน 21 ตัวชี้วัด	84

บทที่ 1 บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญ

การจัดทำรายงานสถานการณ์การเงินการคลังสุขภาพของระบบสุขภาพไทยและการพัฒนาตัวชี้วัดการเงินการคลังด้านสุขภาพในโครงการนี้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทางนโยบายซึ่งดำเนินการตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 โดยมีที่มาและความสำคัญดังต่อไปนี้

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 25(5) กำหนดให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) มีหน้าที่และอำนาจกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการติดตามและประเมินผลเกี่ยวกับระบบสุขภาพแห่งชาติ และมาตรา 27(3) กำหนดให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) มีหน้าที่และอำนาจสำรวจศึกษา และวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ รวมทั้งสถานการณ์ของระบบสุขภาพเพื่อจัดทำเป็นรายงานหรือเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการตามพระราชบัญญัตินี้ นอกจากนี้ในมาตรา 46 มาตรา 47 และมาตรา 48 ได้กำหนดให้ คสช. จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เพื่อใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบายยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ และเมื่อได้รับความเห็นชอบแล้ว ให้ผูกพันหน่วยงานของรัฐและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องที่จะต้องดำเนินการต่อไปตามอำนาจหน้าที่ของตน โดยธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ต้องสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย และอย่างน้อยต้องมีสาระสำคัญ 12 หมวด โดยหนึ่งในนั้นคือ สาระสำคัญเรื่องการเงินการคลังด้านสุขภาพ โดยต้องมีการทบทวนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติอย่างน้อยทุก 5 ปี⁽¹⁾

คสช. ได้จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับแรก พ.ศ. 2552 ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 และฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 โดยธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 ได้กำหนดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ของไทย เพื่อมุ่งสู่เป้าหมาย “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม” ในระยะ 5 ปี⁽²⁾ ซึ่งจะเป็กรอบและแนวทางในการจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 25(5) และ มาตรา 27(3) จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาชุดตัวชี้วัดระบบสุขภาพในแต่ละหมวด ที่ได้รับการยอมรับร่วมกันขึ้นเพื่อให้เกิดการติดตาม ประเมินผล ระบบสุขภาพไทยอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

สำหรับหมวดการเงินการคลังสุขภาพในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 ได้มีการเสนอตัวชี้วัดและเป้าหมาย จำนวน 15 ตัวชี้วัด โดยอ้างอิงเป้าประสงค์ 4 ประการ ได้แก่ ความยั่งยืน (Sustainability) ความเพียงพอ (Adequacy) ความเป็นธรรม (Fairness) และความมีประสิทธิภาพ (Efficiency) หรือเรียกโดยย่อว่า S-A-F-E⁽²⁾ การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์และรายงานสถานการณ์ด้านการเงินการคลังสุขภาพตามตัวชี้วัดที่เสนอไว้ในเอกสารแนบธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 และทบทวนตัวชี้วัดเหล่านี้เพื่อจัดทำข้อเสนอในการพัฒนาตัวชี้วัดการเงินการคลังสุขภาพต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อจัดทำรายงานสถานการณ์การเงินการคลังสุขภาพของระบบสุขภาพไทยและทบทวนตัวชี้วัดเพื่อจัดทำข้อเสนอในการพัฒนาตัวชี้วัดการเงินการคลังสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 1) เพื่อทบทวนตัวชี้วัดการเงินการคลังด้านสุขภาพ ตามหลักการ S-A-F-E และพัฒนาให้สอดคล้องกับเป้าหมายระบบสุขภาพที่เป็นธรรม และได้รับการยอมรับร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- 2) เพื่อนำชุดตัวชี้วัดที่พัฒนาขึ้นไปใช้ติดตาม ประเมิน และจัดทำรายงานสถานการณ์การเงินการคลังด้านสุขภาพของระบบสุขภาพไทย
- 3) เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะในการพัฒนาและปรับปรุงชุดตัวชี้วัด รวมถึงกระบวนการนำชุดตัวชี้วัดการเงินการคลังด้านสุขภาพไปใช้
- 4) เพื่อวิเคราะห์รายงานสถานการณ์การเงินการคลังด้านสุขภาพของระบบสุขภาพไทย และพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เพื่อให้การดำเนินงานของระบบสุขภาพไทยไปสู่เป้าหมายระบบสุขภาพที่พึงประสงค์

บทที่ 2 ระบบการเงินการคลังสุขภาพของประเทศไทย

ประเทศไทยได้รับสถานะเป็นประเทศรายได้ปานกลางระดับสูงในปี พ.ศ.2554 หลังจากช่วงเวลาของการเติบโตทางเศรษฐกิจที่รวดเร็วตั้งแต่ทศวรรษ 1960 ถึง 1990 (พ.ศ. 2503-2542) หลังจากนั้นการเติบโตทางเศรษฐกิจได้ชะลอตัวลง⁽³⁾ ปัจจุบัน ข้อมูลล่าสุด ณ ปี 2565 ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) ต่อหัวในสกุลเงินดอลลาร์สหรัฐอยู่ที่ 6,910 ดอลลาร์⁽⁴⁾ โดยคาดว่าจะมีอัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจในปี พ.ศ. 2566-2568 ประมาณ 1.9% 2.7% และ 2.9% ตามลำดับ⁽⁵⁾ จำนวนแรงงานถูกกระจายไปตามภาคส่วนต่างๆ โดย 47.3% ในภาคบริการ 30.4% ในภาคการเกษตร และ 22.2% ในภาคอุตสาหกรรม ผู้ที่ได้รับค่าจ้างและเงินเดือนคิดเป็น 48.0% ของจำนวนแรงงานทั้งหมด อัตราการว่างงานต่ำกว่า 1% ของกำลังแรงงานทั้งหมด⁽⁴⁾

การพัฒนาระบบสุขภาพด้านการเงินการคลัง

ประเทศไทยมีการปฏิรูประบบสุขภาพหลายครั้งเพื่อเพิ่มความเข้าถึงบริการสุขภาพและขยายการคุ้มครองทางการเงินให้ครอบคลุมทั่วประเทศ การปฏิรูปที่สำคัญเกี่ยวกับการเงินการคลังสุขภาพ ได้แก่ การจัดตั้งระบบประกันสุขภาพภาครัฐสำหรับประชากรกลุ่มต่างๆ

ความคุ้มครองทางการเงินด้านสุขภาพ เริ่มต้นจากการมีสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการและครอบครัวตั้งแต่ปี พ.ศ. 2506 ต่อมาได้มีการออกเป็นพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2523 ภายใต้กระทรวงการคลังและดำเนินการโดยกรมบัญชีกลาง⁽⁶⁾ หลังจากนั้น กระทรวงสาธารณสุขได้มีการจัดทำโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษายาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ด้อยโอกาส (บัตรสปร.) ในปี พ.ศ. 2518 โดยใช้งบประมาณจากเงินภาษี และครอบคลุมบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ทันตกรรม และยา แต่ไม่ครอบคลุมการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูงบางรายการ โครงการนี้เริ่มต้นครอบคลุมครัวเรือนที่มีรายได้น้อยและขยายไปครอบคลุมกลุ่มผู้สูงอายุ เด็ก และผู้พิการ และต่อมาในปี พ.ศ. 2526 กระทรวงสาธารณสุขได้มีการจัดตั้งโครงการประกันสุขภาพภาคสมัครใจสำหรับแรงงานนอกระบบ (voluntary community-based health insurance) โดยต้องจ่ายเงินสมทบ 500 บาทต่อครัวเรือนต่อปี ซึ่งครอบคลุมสมาชิกไม่เกิน 5 คน สิทธิการรักษาของโครงการประกันสุขภาพภาคสมัครใจคล้ายคลึงกับโครงการ สปร. แต่ประสบปัญหาที่ผู้ซื้อประกันส่วนมากมักเป็นผู้ที่มีสุขภาพไม่ดีทำให้มีอัตราการใช้บริการสูง ในขณะที่ผู้มีสุขภาพดีมักไม่ซื้อประกัน⁽⁷⁾ ต่อมาในปี พ.ศ. 2533 ได้มีการจัดตั้งกองทุนประกันสังคมเกิดขึ้นภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม ดำเนินการโดยสำนักงานประกันสังคม ขยายสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพให้กับแรงงานที่มีการจ้างงานอย่างเป็นทางการ (แรงงานในระบบ) โดยครอบคลุมสิทธิประโยชน์ 7 กรณี ได้แก่ เจ็บป่วย ทูพพลภาพ ตาย คลอดบุตร สงเคราะห์บุตร ชราภาพ และว่างงาน กองทุน โดยใช้งบประมาณจากเงินสมทบของ 3 ฝ่าย ได้แก่ นายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาล จัดเป็นระบบ

ประกันสุขภาพแบบมีการสมทบ (contributory scheme)⁽⁶⁾ โดยรวมแล้ว โครงการเหล่านี้ได้ครอบคลุมประชากรไทยประมาณสองในสามของประชากรทั้งหมดในปี พ.ศ. 2544⁽⁸⁾

หลังจากมีการเลือกตั้งทั่วไปใน พ.ศ. 2544 พรรคไทยรักไทยได้เสนอนโยบาย "30 บาท รักษาทุกโรค" ในการหาเสียงของพรรค และเมื่อได้รับเลือกเป็นรัฐบาลแล้วจึงมีการผลักดันกระบวนการทางกฎหมาย จนกระทั่งประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และจัดตั้งระบบประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งเป็นการรวมผู้ที่เคยมีบัตร สปร. บัตรประกันสุขภาพภาคสมัครใจ และประชากรอีกร้อยละ 30 ที่ยังไม่มีประกันสุขภาพ โดยการปฏิรูปดังกล่าวยังส่งผลให้เป็นการแยกการทำงานในฐานะผู้ซื้อบริการสุขภาพจากกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นผู้ให้บริการสุขภาพ (purchaser-provider split) อีกด้วย⁽⁸⁾

ระบบประกันสุขภาพภาครัฐของประชาชนไทย

ปัจจุบันระบบประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามระบบ ได้แก่ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ประกันสังคม และหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมกันครอบคลุมประชากรไทยเกือบทั้งหมด (97.3%)⁽⁹⁾

สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการครอบคลุมประชากร 5.3 ล้านคน⁽⁹⁾ ที่เป็นข้าราชการและครอบครัว ใช้งบประมาณจากภาษี เนื่องจากเป็นระบบที่มีที่มาจากความเป็นสวัสดิการ (fringe benefits) ของข้าราชการ กรมบัญชีกลางจึงมุ่งเน้นบทบาทในการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลให้ถูกต้องตามระเบียบของกระทรวงการคลังมากกว่าที่ซื้อบริการสุขภาพอย่างมีกลยุทธ์ (strategic purchasing) เห็นได้จากการใช้งบประมาณปลายเปิด กลไกการจ่ายชดเชยค่าบริการแบบจ่ายตามที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ (fee-for-service) การใช้บริการสถานพยาบาล ตติยภูมิได้โดยไม่ต้องมีการส่งต่อ^(8, 10)

ประกันสังคมครอบคลุมประชากร 12.9 ล้านคน⁽⁹⁾ ซึ่งเป็นแรงงานในระบบทั้งภาครัฐที่ไม่ใช่ข้าราชการและภาคเอกชน ดำเนินการโดยสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน ประกันสังคมมีคณะกรรมการประกันสังคมที่ประกอบด้วยตัวแทนจากฝั่งรัฐบาล นายจ้าง และลูกจ้างซึ่งมีหน้าที่ตัดสินใจเกี่ยวกับนโยบายต่างๆ ของระบบประกันสังคมทั้งหมด⁽¹¹⁾ ในส่วนของประกันสุขภาพมีคณะกรรมการการแพทย์จำนวนไม่เกิน 16 คน ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในวิชาชีพเวชกรรมสาขาต่างๆ หรือด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข หรือด้านการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล เป็นผู้ให้เสนอความเห็นในการดำเนินการเกี่ยวกับบริการทางการแพทย์⁽¹²⁾

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติครอบคลุมประชากร 46.9 ล้านคน⁽⁹⁾ ที่ไม่มีสิทธิในสวัสดิการรักษายาบาลของรัฐอื่นซึ่งได้แก่ แรงงานนอกระบบ ผู้ประกอบธุรกิจส่วนตัว คนว่างงาน เด็ก และผู้สูงอายุ⁽⁸⁾ บริหารจัดการโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและมีระบอบกบิบาลของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งควบคุมกำกับโดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ซึ่งทั้งสองคณะกรรมการมีตัวแทนที่มาจากองค์กรเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์ที่เป็นการแสวงหาผลกำไรจำนวน 5 คน⁽¹¹⁾ เพื่อสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นอกจากนี้ ยังมีกระบวนการอื่นๆ ที่ช่วยสนับสนุนให้เกิดความรับผิดชอบ (accountability) เช่น การรับแจ้งเรื่องร้องเรียน การรับฟังความคิดเห็นทั่วไปประจำปี (annual public hearings) ⁽¹³⁾ การจัดทำรายงานประจำปีเพื่อรายงานผลการดำเนินงานและใช้งบประมาณ⁽¹¹⁾ เป็นต้น

เงื่อนไขการเป็นสมาชิกของแต่ละระบบประกันสุขภาพภาครัฐดังกล่าวเป็นผลให้สมาชิกของแต่ละระบบมีความแตกต่างกันทั้งในด้านโครงสร้างอายุ และเศรษฐฐานะ ตัวอย่างเช่น ผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมเป็นประชากรวัยทำงานเท่านั้น ในขณะที่อีกสองระบบมีทั้งเด็กและผู้สูงอายุ ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่าสมาชิกของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการประมาณครึ่งหนึ่งอยู่ในอยู่ในกลุ่มรายได้สูงสุด (richest wealth quintile) ในขณะที่สมาชิกของประกันสังคมเพียง 27.6% และสมาชิกระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพียง 14.9% เท่านั้นที่จัดอยู่ในกลุ่มที่มีรายได้สูงสุด⁽¹⁴⁾

ถึงแม้ว่าระบบประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามระบบจะมีสิทธิประโยชน์ที่มีความครอบคลุมบริการสุขภาพหลากหลายเช่นเดียวกัน แต่มีกฎ ระเบียบ และข้อกำหนดแตกต่างหลายประการ เช่น กลไกการเบิกจ่ายค่าบริการสุขภาพ ระบบการลงทะเบียนกับสถานพยาบาลรวมถึงสถานพยาบาลที่ไปใช้บริการได้ ระบบการส่งต่อ และการร่วมจ่ายค่าบริการเมื่อไปใช้บริการ ตัวอย่างเช่น ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการใช้กลไกการจ่ายแบบ fee-for-service สำหรับบริการผู้ป่วยนอก ในขณะที่ระบบประกันสังคมและระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใช้การเหมาจ่ายรายหัว (capitation)⁽¹⁵⁻¹⁷⁾ รวมถึงการเบิกจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis-related group, DRG) ของทั้งสามระบบที่มีอัตราฐานแตกต่างกัน⁽¹⁵⁻¹⁷⁾ รวมถึงเพดานการเบิกยาราคาแพง เครื่องมือแพทย์ และอุปกรณ์บำบัดโรคต่างๆ ที่มีความแตกต่างกัน⁽¹⁸⁾ สมาชิกระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการสามารถไปใช้บริการที่สถานพยาบาลรัฐที่ใดก็ได้โดยไม่ต้องมีการส่งต่อ⁽¹⁹⁾ ผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมต้องไปใช้บริการที่สถานพยาบาลรัฐ/เอกชนที่ลงทะเบียนไว้เป็นสถานพยาบาลประจำโดยจะได้รับการส่งต่อตามความจำเป็น⁽²⁰⁾ ส่วนสมาชิกระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีการลงทะเบียนกับสถานพยาบาลรัฐ/เอกชนเช่นกัน⁽¹⁰⁾ แต่สามารถไปใช้บริการสุขภาพที่สถานพยาบาลอื่นได้มากขึ้นภายใต้นโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ได้ตามเงื่อนไข⁽²¹⁾

นอกจากนี้ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการกำหนดให้สมาชิกมีการร่วมจ่ายค่าบริการเมื่อใช้บริการแล้วค่าบริการเกินเพดานการเบิกตามระเบียบของกรมบัญชีกลาง ซึ่งมักเกิดขึ้นเมื่อมีการใช้ยานอกบัญชียาหลัก การผ่าตัดที่มีราคาแพง การใช้บริการคลินิกนอกเวลา/พรีเมียมคลินิก การใช้ห้องพิเศษ เป็นต้น ส่วนระบบประกันสังคมส่วนใหญ่ไม่อนุญาตให้มีการเรียกเก็บค่าบริการจากผู้ประกันตนเมื่อไปใช้บริการที่สถานพยาบาลประจำ ยกเว้นส่วนที่เกินจากเพดานการเบิกเฉพาะบริการที่กำหนดไว้ เช่น ค่าห้องพิเศษที่เกิน 700 บาท/คืน ค่าบริการทันตกรรมที่เกิน 900 บาทต่อปี การรักษามะเร็งนอกโปรโตคอล/ที่ไม่มีโปรโตคอล ส่วนระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอนุญาตให้สมาชิกร่วมจ่าย 30 บาทในแต่ละครั้งที่ไปใช้บริการยกเว้นกลุ่มที่ได้รับการยกเว้น

ลักษณะและความแตกต่างที่สำคัญของระบบประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามระบบสรุปได้ดังตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 ระบบประกันสุขภาพภาครัฐสามระบบหลักของประเทศไทย

	หลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ	ประกันสังคม	สวัสดิการรักษายาพยาบาล ข้าราชการ
หน่วยงาน บริหาร	สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ	สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน	กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง
ผู้มีสิทธิ	ประชาชนไทยที่ไม่มีสิทธิใน สวัสดิการด้านสุขภาพอื่น ของรัฐ	ลูกจ้างของหน่วยงานรัฐและ เอกชน	ข้าราชการและครอบครัว (คู่สมรส บิดามารดา บุตร อายุไม่เกิน 20 ปี)
ลักษณะ	สวัสดิการของรัฐ	ระบบร่วมจ่าย	สวัสดิการของข้าราชการ
จำนวนสมาชิก	46.9 ล้านคน	12.9 ล้านคน	5.3 ล้านคน
วิธีการเบิกจ่าย ค่าบริการ	ผู้ป่วยนอก: เหม่าจ่ายรายหัว ผู้ป่วยใน: DRG แบบมีวงเงิน บางรายการ: จ่ายตาม รายการค่าบริการ (Fee schedule)	ผู้ป่วยนอก: เหม่าจ่ายรายหัว ผู้ป่วยใน: เหม่าจ่ายรายหัว และ DRG หากมีค่าน้ำหนัก สัมพัทธ์ 2+ บางรายการ: จ่ายตาม รายการค่าบริการ	ผู้ป่วยนอก: fee-for-service ผู้ป่วยใน: DRG แบบไม่มี วงเงิน
สถานพยาบาล ที่สามารถไปใช้ บริการได้	หน่วยบริการรัฐ/เอกชนที่ ลงทะเบียนไว้ หรือ ไปรับ บริการที่ไหนก็ได้ตาม นโยบายบัตรประชาชนใบ เดียวรักษาทุกที่ (ฉุกเฉินวิกฤต ไปที่ไหนก็ได้)	หน่วยบริการรัฐ/เอกชนที่ ลงทะเบียนไว้ ส่งต่อตามความจำเป็น (ฉุกเฉินวิกฤต ไปที่ไหนก็ได้)	รัฐ: ที่ไหนก็ได้ เอกชน: เฉพาะเหตุการณ์ที่ กำหนด (ฉุกเฉินวิกฤต ไปที่ไหนก็ได้)
การจ่ายสมทบ เข้ากองทุน	ไม่ต้องสมทบ	หักจากเงินเดือนในอัตรา 1.5% ไม่เกิน 225 บาท	ไม่ต้องสมทบ
การร่วมจ่าย เมื่อใช้บริการ	30 บาท/ครั้ง (ยกเว้นกลุ่มที่ได้รับการ ยกเว้น)	ร่วมจ่ายเฉพาะรายการที่ กำหนดเมื่อเกินเพดานเบิก เช่น ห้องพิเศษ ทันตกรรม ฟอกเลือด/ล้างไต มะเร็ง	ร่วมจ่ายส่วนต่าง กรณีเกินเพดานการเบิกจ่าย

บริบทของระบบสุขภาพและการเงินการคลังสุขภาพในประเทศไทยดังที่กล่าวมาส่งผลต่อการเข้าถึง การใช้บริการสุขภาพ และความเสียหายทางการเงินของประชาชนซึ่งอาจมีความแตกต่างกันระหว่างคนที่มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพต่างๆ ในประเทศไทย

ความครอบคลุมทางสุขภาพสำหรับบุคคลต่างชาติ/บุคคลไร้รัฐ

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยยังไม่ครอบคลุมบุคคลที่ไม่ได้มีสัญชาติไทยทั้งหมดที่อยู่บนผืนแผ่นดินไทย โดยรัฐบาลมีการจัดสรรงบประมาณประจำปีให้กับบุคคลไร้สัญชาติที่อยู่ระหว่างกระบวนการพิสูจน์สัญชาติมาตั้งแต่ พ.ศ. 2553 สำหรับกรณีบุคคลต่างชาติ กระทรวงสาธารณสุขมีการจัดตั้งโครงการประกันสุขภาพภาคสมัครใจสำหรับบุคคลต่างด้าวขึ้นเมื่อ พ.ศ. 2544 โดยใช้แหล่งเงินจากเบี้ยประกันรายปีที่เก็บจากแรงงานต่างด้าว⁽⁸⁾ ส่วนแรงงานต่างชาติที่มีการจ้างงานอย่างเป็นทางการต้องเข้าสู่ระบบประกันสังคมเช่นเดียวกับคนไทย⁽²²⁾

บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย

3.1 วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการศึกษาแบบผสมวิธี (Mixed Method Research) โดยมีการดำเนินงาน 2 ขั้นตอนหลักตามวัตถุประสงค์ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การจัดทำรายงานสถานการณ์การเงินการคลังสุขภาพของระบบสุขภาพไทยตามตัวชี้วัดที่ระบุไว้ในเอกสารแนบธรรมนุญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565

ใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรมและข้อมูลปฐมภูมิจากแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพื่อรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพตามประเด็นที่ระบุใน 15 ตัวชี้วัด มีวิธีการดำเนินงานดังนี้

- 1) สืบค้นและรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังตารางที่ 3.1
- 2) เขียนรายงานสถานการณ์ของแต่ละตัวชี้วัด
- 3) วิเคราะห์สถานการณ์ในแต่ละเป้าประสงค์ S-A-F-E
- 4) อภิปรายผลการศึกษาในด้านข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับแต่ละเป้าประสงค์ ข้อจำกัดของตัวชี้วัดในการติดตามสถานการณ์การเงินการคลังสุขภาพเพื่อติดตามเป้าหมายของระบบสุขภาพ และข้อจำกัดในการจัดทำข้อมูล
- 5) ตรวจสอบรายงาน (peer review) โดยที่ปรึกษาโครงการ

ตารางที่ 3.1 แหล่งข้อมูลในการจัดทำสถานการณ์การเงินการคลังสุขภาพ

ตัวชี้วัด	แหล่งข้อมูล
เชิงปริมาณ	
ตัวชี้วัดที่ 1-5	บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2563-2564 และการประมาณการรายจ่ายสุขภาพ พ.ศ. 2565-2567 โดยมูลนิธิเพื่อการพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ ⁽²³⁾
ตัวชี้วัดที่ 6-7	รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2566 โดย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ⁽⁹⁾
ตัวชี้วัดที่ 8, 10	รายงานโครงการประเมินความเป็นธรรมการเข้าถึงบริการสุขภาพและความเป็นธรรมทางการเงินการคลังสุขภาพ ปีงบประมาณ 2565 ⁽²⁴⁾
ตัวชี้วัดที่ 9	Thailand Health System in Transition Review, second edition ⁽²⁵⁾

ตัวชี้วัด	แหล่งข้อมูล
ตัวชี้วัดที่ 13.1	ข้อมูลปฐมภูมิเกี่ยวกับรายจ่ายและจำนวนประชากรจาก 3 ระบบประกันสุขภาพภาครัฐ
เชิงคุณภาพ	
ตัวชี้วัดที่ 11	ประกาศคณะกรรมการค่าจ้าง เรื่องอัตราค่าจ้างขั้นต่ำ สำนักงานประกันสังคม
ตัวชี้วัดที่ 12-15 ยกเว้น 13.1	เอกสารของหน่วยงานและบทความวิชาการที่เกี่ยวข้อง โดยสืบค้นจาก google ด้วยคำสำคัญ (keywords) ในแต่ละประเด็น เช่น ประกันสุขภาพต่างดาว ผู้มีปัญหาด้านสิทธิและสถานะ การจัดซื้อยารวม ราคากลาง บัญชียาหลักแห่งชาติ เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 2 การทบทวนและจัดทำข้อเสนอในการพัฒนาตัวชี้วัดการเงินการคลังสุขภาพให้สอดคล้องกับเป้าหมายระบบสุขภาพที่พึงประสงค์

ใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรม และประชุมปรึกษาหารือกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้เชี่ยวชาญ มีวิธีการดำเนินงานดังนี้

- 1) ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับนโยบาย เป้าประสงค์ และมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการเงินการคลังสุขภาพของประเทศไทย
 - 2) ทบทวนเอกสารวิชาการทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดการเงินการคลังสุขภาพ ดังนี้ในประเทศ:
 - ข้อเสนอตัวชี้วัดการเงินการคลังสุขภาพจากเอกสารแนบท้าย ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3⁽²⁾
 - ข้อเสนอการคลังสุขภาพ เพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป้าประสงค์ตัวชี้วัด และเป้าหมาย⁽²⁶⁾
- ต่างประเทศ:
- สืบค้นเอกสารขององค์การระหว่างประเทศ ได้แก่ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization - WHO) องค์การเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศของสหรัฐอเมริกา (United States Agency for International Development – USAID) และ ธนาคารโลก (World Bank)
 - สืบค้นจากฐานข้อมูล Pubmed
- 3) นักวิจัยทำการคัดเลือกตัวชี้วัดการเงินการคลังสุขภาพที่เหมาะสมตามนโยบาย เป้าประสงค์ และมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการเงินการคลังสุขภาพของประเทศไทย

- 4) นำเสนอผลการคัดเลือกตัวชี้วัดการเงินการคลังสุขภาพต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้เชี่ยวชาญ เพื่อปรึกษาหารือ รับฟังความคิดเห็น เพื่อปรับปรุงข้อเสนอตัวชี้วัดให้เป็นที่ยอมรับโดยผู้เกี่ยวข้อง โดยมีผู้เข้าร่วมประชุม 4 กลุ่ม ดังนี้
 - ผู้กำหนดนโยบาย
 - ผู้แทนจากหน่วยงานหลักประกันสุขภาพภาครัฐ
 - ผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันวิจัย/มหาวิทยาลัย
 - องค์กรภาคประชาสังคม
- 5) ปรับปรุงแก้ไขข้อเสนอตัวชี้วัดตามคำแนะนำของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้เชี่ยวชาญ
- 6) ทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมเพื่อรายงานสถานการณ์การเงินการคลังสุขภาพตามตัวชี้วัดที่เสนอใหม่ โดยใช้วิธีการเช่นเดียวกับในขั้นตอนที่ 1
- 7) ตรวจสอบรายงาน (peer review) โดยที่ปรึกษาโครงการ



รูปที่ 3.1 แผนภาพแสดงขั้นตอนการดำเนินงานโครงการ

3.2 ประเด็นด้านจริยธรรม

การดำเนินงานและเครื่องมือในการเก็บข้อมูลที่ใช้ในการศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.) เอกสารการรับรอง COA No. IHRP2024076 IHRP No. 077-2567 เมื่อวันที่ 6 มิถุนายน พ.ศ. 2567 (ภาคผนวก ก)

3.3 ระยะเวลาดำเนินงาน

15 พฤษภาคม – 14 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 (6 เดือน)

บทที่ 4 ผลการศึกษา: สถานการณ์การเงินการคลังสุขภาพของระบบสุขภาพไทยตามตัวชี้วัดใน ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565

4.1 ตัวชี้วัดด้านการเงินการคลังสุขภาพ

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 3 กำหนดตัวชี้วัดการเงินการคลังสุขภาพ 15 ตัวชี้วัด (รวมตัวชี้วัดย่อยเป็น 20 ตัวชี้วัด) โดยสถานการณ์การเงินการคลังสุขภาพของประเทศไทยเมื่อพิจารณาจากตัวชี้วัดเหล่านี้ เป็นไปตามรายละเอียดดังนี้

เป้าประสงค์ด้านความยั่งยืน (Sustainability)

ตัวชี้วัดที่ 1: ร้อยละของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (Total Health Expenditure, THE) ต่อ ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (Gross Domestic Product, GDP)

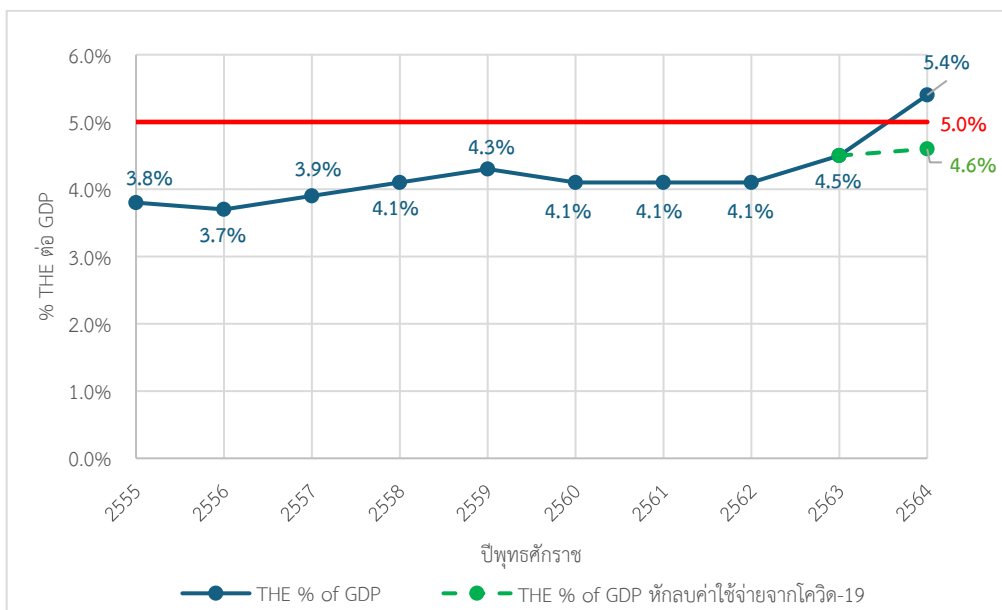
นิยาม	สัดส่วนของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE) คือ ยอดรวมของรายจ่ายดำเนินการด้านสุขภาพ (Current Health Expenditure, CHE) และรายจ่ายเพื่อการลงทุนด้านสุขภาพ (Capital investment) ⁽²³⁾ เช่น อาคาร สิ่งก่อสร้าง เครื่องจักร และเทคโนโลยี ⁽²⁷⁾ ต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) ¹
ค่าเป้าหมาย	ร้อยละของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE) ต่อ ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) ไม่เกินร้อยละ 5
การวัด	ทบทวนวรรณกรรม
วิธีการคำนวณ	$(THE/GDP) \times 100$
แหล่งข้อมูล	บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2563-2564 และการประมาณการรายจ่ายสุขภาพ พ.ศ. 2565-2567 โดยมูลนิธิเพื่อการพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ⁽²³⁾

สถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 1

จากข้อมูลบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2555-2564) พบว่าสัดส่วนรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE) ต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2555 สัดส่วนอยู่ที่ร้อยละ 3.8 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 4.3 ในปี พ.ศ. 2559 จากนั้น สัดส่วนดังกล่าวลดลงและคงที่ที่ร้อยละ 4.1 เป็นเวลา 3 ปี ก่อนจะเพิ่มขึ้นอีกครั้งในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งมีรายจ่ายภาครัฐเพื่อการควบคุม และ

¹ ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ คือ มูลค่าของสินค้าและบริการขั้นสุดท้ายที่ผลิตขึ้นภายในประเทศ ณ ช่วงเวลาหนึ่งๆ

ตอบสนองต่อโรคระบาด (รวมงบลงทุน, ใช้จ่ายด้านงานวิจัย) จำนวนทั้งสิ้น 11,768.6 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2563 และเพิ่มขึ้นเป็น 148,398.9 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2564⁽²⁸⁾ ดังกล่าว ส่งผลให้สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพต่อ GDP เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 4.5 ในปี พ.ศ. 2563 และร้อยละ 5.4 ในปี พ.ศ. 2564 ซึ่งเกินเป้าหมายที่ตั้งไว้ที่ร้อยละ 5 อย่างไรก็ตาม หากไม่รวมค่าใช้จ่ายจากวิกฤติโรคโควิด 19 สัดส่วนในปี พ.ศ. 2564 จะเท่ากับร้อยละ 4.6 ซึ่งเป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้



รูปที่ 4.1 ร้อยละของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE) ต่อ ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) ในปี พ.ศ. 2555-2564 โดยมีค่าเป้าหมาย คือ ไม่เกินร้อยละ 5

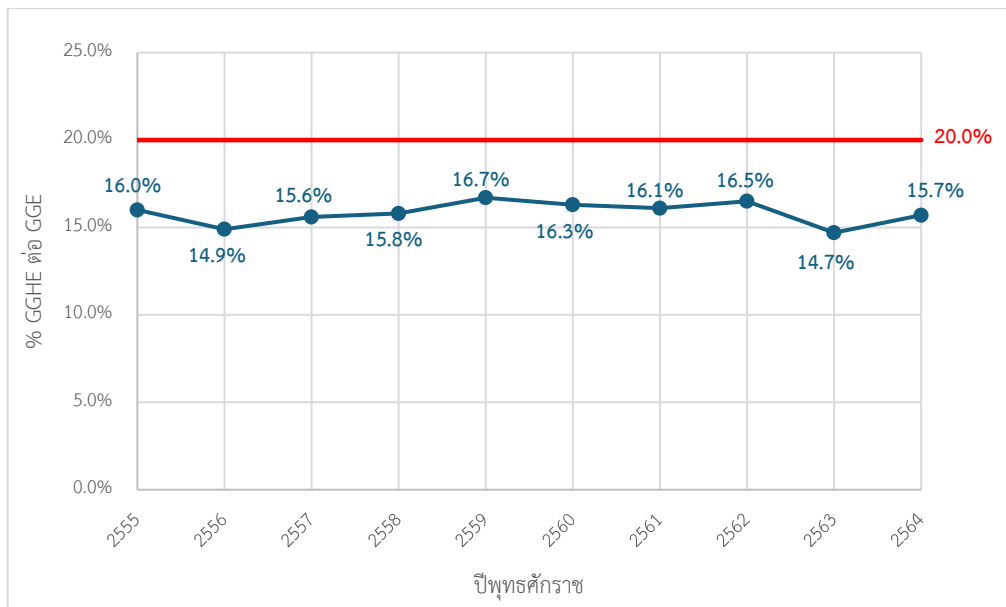
ตัวชี้วัดที่ 2: ร้อยละของรายจ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพ (General Government Health Expenditure, GGHE) ต่อ รายจ่ายของรัฐบาล (General Government Expenditure, GGE)

นิยาม	รายจ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพ (GGHE) คือ ยอดรวมของรายจ่ายดำเนินการด้านสุขภาพ และรายจ่ายเพื่อการลงทุนด้านสุขภาพของรัฐบาล (Capital investment) ⁽²³⁾ และรายจ่ายของรัฐบาล (GGE) คือ ยอดรวมรายจ่ายของรัฐบาลทั้งหมด
ค่าเป้าหมาย	ร้อยละของรายจ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพ (GGHE) ต่อ รายจ่ายของรัฐบาล (GGE) ไม่เกินร้อยละ 20
การวัด	ทบทวนวรรณกรรม
วิธีการคำนวณ	$(GGHE/GGE) \times 100$

แหล่งข้อมูล	บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2563-2564 และการประมาณการรายจ่ายสุขภาพ พ.ศ. 2565-2567 โดยมูลนิธิเพื่อการพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ⁽²³⁾
-------------	---

สถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 2

จากข้อมูลบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2555-2564) พบว่าร้อยละของรายจ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพ (GGHE) ต่อรายจ่ายของรัฐบาลทั้งหมด (GGE) มีการเปลี่ยนแปลงในช่วงร้อยละ 14.7 ถึง 16.7 ซึ่งอยู่ในช่วงของค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ คือไม่เกินร้อยละ 20 ตลอดช่วงระยะเวลา



รูปที่ 4.2 ร้อยละของรายจ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพ (GGHE) ต่อ รายจ่ายของรัฐบาล (GGE) ในปี พ.ศ. 2555-2564 โดยมีค่าเป้าหมาย คือ ไม่เกินร้อยละ 20

เป้าประสงค์ด้านความเพียงพอ (Adequacy)

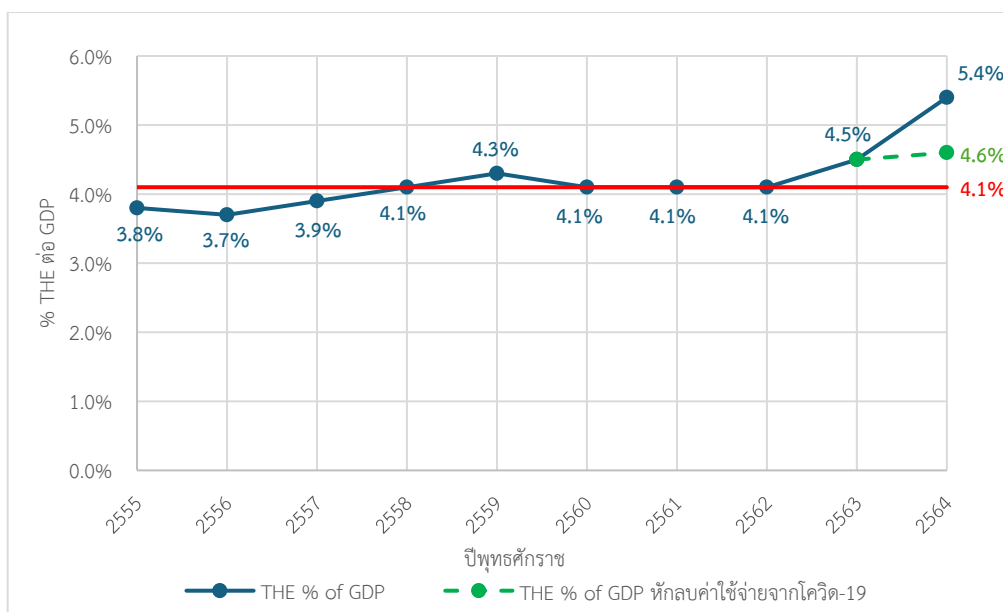
ตัวชี้วัดที่ 3: ร้อยละของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (Total Health Expenditure, THE) ต่อ ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (Gross Domestic Product, GDP)

นิยาม	รายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE) คือ ยอดรวมของรายจ่ายดำเนินการด้านสุขภาพ (CHE) และรายจ่ายเพื่อการลงทุนด้านสุขภาพ (Capital investment) ⁽²³⁾ เช่น การก่อสร้างอาคาร เครื่องจักร และเทคโนโลยี ⁽²⁷⁾ และผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP)
ค่าเป้าหมาย	ร้อยละของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE) ต่อ ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 4.1

การวัด	ทบทวนวรรณกรรม
วิธีการคำนวณ	(THE/GDP) x 100
แหล่งข้อมูล	บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2563-2564 และการประมาณการรายจ่ายสุขภาพ พ.ศ. 2565-2567 โดยมูลนิธิเพื่อการพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ⁽²³⁾

สถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 3

จากข้อมูลบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2555-2564) พบว่าสัดส่วนรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE) ต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 เป็นต้นมา สัดส่วนนี้ได้อยู่ที่ระดับไม่ต่ำกว่าร้อยละ 4.1 และในปี พ.ศ. 2564 ค่าใช้จ่ายในช่วงวิกฤติโรคโควิด 19 เพิ่มขึ้น แต่เมื่อไม่รวมรายจ่ายเพื่อการตอบสนองวิกฤติโรคโควิด 19 สัดส่วนนี้ยังคงสูงกว่าร้อยละ 4.1 ซึ่งเป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้



รูปที่ 4.3 ร้อยละของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE) ต่อ ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) ในปี พ.ศ. 2555-2564 โดยมีค่าเป้าหมาย คือ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 4.1

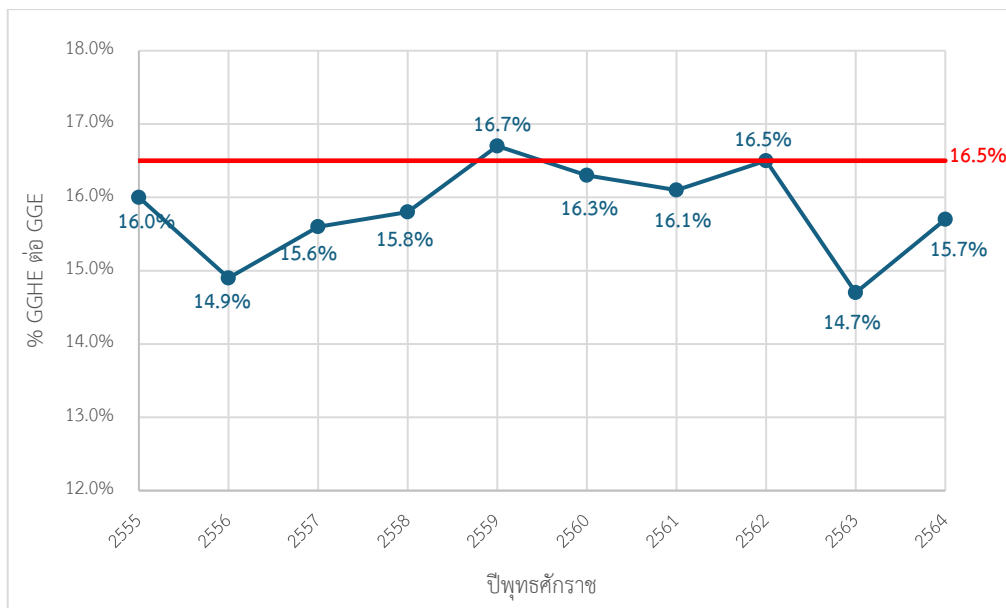
ตัวชี้วัดที่ 4: ร้อยละของรายจ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพ (General Government Health Expenditure, GGHE) ต่อ รายจ่ายของรัฐบาล (General Government Expenditure, GGE)

นิยาม	รายจ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพ (GGHE) คือ ยอดรวมของรายจ่ายดำเนินการทางด้านสุขภาพและรายจ่ายเพื่อการลงทุนด้านสุขภาพของรัฐบาล (Capital investment) ⁽²³⁾ และรายจ่ายของรัฐบาล (GGE) คือ ยอดรวมรายจ่ายของรัฐบาลทั้งหมด
-------	---

ค่าเป้าหมาย	ร้อยละของรายจ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพ (GGHE) ต่อ รายจ่ายของรัฐบาล (GGE) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 16.5
การวัด	ทบทวนวรรณกรรม
วิธีการคำนวณ	$(GGHE/GGE) \times 100$
แหล่งข้อมูล	บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2563-2564 และการประมาณการรายจ่ายสุขภาพ พ.ศ. 2565-2567 โดยมูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ⁽²³⁾

สถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 4

จากข้อมูลบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2555-2564) พบว่าสัดส่วนรายจ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพ (GGHE) ต่อรายจ่ายของรัฐบาล (GGE) มีการเปลี่ยนแปลงในช่วงร้อยละ 14.7 ถึง 16.7 โดยสูงสุดในปี พ.ศ. 2559 อย่างไรก็ตาม หลังจากปี พ.ศ. 2562 สัดส่วนนี้ลดลงต่ำกว่าร้อยละ 16.5 ซึ่งไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้



รูปที่ 4.4 ร้อยละของรายจ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพ (GGHE) ต่อ รายจ่ายของรัฐบาล (GGE) ในปี พ.ศ. 2555-2564 โดยมีค่าเป้าหมาย คือ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 16.5

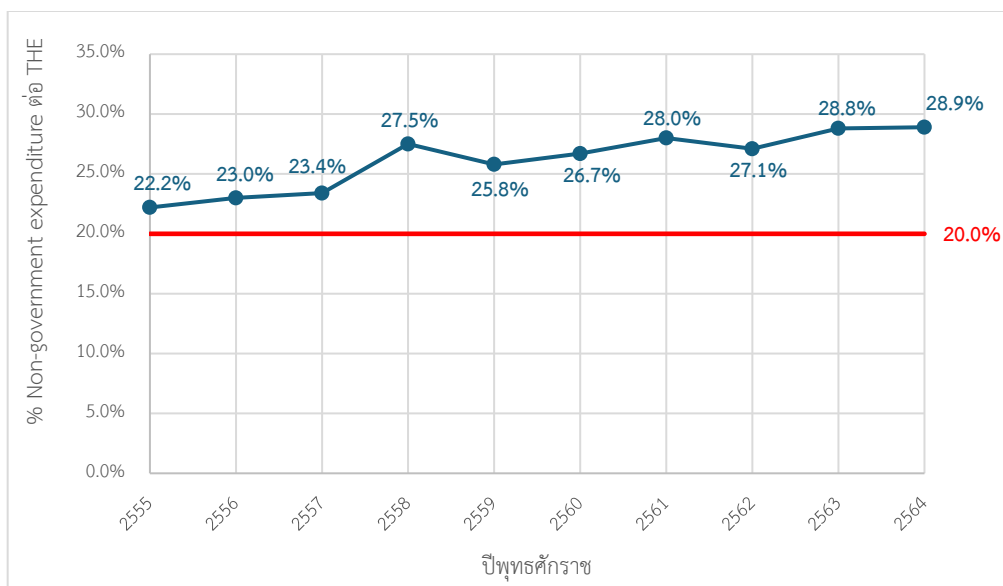
ตัวชี้วัดที่ 5: รายจ่ายนอกภาครัฐด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 2 ตัวชี้วัดย่อย

ตัวชี้วัดที่ 5.1: ร้อยละของรายจ่ายนอกภาครัฐด้านสุขภาพ (Non-government Health Expenditure) ต่อรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE)

นิยาม	รายจ่ายนอกภาครัฐด้านสุขภาพ (Non-government Health Expenditure) คือ ยอดรวมของรายจ่ายด้านสุขภาพที่มาจากแหล่งทุนนอกภาครัฐทั้งหมด รวมถึงภาคเอกชน (ซึ่งรวมรายจ่ายครัวเรือน) และแหล่งทุนจากต่างประเทศ ⁽²³⁾
ค่าเป้าหมาย	ร้อยละของรายจ่ายนอกภาครัฐด้านสุขภาพ (Non-government Health Expenditure) ต่อ รายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE) ไม่เกินร้อยละ 20
การวัด	ทบทวนวรรณกรรม
วิธีการคำนวณ	$(\text{Non-government Health Expenditure}/\text{THE}) \times 100$
แหล่งข้อมูล	บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2563-2564 และการประมาณการรายจ่ายสุขภาพ พ.ศ. 2565-2567 โดยมูลนิธิเพื่อการพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ⁽²³⁾

สถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 5.1

จากข้อมูลบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2555-2564) พบว่าสัดส่วนของรายจ่ายนอกภาครัฐด้านสุขภาพ (Non-government Health Expenditure) ต่อ รายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 22.2 ในปี พ.ศ. 2555 จนถึงร้อยละ 28.9 ในปี พ.ศ. 2564 ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ว่าไม่เกินร้อยละ 20 มาโดยตลอด การเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องของรายจ่ายนอกภาครัฐด้านสุขภาพเป็นผลมาจากการเพิ่มขึ้นของการประกันสุขภาพภาคสมัครใจกับบริษัทประกันสุขภาพเอกชน โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.0 ของรายจ่ายดำเนินการด้านสุขภาพ ใน พ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 16.5 ของรายจ่ายดำเนินการด้านสุขภาพ ใน พ.ศ. 2564 ส่วนแหล่งการคลังนอกภาครัฐอื่นๆ ได้แก่ บริษัทประกันภัยตาม พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ องค์กรไม่แสวงหากำไร สวัสดิการจัดโดยนายจ้าง และความช่วยเหลือจากต่างประเทศมีสัดส่วนรายจ่ายสุขภาพรวมกันประมาณร้อยละ 4.1 ของรายจ่ายดำเนินการด้านสุขภาพ ใน พ.ศ. 2564⁽²³⁾



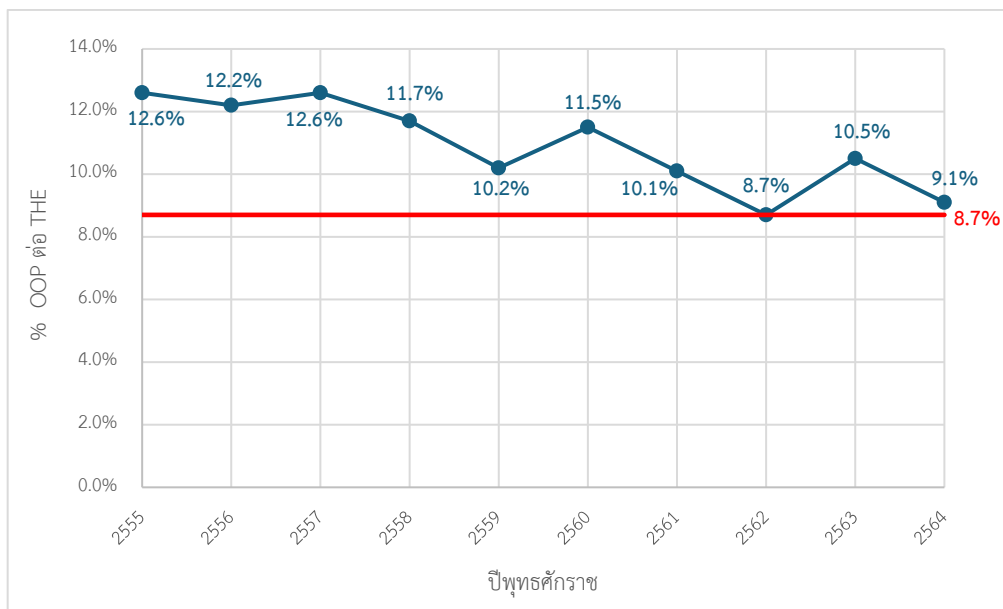
รูปที่ 4.5 ร้อยละของรายจ่ายนอกภาครัฐด้านสุขภาพ (Non-government Health Expenditure) ต่อ รายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE) ในปี พ.ศ. 2555-2564 โดยมีค่าเป้าหมาย คือ ไม่เกินร้อยละ 20

ตัวชี้วัดที่ 5.2: ร้อยละของรายจ่ายของครัวเรือน (Out-of-Pocket Expenditure, OOP) ต่อ รายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE)

นิยาม	รายจ่ายของครัวเรือน (OOP) คือ ค่าใช้จ่ายโดยตรงที่ครัวเรือนต้องจ่าย ณ จุดรับบริการเมื่อใช้สินค้าหรือบริการด้านสุขภาพ เพื่อป้องกัน รักษา ฟันฟู ดูแลระยะยาว หรือดูแลแบบประคับประคอง โดยไม่คำนึงถึงประเภทของผู้ให้บริการสุขภาพ โรคหรืออาการทางสุขภาพ และสถานที่ในการให้บริการ ไม่ว่าจะเป็นการรักษาผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน หรือการดูแลที่บ้าน ⁽²⁷⁾
ค่าเป้าหมาย	ร้อยละของรายจ่ายของครัวเรือน (OOP) ต่อ รายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE) ไม่เกินร้อยละ 8.7
การวัด	ทบทวนวรรณกรรม
วิธีการคำนวณ	$(OOP/THE) \times 100$
แหล่งข้อมูล	บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2563-2564 และการประมาณการรายจ่ายสุขภาพ พ.ศ. 2565-2567 โดยมูลนิธิเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ⁽²³⁾

สถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 5.2

จากข้อมูลบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2555-2564) พบว่ารายจ่ายของครัวเรือน (OOP) ต่อ รายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE) มีสัดส่วนอยู่ระหว่างร้อยละ 8.7 – 12.6 ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ ยกเว้นในปี พ.ศ. 2562 ซึ่งเป็นปีที่มีสัดส่วนต่ำสุดที่ร้อยละ 8.7 และเป็นปีที่ใช้กำหนดเป็นค่าอ้างอิงของค่าเป้าหมาย



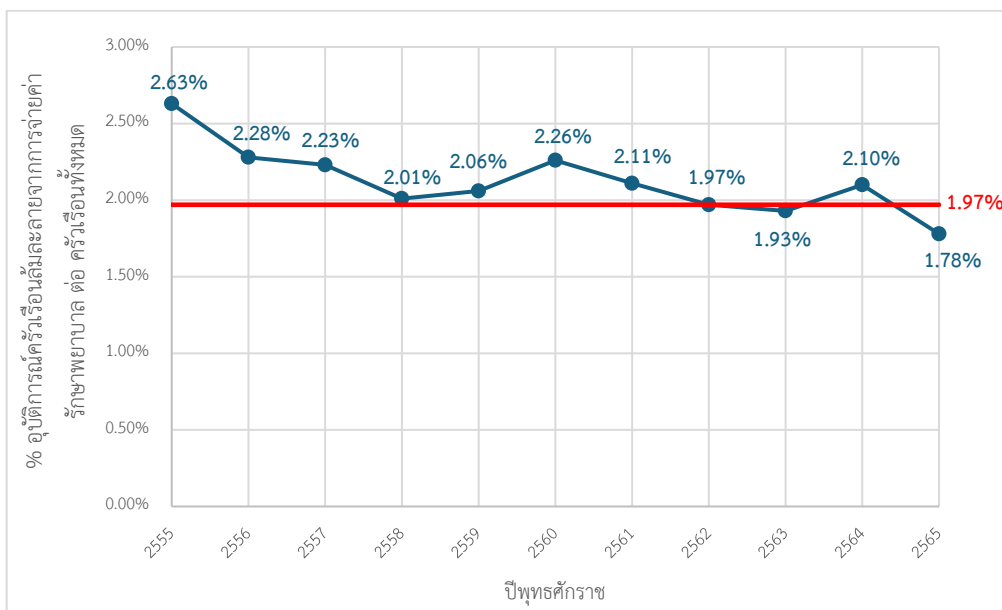
รูปที่ 4.6 ร้อยละของรายจ่ายของครัวเรือน (OOP) ต่อ รายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE) ในปี พ.ศ. 2555-2564 โดยมีค่าเป้าหมาย คือ ไม่เกินร้อยละ 8.7

ตัวชี้วัดที่ 6: ร้อยละของอุบัติการณ์ครัวเรือนล้มละลายจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Catastrophic Health Expenditure) ต่อ ครัวเรือนทั้งหมด

นิยาม	อุบัติการณ์ครัวเรือนล้มละลายจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล คือ ครัวเรือนที่มีรายจ่ายด้านสุขภาพมากกว่าร้อยละ 10 ของรายจ่ายทั้งหมดของครัวเรือน ⁽⁹⁾
ค่าเป้าหมาย	ร้อยละของอุบัติการณ์ครัวเรือนล้มละลายจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ไม่เกินร้อยละ 1.97 ของครัวเรือนทั้งหมด
การวัด	ทบทวนวรรณกรรม
วิธีการคำนวณ	(อุบัติการณ์ครัวเรือนล้มละลายจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล/จำนวนครัวเรือนทั้งหมดในประเทศไทย) × 100
แหล่งข้อมูล	รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2566 โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ⁽⁹⁾

สถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 6

ข้อมูลในช่วงปี พ.ศ. 2555-2565 แสดงให้เห็นว่าร้อยละของอุบัติเหตุการณ์ครัวเรือนล้มละลายจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลต่อครัวเรือนทั้งหมดมีแนวโน้มลดลง แม้จะมีการเพิ่มขึ้นเป็นบางช่วง โดยจากสูงสุดที่ร้อยละ 2.63 ในปี พ.ศ. 2555 ลดลงจนถึงร้อยละ 1.78 ในปี พ.ศ. 2565 ซึ่งต่ำกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ว่าไม่เกินร้อยละ 1.97 อ้างอิงข้อมูลในปี พ.ศ. 2562



รูปที่ 4.7 ร้อยละของอุบัติเหตุการณ์ครัวเรือนล้มละลายจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Catastrophic Health Expenditure) ต่อ ครัวเรือนทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2555-2565 โดยมีค่าเป้าหมาย คือ ไม่เกินร้อยละ 1.97

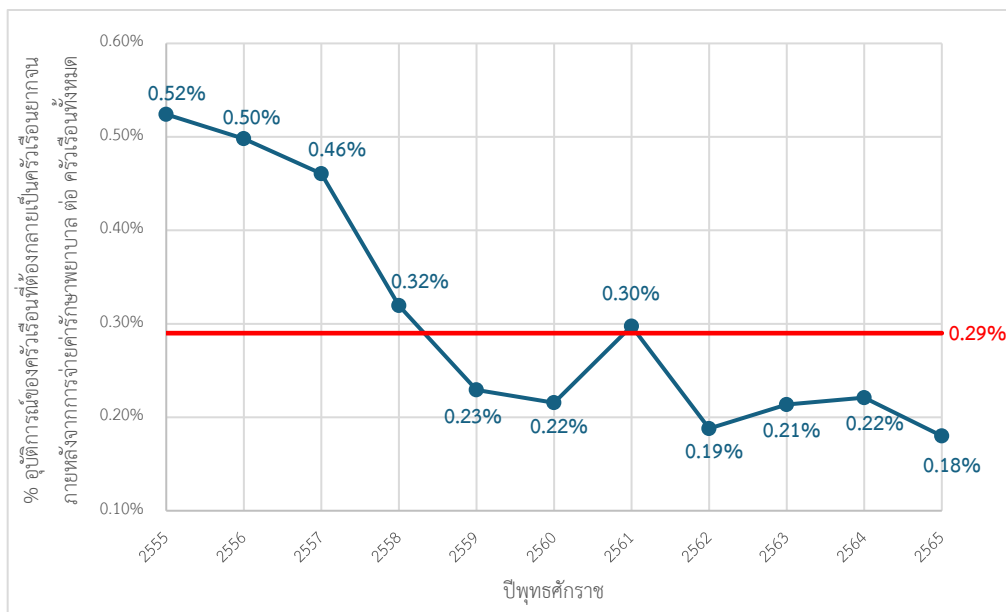
ตัวชี้วัดที่ 7: ร้อยละของอุบัติเหตุการณ์ของครัวเรือนที่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจนหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Health impoverishment) ต่อ ครัวเรือนทั้งหมด

นิยาม	อุบัติเหตุการณ์ของครัวเรือนที่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจนหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล คือ ครัวเรือนที่ก่อนการจ่ายค่ารักษาพยาบาลมีรายได้สูงกว่าเส้นความยากจน แต่ต้องตกอยู่ใต้เส้นความยากจนหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ⁽⁹⁾
ค่าเป้าหมาย	ร้อยละของอุบัติเหตุการณ์ของครัวเรือนที่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจนหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลไม่เกินร้อยละ 0.29 ของครัวเรือนทั้งหมด
การวัด	ทบทวนวรรณกรรม
วิธีการคำนวณ	(อุบัติเหตุการณ์ของครัวเรือนที่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจนหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล/จำนวนครัวเรือนทั้งหมดในประเทศไทย) x 100

แหล่งข้อมูล	รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2566 โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ⁽⁹⁾
-------------	--

สถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 7

ข้อมูลในช่วงปี พ.ศ. 2555-2565 แสดงให้เห็นว่าร้อยละของอุบัติเหตุของครัวเรือนที่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจนภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลต่อครัวเรือนทั้งหมดมีแนวโน้มลดลง จากสูงสุดที่ร้อยละ 0.52 ในปี พ.ศ. 2555 ลดลงจนถึงร้อยละ 0.18 ในปี พ.ศ. 2565 ซึ่งต่ำกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ว่าไม่เกินร้อยละ 0.29



รูปที่ 4.8 ร้อยละของอุบัติเหตุของครัวเรือนที่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจนภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Health impoverishment) ต่อ ครัวเรือนทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2555-2565 โดยมีค่าเป้าหมาย คือ ไม่เกินร้อยละ 0.29

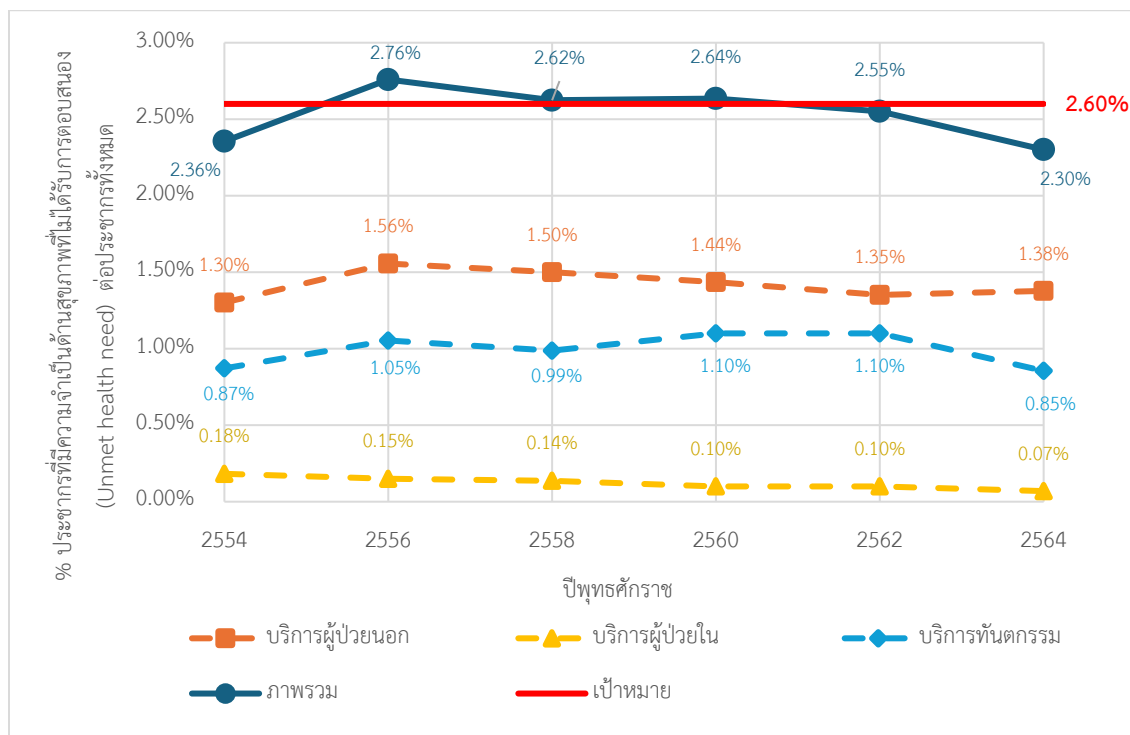
ตัวชี้วัดที่ 8: ร้อยละของประชากรที่มีความจำเป็นด้านสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (Unmet health need) โดยรวมบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และทันตกรรม ต่อประชากรทั้งหมด

นิยาม	ความจำเป็นทางด้านสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนอง หมายถึง การที่ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงและรับบริการทางด้านสุขภาพเมื่อต้องการได้ ซึ่งอาจมีหลายสาเหตุ เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล อุปสรรคในการเดินทาง ไม่มีเวลาไปรับการรักษา ระยะเวลารอคอย เป็นต้น
-------	--

ค่าเป้าหมาย	ร้อยละของประชากรที่มีความจำเป็นด้านสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนอง โดยรวม บริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และทันตกรรม ไม่เกินร้อยละ 2.6 ของประชากรทั้งหมด
การวัด	ทบทวนวรรณกรรม
วิธีการคำนวณ	ประชากรที่ไม่สามารถเข้าถึงและรับบริการทางด้านสุขภาพเมื่อต้องการได้โดยรวมของบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และทันตกรรม/จำนวนประชากรทั้งหมด) x 100
แหล่งข้อมูล	รายงานโครงการประเมินความเป็นธรรมากรเข้าถึงบริการสุขภาพและความเป็นธรรมทางการเงินการคลังสุขภาพ ปีงบประมาณ 2565 ⁽²⁴⁾

สถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 8

ข้อมูลในช่วงปี 2554-2564 แสดงให้เห็นว่าร้อยละของประชากรที่มีความจำเป็นด้านสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนอง โดยรวม มีค่าสูงสุดร้อยละ 2.76 ในปี พ.ศ. 2556 และมีแนวโน้มลดลง โดยในปี พ.ศ. 2564 มีค่าร้อยละ 2.30 ซึ่งต่ำกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ว่าไม่เกินร้อยละ 2.60



รูปที่ 4.9 ร้อยละของประชากรที่มีความจำเป็นด้านสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (Unmet health need) โดยรวมบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และทันตกรรม ต่อประชากรทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2554-2564 โดยมีค่าเป้าหมายคือ ไม่เกินร้อยละ 2.60

หมายเหตุ ค่าข้อมูลความชุกของ unmet need สำหรับบริการผู้ป่วยในและบริการทันตกรรม ในปี 2560 และ 2562 เป็นการประมาณการโดยใช้ค่าคงที่ เนื่องจากปัญหาเชิงเทคนิคการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ อ้างอิงจากงานวิจัยของวุฒิปันธุ์และคณะ⁽¹⁴⁾

เป้าประสงค์ด้านความเป็นธรรม (Fairness)

ตัวชี้วัดที่ 9: ความเป็นธรรมด้านการคลังสุขภาพ (Financial incidence analysis: FIA)

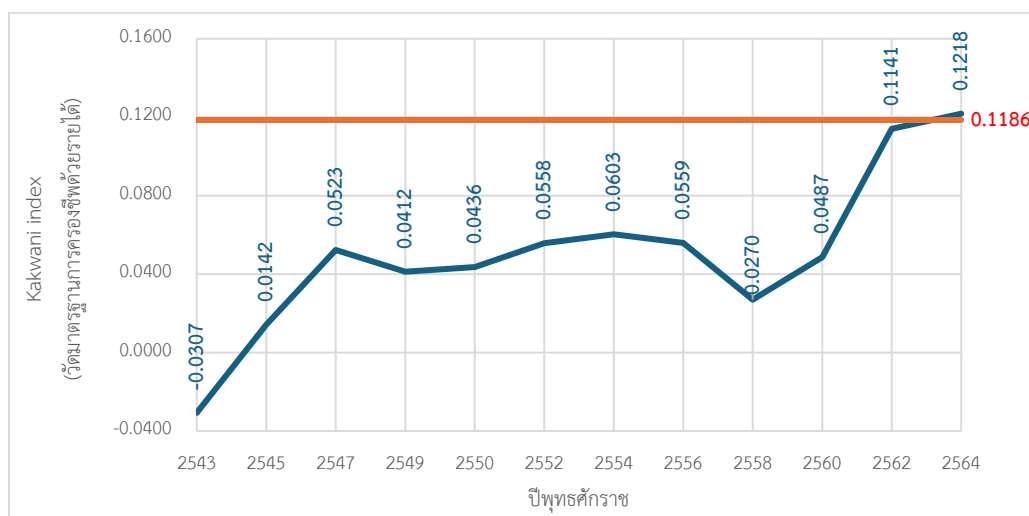
นิยาม	ความเป็นธรรมในทางการคลังสุขภาพ เป็นการพิจารณารายจ่ายด้านสุขภาพเปรียบเทียบกับความสามารถในการจ่ายของแต่ละบุคคล การคลังสุขภาพที่เป็นธรรม คือ การคลังที่มีลักษณะก้าวหน้า (progressive) เป็นลักษณะที่คนรวยมีการจ่ายเงินเพื่อสุขภาพในสัดส่วนที่สูงกว่าคนจน เมื่อเปรียบเทียบกับความสามารถในการจ่ายของแต่ละคน และการคลังที่ไม่เป็นธรรม คือ การคลังที่มีลักษณะถดถอย (regressive) เป็นลักษณะที่คนจนมีการจ่ายเงินเพื่อสุขภาพในสัดส่วนที่ต่ำกว่าคนจน เมื่อเปรียบเทียบกับความสามารถในการจ่าย
ค่าเป้าหมาย	มีลักษณะก้าวหน้า มี Kakwani index เมื่อวัดจากรายได้ ไม่น้อยกว่า +0.1186 และ เมื่อวัดจากรายจ่ายครัวเรือน ไม่น้อยกว่า +0.2161
การวัด	ทบทวนวรรณกรรม
วิธีการคำนวณ	<p>Kakwani index (KI) = Concentration index – Gini coefficient</p> <p>มีค่าอยู่ระหว่าง -2 ถึง +1 โดย</p> <ul style="list-style-type: none"> ● KI เป็นบวก หมายถึง การคลังด้านสุขภาพมีลักษณะก้าวหน้า (progressive) ● KI เป็นลบ หมายถึง การคลังสุขภาพมีลักษณะถดถอย (regressive) <p>Concentration index (CI) หรือค่าดัชนีการกระจาย ในที่นี้แสดงความสัมพันธ์ระหว่างสัดส่วนสะสมของการจ่ายเงินด้านสุขภาพ และสัดส่วนสะสมของจำนวนประชากรเรียงลำดับตามรายได้หรือรายจ่ายของครัวเรือน โดยใช้ ดัชนีทรัพย์สิน (asset index) ของแต่ละครัวเรือนเป็น 5 กลุ่ม (quintile group) จากจนที่สุด จน ปานกลาง รวย และรวยที่สุด</p> <ul style="list-style-type: none"> ● CI = 0 เมื่อทุกคนมีการจ่ายเงินด้านสุขภาพในสัดส่วนเท่ากัน ● CI เป็นลบ เมื่อคนจนมีการจ่ายเงินด้านสุขภาพในสัดส่วนที่สูงกว่า

	<ul style="list-style-type: none"> ● CI เป็นบวก เมื่อคนรวยมีการจ่ายเงินด้านสุขภาพในสัดส่วนที่สูงกว่า <p>Gini coefficient หมายถึง สัมประสิทธิ์ความไม่เสมอภาคของการกระจายรายได้หรือรายจ่ายของประชากรมีค่าอยู่ระหว่าง 0 ถึง 1 โดยค่าดัชนีนี้เท่ากับ 0 หมายถึง ประชากรทุกคนมีรายได้หรือรายจ่ายเท่ากัน (ความเสมอภาคอย่างสมบูรณ์) ค่าที่เข้าใกล้ 1 หมายถึง ความไม่เสมอภาคที่เพิ่มขึ้น กล่าวคือ การกระจายรายได้หรือรายจ่ายอยู่ในกลุ่มคนรวย</p>
แหล่งข้อมูล	Thailand Health System in Transition Review, second edition ⁽²⁵⁾

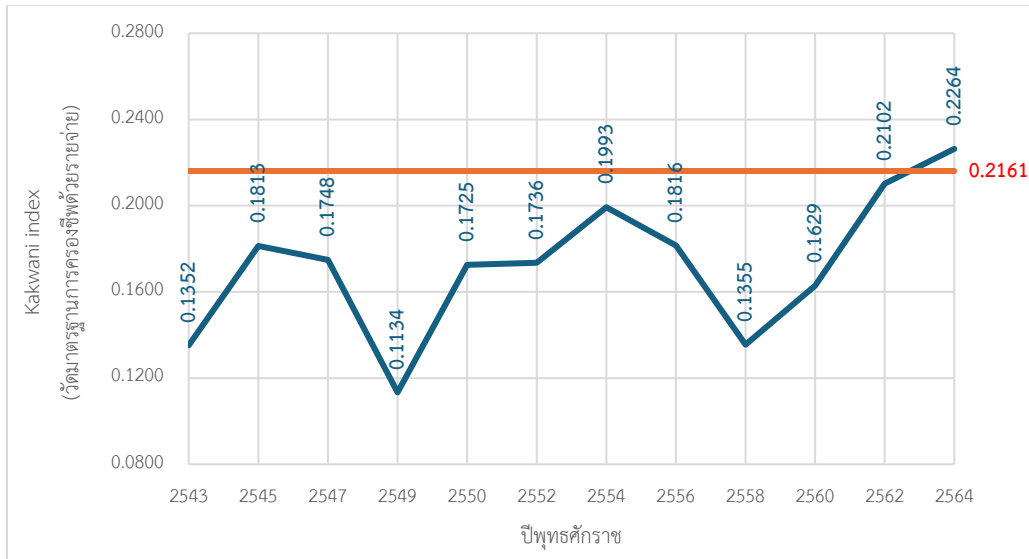
สถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 9

กรณีพิจารณาจากค่า KI เมื่อวัดมาตรฐานการครองชีพด้วยรายได้ ในช่วงปี พ.ศ. 2543-2564 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2543 ค่า KI เป็นลบอยู่ที่ -0.0307 แสดงการคลังที่มีลักษณะถดถอย (คนรวยเป็นผู้จ่ายเงินเพื่อสุขภาพน้อยกว่าคนจนเมื่อเทียบกับความสามารถในการจ่ายในอัตราที่เพิ่มขึ้น) และเพิ่มขึ้นเป็นบวกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 แสดงการคลังที่มีลักษณะก้าวหน้า (คนรวยเป็นผู้จ่ายเงินเพื่อสุขภาพสูงกว่าคนจนเมื่อเทียบกับความสามารถในการจ่ายในอัตราที่เพิ่มขึ้น) โดยในปี พ.ศ. 2564 ค่า KI ได้เพิ่มขึ้นเป็น 0.1218 ซึ่งมากกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ที่ 0.1186

กรณีพิจารณาจากค่า KI เมื่อวัดมาตรฐานการครองชีพด้วยรายจ่าย ในช่วงปี พ.ศ. 2543-2564 เป็นบวก แสดงการคลังที่มีลักษณะก้าวหน้า ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2543 – 2562 ค่า KI อยู่ในช่วง 0.2102 และเพิ่มมากขึ้นในปี พ.ศ. 2564 ที่ 0.2264 ซึ่งมากกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ที่ 0.2161



รูปที่ 4.10 Kakwani index วัดมาตรฐานการครองชีพด้วยรายได้ พ.ศ. 2543-2564 โดยมีค่าเป้าหมาย 0.1186



รูปที่ 4.11 Kakwani index วัดมาตรฐานการครองชีพด้วยรายจ่าย พ.ศ. 2543-2564 โดยมีค่าเป้าหมาย 0.2161 ที่มาของข้อมูล: การวิเคราะห์โดยมูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

ตัวชี้วัดที่ 10: การวิเคราะห์การได้รับประโยชน์จากการได้รับการอุดหนุนงบประมาณด้านสุขภาพภาครัฐ (Benefit incidence analysis: BIA)

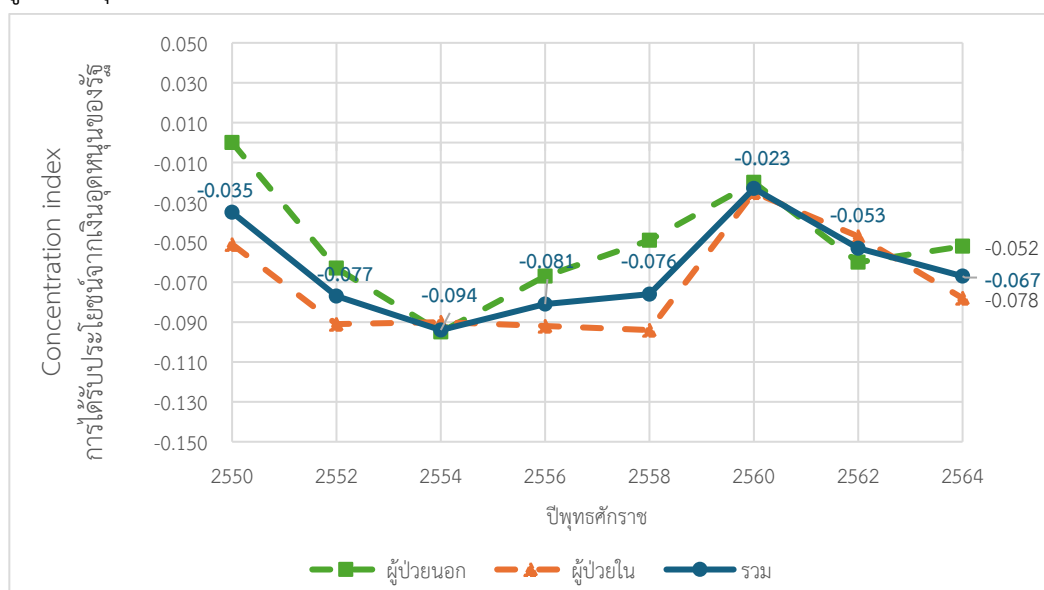
นิยาม	Benefit incidence analysis เป็นการวิเคราะห์ว่า คนจนหรือคนรวยเป็นผู้ที่ได้ประโยชน์จากบริการด้านสุขภาพที่ได้รับการอุดหนุนโดยภาครัฐมากกว่ากัน โดยใช้ค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพเป็นผลประโยชน์ที่ได้รับการอุดหนุนจากภาครัฐ และวิเคราะห์โดยคำนวณปริมาณการใช้บริการ ทั้งแบบผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก ควบคู่กับต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการสุขภาพในระดับต่างๆ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลอำเภอ โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย
ค่าเป้าหมาย	-
การวัด	ทบทวนวรรณกรรม
วิธีการคำนวณ	ใช้ดัชนี concentration index (CI) เปรียบเทียบสัดส่วนสะสมของการใช้บริการสุขภาพจากภาครัฐและสัดส่วนสะสมของประชากรตามระดับเศรษฐกิจ ค่า CI มีค่าระหว่าง -1 ถึง 1 โดย <ul style="list-style-type: none"> ● CI = 0 เมื่อการได้รับประโยชน์จากเงินอุดหนุนด้านสุขภาพของภาครัฐมีสัดส่วนเท่ากันในทุกคน (ความเสมอภาคโดยสมบูรณ์) ● CI เป็นลบ เมื่อกลุ่มคนจนมีการได้รับประโยชน์จากเงินอุดหนุนด้านสุขภาพของภาครัฐในสัดส่วนที่สูงกว่า

	<ul style="list-style-type: none"> ● CI เป็นบวก เมื่อกลุ่มคนรวยมีการได้รับประโยชน์จากเงินอุดหนุนด้านสุขภาพของภาครัฐในสัดส่วนที่สูงกว่า
แหล่งข้อมูล	รายงานโครงการประเมินความเป็นธรรมการเข้าถึงบริการสุขภาพและความเป็นธรรมทางด้านการคลังสุขภาพ ปีงบประมาณ 2565 ⁽²⁴⁾

สถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 10

ข้อมูลในช่วงปี 2550-2564 แสดงให้เห็นว่า การได้รับประโยชน์จากการได้รับการอุดหนุนงบประมาณด้านสุขภาพภาครัฐในภาพรวมมีลักษณะให้ประโยชน์แก่คนจน (Pro poor) กลุ่มคนจนมีสัดส่วนการใช้บริการที่มากกว่ากลุ่มคนรวยเล็กน้อย โดยมีค่า CI เป็นลบเล็กน้อยมาโดยตลอด ในปี พ.ศ. 2550 ค่า CI = -0.035 และ ในปี พ.ศ. 2564 ค่า CI = -0.067

เมื่อแยกตามประเภทบริการพบว่า การได้รับเงินอุดหนุนในกรณีผู้ป่วยนอกค่า CI มีค่าติดลบอยู่ที่ -0.052 และกรณีผู้ป่วยใน มีค่าติดลบที่ -0.078 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มคนจนได้รับการอุดหนุนจากรัฐในกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในสูงกว่ากลุ่มคนรวยเล็กน้อย



รูปที่ 4.12 Concentration index แสดงความเสมอภาคในการได้รับผลประโยชน์จากเงินอุดหนุนของรัฐ ระหว่างปี พ.ศ. 2550-2564

ตัวชี้วัดที่ 11: เพิ่มความเป็นธรรมของการจ่ายเงินสมทบระหว่างผู้มีสิทธิในระบบประกันสังคม ให้ใกล้เคียงกับตอนเริ่มต้นระบบประกันสังคมเมื่อปี พ.ศ. 2534 โดยปรับเพิ่มเพดานเงินเดือนสำหรับการคำนวณเงินสมทบของผู้ประกันตน ให้เป็น 7 เท่าของค่าแรงขั้นต่ำ

นิยาม	เพิ่มความเป็นธรรมของการจ่ายเงินสมทบระหว่างผู้มีสิทธิในระบบประกันสังคม
ค่าเป้าหมาย	เพดานเงินเดือนสำหรับการคำนวณเงินสมทบของผู้ประกันตน 7 เท่าของค่าแรงขั้นต่ำ
การวัด	ทบทวนวรรณกรรม
วิธีการคำนวณ	เปรียบเทียบ เพดานรายได้สำหรับการคำนวณเงินสมทบ (รายเดือน) ในระบบประกันสังคม เปรียบเทียบกับ 7 เท่าของค่าแรงขั้นต่ำ (รายเดือน) โดยคำนวณจาก ค่าแรงขั้นต่ำ (รายวัน) x 24 วันทำการต่อเดือน x 7 เท่า (ค่าแรงขั้นต่ำ 330 บาทต่อวัน (ปี 2567) x 24 วัน x 7 เท่า = 55,440 บาทต่อเดือน)
แหล่งข้อมูล	ประกาศคณะกรรมการค่าจ้าง เรื่องอัตราค่าจ้างขั้นต่ำ สำนักงานประกันสังคม

สถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 11

ในปี พ.ศ. 2534 ระบบประกันสังคมกำหนดเพดานเงินเดือนสำหรับการคำนวณเงินสมทบไม่เกินเดือนละ 15,000 บาท⁽²⁹⁾ โดยในช่วงเริ่มต้นของระบบประกันสังคมเพดานเงินเดือนนี้ คิดเป็น 6.2 เท่า ของค่าแรงขั้นต่ำ (100 บาทต่อวัน ปี 2534⁽³⁰⁾) ในปัจจุบัน ปี พ.ศ. 2567 เพดานเงินเดือนยังคงใช้อัตราเดิมที่ 15,000 บาท ในขณะที่ค่าแรงขั้นต่ำได้มีการปรับเพิ่มขึ้นเป็น 330 บาทต่อวัน โดยอ้างอิงจากค่าแรงขั้นต่ำต่อวันในกลุ่มจังหวัดที่มีค่าแรงต่ำที่สุด⁽³¹⁾ เมื่อคำนวณเพดานเงินเดือนเป้าหมายเป็น 7 เท่าของค่าแรงขั้นต่ำ มีค่า 55,440 บาทต่อเดือน ดังนั้น จึงไม่ผ่านตามเป้าหมายของตัวชี้วัด

อย่างไรก็ตาม ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ปี พ.ศ. 2566 สำนักงานประกันสังคมร่วมกับสำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (องค์การมหาชน) ได้มีการเปิดรับฟังความคิดเห็นร่างกฎกระทรวงกำหนดเพดานค่าจ้างผู้ประกันตนมาตรา 33 โดยมีเนื้อหาสำคัญในการปรับเพดานเงินเดือนสำหรับคำนวณเงินสมทบ โดยใช้ค่า 1.25 เท่าของค่าจ้างเฉลี่ยของผู้ประกันตนทุกคน และควรปรับทุกปี ในปี พ.ศ. 2565 ค่าจ้างเฉลี่ยของผู้ประกันตน ตาม มาตรา 33 ของ พรบ.ประกันสังคม คือ 18,400 บาท และกำหนดเพดานเงินเดือนที่ 23,000 บาท แนวทางในการปรับฐานเงินเดือนแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ในปี พ.ศ. 2567-2569 ไม่เกิน 17,000 บาท ปี 2570-2572 ไม่เกิน 20,000 บาท และปี พ.ศ. 2573 เป็นต้นไป ไม่เกิน 23,000 บาท ทั้งนี้ ผลการรับฟังความคิดเห็นยังอยู่ระหว่างการสรุปผล⁽³²⁾

ตัวชี้วัดที่ 12: มีระบบที่สร้างความเป็นธรรมในการร่วมจ่ายตามฐานะทางเศรษฐกิจที่ไม่เป็นหรือสร้างอุปสรรคในการเข้าถึงบริการที่จำเป็นอีกทั้งต้องไม่ก่อให้เกิดผลกระทบหรือความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ

นิยาม	-
-------	---

ค่าเป้าหมาย	ไม่ได้กำหนด
การวัด	ทบทวนวรรณกรรม
วิธีการคำนวณ	-
แหล่งข้อมูล	เอกสารที่เกี่ยวข้อง

สถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 12

คณะกรรมการจัดทำแนวทางการระดมทรัพยากรเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2559)⁽³³⁾ ได้เสนอหลักการ ในกรณีที่มีการระดมทุนจากการร่วมจ่าย ณ จุดใช้บริการสุขภาพ หรือ Copayment at point of service ต้องมีหลักการดังนี้

1. ต้องไม่มีการร่วมจ่ายในบริการที่มีผลกระทบต่อสาธารณะ (Externality) เช่น การให้วัคซีนป้องกันโรค การสร้างเสริมสุขภาพ การรักษาโรคติดต่ออันตราย เป็นต้น
2. ต้องมีระบบที่มีประสิทธิภาพในการคุ้มครองผู้มีรายได้หรือฐานะทางสังคมต่ำ ประชากรเปราะบาง หรือผู้ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือมีค่าใช้จ่ายสูง และผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูลอื่นๆ ให้เข้าถึงบริการที่จำเป็น อย่างมีคุณภาพ และไม่ต้องรับภาระทางการเงินจนเกิดผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครัวเรือน
3. ให้มีการร่วมจ่ายในกรณีที่ใช้บริการที่มีความสะดวกพิเศษ เช่น เลือกใช้บริการคลินิกพิเศษ หรือแพทย์เฉพาะบุคคล หรือห้องพิเศษ โดยจะต้องจ่ายทั้งค่าธรรมเนียมบริการที่มีความสะดวกพิเศษและค่าบริการทางการแพทย์รวมทั้งค่ายาและเวชภัณฑ์ ทั้งในและนอกสิทธิประโยชน์ด้วย โดยจะต้องมีการดำเนินการด้วยความระมัดระวังดังนี้
 - มีการกำหนดอัตราเรียกเก็บที่ชัดเจนเป็นมาตรฐาน และเพื่อป้องกันการรับภาระค่าใช้จ่ายมากเกินไป รวมทั้งเป็นทางเลือกสำหรับประชาชนในระดับรายได้ต่างๆ ควรกำหนดอัตราเรียกเก็บตามระดับความสะดวกพิเศษด้วย (ตัวอย่างเช่น กรณีของประเทศสิงคโปร์ ที่มีการร่วมจ่ายเป็นระบบที่ชัดเจน เช่น MediSave: ระบบการออมเพื่อจ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาลในส่วนของครัวเรือนต้องจ่ายเอง MediShield Life: ระบบประกันสุขภาพภาครัฐคุ้มครองค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูง MediFund: ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐที่ให้การสนับสนุนประชากรสิงคโปร์ที่มีรายได้น้อย และ Community Health Assist Scheme (CHAS): ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ ครอบคลุมบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานและบริการทันตกรรมในสถานพยาบาลเอกชน อัตราการร่วมจ่าย และมูลค่าของสิทธิประโยชน์จาก CHAS ขึ้นอยู่กับรายได้ครัวเรือน⁽³⁴⁾)
 - ต้องจัดให้มีกลไกให้ผู้รับบริการมีทางเลือกสามารถกลับไปรับบริการตามระบบปกติของแต่ละกองทุนโดยไม่ต้องร่วมจ่าย

4. ต้องมีกลไกป้องกันมิให้คนรวยดูดซับเอาทรัพยากรด้านสุขภาพที่มีจำกัดไปจากคนกลุ่มอื่นๆ เช่น การกำหนดราคาการร่วมจ่ายที่ชัดเจน และมีการบังคับใช้อย่างเข้มงวด
5. ต้องมีระบบการกระจายเงินที่เก็บได้ไปยังสถานพยาบาลอื่นๆอย่างเหมาะสม เพื่อมิให้ทรัพยากรกระจุกตัวอยู่เฉพาะพื้นที่ที่มีเศรษฐฐานะสูง

เมื่อพิจารณาตามหลักการข้างต้น ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐของไทยทั้งสามระบบมีชุดสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมบริการสุขภาพที่จำเป็นอย่างรอบด้าน เช่น การรักษาโรคติดต่ออันตราย บริการโรคเรื้อรัง หรือมีค่าใช้จ่ายสูง และการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค รวมถึงการให้วัคซีน ครอบคลุมคนไทยทุกคน (เป็นไปตามหลักการข้อ 1)

ทั้งสามระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐมีการระบุถึงการร่วมจ่าย ณ จุดบริการ แตกต่างกัน ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ มีการระบุให้ผู้ป่วยต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเองกรณีเกินสิทธิ เกินอัตราเบิกจ่ายที่กำหนด และค่าใช้จ่ายที่ไม่เกี่ยวกับการรักษาโดยตรง ทั้งในสถานพยาบาลของทางราชการและในกรณีสถานพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการกับกรมบัญชีกลาง⁽³⁵⁾ ระบบประกันสังคม ระบุให้ผู้ประกันตนรับผิดชอบค่าห้องพิเศษส่วนเกิน ค่ารักษายาบาลบางรายการ เช่น พันตกรรม คลอดบุตร ค่ารักษายาบาลส่วนเกินเฉพาะบางรายการ โดยไม่อนุญาตให้มีการร่วมจ่ายกรณีอื่น⁽³⁶⁾ และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีนโยบายการร่วมจ่าย 30 บาทต่อครั้งที่เข้ารับบริการ โดยมี 21 กลุ่มประชากรที่ได้รับการยกเว้นในการร่วมจ่าย ซึ่งรวมถึงบุคคลที่แสดงความประสงค์ไม่จ่ายค่าบริการ⁽³⁷⁾ และรับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนเกินกรณีค่าห้องพิเศษ โดยไม่อนุญาตให้มีการร่วมจ่ายกรณีค่ารักษายาบาล^(38, 39) ซึ่งการร่วมจ่ายค่าบริการของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและประกันสังคมบางกรณีอาจส่งผลกระทบต่อทางเศรษฐกิจต่อครัวเรือนได้ (ไม่เป็นไปตามหลักการข้อ 2)

ทั้งสามระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ มีการร่วมจ่ายสำหรับบริการเพื่ออำนวยความสะดวก เช่น ห้องพิเศษ และกรณีใช้บริการคลินิกพิเศษ โดยมีทางเลือกสามารถขอกลับไปรับบริการตามระบบปกติของแต่ละกองทุน ซึ่งยังอาจต้องมีการร่วมจ่ายในกรณีที่ระบุไว้ข้างต้น (ไม่เป็นไปตามหลักการข้อ 3) การกำหนดให้มีการร่วมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกิน และการร่วมจ่ายสำหรับบริการอำนวยความสะดวกโดยจ่ายเฉพาะส่วนต่างจากที่ได้รับสิทธิประโยชน์ ทำให้คนรวยที่มีความสามารถในการจ่ายมากกว่า สามารถเข้าถึงและใช้ทรัพยากรสุขภาพเหล่านี้ไปมากกว่าคนกลุ่มอื่นๆ แม้ว่าจะมีการกำหนดให้สถานพยาบาลประกาศอัตราค่าบริการ เช่น ห้องพิเศษ โดยขึ้นกับแต่ละสถานพยาบาล หรือสามารถตรวจสอบค่าใช้จ่ายที่จะร่วมจ่ายได้ก่อนการตัดสินใจก็ตาม แต่ไม่พบกลไกที่ทำให้มีการจ่ายตามรายได้ของผู้ป่วย หรือการกำหนดเพดานการร่วมจ่าย (ไม่เป็นไปตามหลักการข้อ 4) และไม่พบกลไกที่ชัดเจนในการกระจายเงินจากสถานพยาบาลที่มีรายได้จากการเก็บค่ารักษายาบาลสูงกว่า ไปยังสถานพยาบาลที่มีรายได้ต่ำกว่า (ไม่เป็นไปตามหลักการข้อ 5)

จากการพิจารณาระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้ง 3 ระบบ พบว่าการร่วมจ่าย ณ จุดบริการ อาจส่งผลกระทบต่อฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนได้ ดังนั้น จึงถือว่าตัวชี้วัดนี้ไม่ผ่าน

ตัวชี้วัดที่ 13: บรรลุความเป็นธรรมในการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ

นิยาม	-
ค่าเป้าหมาย	13.1 รายจ่ายต่อหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ (Age adjusted per capita expenditure) ของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ ต้องมีค่าไม่ต่างจากค่าเฉลี่ยทั้งสามระบบหลัก ร้อยละ ± 1 13.2 กำหนดให้มีมาตรฐานการจ่ายเงินของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐให้แก่สถานพยาบาลเป็นราคาเดียวกันในทุกประเภทและระดับการบริการ
การวัด	13.1 (รายจ่ายต่อหัวของกองทุน – รายจ่ายต่อหัวเฉลี่ย) / รายจ่ายต่อหัวเฉลี่ย 13.2 ทบทวนวรรณกรรม
วิธีการคำนวณ	13.1 ใช้สถิติเชิงพรรณนา หรือ โมเดลทางสถิติ ขึ้นกับลักษณะของข้อมูลที่มี 13.2 -
แหล่งข้อมูล	13.1 ข้อมูลปฐมภูมิเกี่ยวกับรายจ่าย โครงสร้างอายุ และจำนวนประชากรจากแต่ละระบบ 13.2 เอกสารที่เกี่ยวข้อง

สถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 13

รายจ่ายต่อหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ (Age adjusted per capita expenditure)

รายจ่ายสุขภาพต่อหัวที่รายงานนี้ คิดจาก THE โดยไม่ได้ปรับด้วยโครงสร้างอายุ โดยรายจ่ายสุขภาพต่อหัวประชากร ใน 3 ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ รายจ่ายเฉลี่ยต่อคนทั้งสามระบบ และความแตกต่างจากค่าเฉลี่ยแสดงเป็นร้อยละ (%) ของปีงบประมาณ 2563 และ 2564 แสดงดังตารางที่ 4.1 ซึ่งจะเห็นได้ว่า ทุกระบบมีความแตกต่างจากค่าเฉลี่ยเกิน 1% โดยระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีรายจ่ายต่อคนต่ำกว่าค่าเฉลี่ยทั้งสองปี คิดเป็น 16.9% และ 26.6% ตามลำดับ ระบบประกันสังคมมีรายจ่ายต่อคนต่ำกว่าค่าเฉลี่ย 4.7% ในปี 2563 และสูงกว่าค่าเฉลี่ย 42.0% ในปี 2564 ส่วนระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีรายจ่ายต่อคนสูงกว่าค่าเฉลี่ยทั้งสองปี คิดเป็น 168.3% และ 148.5% ตามลำดับ

ตารางที่ 4.1 รายจ่ายสุขภาพต่อหัวประชากรใน 3 ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ

	รายจ่ายต่อคน (บาท) [†]	จำนวนประชากร (คน) [‡]	รายจ่ายรวม (ล้านบาท)	รายจ่ายต่อคนเฉลี่ย 3 ระบบ (บาท)	ความต่างจากค่าเฉลี่ย (%)
ปีงบประมาณ 2563					
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	4,306.0	46,846,324	201,721.9	5,179.0	-16.9
ประกันสังคม	4,937.2	12,126,886	59,872.9		-4.7
สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	13,895.0	5,028,451	69,870.5		168.3
ปีงบประมาณ 2564					
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	4,575.6	47,555,113	217,594.4	6,232.3	-26.6
ประกันสังคม	8,852.5	12,082,277	106,958.5		42.0
สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	15,484.7	5,093,099	78,865.3		148.5

ที่มา: † มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ‡ สำนักบริหารงานทะเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ถึงแม้ว่าจะไม่สามารถคำนวณเป็นรายจ่ายต่อหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุได้เนื่องจากไม่มีข้อมูลรายจ่ายสุขภาพแยกตามกลุ่มอายุจากทั้งสามระบบ แต่การที่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการซึ่งมีโครงสร้างอายุไม่แตกต่างกันมาก⁽⁹⁾ มีรายจ่ายต่อหัวที่ไม่ได้ปรับด้วยโครงสร้างอายุต่างจากค่าเฉลี่ยอย่างมาก จึงสามารถอนุมานได้ว่า เมื่อปรับด้วยโครงสร้างอายุแล้วจะแตกต่างจากค่าเฉลี่ยมากกว่า 1% ดังนั้น จึงสามารถสรุปได้ว่าสถานการณ์ตัวชี้วัดนี้ไม่ผ่านเป้าหมายที่กำหนดมาตรฐานการจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาล

สำหรับค่าเป้าหมายในการกำหนดให้มีมาตรฐานการจ่ายเงินของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐให้แก่สถานพยาบาลเป็นราคาเดียวกันในทุกประเภทและระดับการบริการ พบว่า ระบบประกันสุขภาพภาครัฐของไทยไม่เคยกำหนดวิธีการเบิกจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาล (provider payment methods) วิธีหลักและอัตราจ่ายให้เป็นมาตรฐานเดียวกันและราคาเดียวกันในทุกประเภทและระดับการบริการ โดยวิธีการเบิกจ่ายหลักและอัตราจ่ายมีความแตกต่างกัน ดังสรุปในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 วิธีการเบิกจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลใน 3 ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ

	หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	ประกันสังคม	สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
บริการผู้ป่วยนอก	เหมาจ่ายรายหัวปรับอัตราตามโครงสร้างอายุระดับจังหวัด	เหมาจ่ายรายหัว อัตรา 1,808 บาท/ผู้ประกันตนที่ลงทะเบียนเหมาจ่ายรายหัวเพิ่มเติมอัตรา	จ่ายตามที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ (fee-for-service)
บริการผู้ป่วยใน	กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) แบบมีเพดานวงเงินระดับเขตสุขภาพ โดยกำหนดอัตราฐาน 2 อัตราสำหรับการให้บริการในเขตและนอกเขต (เช่น ในเขตเบื้องต้นที่ 8,350 บาท ต่อหน้าหนักสัมพัทธ์ที่ปรับด้วยวินนอน (adjRW) นอกเขต 9,600 บาทต่อ adjRW)	453 บาท/รายสำหรับผู้ป่วยนอก 26 โรคเรื้อรัง DRG สำหรับผู้ป่วยในที่มี adjRW ≥ 2 ที่อัตราฐานไม่เกิน 15,000 บาทต่อ adjRW ภายใต้เพดานวงเงิน 746 บาท/ผู้ประกันตน	DRG แบบไม่มีเพดานวงเงิน สถานพยาบาลของทางราชการ ใช้ 26 อัตราฐานระหว่าง 4,366 - 16,488 บาทต่อหน่วยสัมพัทธ์ (RW) สถานพยาบาลของเอกชน กรณีนัดผ่าตัดล่วงหน้า 100 วัน อัตรา 11,064 บาทต่อ RW
เตียงผู้ป่วยในและค่าอาหาร	รวมใน DRG	เตียงสามัญ: รวมใน DRG ห้องพิเศษ: ไม่เกิน 700 บาท/คืน	เตียงสามัญ: 400 บาท/คืน ห้องพิเศษ: ไม่เกิน 1,000 บาท/คืน
ยา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ตามประกาศ	จ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงไม่เกินอัตราที่กำหนด หรือ สนับสนุนเป็นของ	จ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงไม่เกินอัตราที่กำหนด	จ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงไม่เกินอัตราที่กำหนด บางรายการไม่มีเพดาน

ที่มา: (1) ประกาศบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2564-2567

(2) ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฯ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ 19 เม.ย. 2566 (การปรับอัตราค่าบริการทางการแพทย์แบบเหมาจ่าย)

(3) ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฯ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ 21 ม.ค. 2563

(4) ประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยในสถานพยาบาลของทางราชการตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) (ฉบับที่ 5) ลงวันที่ 22 ธ.ค. 2560

(5) การปรับปรุงหัตถการและข้อบ่งชี้ของสถานพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการเบิกจ่ายตรงประเภทผู้ป่วยในสถานพยาบาลของเอกชน กรณีนัดผ่าตัดล่วงหน้า ว 1293 ลงวันที่ 29 ธ.ค. 2564

อย่างไรก็ตาม อาจมีบริการกรณีเฉพาะบางบริการที่มีการจ่ายมาตรฐานเดียวกันในทั้ง 3 ระบบประกันสุขภาพ เช่น

1. บริการเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP) ในโรงพยาบาลเอกชนนอกระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยจ่ายตามรายการบริการ (fee schedule) สำหรับ 72 ชั่วโมงแรก⁽⁴⁰⁾
2. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประชาชนไทยทุกคนที่บริหารจัดการโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁽⁴¹⁾
3. การเบิกค่าใช้จ่ายในการดำเนินการสำหรับโรคโควิด 19⁽⁴²⁾ โดยระยะแรกทุกระบบเบิกจ่ายด้วยวิธีการและอัตราจ่ายเดียวกันตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินโรคติดต่ออันตรายตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ กรณีโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID -19)) บังคับใช้วันที่ 5 มีนาคม 2563⁽⁴³⁾ ก่อนที่จะปรับหลักเกณฑ์แนวทางการจ่ายชดเชยบริการโควิด 19 กรณีปรับโรคโควิด 19 เป็นโรคประจำถิ่น ตามนโยบายรัฐบาล กลับไปเบิกจ่ายตามระบบปกติ มีผลตั้งแต่ 4 ก.ค. 2565^(44, 45)

นอกจากบริการกรณีเฉพาะซึ่งเป็นส่วนน้อย ระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบมีวิธีการเบิกจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลและอัตราจ่ายแตกต่างกัน ดังนั้น สรุปได้ว่าสถานการณ์ตัวชี้วัดนี้ไม่ผ่านเป้าหมายที่กำหนด

ตัวชี้วัดที่ 14: มีการวางแผนออกแบบการเงินการคลังสุขภาพเพื่อคุ้มครองแรงงานข้ามชาติและผู้ไม่มีเลขประจำตัว 13 หลักอย่างเป็นระบบ ให้สามารถเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จำเป็น และมีระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุม โดยมีทางเลือกในรูปแบบต่างๆ

นิยาม	-
ค่าเป้าหมาย	-
การวัด	วิธีเชิงคุณภาพ เช่น ทบทวนวรรณกรรม สัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงาน/ผู้เชี่ยวชาญ
วิธีการคำนวณ	-
แหล่งข้อมูล	บทความวิชาการ/เอกสารที่เกี่ยวข้อง ผู้ปฏิบัติงาน/ผู้เชี่ยวชาญ

สถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 14

แรงงานข้ามชาติ

ระบบประกันสุขภาพของภาครัฐสำหรับแรงงานข้ามชาติ มี 2 รูปแบบ คือ ระบบประกันสังคมและบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ซึ่งมีเงื่อนไขการเข้าเป็นสมาชิกแตกต่างกัน ดังนี้

ระบบประกันสังคม เป็นประกันสุขภาพภาคบังคับสำหรับแรงงานข้ามชาติที่เข้าเมืองโดยถูกกฎหมายและประกอบอาชีพที่มีการจ้างงานเป็นระบบ (formal employment sector)⁽²²⁾ โดยต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมในอัตราร้อยละ 5 ของเงินเดือนที่ไม่เกิน 15,000 บาท จากทั้งฝั่งนายจ้างและลูกจ้างโดยหักออกจากเงินเดือนทุกเดือน ซึ่งแรงงานข้ามชาติในระบบประกันสังคมจะได้รับสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพเช่นเดียวกับผู้ประกันตนคนไทยทั้งด้านการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยหรือประสบอันตราย รวมถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ครอบคลุมในสิทธิประกันสังคม (แสดงตัวอย่างในรูปที่ 4.13) ซึ่งมีทั้งบริการที่ต้องไปรับบริการที่สถานพยาบาล บริการเชิงรุกในสถานประกอบการ⁽⁴⁶⁾ และบริการที่เป็นสิทธิประโยชน์ตามสถานการณ์ เช่น วัคซีนไข้หวัดใหญ่ในช่วงที่มีการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่⁽⁴⁷⁾ อย่างไรก็ตาม นายจ้างและลูกจ้างบางส่วนพยายามหลีกเลี่ยงการเข้าระบบประกันสังคมเพราะไม่ต้องการจ่ายเงินสมทบ⁽⁴⁸⁾ การวิเคราะห์ข้อมูลในช่วงปี พ.ศ. 2559-2561 พบว่า ประกันสังคมครอบคลุมประมาณหนึ่งในสามถึงครึ่งหนึ่งของแรงงานข้ามชาติที่มีใบอนุญาตทำงานทั้งหมด⁽²²⁾

หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประโยชน์ทดแทน
ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน
ลงวันที่ ๒๙ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

รายการตรวจ	อายุ (ปี)	ความถี่	อัตราค่าบริการ (บาท)
๑. การคัดกรองการได้ยิน Finger Rub Test	๑๕ ปีขึ้นไป	ตรวจ ๑ ครั้งต่อปี	๕๐
๒. การตรวจตาตมโดยแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุข (และสอนการตรวจตาตมด้วยตนเอง)	๓๐ - ๓๙ ปี	ตรวจทุก ๒ ปี	
	๔๐ ปี ขึ้นไป	ตรวจ ๑ ครั้งต่อปี	
๓. การตรวจตา โดยความดูแลของจักษุแพทย์ เพื่อคัดกรองความผิดปกติและค้นหาโรคทางสายตา พร้อมทั้งการตรวจ Snellen eye Chart และการวัดความดันของเหลวภายในลูกตา	๔๐ - ๕๔ ปี	ตรวจทุก ๒ ปี	๕๐
	๕๕ ปีขึ้นไป	ตรวจ ๑ ครั้งต่อปี	๕๐
๔. ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด CBC	๑๕ - ๓๔ ปี	ตรวจ ๑ ครั้ง	๖๕
	๓๕ ปีขึ้นไป	ตรวจ ๑ ครั้งต่อปี	๖๕
๕. ปัสสาวะ UA	๓๕ ปีขึ้นไป	ตรวจ ๑ ครั้งต่อปี	๕๐
๖. น้ำตาลในเลือด FBS (Fasting Blood Sugar)	๓๕ ปีขึ้นไป	ตรวจ ๑ ครั้งต่อปี	๔๐
๗. การทำงานของไต Cr และ eGFR	๓๕ ปีขึ้นไป	ตรวจ ๑ ครั้งต่อปี	๕๐
๘. ไขมันในเลือดชนิด Total cholesterol & HDL cholesterol	๒๐ - ๓๔ ปี	ตรวจทุก ๕ ปี	๑๖๐
	๓๕ ปี ขึ้นไป	ตรวจ ๑ ครั้งต่อปี	๑๖๐
๙. เชื้อไวรัสตับอักเสบบี HbsAg	สำหรับ ผู้ที่เกิดก่อน พ.ศ. ๒๕๓๕	ตรวจ ๑ ครั้ง	๖๐
๑๐. มะเร็งปากมดลูก Pap Smear หรือ	๓๐ ปีขึ้นไป	ตรวจทุก ๓ ปี	๒๕๐
๑๑. มะเร็งปากมดลูก Via หรือ	๓๐ - ๕๕ ปี	ตรวจทุก ๕ ปี (๕๕ ปีขึ้นไป ควรใช้วิธี Pap Smear เท่านั้น)	๒๕๐
๑๒. มะเร็งปากมดลูก HPV DNA TEST			
- ชนิด ๒ สายพันธุ์	๓๐ ปีขึ้นไป	ตรวจทุก ๕ ปี	๓๓๐
- ชนิด ๑๔ สายพันธุ์			๔๒๐
๑๓. ตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง FIT TEST	๕๐ ปีขึ้นไป	ตรวจ ๑ ครั้งต่อปี	๖๐
๑๔. การถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-ray)	๑๕ ปีขึ้นไป	ตรวจทุก ๓ ปี	๑๗๐

หมายเหตุ : ๑. การตรวจคัดกรองการได้ยิน Finger Rub Test ในผู้ที่มีอายุ ๑๕-๒๙ ปี สถานพยาบาลต้องให้บริการ โดยไม่คิดค่าบริการ

๒. การตรวจคัดกรองการได้ยิน Finger Rub Test ในผู้ที่มีอายุ ๓๐ ปีขึ้นไป จะต้องตรวจตาตมโดยแพทย์ หรือบุคลากรสาธารณสุขตามเงื่อนไขที่กำหนดด้วย สถานพยาบาลจึงจะสามารถขอรับค่าบริการ ในอัตราครั้งละ ๕๐ บาท จากสำนักงานประกันสังคม

รูปที่ 4.13 บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แนบท้ายประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม ลงวันที่ 29 มี.ค. 2567⁽⁴⁹⁾

บัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว (Migrant Health Insurance Scheme)

ดำเนินการโดยกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 เป็นประกันสุขภาพที่เปิดให้แรงงานข้ามชาติสัญชาติเมียนมา ลาว กัมพูชา และเวียดนาม หรือสัญชาติอื่นตามที่คณะกรรมการกำหนดเพิ่มเติม ทั้งที่เข้าเมืองถูกกฎหมายและไม่ถูกกฎหมาย พร้อมผู้ติดตามทุกราย รวมถึงแรงงานข้ามชาติที่อยู่ระหว่างรอได้รับสิทธิประกันสังคมสมัครเข้าร่วมได้ บัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวมีแหล่งงบประมาณมาจากเบี้ยประกันรายปีที่เก็บจากแรงงานที่สมัครเข้าร่วม⁽⁸⁾ โดยเบี้ยประกันมีหลายราคา ตั้งแต่ 365-4,200 บาท ขึ้นกับอายุของผู้ซื้อประกันและระยะเวลาที่คุ้มครอง โดยสามารถซื้อบัตรประกันสุขภาพได้ที่ศูนย์บริการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวแบบเบ็ดเสร็จ (One Stop Service : OSS) หรือสถานพยาบาลที่ขายบัตรทั่วประเทศ สมาชิกส่วนใหญ่ของบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวเป็นวัยแรงงานที่มักประกอบอาชีพเป็นแรงงานในระบบการจ้างงานที่ไม่เป็นทางการ เช่น งานก่อสร้าง งานประมง⁽⁵⁰⁾ จากข้อมูลในช่วงปี พ.ศ. 2559-2561 พบว่าบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวมีสมาชิกประมาณ 1.1-1.5 ล้านคน ซึ่งมากกว่าแรงงานข้ามชาติในระบบประกันสังคม ข้อมูลเกี่ยวกับกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวรวมถึงจำนวนผู้ประกันตนสามารถเข้าถึงได้จาก Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข (<https://fwf.moph.go.th/>) สิทธิประโยชน์ของบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว ครอบคลุมการตรวจสุขภาพแรกเข้า การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยหรือประสบอันตราย การรักษาฟื้นฟูสภาพ บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และการเฝ้าระวังโรคระบาด⁽⁵¹⁾ อย่างไรก็ตาม การเปรียบเทียบสิทธิประโยชน์และการบริหารกองทุนในปี 2559 พบว่าบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวมีสิทธิประโยชน์และการบริหารจัดการด้อยกว่าระบบประกันสังคมและระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁽⁵²⁾

ถึงแม้ว่าการวิเคราะห์ข้อมูลในช่วงปี พ.ศ. 2559-2561 พบว่าจำนวนสมาชิกของประกันสังคมและบัตรประกันสุขภาพต่างด้าวรวมกันจะมากกว่าจำนวนแรงงานข้ามชาติที่มีใบอนุญาตทำงานถูกกฎหมายทั้งหมด⁽²²⁾ แต่งานวิจัยเกี่ยวกับความครอบคลุมของประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวในประเทศไทยยังระบุว่า มีคนต่างด้าวจำนวนมากที่ไม่มีประกันสุขภาพ⁽⁵⁰⁾ ส่วนหนึ่งอาจเป็นคนต่างด้าวที่ไม่ใช่แรงงานในระบบและไม่ใช่คน 4 สัญชาติที่มีสิทธิซื้อบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวของกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงการที่บัตรประกันสุขภาพเป็นระบบสมัครใจ และการขายบัตรอาศัยความร่วมมือจากสถานพยาบาลซึ่งขึ้นกับนโยบายของผู้บริหารโรงพยาบาลแต่ละแห่ง นอกจากนี้ โรงพยาบาลที่ขายบัตรประกันสุขภาพได้น้อยยังมีโอกาสขาดทุนสูงเนื่องจากการกระจายความเสี่ยงไม่เพียงพอ⁽⁵³⁾

นอกจากระบบประกันสุขภาพของภาครัฐ 2 ระบบที่กล่าวมา แรงงานข้ามชาติรวมถึงคนต่างชาติที่พำนักอยู่ในประเทศไทยสามารถซื้อประกันสุขภาพภาคเอกชนเองได้เช่นเดียวกับคนไทย แต่ประกันสุขภาพภาคเอกชนซึ่งเป็นภาคสมัครใจคงจำกัดอยู่เพียงผู้ที่มีฐานะดีหรือเป็นสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากนายจ้างในกลุ่มแรงงานที่มี

ศักยภาพสูงเท่านั้น การประเมินความครอบคลุมของประกันสุขภาพในกลุ่มแรงงานต่างชาติทั้งหมดทำได้ยาก เนื่องจากไม่ทราบจำนวนที่ชัดเจนของแรงงานข้ามชาติที่เข้าเมืองผิดกฎหมาย

ผู้ไม่มีเลขประจำตัว 13 หลัก

ผู้ไม่มีเลขประจำตัว 13 หลัก หรือ คนไร้รัฐ (stateless people) หมายถึง บุคคลที่ไม่ได้รับการยอมรับในสัญชาติจากรัฐใดๆ ในโลก บางคนอาจเป็นคนไทยที่ไม่มีบัตรประชาชนเนื่องจากหลายสาเหตุ เช่น ไม่ได้แจ้งเกิด ถูกพ่อแม่ทิ้งไว้ที่วัดหรือโรงพยาบาลเมื่อแรกเกิด เป็นคนไร้บ้าน/เร่ร่อนตามที่ต่างๆ ไม่มีการต่ออายุบัตรประชาชนหรือติดต่อราชการมาเป็นเวลานาน หรือเป็นชนกลุ่มน้อยในพื้นที่ห่างไกลซึ่งมักอาศัยอยู่ตามจังหวัดชายแดน⁽⁵⁴⁾ บุคคลเหล่านี้จำเป็นต้องผ่านกระบวนการพิสูจน์สถานะและสัญชาติซึ่งมีความยุ่งยากและใช้เวลานาน ทำให้ไม่ได้รับสิทธิด้านการรักษาพยาบาล⁽⁵⁵⁾ ยามเจ็บป่วยต้องรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลเองทั้งหมด ทำให้บางส่วนไม่กล้าเข้าไปรับบริการเพราะกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย

มติคณะรัฐมนตรี วันที่ 23 มีนาคม 2553 อนุมัติให้สิทธิขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขแก่บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2553 เป็นต้นไป และมีการจัดตั้งกองทุนให้บริการด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ 457,409 คน ซึ่งครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพ และการควบคุมป้องกันโรค โดยให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบ บทความของพงศธร พอกเพิ่มดี (2554)⁽⁵⁶⁾ มีการวิเคราะห์ความท้าทายไว้หลายด้าน เช่น ศักยภาพในการบริหารจัดการของกระทรวงสาธารณสุขงบประมาณไม่เพียงพอ สิทธิประโยชน์ไม่เท่าคนไทย ไม่ครอบคลุมบุคคลที่ยังไม่ได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพทั้งหมดที่อาศัยในประเทศไทย ต่อมามีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เช่น ปี 2558 มีมติคณะรัฐมนตรีอนุมัติเพิ่ม 208,631 คน⁽⁵⁷⁾ และ ปี 2563 มีการลงนามความร่วมมือ "การดำเนินงานพัฒนาการเข้าถึงสิทธิหลักประกันสุขภาพของคนไทยที่มีปัญหาสถานะทางทะเบียน" ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 9 หน่วยงานสำคัญ ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงยุติธรรม กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กรุงเทพมหานคร สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) องค์การแพลน อินเตอร์เนชั่นแนล ประเทศไทย มูลนิธิพัฒนาที่อยู่อาศัย และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)⁽⁵⁸⁾ จากการดำเนินการร่วมกันนี้ ได้นำไปสู่การให้ สปสช. ประสานกับกระทรวงสาธารณสุขในการเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อจัดตั้ง “กองทุนเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขสำหรับคนไทยที่มีปัญหาสถานะทางทะเบียน” ในปี 2564

ถึงแม้ว่าการดำเนินการให้หลักประกันสุขภาพกับผู้ไม่มีเลขประจำตัว 13 หลักจะมีความคืบหน้า แต่ก็ใช้เวลายาวนานและยังเผชิญกับความท้าทายหลายประการ เช่น งบประมาณไม่เพียงพอจึงมีชุดสิทธิประโยชน์ไม่เท่าเทียมกับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นกองทุนขนาดเล็กครอบคลุมเพียง 6 แสนกว่าคน ทำให้ไม่สามารถกระจายความเสี่ยงได้มากพอจึงเสี่ยงต่อการล้มละลาย อาจถูกยกเลิกได้ ด้วยเหตุนี้ในปี 2566 ขนเผ่าพื้นเมืองและภาคีเครือข่ายจึงได้เสนอให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทบทวนนิยามผู้ทรงสิทธิรับบริการสุขภาพ

5 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยเสนอให้บุคคลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิที่กำลังรอการพิสูจน์หรือพัฒนาสิทธิในสถานะบุคคลหรือสัญชาติ หรือ คนที่เคยได้รับสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมาก่อน มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนดในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545⁽⁵⁹⁾

สถานการณ์ของตัวชี้วัดนี้บ่งชี้ว่ามีการจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพอย่างเป็นระบบ (แต่ไม่ครอบคลุมทุกคน) ให้กลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จำเป็น และมีระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุม โดยมีทางเลือกในรูปแบบต่างๆ ตามที่ระบุในเป้าหมาย แต่การบรรลุตัวชี้วัดนี้ไม่เป็นไปตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป้าหมายที่จะไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง หรือระบบสุขภาพที่เป็นธรรมตามที่ระบุไว้ในธรรมนูญสุขภาพฉบับที่ 3 เนื่องจากการพึ่งพาระบบประกันสุขภาพภาคสมัครใจหรือการจัดตั้งกองทุนขนาดเล็กเพื่อดูแลชั่วคราวไม่สามารถยืนยันได้ว่าแรงงานข้ามชาติหรือผู้ที่ไม่มีเลขประจำตัว 13 หลักจะสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างยั่งยืน⁽⁶⁰⁾ นอกจากนี้บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ยังมีบุคคลที่ไม่มีสถานะทางทะเบียนหรือคนไร้รัฐที่แท้จริง หรือชนกลุ่มน้อยตกสำรวจในพื้นที่ห่างไกล ซึ่งยังไม่มีสิทธิในประกันสุขภาพ⁽⁵⁴⁾ อีกทั้งเป้าหมายตามตัวชี้วัดนี้ยังไม่ครอบคลุมคนต่างชาติกลุ่มอื่นที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย เช่น สมาชิกในครอบครัวของแรงงานข้ามชาติ คนต่างด้าวที่เป็นคู่สมรสของคนไทย คนต่างด้าวที่มาพำนักในประเทศไทยระยะยาว ตลอดจนนักท่องเที่ยวต่างชาติ ซึ่งอาจยังไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นและ/หรือต้องเผชิญความยากลำบากทางการเงินจากการรักษาพยาบาลเมื่ออยู่ในประเทศไทยได้เช่นกัน

เป้าประสงค์ด้านความมีประสิทธิภาพ (Efficiency)

ตัวชี้วัดที่ 15: เพิ่มประสิทธิภาพ โดยต้องคำนึงถึงคุณภาพควบคู่กันไป

นิยาม	-
ค่าเป้าหมาย	15.1 ให้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบใช้ระบบงบประมาณปลายปิด (Close ended budget) 15.2 ให้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบมีมาตรการและกลไกการเฝ้าระวังราคาและการควบคุมราคาการเบิกจ่ายของกองทุนและราคาค่าบริการ ยา และเทคโนโลยี ที่มีประสิทธิภาพ (Efficient reimbursement and price control system) 15.3 ให้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบใช้อำนาจในการซื้อร่วมกัน (Collective purchasing power) 15.4 มีการใช้มาตรการของรัฐบาล (Government intervention) อย่างเหมาะสม
การวัด	วิธีเชิงคุณภาพ เช่น ทบทวนวรรณกรรม สัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงาน/ผู้เชี่ยวชาญ

วิธีการคำนวณ	-
แหล่งข้อมูล	บทความวิชาการ/เอกสารที่เกี่ยวข้อง ผู้ปฏิบัติงาน/ผู้เชี่ยวชาญ

สถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 15

ระบบงบประมาณปลายปิด

ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการไม่ได้ใช้งบประมาณปลายปิด โปรดดูข้อมูลเพิ่มเติมจากตัวชี้วัดที่ 13.2 ตารางที่ 4.2 ประกอบ จะเห็นได้ว่า วิธีการเบิกจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเป็นแบบ fee for service สำหรับผู้ป่วยนอกและ DRG แบบไม่มีเพดานวงเงินสำหรับผู้ป่วยใน ดังนั้น จึงไม่มีการควบคุมงบประมาณให้อยู่ในวงเงินที่กำหนด ในขณะที่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและระบบประกันสังคมใช้วิธีเหมาจ่ายรายหัวและ DRG แบบมีเพดานวงเงิน จึงทำให้ทั้งสองระบบสามารถคุมค่าใช้จ่ายในแต่ละปีงบประมาณอยู่ภายใต้วงเงินที่กำหนดไว้ จึงสรุปได้ว่าสถานการณ์ตัวชี้วัดนี้ไม่ผ่านเป้าหมายที่กำหนด

มาตรการและกลไกการเฝ้าระวังราคาและการควบคุมราคาการเบิกจ่ายของกองทุน

มาตรการควบคุมราคาการเบิกจ่ายของกองทุนที่มีผลชัดเจนที่สุดในภาพรวมของกองทุนคือการใช้งบประมาณปลายปิด ซึ่งระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและระบบประกันสังคมได้ใช้อยู่แล้ว ส่วนระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการไม่ได้มีการควบคุมงบประมาณในภาพรวมจึงเปิดโอกาสให้มีการให้บริการสุขภาพเกินจำเป็นหรือใช้วิธีการรักษาโดยไม่คำนึงถึงความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์เนื่องจากสถานพยาบาลไม่ต้องแบกรับความเสี่ยงทางการเงิน

อย่างไรก็ตาม นอกเหนือจากการกำหนดงบประมาณในภาพรวม กองทุนยังมีการใช้มาตรการและกลไกการเฝ้าระวังราคาแบบอื่น เช่น

- การกำหนดราคาหรือเพดานการเบิกตามรายการ (fee schedule) สำหรับบริการหลายประเภท^(61, 62) อุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค⁽⁶³⁻⁶⁵⁾
- ระบบ pre-authorization เพื่อส่งเสริมการรักษาอย่างสมเหตุสมผล เช่น การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมอายุ ≤55 ปี ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบการตรวจสอบและคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergency Pre-Authorization)⁽⁶⁶⁾ การขออนุมัติใช้ยา จ. (2) ของของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การขออนุมัติใช้ยานอกบัญชียาหลักที่มีค่าใช้จ่ายสูงของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ⁽⁶⁷⁾

เนื่องจากแต่ละกองทุนมีมาตรการและกลไกเฝ้าระวังและควบคุมราคาแม้จะแตกต่างกัน จึงถือได้ว่าสถานการณ์ตัวชี้วัดนี้ผ่านเป้าหมายที่กำหนด

อำนาจในการซื้อพร้อมกัน (Collective purchasing power)

ระบบประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบ มีการจัดซื้อบริการสุขภาพแยกจากกันโดยแต่ละกองทุนมีกำหนดวิธีการและอัตราการเบิกจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลแตกต่างกันดังที่ได้กล่าวมาแล้ว (ตัวชี้วัดที่ 13.2) รวมถึงมีเงื่อนไข หลักเกณฑ์ และมาตรฐานของหน่วยบริการสุขภาพภาคเอกชนที่จะสมัครเข้ามาเป็นผู้ให้บริการสุขภาพของแต่ละระบบแตกต่างกัน⁽¹²⁾ โดยมาตรฐานสถานพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่

- สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ มีการซื้อบริการสุขภาพจากสถานพยาบาลของเอกชนเฉพาะกรณีนัดผ่าตัดล่วงหน้า โดยกำหนดคุณสมบัติสำคัญ เช่น เป็นสถานพยาบาลประเภทโรงพยาบาล ผ่านการรับรองคุณภาพจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลในชั้นที่ 2 ขึ้นไป หรือ ผ่านมาตรฐานคุณภาพ ISO 9001 ทั้งสองระบบ หรือ ผ่านการรับรองคุณภาพสากลในระบบ Joint Commission International หรือ DNV GL⁽⁶⁸⁾
- ประกันสังคม คุณสมบัติของสถานพยาบาลที่จะเข้าร่วมจะต้องเป็นไปตามประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง กำหนดมาตรฐานสถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน พ.ศ. 2563⁽⁶⁹⁾ ซึ่งมีคุณสมบัติสำคัญ เช่น ต้องเป็นสถานพยาบาลที่มีขนาดไม่น้อยกว่า 100 เตียง มีบริการส่งตัวผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการทางการแพทย์จนถึงที่สุดการรักษา มีบริการทางการแพทย์ 12 สาขาขึ้นไป (ได้แก่ 1. อายุรกรรมทั่วไป 2. ศัลยกรรมทั่วไป 3. สูตินรีเวชกรรม 4. ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ 5. เวชศาสตร์ป้องกัน 6. จักษุวิทยา 7. วิสัญญีวิทยา 8. โสต นาสิก ลาริงซ์ 9. รังสีวิทยา 10. เวชกรรมฟื้นฟู 11. เวชศาสตร์ฉุกเฉิน และหรือประสาทศัลยศาสตร์ 12. กุมารเวชกรรม)
- หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หน่วยบริการทุกประเภทต้องจัดตั้งและเปิดให้บริการตามกฎหมายและมีเครือข่ายบริการที่ยินยอมรับแล้ว คุณสมบัติของสถานพยาบาลขึ้นกับประเภทที่ขอขึ้นทะเบียน เช่น หน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการรับส่งต่อ และหน่วยร่วมให้บริการ ยกตัวอย่างคุณสมบัติสำคัญของหน่วยบริการแต่ละประเภท เช่น หน่วยบริการปฐมภูมิ ให้บริการผู้มีสิทธิในพื้นที่ได้ไม่เกิน 10,000 คน เปิดทุกวันและรวมเวลาไม่น้อยกว่า 56 ชั่วโมง/สัปดาห์ หน่วยบริการประจำ ต้องมีอัตราส่วนแพทย์ประจำอย่างน้อย 1 คนและพยาบาลวิชาชีพหรือพยาบาลเวชปฏิบัติประจำอย่างน้อย 2 คน ต่อผู้มีสิทธิ ไม่เกิน 10,000 คน มีบริการตรวจวินิจฉัยโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพเบื้องต้น บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย ทันตกรรม เภสัชกรรม ตรวจทางห้องปฏิบัติการขั้นพื้นฐาน หน่วยบริการรับส่งต่อ เช่น มีเตียงรับผู้ป่วยในต่อจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนไว้กับหน่วยบริการประจำในเครือข่าย ไม่น้อยกว่า 1:1,000 คน มีเตียงรับผู้ป่วยฉุกเฉินไม่น้อยกว่า 3 เตียง มีห้องผ่าตัดต่อเตียงไม่น้อยกว่า 1:50⁽⁷⁰⁾

นอกเหนือจากการซื้อบริการสุขภาพในภาพรวมดังที่กล่าวมา ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังได้มีการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ร่วมระดับประเทศ ซึ่งเริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2551 ในกลุ่มยาราคาแพง วัคซีน

พื้นฐาน (Expanded Programme on Immunization, EPI) น้ำยาล้างไต ยาต้านไวรัสเอชไอวี ยาวัณโรค ยาต้านพิษ ขดลวดค้ำยันผนังหลอดเลือดหัวใจ (coronary stent) เลนส์แก้วตาเทียม เป็นต้น จนกระทั่งถึงปีงบประมาณ 2561 ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงให้ สปสช. เป็นผู้บริหารจัดการการซื้อยาาร่วมและมีโรงพยาบาลราชวิถีทำหน้าที่จัดซื้อยาแทนตามมติคณะรัฐมนตรี^(71, 72) ซึ่งพบว่าการจัดซื้อ/บริหารการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ร่วมดังกล่าวช่วยประหยัดงบประมาณไปได้มาก⁽⁸⁾ อย่างไรก็ตาม ไม่ได้มีการดำเนินการร่วมกับกองทุนอื่น

จะเห็นได้ว่า ระบบประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบไม่ได้มีการใช้อำนาจในการซื้อร่วมกันทั้งในด้านการซื้อบริการสุขภาพในภาพรวมและการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ ดังนั้น สถานการณ์ตัวชี้วัดนี้ไม่ผ่านเป้าหมายที่กำหนด

มาตรการของรัฐบาล (Government interventions)

นอกเหนือจากมาตรการที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของระบบสุขภาพที่ได้กล่าวมาแล้ว เช่น การใช้งบประมาณปลายปิด ระบบเหมาจ่ายรายหัว การกำหนดเพดานงบประมาณ การกำหนดเพดานราคา เป็นต้น มาตรการของรัฐบาลที่เกี่ยวข้องกับการเพิ่มประสิทธิภาพยังมีอีกหลายมาตรการ โดยเฉพาะมาตรการด้านยา ได้แก่

- การใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยา (Compulsory licensing) ซึ่งมีการดำเนินการในช่วงปี พ.ศ. 2549 – 2551 กับยา 7 ชนิด ได้แก่ Efavirenz, Ritronavir/Lopinavir, Clopidogrel, Imatinib, Erotinib, Letrozole, และ Docetaxel ซึ่งสามารถลดราคายาลงได้อย่างมากทำให้คนไทยสามารถเข้าถึงยาจำเป็นเหล่านี้ได้⁽⁷¹⁾
- บัญชียาหลักแห่งชาติ (National List of Essential Medicine) ประเทศไทยมีการประกาศใช้บัญชียาหลักแห่งชาติมาตั้งแต่ พ.ศ. 2524 และมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องจนถึงบัญชีล่าสุด พ.ศ. 2567 เพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลเมื่อคำนึงถึงความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ เนื่องจากการคัดเลือกยาเข้าบัญชียาหลักอาศัยข้อมูลจากการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล และยังมีนโยบายให้โรงพยาบาลใช้สัดส่วนการซื้อยาในบัญชียาหลักต่อยานอกบัญชียาหลักเป็น 80:20 ถึงแม้จะไม่ได้มีการกำกับติดตามการดำเนินการอย่างเข้มงวด⁽⁷³⁾
- การจัดซื้อยาร่วมระดับเขตหรือจังหวัดสำหรับหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มติคณะรัฐมนตรี 13 มีนาคม 2550 กำหนดให้มีการจัดซื้อยาร่วมระดับเขตสำหรับยาที่มีปริมาณการใช้และมูลค่าารวมสูงสุด 100 อันดับแรกโดยไม่รวมรายการยาในบัญชียาหลักที่องค์การเภสัชกรรมผลิต แม้ว่าการต่อรองราคา ร่วมกันจะทำให้มีอำนาจการต่อรองสูงขึ้น ได้ราคาที่ยาที่ถูกลง แต่ยังคงมีปัญหาหลายประการ เช่น โรงพยาบาลขนาดใหญ่และเล็กมีความต้องการยาต่างกัน กำหนดคุณลักษณะของยาที่จัดซื้อร่วมกันไม่ได้ จึงทำให้เขตและจังหวัดไม่ได้ดำเนินการตามนโยบายนี้อย่างจริงจัง⁽⁷³⁾
- การกำหนดราคากลางยา ซึ่งจัดทำโดยคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติเพื่อใช้เป็นราคาขายสูงสุดที่ส่วนราชการหรือหน่วยงานของรัฐใช้ในการจัดซื้อจัดหายา เพื่อให้สอดคล้องตามแนวทางการดำเนินงานจัดซื้อของรัฐซึ่งจะต้องเป็นไปโดยประหยัด ครอบคลุมยาหลายกลุ่มและมีวิธีกำหนดราคาแตกต่างกัน

ตัวอย่างเช่น กลุ่มยาที่มีการแข่งขันสูงใช้ค่ามัธยฐานของราคาตลาดเป็นหลัก กลุ่มยาที่มีการผูกขาด (monopoly/oligopoly) ใช้วิธีการต่อรองราคาเป็นหลัก เป็นต้น⁽⁷⁴⁾

- การจัดซื้อยาเข้าโรงพยาบาลตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 ซึ่งส่งเสริมให้มีการแข่งขันในด้านราคาและคุณภาพ (price performance) เช่น การประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ (e-bidding) การต่อรองราคาสำหรับวิธีจัดซื้อจัดจ้างแบบเฉพาะเจาะจง ซึ่งช่วยให้เกิดมูลค่าการประหยัดในยาที่มีผู้จำหน่ายหลายราย แต่ยังมีข้อจำกัดในยาที่มีผู้จำหน่ายน้อยรายที่ไม่สามารถลดราคาลงได้มากเพราะเป็นตลาดแข่งขันไม่สมบูรณ์ จึงต้องใช้วิธีอื่น เช่น การกำหนดราคากลางมาช่วยควบคุมราคาในยาในกลุ่มนี้⁽⁷⁵⁾

จะเห็นได้ว่า สถานการณ์ของตัวชี้วัดที่ 15 มีทั้งส่วนที่ผ่านและไม่ผ่านตามเป้าหมาย ดังนั้น จึงถือว่าตัวชี้วัดนี้ผ่านบางส่วน อย่างไรก็ตาม มีข้อสังเกตว่าตัวชี้วัดย่อยบางส่วนกำหนดเป้าหมายไม่ชัดเจน

4.2 สรุปสถานการณ์การเงินการคลังสุขภาพ

เมื่อพิจารณาตามเป้าประสงค์ S-A-F-E ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 ที่รวม 20 ตัวชี้วัดย่อย พบว่า มีตัวชี้วัดที่ผ่านการประเมินจำนวน 11 ตัวชี้วัดย่อย และไม่ผ่านการประเมิน 9 ตัวชี้วัดย่อย (ตารางที่ 4.3) มีข้อสังเกตดังนี้

ด้านความยั่งยืน เมื่อพิจารณาจากตัวชี้วัดที่ 1 รายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE) ต่อ ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) (ร้อยละ 4.6, ปี 2564) และตัวชี้วัดที่ 2 รายจ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพ (GGHE) ต่อ รายจ่ายของรัฐบาล (GGE) (ร้อยละ 15.7, ปี 2564) โดยไม่รวมค่าใช้จ่ายจากวิกฤติโรคโควิด 19 ประเทศและรัฐบาลมีรายจ่ายด้านสุขภาพเป็นไปตามเป้าหมาย ไม่เกินร้อยละ 5 และร้อยละ 20 ตามลำดับ แสดงถึงความยั่งยืนในด้านการเงินการคลังสุขภาพ มีแนวโน้มที่จะสามารถลงทุนได้ในระยะยาว อย่างไรก็ตาม ผลกระทบจากวิกฤติโรคโควิด 19 ในปี พ.ศ. 2564 ทำให้ THE ต่อ GDP สูงถึงร้อยละ 5.4 ซึ่งเกินระดับที่ตั้งไว้ที่ร้อยละ 5

ด้านความเพียงพอ เมื่อพิจารณาจากตัวชี้วัดที่ 3 THE ต่อ GDP (ร้อยละ 4.6, ปี 2564) ประเทศมีสัดส่วนรายจ่ายสุขภาพเป็นไปตามเป้าหมาย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 4.1 แสดงถึงความเพียงพอของรายจ่ายสุขภาพโดยรวมในระดับหนึ่งเมื่อเทียบกับขนาดเศรษฐกิจของประเทศ แต่เมื่อพิจารณาจากตัวชี้วัดที่ 4 GGHE ต่อ GGE (ร้อยละ 15.7, ปี 2564) รัฐบาลมีสัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพ ไม่ถึงเป้าหมายที่ร้อยละ 16.5 การที่รายจ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพมีสัดส่วนน้อยกว่าระดับที่คาดหวังสอดคล้องกับตัวชี้วัดที่ 5.1 รายจ่ายนอกภาครัฐด้านสุขภาพต่อ THE (ร้อยละ 28.9, ปี 2564) สูงเกินกว่าเป้าหมายที่ร้อยละ 20 โดยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ทั้งนี้มีข้อสังเกตว่ารายจ่ายนอกภาครัฐด้านสุขภาพที่มีจำนวนและร้อยละเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องน่าจะเป็นผลมาจากประกันสุขภาพภาค

สมัครใจโดยบริษัทเอกชนเพิ่มมากขึ้น จึงควรมีการศึกษาเชิงลึกถึงความสมัครใจและความยินดีจ่ายของประชาชนต่อไป

เมื่อพิจารณารายจ่ายด้านสุขภาพในระดับครัวเรือน จากตัวชี้วัดที่ 5.2 รายจ่ายครัวเรือน (ร้อยละ 9.1, ปี 2564) พบว่าสูงเกินกว่าเป้าหมายที่ร้อยละ 8.7 เล็กน้อย แต่ยังไม่ส่งผลกระทบต่อ ตัวชี้วัดที่ 6 อุบัติการณ์ครัวเรือนล้มละลายจากค่ารักษาพยาบาล (ร้อยละ 1.78, ปี 2565) และ ตัวชี้วัดที่ 7 การกลายเป็นครัวเรือนยากจนหลังจากจ่ายค่ารักษาพยาบาล (ร้อยละ 0.18, ปี 2565) ที่ยังเป็นไปตามเป้าหมาย ไม่เกินร้อยละ 1.97 และร้อยละ 0.29 ตามลำดับ และมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาประกอบกับตัวชี้วัดที่ 8 ร้อยละของประชากรที่มีความจำเป็นด้านสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (ร้อยละ 2.3, ปี 2564) เป็นไปตามเป้าหมาย ไม่เกินร้อยละ 2.6 สนับสนุนว่า การที่อุบัติการณ์การล้มละลายและความยากจนจากค่ารักษาพยาบาลที่ต่ำนั้น ไม่ใช่ผลจากการเข้าไม่ถึงบริการเมื่อมีความจำเป็นด้านสุขภาพ

ด้านความเป็นธรรม เมื่อพิจารณาในภาพรวมจากตัวชี้วัดที่ 9 ความเป็นธรรมด้านการคลังสุขภาพ ดัชนี Kakwani (0.1218 เมื่อจำแนกเศรษฐกิจด้วยรายได้, ปี 2564) เป็นไปตามเป้าหมาย ไม่น้อยกว่า 0.1186 แสดงการคลังสุขภาพที่มีลักษณะก้าวหน้า หมายถึงคนรวยจ่ายเงินเพื่อสุขภาพสูงกว่าคนจนเมื่อเทียบกับความสามารถในการจ่าย และตัวชี้วัดที่ 10 การวิเคราะห์การได้รับประโยชน์จากการได้รับการอุดหนุนงบประมาณด้านสุขภาพภาครัฐ ดัชนี concentration (-0.067, ปี 2564) แสดงถึงการอุดหนุนงบประมาณด้านสุขภาพภาครัฐที่เอื้อต่อคนจน (pro poor)

เมื่อพิจารณาความเป็นธรรมภายในระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ ค่าตัวชี้วัดที่ 11 เกี่ยวกับเงินสมทบของระบบประกันสังคมสะท้อนความไม่เป็นธรรมภายในระบบ พิจารณาจากจำนวนเงินสมทบของผู้ประกันตนที่มีเพดานเงินเดือนที่ 15,000 บาท โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 ดังนั้น เมื่อผู้ประกันตนมีเงินเดือนเกินกว่าเพดานของเงินสมทบ ผู้ประกันตนที่มีเงินเดือนน้อยกลับต้องจ่ายเงินสมทบในอัตราที่มากกว่าผู้ที่มีเงินเดือนมากเมื่อเทียบกับความสามารถในการจ่าย

เมื่อพิจารณาความเป็นธรรมระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามระบบ พบว่า ยังคงมีความเหลื่อมล้ำเกิดขึ้นในหลายด้าน ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 12 มาตรฐานในการร่วมจ่าย ถึงแม้ว่าระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการจะมีการกำหนดประเภทและอัตราของบริการที่อนุญาตให้มีการร่วมจ่าย แต่ไม่มีกลไกที่ชัดเจนในการป้องกันการรับภาระค่าใช้จ่ายที่มากเกินไปจนอาจเกิดผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครัวเรือน สำหรับระบบประกันสังคม ถึงแม้ว่าจะไม่มีกลไกในการป้องกันการรับภาระค่าใช้จ่ายที่มากเกินไปเช่นเดียวกันแต่มีประเภทของบริการที่อนุญาตให้มีการร่วมจ่ายน้อยกว่าระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมาก ตัวชี้วัดที่ 13.1 รายจ่ายต่อหัวประชากรของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐในปีงบประมาณ 2563 มีความแตกต่างจากค่าเฉลี่ยของทั้งสามระบบสูงสุดถึง 168.3% และในปีงบประมาณ 2564 สูงสุดถึง 148.5% สาเหตุหลักมาจากระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีรายจ่ายต่อหัวประชากรสูงกว่าระบบประกันสังคมและระบบหลักประกันสุขภาพ

แห่งชาติอย่างมาก ส่วนหนึ่งเนื่องมาจากวิธีการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลมีความแตกต่างกัน และยังไม่มีนโยบายที่จะทำให้รายจ่ายต่อหัวของทั้งสามสิทธิมีความใกล้เคียงกัน ตัวชี้วัดที่ 13.2 แสดงความแตกต่างของมาตรฐานการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลใน 3 ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้งวิธีการและอัตราการจ่าย ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการของประชาชนในแต่ละระบบ ดังนั้น ความเหลื่อมล้ำภายในและระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐยังคงเป็นความท้าทายที่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย ซึ่งรัฐบาลและทั้งสามระบบต้องหารือร่วมกันเพื่อสร้างความเป็นธรรมให้เกิดขึ้น

เมื่อพิจารณาความเป็นธรรมสำหรับแรงงานข้ามชาติและผู้ไม่มีเลขประจำตัว 13 หลัก ด้วยตัวชี้วัดที่ 14 จะเห็นได้ว่า ปัจจุบันประเทศไทยมีการจัดการการเงินการคลังสุขภาพสำหรับกลุ่มดังกล่าว โดยเป็นระบบประกันสุขภาพภาคบังคับเฉพาะแรงงานข้ามชาติที่อยู่ในระบบการจ้างงานอย่างเป็นทางการเท่านั้น ส่วนแรงงานข้ามชาติที่เป็นแรงงานนอกระบบมีทางเลือกเป็นบัตรประกันสุขภาพภาคสมัครใจเฉพาะใน 4 สัญชาติ (เมียนมา ลาว กัมพูชา และเวียดนาม) จึงไม่ได้ครอบคลุมแรงงานข้ามชาตินอกระบบสัญชาติอื่น และตัวชี้วัดนี้ไม่ครอบคลุมคนต่างชาติที่ไม่ใช่แรงงาน เช่น ผู้ติดตามของแรงงานข้ามชาติ คู่สมรสของคนไทย ชาวต่างชาติที่มาพำนักระยะยาว หรือนักท่องเที่ยว ดังนั้น การจัดการการเงินการคลังสุขภาพเพื่อทุกคนบนผืนแผ่นดินไทยโดยไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลังยังคงเป็นความท้าทายที่จะสร้างระบบสุขภาพที่เป็นธรรมของประเทศ

ด้านความมีประสิทธิภาพ เมื่อพิจารณากลไกและมาตรการที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก พบว่า ตัวชี้วัดที่ 15.1 ระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการเป็นระบบเดียวที่ไม่ได้ใช้งบประมาณปลายปิด จึงไม่มีการควบคุมงบประมาณให้อยู่ในวงเงินที่กำหนด ตัวชี้วัดที่ 15.2 แสดงให้เห็นว่าทั้ง 3 ระบบ มีมาตรการและกลไกการเฝ้าระวังราคาและการควบคุมราคาการเบิกจ่ายแตกต่างกันและยังไม่มีกลไกกลางร่วมกัน ตัวอย่างเช่น การกำหนดราคาหรือเพดานการเบิกตามรายการ ระบบการขออนุมัติก่อนใช้ยาหรือให้บริการ เป็นต้น ส่วนตัวชี้วัดที่ 15.3 การใช้อำนาจในการซื้อร่วมกัน พบว่า ระบบประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบมีการซื้อบริการสุขภาพโดยทั่วไปแยกจากกัน สำหรับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ร่วมระดับประเทศโดยไม่มีการจัดซื้อร่วมกันระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ ตัวชี้วัดที่ 15.4 รัฐบาลมีการใช้มาตรการที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของระบบสุขภาพอื่นๆ เช่น การใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยา การมีบัญชียาหลักที่ส่งเสริมการใช้ยาโดยคำนึงถึงความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ การกำหนดราคากลาง การจัดซื้อยาพร้อมระดับเขต/จังหวัด การจัดซื้อยาเข้าโรงพยาบาลโดยพิจารณาจากการแข่งขันด้านราคาและคุณภาพ เป็นต้น แต่บางมาตรการอาจยังไม่ได้ดำเนินการอย่างเต็มที่หรือเผชิญข้อจำกัดและความท้าทาย

ตารางที่ 4.3 สรุปสถานการณ์การเงินการคลังสุขภาพตามตัวชี้วัดที่เสนอไว้ในเอกสารแนบธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3

เป้าประสงค์ (Goals)	ข้อ	ตัวชี้วัด (Indicators) และเป้าหมาย (Targets)	สถานการณ์	การประเมินผล
ความยั่งยืน Sustainability	1.	THE ต้องไม่เกิน 5% ของ GDP	THE 4.6% ของ GDP โดยไม่รวมค่าใช้จ่ายจากโรคโควิด 19 (ปี พ.ศ. 2564)	ผ่าน
	2.	GGHE ต้องไม่เกิน 20% ของ GGE	GGHE 15.7% ของ GGE (ปี พ.ศ. 2564)	ผ่าน
ความเพียงพอ Adequacy	3.	THE ต้องไม่น้อยกว่า 4.1% ของ GDP	THE 4.6% ของ GDP (ปี พ.ศ. 2564)	ผ่าน
	4.	GGHE ต้องไม่น้อยกว่า 16.5% ของ GGE	GGHE 15.7% ของ GGE (ปี พ.ศ. 2564)	ไม่ผ่าน
	5.1	Non-government health expenditure ไม่เกิน 20% ของ THE	Non-government health expenditure 28.9% ของ THE (ปี พ.ศ. 2564)	ไม่ผ่าน
	5.2	OOP ต้องไม่เกิน 8.7% ของ THE	OOP 9.1% ของ THE (ปี พ.ศ. 2564)	ไม่ผ่าน
	6.	Catastrophic ไม่เกิน 1.97% ของครัวเรือนทั้งหมด	Catastrophic 1.78% ของครัวเรือนทั้งหมด (ปี พ.ศ. 2565)	ผ่าน
	7.	Impoverishment ไม่เกิน 0.29% ของครัวเรือนทั้งหมด	Impoverishment 0.18% ของครัวเรือนทั้งหมด (ปี พ.ศ. 2565)	ผ่าน
	8	Unmet health need โดยรวม ไม่เกิน 2.6% ของประชากรทั้งหมด	Unmet health need 2.3% ของประชากรทั้งหมด (ปี พ.ศ. 2564)	ผ่าน
Fairness ความเป็นธรรม	9	FIA: มีความก้าวหน้า โดยค่า Kakwani index เมื่อวัดจากรายได้ ไม่น้อยกว่า +0.1186	มีความก้าวหน้า โดยมี Kakwani index เมื่อวัดจากรายได้ เท่ากับ +0.1218	ผ่าน

เป้าประสงค์ (Goals)	ชื่อ	ตัวชี้วัด (Indicators) และเป้าหมาย (Targets)	สถานการณ์	การประเมินผล
	10	การวิเคราะห์การได้รับประโยชน์จากการได้รับการอุดหนุนงบประมาณด้านสุขภาพภาครัฐ (BIA)	คนจนมีสัดส่วนของการได้รับประโยชน์จากการอุดหนุนงบประมาณของภาครัฐในสัดส่วนที่สูงกว่าคนรวยเล็กน้อย ทั้งในบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน	ผ่าน
	11	เพิ่มความเป็นธรรมของการจ่ายเงินสมทบ ระหว่างผู้มีสิทธิในระบบประกันสังคม ให้ใกล้เคียงกับตอนเริ่มต้นระบบประกันสังคมเมื่อปี พ.ศ. 2534 โดยปรับเพิ่มเพดานเงินเดือนสำหรับการคำนวณเงินสมทบของผู้ประกันตน ให้เป็น 7 เท่าของค่าแรงขั้นต่ำ	เพดานเงินเดือนยังคงเท่ากับ 15,000 บาท ในขณะที่ค่าแรงขั้นต่ำคือ 330 บาทต่อวัน ((ปี พ.ศ. 2567) หากคำนวณเพดานเงินเดือน 7 เท่า จะเท่ากับ 55,440 บาท	ไม่ผ่าน
	12	มีระบบที่สร้างความเป็นธรรมในการร่วมจ่ายตามฐานะทางเศรษฐกิจที่ไม่เป็นหรือสร้างอุปสรรคในการเข้าถึงบริการที่จำเป็นอีกทั้งต้องไม่ก่อให้เกิดผลกระทบหรือความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ	<ul style="list-style-type: none"> ไม่มีการร่วมจ่ายในบริการที่มีผลกระทบต่อสาธารณะ (Externality) ในทั้งสามระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ ทุกระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐจัดให้มีการเข้าถึงบริการที่จำเป็นสำหรับผู้มีรายได้หรือฐานะทางสังคมต่ำ หรือผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีการกำหนดอัตราค่าบริการส่วนที่เบิกได้ แต่ไม่มีกลไกที่ชัดเจนในการป้องกันการรับภาระค่าใช้จ่ายที่มากเกินไปจากการร่วมจ่ายส่วนต่างจนเกิดอาจ 	ไม่ผ่าน

เป้าประสงค์ (Goals)	ชื่อ	ตัวชี้วัด (Indicators) และเป้าหมาย (Targets)	สถานการณ์	การประเมินผล
			ผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครัวเรือน ส่วนระบบประกันสังคมและระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อนุญาตให้ร่วมจ่ายได้เฉพาะบางกรณีเท่านั้น <ul style="list-style-type: none"> ไม่มีกลไกที่ชัดเจนในการป้องกันมิให้คนรวยเข้าถึงบริการและใช้บริการสุขภาพมากกว่าคนจน ไม่มีกลไกที่ชัดเจนในการกระจายเงินจากสถานพยาบาลที่มีรายได้สูงกว่าไปยังสถานพยาบาลที่มีรายได้ต่ำกว่า 	
	13	บรรลุนormเป็นธรรมในการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ		
	13.1	รายจ่ายต่อหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ (Age adjusted per capita expenditure) ของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ ต้องมีค่าไม่ต่างจากค่าเฉลี่ยทั้งสามระบบหลักร้อยละ ± 1	รายจ่ายต่อหัวประชากรของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ ต่างจากค่าเฉลี่ยทั้งสามระบบหลักเกินร้อยละ ± 1 (ทั้งปีงบประมาณ 2563 และ 2564)	ไม่ผ่าน
	13.2	กำหนดให้มีมาตรฐานการจ่ายเงินของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐให้แก่สถานพยาบาล	ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐใช้วิธีการและอัตราการเบิกจ่ายต่างกัน ตัวอย่างเช่น ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการใช้การเบิกจ่ายตามอัตราที่สถานพยาบาลเรียก	ไม่ผ่าน

เป้าประสงค์ (Goals)	ชื่อ	ตัวชี้วัด (Indicators) และเป้าหมาย (Targets)	สถานการณ์	การประเมินผล
		เป็นราคาเดียวกันในทุกประเภทและระดับการบริการ	เก็บ (fee for service) ในขณะที่ระบบประกันสังคมและระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใช้การเหมาจ่ายรายหัว (capitation) สำหรับบริการผู้ป่วยนอก อัตราฐานของการเบิกจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group, DRG) แต่ละระบบแตกต่างกัน มีเพียงบางบริการเท่านั้นที่ทั้งสามระบบใช้วิธีและอัตราการเบิกจ่ายเดียวกัน	
	14	มีการวางแผนออกแบบการเงินการคลังสุขภาพเพื่อคุ้มครองแรงงานข้ามชาติและผู้ไม่มีเลขประจำตัว 13 หลักอย่างเป็นระบบ ให้สามารถเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จำเป็น และมีระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุม โดยมีทางเลือกในรูปแบบต่างๆ	มีประกันสังคม สำหรับแรงงานข้ามชาติที่เป็นลูกจ้างในระบบ (ภาคบังคับ) บัตรประกันสุขภาพต่างด้าว สำหรับแรงงานข้ามชาติจาก 4 สัญชาติ ที่เป็นลูกจ้างนอกระบบ (ภาคสมัครใจ) มีกองทุนสำหรับผู้ไม่มีเลขประจำตัว 13 หลัก บางส่วน ดังนั้น ถึงแม้ว่าจะมีการออกแบบการเงินการคลังสุขภาพอย่างเป็นระบบแต่ยังไม่มีความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด	ผ่าน
ความมีประสิทธิภาพ	15	เพิ่มประสิทธิภาพ โดยต้องคำนึงถึงคุณภาพควบคู่กันไป		
Efficiency	15.1	ให้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบใช้ระบบงบประมาณปลายปิด (Close ended budget)	ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการใช้งบประมาณปลายเปิด	ไม่ผ่าน

เป้าประสงค์ (Goals)	ชื่อ	ตัวชี้วัด (Indicators) และเป้าหมาย (Targets)	สถานการณ์	การประเมินผล
	15.2	ให้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบมีมาตรการและกลไกการเฝ้าระวังราคาและการควบคุมราคาการเบิกจ่ายของกองทุนและราคาค่าบริการ ยา และเทคโนโลยี ที่มีประสิทธิภาพ (Efficient reimbursement and price control system)	แต่ละกองทุนมีกลไกควบคุมราคา เช่น การใช้งบประมาณ ปลายปิด การกำหนดเพดานราคา/ราคาเบิก ระบบขออนุมัติก่อนใช้ยา/ทำหัตถการ แต่มีการใช้แตกต่างกัน	ผ่าน
	15.3	ให้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบใช้อำนาจในการซื้อร่วมกัน (Collective purchasing power)	การซื้อบริการสุขภาพเป็นไปตามหลักเกณฑ์ของแต่ละกองทุน โดยมีหน่วยบริการและกลไกการจ่ายแตกต่างกัน การจัดซื้อยาร่วมมีเฉพาะระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	ไม่ผ่าน
	15.4	มีการใช้มาตรการของรัฐบาล (Government intervention) อย่างเหมาะสม	มีมาตรการของรัฐที่เคยดำเนินการและกำลังดำเนินการอยู่ เช่น การใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยา การกำหนดราคากลาง บัญชียาหลักแห่งชาติ การจัดซื้อยาร่วมระดับเขตสำหรับหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	ผ่าน

4.3 ข้อจำกัดของตัวชี้วัดในการติดตามเป้าหมายของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3

1) ด้านความครอบคลุม

ตัวชี้วัดการเงินการคลังสุขภาพที่ระบุไว้ในตามธรรมนูญฯ สามารถติดตามสถานการณ์ตามเป้าหมายด้านการเงินการคลังสุขภาพในระยะ 5 ปี ได้เพียงบางส่วน โดยเน้นการติดตามสถานการณ์ด้านการเงินการคลังสุขภาพในภาพรวม การบูรณาการกองทุนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การปรับปรุงระบบการเงินการคลังสุขภาพให้สอดคล้องกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการพัฒนาระบบการเงินการคลังสุขภาพเพื่อให้แรงงานข้ามชาติและผู้ไม่มีเลขประจำตัว 13 หลัก อย่างไรก็ตาม ส่วนอื่นๆ ของเป้าหมาย “ความเป็นธรรม ตอบสนอง ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง” ได้แก่ การสร้างการรับรู้และตระหนักรู้ในหน้าที่ของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง หลักการนโยบายสาธารณะของภาคส่วนต่างๆ ให้ความสำคัญต่อสุขภาพของประชาชน (Health in All Policy, HiAP) การพัฒนานโยบายการร่วมจ่ายตามฐานะทางเศรษฐกิจและกำลังจ่ายของประชาชนเพื่อป้องกันมิให้ใช้บริการโดยปราศจากเหตุผล รวมถึงการพัฒนานโยบายการร่วมจ่ายจากหน่วยงาน องค์กร หรือผู้ประกอบการทั้งจากภาครัฐและเอกชนที่สร้างผลกระทบเป็นมลพิษต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพประชาชน ไม่ได้อยู่ในการติดตามของ 15 ตัวชี้วัดนี้

นอกจากเป้าหมายการเงินการคลังสุขภาพ 5 ข้อแล้ว ธรรมนูญฯ ยังมีมาตรการเพื่อการเปลี่ยนแปลงอีก 4 ข้อ ซึ่งตัวชี้วัดการเงินการคลังสุขภาพชุดปัจจุบัน ไม่สามารถติดตามสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ได้ทั้งหมด ตัวอย่างเช่น

- มาตรการที่ 2 คนต่างด้าวทุกคนที่เข้ามาในประเทศไทยต้องมีระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ โดยมีทางเลือกรูปแบบต่างๆ --- ตัวชี้วัดที่ 14 ติดตามเฉพาะแรงงานข้ามชาติเท่านั้นและไม่ได้กำหนดว่าต้องเป็นระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ
- มาตรการที่ 3 มีกลไกการออกแบบเชิงระบบ (System design) ที่เชื่อมโยงประเด็นทางการเงินการคลังสุขภาพเข้ากับระบบสุขภาพ ปัจจัยกำหนดสุขภาพ และการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ --- ตัวชี้วัดที่ 1 เปรียบเทียบรายจ่ายสุขภาพทั้งหมดกับ GDP ตัวชี้วัดที่ 9 ความเป็นธรรมด้านการคลังสุขภาพ มีความเกี่ยวข้องกับระบบภาษี จึงถือได้ว่าเชื่อมโยงกับการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ ตัวชี้วัดที่ 8 ความจำเป็นด้านสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนอง และตัวชี้วัดที่ 15 กลไกการเฝ้าระวังและควบคุมราคา การใช้อำนาจในการจัดซื้อเกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพด้านการเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์จำเป็น แต่ยังไม่เป็นตัวชี้วัดใดที่ติดตามการเชื่อมโยงการเงินการคลังสุขภาพเข้ากับปัจจัยกำหนดสุขภาพ
- มาตรการที่ 4 มีกลไกการติดตามตัวชี้วัดตามหลักการ S-A-F-E และการพัฒนาตัวชี้วัด S-A-F-E ไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม --- มีการกำหนดตัวชี้วัดตามหลักการ S-A-F-E แต่ไม่ได้มีกลไกการติดตามชัดเจนและไม่มีการระบุหน่วยงานที่รับผิดชอบแต่ละตัวชี้วัด อาจถือได้ว่าการจัดทำ

รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพด้านการเงินการคลังสุขภาพ อาจเป็นจุดเริ่มต้นของการนำไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมได้ แต่ยังไม่ชัดเจน

2) ด้านวิธีการวัด

การประเมินสถานการณ์ระบบสุขภาพด้านการเงินการคลังสุขภาพตามตัวชี้วัดที่กำหนดไว้พบข้อจำกัดด้านการวัด และ/หรือ ประเมินผลหลายประการ ดังนี้

- 1) ข้อจำกัดด้านข้อมูล ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 13.1 รายงานต่อหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ เนื่องจากไม่มีข้อมูลรายจ่ายของแต่ละกองทุนแยกรายกลุ่มอายุ จึงไม่สามารถปรับด้วยโครงสร้างอายุได้
- 2) ตัวชี้วัดเชิงปริมาณไม่สอดคล้องกับระบบการรายงานรายจ่ายสุขภาพสากล โดยเฉพาะตัวชี้วัดด้านรายจ่ายสุขภาพ ซึ่งปัจจุบันได้มีการเปลี่ยนแปลงคู่มือการจัดทำโดยอ้างอิงจาก A System of Health Accounts 2011⁽⁷⁶⁾ ซึ่งได้มีการปรับวิธีการรายงานจากปี 2000 เช่น จากรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (Total Health Expenditure, THE) เป็นรายจ่ายดำเนินการด้านสุขภาพ (Current Health Expenditure, CHE) และรายจ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพ (General Government Health Expenditure, GGHE) เป็นรายจ่ายดำเนินงานของรัฐบาลด้านสุขภาพ (Domestic General Government Health Expenditure, GGHE-D) เป็นต้น ซึ่งทั้งสองตัวชี้วัดนี้เป็นการปรับเปลี่ยนโดยการแยกรายจ่ายลงทุนออก เพื่อให้สะท้อนถึงรายจ่ายดำเนินการทั่วไปในสถานะที่ไม่ได้มีการลงทุนด้านโครงสร้างพื้นฐานขนาดใหญ่ได้ชัดเจนกว่า ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันของประเทศไทย นอกจากนี้ การปรับวิธีการรายงานตามสากลทำให้สามารถเปรียบเทียบสถานการณ์ของประเทศไทยกับประเทศอื่นๆ ได้
- 3) เกณฑ์เป้าหมายของตัวชี้วัดเชิงปริมาณไม่ได้เชื่อมโยงกับสมรรถนะของระบบสุขภาพหรือผลลัพธ์ทางสุขภาพที่คาดหวัง เช่น การเข้าถึงบริการ เป้าหมายด้านสุขภาพ หรือสถานการณ์ที่บ่งชี้ถึงปัญหา แต่เป็นการกำหนดเป้าหมายโดยอ้างอิงสถานการณ์ ณ ปี 2562 และยังเป็นกำหนดตัวเลขอ้างอิงที่เฉพาะเจาะจง ไม่มีความยืดหยุ่น เช่น กำหนดให้ค่าเฉลี่ยรายจ่ายต่อหัวสามกองทุนให้ต่างกันได้ไม่เกินร้อยละ 1 ซึ่งขัดกับธรรมชาติของข้อมูลสถิติโดยทั่วไปที่ไม่คงที่ตามกาลเวลา จึงทำให้การประเมินผลว่าผ่านหรือไม่ผ่านตามเป้าหมายที่กำหนดอาจไม่ได้สะท้อนสมรรถนะของระบบสุขภาพหรือการเงินการคลังสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยของบางเป้าหมายอาจไม่มีนัยสำคัญเชิงนโยบาย เช่น OOP เปลี่ยนแปลงจาก 8.7% เป็น 9.1% เป็นต้น
- 4) การตั้งเกณฑ์เป้าหมายที่ไม่ชัดเจนของตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ กล่าวคือ การกำหนดให้มีมาตรการบางอย่างโดยไม่ได้กำหนดรูปแบบ รายละเอียด ผลลัพธ์ที่คาดหวัง หรือประสิทธิผลของมาตรการ ทำให้การประเมินมีความเป็นอัตวิสัย (subjective) ได้แก่ตัวชี้วัดดังต่อไปนี้

- มีการวางแผนออกแบบการเงินการคลังสุขภาพเพื่อดูแลแรงงานข้ามชาติและผู้ไม่มีเลขประจำตัว 13 หลักอย่างเป็นระบบ ซึ่งไม่มีการกำหนดรูปแบบ เช่น ภาครัฐสมัครใจหรือภาคบังคับ และระดับความครอบคลุมประชากรที่คาดหวัง
- มีมาตรการและกลไกการเฝ้าระวังราคาและการควบคุมราคาการเบิกจ่าย โดยไม่ได้ระบุว่ามาตรการและกลไกดังกล่าวควรเป็นรูปแบบใด มีประสิทธิผลอย่างไร
- ให้ทุกระบบประกันสุขภาพภาครัฐใช้อำนาจในการซื้อร่วมกัน (Collective purchasing power) โดยไม่ได้ระบุว่าเป็นการซื้อบริการใดหรือทุกบริการ
- มีการใช้มาตรการของรัฐบาล (Government intervention) อย่างเหมาะสม โดยไม่ได้ระบุว่ามาตรการและกลไกดังกล่าวควรเป็นรูปแบบใด เพื่อวัตถุประสงค์ใด

บทที่ 5 ผลการศึกษา: การทบทวนและพัฒนาตัวชี้วัดการเงินการคลังสุขภาพให้สอดคล้องกับเป้าหมายระบบสุขภาพที่พึงประสงค์

5.1 เป้าประสงค์และมาตรการด้านการเงินการคลังสุขภาพของประเทศไทย

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 กำหนดแนวทางการขับเคลื่อนสาระสำคัญรายหมวดทั้งหมด 12 หมวด⁽²⁾ รวมถึง หมวด 9 การเงินการคลังสุขภาพ มีเป้าประสงค์ 4 ประการ เรียกชื่อย่อว่า S-A-F-E ได้แก่ ความยั่งยืน (Sustainability) ความเพียงพอ (Adequacy) ความเป็นธรรม (Fairness) และความมีประสิทธิภาพ (Efficiency)⁽³³⁾ และมีเป้าหมายเพื่อมุ่งไปสู่ “ความเป็นธรรม ตอบสนอง ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง” ระยะ 5 ปี มี 5 ข้อ ได้แก่

- 1) บูรณาการกองทุนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้มีความเป็นเอกภาพ เป็นธรรม เพียงพอ และการเงินการคลังสุขภาพมีความยั่งยืน
- 2) ปรับปรุงระบบการเงินการคลังสุขภาพให้สอดคล้องกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และเป็นรากฐานสำคัญในการพัฒนางานด้านสุขภาพอื่นๆ ที่ระบุไว้ในธรรมนูญฯ ฉบับนี้
- 3) พัฒนาระบบการเงินการคลังสุขภาพเพื่อให้แรงงานข้ามชาติและผู้ไม่มีเลขประจำตัว 13 หลัก สามารถเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จำเป็น โดยเฉพาะการได้รับวัคซีนวัคซีน และให้มีระบบประกันสุขภาพกรณีการรักษาพยาบาลที่ครอบคลุม โดยมีทางเลือกในรูปแบบต่างๆ
- 4) สร้างการรับรู้และตระหนักรู้ในหน้าที่ของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง สนับสนุนให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และหลักการทุนนโยบายห่วงใยสุขภาพ (Health in All Policy, HiAP) โดยนโยบายสาธารณสุขของภาคส่วนต่างๆ ให้ความสำคัญต่อสุขภาพของประชาชน
- 5) พัฒนานโยบายการร่วมจ่ายตามฐานะทางเศรษฐกิจและกำลังจ่ายของประชาชน เพื่อป้องกันมิให้ใช้บริการโดยปราศจากเหตุผล และไม่ใช่อุปสรรคและสร้างความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการที่จำเป็น พัฒนานโยบายการจ่ายชดเชย โดยหน่วยงานองค์กรหรือผู้ประกอบการทั้งภาครัฐและเอกชนที่ก่อมลพิษต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพประชาชน

นอกจากนี้ ยังได้มีการเสนอมาตรการเพื่อการเปลี่ยนแปลงของการเงินการคลังสุขภาพในระยะ 5 ปี รวมทั้งสิ้น 4 ข้อ ได้แก่

- 1) บูรณาการกองทุนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้มีกลไกหลักในการบริหารจัดการทางการเงินการคลังสุขภาพระดับชาติ รวมทั้งชุดสิทธิประโยชน์หลักและกลไกการจ่ายที่ใช้ร่วมกันระหว่างกองทุน และมีการบูรณาการระบบฐานข้อมูลการเบิกจ่าย ร่วมกันให้เป็นมาตรฐานเดียว
- 2) คนต่างด้าวทุกคนที่เข้ามาในประเทศไทย ต้องมีระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ โดยมีทางเลือกในรูปแบบต่างๆ

3) มีกลไกการออกแบบเชิงระบบ (System design) ที่เชื่อมโยงประเด็นทางการเงินการคลังสุขภาพ เข้ากับระบบสุขภาพ ปัจจัยกำหนดสุขภาพ และการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ

4) มีกลไกการติดตามตัวชี้วัดตามหลักการ S-A-F-E และการพัฒนาตัวชี้วัด S-A-F-E ไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม

5.2 การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับตัวชี้วัดการเงินการคลังสุขภาพ

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 ได้มีเอกสารแนบท้ายกำหนดตัวชี้วัดการเงินการคลังสุขภาพอยู่แล้ว นับรวมตัวชี้วัดย่อยเป็น 20 ตัวชี้วัด ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ใช้เป็นข้อมูลเริ่มต้นสำหรับการทบทวนตัวชี้วัด ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม โดยพบเอกสารเพิ่มอีก 10 ฉบับ เป็นเอกสารไทย 1 ฉบับ ได้แก่ “ข้อเสนอการคลังสุขภาพเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป้าประสงค์ ตัวชี้วัด และเป้าหมาย” และเอกสารต่างประเทศ 9 ฉบับ ดังนั้น เอกสารอ้างอิงทั้งหมดที่ใช้รวบรวมตัวชี้วัดการเงินการคลังสุขภาพทั้งหมดจึงมี 11 ฉบับ แสดงในตารางที่ 5.1

ตารางที่ 5.1 เอกสารอ้างอิงที่ใช้ในการทบทวนตัวชี้วัดการเงินการคลังสุขภาพ

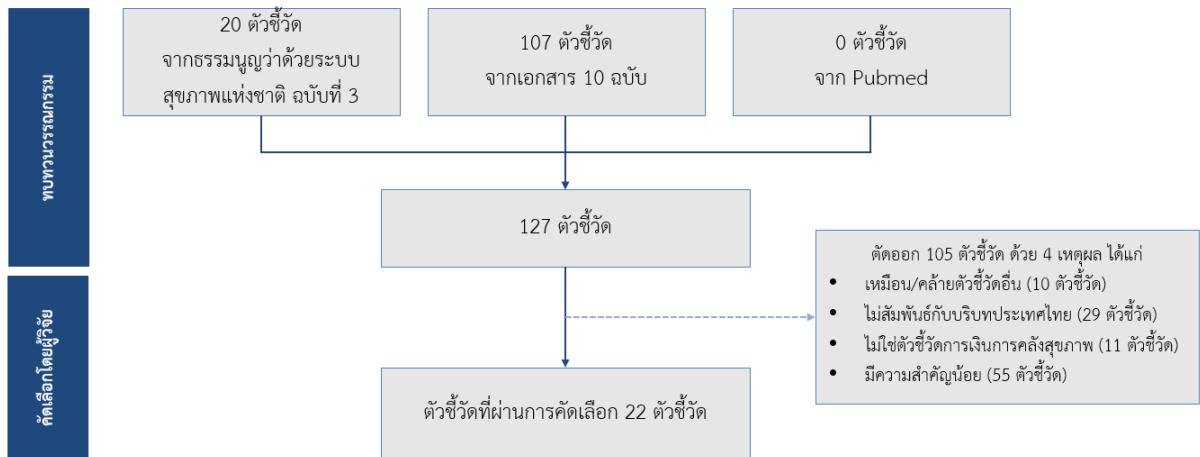
ลำดับ	ผู้แต่ง/หน่วยงาน (ปีที่เผยแพร่)	ชื่อเรื่อง
1	คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2566) ⁽²⁾	ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565
2	คณะกรรมการจัดทำแนวทางการระดมทรัพยากรเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2559) ⁽²⁶⁾	ข้อเสนอการคลังสุขภาพ เพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป้าประสงค์ ตัวชี้วัด และเป้าหมาย (SAFE indicators)
3	U.S. Agency for International Development (USAID) (2558) ⁽⁷⁷⁾	Health Financing Indicators
4	World Health Organization (2559) ⁽⁷⁸⁾	Health Financing Country Diagnostic: a Foundation for National Strategy Development
5	World Health Organization (2563) ⁽⁷⁹⁾	The Health Financing Progress Matrix: Country Assessment Guide No.9
6	World Health Organization (2563) ⁽⁸⁰⁾	The Health Financing Progress Matrix: Country Assessment Guide No.8

ลำดับ	ผู้แต่ง/หน่วยงาน (ปีที่เผยแพร่)	ชื่อเรื่อง
7	World Health Organization (2565) ⁽⁸¹⁾	Health System Performance Assessment: A Framework for Policy Analysis
8	World Health Organization (2567) ⁽⁸²⁾	WHO Health Financing Dashboard
9	World Health Organization (2567) ⁽⁸³⁾	WHO Global Health Expenditure Database
10	World Health Organization (2567) ⁽⁸⁴⁾	WHO Global Health Observatory
11	World Bank (2567) ⁽⁸⁵⁾	World Bank Health Financing Indicators

จากเอกสารอ้างอิงดังกล่าว พบตัวชี้วัดการเงินการคลังสุขภาพทั้งหมด 127 ตัว คัดเลือกเบื้องต้นโดยผู้วิจัยโดยกำหนดเหตุผลของการคัดออก 4 ประการ ได้แก่

- 1) ซ้ำหรือคล้ายกับตัวชี้วัดอื่น 10 ตัว (ภาคผนวก ข)
- 2) ไม่สัมพันธ์กับบริบทประเทศไทย 29 ตัว (ภาคผนวก ค)
- 3) ไม่ใช่ตัวชี้วัดการเงินการคลังสุขภาพ 11 ตัว (ภาคผนวก ง)
- 4) มีความสำคัญน้อย 55 ตัว (ภาคผนวก จ)

ดังนั้นจึงคัดตัวชี้วัดออก 105 ตัว คงเหลือ 22 ตัวชี้วัด (รูปที่ 5.1) โดย 15 ตัวได้ถูกระบุในเอกสารแนบท้ายธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 แล้ว ในขณะที่อีก 7 ตัว เป็นตัวชี้วัดที่มาจากเอกสารอื่น



รูปที่ 5.1 ขั้นตอนการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับตัวชี้วัดการเงินการคลังสุขภาพและการคัดเลือกเบื้องต้นโดยนักวิจัย

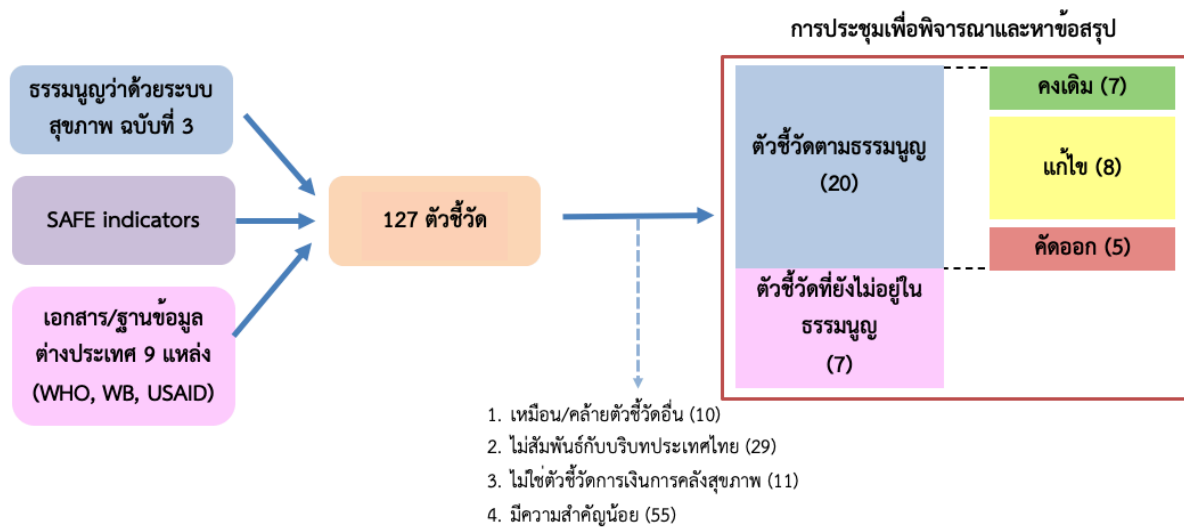
5.3 การพิจารณาตัวชี้วัดการเงินการคลังสุขภาพโดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้เชี่ยวชาญ

นักวิจัยนำเสนอผลการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับตัวชี้วัดและผลการคัดเลือกเบื้องต้นในการประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้เชี่ยวชาญในวันที่ 19 สิงหาคม 2567 ซึ่งมีผู้เข้าร่วมประชุมทั้งหมด 40 คน แบ่งเป็น

- ผู้กำหนดนโยบาย 10 คน
- ผู้แทนจากหน่วยงานหลักประกันสุขภาพภาครัฐ 13 คน
- ผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันวิจัย/มหาวิทยาลัย 15 คน
- องค์กรภาคประชาสังคม 2 คน

โดยนักวิจัยนำเสนอตัวชี้วัด 27 ตัวชี้วัด ให้ผู้เข้าร่วมประชุมพิจารณาและให้ความคิดเห็น โดยประกอบด้วยตัวชี้วัดทั้งหมดที่ระบุอยู่ในเอกสารแนบท้ายธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 จำนวน 20 ตัวชี้วัด แบ่งเป็น 15 ตัวชี้วัดที่ผ่านการคัดเลือก (เสนอให้คงเดิม 7 ตัวชี้วัด เสนอให้ปรับปรุง 8 ตัวชี้วัด) และตัวชี้วัดที่เสนอให้คัดออก 5 ตัวชี้วัด นอกจากนี้ มีตัวชี้วัดที่เสนอเพิ่มเติม 7 ตัวชี้วัด แสดงดังรูปที่

5.2



รูปที่ 5.2 ตัวชี้วัดการเงินการคลังสุขภาพที่เสนอให้ที่ประชุมพิจารณา

การอภิปรายและให้ความคิดเห็นโดยผู้เข้าร่วมประชุมในภาพรวมเห็นว่า ให้คงตัวชี้วัดเดิมที่ระบุใน ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 ไว้ทั้ง 20 ตัวชี้วัด โดยให้นักวิจัยไปพิจารณาปรับปรุง ตัวชี้วัดให้เหมาะสมกับสถานการณ์ เป้าหมายชัดเจน และวัดผลได้ สำหรับตัวชี้วัดที่เสนอเพิ่ม ให้พิจารณา ลำดับความสำคัญของตัวชี้วัดและความซ้ำซ้อนกับตัวชี้วัดที่มีอยู่เดิม โดยผู้เข้าร่วมประชุมไม่ได้มีการเสนอ ตัวชี้วัดใหม่ หรือมีข้อสงสัยต่อตัวชี้วัดอื่นๆ ที่คัดออก

รายละเอียดความคิดเห็นสำหรับทั้ง 27 ตัวชี้วัด รวมถึงข้อเสนอแนะอื่นๆ ต่อการพัฒนาตัวชี้วัด สามารถดูได้จาก ภาคผนวก ฉ และสรุปย่อความคิดเห็นในตารางที่ 5.2 ดังนี้

ตารางที่ 5.2 สรุปความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมประชุมต่อ 27 ตัวชี้วัด ที่นักวิจัยนำเสนอ

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดและเป้าหมาย	ความคิดเห็น
ตัวชี้วัดที่นักวิจัยเสนอให้คงเดิม 7 ตัวชี้วัด		
6	ร้อยละของอุปบัติการณ์ครัวเรือนล้มละลายจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Catastrophic Health Expenditure) ต่อ ครัวเรือนทั้งหมด ไม่เกินร้อยละ 1.97	คงเดิม
7	ร้อยละของอุปบัติการณ์ของครัวเรือนที่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจนภาย หลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Health impoverishment) ต่อ ครัวเรือนทั้งหมด ไม่เกินร้อยละ 0.29	คงเดิม
9	ความเป็นธรรมด้านการคลังสุขภาพ (Financial incidence analysis, FIA) มีลักษณะก้าวหน้า มี Kakwani index เมื่อวัดจากรายได้ ไม่น้อยกว่า +0.1186 และ เมื่อวัดจากรายจ่ายครัวเรือน ไม่น้อยกว่า +0.2161	คงเดิม

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดและเป้าหมาย	ความคิดเห็น
12	มีระบบที่สร้างความเป็นธรรมในการร่วมจ่ายตามฐานะทางเศรษฐกิจที่ไม่เป็นหรือสร้างอุปสรรคในการเข้าถึงบริการที่จำเป็นอีกทั้งต้องไม่ก่อให้เกิดผลกระทบหรือความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ	มีความเห็นแตกต่างกันเกี่ยวกับการร่วมจ่าย
13.2	กำหนดให้มีมาตรฐานการจ่ายเงินของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐให้แก่อสถานพยาบาลเป็นราคาเดียวกันในทุกประเภทและระดับการบริการ	คงเดิม
14	มีการวางแผนออกแบบการเงินการคลังสุขภาพเพื่อคุ้มครองแรงงานข้ามชาติและผู้ไม่มีเลขประจำตัว 13 หลักอย่างเป็นระบบ ให้สามารถเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จำเป็น และมีระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุม โดยมีทางเลือกในรูปแบบต่างๆ	ปรับปรุงโดยให้รวมกับตัวชี้วัดที่เสนอใหม่
15.1	ให้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบใช้ระบบงบประมาณปลายปิด (Close ended budget)	คงเดิม
ตัวชี้วัดที่นักวิจัยเสนอให้ปรับปรุง 8 ตัวชี้วัด		
1	ร้อยละของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (Total Health Expenditure, THE) ต่อ ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (Gross Domestic Product, GDP) ไม่เกินร้อยละ 5	ปรับปรุงให้สอดคล้องกับมาตรฐานสากล
2	ร้อยละของรายจ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพ (General Government Health Expenditure, GGHE) ต่อ รายจ่ายของรัฐบาล (General Government Expenditure, GGE) ไม่เกินร้อยละ 20	ปรับปรุงให้สอดคล้องกับมาตรฐานสากล
3	ร้อยละของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE) ต่อ ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 4.1	ปรับปรุงให้สอดคล้องกับมาตรฐานสากล
4	ร้อยละของรายจ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพ (GGHE) ต่อ รายจ่ายของรัฐบาล (GGE) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 16.5	ปรับปรุงให้สอดคล้องกับมาตรฐานสากล
5.1	ร้อยละของรายจ่ายนอกภาครัฐด้านสุขภาพ (Non-government health expenditure) ต่อ รายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE) ไม่เกินร้อยละ 20	ปรับปรุงให้สอดคล้องกับมาตรฐานสากล

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดและเป้าหมาย	ความคิดเห็น
5.2	ร้อยละของรายจ่ายของครัวเรือน (Out-of-Pocket expenditure, OOP) ต่อ รายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE) ไม่เกินร้อยละ 8.7	ปรับปรุงให้ สอดคล้องกับ มาตรฐานสากล
11	เพิ่มความเป็นธรรมของการจ่ายเงินสมทบระหว่างผู้มีสิทธิในระบบ ประกันสังคม ให้ใกล้เคียงกับตอนเริ่มต้นระบบประกันสังคมเมื่อปี พ.ศ. 2534 โดยปรับเพิ่มเพดานเงินเดือนสำหรับการคำนวณเงินสมทบของ ผู้ประกันตน ให้เป็น 7 เท่าของค่าแรงขั้นต่ำ	มีความเห็น แตกต่างกันว่า ควรเพิ่มเพดาน หรือไม่ควรมี เงินสมทบ
13.1	รายจ่ายต่อหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ (Age adjusted per capita expenditure) ของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ ต้องมีค่าไม่ต่าง จากค่าเฉลี่ยทั้งสามระบบหลักร้อยละ ± 1	มีความเห็น หลากหลาย
ตัวชี้วัดที่นักวิจัยเสนอให้คัดออก 5 ตัวชี้วัด		
8	ร้อยละของประชากรที่มีความจำเป็นด้านสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (Unmet health need) โดยรวมบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และทันตกรรม ต่อประชากรทั้งหมด ไม่เกินร้อยละ 2.6	คงเดิม
10	การวิเคราะห์การได้รับประโยชน์จากการได้รับการอุดหนุนงบประมาณด้าน สุขภาพภาครัฐ (Benefit incidence analysis, BIA)	คงไว้โดยมี เป้าหมาย pro-poor
15.2	ให้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบมีมาตรการและกลไกการเฝ้าระวัง ราคาและการควบคุมราคาการเบิกจ่ายของกองทุนและราคาค่าบริการ ยา และเทคโนโลยี ที่มีประสิทธิภาพ (Efficient reimbursement and price control system)	ปรับปรุงให้มี เป้าหมาย ชัดเจน
15.3	ให้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบใช้อำนาจในการซื้อร่วมกัน (Collective purchasing power)	คงเดิม
15.4	มีการใช้มาตรการของรัฐบาล (Government intervention) อย่าง เหมาะสม	ปรับปรุงให้มี เป้าหมาย ชัดเจน
ตัวชี้วัดที่นักวิจัยเสนอเพิ่ม 7 ตัวชี้วัด		
	รายจ่ายดำเนินการด้านสุขภาพ (CHE) เฉลี่ยต่อคน (บาท) ให้เพิ่มขึ้นตาม อัตราเงินเฟ้อ	สำคัญน้อย

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดและเป้าหมาย	ความคิดเห็น
	ร้อยละของรายจ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพ (GGHE-D) ต่อ รายจ่ายดำเนินการด้านสุขภาพ (CHE) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 (อ้างอิงข้อมูลจากกลุ่มประเทศรายได้ปานกลางในระดับสูง)	สำคัญน้อย
	จำนวนและร้อยละของหน่วยบริการสุขภาพที่ให้บริการในแต่ละระบบประกันสุขภาพภาครัฐเทียบกับหน่วยบริการสุขภาพทั้งหมด เฉพาะกรณีที่มีปัญหาการเข้าถึงบริการ และเป้าหมาย คือ ให้ระบุพื้นที่/ประเภทบริการที่มีปัญหาการเข้าถึง และติดตามสถานการณ์ เช่น หน่วยบริการในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ร้านยา หรือคลินิกประเภทต่าง ๆ ที่เข้าร่วมให้บริการในแต่ละระบบประกันสุขภาพภาครัฐ	ควรอยู่ในหมวดอื่น
	ร้อยละของรายจ่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Care, PHC) ต่อ รายจ่ายดำเนินการด้านสุขภาพ (CHE) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 13 (อ้างอิงข้อมูลจากกลุ่มประเทศ OECD ในปี 2021)	ควรเพิ่ม
	รัฐใช้มาตรการทางภาษีและเงินอุดหนุนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพอย่างน้อยเพียงใด และเป้าหมาย คือ ใช้มาตรการทางการคลังเพื่อลดการใช้/บริโภคผลิตภัณฑ์ที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ โดยกำหนดเป้าหมายที่สอดคล้องกับคำแนะนำของนานาชาติ	ควรเพิ่ม
	กลไกการเบิกจ่ายและระบบบริหารจัดการสามารถป้องกัน/แก้ไขการให้บริการมากเกินไป (overprovision) หรือไม่เพียงพอ (underprovision) โดยให้ระบุประเภทบริการที่ควรเฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์ด้านการให้บริการควบคู่ไปกับกลไกการเบิกจ่ายและระบบบริหารจัดการที่เกี่ยวข้อง	ควรเพิ่ม
	จำนวนและร้อยละของประชากรที่ได้รับสิทธิประกันสุขภาพของภาครัฐ และเป้าหมาย คือ ประชากรทุกคนบนผืนแผ่นดินไทย (100%)	ควรรวมกับตัวชี้วัดที่ 14

5.4 ข้อเสนอเพื่อพัฒนาตัวชี้วัดการเงินการคลังสุขภาพและสถานการณ์ตามตัวชี้วัด

นักวิจัยนำความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้เข้าร่วมประชุมมาพิจารณา และทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมจึงมีข้อเสนอ ดังนี้

1. ปรับวิธีการรายงานตัวชี้วัดให้เป็นไปตาม A System of Health Accounts 2011 (SHA 2011)⁽⁸⁶⁾ ซึ่งเป็นกรอบการทำงานที่พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลกและองค์กรระหว่างประเทศอื่นๆ เพื่อใช้รายงานข้อมูลทางการเงินการคลังสุขภาพของประเทศ การปรับวิธีรายงานตัวชี้วัดให้สอดคล้องกับ SHA 2011 จะช่วยอำนวยความสะดวก

ความสะดวกในการเปรียบเทียบ (benchmark) กับผลการดำเนินงานและสถานการณ์การเงินการคลังสุขภาพของประเทศไทยกับประเทศอื่น ซึ่งมีผลให้เปลี่ยนแปลงตัวชี้วัดดังต่อไปนี้

- รายงานสุขภาพทั้งหมด (THE) เป็น รายงานดำเนินการด้านสุขภาพ (CHE)
- รายงานของรัฐบาลด้านสุขภาพ (GGHE) เป็น รายงานของรัฐบาลด้านสุขภาพ (GGHE-D)
- รายงานนอกภาครัฐด้านสุขภาพ (Non-government health expenditure) เป็น รายงานดำเนินการด้านสุขภาพของภาคเอกชน (PVT-D)

ทั้งนี้ ผู้สนใจยังสามารถติดตามตัวชี้วัดเดิมได้เช่นเดิมจากรายงานบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ โดยมูลนิธิเพื่อการพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ

2. ยกเลิกเป้าหมายของตัวชี้วัดเชิงปริมาณที่ไม่มีหลักฐานทางวิชาการสนับสนุนหรือไม่มีการกำหนดไว้เป็นนโยบาย โดยให้ติดตามและประเมินสถานการณ์ของตัวชี้วัดแต่ละตัวเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา เปรียบเทียบกับประเทศอื่นๆ หรือพิจารณาร่วมกับตัวชี้วัดการเงินการคลังสุขภาพตัวอื่นหรือตัวชี้วัดระบบสุขภาพหมวดอื่น ขึ้นกับเป้าประสงค์ การกำหนดเป้าหมายโดยไม่มีหลักฐานสนับสนุน จะทำให้การผ่านหรือไม่ผ่านเป้าหมายของตัวชี้วัดใดๆ ไม่มีความหมาย (not meaningful) ต่อการประเมินสถานการณ์การเงินการคลังสุขภาพ การกำหนดตัวเลขโดยอ้างอิงสถานการณ์ปีใดปีหนึ่ง เช่น OOP ไม่เกินร้อยละ 8.7 อุบัติการณ์ครัวเรือนล้มละลายจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลไม่เกินร้อยละ 1.97 โดยที่ไม่มีหลักฐานสนับสนุนว่าปีนั้นๆ เป็นปีที่สถานการณ์การเงินการคลังสุขภาพอยู่ในสภาวะที่พึงประสงค์ก็ไม่สมเหตุผลเช่นกัน นอกจากนี้ การประเมินสถานการณ์การเงินการคลังสุขภาพว่ามีความยั่งยืน/เพียงพอ/เป็นธรรมหรือไม่ ควรพิจารณาข้อมูลจากหลายตัวชี้วัดร่วมกัน อย่างไรก็ตาม ควรให้มีการกำหนดเป้าหมายของตัวชี้วัดเหล่านี้เมื่อมีหลักฐานทางวิชาการสนับสนุนหรือมีการกำหนดเป็นนโยบาย

3. ปรับปรุงตัวชี้วัดเชิงคุณภาพที่ไม่ชัดเจนให้มีความชัดเจนมากขึ้น เพื่อให้มีขอบเขตของการประเมินสถานการณ์ชัดเจนสอดคล้องกับเป้าประสงค์ เป้าหมาย และมาตรการไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่คาดหวัง

4. เสนอเพิ่มตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับเป้าประสงค์ เป้าหมาย และมาตรการไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่คาดหวัง แต่ยังไม่มีการติดตาม ได้แก่ การสนับสนุนให้คนต่างด้าวทุกคนที่เข้ามาในประเทศไทยต้องมีประกันสุขภาพ การส่งเสริมให้ประชาชนรับรู้และตระหนักถึงหน้าที่ของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง และประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค

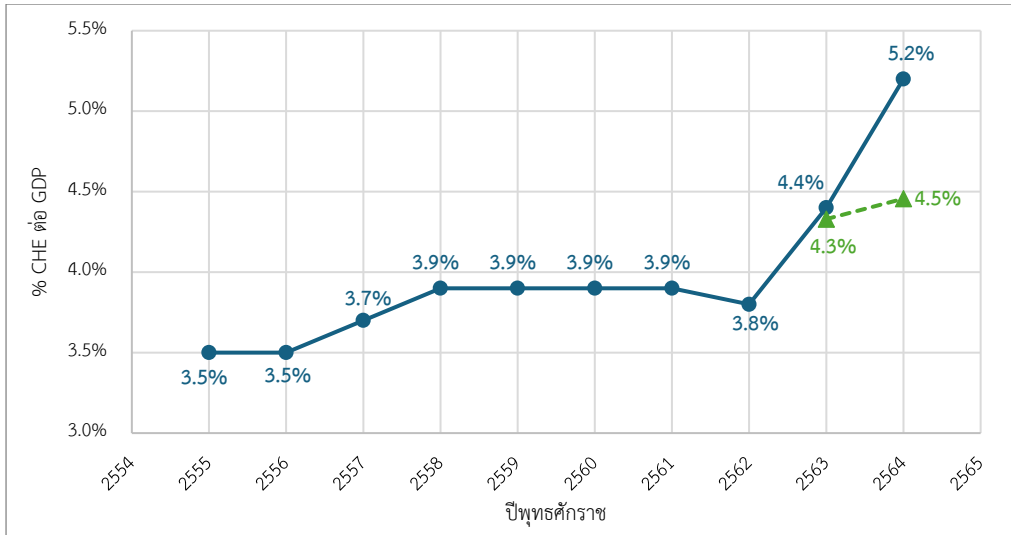
จากข้อเสนอเพื่อพัฒนาตัวชี้วัดดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเสนอให้มีตัวชี้วัดการเงินการคลังสุขภาพทั้งหมด 21 ตัวชี้วัด ซึ่งมีรายละเอียดและสถานการณ์การเงินการคลังสุขภาพ ดังนี้

ตัวชี้วัดที่ 1

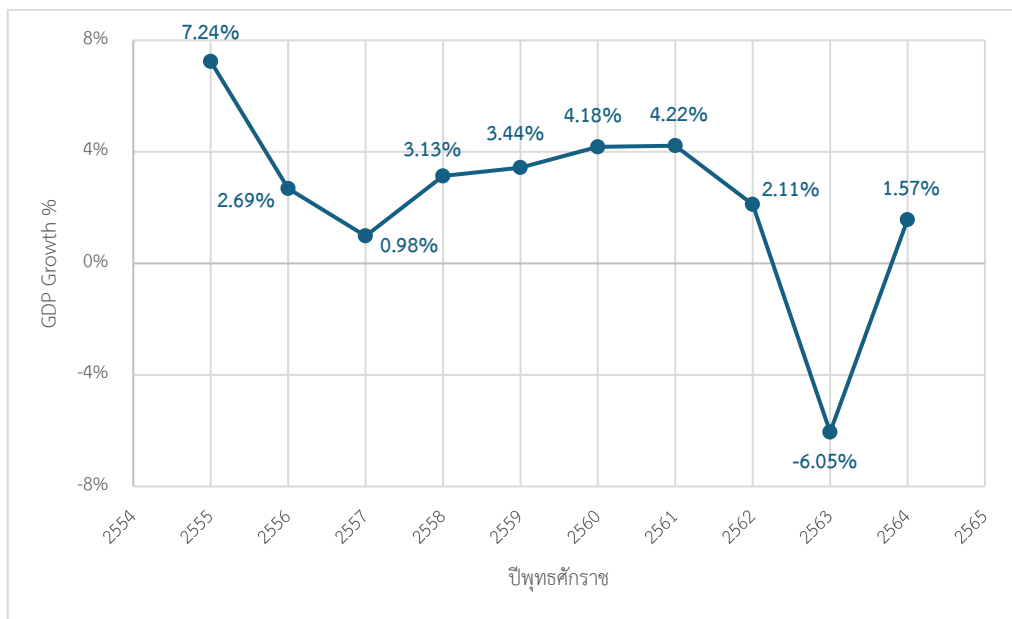
เป้าประสงค์		ความยั่งยืน และ ความเพียงพอ
เดิม	ตัวชี้วัด	ร้อยละของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE) ต่อ ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP)
	เป้าหมาย	ร้อยละของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE) ต่อ ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) ไม่เกินร้อยละ 5 และไม่น้อยกว่าร้อยละ 4.1
ใหม่	ตัวชี้วัด	รายจ่ายดำเนินการด้านสุขภาพ (CHE) ต่อ ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP)
	เป้าหมาย	-
เหตุผลที่มีการเปลี่ยนแปลง		ปรับวิธีการวัดให้เป็นไปตาม A System of Health Accounts 2011 ⁽⁸⁶⁾ ซึ่งเป็นกรอบการทำงานที่พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลกและองค์กรระหว่างประเทศอื่นๆ เพื่อใช้รายงานข้อมูลทางการเงินการคลังสุขภาพของประเทศ โดยความแตกต่างของ CHE และ THE คือ CHE ไม่รวมรายจ่ายเพื่อการลงทุนด้านสุขภาพ (Capital investment) ⁽²³⁾ เช่น อาคาร สิ่งก่อสร้าง เครื่องจักร และเทคโนโลยี ⁽²⁷⁾ โดยขณะนี้ระบบสุขภาพไทยไม่ได้อยู่ในระยะเริ่มต้นพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพจึงมีสัดส่วนรายจ่ายเพื่อการลงทุนไม่สูงนัก (ร้อยละ 0.2-0.4 ของ GDP นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542)
แหล่งข้อมูล		การรายงานค่าตามตัวชี้วัดของธนาคารโลก (World Bank) (https://data.worldbank.org/country/thailand)

สถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 1

จากข้อมูลการรายงานของ World Bank ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2555-2564) พบว่าสัดส่วน CHE ต่อ GDP มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2555 อยู่ที่ร้อยละ 3.5 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 3.7 ในปี พ.ศ. 2557 และร้อยละ 3.9 ในปี พ.ศ. 2558 ซึ่งคงที่ที่ร้อยละ 3.9 เป็นระยะเวลา 4 ปี ก่อนที่จะลดลงเป็นร้อยละ 3.8 ในปี พ.ศ. 2562 และเพิ่มสูงขึ้นในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งมี CHE ที่เกี่ยวข้องกับโควิด 19 ใน พ.ศ. 2563 จำนวนทั้งสิ้น 10,824.8 ล้านบาท (ไม่รวมรายจ่ายในการชดเชยความเสียหายจากการฉีควัดชีน และรายจ่ายด้านการลงทุน) และเพิ่มสูงขึ้นเป็น 118,934.1 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2564 เนื่องจากจำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้น⁽²³⁾ ร่วมกับการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจลดลง⁽⁸⁷⁾ (รูปที่ 5.4) ส่งผลให้ CHE ต่อ GDP เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 4.4 ในปี พ.ศ. 2563 และร้อยละ 5.2 ในปี พ.ศ. 2564 อย่างไรก็ตาม หากไม่รวมค่าใช้จ่ายจากวิกฤติโรคโควิด 19 สัดส่วนในปี พ.ศ. 2564 จะอยู่ที่ร้อยละ 4.5



รูปที่ 5.3 รายจ่ายดำเนินการด้านสุขภาพ (CHE) ต่อ ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) ในปี พ.ศ. 2555-2564



รูปที่ 5.4 ร้อยละการเติบโตของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ ในปี พ.ศ. 2555-2564

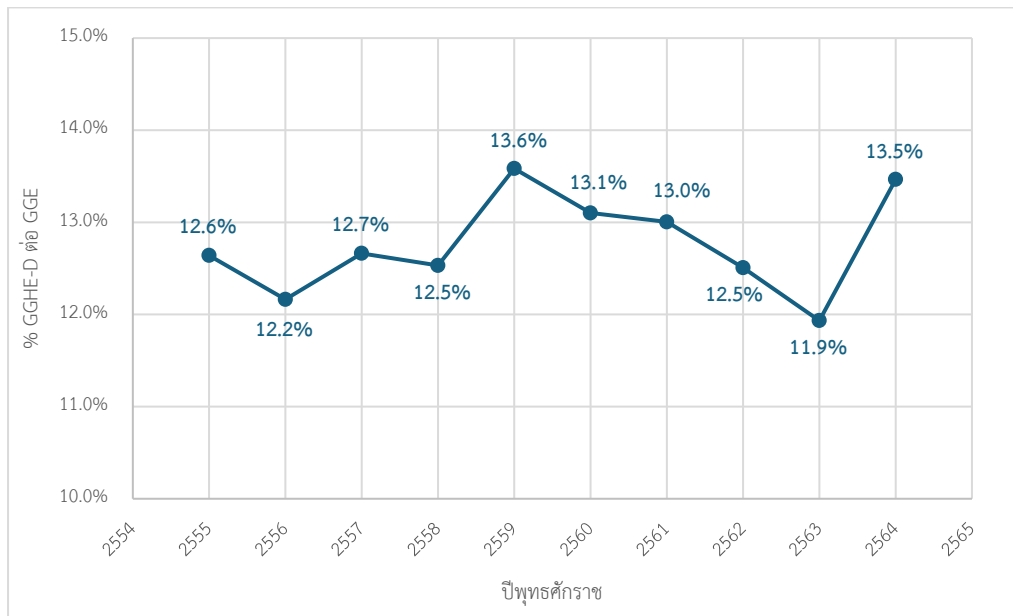
ตัวชี้วัดที่ 2

เป้าประสงค์	ความยั่งยืน และ ความเพียงพอ	
เดิม	ตัวชี้วัด	ร้อยละของรายจ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพ (GGHE) ต่อ รายจ่ายของรัฐบาล (GGE)
	เป้าหมาย	ร้อยละของรายจ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพ (GGHE) ต่อ รายจ่ายของรัฐบาล (GGE) ไม่เกินร้อยละ 20 และไม่น้อยกว่าร้อยละ 16.5

ใหม่	ตัวชี้วัด	รายจ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพ (Domestic General Government Health Expenditure, GGHE-D) ต่อ รายจ่ายของรัฐบาล (GGE)
	เป้าหมาย	-
เหตุผลที่มีการเปลี่ยนแปลง	ปรับวิธีการวัดให้เป็นไปตาม A System of Health Accounts 2011 โดยความแตกต่างของ GGHE-D และ GGHE คือ GGHE-D ไม่รวมรายจ่ายเพื่อการลงทุนด้านสุขภาพ ⁽²³⁾	
แหล่งข้อมูล	การรายงานค่าตามตัวชี้วัดของธนาคารโลก (World Bank) (https://data.worldbank.org/country/thailand)	

สถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 2

จากข้อมูลการรายงานของ World Bank ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2555-2564) พบว่า GGHE-D ต่อ GGE มีการเปลี่ยนแปลงขึ้นลงเล็กน้อยโดยอยู่ในช่วงร้อยละ 11.9 ถึง 13.6



รูปที่ 5.5 รายจ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพ (GGHE-D) ต่อ รายจ่ายของรัฐบาล (GGE) ในปี พ.ศ. 2555-2564

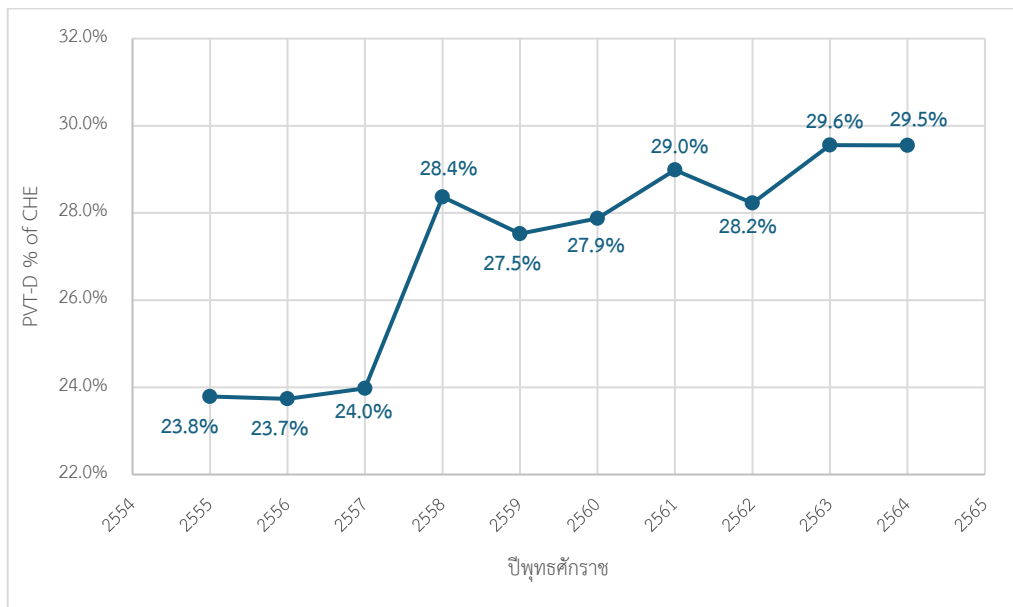
ตัวชี้วัดที่ 3

เป้าประสงค์	ความเพียงพอ	
เดิม	ตัวชี้วัด	ร้อยละของรายจ่ายนอกภาครัฐด้านสุขภาพ (Non-government health expenditure) ต่อ รายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE)
	เป้าหมาย	ร้อยละของรายจ่ายนอกภาครัฐด้านสุขภาพ (Non-government health expenditure) ต่อ รายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE) ไม่นเกินร้อยละ 20

ใหม่	ตัวชี้วัด	รายจ่ายดำเนินการด้านสุขภาพของภาคเอกชน (Domestic private Health Expenditure, PVT-D) ต่อ รายจ่ายดำเนินการด้านสุขภาพ (CHE)
	เป้าหมาย	-
เหตุผลที่มีการเปลี่ยนแปลง	ปรับวิธีการวัดให้เป็นไปตาม A System of Health Accounts 2011 โดยความแตกต่างของ PVT-D และ Non-government health expenditure คือ PVT-D ไม่รวมรายจ่ายด้านสุขภาพที่มาจากแหล่งเงินต่างประเทศ (external health expenditure) ซึ่งรายจ่ายในส่วนนี้ของประเทศไทยมีสัดส่วนน้อย (ร้อยละ 0.01-0.04 ของ CHE ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543) ⁽²³⁾	
แหล่งข้อมูล	การรายงานค่าตามตัวชี้วัดของธนาคารโลก (World Bank) (https://data.worldbank.org/country/thailand)	

สถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 3

จากข้อมูลการรายงานของ World Bank ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2555-2564) พบว่า PVT-D ต่อ CHE มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 23.8 ในปี พ.ศ. 2555 จนถึงร้อยละ 29.5 ในปี พ.ศ. 2564 การเพิ่มขึ้นนี้ส่วนหนึ่งเป็นผลจากการเพิ่มขึ้นของการประกันสุขภาพภาคสมัครใจโดยบริษัทประกันสุขภาพเอกชน ที่มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.0 ของ CHE ใน พ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 16.5 ในพ.ศ. 2564⁽²³⁾



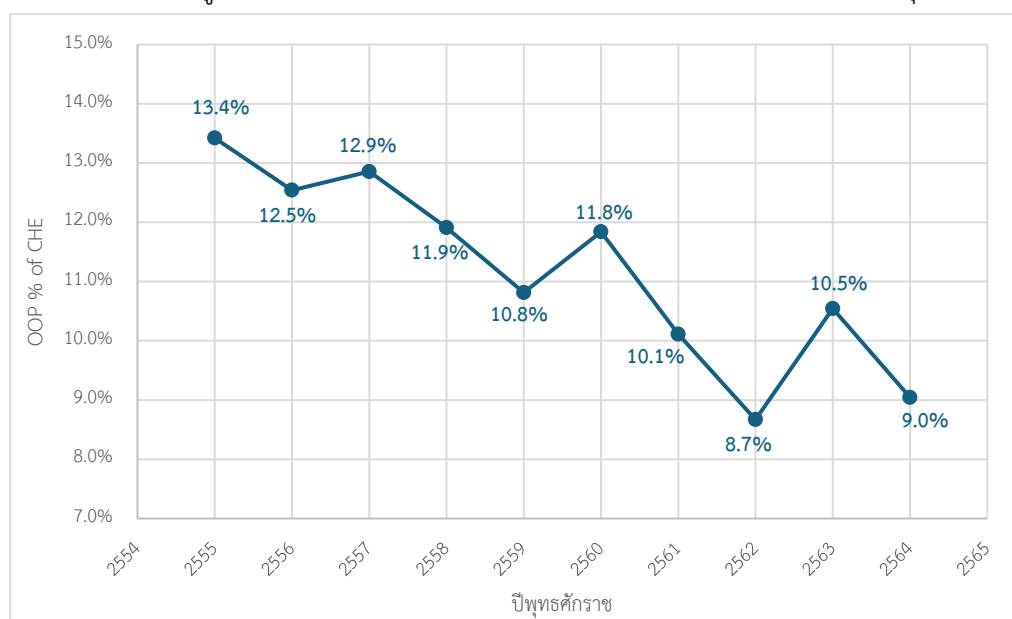
รูปที่ 5.6 รายจ่ายดำเนินการด้านสุขภาพของภาคเอกชน (PVT-D) ต่อ รายจ่ายดำเนินการด้านสุขภาพ (CHE) ในปี พ.ศ. 2555-2564

ตัวชี้วัดที่ 4

เป้าประสงค์		ความเพียงพอ
เดิม	ตัวชี้วัด	ร้อยละของรายจ่ายของครัวเรือน (OOP) ต่อ รายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE)
	เป้าหมาย	ร้อยละของรายจ่ายของครัวเรือน (OOP) ต่อ รายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE) ไม่เกินร้อยละ 8.7
ใหม่	ตัวชี้วัด	รายจ่ายของครัวเรือน (OOP) ต่อ รายจ่ายดำเนินการด้านสุขภาพ (CHE)
	เป้าหมาย	-
เหตุผลที่มีการเปลี่ยนแปลง		ปรับตัวชี้วัดให้เป็นไปตาม A System of Health Accounts 2011 โดย OOP ต่อ CHE ไม่รวมรายจ่ายเพื่อการลงทุนด้านสุขภาพ ทั้ง OOP และ CHE ⁽²³⁾
แหล่งข้อมูล		การรายงานค่าตามตัวชี้วัดของธนาคารโลก (World Bank) (https://data.worldbank.org/country/thailand)

สถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 4

จากข้อมูลการรายงานของ World Bank ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2555-2564) พบว่าสัดส่วน OOP ต่อ CHE มีสัดส่วนอยู่ระหว่างร้อยละ 8.7–13.4 ซึ่งปี พ.ศ. 2562 เป็นปีที่มีสัดส่วนต่ำสุดที่ร้อยละ 8.7



รูปที่ 5.7 รายจ่ายของครัวเรือน (OOP) ต่อ รายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE) ในปี พ.ศ. 2555-2564

ตัวชี้วัด 5 (เสนอใหม่)

เป้าประสงค์	ความยั่งยืน
ตัวชี้วัด	รายจ่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Care, PHC) ต่อ รายจ่ายดำเนินการด้านสุขภาพ (CHE)
เป้าหมาย	-
เหตุผลที่มีการเปลี่ยนแปลง	การลงทุนในบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างเพียงพอส่งเสริมให้เกิดความยั่งยืนทางการเงินการคลัง และเกี่ยวข้องกับการดำเนินการตามเป้าหมายระยะ 5 ปี เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนรับรู้และตระหนักรู้ในหน้าที่ของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง และประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคได้
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากมูลนิธิเพื่อการพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ
หมายเหตุ	วิธีการวัด PHC ยังอยู่ในระหว่างพัฒนาโดยมูลนิธิเพื่อการพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ

สถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 5

จากข้อมูลเบื้องต้นของมูลนิธิเพื่อการพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ ในช่วง 11 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2553-2563) พบว่าสัดส่วน PHC ต่อ CHE มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ในช่วงร้อยละ 58.6 - 63.7 อย่างไรก็ตาม สัดส่วนดังกล่าวเป็นข้อมูลที่เกินความจริง (overestimate) จึงไม่สามารถนำมาอ้างอิงได้ เนื่องจากข้อมูลในส่วนรายจ่ายของบริการผู้ป่วยนอกได้มาจากรายจ่ายบริการผู้ป่วยนอกทั้งหมดจากทุกประเภทสถานพยาบาล ยกเว้นบริการเฉพาะบางประเภท เช่น ไตวายเรื้อรัง จิตเวช หรือบางบริการที่เกิดขึ้นที่สถานพยาบาลเฉพาะทาง ซึ่งจะเห็นได้ว่าระบบการเก็บข้อมูลในปัจจุบันอาจยังไม่สามารถจำแนกรายจ่ายผู้ป่วยนอกในกรณีที่เป็นบริการเฉพาะทางในโรงพยาบาลไม่เฉพาะทางได้ (เช่น โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลเอกชน) รวมถึงการจำแนกรายจ่ายกรณีบริการผู้ป่วยนอกที่มีการส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่นได้ถึงแม้ว่าจะไม่ได้เป็นบริการด่านแรกตามคำจำกัดความของบริการสุขภาพปฐมภูมิ⁽⁸⁸⁾

ในขณะนี้ การประมาณการรายจ่าย PHC ยังอยู่ในระหว่างการพัฒนาวิธีการเพื่อให้สามารถแยกรายจ่ายบริการผู้ป่วยนอกกรณีบริการสุขภาพปฐมภูมิจากการบริการผู้ป่วยนอกอื่นๆ ได้อย่างใกล้เคียงที่สุด โดยต้องมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม รวมถึงการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างสมมติฐานในการประมาณการให้สะท้อนความเป็นจริงได้มากที่สุด

ปัจจุบัน PHC มีการรายงานเพียงบางประเทศ โดยมีความท้าทายในการพัฒนามาตรฐานในการติดตามรายจ่ายในบริการสุขภาพปฐมภูมิอยู่ เนื่องจากขาดนิยามปฏิบัติการที่ชัดเจนสำหรับสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งมาตรฐานสากลอาจไม่สามารถใช้ได้ในทุกประเทศเนื่องด้วยแต่ละประเทศมีบริบทแตกต่างกัน อีกทั้งยังขาด

ความละเอียดของข้อมูล เนื่องจากรอบการรายงาน A System of Health Accounts 2011 ไม่ได้มีการเสนอรายละเอียดและคุณภาพข้อมูลของแต่ละประเทศอาจไม่สามารถจำแนกรายละเอียดได้⁽⁸⁹⁾ นอกจากนี้ ปัจจัยจากทางการเมืองภายในประเทศยังมีผลต่อการกำหนดทิศทางนโยบาย ซึ่งส่งผลให้การให้ความสำคัญในการลงทุนในบริการสุขภาพปฐมภูมิจึงมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ⁽⁹⁰⁾ จากการศึกษาในปี พ.ศ. 2560 พบว่ากลุ่มประเทศรายได้ปานกลางระดับบน (upper middle-income countries) มีสัดส่วน PHC ต่อ THE เฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 37.7 อย่างไรก็ตาม สัดส่วนนี้มีความแตกต่างกันอย่างมากในแต่ละประเทศ โดยบางประเทศมีสัดส่วนสูงกว่าร้อยละ 60 ในขณะที่บางประเทศมีสัดส่วนต่ำกว่าร้อยละ 30⁽⁹¹⁾ การลงทุนในบริการสุขภาพปฐมภูมิมีความสำคัญต่อการลดความเหลื่อมล้ำในสังคมเนื่องจากมีอุปสรรคในการเข้าถึงบริการน้อยกว่าบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ดังนั้น การมีบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ครอบคลุมและเพียงพอสามารถนำไปสู่ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลังได้⁽⁹²⁾

ตัวชี้วัดที่ 6

เป้าประสงค์		ความเพียงพอ
เดิม	ตัวชี้วัด	ร้อยละของอุบัติเหตุการณ์ครัวเรือนล้มละลายจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Catastrophic Health Expenditure) ต่อ ครัวเรือนทั้งหมด
	เป้าหมาย	ร้อยละของอุบัติเหตุการณ์ครัวเรือนล้มละลายจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Catastrophic Health Expenditure) ต่อ ครัวเรือนทั้งหมด ไม่เกินร้อยละ 1.97
ใหม่	ตัวชี้วัด	คงเดิม
	เป้าหมาย	-
เหตุผลที่มีการเปลี่ยนแปลง		เป้าหมายเดิมอ้างอิงข้อมูลปี 2562 ซึ่งไม่มีหลักฐานสนับสนุนว่าเป็นปีที่มีสถานการณ์การเงินการคลังที่พึงประสงค์
แหล่งข้อมูล		รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2566 โดย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

สถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 6

โปรดดูสถานการณ์จากบทที่ 4 สถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 6 หน้า 20

ตัวชี้วัดที่ 7

เป้าประสงค์		ความเพียงพอ
เดิม	ตัวชี้วัด	ร้อยละของอุบัติการณ์ของครัวเรือนที่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจนภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Health impoverishment) ต่อ ครัวเรือนทั้งหมด
	เป้าหมาย	ร้อยละของอุบัติการณ์ของครัวเรือนที่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจนภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Health impoverishment) ต่อ ครัวเรือนทั้งหมด ไม่เกินร้อยละ 0.29
ใหม่	ตัวชี้วัด	คงเดิม
	เป้าหมาย	-
เหตุผลที่มีการเปลี่ยนแปลง		เป้าหมายเดิมอ้างอิงข้อมูลปี 2562 ซึ่งไม่มีหลักฐานสนับสนุนว่าเป็นปีที่มีสถานการณ์การเงินการคลังที่พึงประสงค์
แหล่งข้อมูล		รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2566 โดย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

สถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 7

โปรดดูสถานการณ์จากบทที่ 4 สถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 7 หน้า 21

ตัวชี้วัดที่ 8

เป้าประสงค์		ความเพียงพอ
เดิม	ตัวชี้วัด	ร้อยละของความจำเป็นด้านสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (Unmet health need) ของบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และทันตกรรมโดยรวม ต่อ ประชากรทั้งหมด
	เป้าหมาย	ร้อยละของความจำเป็นด้านสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (Unmet health need) ของบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และทันตกรรมโดยรวม ต่อ ประชากรทั้งหมด ไม่เกินร้อยละ 2.6
ใหม่	ตัวชี้วัด	ประชากรที่มีความจำเป็นด้านสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (Unmet health need) ของบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และทันตกรรม ต่อ ประชากรทั้งหมด
	เป้าหมาย	-
เหตุผลที่มีการเปลี่ยนแปลง		เป้าหมายเดิมอ้างอิงข้อมูลปี 2562 ซึ่งไม่มีหลักฐานสนับสนุนว่าเป็นปีที่มีสถานการณ์การเงินการคลังที่พึงประสงค์

แหล่งข้อมูล	รายงานโครงการประเมินความเป็นธรรมการเข้าถึงบริการสุขภาพและความเป็นธรรมทางการเงินการคลังสุขภาพ ปีงบประมาณ 2565
-------------	--

สถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 8

โปรดดูสถานการณ์จากบทที่ 4 สถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 8 หน้า 22

ตัวชี้วัดที่ 9

เป้าประสงค์		ความเป็นธรรม
เดิม	ตัวชี้วัด	ความเป็นธรรมด้านการคลังสุขภาพ (FIA)
	เป้าหมาย	มีลักษณะก้าวหน้า มี Kakwani index เมื่อวัดจากรายได้ ไม่น้อยกว่า +0.1186 และ เมื่อวัดจากรายจ่ายครัวเรือน ไม่น้อยกว่า +0.2161
ใหม่	ตัวชี้วัด	คงเดิม
	เป้าหมาย	มีลักษณะก้าวหน้า โดยมี Kakwani index > 0
เหตุผลที่มีการเปลี่ยนแปลง		เป้าหมายเดิมอ้างอิงข้อมูลปี 2562 ซึ่งไม่มีหลักฐานสนับสนุนว่าเป็นปีที่มีสถานการณ์การเงินการคลังที่พึงประสงค์
แหล่งข้อมูล		Thailand Health System in Transition Review, second edition ⁽²⁵⁾

สถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 9

โปรดดูสถานการณ์จากบทที่ 4 สถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 9 หน้า 24

ตัวชี้วัดที่ 10

เป้าประสงค์		ความเป็นธรรม
เดิม	ตัวชี้วัด	การวิเคราะห์การได้รับประโยชน์จากการได้รับการอุดหนุนงบประมาณด้านสุขภาพภาครัฐ (BIA)
	เป้าหมาย	ไม่มีการกำหนดเป้าหมาย
ใหม่	ตัวชี้วัด	การได้รับประโยชน์จากการได้รับการอุดหนุนงบประมาณด้านสุขภาพภาครัฐ (BIA)
	เป้าหมาย	เอื้อประโยชน์ต่อคนจนมากกว่าคนรวย (Pro-poor) โดยมี Concentration index < 0
เหตุผลที่มีการเปลี่ยนแปลง		เพื่อให้การลงทุนด้านสุขภาพของภาครัฐช่วยลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพระหว่างคนรวยและคนจน

แหล่งข้อมูล	รายงานโครงการประเมินความเป็นธรรมการเข้าถึงบริการสุขภาพและความเป็นธรรมทางการคลังสุขภาพ ปีงบประมาณ 2565
-------------	---

สถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 10

โปรดดูสถานการณ์จากบทที่ 4 สถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 10 หน้า 26

ตัวชี้วัดที่ 11

เป้าประสงค์		ความเป็นธรรม
เดิม	ตัวชี้วัด	เพิ่มความเป็นธรรมของการจ่ายเงินสมทบระหว่างผู้มีสิทธิในระบบประกันสังคม ให้ใกล้เคียงกับตอนเริ่มต้นระบบประกันสังคมเมื่อปี พ.ศ. 2534 โดยปรับเปลี่ยนเพดานเงินเดือนสำหรับการคำนวณเงินสมทบของผู้ประกันตน ให้เป็น 7 เท่าของค่าแรงขั้นต่ำ
	เป้าหมาย	ปรับเปลี่ยนเพดานเงินเดือนสำหรับการคำนวณเงินสมทบของผู้ประกันตน ให้เป็น 7 เท่าของค่าแรงขั้นต่ำ
ใหม่	ตัวชี้วัด	การเพิ่มความเป็นธรรมของการจ่ายเงินสมทบในระบบประกันสังคม
	เป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none"> ทางเลือกที่ 1 ยกเลิกการแบ่งเงินสมทบประกันสังคม (1.5%) ไปยังกองทุนประกันสุขภาพ และให้ใช้งบประมาณสำหรับประกันสุขภาพจากภาษี เช่นเดียวกับระบบประกันสุขภาพภาครัฐระบบอื่น <u>หรือ</u> ทางเลือกที่ 2 ยังคงมีการแบ่งเงินสมทบไปยังกองทุนประกันสุขภาพ โดยให้เพิ่มเพดานเงินเดือนที่ใช้คิดเงินสมทบประกันสังคม
เหตุผลที่มีการเปลี่ยนแปลง		<ul style="list-style-type: none"> ทางเลือกที่ 1 เพื่อลดความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ โดยยกเลิกการแบ่งเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสุขภาพของระบบประกันสังคม <u>หรือ</u> ทางเลือกที่ 2 เพื่อลดความเหลื่อมล้ำภายในระบบประกันสังคม โดยเพิ่มเพดานเงินสมทบ
แหล่งข้อมูล		ประกาศคณะกรรมการค่าจ้าง เรื่องอัตราค่าจ้างขั้นต่ำ สำนักงานประกันสังคม

สถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 11

โปรดดูสถานการณ์จากบทที่ 4 สถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 11 หน้า 27

ตัวชี้วัดที่ 12

เป้าประสงค์		ความเป็นธรรม
เดิม	ตัวชี้วัด	มีระบบที่สร้างความเป็นธรรมในการร่วมจ่ายตามฐานะทางเศรษฐกิจที่ไม่เป็นหรือสร้างอุปสรรคในการเข้าถึงบริการที่จำเป็นอีกทั้งต้องไม่ก่อให้เกิดผลกระทบหรือความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ
	เป้าหมาย	ไม่มีการกำหนดเป้าหมาย
ใหม่	ตัวชี้วัด	มีระบบการร่วมจ่ายตามฐานะทางเศรษฐกิจที่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการที่จำเป็นและไม่ก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ
	เป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ต้องไม่มีการร่วมจ่ายในบริการที่มีผลกระทบต่อสาธารณะ (Externality) เช่น การให้วัคซีนป้องกันโรค การสร้างเสริมสุขภาพ การรักษาโรคติดต่ออันตราย เป็นต้น 2. ต้องมีระบบที่มีประสิทธิภาพในการคุ้มครองผู้มีรายได้หรือฐานะทางสังคมต่ำ ประชากรเปราะบาง หรือผู้ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือมีค่าใช้จ่ายสูง และผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูลอื่นๆ ให้เข้าถึงบริการที่จำเป็นอย่างมีคุณภาพ และไม่ต้องรับภาระทางการเงินจนเกิดผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครัวเรือน 3. ให้มีการร่วมจ่ายในกรณีที่ใช้บริการที่มีความสะดวกพิเศษ เช่น เลือกใช้บริการคลินิกพิเศษ หรือแพทย์เฉพาะบุคคล หรือห้องพิเศษ โดยจะต้องจ่ายทั้งค่าธรรมเนียมบริการที่มีความสะดวกพิเศษและค่าบริการทางการแพทย์รวมทั้งค่ายาและเวชภัณฑ์ ทั้งในและนอกสิทธิประโยชน์ด้วย โดยจะต้องมีการดำเนินการด้วยความระมัดระวังดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> ● มีการกำหนดอัตราเรียกเก็บที่ชัดเจนเป็นมาตรฐาน และเพื่อป้องกันการรับภาระค่าใช้จ่ายมากเกินไป รวมทั้งเป็นทางเลือกสำหรับประชาชนในระดับรายได้ต่างๆ ควรกำหนดอัตราเรียกเก็บตามระดับความสะดวกพิเศษด้วย ● ต้องจัดให้มีกลไกให้ผู้รับบริการมีทางเลือกสามารถกลับไปรับบริการตามระบบปกติของแต่ละกองทุนโดยไม่ต้องร่วมจ่าย 4. ต้องมีกลไกป้องกันมิให้คนรวยดูดซับเอาทรัพยากรด้านสุขภาพที่มีจำกัดไปจากคนกลุ่มอื่นๆ เช่น การกำหนดราคาการร่วมจ่ายที่ชัดเจน และมีการบังคับใช้อย่างเข้มงวด 5. ต้องมีระบบการกระจายเงินที่เก็บได้ไปยังสถานพยาบาลอื่นๆ อย่างเหมาะสม เพื่อมิให้ทรัพยากรกระจุกตัวอยู่เฉพาะพื้นที่ที่มีเศรษฐกิจสูง

เหตุผลที่มีการเปลี่ยนแปลง	ตัวชี้วัดเดิมไม่ชัดเจนว่าจะพิจารณาความเป็นธรรมในการร่วมจ่ายอย่างไร จึงเสนอให้พิจารณาอ้างอิงหลักการจากข้อเสนอของคณะกรรมการจัดทำแนวทางการระดมทรัพยากรเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2559) ⁽³³⁾
แหล่งข้อมูล	เอกสารเกี่ยวกับระเบียบการเบิกจ่ายค่าบริการสุขภาพของแต่ละระบบ

สถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 12

โปรดดูสถานการณ์จากบทที่ 4 สถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 12 หน้า 28

ตัวชี้วัดที่ 13

เป้าประสงค์		ความเป็นธรรม
เดิม	ตัวชี้วัด	รายจ่ายต่อหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ (Age adjusted per capita expenditure) ของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ
	เป้าหมาย	มีค่าไม่ต่างจากค่าเฉลี่ยทั้งสามระบบหลักร้อยละ ± 1
ใหม่	ตัวชี้วัด	คงเดิม
	เป้าหมาย	-
เหตุผลที่มีการเปลี่ยนแปลง		เป้าหมายเดิมไม่มีความยืดหยุ่น ขัดกับธรรมชาติของข้อมูล และไม่มีหลักฐานสนับสนุนการกำหนดความแตกต่างที่ยอมรับได้
แหล่งข้อมูล		ข้อมูลปฐมภูมิเกี่ยวกับรายจ่าย และจำนวนประชากรจากแต่ละระบบจำแนกตามโครงสร้างอายุ

สถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 13

โปรดดูสถานการณ์จากบทที่ 4 สถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 13 หน้า 30

ตัวชี้วัดที่ 14

เป้าประสงค์		ความเป็นธรรม
เดิม	ตัวชี้วัด	กำหนดให้มีมาตรฐานการจ่ายเงินของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐให้แก่สถานพยาบาลเป็นราคาเดียวกันในทุกประเภทและระดับการบริการ
	เป้าหมาย	-
ใหม่	ตัวชี้วัด	คงเดิม
	เป้าหมาย	คงเดิม
แหล่งข้อมูล		เอกสารเกี่ยวกับระเบียบการเบิกจ่ายค่าบริการสุขภาพของแต่ละระบบ เช่น

	<ul style="list-style-type: none"> ● ประกาศบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อ บริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ● ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย หรือ เจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ● ประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษาพยาบาล
--	--

สถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 14

โปรดดูสถานการณ์จากบทที่ 4 สถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 13 หน้า 30

ตัวชี้วัดที่ 15

เป้าประสงค์		ความเป็นธรรม
เดิม	ตัวชี้วัด	มีการวางแผนออกแบบการเงินการคลังสุขภาพเพื่อคุ้มครองแรงงานข้ามชาติและผู้ไม่มีเลขประจำตัว 13 หลักอย่างเป็นระบบ ให้สามารถเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จำเป็น และมีระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุม โดยมีทางเลือกในรูปแบบต่างๆ
	เป้าหมาย	-
ใหม่	ตัวชี้วัด	มีระบบประกันสุขภาพเพื่อคุ้มครองแรงงานข้ามชาติ ชาวต่างชาติ และผู้ไม่มีเลขประจำตัว 13 หลัก ซึ่งครอบคลุมบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพที่จำเป็น
	เป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ให้คงมาตรการที่กำหนดให้แรงงานข้ามชาติที่มีการจ้างงานอย่างเป็นทางการ (formal sector) เข้าสู่ระบบประกันสังคม 2. มีมาตรการที่เข้มข้นในการผลักดัน สนับสนุน และส่งเสริมให้แรงงานข้ามชาติ และคนต่างชาติทุกสัญชาติที่อาศัยหรือพำนักระยะยาวในประเทศไทยมีประกันสุขภาพโดยมีช่องทางการซื้อโดยสะดวก 3. มีมาตรการให้ชาวต่างชาติที่เดินทางเข้ามาในประเทศไทยทำประกันสุขภาพ (ภาคบังคับ) โดยมีการตรวจสอบระหว่างขอรับการตรวจลงตรา (visa) และ/หรือ การตรวจคนเข้าเมือง (immigration) 4. มีงบประมาณประจำปีสำหรับผู้ไม่มีเลขประจำตัว 13 หลักที่อยู่ระหว่างพิสูจน์สถานะว่าเป็นคนไทย โดยมีสิทธิประโยชน์เท่าเทียมกับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เหตุผลที่มีการเปลี่ยนแปลง	ตัวชี้วัดเดิมไม่ชัดเจน (เช่น มีการวางแผนโดยไม่จำเป็นต้องมีการปฏิบัติจริง มีความครอบคลุม แต่ไม่ได้ระบุว่าครอบคลุมบริการใด/ประชากรกลุ่มใด) และไม่ครอบคลุมชาวต่างชาติที่ไม่ใช่แรงงาน
แหล่งข้อมูล	นโยบายที่เกี่ยวข้องจากหน่วยงานดังต่อไปนี้ <ul style="list-style-type: none"> ● สำนักงานประกันสังคม ● กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ● กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ● การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย (ททท.) กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา ● คณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ● กรมการกงสุล กระทรวงการต่างประเทศ

สถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 15

โปรดดูสถานการณ์เกี่ยวกับแรงงานข้ามชาติและผู้ไม่มีเลขประจำตัว 13 หลัก ในบทที่ 4 สถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 14 หน้า 34

สถานการณ์สำหรับคนต่างชาตินอกจากนี้ที่เดินทางเข้ามาในประเทศไทย มีข้อมูลดังนี้

ชาวต่างชาติที่ขอรับการตรวจลงตราเพื่อพำนักระยะยาวในประเทศไทย (long stay visa) มี 2 ประเภทที่มีข้อกำหนดเกี่ยวกับประกันสุขภาพ ได้แก่

- ชาวต่างชาติอายุ 50 ปี ขึ้นไป ที่ขอรับการตรวจลงตราประเภทคนอยู่ชั่วคราว (Non-Immigrant Visa “O-A”) ระยะ 1 ปี ต้องมีประกันสุขภาพของไทยหรือต่างประเทศ หรือมีสวัสดิการภาครัฐจากต่างประเทศ ที่มีวงเงินคุ้มครองค่ารักษาพยาบาล และมีประกันที่ครอบคลุมการรักษาโรคโควิด 19 ไม่น้อยกว่า 100,000 ดอลลาร์สหรัฐ หรือ 3,000,000 บาท มีผลบังคับใช้ตั้งแต่ 19 ต.ค.2564 เป็นต้นไป⁽⁹³⁻⁹⁵⁾
- ชาวต่างชาติอายุ 50 ปี ขึ้นไป ที่ถือหนังสือเดินทางของ 14 ประเทศ ได้แก่ 1. ญี่ปุ่น 2. ออสเตรเลีย 3. เดนมาร์ก 4. ฟินแลนด์ 5. ฝรั่งเศส 6. เยอรมนี 7. อิตาลี 8. เนเธอร์แลนด์ 9. นอร์เวย์ 10. สวีเดน 11. สวิตเซอร์แลนด์ 12. สหราชอาณาจักร 13. แคนาดา 14. อเมริกา ที่ขอรับการตรวจลงตราประเภทคนอยู่ชั่วคราว (Non-Immigrant Visa “O-X”) ระยะ 10 ปี จะต้องมีกรมธรรม์ประกันสุขภาพของไทยคุ้มครองตลอดระยะเวลาที่พำนักในราชอาณาจักร โดยมีจำนวนเงินเอาประกันภัยสำหรับค่ารักษาพยาบาล ผู้ป่วยนอกไม่น้อยกว่า 40,000 บาท ผู้ป่วยในไม่น้อยกว่า 400,000 บาท รวมถึงคุ้มครองและบุตรอายุไม่เกิน 20 ปี^(96, 97)

นักท่องเที่ยวต่างชาติ จากข้อมูลของกรมการกงสุล กระทรวงการต่างประเทศ ณ ปัจจุบัน (พฤศจิกายน 2567) พบว่า ไม่มีข้อกำหนดให้แสดงหลักฐานการมีกรมธรรม์ประกันภัย/การตรวจสุขภาพก่อน

เดินทาง ในการขอรับการตรวจลงตราประเภทเพื่อการท่องเที่ยว (Tourist visa)⁽⁹⁸⁾ อย่างไรก็ตาม อาจมีข้อยกเว้นเป็นบางกรณี ตัวอย่างเช่น

- สถานเอกอัครราชทูต ณ กรุงเทลอาวีฟ ประเทศอิสราเอล (มกราคม 2566) ระบุว่า สำหรับผู้เดินทางจากประเทศที่บังคับให้มีการตรวจโรคโควิด 19 ด้วย RT-PCR ก่อนเดินทางกลับเข้าประเทศ “ตั้งแต่วันที่ 10 มกราคม 2566 ผู้เดินทางเข้าประเทศไทยต้องมีประกันสุขภาพหรือประกันการเดินทาง (Travel Insurance) ที่ไม่ใช่ประกันอุบัติเหตุ (Accident) ในวงเงินไม่น้อยกว่า 10,000 เหรียญสหรัฐ ที่ครอบคลุมการรักษาและค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับโรค COVID-19 รวมทั้งให้เพิ่มวันครอบคลุมในกรมธรรม์อีก 7 วันตามกำหนดวันที่จะเดินทางออกนอกประเทศไทย” โดยจะมีการสุ่มตรวจเอกสารรับรองประกันสุขภาพของผู้โดยสารโดยเจ้าหน้าที่ด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ หากไม่พบเอกสารดังกล่าว ผู้เดินทางจะต้องซื้อประกันสุขภาพก่อนเข้าเมือง⁽⁹⁹⁾
- การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย (ททท.) ในช่วงระหว่างปี 2556-2557 มีมาตรการสนับสนุนให้นักท่องเที่ยวต่างชาติซื้อประกันภัยระหว่างเดินทางท่องเที่ยวในประเทศไทยซึ่งคุ้มครองกรณีอุบัติเหตุ การบาดเจ็บ ความสูญเสีย/ความเสียหาย (เสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ ทูพพลภาพถาวร สิ้นเชิง การหยุดชะงักของการเดินทาง) โดยสามารถซื้อประกันภัยผ่านระบบออนไลน์^(100, 101) แต่ไม่ชัดเจนว่าโครงการดังกล่าวมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องหรือไม่ นอกจากนี้ ในปี 2567 กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬาได้มีการประชุมหารือแนวทางการจัดทำประกันภัยให้กับนักท่องเที่ยวต่างชาติในระหว่างการเดินทางท่องเที่ยวในประเทศไทยร่วมกับผู้แทนจากบริษัทประกันภัย⁽¹⁰²⁾ อย่างไรก็ตาม ยังไม่ได้มีการกำหนดเป็นเงื่อนไขในการขอรับการตรวจลงตราหรือตรวจคนเข้าเมือง

ชาวต่างชาติที่ขอรับการตรวจลงตราประเภทอื่นๆ รวมถึง เพื่อทำงาน (B) เพื่อลงทุน (IB) เพื่อศึกษา (ED) เพื่อศึกษา/ปฏิบัติศาสนกิจ (R) เพื่อปฏิบัติราชการ (F) เพื่อปฏิบัติหน้าที่สื่อมวลชน (M) เพื่อค้นคว้าวิจัย (RS) เพื่อปฏิบัติการกิจในครอบครัวคนต่างด้าว/รับการอุปการะจากบุคคลสัญชาติไทยหรือผู้มีถิ่นที่อยู่ในราชอาณาจักรไทย เช่น สมรส/บุคคลในครอบครัว (O) ไม่ได้มีการกำหนดเป็นเงื่อนไขในการขอรับการตรวจลงตราหรือตรวจคนเข้าเมือง^(103, 104)

ตัวชี้วัดที่ 16

เป้าประสงค์		ความมีประสิทธิภาพ
เดิม	ตัวชี้วัด	ให้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบใช้ระบบงบประมาณปลายปิด (Close-ended budget)
	เป้าหมาย	-

ใหม่	ตัวชี้วัด	คงเดิม
	เป้าหมาย	คงเดิม
แหล่งข้อมูล		นโยบายที่เกี่ยวข้องจากหน่วยงานดังต่อไปนี้ <ul style="list-style-type: none"> ● สำนักงานประกันสังคม ● กรมบัญชีกลาง ● สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 16

โปรดดูสถานการณ์จากบทที่ 4 สถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 15 หน้า 39

ตัวชี้วัดที่ 17

เป้าประสงค์		ความมีประสิทธิภาพ
เดิม	ตัวชี้วัด	ให้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบมีมาตรการและกลไกการเฝ้าระวังราคา และการควบคุมราคาการเบิกจ่ายของกองทุนและราคาค่าบริการ ยา และ เทคโนโลยี ที่มีประสิทธิภาพ (Efficient reimbursement and price control system)
	เป้าหมาย	-
ใหม่	ตัวชี้วัด	ให้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบมีมาตรการและกลไกการเฝ้าระวังราคา และการควบคุมราคาการเบิกจ่ายของกองทุนและราคาค่าบริการ ยา และ เทคโนโลยีที่มีประสิทธิภาพ
	เป้าหมาย	คงเดิม
เหตุผลที่เปลี่ยนแปลง		การวงเล็บคำภาษาอังกฤษมีความหมายไม่ตรงกับภาษาไทย
แหล่งข้อมูล		นโยบายที่เกี่ยวข้องจากหน่วยงานดังต่อไปนี้ <ul style="list-style-type: none"> ● สำนักงานประกันสังคม ● กรมบัญชีกลาง ● สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 17

โปรดดูสถานการณ์จากบทที่ 4 สถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 15 หน้า 39

ตัวชี้วัดที่ 18

เป้าประสงค์		ความมีประสิทธิภาพ
เดิม	ตัวชี้วัด	ให้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบใช้อำนาจในการซื้อร่วมกัน (Collective purchasing power)
	เป้าหมาย	-
ใหม่	ตัวชี้วัด	ให้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบใช้อำนาจในการซื้อร่วมกัน (Collective purchasing power) สำหรับยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์
	เป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีการต่อรองราคาหรือจัดซื้อรวมในระดับประเทศสำหรับรายการที่มีราคาสูงมาก มีการใช้ไม่มาก และ/หรือจัดหายาก 2. มีการต่อรองราคาหรือจัดซื้อรวมในระดับเขตหรือจังหวัด สำหรับรายการอื่นๆ
เหตุผลที่มีการเปลี่ยนแปลง		ตัวชี้วัดเดิมไม่ชัดเจนว่าเป็นการใช้อำนาจในการซื้อร่วมกันสำหรับบริการหรือผลิตภัณฑ์ใด และไม่มีการกำหนดเป้าหมาย จึงระบุเพิ่มเติมโดยอ้างอิงตาม SAFE indicators และแก้ไขรายละเอียดให้ชัดเจนขึ้น
แหล่งข้อมูล		<ul style="list-style-type: none"> ● เอกสารของหน่วยงาน/เอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง ● นโยบายที่เกี่ยวข้องจากหน่วยงานดังต่อไปนี้ <ul style="list-style-type: none"> ○ สำนักงานประกันสังคม ○ กรมบัญชีกลาง ○ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ○ กระทรวงสาธารณสุข

สถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 18

โปรดดูสถานการณ์จากบทที่ 4 สถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 15 หน้า 40

ตัวชี้วัดที่ 19

เป้าประสงค์		ความมีประสิทธิภาพ
เดิม	ตัวชี้วัด	มีการใช้มาตรการของรัฐบาล (Government intervention) อย่างเหมาะสม
	เป้าหมาย	-
ใหม่	ตัวชี้วัด	มีการใช้มาตรการของรัฐบาล (Government intervention) เพื่อแก้ไขปัญหาบริการสุขภาพ ยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ และเทคโนโลยีทางการแพทย์มีราคาแพง มีการผูกขาดตลาด หรือมีปัญหาด้านห่วงโซ่อุปทานที่ทำให้เกิดความไม่มีประสิทธิภาพ

เป้าหมาย	มีการใช้มาตรการของรัฐบาลเพื่อแก้ไข/บรรเทาในกรณีที่มีปัญหา
เหตุผลที่มีการเปลี่ยนแปลง	ตัวชี้วัดเดิมไม่ชัดเจนว่ามีขอบเขตของมาตรการอย่างไร จึงระบุเพิ่มเติมโดยอ้างอิงตาม SAFE indicators และแก้ไขรายละเอียดให้ชัดเจนขึ้น
แหล่งข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> เอกสารของหน่วยงาน/เอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง เว็บไซต์ข่าวสารเกี่ยวกับระบบสุขภาพ เช่น hfocus,⁽¹⁰⁵⁾ thecoverage⁽¹⁰⁶⁾

สถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 19

โปรดดูสถานการณ์จากบทที่ 4 สถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 15 หน้า 41

ตัวชี้วัด 20 (เสนอใหม่)

เป้าประสงค์	ความยั่งยืน และ ความมีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัด	รัฐมีการใช้มาตรการทางภาษีและเงินอุดหนุนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพ
เป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> เก็บภาษีเพื่อลดพฤติกรรมและอุตสาหกรรมที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> ขึ้นภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยาสูบ เครื่องดื่มที่มีน้ำตาล เก็บภาษีเกลือ เก็บภาษีอุตสาหกรรมที่ก่อมลพิษ ส่งเสริมให้ผลประโยชน์ทางภาษี (tax credit) หรือเงินอุดหนุนเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ เช่น การบริโภคผักและผลไม้ การออกกำลังกาย
เหตุผลที่มีการเปลี่ยนแปลง	สอดคล้องกับเป้าหมายระยะ 5 ปี เพื่อสร้างการรับรู้และตระหนักรู้ในหน้าที่ของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง และมาตรการเพื่อการเปลี่ยนแปลงระยะ 5 ปี เพื่อเชื่อมโยงประเด็นทางการเงินการคลังสุขภาพเข้ากับปัจจัยกำหนดสุขภาพ
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

สถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 20

องค์การอนามัยโลกได้แนะนำมาตรการที่มีความคุ้มค่า (best buy interventions) สำหรับมาตรการในการลดการบริโภคน้ำตาลและการบริโภคแอลกอฮอล์ได้แนะนำให้มีการเพิ่มการจัดเก็บภาษีสรรพสามิตและเพิ่มราคาของผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงการควบคุมการโฆษณาอย่างครอบคลุมและเข้มงวด⁽¹⁰⁷⁾ ซึ่งควรจัดเก็บภาษีสรรพสามิตอย่างน้อย 70% ของราคาขายปลีกสุดท้าย⁽¹⁰⁸⁾ และแนะนำให้เรียกเก็บภาษีจากเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูงเพื่อส่งเสริมทางเลือกในการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพ การออกแบบภาษี

ที่เหมาะสมสำหรับเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลจะส่งผลให้การบริโภคลดลงอย่างเป็นสัดส่วน⁽¹⁰⁷⁾ ซึ่งมีหลักฐานที่แสดงว่า การออกแบบภาษีที่เหมาะสมสำหรับเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลจะส่งผลให้การบริโภคลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หากตั้งเป้าให้ราคาขายปลีกเพิ่มขึ้น 20% หรือมากกว่า นอกจากนี้การให้เงินอุดหนุนสำหรับผักและผลไม้สดที่ลดราคา 10-30% มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการบริโภคผักและผลไม้ให้เพิ่มขึ้น⁽¹⁰⁹⁾

ประเทศไทยใช้รายได้จากภาษีสินค้าสุขภาพไม่ดี (sumptuary taxes) เช่น ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนเป็นแหล่งงบประมาณของ สสส. ซึ่งก่อตั้งในปี พ.ศ. 2544 เพื่อจัดการกับปัจจัยเชิงพาณิชย์ที่ส่งผลต่อสุขภาพ เช่น การบริโภคแอลกอฮอล์และยาสูบ รวมถึงการลดอุบัติเหตุทางถนน โดยรัฐได้รับการสนับสนุนทางการเงินจากการเรียกเก็บภาษีสรรพสามิตเพิ่มอีก 2% จากสินค้าดังกล่าว ซึ่งตั้งแต่ก่อตั้ง สสส. มา พบว่า มีการพัฒนาในหลายด้านที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคไม่ติดต่อ (Non-communicable diseases, NCDs) เช่น การใช้ยาสูบในผู้ใหญ่ลดลงจาก 25% ในปี พ.ศ. 2544 เหลือ 17% ในปี พ.ศ. 2564 การบริโภคแอลกอฮอล์ลดลงจาก 33% ในปี พ.ศ. 2547 เหลือ 28% ในปี พ.ศ. 2564 จำนวนผู้ใหญ่ที่ทำกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้นจาก 66% ในปี พ.ศ. 2555 เป็น 75% ในปี พ.ศ. 2562 และการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลดลงจาก 22,000 คนในปี พ.ศ. 2554 เหลือ 17,000 คนในปี พ.ศ. 2564⁽¹¹⁰⁾

จากข้อมูลสถานการณ์การดำเนินนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทย ในช่วง พ.ศ. 2551-2561⁽¹¹¹⁾ พบว่าประเทศไทยมีมาตรการทางภาษีและการอุดหนุนที่ใช้ในการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น

- การเก็บภาษีสรรพสามิต โดยพิจารณาทั้งจากมูลค่า (ad valorem taxation) และปริมาณ แอลกอฮอล์บริสุทธิ์ในผลิตภัณฑ์ (specific taxation) การคำนวณภาษีอิงจากราคาขายปลีกที่ยังไม่รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม ทำให้ส่งผลต่อราคาขายปลีกของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ประชาชนต้องจ่าย
- เงินบำรุงกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ โดยหักจากภาษีสรรพสามิตที่เก็บจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ ร้อยละ 2 เพื่อสนับสนุนกองทุน
- มาตรการห้ามลดราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อส่งเสริมการตลาด ตามมาตรา 30(3) ในพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ซึ่งช่วยควบคุมการเข้าถึงและลดการส่งเสริมการบริโภคผ่านการลดราคา

นอกจากนี้ยังมีภาษีเครื่องดื่มที่มีความหวาน (Sugar-sweetened Beverages Tax) ที่เริ่มบังคับใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 เพื่อจูงใจให้ผู้บริโภคลดการบริโภคน้ำตาล และกระตุ้นให้ผู้ผลิตลดปริมาณน้ำตาลในผลิตภัณฑ์ โดยเป็นการเก็บภาษีในการอัตราก้าวหน้าตามปริมาณน้ำตาลเครื่องดื่ม อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันยังไม่มีการจัดเก็บภาษีที่เกี่ยวข้องกับปริมาณเกลือหรือความเค็มในผลิตภัณฑ์อาหารโดยตรง แต่รัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกำลังศึกษาความเป็นไปได้ในการเก็บภาษีความเค็ม เนื่องจากการบริโภคเกลือสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของคนไทย^(112, 113)

ปัจจุบันกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมของไทยกำลังอยู่ระหว่างการร่างพระราชบัญญัติการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ซึ่งจะมีกลไกภาคบังคับ รวมถึงกำหนดนิยามภาษีคาร์บอนอย่างชัดเจน เพื่อจัดการกับปัญหามลพิษในระยะยาว อย่างไรก็ตาม ในช่วงที่กฎหมายดังกล่าวยังไม่มีผลบังคับใช้ กรมสรรพสามิตได้นำกลไกราคาคาร์บอน (Carbon Pricing Mechanism) มาใช้ผ่านการเก็บภาษีสรรพสามิตน้ำมัน โดยคิดค่าภาษีจากการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของน้ำมันแต่ละชนิดตามค่าสัมประสิทธิ์การปล่อยก๊าซ การใช้กลไกนี้มุ่งส่งเสริมหลักการ “ผู้ก่อมลพิษต้องจ่าย” (Polluter Pays Principle) เพื่อกระตุ้นให้ผู้บริโภคและผู้ประกอบการมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมจากการใช้เชื้อเพลิง พร้อมทั้งพิจารณาเลือกใช้พลังงานและเทคโนโลยีที่ปล่อยก๊าซเรือนกระจกต่ำ⁽¹¹⁴⁾

ตัวชี้วัด 21 (เสนอใหม่)

เป้าประสงค์	ความเพียงพอ และ ความมีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัด	ระบบประกันสุขภาพภาครัฐมีระบบติดตามและประเมินผลที่สามารถระบุปัญหาการให้บริการมากเกินไป (overprovision) หรือไม่เพียงพอ (underprovision) และมีมาตรการเพื่อป้องกัน/แก้ไขปัญหาดังกล่าว
เป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> ระบบประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบมีระบบติดตามและประเมินผลการให้บริการสุขภาพ เช่น การตรวจสอบ (audit) การวิเคราะห์ข้อมูลขนาดใหญ่ (big data analysis) การใช้ Generative AI ช่วยคัดกรองเบื้องต้น ระบบการติดตามและประเมินผลสามารถระบุบริการที่เกินจำเป็นหรือไม่เพียงพอได้ มีมาตรการเพื่อป้องกัน/แก้ไขปัญหาที่พบ เช่น กลไกและอัตราจ่ายชดเชยระบบการตรวจสอบก่อนให้บริการ (pre-authorisation)
เหตุผลที่มีการเปลี่ยนแปลง	สนับสนุนเป้าประสงค์ด้านความเพียงพอและประสิทธิภาพ โดยการมีระบบติดตามและประเมินผล ช่วยสนับสนุนการตัดสินใจใช้มาตรการเพื่อการป้องกันหรือการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม ⁽⁷⁹⁾
แหล่งข้อมูล	<p>เอกสารของหน่วยงาน/เอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง</p> <p>นโยบายที่เกี่ยวข้องจากหน่วยงานดังต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> สำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลาง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 21

มาตรการสำคัญเพื่อป้องกันหรือแก้ไขการให้บริการที่มากเกินไปหรือไม่เพียงพอ ได้แก่ การจ่ายอย่างมีกลยุทธ์ (Strategic purchasing) และการตรวจสอบและควบคุมการให้บริการ⁽⁷⁹⁾ โดยการจ่ายอย่างมีกลยุทธ์เป็นมาตรการเพื่อสร้างแรงจูงใจผู้ให้บริการให้บริการที่มีคุณภาพ ควบคุมต้นทุน ลดการให้บริการเกินความจำเป็น และให้บริการที่จำเป็นในปริมาณที่เหมาะสม โดยใช้วิธีการจ่ายที่หลากหลายและมีกลไกในการเปลี่ยนแปลงให้เข้ากับสถานการณ์⁽⁷⁹⁾ ตัวอย่างเช่น การปรับรูปแบบการจ่ายจากการจ่ายแบบเหมาจ่าย (Capitation) เป็นการจ่ายตามรายการบริการ (Fee Schedule) ในบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อเร่งรัดการเข้าถึงบริการ⁽¹¹⁵⁾ และรูปแบบการจ่ายแบบผสมผสานในพื้นที่กทม.และการปรับเปลี่ยนระหว่างการจ่ายแบบเหมาจ่ายและการจ่ายตามรายการบริการเพื่อสร้างแรงจูงใจกับผู้ให้บริการ เพิ่มการเข้าถึงบริการ และแก้ไขปัญหาการส่งต่อผู้ป่วย^(116, 117)

กลไกการตรวจสอบและควบคุมการให้บริการ เป็นมาตรการเพื่อติดตามและแก้ไขปัญหาการให้บริการที่ไม่เหมาะสมได้ตรงจุด รวมถึงการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้บริการเพื่อติดตามพฤติกรรมของผู้ให้บริการ⁽⁷⁹⁾ ตัวอย่างกลไกในระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ เช่น ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ มีการตรวจสอบผู้มีสิทธิที่มีพฤติกรรมการใช้สิทธิไม่เหมาะสม (Fraud detection)⁽¹¹⁸⁾ การขออนุมัติการใช้จ่าย pre-authorization สำหรับยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง⁽¹¹⁹⁾ ระบบประกันสังคมว่าจ้าง สำนักสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ก่อนการเบิกจ่าย (Pre-audit)⁽¹²⁰⁾ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีการตรวจสอบเพื่ออนุมัติก่อนการให้บริการ (Pre-authorization) สำหรับบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง⁽¹²¹⁾ เช่น การฝังประสาทหูเทียม การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 55 ปี⁽¹²²⁾ การตรวจสอบก่อนการจ่ายชดเชย (Pre-audit) เพื่อตรวจสอบข้อมูลที่หน่วยบริการส่งเบิก และการตรวจสอบหลังการจ่ายชดเชย (Post-audit) เป็นการสุ่มเลือกข้อมูลมาตรวจสอบประสิทธิภาพการเบิกจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการของหน่วยบริการ⁽¹²¹⁾

ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้ง 3 ระบบหลัก มีระบบสารสนเทศที่ใช้สนับสนุนภารกิจติดตามและประเมินผลแตกต่างกัน โดยภารกิจสำคัญคือใช้ติดตามตรวจสอบการเบิกค่าใช้จ่าย อาจใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลการชดเชยค่าบริการ (Claims databases) ที่มีอยู่แล้ว อาจจำเป็นต้องมีการกำหนดขอบเขตและจัดลำดับความสำคัญ เช่น บริการที่มีผลกระทบต่อปริมาณมาก บริการที่มีผลกระทบต่อสาธารณสุขมาก การผ่าตัดที่เกิดขึ้นบ่อย (Common surgeries) เป็นต้น บางบริการมีการเชื่อมโยงระบบข้อมูลบริการ 3 กองทุน เช่น การบูรณาการข้อมูลบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เป็นต้น⁽¹²¹⁾ บางระบบข้อมูลมีการบริหารจัดการโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เช่น ศูนย์รวมทะเบียนสิทธิรักษาพยาบาลของประชาชน (National Beneficiary Registration Center) หน่วยงานกลางในการจัดการธุรกรรมการเบิกจ่ายและระบบข้อมูลบริการสาธารณสุขของประเทศ (National Clearing House) และมีการจัดตั้งคณะทำงานพัฒนาการตรวจสอบและควบคุมกำกับการชดเชยค่าบริการและคุณภาพการรักษาพยาบาลร่วมกัน

ระหว่างกองทุน⁽¹²¹⁾ ในปีปัจจุบันมีการลงทุนและพัฒนาระบบสารสนเทศและการใช้ประโยชน์จากข้อมูลการให้บริการและข้อมูลการชดเชยค่าบริการ รวมไปถึงการพัฒนาเทคโนโลยี AI และ Machine learning เพื่อจัดการกับข้อมูลที่มากขึ้นเรื่อยๆ⁽¹²³⁾

5.5 สรุปตัวชี้วัดการเงินการคลังสุขภาพที่นักวิจัยเสนอ

ตาราง 5.3 สรุปตัวชี้วัดการเงินการคลังสุขภาพ เป้าหมาย และเป้าประสงค์ของ 21 ตัวชี้วัด ที่ได้จากการทบทวนและพิจารณาของนักวิจัย

ตารางที่ 5.3 สรุปตัวชี้วัดการเงินการคลังสุขภาพที่นักวิจัยเสนอจำนวน 21 ตัวชี้วัด

ที่	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
1	ความยั่งยืน และ ความเพียงพอ	รายจ่ายดำเนินการด้านสุขภาพ (CHE) ต่อ ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP)	-
2	ความยั่งยืน และ ความเพียงพอ	รายจ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพ (GGHE-D) ต่อ รายจ่ายของรัฐบาล (GGE)	-
3	ความเพียงพอ	รายจ่ายดำเนินการด้านสุขภาพของภาคเอกชน (PVT-D) ต่อ รายจ่ายดำเนินการด้านสุขภาพ (CHE)	-
4	ความเพียงพอ	รายจ่ายของครัวเรือน (OOP) ต่อ รายจ่ายดำเนินการด้านสุขภาพ (CHE)	-
5	ความยั่งยืน	รายจ่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ (PHC) ต่อ รายจ่ายดำเนินการด้านสุขภาพ (CHE)	-
6	ความเพียงพอ	อุบัติการณ์ครัวเรือนล้มละลายจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Catastrophic Health Expenditure) ต่อ ครัวเรือนทั้งหมด	-
7	ความเพียงพอ	อุบัติการณ์ของครัวเรือนที่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจนภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Health impoverishment) ต่อ ครัวเรือนทั้งหมด	-

ที่	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
8	ความเพียงพอ	ประชากรที่มีความจำเป็นด้านสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (Unmet health need) ของบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และทันตกรรม ต่อประชากรทั้งหมด	-
9	ความเพียงพอ	ความเป็นธรรมด้านการคลังสุขภาพ (FIA)	มีลักษณะก้าวหน้า โดยมี Kakwani index > 0
10	ความเพียงพอ	การได้รับประโยชน์จากการได้รับการอุดหนุนงบประมาณด้านสุขภาพภาครัฐ (BIA)	เอื้อประโยชน์ต่อคนจนมากกว่าคนรวย (Pro-poor) โดยมี Concentration index < 0
11	ความเป็นธรรม	การเพิ่มความเป็นธรรมของการจ่ายเงินสมทบในระบบประกันสังคม	<ul style="list-style-type: none"> ● ทางเลือกที่ 1 ยกเลิกการแบ่งเงินสมทบประกันสังคม (1.5%) ไปยังกองทุนประกันสุขภาพ และให้ใช้งบประมาณสำหรับประกันสุขภาพจากภาษี เช่นเดียวกับระบบประกันสุขภาพภาครัฐระบบอื่น <u>หรือ</u> ● ทางเลือกที่ 2 ยังคงมีการแบ่งเงินสมทบไปยังกองทุนประกันสุขภาพ โดยให้เพิ่มเพดานเงินเดือนที่ใช้คิดเงินสมทบประกันสังคม
12	ความเป็นธรรม	มีระบบการร่วมจ่ายตามฐานะทางเศรษฐกิจที่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการที่จำเป็นและไม่ก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ	1. ต้องไม่มีการร่วมจ่ายในบริการที่มีผลกระทบต่อสาธารณะ (Externality) เช่น การให้วัคซีนป้องกันโรค การสร้างเสริมสุขภาพ การรักษาโรคติดต่ออันตราย เป็นต้น

ที่	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
			<p>2. ต้องมีระบบที่มีประสิทธิภาพในการคุ้มครองผู้มีรายได้หรือฐานะทางสังคมต่ำ ประชากรเปราะบาง หรือผู้ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือมีค่าใช้จ่ายสูง และผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูลอื่นๆ ให้เข้าถึงบริการที่จำเป็นอย่างมีคุณภาพ และไม่ต้องรับภาระทางการเงินจนเกิดผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครัวเรือน</p> <p>3. ให้มีการร่วมจ่ายในกรณีที่ใช้บริการที่มีความสะดวกพิเศษ เช่น เลือกใช้บริการคลินิกพิเศษ หรือแพทย์เฉพาะบุคคล หรือห้องพิเศษ โดยจะต้องจ่ายทั้งค่าธรรมเนียมบริการที่มีความสะดวกพิเศษและค่าบริการทางการแพทย์รวมทั้งค่ายาและเวชภัณฑ์ ทั้งในและนอกสิทธิประโยชน์ด้วย โดยจะต้องมีการดำเนินการด้วยความระมัดระวังดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> ● มีการกำหนดอัตราการเรียกเก็บที่ชัดเจนเป็นมาตรฐาน และเพื่อป้องกันการรับภาระค่าใช้จ่ายมากเกินไป รวมทั้งเป็นทางเลือกสำหรับประชาชนในระดับรายได้ต่างๆ ควรกำหนดอัตราเรียกเก็บตามระดับความสะดวกพิเศษด้วย

ที่	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
			<ul style="list-style-type: none"> ● ต้องจัดให้มีกลไกให้ผู้รับบริการมีทางเลือกสามารถขอกลับไปรับบริการตามระบบปกติของแต่ละกองทุนโดยไม่ต้องร่วมจ่าย <p>4. ต้องมีกลไกป้องกันมิให้คนรวยดูดซับเอาทรัพยากรด้านสุขภาพที่มีจำกัดไปจากคนกลุ่มอื่นๆ เช่น การกำหนดราคาการร่วมจ่ายที่ชัดเจน และมีการบังคับใช้อย่างเข้มงวด</p> <p>5. ต้องมีระบบการกระจายเงินที่เก็บได้ไปยังสถานพยาบาลอื่นๆ อย่างเหมาะสม เพื่อมิให้ทรัพยากรกระจุกตัวอยู่เฉพาะพื้นที่ที่มีเศรษฐฐานะสูง</p>
13	ความเป็นธรรม	รายจ่ายต่อหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ (Age adjusted per capita expenditure) ของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ	-
14	ความเป็นธรรม	กำหนดให้มีมาตรฐานการจ่ายเงินของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐให้แก่สถานพยาบาลเป็นราคาเดียวกันในทุกประเภทและระดับการบริการ	-
15	ความเป็นธรรม	มีระบบประกันสุขภาพเพื่อคุ้มครองแรงงานข้ามชาติ ชาวต่างชาติ และผู้ไม่มีเลขประจำตัว 13 หลัก ซึ่งครอบคลุมบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพที่จำเป็น	<p>1. ให้คงมาตรการที่กำหนดให้แรงงานข้ามชาติที่มีการจ้างงานอย่างเป็นทางการ (formal sector) เข้าสู่ระบบประกันสังคม</p> <p>2. มีมาตรการที่เข้มข้นในการผลักดัน สนับสนุน และส่งเสริมให้แรงงานข้ามชาติและคนต่างชาติทุกสัญชาติ</p>

ที่	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
			<p>ที่อาศัยหรือพำนักระยะยาวในประเทศไทยมีประกันสุขภาพโดยมีช่องทางการซื้อโดยสะดวก</p> <p>3. มีมาตรการให้ชาวต่างชาติที่เดินทางเข้ามาในประเทศไทยทำประกันสุขภาพ (ภาคบังคับ) โดยมีการตรวจสอบระหว่างขอรับการตรวจลงตรา (visa) และ/หรือ การตรวจคนเข้าเมือง (immigration)</p> <p>4. มีงบประมาณประจำปีสำหรับผู้ไม่มีเลขประจำตัว 13 หลักที่อยู่ระหว่างพิสูจน์สถานะว่าเป็นคนไทย โดยมีสิทธิประโยชน์เท่าเทียมกับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p>
16	ความมีประสิทธิภาพ	ให้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบใช้ระบบงบประมาณปลายปิด (Close-ended budget)	-
17	ความมีประสิทธิภาพ	ให้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบมีมาตรการและกลไกการเฝ้าระวังราคาและการควบคุมราคาการเบิกจ่ายของกองทุนและราคาค่าบริการ ยา และเทคโนโลยีที่มีประสิทธิภาพ	-
18	ความมีประสิทธิภาพ	ให้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบใช้อำนาจในการซื้อร่วมกัน (Collective purchasing power) สำหรับยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์	1. มีการต่อรองราคาหรือจัดซื้อรวมในระดับประเทศ สำหรับรายการที่มีราคาสูงมาก มีการใช้ไม่มาก และ/หรือจัดหายาก

ที่	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
			2. มีการต่อรองราคาหรือจัดซื้อรวมในระดับเขตหรือจังหวัด สำหรับรายการอื่นๆ
19	ความมี ประสิทธิภาพ	มีการใช้มาตรการของรัฐบาล (Government intervention) เพื่อแก้ไข ปัญหาบริการสุขภาพ ยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ และเทคโนโลยีทางการแพทย์มี ราคาแพง มีการผูกขาดตลาด หรือมีปัญหาด้านห่วงโซ่อุปทานที่ทำให้เกิด ความไม่มีประสิทธิภาพ	มีการใช้มาตรการของรัฐบาลเพื่อแก้ไข/บรรเทาในกรณีที่มี ปัญหา
20	ความยั่งยืน และ ความมี ประสิทธิภาพ	รัฐมีการใช้มาตรการทางภาษีและเงินอุดหนุนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้าน สุขภาพ	1. เก็บภาษีเพื่อลดพฤติกรรมและอุตสาหกรรมที่ส่งผลเสีย ต่อสุขภาพ ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> ● ขึ้นภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยาสูบ เครื่องดื่มที่มีน้ำตาล ● เก็บภาษีเกลือ ● เก็บภาษีอุตสาหกรรมที่ก่อมลพิษ 2. ส่งเสริมให้ผลประโยชน์ทางภาษี (tax credit) หรือเงิน อุดหนุนเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ เช่น การบริโภคผักและผลไม้ การออกกำลังกาย
21	ความเพียงพอ และ ความมี ประสิทธิภาพ	ระบบประกันสุขภาพภาครัฐมีระบบติดตามและประเมินผลที่สามารถระบุ ปัญหาการให้บริการมากเกินไป (overprovision) หรือไม่เพียงพอ (underprovision) และมีมาตรการเพื่อป้องกัน/แก้ไขปัญหา	1. ระบบประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบมีระบบติดตาม และประเมินผลการให้บริการสุขภาพ เช่น การ

ที่	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
			<p>ตรวจสอบ (audit) การวิเคราะห์ข้อมูลขนาดใหญ่ (big data analysis) การใช้ Generative AI ช่วยคัดกรอง</p> <p>2. ระบบการติดตามและประเมินผลสามารถระบุบริการที่เกินจำเป็นหรือไม่เพียงพอได้</p> <p>3. มีมาตรการเพื่อป้องกัน/แก้ไขปัญหาที่พบ เช่น กลไกและอัตราจ่ายชดเชย ระบบการตรวจสอบก่อนให้บริการ (pre-authorisation)</p>

บทที่ 6 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

6.1 สรุปผลการศึกษา

การศึกษาการพัฒนาตัวชี้วัดและจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทยตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เรื่องการเงินการคลังสุขภาพ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ การจัดทำรายงานสถานการณ์การเงินการคลังสุขภาพตามตัวชี้วัดในเอกสารแนบธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 และการทบทวนและจัดทำข้อเสนอในการพัฒนาตัวชี้วัดให้สอดคล้องกับเป้าหมายระบบสุขภาพที่พึงประสงค์

ผลการศึกษาในส่วนแรกพบว่า เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์เป้าหมายและใช้ข้อมูลในปี พ.ศ. 2564 รายงานสุขภาพผ่านเกณฑ์ความยั่งยืนหากไม่นับรวมค่าใช้จ่ายจากโรคโควิด 19 แต่จะไม่ผ่านเกณฑ์ความยั่งยืนหากรวมค่าใช้จ่ายจากโรคโควิด 19 ด้วย ในด้านความเพียงพอ รายงานสุขภาพมีความเพียงพอเมื่อเทียบกับขนาดเศรษฐกิจของประเทศแต่การลงทุนด้านสุขภาพยังได้รับความสำคัญน้อยกว่าเกณฑ์ที่คาดหวังเมื่อเทียบกับรายจ่ายด้านอื่นของรัฐบาล เมื่อพิจารณาสัดส่วนรายจ่ายสุขภาพของรัฐและนอกภาครัฐ พบว่า สัดส่วนของภาครัฐต่ำกว่าที่คาดหวัง ส่วนหนึ่งเป็นเพราะรายจ่ายจากประกันสุขภาพภาคสมัครใจโดยบริษัทเอกชนเพิ่มมากขึ้น ส่วนรายจ่ายจากครัวเรือนไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายโดยสูงกว่าเล็กน้อยแต่ยังไม่ส่งผลกระทบต่ออุบัติการณ์ครัวเรือนล้มละลายจากค่ารักษาพยาบาลและอุบัติการณ์การกลายเป็นครัวเรือนยากจนหลังจากจ่ายค่ารักษาพยาบาล รวมถึงสัดส่วนประชากรที่มีความจำเป็นด้านสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนองที่ยังคงผ่านเกณฑ์

ในด้านความเป็นธรรม การคลังสุขภาพมีลักษณะก้าวหน้าและกลุ่มคนจนยังได้รับประโยชน์จากการอุดหนุนงบประมาณด้านสุขภาพของภาครัฐมากกว่ากลุ่มคนรวย แต่มีความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบประกันสุขภาพภาครัฐหลายด้าน เช่น รายจ่ายต่อหัวประชากร วิธีและอัตราการจ่ายเงินให้สถานพยาบาล รวมถึงนโยบายการร่วมจ่าย ณ จุดบริการ นอกจากนี้ ยังมีความเหลื่อมล้ำของการจ่ายเงินสมทบภายในระบบประกันสังคมที่ผู้ประกันตนที่มีรายได้สูงกว่าจ่ายสมทบด้วยสัดส่วนน้อยกว่าผู้ประกันตนที่มีรายได้ต่ำกว่าในกรณีที่ผู้ประกันตนมีเงินเดือนมากกว่า 15,000 บาท สำหรับความเป็นธรรมของการเข้าถึงบริการของแรงงานข้ามชาติและผู้ไม่มีเลขประจำตัว 13 หลัก พบว่ามีเพียงแรงงานข้ามชาติที่อยู่ในระบบการจ้างงานอย่างเป็นทางการเท่านั้นที่อยู่ในระบบประกันสุขภาพภาคบังคับและได้รับสิทธิเช่นเดียวกับผู้ประกันตนชาวไทย ในด้านความมีประสิทธิภาพ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเป็นระบบเดียวที่ไม่ได้ใช้งบประมาณปลายปิด ส่วนมาตรการด้านประสิทธิภาพอื่นๆ ก็มีนโยบายและการปฏิบัติที่แตกต่างกันไปในแต่ละระบบ นอกจากนี้ ยังมีการดำเนินมาตรการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพอื่นๆ ของรัฐบาล เช่น บัญชียาหลักแห่งชาติ ราคากลางยา การจัดซื้อยาโดยการแข่งขันด้านราคาและคุณภาพ

อย่างไรก็ตาม ตัวชี้วัดการเงินการคลังสุขภาพตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 ยังคงมีข้อจำกัด เช่น ตัวชี้วัดเชิงปริมาณไม่สอดคล้องกับระบบการรายงานรายจ่ายสุขภาพตาม

มาตรฐานสากล การกำหนดเป้าหมายที่ไม่ชัดเจนว่าเชื่อมโยงกับเป้าประสงค์หรือผลลัพธ์ทางสุขภาพที่คาดหวังอย่างไร ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพที่ไม่ชัดเจน รวมถึงมีเป้าหมายและมาตรการเพื่อการเปลี่ยนแปลงตามธรรมนูญ บางส่วนที่ไม่มีการติดตาม

ข้อจำกัดดังกล่าว นำมาสู่การทบทวนและจัดทำข้อเสนอในการพัฒนาตัวชี้วัด โดยมีข้อเสนอ 4 ข้อ ได้แก่

1) ปรับการรายงานตัวชี้วัดเชิงปริมาณให้สอดคล้องกับระบบการรายงานตัวชี้วัดการเงินการคลังสุขภาพสากล (A System of Health Accounts 2011)

2) ยกเลิกการตั้งเป้าหมายตัวชี้วัดเชิงปริมาณที่กำหนดโดยไม่มีหลักฐานสนับสนุนว่าเป้าหมายเชื่อมโยงกับเป้าประสงค์ในด้านความยั่งยืน ความเพียงพอ และความเป็นธรรมอย่างไร โดยให้ติดตามและประเมินสถานการณ์ของตัวชี้วัดแต่ละตัวเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา เปรียบเทียบกับประเทศอื่นๆ หรือเปรียบเทียบโดยพิจารณาร่วมกับตัวชี้วัดการเงินการคลังสุขภาพตัวอื่นหรือตัวชี้วัดระบบสุขภาพหมวดอื่น ขึ้นกับเป้าประสงค์

3) ปรับปรุงตัวชี้วัดเชิงคุณภาพให้มีความชัดเจนมากขึ้น

4) เสนอเพิ่มตัวชี้วัดใหม่ที่สอดคล้องกับเป้าหมายและมาตรการในการเปลี่ยนแปลงที่คาดหวังแต่ยังไม่มี การติดตาม

โดยสรุป มีข้อเสนอให้มีตัวชี้วัดการเงินการคลังสุขภาพทั้งหมด 21 ตัวชี้วัด ซึ่งประกอบด้วยตัวชี้วัดเดิม 2 ตัวชี้วัด ตัวชี้วัดที่ปรับแก้ไข 16 ตัวชี้วัด และตัวชี้วัดที่เสนอใหม่ 3 ตัวชี้วัด ซึ่งทั้งหมดสอดคล้องกับเป้าหมาย SAFE

6.2 ข้อเสนอเชิงนโยบายเกี่ยวกับการเงินการคลังสุขภาพ

จากการวิเคราะห์สถานการณ์การเงินการคลังด้านสุขภาพของระบบสุขภาพไทย ทำให้เห็นถึงประเด็นที่ประเทศไทยสามารถพัฒนานโยบายด้านการเงินการคลังสุขภาพได้ ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เพื่อให้การดำเนินงานของระบบสุขภาพไทยไปสู่เป้าหมายระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ ดังนี้

- 1) ด้านความยั่งยืน : การเงินการคลังสุขภาพของไทยมีแนวโน้มที่รัฐบาลสามารถลงทุนได้ในระยะยาว อย่างไรก็ตาม ผลกระทบจากวิกฤติโรคโควิด 19 ทำให้ต้องตระหนักในการเพื่อเตรียมพร้อมด้านการเงินการคลังในการรับมือวิกฤติต่างๆ ทั้งนี้ อาจพิจารณาแหล่งเงินอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น การพัฒนานโยบายการจ่ายชดเชยโดยหน่วยงาน องค์กรหรือผู้ประกอบการทั้งภาครัฐและเอกชนที่ก่อมลพิษต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพประชาชน หรือ การสนับสนุนและส่งเสริมการออมเพื่อสุขภาพของประชาชน
- 2) ด้านความเพียงพอ : รัฐบาลควรมีการลงทุนด้านสุขภาพให้เพียงพอต่อการพัฒนาระบบสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่จำเป็นและมีคุณภาพอย่างเป็นธรรม ทั้งนี้ ควรต้องคำนึงถึงการลงทุนในระบบสุขภาพเพื่อเตรียมพร้อมและตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว เช่น สังคมผู้สูงอายุ วิกฤติและภัยพิบัติต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน รวมทั้งการพัฒนาบริการการแพทย์

ทางไกล (telemedicine) หรือการให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในระบบบริการปฐมภูมิ เช่น ร้านยา คลินิกพยาบาล คลินิกกายภาพบำบัด คลินิกตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น

3) ด้านความเป็นธรรม :

3.1 รัฐบาลและสำนักงานประกันสังคมร่วมกันพิจารณาหลักการเก็บเงินสมทบเพื่อสนับสนุนด้านสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพของผู้ประกันตนเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในสองด้าน ได้แก่

- ความเป็นธรรมระหว่างสิทธิประกันสุขภาพภาครัฐ เนื่องจากผู้ใช้สิทธิอื่นไม่ต้องจ่ายเงินสมทบด้านสุขภาพนอกเหนือจากภาษีทั่วไป จึงควรพิจารณาทางเลือกระหว่าง
 - ไม่ต้องเก็บเงินสมทบด้านสุขภาพจากผู้ประกันตน โดยอาจเปลี่ยนเงินสมทบส่วนนี้ไปเพิ่มให้กับสิทธิประโยชน์ด้านอื่น เช่น บำนาญ
 - เก็บเงินสมทบด้านสุขภาพจากประชาชนที่เป็นแรงงานในระบบทั้งหมดด้วยอัตราเดียวกัน รวมถึงข้าราชการ
- ความเป็นธรรมภายในระบบประกันสังคม เนื่องจากเงินสมทบส่วนที่แบ่งเข้ากองทุนสุขภาพปัจจุบันกำหนดอยู่ที่อัตรา 1.5% ของเงินเดือนที่ไม่เกิน 15,000 บาท ทำให้ผู้ประกันตนที่มีเงินเดือนสูงกว่า 15,000 บาท จ่ายเงินสมทบน้อยกว่า 1.5% ของเงินเดือน เป็นผลให้การเก็บเงินสมทบมีลักษณะถดถอย (เงินเดือนมากกว่า จ่ายสมทบในสัดส่วนน้อยกว่า) ข้อมูลนี้สนับสนุนว่าการขยายเพดานเงินเดือนจะช่วยให้มีความเป็นธรรมภายในระบบประกันสังคมมากขึ้น

3.2 รัฐบาลควรจัดให้มีกลไกการดำเนินงานเพื่อสร้างความเป็นธรรมระหว่างระบบประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลักอย่างจริงจัง โดยตั้งเป้าหมาย (ก) เพื่อลดความแตกต่างของรายจ่ายต่อหัวประชากรระหว่างระบบประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบ (ข) ลดความแตกต่างของวิธีการและอัตราการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลของระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบ ให้ได้ภายใน 5-10 ปี

3.3 กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ ควรจัดให้มีมาตรการที่เข้มข้นในการผลักดันให้แรงงานต่างชาตินอกระบบทุกสัญชาติและผู้ติดตามเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพโดยอาจขยายความครอบคลุมของบัตรประกันสุขภาพเดิมหรือให้ซื้อประกันสุขภาพเอกชน

3.4 หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา และกระทรวงการต่างประเทศควรต้องเข้ามาร่วมกันพัฒนาและปรับปรุงระบบให้คนต่างชาติที่ไม่ใช่แรงงาน เช่น คู่สมรสของคนไทย ชาวต่างชาติที่มาพำนักระยะยาว และนักท่องเที่ยว มีการจ่ายค่าประกันสุขภาพภาคบังคับ เช่น เป็นข้อบังคับของการต่อวีซ่า การตรวจคนเข้าเมืองของนักท่องเที่ยว โดยมีการจัดระบบการเงินการคลังสุขภาพเพื่อทุกคนบนผืนแผ่นดินไทยมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

- 4) ด้านประสิทธิภาพ : รัฐบาลโดยกระทรวงการคลังพิจารณาเพิ่มประสิทธิภาพในภาพรวมของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ให้สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายให้อยู่ในวงเงินที่กำหนดได้และมีความเป็นธรรมสำหรับระบบหลักประกันสุขภาพทั้งสามระบบ นอกจากนี้ รัฐบาลสามารถเพิ่มประสิทธิภาพของระบบหลักประกันสุขภาพทั้งสามระบบ ด้วยการจัดให้มีกลไกกลางในการควบคุมราคาการเบิกจ่ายให้มีความแตกต่างกันน้อยลงเรื่อยๆ จนเกิดมาตรฐานการจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลในราคาเดียวกันในทุกประเภทและระดับการบริการ โดยต้องมีการกำหนดเป้าหมายและระยะเวลาอย่างชัดเจน นอกจากนี้แล้ว รัฐบาลโดยกระทรวงพาณิชย์ต้องพิจารณาเพิ่มประสิทธิภาพการคลังของการดำเนินการตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถด้วย (ซึ่งไม่ได้เป็นตัวชี้วัดที่ระบุในหมวด 9 ของธรรมนูญสุขภาพ)

6.3 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการประเมินสถานการณ์ระบบสุขภาพด้านการเงินการคลังสุขภาพต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้

- 1) เป้าประสงค์ S-A-F-E และตัวชี้วัดการเงินการคลังสุขภาพที่ระบุในธรรมนูญฯ เป็นเป้าประสงค์และตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการนำไป โดยอาจปรับปรุงตัวชี้วัดให้ชัดเจนขึ้น ปรับปรุงวิธีการรายงานให้สอดคล้องกับสากล และพัฒนาวิธีการกำหนดเป้าหมายเชิงปริมาณของตัวชี้วัดให้เชื่อมโยงกับเป้าประสงค์ และควรเพิ่มตัวชี้วัดเพื่อติดตามเป้าหมายและมาตรการเพื่อการเปลี่ยนแปลงที่ยังไม่มีการติดตาม
- 2) จัดให้มีการปรึกษาหารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและระบุหน่วยงานผู้รับผิดชอบในการติดตามแต่ละตัวชี้วัด ทั้งนี้ ตัวชี้วัดที่ยังไม่มีข้อมูล อยู่ระหว่างการพัฒนาวิธีการเก็บข้อมูล หรือไม่มีเป้าหมาย ควรต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาต่อไปเพื่อให้การประเมินสถานการณ์การเงินการคลังสุขภาพมีขอบเขตและแนวทางการประเมินที่ชัดเจน
- 3) จัดให้มีกลไกให้ผู้กำหนดนโยบายแต่ละหน่วยงานรับทราบผลการประเมินสถานการณ์การเงินการคลังสุขภาพและนำไปสู่การปรับปรุงนโยบายการเงินการคลังสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม โดยตัวชี้วัดที่มีผลได้ตามเป้าหมายแล้ว (ผ่าน) ให้มีมาตรการที่ดีเพื่อให้สามารถคงสถานะของการดำเนินงานได้ตามเป้าหมายต่อไปเรื่อยๆ ส่วนตัวชี้วัดที่มีผลไม่เป็นไปตามเป้าหมาย (ไม่ผ่าน) ต้องดำเนินการอย่างจริงจังด้วยการจัดตั้งกลไกเป็นการเฉพาะเพื่อขับเคลื่อนตัวชี้วัดให้ได้ผลตามเป้าหมายในเวลาที่กำหนด

เอกสารอ้างอิง

1. ราชกิจจานุเบกษา. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 2550 [Available from: https://infocenter.nationalhealth.or.th/?lsvr_kba=พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ].
2. ราชกิจจานุเบกษา. ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 2566 [11 Sep 2024]. Available from: <https://www.nationalhealth.or.th/th/node/4261>.
3. World Bank Group. Thailand Overview 2024 [Available from: <https://www.worldbank.org/en/country/thailand/overview>].
4. World Bank Group. World Development Indicators: Thailand 2024 [Available from: <https://data.worldbank.org/country/thailand>].
5. ธนาคารแห่งประเทศไทย. สรุปประมาณการเศรษฐกิจและเงินเฟ้อ ณ 16 ตุลาคม 2567 2567 [Available from: <https://www.bot.or.th/th/thai-economy/economic-outlook.html>].
6. Sakunphanit T. Universal Health Care Coverage Through Pluralistic Approaches: Experience from Thailand 2008 [Available from: https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@soc_sec/documents/publication/wcms_secSOC_6612.pdf].
7. Mongkhonvanit PT HP. The impacts of universalization. A case study on Thailand's social protection and universal health coverage 2014 [Available from: [http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/\(httpAuxPages\)/4712B9641EDCF852C1257DA2004DE30C/\\$file/Thailand paper.pdf](http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/(httpAuxPages)/4712B9641EDCF852C1257DA2004DE30C/$file/Thailand%20paper.pdf)].
8. Tangcharoensathien V, Witthayapipopsakul W, Panichkriangkrai W, Patcharanarumol W, Mills A. Health systems development in Thailand: a solid platform for successful implementation of universal health coverage. *Lancet*. 2018;391(10126):1205-23.
9. National Health Security Office. NHSO Annual Report 2023: NHSO; 2024 [11 Sep 2024]. Available from: https://www.nhso.go.th/operating_results/63.
10. Jongudomsuk P SS, Patcharanarumol W, Limwattananon S, Pannarunothai S, Vapatanavong P, et al.,. The Kingdom of Thailand Health System Review 2015 [Available from: <https://apo.who.int/publications/i/item/9789290617136>].
11. Marshall AI, Kantamaturapoj K, Kiewnin K, Chotchoungchatchai S, Patcharanarumol W, Tangcharoensathien V. Participatory and responsive governance in universal health coverage: an analysis of legislative provisions in Thailand. *BMJ Glob Health*. 2021;6(2).

12. Marshall AI, Witthayapipopsakul W, Chotchoungchatchai S, Wangbanjongkun W, Tangcharoensathien V. Contracting the private health sector in Thailand's Universal Health Coverage. PLOS Glob Public Health. 2023;3(4):e0000799.
13. Kantamaturapoj K, Kulthanmanusorn A, Witthayapipopsakul W, Viriyathorn S, Patcharanarumol W, Kanchanachitra C, et al. Legislating for public accountability in universal health coverage, Thailand. Bull World Health Organ. 2020;98(2):117-25.
14. Vongmongkol V, Viriyathorn S, Wanwong Y, Wangbanjongkun W, Tangcharoensathien V. Annual prevalence of unmet healthcare need in Thailand: evidence from national household surveys between 2011 and 2019. International Journal for Equity in Health. 2021;20(1):244.
15. The Comptroller General's Department. Healthcare service reimbursement in public healthcare facilities dated 24 November 2006 2006 [Available from: http://fid101.ddd.go.th/inv06_2.
16. National Health Security Office. The Universal Coverage Scheme's Fund Management 2020 2019 [Available from: https://e-library.nhso.go.th/view/1/detail_ebook/19/TH-TH.
17. ราชกิจจานุเบกษา. ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน 2563 [Available from: https://www.sso.go.th/wpr/assets/upload/files_storage/sso_th/43347fb1e40849f82bb22c9f078b50c0.pdf.
18. Pokpermdee P PK. Comparative Management and Benefit Packages between Social Security Scheme and Universal Coverage Scheme in 2020. 2020;14(1):26-42.
19. The Comptroller General's Department. The Private Hospital Association Thailand. CSMBS reimbursement manual for inpatient service in private hospitals 2015 [Available from: https://j1.rtarf.mi.th/new/phocadownloadpap/userupload/hospital_individual_manual.pdf.
20. ราชกิจจานุเบกษา. ประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง กำหนดมาตรฐานสถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน 2563 [Available from: <https://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER2/DRAWER056/GENERAL/DATA0000/00000590.PDF>.
21. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 30 บาทรักษาทุกที่ สุขภาพดีเริ่มที่ใกล้บ้าน 2567 [Available from: <https://www.nhso.go.th/news/4543>.

22. Witthayapipopsakul W, Kosiyaporn H, Uansri S, Suphanchaimat R. Effect of the Promulgation of the New Migrant's Employment Law on Migrant Insurance Coverage in Thailand: An Interrupted Time Series Analysis, 2016–2018. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(7):4384.
23. International Health Policy Program Foundation. Thai National Health Accounts 2020-2021 and projection of health expenditure 2022-2024. 2023. Available from: <https://ihppthaigov.net/publication/thainationalhealthaccounts2020-2021>.
24. International Health Policy Program Foundation. Assessment of Equity in Access to Health Services and Health Financing in Fiscal Year 2022. 2023.
25. Tangcharoensathien V. Thailand Health System in Transition Review (HiT). Second edition Manila: World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific; 2024 [Available from: <https://apo.who.int/publications/i/item/9789290620457>].
26. The Committee on Resource Mobilization for Sustainable Universal Health Coverage T. National Health Financing for Sustainable Universal Health Coverage: Goals, Indicators and Targets (SAFE) 2016 [Available from: <https://drive.google.com/file/d/1ykBsM2yvQu4t02t9eb-6KEZOQmIJVOx0/view>].
27. World Bank Group. Metadata Glossary 2024 [11 Sep 2024]. Available from: <https://databank.worldbank.org/metadataglossary/health-nutrition-and-population-statistics/series/SH.XPD.CHEX.GD.ZS>.
28. มลนิธิเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. การเงินการคลังสุขภาพเพื่อการเตรียมความพร้อม การป้องกัน และการตอบสนองโรคระบาด: บทเรียนจากโควิด 19 ในประเทศไทย. 31 มกราคม 2567.
29. กฎกระทรวง. ออกตามความในพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2538) [Available from: https://www.sso.go.th/wpr/assets/upload/files_storage/sso_th/6b49fad5d41819fa216b6ae2698b9c1b.pdf].
30. ประกาศกระทรวงมหาดไทย. เรื่อง อัตราค่าจ้างขั้นต่ำ (ฉบับที่ 19) 20 กุมภาพันธ์ 2534 [Available from: <https://shorturl.at/DsI9L>].
31. ประกาศคณะกรรมการค่าจ้าง. เรื่อง อัตราค่าจ้างขั้นต่ำ (ฉบับที่ 12) 8 ธันวาคม 2566 [Available from: <https://shorturl.at/jb2C3>].

32. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. ร่างกฎกระทรวงกำหนดเพดานค่าจ้างผู้ประกันตนมาตรา 33 2566 [Available from: https://law.go.th/listeningDetail?survey_id=MTUxMURHQV9MQVdfRUPTIRFTkQ=].
33. คณะกรรมการจัดทำแนวทางการระดมทรัพยากรเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ข้อเสนอการคลังสุขภาพเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป้าประสงค์ ตัวชี้วัด และเป้าหมาย 2559 [11 Sep 2024]. Available from: <https://www.resourceihpp.com/site/materialdetailuniversal/6488b063-850e-4d44-9ab0-e34a6a9ea1bc>.
34. Barcellona C, Aziz AFA, Sabtu KAPH, Jithitikulchai T, Ha NT, Ventura RRNM, et al. Strengthening strategic health purchasing in Southeast Asia: progress, opportunities and recommendations: Saw Swee Hock School of Public Health, National University of Singapore; 2023 [Available from: <https://sph.nus.edu.sg/wp-content/uploads/2023/10/Strengthening-Strategic-Purchasing-in-Southeast-Asia.pdf>].
35. กรมบัญชีกลาง. คู่มือสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ 2560 [Available from: <https://shorturl.at/Bb26N>].
36. ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม. เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน 12 กันยายน 2560 [Available from: <https://shorturl.at/rYqN4>].
37. สำนักงานปลัดประกันสุขภาพแห่งชาติ. ใครบ้างที่ต้องร่วมจ่ายค่าบริการ 30 บาท [Available from: https://www.nhso.go.th/storage/downloads/main/229/PP_การร่วมจ่ายและไม่ร่วมจ่ายค่าบริการ_30_บาท.pdf].
38. สำนักงานปลัดประกันสุขภาพแห่งชาติ. ค่าอาหารและค่าห้องสามัญ [Available from: https://www.nhso.go.th/page/coverage_rights_Meal].
39. Hfocus. สปสช.แจงปม “ร่วมจ่าย” ทำได้บางกรณี แต่ต้องไม่ขัดเจตนารมณ์ พรบ.หลักประกันสุขภาพฯ 2567 [Available from: <https://www.hfocus.org/content/2024/08/31360>].
40. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข. เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต. : ราชกิจจานุเบกษา; 31 มีนาคม 2560 [Available from: <https://dhes.moph.go.th/wp-content/uploads/2017/09/X010.pdf>].
41. ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2567 2567 [Available from: <https://shorturl.at/G0rrU>].

42. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณี UCEP COVID 2564.
43. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข. เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉิน โรคติดต่ออันตรายตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ราชกิจจานุเบกษา; 7 เมษายน 2563 [Available from: https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2563/E/080/T_0047.PDF.
44. Hfocus. มติบอร์ด สปสช.เห็นชอบปรับหลักเกณฑ์จ่ายโควิด มีผล 4 ก.ค. รองรับเป็นโรคประจำถิ่น: Hfocus; 2022 [5 July 2022]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2022/07/25440>.
45. 7/2565 กค. ข้อเสนอการปรับหลักเกณฑ์แนวทางการจ่ายชดเชยบริการโควิด 19 กรณีปรับโรคโควิด 19 เป็นโรคประจำถิ่น 4 กรกฎาคม 2565 [Available from: <https://t.ly/U9agb>.
46. ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม. เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามแนวทางโครงการดูแลสุขภาพผู้ประกันตนเชิงรุกในสถานประกอบการ (ฉบับที่ 2) 21 กรกฎาคม 2566 [Available from: https://www.sso.go.th/wpr/assets/upload/files_storage/sso_th/4c3ec27a8e8ad3170d139697b24c1f9.pdf.
47. ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม. เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่าส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน 1 กันยายน 2566 [Available from: https://www.sso.go.th/wpr/assets/upload/files_storage/sso_th/363b2b3180d45990dda0d65c266c0d66.pdf.
48. Srisai P PM, Suphanchaimat R,. Perspectives of Migrants and Employers on the National Insurance Policy (Health Insurance Card Scheme) for Migrants: A Case Study in Ranong, Thailand. Risk Manag Healthc Policy. 2020;13:2227-38.
49. ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม. เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน 29 มีนาคม 2567 [Available from: https://www.sso.go.th/wpr/assets/upload/files_storage/sso_th/7fe46a6aa8eec381ba7e12177365b60f.pdf.
50. Suphanchaimat R, Putthasri W, Prakongsai P, Tangcharoensathien V. Evolution and complexity of government policies to protect the health of undocumented/illegal migrants in Thailand - the unsolved challenges. Risk Manag Healthc Policy. 2017;10:49-62.

51. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข. เรื่อง การตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว 24 พฤษภาคม 2562 [Available from: <https://t.ly/ZTOKL>].
52. ขนิษฐา ภูสีมุงคุณ. (รายงาน) “การเปรียบเทียบสิทธิประโยชน์และการบริหารกองทุนของแรงงานข้ามชาติในระบบประกันสังคมและกองทุนผู้ประกันตนคนต่างด้าว” ส่วนหนึ่งของการศึกษาและพัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพสำหรับแรงงานข้ามชาติ โครงการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายสุขภาพสำหรับแรงงานข้ามชาติ. มิถุนายน 2559.
53. MGR Online. กสม.ชี้ปัญหา "แรงงานต่างด้าว" เข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ เหตุไม่บังคับขายบัตรประกัน หนุน สธ.โอนกองทุนให้ สปสช.คุมแทน: MGR; 2023 [Available from: <https://mgronline.com/qol/detail/9660000087512>].
54. Hasuwannakit S. Universal Health Coverage for marginalized non-Thai people in Thailand. *Journal of Health Systems Research*. 2012;6(3):403-15.
55. Hfocus. ชีวิตด้อยสิทธิคนไทยไร้บัตรประชาชน เจ็บป่วยต้องจ่ายเอง-ขอเป็นคนไข้นานาถายังทำไม่ได้: Hfocus; 2017 [4 November 2017]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2017/11/14821>.
56. Pokpermddee P. Expanding Health Care Coverage for People with Citizenship Problems (Stateless Minority): A Step Forward for Health Insurance in Thailand. *Journal of Health Systems Research*. 2011;5(1):85-98.
57. Hfocus. สธ.จัดระบบรักษารองรับคนไทยไร้สถานะ 208,631 คน เข้ากองทุนคืนสิทธิฯ: Hfocus; 2015 [15 May 2015]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2015/05/9960>.
58. Hfocus. 9 หน่วยงาน พัฒนาการเข้าถึงสิทธิหลักประกันสุขภาพ ดูแล “คนไทยมีปัญหาสถานะทางทะเบียน”: Hfocus; 2020 [8 Jul 2020]. Available from: <https://www.nhso.go.th/news/2812>.
59. Thai PBS News. ร้อง สปสช.ทบทวนนิยามผู้ทรงสิทธิ: Thai PBS; 2023 [17 Oct 2023]. Available from: <https://www.thaipbs.or.th/news/content/332881>.
60. Mathauer I KJ, Organization WH. Voluntary health insurance: potentials and limits in moving towards UHC: World Health Organization; 2018 [Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HGF-Health-Financing-Policy-Brief-18.5>].
61. National Health Security Office. รายการบริการและอัตราจ่ายแบบ Fee schedule ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: NHSO; 2024 [Available from: <https://www.nhso.go.th/downloads/210>].
62. กรมบัญชีกลาง. อัตราค่าบริการสาธารณสุข [24 กันยายน 2567]. Available from: <https://mbddb.cgd.go.th/wel/searchmed.jsp>.

63. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณี การให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค พ.ศ.2566: ราชกิจจานุเบกษา; 22 พฤษภาคม 2566 [Available from: <https://rb.gy/lk004q>.
64. ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม. เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตรา สำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยมิใช่เนื่องจากการทำงาน (กรณีสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะหรืออวัยวะบางส่วน) 29 ธันวาคม 2565 [Available from: <https://t.ly/lVWXF>.
65. กรมบัญชีกลาง. เรื่อง ประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค 28 กันยายน 2565 [Available from: http://fid101.odd.go.th/Portals/0/xBlog/uploads/2023/4/24/inv06_04-2.pdf.
66. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. คู่มือการใช้งานโปรแกรม Emergency Pre-Authorization 2563 [updated 1 มิถุนายน 2563. Available from: https://www.niems.go.th/1/UploadAttachFile/2020/EBook/410372_20200616134837.pdf.
67. กรมบัญชีกลาง. แผนการดำเนินการกำหนดรายการยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ที่มีค่าใช้จ่ายสูงเพื่อ เข้าสู่ระบบ Prior Authorization (ระบบ PA) หรือกรอบรายการยาสำหรับสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 2567 [Available from: https://t.ly/_31ma.
68. ประกาศกรมบัญชีกลาง. เรื่อง การรับสมัครสถานพยาบาลของเอกชนเข้าโครงการเบิกจ่ายตรง ประเภทผู้ป่วยใน กรณีนัดผ่าตัดล่วงหน้า 24 ธันวาคม 2563 [Available from: <https://ww2.chi.or.th/dataupload/doccenter/%E0%B8%A3%E0%B8%B1%E0%B8%9A%E0%B8%AA%E0%B8%A1%E0%B8%B1%E0%B8%84%E0%B8%A3CIPN.pdf>.
69. ประกาศสำนักงานประกันสังคม. เรื่อง กำหนดมาตรฐานสถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ ผู้ประกันตน: ราชกิจจานุเบกษา; 2 มีนาคม 2563 [Available from: https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2563/E/049/T_0024.PDF.
70. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. การเข้า-ออกของหน่วยบริการ 2567 [Available from: https://www.nhso.go.th/page/entry_exit_unit.
71. ปกรณ์ เสริมสุข แ. การศึกษาพัฒนาประสิทธิภาพกระบวนการจัดซื้อและกระจายเวชภัณฑ์ร่วมของ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: สำนักงานศูนย์วิจัยและให้คำปรึกษาแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2564 [Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/5307/hs2635.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

72. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กลไกการดำเนินการเกี่ยวกับการจัดหายาในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2560 และปี 2561 18 สิงหาคม 2560 [Available from: <https://t.ly/ml5to>.
73. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. รายงาน การวิจัยเพื่อพัฒนานโยบายราคา ยา 2555 [Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/3682/hs1977.pdf?sequence=3&isAllowed=y>.
74. กองนโยบายแห่งชาติด้านยา. แนวปฏิบัติในการจัดทำราคากลางยา 2565 [Available from: <https://shorturl.at/Sgv9a>.
75. Yooyong S PS. The results of drug procurement by a specific method with investigating drug prices in Chaiyaphum Hospital. Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office. 2023;7(13).
76. OECD, Organization WH, Eurostat. A System of Health Accounts 2011.
77. U.S. Agency for International Development. Health Financing Indicators Reference Sheet 2014 2015 [
78. World Health Organization. Health financing country diagnostic: a foundation for national strategy development 2016 [Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241510110>.
79. World Health Organization. The health financing progress matrix: country assessment guide 2020 [Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/337969>.
80. World Health Organization. Guidance paper - Assessing country health financing systems: the Health Financing Progress Matrix 2020 [Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017405>.
81. World Health Organization. Health system performance assessment: a framework for policy analysis 2020 [Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240042476>.
82. World Health Organization. WHO Health Financing Dashboard 2024 [Available from: <https://www.who.int/teams/health-systems-governance-and-financing/health-financing/hfpm-background-indicators>.
83. World Health Organization. Global Health Expenditure Database 2024 [Available from: https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en.

84. World Health Organization. The global health observatory: explore a world of health data 2024 [Available from: <https://www.who.int/data/gho/data/indicators>].
85. World Bank. Health, nutrition and population: available indicators 2024 [Available from: <https://datatopics.worldbank.org/health/available-indicators>].
86. OECD/Eurostat/WHO. A System of Health Accounts 2011: Revised edition Paris2017 [Available from: https://www.oecd.org/en/publications/a-system-of-health-accounts-2011_9789264270985-en.html].
87. World Bank Group. Thailand 2024 [Available from: <https://data.worldbank.org/country/thailand>].
88. World Health Organization. WHO called to return to the Declaration of Alma-Ata 2024 [Available from: <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/declaration-of-alma-ata>].
89. Vande Maele N, Xu K, Soucat A, Fleisher L, Aranguren M, Wang H. Measuring primary healthcare expenditure in low-income and lower middle-income countries. *BMJ Glob Health*. 2019;4(1):e001497.
90. Erlangga D, Powell-Jackson T, Balabanova D, Hanson K. Determinants of government spending on primary healthcare: a global data analysis. *BMJ Glob Health*. 2023;8(11).
91. Schneider MT, Chang AY, Crosby SW, Gloyd S, Harle AC, Lim S, et al. Trends and outcomes in primary health care expenditures in low-income and middle-income countries, 2000-2017. *BMJ Glob Health*. 2021;6(8).
92. UNICEF. Pro-poor primary health care spending is not yet delivering on its promise of leaving no one behind 2023 [Available from: <https://www.unicef.org/mena/reports/pro-poor-primary-health-care-spending-not-yet-delivering-its-promise-leaving-no-one-behind>].
93. Hfocus. Adjust the health insurance criteria for elderly travelers with a temporary visa of no more than 1 year. 2021 [Available from: <https://www.hfocus.org/content/2021/10/23421>].
94. Thai General Insurance Association. Guidelines Non-Immigrant Visa (O-A) 2024 [Available from: <https://longstay.tgia.org/guidelineoa>].
95. Department Of Health Service Support. Operational Manual: Revised criteria to support health insurance for foreign nationals applying for a Non-Immigrant Visa (O-A type) for temporary stay (1-year duration) 2024 [Available from: <https://shorturl.at/auwUc>].

96. Royal Thai Police Immigration Bureau. Applicants' qualifications: Non-Immigrant Visa "O-X" [Long Stay] 2022 [Available from: <https://www.immigration.go.th/wp-content/uploads/2022/02/20.Non-Immigrant-Visa-O-X.pdf>].
97. Thai General Insurance Association. Guidelines Non-Immigrant Visa (O-X). 2024 [Available from: <https://longstay.tgia.org/guidelineox>].
98. Department of Consular Affairs. Tourist Visa 2022 [Available from: <https://consular.mfa.go.th/th/content/80304-tourist-visa?page=5d68c88b15e39c160c0081e2&menu=5d68c88b15e39c160c0081e3>].
99. Labour Section RTEiTA. Health insurance requirements for travelers entering the Kingdom of Thailand. 2023 [Available from: <https://rb.gy/nujppd>].
100. Royal Thai Embassy in Manama B. Thailand Travel Shield 2023 [Available from: <https://t.ly/YTEbV>].
101. Ministry of Tourism and Sports. Terms of Reference: Insurance program to protect foreign nationals entering Thailand during normal and crisis situations. 2023 [Available from: <https://www.mots.go.th/download/eAuctions/57Oct24TORAccordingToTheDraftPolicyTheInsuranceCoverageOfForeignArrivalsInNormalAndCrisis16Sep56.pdf>].
102. Ministry of Tourism and Sports. Meeting to discuss the approach for creating insurance for foreign tourists during their travel in Thailand, No. 2/2024. 2024 [Available from: <https://www.mots.go.th/news/1001190>].
103. Department of Consular Affairs. Visa Requirements 2017 [Available from: <https://consular.mfa.go.th/th/page/cate-7395-visa-requirements?menu=5d68c88b15e39c160c0081e6>].
104. Royal Thai Police Immigration Bureau. Apply for and change the type of visa. 2020 [Available from: https://www.immigration.go.th/?page_id=2506].
105. Hfocus. Hfocus 2024 [Available from: <https://www.hfocus.org/>].
106. The Coverage. The Coverage 2024 [Available from: <https://www.thecoverage.info/>].
107. World Health Organization. Tackling NCDs: best buys and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases, 2nd ed 2024 [Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240091078>].

108. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic 2019: offer help to quit tobacco use 2019 [Available from:
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241516204>.
109. World Health Organization. Fiscal policies for diet and the prevention of noncommunicable diseases 2016 [Available from:
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241511247>.
110. Tangcharoensathien V, Vathesatogkit P, Buasai S. Tying health taxes to health promotion is popular and effective in Thailand. *BMJ*. 2024;385:q540.
111. Assanangkornchai S. WO. Joint Assessment Mission to Review Alcohol Control Policy and Strategy in Thailand 2020 [Available from:
https://www.roadsafetythai.org/download_bookdetail-edoc-620.html.
112. National Health Foundation. Assessment of the outcomes of sugar-sweetened beverage taxes and salt and sodium taxes in Thailand. 2020 [Available from:
<https://shorturl.at/kEDWK>.
113. Thongjumnong W. Thailand plans to impose taxes on 'sodium and fat' with the Finance Minister instructing the Excise Department to study the matter, aiming to reduce salt consumption among Thais by 30% by 2025.: *The Standard*; 2024 [Available from:
<https://thestandard.co/thailand-considers-sodium-fat-tax/>.
114. กรมสรรพสามิต. การจัดเก็บภาษีคาร์บอน 2024 [Available from:
<https://newweb.excise.go.th/carbon-tax>.
115. นุชราภรณ์ เลียงรื่นรมย์. การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค P&P health promotion & disease prevention 2564 [Available from: [https://media.nhso.go.th/assets/portals/1/files/64-2_P&P_Book\(Thai\).pdf](https://media.nhso.go.th/assets/portals/1/files/64-2_P&P_Book(Thai).pdf).
116. The Coverage. 'โมเดล 5' บริการสุขภาพใหม่ กทม. 'สิทธิบัตรทอง' เมืองกรุง รักษาหน่วยปฐมภูมิที่ไหนก็ได้ 2565 [Available from: <https://www.thecoverage.info/news/content/3995>.
117. HFocus. 1 มี.ค. สปสช.ปรับวิธีจ่ายเงิน คลินิกชุมชนอบอุ่น กทม. ส่วนนี้ค้างยังไม่แตะ – ป้ายดำยังไม่ปลด! 2567 [Available from: <https://www.hfocus.org/content/2024/03/29883>.
118. กระทรวงการคลัง. รายงานความก้าวหน้าการดำเนินโครงการบัตรสวัสดิการ์รักษาพยาบาลข้าราชการ 2561 [Available from: https://www.soc.go.th/wp-content/uploads//slkupload/v524_61.pdf.

119. กรมบัญชีกลาง. บัญชีรายการยาที่มีการกำหนดเกณฑ์การเบิกจ่ายยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง 2566 [Available from: <https://ww2.chi.or.th/dataupload/catalog/Doc/2566/คู่มือบัญชีรายการยาที่มีเกณฑ์การเบิกจ่ายเวอร์ชัน1.0.pdf>.
120. สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน. รายงานการตรวจสอบผลสัมฤทธิ์และประสิทธิภาพการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพ กองทุนประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน 2564 [Available from: <https://www.audit.go.th/sites/default/files/files/inspection-results/การตรวจสอบการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพ%20กองทุนประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน.pdf>.
121. นุชราภรณ์ เลี้ยงรื่นรมย์. ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการข้อมูลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2565 [Available from: [https://media.nhso.go.th/assets/portals/1/files/8-NHSO%20IT%20Systems%20Thai%20\(Final,%20Online\).pdf](https://media.nhso.go.th/assets/portals/1/files/8-NHSO%20IT%20Systems%20Thai%20(Final,%20Online).pdf).
122. ราชกิจจานุเบกษา. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผ่าตัดข้อเข่าเทียม พ.ศ. 2565 2564 [Available from: https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2565/E/268/T_0041.PDF.
123. คณะอนุกรรมการตรวจสอบและประเมินผลภาคราชการ. รายงานผลการตรวจสอบและประเมินผลภาคราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ 2564 [Available from: https://smart.opdc.go.th/opdc_eof/opdc_box/file/reader_out/cXx8NDk0NDh8fFV8fG91dA.

ภาคผนวก ก

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

COA No. IHRP2024076

IHRP No. 077-2567



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
ในสถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์

อาคาร 8 ชั้น 7 ห้อง 702 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ถนนพหลโยธิน 11000

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัย: การพัฒนาตัวชี้วัดและจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทยตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เรื่องการเงินการคลังด้านสุขภาพ
ผู้วิจัยหลัก: ดร.สมธนิก โชติช่วงฉัตรชัย
หน่วยงานที่รับผิดชอบ: มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
เอกสารรับรอง:

1. โครงร่างการวิจัย: Version 29 May 2024
2. เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการ: Version 29 May 2024
3. ใบยินยอมด้วยความสมัครใจ: Version 13 April 2024
4. แบบเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (การสัมภาษณ์): Version 29 May 2024
5. แบบแสดงรายการ/ประมาณค่าใช้จ่ายในการวิจัย: Version 29 May 2024
6. ประวัติผู้วิจัยทุกคน

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ ในสถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ฯ ได้พิจารณาโครงการวิจัยดังกล่าว โดยได้คำนึงถึงประเด็นทางด้านวิชาการ ICH-GCP และด้านจริยธรรม และมีมติอนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัย ตามโครงการวิจัยดังกล่าวแล้ว อนึ่ง ขอให้ผู้วิจัยปฏิบัติตามจรรยาบรรณนักวิจัยสภาวิจัยแห่งชาติด้วย

(ลงนาม).....

(นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ

(ลงนาม).....

(นายแพทย์ปราโมทย์ เสถียรรัตน์)

เลขาธิการคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ

วันที่ประชุมครั้งแรก: 14 พฤษภาคม พ.ศ.2567

รับรองตั้งแต่วันที่: 6 มิถุนายน พ.ศ.2567

ภาคผนวก ข

ตัวชี้วัดที่มีความหมายเหมือนหรือคล้ายกับตัวชี้วัดอื่น ๆ จำนวน 10 ตัวชี้วัด

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เหตุผลในการคัดออก
1.	General Health Expenditure as % of gross domestic product (GDP)	คล้ายกับ Current Health Expenditure (CHE) as % of GDP
2.	GGHE as % of GDP	คล้ายกับ GGHE-D as % of GDP
3.	General Government Health Expenditure (GGHE) as % of total health expenditure (THE)	คล้ายกับ GGHE-D as % of CHE
4.	GGHE as % of general government expenditure (GGE)	คล้ายกับ GGHE-D as % of GGE
5.	External aid for health per capita	เหมือนกับ health expenditure (EXT) per capita
6.	To what extent are the different revenue sources raised in a progressive way?	คล้ายกับ Kakwani index
7.	Are provider payments harmonized within and across purchasers to ensure coherent incentives for providers?	เหมือนกับ “Every public health insurance schemes applied the same provider payment method with single rate for the same service and the same level of care”
8.	National Health Accounts estimation completed [within a specified period of time] (Yes or No)	เป็นส่วนหนึ่งของ “Is health expenditure reporting comprehensive, timely, and publicly available?”
9.	Per capita public expenditure by scheme	เหมือนกับ Differences of age-adjusted health expenditure per capita between public insurance schemes are within +/-10%
10.	Amount of financing mobilized by the private health sector	คล้ายกับ Domestic Private Health Expenditure (PHE-D) as % of CHE

ภาคผนวก ค

ตัวชี้วัดที่ไม่สอดคล้องหรือมีความสอดคล้องน้อยกว่ากับระบบสุขภาพของประเทศไทยจำนวน 29 ตัวชี้วัด

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เหตุผลในการคัดออก
1.	Poverty rate	การมีสิทธิประกันสุขภาพภาครัฐของไทยไม่ขึ้นกับความยากจน
2.	Incurred claims ratio (The total monetary value of incurred claims / The total monetary value of earned premiums)	สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการใช้งบประมาณปลายเปิด ส่วนสิทธิประกันสังคมและสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใช้งบประมาณปลายปิด การเบิกจ่ายไม่จำกัดอยู่เฉพาะ monetary value เท่านั้น เนื่องจากใช้ capitation, DRG เป็นหลัก ยกเว้นกรณี fee for service
3.	Total loss ratio (Sum of administrative expenses and total funds spent on health services) / Sum of total budget for health services and total budget for administration)	สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการใช้งบประมาณปลายเปิดจึงอาจมีส่วนที่เกินจากงบประมาณที่ตั้งไว้ได้ ส่วนสิทธิประกันสังคมและสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใช้งบประมาณตามที่ได้รับในแต่ละปี
4.	Are multiple revenue sources and funding streams organized in a complementary manner, in support of a common set of benefits?	สำหรับภาพรวมของประเทศไทย แต่ละกองทุนมีแหล่งงบประมาณ กลไกการจ่าย และชุดสิทธิประโยชน์แยกกันและส่วนใหญ่ไม่ซ้ำซ้อนกัน
5.	Do pooling arrangements promote coordination and integration across health programmes and with the broader health system?	แต่ละกองทุนประกันสุขภาพมีแหล่งงบประมาณและเงื่อนไขผู้มีสิทธิในแต่ละกองทุนอย่างชัดเจน และแยกจากกัน โดยเป็นไปตามกฎหมายของแต่ละกองทุน
6.	Number of technical resources developed with project assistance to support an increase in revenues for health	การนับจำนวนมีประโยชน์น้อย ประเทศไทยมีแหล่งงบประมาณชัดเจน โดยเป็นไปตามกฎหมายของแต่ละกองทุน อาจเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้เชี่ยวชาญได้ตามความจำเป็น

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เหตุผลในการคัดออก
7.	Number of technical resources developed with project assistance to support the establishment and implementation of effective risk pooling	การนับจำนวนมีประโยชน์น้อย ประเทศไทยมีแหล่งงบประมาณชัดเจน โดยเป็นไปตามกฎหมายของแต่ละกองทุน อาจเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้เชี่ยวชาญได้ตามความจำเป็น
8.	Risk pooling mechanism designed or established with project support (Yes or No)	มีประโยชน์น้อย ประเทศไทยมีแหล่งงบประมาณและเงื่อนไขผู้มีสิทธิในแต่ละกองทุนอย่างชัดเจน โดยเป็นไปตามกฎหมายของแต่ละกองทุน อาจเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้เชี่ยวชาญได้ตามความจำเป็น
9.	Number of risk pool managers trained with project support	การนับจำนวนมีประโยชน์น้อย แต่ละกองทุนมีผู้รับผิดชอบชัดเจนและมีศักยภาพในการตัดสินใจ/ปฏิบัติงานได้ตามกฎหมายของแต่ละกองทุนมาอย่างยาวนาน
10.	Number and percent of entities who signed a performance-based payment contract	กลไกการจ่ายตามผลงานขึ้นกับนโยบายของแต่ละกองทุน หน่วยบริการภาครัฐให้บริการสุขภาพกับผู้ใช้สิทธิประกันสุขภาพภาครัฐตามกฎหมาย หน่วยบริการภาคเอกชนสมัครเข้าเป็นหน่วยบริการสุขภาพตามข้อตกลงกับแหล่งทุนตามเงื่อนไขหลายด้านที่ไม่จำกัดเฉพาะกลไกการจ่าย
11.	Percent of performance-based payments funded by domestic resources	งบประมาณของประเทศไทยมาจากในประเทศเกือบทั้งหมด สัดส่วนงบประมาณจากนอกประเทศ น้อยกว่า 1% ของ CHE
12.	Performance-based payments are managed by target recipients	กลไกการจ่ายทุกรูปแบบบริหารจัดการโดยกองทุนสุขภาพภาครัฐ ยกเว้นโครงการเฉพาะมีสัดส่วนน้อยมาก
13.	Percent of recipients in a performance-based payment system that submit required performance data correctly and on time	ประเทศไทยมีกลไกการเบิกจ่ายหลายรูปแบบ การใช้ performance-based payment system ขึ้นกับกองทุนและไม่ใช้กลไกการจ่ายหลัก การติดตามตัวชี้วัดเหล่านี้จึงไม่ทำให้ทราบสถานการณ์ในภาพรวมของประเทศ

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เหตุผลในการคัดออก
14.	Percent of the sample of performance reports by recipients in a performance-based payment system identified for verification that are verified	
15.	Percent of recipients in a performance-based payment system that meet their performance targets	
16.	Percent of recipients in a performance-based payment system meeting performance targets that receive payments on time	
17.	Performance results for recipients participating in a performance-based payment system are disseminated or available to the public	
18.	Value of indicator targeted by a performance-based payment system in a given time period	
19.	Number of technical resources developed with project support to assist in the establishment and implementation of demand-side financing programs	ระบบการเงินการคลังสุขภาพภาครัฐผ่านกองทุนประกันสุขภาพไม่มีการใช้ demand-side financing programs
20.	Demand-side financing program designed or introduced with project support (Yes or No)	

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เหตุผลในการคัดออก
21.	Percent of demand-side financing recipients who meet target recipient characteristics	
22.	Number and percent of health care vouchers redeemed	
23.	Functioning verification system for a demand-side financing program established or strengthened with project support	
24.	Percent of health care voucher claims/ payments verified	
25.	Number and percent of target/eligible population covered by a demand-side financing program	
26.	Value of indicator targeted by a demand-side financing program in a given time period	
27.	Expenditure tracking system developed and implemented with project support	แต่ละหน่วยงานมีศักยภาพในการติดตามค่าใช้จ่ายของตนเอง และมีการดำเนินการมาเป็นเวลานาน
28.	Number of [target audience] trained, with project support, in health financing [topics/skills]	แต่ละหน่วยงานมีศักยภาพในการติดตามค่าใช้จ่ายของตนเอง และมีการดำเนินการมาเป็นเวลานาน
29.	Percent of [target audience] who received project-supported training in health financing [topics/skills] who say they are using their new knowledge/skills on the job [X] months after training	ไม่สามารถติดตามข้อมูลนี้ได้

ภาคผนวก ง

ตัวชี้วัดที่ไม่ใช่ตัวชี้วัดการเงินการคลัง จำนวน 11 ตัวชี้วัด

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เหตุผลในการคัดออก
1.	GDP per capita PPP	ไม่ใช่ตัวชี้วัดการเงินการคลัง บอกลักษณะทางเศรษฐกิจศาสตร์ของประเทศ
2.	GGE as % of GDP	ไม่ใช่ตัวชี้วัดการเงินการคลัง บอกว่ารัฐบาลใช้งบประมาณเป็นสัดส่วนเท่าใดของ GDP บ่งชี้ถึงพื้นที่การคลัง (fiscal space)
3.	Government surplus/deficit as % of GDP	ไม่ใช่ตัวชี้วัดการเงินการคลัง บอกลักษณะการเกินดุลและขาดดุลของการใช้งบประมาณของรัฐบาลเทียบกับ GDP
4.	UHC service coverage index	ไม่ใช่ตัวชี้วัดการเงินการคลัง บอกรอบคลุมของบริการที่กำหนดตามกรอบตัวชี้วัดสากล
5.	Informal as % employed	ไม่ใช่ตัวชี้วัดการเงินการคลัง บอกลักษณะแรงงานนอกระบบเทียบกับในระบบ
6.	Client satisfaction (to assess population entitlements and conditions of access defined explicitly and in easy-to-understand terms)	ไม่ใช่ตัวชี้วัดการเงินการคลัง บอกรับความพึงพอใจจากการใช้บริการของประชาชน
7.	Cigarette taxed as % of Total tax share	ไม่ใช่ตัวชี้วัดการเงินการคลัง บอกลักษณะของภาษียาสูบเทียบกับภาษีทั้งหมด
8.	Cigarette taxed as % of Excise tax share	ไม่ใช่ตัวชี้วัดการเงินการคลัง บอกลักษณะของภาษียาสูบเทียบกับภาษีสรรพสามิต
9.	Level of capacity in country to produce and publish National Health Accounts data	ไม่ใช่ตัวชี้วัดการเงินการคลัง บอกรับความสามารถในการจัดทำและเผยแพร่บัญชีรายจ่ายสุขภาพ โดยประเทศไทยสามารถจัดทำได้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เหตุผลในการคัดออก
10.	Benefit Incidence Analysis (BIA)	ไม่ใช่ตัวชี้วัดการเงินการคลัง บอกการได้รับประโยชน์หรือการอุดหนุนจากรัฐที่ต่างกันระหว่างคนจนและคนรวย
11.	Unmet health need	ไม่ใช่ตัวชี้วัดการเงินการคลัง บอกความจำเป็นทางสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนอง

ภาคผนวก จ

ตัวชี้วัดที่มีลำดับความสำคัญต่ำ (low priority) จำนวน 53 ตัวชี้วัด

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เหตุผลในการคัดออก
1.	Capital health expenditure as % of GDP	ระบบสุขภาพไทยไม่ได้อยู่ในช่วงที่เริ่มพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพ จึงทำให้ค่าใช้จ่ายด้านการลงทุนมีสัดส่วนน้อยและค่อนข้างคงที่ (<5% of CHE)
2.	GGHE-D as % of GDP	สามารถคำนวณได้จากตัวชี้วัดที่มีอยู่แล้ว
3.	GGHE-D per capita	มีตัวชี้วัด CHE per capita อยู่แล้วซึ่งสำคัญกว่า
4.	Non-government health expenditure as % of THE	คล้ายกับตัวชี้วัด private health expenditure as % of CHE เนื่องจากสัดส่วน external health expenditure น้อยมาก (0.09% of CHE)
5.	Domestic Private Health Expenditure (PHE-D) per capita	สามารถคำนวณได้จากตัวชี้วัดที่มีอยู่แล้ว
6.	Out-of-pocket expenditure (OOP) per capita	สามารถคำนวณได้จากตัวชี้วัดที่มีอยู่แล้ว
7.	External health expenditure (EXT) as % of GDP	ประเทศไทยใช้แหล่งเงินในประเทศเป็นหลัก external health expenditure น้อยมาก
8.	External health expenditure (EXT) as % of CHE	ประเทศไทยใช้แหล่งเงินในประเทศเป็นหลัก external health expenditure น้อยมาก
9.	External health expenditure (EXT) per capita	ประเทศไทยใช้แหล่งเงินในประเทศเป็นหลัก external health expenditure น้อยมาก
10.	EXT channeled through government (as % of EXT)	ประเทศไทยใช้แหล่งเงินในประเทศเป็นหลัก external health expenditure น้อยมาก
11.	Voluntary Health Insurance (VHI) as % of CHE	ประเทศไทยมีประกันสุขภาพภาครัฐให้ประชาชนไทยทุกคน จึงไม่ได้พึ่งพา voluntary health insurance เป็นแหล่งเงินหลัก
12.	Government subsidy as % of SHI revenues	มีสัดส่วนคงที่ตามกฎหมาย
13.	Use of collective purchasing power	สถานการณ์ค่อนข้างคงที่หากไม่มีการเปลี่ยนแปลงนโยบาย

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เหตุผลในการคัดออก
14.	Risk of catastrophic expenditure for surgical care (as % of people at risk)	ไม่ใช่สถานการณ์การเงินการคลังในภาพรวม
15.	Risk of impoverishing expenditure for surgical care (as % of people at risk)	ไม่ใช่สถานการณ์การเงินการคลังในภาพรวม
16.	% services covered in the benefit package of a risk pooling mechanism	ประเทศไทยใช้ comprehensive benefit package และบางส่วนเป็น implicit benefits ไม่สามารถนับจำนวนได้ชัดเจน
17.	Number of claims incurred ratio	มีประโยชน์น้อยและไม่ใช้สถานการณ์การเงินการคลังในภาพรวม
18.	Claims rejection ratio	มีประโยชน์น้อยและไม่ใช้สถานการณ์การเงินการคลังในภาพรวม
19.	Claims settlement	มีประโยชน์น้อยและไม่ใช้สถานการณ์การเงินการคลังในภาพรวม
20.	Total expenditure for country priority health services as % of THE	ไม่ใช่สถานการณ์การเงินการคลังในภาพรวม และไม่มีมาตรฐานกำหนดชัดเจนในการประเมิน
21.	Is there an up-to-date health financing policy statement guided by goals and based on evidence?	มีประโยชน์น้อยหากติดตาม วิธีการและขอบเขตการวัดผลไม่ชัดเจน มีความอัตวิสัยมาก (subjective)
22.	Are health financing agencies held accountable through appropriate governance arrangements and processes?	มีประโยชน์น้อยหากติดตาม วิธีการและขอบเขตการวัดผลไม่ชัดเจน มีความอัตวิสัยมาก (subjective)
23.	Is health financing information systemically used to monitor, evaluate and improve policy development and implementation?	มีประโยชน์น้อยหากติดตาม วิธีการและขอบเขตการวัดผลไม่ชัดเจน มีความอัตวิสัยมาก (subjective)
24.	Does your country's strategy for domestic resource mobilization reflect international experience and evidence?	สถานการณ์คงที่มาเป็นเวลานานและไม่เปลี่ยนแปลงหากไม่มีการเปลี่ยนนโยบาย

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เหตุผลในการคัดออก
25.	How predictable is public funding for health in your country over a number of years?	งบประมาณภาครัฐมีความชัดเจนและคาดการณ์ได้อย่างต่อเนื่องเนื่องจากระบุเป็นกฎหมาย สถานการณ์จึงไม่เปลี่ยนแปลงหากไม่มีการเปลี่ยนนโยบาย
26.	How stable is the flow of public funds to health providers?	ทุกกองทุนมีหลักการและกำหนดเวลาอย่างชัดเจน สถานการณ์จึงไม่เปลี่ยนแปลงหากไม่มีการเปลี่ยนนโยบาย
27.	Does your country's strategy for pooling revenues reflect international experience and evidence?	สถานการณ์คงที่มาเป็นเวลานานและไม่เปลี่ยนแปลงหากไม่มีการเปลี่ยนนโยบาย
28.	To what extent is the capacity of the health system to re-distribute prepaid funds limited?	วิธีการและขอบเขตการวัดผลไม่ชัดเจน มีความอัตวิสัยมาก (subjective)
29.	What measures are in place to address problems arising from multiple fragmented pools?	มีการดำเนินการตามกฎหมาย แต่สถานการณ์ไม่ค่อยเปลี่ยนแปลงหากไม่มีการเปลี่ยนนโยบาย
30.	What is the role and scale of voluntary health insurance in financing health care?	Voluntary health insurance มีลักษณะเป็นประกันสุขภาพเพิ่มเติม (complementary & supplementary) จากประกันสุขภาพภาครัฐ ประเทศไทยมีประกันสุขภาพภาครัฐที่มีบริการสุขภาพอย่างครอบคลุมให้ประชาชนไทยทุกคน จึงมีความจำเป็นน้อยที่จะติดตาม
31.	To what extent is the payment of providers driven by information on the health needs of the population they serve?	วิธีการและขอบเขตการวัดผลไม่ชัดเจน มีความอัตวิสัยมาก (subjective)
32.	Do purchasing arrangements promote quality of care?	วิธีการและขอบเขตการวัดผลไม่ชัดเจน มีความอัตวิสัยมาก (subjective)
33.	Is the information on providers' activities captured by purchasers	วิธีการและขอบเขตการวัดผลไม่ชัดเจน มีความอัตวิสัยมาก (subjective)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เหตุผลในการคัดออก
	adequate to guide purchasing decisions?	
34.	To what extent do providers have financial autonomy and are held accountable?	วิธีการและขอบเขตการวัดผลไม่ชัดเจน มีความอัตวิสัยมาก (subjective)
35.	Is there a set of explicitly defined benefits for the entire population?	กองทุนสุขภาพของไทยใช้ทั้ง explicit และ implicit benefits สามารถติดตามการเปลี่ยนแปลง explicit benefits ได้ตามประกาศของแต่ละกองทุนในแต่ละปี
36.	Are decisions on those services to be publicly funded made transparently using explicit processes and criteria?	มีขั้นตอนชัดเจนและโปร่งใส สถานการณ์ไม่เปลี่ยนแปลง หากไม่มีการเปลี่ยนนโยบาย
37.	Are user charges designed to ensure financial obligations are clear and have functioning protection mechanisms for patients?	นโยบายของแต่ละกองทุนมีความชัดเจนและสถานการณ์ไม่เปลี่ยนแปลงหากไม่มีการเปลี่ยนนโยบาย
38.	Are defined benefits aligned with available revenues, available health services, and purchasing mechanisms?	มีการคำนึงถึงปัจจัยเหล่านี้ในขั้นตอนการกำหนดขอบเขตและประเภทบริการ และมีการปรับปรุงตามสถานการณ์ จึงไม่ใช่ปัญหาสำคัญในขณะนี้
39.	Is there an up-to-date assessment of key public financial management bottlenecks in health?	วิธีการและขอบเขตการวัดผลไม่ชัดเจน มีความอัตวิสัยมาก (subjective)
40.	Do health budget formulation and implementation support alignment with sector priorities and flexible resource use?	วิธีการและขอบเขตการวัดผลไม่ชัดเจน มีความอัตวิสัยมาก (subjective)
41.	Are processes in place for health authorities to engage in overall budget planning and multi-year budgeting?	มีขั้นตอนชัดเจน และไม่เปลี่ยนแปลงหากไม่มีการเปลี่ยนนโยบาย

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เหตุผลในการคัดออก
42.	5-years period of MOPH budget execution rates (Are there measures to address problems arising from both under- and over-budget spending in health?)	งบประมาณที่ใช้ผ่าน MOPH เป็นเพียงส่วนหนึ่งของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด การติดตามตัวชี้วัดนี้จึงไม่บอกสถานการณ์ภาพรวมของประเทศ
43.	Is health expenditure reporting comprehensive, timely, and publicly available?	สถานการณ์คงที่ โดยประเทศไทยสามารถจัดทำกรจัดทำและเผยแพร่บัญชีรายจ่ายสุขภาพได้ตั้งแต่ปี 2538
44.	Are specific health programmes aligned with, or integrated into, overall health financing strategies and policies?	ประเทศไทยมีระบบบริการสุขภาพและมีระบบการเงินการคลังสุขภาพที่ชัดเจน เป็นระบบ และเชื่อมโยงกันโดยมีเพียงส่วนน้อยที่บริหารจัดการแยกเป็น specific health programmes
45.	Do financing arrangements support the implementation of IHR capacities to enable emergency preparedness?	สถานการณ์ไม่เปลี่ยนแปลงหากไม่มีการเปลี่ยนนโยบาย
46.	Are public financial management systems in place to enable a timely response to public health emergencies?	สถานการณ์ไม่เปลี่ยนแปลงหากไม่มีการเปลี่ยนนโยบาย
47.	Evidence of use of project-supported technical resources to inform revenue generation decisions	ประเทศไทยมีแหล่งงบประมาณที่ชัดเจนและเป็นไปตามกฎหมายมาเป็นเวลายาวนาน จึงมีศักยภาพที่จะตัดสินใจ/ปฏิบัติงานได้โดยไม่จำเป็นต้องพึ่งพาคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง
48.	Number of technical resources developed with project support to strengthen provider payment mechanisms	การนับจำนวนมีประโยชน์น้อย ประเทศไทยมีผู้รับผิดชอบงานที่มีศักยภาพในการตัดสินใจ/ปฏิบัติงานได้ โดยสามารถเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้เชี่ยวชาญได้ตามความจำเป็น
49.	Number of technical resources developed with project support to	การนับจำนวนมีประโยชน์น้อย ประเทศไทยมีผู้รับผิดชอบงานที่มีศักยภาพในการตัดสินใจ/ปฏิบัติงาน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เหตุผลในการคัดออก
	assist the establishment or implementation of effective performance-based payment systems	ได้ โดยสามารถเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้เชี่ยวชาญได้ตามความจำเป็น
50.	Performance-based payment system designed or introduced with project support (Yes or No)	มีประโยชน์น้อย ประเทศไทยมีผู้รับผิดชอบงานที่มีศักยภาพในการตัดสินใจ/ปฏิบัติงานได้ โดยสามารถเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้เชี่ยวชาญได้ตามความจำเป็น
51.	Performance-based payment system that rewards service quality designed or introduced with project support (Yes or No)	มีประโยชน์น้อย ประเทศไทยมีผู้รับผิดชอบงานที่มีศักยภาพในการตัดสินใจ/ปฏิบัติงานได้ โดยสามารถเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้เชี่ยวชาญได้ตามความจำเป็น
52.	Number of technical resources developed with project support to strengthen health resource allocation	มีประโยชน์น้อย ประเทศไทยมีผู้รับผิดชอบงานที่มีศักยภาพในการตัดสินใจ/ปฏิบัติงานได้ โดยสามารถเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้เชี่ยวชาญได้ตามความจำเป็น
53.	National health financing strategy approved and adopted by government (Yes or No)	สถานการณ์คงที่และไม่เปลี่ยนแปลง
54.	Every public health insurance scheme should apply an effective and efficient reimbursement and price monitoring and control system.	สถานการณ์ค่อนข้างคงที่หากไม่มีการเปลี่ยนแปลงนโยบาย
55.	Government should consider implementing an appropriate intervention	สถานการณ์ค่อนข้างคงที่หากไม่มีการเปลี่ยนแปลงนโยบาย

ภาคผนวก ฉ

รายงานการประชุมการพิจารณาและหาข้อสรุปตัวชี้วัดการเงินการคลังด้านสุขภาพเพื่อจัดทำ

รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทยตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

วันจันทร์ที่ 19 สิงหาคม 2567 เวลา 09.00 – 12.00 น. ณ โรงแรมเซ็นทารา ไหล่ ศูนย์ราชการ แจ้งวัฒนะ

วัตถุประสงค์การประชุม

1. เพื่อนำเสนอผลการทบทวนตัวชี้วัดการเงินการคลังด้านสุขภาพจากการทบทวนวรรณกรรมและการพิจารณา เบื้องต้นโดยทีมวิจัย
2. เพื่อร่วมกันพิจารณาและหาข้อสรุปตัวชี้วัดการเงินการคลังด้านสุขภาพ เพื่อจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทยตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

เริ่มการประชุม เวลา 09.00 น.

สรุปการประชุม

ทีมผู้วิจัยนำเสนอกระบวนการทบทวนตัวชี้วัดทั้งหมด ซึ่งประกอบด้วย การทบทวนวรรณกรรม และคัดเลือกตัวชี้วัดเบื้องต้นโดยผู้วิจัย จากตัวชี้วัดทั้งหมด 127 ตัว คัดออก 105 ตัว ด้วย 4 เหตุผล ได้แก่ ข้ำหรือคล้ายกับตัวชี้วัดอื่น 10 ตัว ไม่สัมพันธ์กับบริบทประเทศไทย 29 ตัว ไม่ใช่ตัวชี้วัดการเงินการคลังสุขภาพ 11 ตัว และมีความสำคัญน้อย 55 ตัว คงเหลือ 22 ตัว

ตัวชี้วัดที่คัดเลือก 22 ตัว นี้ ตรงกับ ตัวชี้วัดที่ระบุไว้ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 จำนวน 15 ตัวชี้วัด จากทั้งหมด 20 ตัว นับรวมตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดย่อย (ถูกคัดออก 5 ตัวชี้วัด) และตัวชี้วัดที่ไม่ได้ระบุในธรรมนูญฯ จำนวน 7 ตัว

จากนั้นได้นำเสนอตัวชี้วัดทั้งหมด 27 ตัว โดยนับรวมตัวชี้วัดจากธรรมนูญฯ ทั้งหมด 20 ตัวชี้วัด และที่เสนอเพิ่ม 7 ตัวชี้วัด ให้ผู้เข้าร่วมประชุมพิจารณา โดยจำแนกเป็น

- ตัวชี้วัดที่เสนอให้คงเดิมตามธรรมนูญฯ 7 ตัวชี้วัด
- ตัวชี้วัดที่เสนอให้ปรับปรุง 8 ตัวชี้วัด
- ตัวชี้วัดที่เสนอให้ตัดออก 5 ตัวชี้วัด
- ตัวชี้วัดที่เสนอเพิ่ม 7 ตัวชี้วัด

โดยข้อสรุปจากการอภิปรายของที่ประชุมมีดังนี้

เป้าประสงค์ ด้านความยั่งยืน (Sustainability)

ตัวชี้วัดที่ 1: % ใช้จ่ายสุขภาพทั้งหมด (Total Health Expenditure, THE) ต่อ ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (Gross Domestic Product, GDP) มีเป้าหมายเดิม คือ $THE \leq 5\%$ ของ GDP โดยทีมผู้วิจัยเสนอให้แก้ไข

ตัวชี้วัดที่เสนอปรับเปลี่ยน: % ใช้จ่ายดำเนินการด้านสุขภาพ (Current Health Expenditure, CHE) ต่อ GDP และเป้าหมายใหม่ คือ $CHE \leq 6\%$ ของ GDP โดยอ้างอิงข้อมูลจากประเทศที่มีรายได้ปานกลางในระดับสูง (Upper Middle-Income Countries, UMIC)

ความเห็นจากที่ประชุม:

- เห็นด้วย กับการปรับเปลี่ยนตัวชี้วัดเป็น CHE เพื่อให้สอดคล้องกับการรายงานบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ อ้างอิงจาก A system of health accounts (OECD, 2011)
- เห็นด้วย กับการเป้าหมายใหม่ $CHE \leq 6\%$ ของ GDP เนื่องจากข้อมูลในปี พ.ศ.2564 ประเทศไทย มี $CHE \geq 5.16\%$ ของ GDP การคงเป้าหมายเดิม $CHE \leq 5\%$ ของ GDP จะเป็นค่าที่ต่ำเกินไป ในขณะที่นโยบายของรัฐบาลมีการขยายสิทธิประโยชน์เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการยกระดับบัตรทอง จึงควรเพิ่มเป้าหมายให้มากกว่า 5% ของ GDP
- ไม่เห็นด้วย กับการปรับเปลี่ยนตัวชี้วัดเป็น CHE เนื่องจากเป็นรายจ่ายที่ไม่รวมงบลงทุน จึงอาจไม่สะท้อนค่าใช้จ่ายสุขภาพที่เกิดขึ้นทั้งหมดได้ หากจะใช้ CHE ควรเป็นตัวชี้วัดที่ติดตามงบลงทุนด้วย
- ทีมผู้วิจัย ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า IHPP ได้จัดทำข้อมูลบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีการติดตามทั้ง THE และ CHE ซึ่งสามารถติดตามรายจ่ายงบลงทุนได้อย่างต่อเนื่อง
- ไม่เห็นด้วย กับการเป้าหมายใหม่ $CHE \leq 6\%$ ของ GDP ด้วยเหตุผลเพื่อเปรียบเทียบกับประเทศในกลุ่ม UMIC เพราะประเทศไทย เป็น UMIC ตั้งแต่ปี 2554 แต่การกำหนดเป้าหมาย S-A-F-E ในปี 2559 ก็ไม่เลือกที่จะเปรียบเทียบกับ ค่าเฉลี่ยของประเทศในกลุ่ม UMIC นอกจากนี้การเพิ่มขึ้นของ %CHE ต่อ GDP ในช่วงที่ผ่านมาเกิดจาก GDP ของประเทศลดลง การเพิ่มเป้าหมาย $CHE \leq 6\%$ ของ GDP จะหมายถึงการที่ประเทศต้องมีค่าใช้จ่ายสุขภาพมากขึ้นในขณะที่ประเทศอยู่ในสถานะที่ยากจนลงซึ่งจะทำให้ไม่ยั่งยืน

ตัวชี้วัดที่ 2: % ใช้จ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพ (General Government Health Expenditure, GGHE) ต่อ ใช้จ่ายของรัฐบาล (General Government Expenditure, GGE) มีเป้าหมายเดิม คือ $GGHE \leq 20\%$ ของ GGE โดยทีมผู้วิจัยเสนอให้แก้ไข

ตัวชี้วัดที่เสนอปรับเปลี่ยน: % ใช้จ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพ (Domestic General Government Health Expenditure, GGHE-D) ต่อ ใช้จ่ายของรัฐบาล (General Government Expenditure

GGE) เพื่อให้สอดคล้องกับการรายงานบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ และเป้าหมายใหม่ คือ GGHE-D $\leq 20\%$ ของ GGE

ความเห็นจากที่ประชุม:

- เห็นด้วย กับตัวชี้วัดที่เสนอให้ปรับเปลี่ยน
- ไม่เห็นด้วย กับเป้าหมายใหม่ เนื่องจากที่ผ่านมาประเทศไทย GGHE-D $< 15\%$ ของ GGE มาโดยตลอด การกำหนดเป้าหมาย GGHE-D $\leq 20\%$ ของ GGE ค่อนข้างสูงเกินไป เสนอให้นักวิจัยไปทบทวนเพิ่มเติมว่าควรตั้ง target เท่าไรจึงจะเหมาะสม

เป้าประสงค์ ด้านความเพียงพอ (Adequacy)

ตัวชี้วัดที่ 3: % THE ต่อ GDP มีเป้าหมายเดิม คือ THE $\geq 4.1\%$ ของ GDP โดยทีมผู้วิจัยเสนอให้แก้ไข

ตัวชี้วัดที่เสนอปรับเปลี่ยน: % CHE ต่อ GDP และเป้าหมายใหม่ คือ CHE $\geq 4.5\%$ ของ GDP โดยอ้างอิงข้อมูลจากบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ ในปี 2021 โดยไม่รวมรายจ่ายของโควิด 19

ความเห็นจากที่ประชุม:

- เห็นด้วย กับตัวชี้วัดที่เสนอให้ปรับเปลี่ยน (เชื่อมโยงกับความเห็นต่อตัวชี้วัดที่ 1)

ตัวชี้วัดที่ 4: % GGHE ต่อ GGE มีเป้าหมายเดิม คือ GGHE $\geq 16.5\%$ ของ GGE โดยทีมผู้วิจัยเสนอให้แก้ไข

ตัวชี้วัดที่เสนอปรับเปลี่ยน: % GGHE-D ต่อ GGE และเป้าหมายใหม่ คือ GGHE-D $\geq 17\%$ ของ GGE โดยอ้างอิงข้อมูลจากบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ ในปี 2021 โดยไม่รวมรายจ่ายของ โควิด 19

ความเห็นจากที่ประชุม:

- เห็นด้วย กับตัวชี้วัดที่เสนอให้ปรับเปลี่ยน (เชื่อมโยงกับความเห็นต่อตัวชี้วัดที่ 2)

ตัวชี้วัดที่ 5: รายจ่ายนอกภาครัฐด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 2 ตัวชี้วัดย่อย

ตัวชี้วัดที่ 5.1: % รายจ่ายนอกภาครัฐด้านสุขภาพ (Non-government Health Expenditure) ต่อ THE มีเป้าหมายเดิม คือ Non-government Health Expenditure $\leq 20\%$ ของ THE โดยทีมผู้วิจัยเสนอให้แก้ไข

ตัวชี้วัดที่เสนอปรับเปลี่ยน: % รายจ่ายดำเนินการด้านสุขภาพของภาคเอกชน (Domestic Private Health Expenditure, PVT-D) ต่อ CHE และเป้าหมายใหม่ คือ PVT-D $\leq 20\%$ ของ CHE

- ข้อแตกต่าง ระหว่าง Non-government Health Expenditure และ PVT-D คือ CHE ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน คือ ภาครัฐ (GGHE-D), ภาคเอกชน (PVT-D) และ รายจ่ายสุขภาพที่มีแหล่งที่มาของเงินภายนอก (external health expenditure) ซึ่ง Non-government health expenditure จะเป็นการรวมของข้อมูล PVT-D และ external health expenditure ซึ่ง ข้อมูล external health expenditure ของประเทศไทยมีสัดส่วนน้อย

ความเห็นจากที่ประชุม:

- เห็นด้วย กับตัวชี้วัดที่เสนอให้ปรับเปลี่ยนและเป้าหมายใหม่

ตัวชี้วัดที่ 5.2: % รายจ่ายของครัวเรือน (Out-of-Pocket Expenditure, OOP) ต่อ THE มีเป้าหมายเดิม คือ $OOP \leq 8.7\%$ ของ THE โดยทีมผู้วิจัยเสนอให้แก้ไข

ตัวชี้วัดที่เสนอปรับเปลี่ยน: % OOP ต่อ CHE และเป้าหมายใหม่ คือ $OOP \leq 8.7\%$ ของ CHE

ความเห็นจากที่ประชุม:

- เห็นด้วย การปรับเปลี่ยนตัวชี้วัดจาก THE เป็น CHE เป็นไปตามการรายงานบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็น Global standard ที่ปรับโดย WorldBank และ เป็นข้อมูลที่เสนอต่อ WHO ซึ่งจะเป็นตัวชี้วัดที่ใช้เปรียบเทียบกับต่างประเทศได้
- ไม่เห็นด้วยกับการกำหนดให้ OOP น้อยกว่าเท่ากับ 8.7% แต่อยากให้ลดลงกว่านั้น หรือเข้าใกล้ 0 เพื่อสร้างความเป็นธรรม การถูกเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลควรลดลง การมีนโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่ น่าจะสนับสนุนให้ OOP ลดลงได้อีก
- การตั้งเป้าเป็นการตั้งเพื่อการเปลี่ยนแปลง หากเราตั้งเป้าเท่ากับความเป็นจริงที่เกิดขึ้น ก็แสดงว่าเรายอมรับสภาพ หากต้องการให้มีความท้าทายมากขึ้น ต้องกำหนดให้ต่ำกว่าที่เป็นอยู่ (ต่ำกว่า 8.7%)
- เป็นไปไม่ได้ที่ OOP จะเท่ากับ 0 % เนื่องจาก OOP ไม่ได้ครอบคลุมเพียงกรณีเรียกเก็บที่จุดบริการเท่านั้น แต่รวมถึงกรณีอื่น ๆ เช่น ประชาชนยินดีจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลเองในสถานพยาบาลเอกชน หรือ ร้านขายยา โดยไม่ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลภาครัฐ เสนอให้มีการศึกษา small scale study ว่า OOP เกิดจากรายจ่ายส่วนใดบ้าง โดย IHPP กำลังมีการศึกษาเกี่ยวกับ extra billing ว่ารวมถึงค่าใช้จ่ายอะไรบ้าง
- เมื่อปรับจาก THE เป็น CHE จะทำให้ตัวหารลดลง และเป็นการทำให้เป้าหมายที่เราตั้ง เป็นการยอมรับให้มี OOP เพิ่มมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับตัวชี้วัด % OOP ต่อ THE
- ในต่างประเทศ % OOP ต่อ CHE อยู่ที่ 10-15% การที่ประเทศไทยที่มี % OOP ต่อ CHE เท่ากับ 8.7 % เป็นค่าที่ทำได้ดีเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่น ๆ
- สามารถที่จะวิเคราะห์เพิ่มเติมได้ โดยการพิจารณา OOP ราย scheme และการพิจารณาระดับเศรษฐฐานะ ตาม Quintile ของกลุ่มประชากร
- ตัวเลข OOP มีข้อจำกัด ที่แหล่งข้อมูลมาจากการสำรวจ โดยการสำรวจมักจะไม่สามารถเข้าถึงผู้ที่มีฐานะร่ำรวยที่สุดได้ ซึ่งมักมีที่พักอาศัย เช่น ผู้ที่อาศัยในคอนโด บ้านจัดสรร หรือบ้านเดี่ยว ดังนั้น ข้อมูลจะมีลักษณะที่รายงานตัวเลขน้อยกว่าความเป็นจริง

ตัวชี้วัดที่ 6: Catastrophic - อุบัติการณ์ครัวเรือนล้มละลายจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล % ของครัวเรือนทั้งหมด และเป้าหมายเดิม คือ อุบัติการณ์ครัวเรือนล้มละลายจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล \leq 1.97% ของครัวเรือนทั้งหมด โดยอ้างอิงข้อมูลจากปี พ.ศ.2562 โดยทีมผู้วิจัยเสนอให้คงเดิม

ความเห็นจากที่ประชุม:

- เห็นด้วยให้คงเดิม
- เสนอให้พิจารณาว่าควรตั้งเป้าหมายให้ท้าทายโดยให้มีค่าต่ำกว่าที่กำหนดไว้หรือไม่
- ให้คำนึงถึงที่มาของข้อมูล ที่อาจมีการรายงานที่ต่ำกว่าความเป็นจริง

ตัวชี้วัดที่ 7: Impoverishment – อุบัติการณ์ของครัวเรือนที่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจนภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล % ของครัวเรือนทั้งหมด มีเป้าหมายเดิม คือ อุบัติการณ์ของครัวเรือนที่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจนภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล \leq 0.29% ของครัวเรือนทั้งหมด โดยอ้างอิงข้อมูลจากปี พ.ศ. 2562 โดยทีมผู้วิจัยเสนอให้คงเดิม

ความเห็นจากที่ประชุม:

- เห็นด้วยให้คงเดิม
- เสนอให้พิจารณาว่าควรตั้งเป้าหมายให้ท้าทายโดยให้มีค่าต่ำกว่าที่กำหนดไว้หรือไม่
- ให้คำนึงถึงที่มาของข้อมูล ที่อาจมีการรายงานที่ต่ำกว่าความเป็นจริง

ตัวชี้วัดที่ 8: ความจำเป็นด้านสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (Unmet health need) ของบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และทันตกรรมโดยรวม % ของประชากรทั้งหมด มีเป้าหมายเดิม คือ unmet health need \leq 2.6% ของประชากรทั้งหมด โดยทีมผู้วิจัยเสนอให้คัดออก เนื่องจากไม่ใช่ตัวชี้วัดการเงินการคลังด้านสุขภาพ

ความเห็นจากที่ประชุม:

- ไม่เห็นด้วยกับการคัดออก ที่ประชุมเห็นพ้องว่าให้คงตัวชี้วัดนี้ เนื่องจากมีผลต่อ ด้านความเพียงพอในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และมีผลต่อการเงินการคลังสุขภาพ โดยมีข้อเสนอ 2 ประเด็น คือ ให้คงไว้ในหมวดการเงินการคลังด้านสุขภาพ หรือบรรจุในหมวดอื่นที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพตามธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ
- เป็นตัวชี้วัดที่มีความสำคัญ ที่ OECD ได้มีการติดตามตัวชี้วัดนี้เป็นการประจำ

เป้าประสงค์ ด้านความเป็นธรรม (Fairness)

ตัวชี้วัดที่ 9: ความเป็นธรรมด้านการคลังสุขภาพ (Financial Incidence Analysis, FIA) มีเป้าหมายเดิม คือ Kakwani index เมื่อวัดจากรายได้ \geq +0.1186 (อ้างอิงข้อมูลปี พ.ศ. 2562) ซึ่งแสดงความก้าวหน้าในการจัดเก็บภาษี โดยผู้มีรายได้มากจะเป็นผู้ที่เสียภาษีมากกว่า ผู้มีรายได้น้อยที่เสียภาษีน้อยกว่า โดยทีมผู้วิจัยเสนอให้คงเดิม

ความเห็นจากที่ประชุม:

- เห็นด้วยให้คงเดิม
- ตัวชี้วัดนี้ เป็นการพิจารณาว่า คนรวยจ่ายภาษีมากกว่าคนจนหรือไม่ กรณีที่คนรวยจ่ายภาษีมากกว่าคนจนจะแสดงถึงความเป็นธรรมในการเก็บภาษีตามความสามารถในการจ่าย

ตัวชี้วัดที่ 10: การวิเคราะห์การได้รับประโยชน์จากการได้รับการอุดหนุนงบประมาณด้านสุขภาพภาครัฐ

(Benefit Incidence Analysis, BIA) โดยทีมผู้วิจัยเสนอให้คัดออก

เนื่องจากไม่ใช่ตัวชี้วัดการเงินการคลังด้านสุขภาพ

ความเห็นจากที่ประชุม:

- ไม่เห็นด้วยกับการคัดออก ให้คงตัวชี้วัดนี้ไว้ เนื่องจากตัวชี้วัดนี้ เป็นการพิจารณาว่า คนจนได้รับประโยชน์จากการอุดหนุนงบประมาณของรัฐบาลมากกว่าคนรวยหรือไม่ หากคนจนได้รับประโยชน์มากกว่า (pro poor) เป็นสิ่งที่ดี แสดงความเป็นธรรมในการได้รับประโยชน์จากรัฐ วิเคราะห์ด้วยการเข้าถึงบริการ
- ไม่เห็นด้วยกับการเน้น คำว่าคนจน การวัดประโยชน์ที่ได้จากการลงทุนของภาครัฐ ควรเป็นการสำหรับคนทุกคน ไม่ควรแยกวัดคนจน และคนรวย อยากให้มีการปรับคำ เพราะจะเป็นการร่วมสร้างค่านิยมว่าคนจนไปรับบริการโรงพยาบาลรัฐ
- ควรตั้งเป้าหมาย อย่างน้อยต้องไม่ให้ คนรวยได้ประโยชน์มากกว่าคนจน (pro-rich) และอยากให้พิจารณาถึงปัจจัยที่จะทำให้เกิด pro rich ซึ่งอาจเกิดจากสัดส่วนการใช้ประโยชน์จากผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่มีค่าใช้จ่ายรายหัวสูงกว่า สิทธิประกันสังคม และสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- ปัจจุบัน BIA ของประเทศไทยไปในทาง pro-poor โดยมีแนวโน้มที่ความ pro-poor ลดลงเรื่อย ๆ
- ควรทำการวิเคราะห์เชิงลึกเพิ่มเติมแยกตามสิทธิประกันสุขภาพ
- มีคำที่เกี่ยวข้องสองคำ ได้แก่ Equality คือ ความเท่ากัน และ Equity คือ ความเท่าเทียม ในตัวชี้วัดเรื่องการได้รับประโยชน์นี้เป็นเรื่องของความเท่าเทียม ซึ่งเป็นข้อตกลงร่วมกันของสังคมว่าอะไรที่ทุกคนควรได้รับ ไม่ได้หมายความว่าทุกคนต้องได้เท่ากัน

ตัวชี้วัดที่ 11: เพิ่มความเป็นธรรมของการจ่ายเงินสมทบระหว่างผู้มีสิทธิในระบบประกันสังคม ให้ใกล้เคียงกับตอนเริ่มต้นระบบประกันสังคม มีเป้าหมายเดิม คือ ปรับเพิ่มเพดานเงินเดือนสำหรับการคำนวณเงินสมทบของผู้ประกันตน ให้เป็น 7 เท่าของค่าแรงขั้นต่ำ (อ้างอิง ปี 2534) โดยทีมผู้วิจัยเสนอให้แก้ไข

เป้าหมายที่เสนอ:

1) คงเดิมที่ 7 เท่าของค่าแรงขั้นต่ำ (ค่าแรงขั้นต่ำของกลุ่มจังหวัดที่มีค่าแรงขั้นต่ำน้อยที่สุดในปี 2567 เท่ากับ 330 บาท คิดเป็น 300 บาท x 24 วัน x 7 เท่า = 55,440 บาท) หรือ

2) ปรับจำนวนเท่า หรือปรับค่าแรงขั้นต่ำ

ความเห็นจากที่ประชุม:

- เสนอให้มีการพัฒนาตัวชี้วัด ด้านคุณภาพบริการ อัตราการใช้สิทธิเมื่อเจ็บป่วย ความเป็นธรรมของการร่วมจ่ายเงินสมทบในมุมมองของผู้รับบริการ เพื่อแสดงความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการของผู้ประกันตน และความเป็นธรรมระหว่างสิทธิหลักประกันสุขภาพ
- ไม่เห็นด้วย กับการปรับเป้าหมาย เสนอให้คงเดิม เนื่องจากปัจจุบันค่าใช้จ่ายของประชาชนเพิ่มขึ้นตามเงินเฟ้อ หากมีการปรับเพิ่มเพดานอาจเพิ่มภาระให้แก่คนบางกลุ่มได้ และอยากให้พิจารณาถึงสิทธิประโยชน์ของประกันสังคม เมื่อเปรียบเทียบกับสิทธิอื่น ๆ
- เสนอให้ยกเลิกการเก็บเงินสมทบสำหรับหลักประกันสุขภาพจากผู้ประกันตน คิดเป็น 1.5% ของรายได้ จากที่ผู้ประกันตนส่งสมทบทั้งหมด 5% ของรายได้ โดยทดแทนด้วยการอุดหนุนจากรัฐ เช่นเดียวกับ สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อสร้างความเป็นธรรมระหว่างสิทธิหลักประกันสุขภาพ
- เสนอให้เพิ่ม เพดานเงินสมทบ ที่ตัดสวัสดิการด้านสุขภาพออกแล้ว แต่ยังครอบคลุมสวัสดิการด้านอื่นๆ เช่น การว่างงาน เงินบำนาญ เป็นต้น เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมกับผู้ประกันตนที่มีรายได้น้อย ให้ผู้มีรายได้สูงกว่า 15,000 บาท สมทบเงินเข้ากองทุนประกันสังคมมากขึ้น
- ตัวชี้วัดนี้สามารถตัดออกได้ หากตัวชี้วัดที่ 9 FIA และตัวชี้วัดที่ 10 BIA มีการวิเคราะห์ข้อมูลแยกทั้ง 3 ระบบหลักประกันสุขภาพ โดยให้หน่วยงานของทั้ง 3 ระบบหลักประกันสุขภาพ ยอมรับและรับผิดชอบในการจัดทำข้อมูลตัวชี้วัดเหล่านี้
- เสนอให้ แก้มตรา 10 ของพรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยลดเงินสมทบของผู้ประกันตนในส่วนของ ความเจ็บป่วยและการคลอดบุตร และให้การประกันด้านสุขภาพของผู้ประกันตนมารวมอยู่กับสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และใช้แหล่งงบประมาณจากภาษีทั่วไป
- เห็นด้วยกับการปรับเป้าหมาย โดยเสนอให้มีการปรับเพิ่มเพดานการจ่ายเงินสมทบสำหรับผู้ประกันตนให้สูงกว่า 15,000 บาท เพื่อสร้างความเป็นธรรมให้กับผู้มีรายได้ที่น้อย และเสนอให้ทีมผู้วิจัยนำข้อเสนอนี้ปรึกษาสำนักงานประกันสังคมเพื่อหาข้อยุติว่าจะมีการปรับเพิ่มเพดาน โดยการปรับจำนวนเท่าของค่าแรงขั้นต่ำ หรือ การกำหนดค่าแรงขั้นต่ำ หรือ พิจารณาว่าจะมีการจัดการกับตัวชี้วัดนี้อย่างไร

- เสนอให้ทุกกองทุนมีการประเมินผลและติดตามอัตราการใช้บริการสุขภาพตามสิทธิ ของทุกสิทธิโดยเฉพาะสิทธิประกันสังคม เพื่อพัฒนาระบบให้เกิดความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ
- เสนอให้ พิจารณาปรับระเบียบของลำดับการใช้สิทธิ สำหรับผู้ที่มีมากกว่า 1 สิทธิ เช่น ภรรยา เป็นข้าราชการ สามีทำงานเอกชน จากเดิมที่กำหนดให้บุคคลในครอบครัวของข้าราชการ รับสิทธิอื่นที่มีจึงไม่สามารถเลือกรับสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการได้ จึงเสนอให้ผู้ที่มีมากกว่า 1 สิทธิ สามารถเลือกที่จะใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการหรือสิทธิประกันสังคมรับการรักษาได้ตามความสมัครใจ
- โดยสรุป มี 2 ทางเลือก สำหรับตัวชี้วัดที่ 11 ได้แก่ 1) ให้ผู้ประกันตนไม่ต้องส่งเงินสมทบสำหรับสิทธิด้านสุขภาพ และให้ไปรวมอยู่กับสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หากเลือกทางเลือกนี้ จะไม่ต้องพิจารณาเรื่องการเงินสมทบอีกเนื่องจากไม่เกี่ยวกับสิทธิด้านสุขภาพ 2) กรณีที่ผู้ประกันตนยังต้องส่งเงินสมทบสำหรับสิทธิด้านสุขภาพ เสนอให้มีการเพิ่มเพดานเงินสมทบเพื่อลดความเหลื่อมล้ำระหว่างผู้ประกันตน

ตัวชี้วัดที่ 12: มีระบบที่สร้างความเป็นธรรมในการร่วมจ่ายตามฐานะทางเศรษฐกิจที่ไม่เป็นหรือสร้างอุปสรรคในการเข้าถึงบริการที่จำเป็นอีกทั้งต้องไม่ก่อให้เกิดผลกระทบหรือความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ โดยทีมผู้วิจัยเสนอให้คงเดิม

ความเห็นจากที่ประชุม:

- ไม่เห็นด้วย เนื่องจาก ไม่ควรมีการร่วมจ่าย จะยิ่งก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำ
- การร่วมจ่ายในประเทศญี่ปุ่น มีมาตรการเพิ่มรายได้ของประชาชนควบคู่กัน สำหรับประเทศไทยยังไม่พร้อมที่จะมีการร่วมจ่าย
- เห็นด้วยกับการให้คงเดิม เนื่องจาก สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีการร่วมจ่ายในบางบริการ จึงควรมีตัวชี้วัดนี้เพื่อติดตามสถานการณ์ เพื่อเป็นกรอบ เป็นแนวในการกำกับติดตาม

ตัวชี้วัดที่ 13: บรรลุความเป็นธรรมในการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ ประกอบด้วย 2 ตัวชี้วัดย่อย

ตัวชี้วัดที่ 13.1: รายจ่ายต่อหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ (Age-adjusted per capita expenditure) ของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ มีเป้าหมายเดิม คือ รายจ่ายต่อหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ มีค่าไม่ต่างจากค่าเฉลี่ยทั้งสามระบบหลัก $\pm 1\%$ โดยทีมผู้วิจัยเสนอให้แก้ไข

เป้าหมายที่เสนอปรับเปลี่ยน:

รายจ่ายต่อหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ มีค่าไม่ต่างจากค่าเฉลี่ยทั้งสามระบบหลัก $\pm 10\%$ โดยทีมผู้วิจัยเสนอให้แก้ไข

ความเห็นจากที่ประชุม:

- เห็นด้วย กับเป้าหมายใหม่ แต่รัฐบาลอาจไม่เห็นด้วย เพราะส่วนที่จะต้องจ่ายเพื่อให้ค่าใช้จ่ายรายหัวของสิทธิประกันสังคมและสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพิ่มขึ้นใกล้เคียงกับสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ จะต้องใช้เงินมหาศาล และอีกส่วนหนึ่งคือต้องลดค่าใช้จ่ายรายหัวของสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการลง แต่การทำเช่นนี้สร้างความเป็นธรรมอย่างแน่นอน
- ตัวชี้วัดนี้หยาบเกินไป และไม่มีกระบวนการในการจัดการ ควรมีแนวคิดของการพัฒนาตัวชี้วัดโดยคำนึงถึงการปฏิรูป (reform) ระบบสุขภาพให้เกิดขึ้นด้วย เสนอให้เพิ่มตัวชี้วัดย่อย (sub-indicator) 2 ตัว ที่เน้นกระบวนการจัดการกับสาเหตุที่ทำให้รายจ่ายต่อหัวแตกต่างกันได้แก่
 - 1) การทำให้ค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยนอกเท่าเทียมกันทั้งสามสิทธิ โดยเฉพาะการ stabilize ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกของ สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
 - 2) กำหนดอัตราฐาน (base rate) ของ DRG ให้ไม่เกินสามอัตราฐานและเมื่อเปรียบเทียบกับ based rate ของสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต้องแตกต่างกันไม่เกิน 10% และภายใน x ปี ควรมีเป้าหมายกำหนดให้มีเพียง base rate เดียว (single base rate) หรือ มีการ adjustment แบบเดียวกันในทุกสิทธิ
- ในต่างประเทศยังไม่พบการใช้ single base rate ในสหรัฐอเมริกามีการใช้ formular adjusted rate หรือ ในอังกฤษมีการใช้ market force factor เมื่อมีการใช้ relative rate แล้ว ก็จะมีการ adjusted ตามนี้ อยากให้พิจารณาข้อมูลเหล่านี้ประกอบการตั้งเป้าหมายร่วมด้วย
- เสนอให้ปรับตัวชี้วัด เป็น “Age and risk adjusted per capita” โดย risk จะเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของประชากร ซึ่งมีความแตกต่างกันระหว่าง 3 สิทธิหลักประกันสุขภาพ
- ควรกำหนดเป้าหมายงบประมาณให้เท่ากันตั้งแต่ต้น กล่าวคือ กำหนดอัตราเหมาจ่ายรายหัวไม่ควรไปกำหนดที่ค่าใช้จ่ายรายหัว
- ตัวชี้วัดนี้ควรครอบคลุมความเป็นธรรมสำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วย

ตัวชี้วัดที่ 13.2: กำหนดให้มีมาตรฐานการจ่ายเงินของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐให้แก่สถานพยาบาลเป็นราคาเดียวกันในทุกประเภทและระดับการบริการ และเป้าหมายเดิม คือ ทุกระบบ

หลักประกันสุขภาพภาครัฐ มีการจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลเป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยทีมผู้วิจัยเสนอให้คงเดิม

ความเห็นจากที่ประชุม:

- ได้มีการอภิปราย รวมกันกับข้อคิดเห็นสำหรับตัวชี้วัด 13.1

ตัวชี้วัดที่ 14: มีการวางแผนออกแบบการเงินการคลังเพื่อแรงงานข้ามชาติและผู้ไม่มีเลขประจำตัว 13 หลัก อย่างเป็นระบบ ให้สามารถเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จำเป็น และมีระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุม โดยมีทางเลือกในรูปแบบต่าง ๆ และเป้าหมายเดิม คือ มีการวางแผนออกแบบการเงินการคลัง เพื่อแรงงานข้ามชาติและผู้ไม่มีเลขประจำตัว 13 หลัก โดยทีมผู้วิจัยเสนอให้คงเดิม

ความเห็นจากที่ประชุม:

- เป็นสิ่งที่ทำอยู่แล้ว แต่ทำให้ดีขึ้น
- เสนอให้ปรับคำอธิบายเรื่องระบบประกันสุขภาพและชุดสิทธิประโยชน์ โดยให้ครอบคลุมบริการ ทั้ง การรักษา OP, IP, และ การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค PP สำหรับแรงงานข้ามชาติ โดยกำหนดให้มีรูปแบบการประกันสุขภาพที่เข้าถึงได้อย่างครอบคลุมโดยรูปแบบต่างๆ กำกับโดยรัฐอาจกำหนดการร่วมจ่ายให้ชัดเจน
- ควรปรับชื่อตัวชี้วัด เช่น ปรับปรุง ดำเนินการ พัฒนา ประสิทธิภาพความครอบคลุมของชุดสิทธิประโยชน์ เพิ่มให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น หรือ ใช้คำว่า “ระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ” เพื่อแก้ไขปัญหาอย่างตรงจุดและครอบคลุม

เป้าประสงค์ ด้านความมีประสิทธิภาพ (Efficiency)

ตัวชี้วัดที่ 15: เพิ่มประสิทธิภาพ โดยต้องคำนึงถึงคุณภาพควบคู่กันไป ประกอบด้วย 4 ตัวชี้วัดย่อย

ตัวชี้วัดที่ 15.1: ให้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบใช้ระบบงบประมาณปลายปิด (Close-ended budget) และเป้าหมายเดิม คือ ทุกระบบประกันสุขภาพภาครัฐใช้ระบบงบประมาณปลายปิด

โดยทีมผู้วิจัยเสนอให้คงเดิม

ความเห็นจากที่ประชุม:

- เห็นด้วยให้คงเดิม
- ในปัจจุบันมีเพียงสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการเท่านั้นที่ใช้ ระบบงบประมาณปลายเปิด (Open-ended budget)

ตัวชี้วัดที่ 15.2: ให้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบมีมาตรการและกลไกการเฝ้าระวังราคาและการควบคุมราคาการเบิกจ่ายของกองทุนและราคาค่าบริการ ยา และเทคโนโลยี ที่มีประสิทธิภาพ (Efficient reimbursement and price control system) และเป้าหมายเดิม คือ ทุกระบบประกันสุขภาพภาครัฐมี

มาตรการและกลไกการเฝ้าระวังและการควบคุมราคา โดยทีมผู้วิจัยเสนอให้คัดออก เนื่องจากไม่ได้กำหนดเป้าหมายชัดเจนจึงยากในการประเมินผล ระบบประกันสุขภาพภาครัฐล้วนมีมาตรการและกลไกควบคุมราคา ซึ่งอาจมีรูปแบบและความเข้มแข็งมากน้อยแตกต่างกัน

ความเห็นจากที่ประชุม:

- ไม่เห็นด้วยกับการคัดออก ควรคงไว้ แต่ปรับเปลี่ยนข้อความให้มีเป้าหมายชัดเจน และสามารถวัดได้ เพราะเป็นตัวชี้วัดที่ช่วยให้เกิดการควบคุม กำกับราคาอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ
- ระบบงบประมาณปลายปิด เป็นเพียงกลไกการจ่ายเท่านั้น จึงเสนอให้มีการคงตัวชี้วัด 15.2 ไว้ เพื่อแสดงประสิทธิภาพของระบบ
- เป็นตัวชี้วัดที่มีความสำคัญมาก ต้องคุมราคาของทั้ง 3 กองทุน และต้องคุมราคาขายของประเทศ โดยเฉพาะราคาขายและราคาค่าบริการของโรงพยาบาลเอกชน ได้ด้วย เพราะถ้าไม่มีการควบคุมเลยจะกระทบต่อรายจ่ายครัวเรือน OOP

ตัวชี้วัดที่ 15.3: ให้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบใช้อำนาจในการซื้อร่วมกัน (Collective purchasing power) และเป้าหมายเดิม คือ ทุกระบบประกันสุขภาพภาครัฐใช้อำนาจในการซื้อร่วมกัน โดยทีมผู้วิจัยเสนอให้คัดออก เนื่องจากปัจจุบันการจัดซื้อรวมระดับประเทศดำเนินการโดยโรงพยาบาลราชวิถี ส่วนระดับพื้นที่ดำเนินการโดยโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องของกระทรวงสาธารณสุข

ความเห็นจากที่ประชุม:

- ไม่เห็นด้วยกับการคัดออก ควรคงไว้ เนื่องจากการซื้อยารวมของทั้ง 3 กองทุน ยังไม่เป็นระบบร่วมกัน และจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาให้ดีกว่านี้ กรณีของโรงพยาบาลราชวิถีเป็นการจัดซื้อให้กับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพียงระบบเดียวเท่านั้น ไม่ได้รวมถึง ระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
- เสนอให้คงไว้และอยากให้เกิดกลไกในการแก้ไขปัญหา ยาขาดคราว ที่พบในสิทธิประกันสุขภาพ

ตัวชี้วัดที่ 15.4: มีการใช้มาตรการของรัฐบาล (Government intervention) อย่างเหมาะสม และเป้าหมายเดิม คือ มีการใช้มาตรการของรัฐบาลอย่างเหมาะสม โดยทีมผู้วิจัยเสนอให้คัดออก เนื่องจากไม่ได้กำหนดเป้าหมายชัดเจนจึงยากในการประเมินผล รัฐบาลมีการใช้หลายมาตรการแต่ไม่ชัดเจนว่า “เหมาะสม” หรือไม่

ความเห็นจากที่ประชุม:

- ไม่เห็นด้วยกับการคัดออก ควรคงไว้ โดยระบุรายละเอียดมาตรการให้ชัดเจนขึ้น

ตัวชี้วัดที่ทางทีมผู้วิจัยเสนอเพิ่ม

ตัวชี้วัดที่ New 1: CHE เฉลี่ยต่อคน (บาท) และเป้าหมาย คือ เพิ่มขึ้น ตามอัตราเงินเฟ้อ

โดยสถานการณ์ปัจจุบัน CHE เฉลี่ยต่อคนของประเทศไทย เท่ากับ 11,651.5 บาทต่อคน

(อ้างอิงข้อมูลจากบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติปี 2021) ซึ่งตัวชี้วัดนี้ตรงตามเป้าประสงค์ด้านความยั่งยืน และความเพียงพอ

ตัวชี้วัดที่ New 2: GGHE-D % CHE และเป้าหมาย คือ GGHE-D \geq 80% ของ CHE (อ้างอิงข้อมูลจากกลุ่มประเทศรายได้ปานกลางในระดับสูง) เพื่อให้สอดคล้องกับตัวชี้วัด ที่ 5.1 รายจ่ายดำเนินการด้านสุขภาพของภาคเอกชน (PVT-D) % CHE \leq 20% โดยสถานการณ์ปัจจุบัน GGHE-D ต่อ CHE ของประเทศไทยเท่ากับ 70.4% (อ้างอิงข้อมูลจากบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติปี 2021) ซึ่งตัวชี้วัดนี้ตรงตามเป้าประสงค์ด้านความเพียงพอ

ตัวชี้วัดที่ New 3: % รายจ่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Care, PHC) ต่อ CHE และเป้าหมาย คือ PHC \geq 13% ของ CHE (อ้างอิงข้อมูลจากกลุ่มประเทศ OECD ในปี 2021) โดยสถานการณ์ปัจจุบันยังจำเป็นต้องมีการศึกษาวิธีการจัดทำข้อมูลที่สอดคล้องกับบริบทประเทศไทยเพิ่มเติม ซึ่งตัวชี้วัดนี้ตรงตามเป้าประสงค์ด้านความยั่งยืน และความเพียงพอ

ตัวชี้วัดที่ New 4: รัฐใช้มาตรการทางภาษีและเงินอุดหนุนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพมากขึ้นเพียงใด และเป้าหมาย คือ ใช้มาตรการทางการคลังเพื่อลดการใช้/บริโภคผลิตภัณฑ์ที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ โดยกำหนดเป้าหมายที่สอดคล้องกับคำแนะนำของนานาชาติ สถานการณ์ปัจจุบันหากจะมีตัวชี้วัดนี้ต้องใช้ข้อมูลอ้างอิงมาตรการที่คุ้มค่าที่สุด (Best Buy Interventions) โดย WHO และขอข้อมูลจาก สสส. ซึ่งตัวชี้วัดนี้ตรงตามเป้าประสงค์ด้านความยั่งยืน และควมมีประสิทธิภาพ

ความเห็นจากที่ประชุมต่อตัวชี้วัด New 1-4:

- เห็นด้วยกับการเพิ่มตัวชี้วัดที่เสนอ New 1-3 เนื่องจากข้อมูลเหล่านี้มีใน NHA ของประเทศไทย ซึ่งไม่น่าจะมีความยากลำบากในการทำข้อมูล จึงเสนอให้ทำข้อมูลต่อเนื่องทุกปี อย่างไรก็ตาม อาจปรับเป็น additional indicators ตามความสำคัญ
- การเพิ่มตัวชี้วัดใหม่เข้ามาเพิ่มเข้ามา มีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนหรือไม่ ช่วยเพิ่มความเข้าใจต่อสถานการณ์ด้านการเงินการคลังอย่างไร ตัวชี้วัดเดิมมีความครอบคลุมมากเพียงพอในระดับหนึ่งแล้วหรือไม่ หรือ อาจพิจารณาว่า 15 ตัวชี้วัดแรก เป็น core indicators และ ตัวชี้วัดใหม่

7 ตัวชี้วัด เป็น complementary indicators อยากให้หาสมดุลเพื่อให้มีตัวชี้วัดที่เพียงพอในการบรรลุเป้าหมายและไม่เป็นภาระในการดำเนินการมากเกินไป

- New 1, 2 มีการติดตามเป็นประจำอยู่แล้วแต่อาจจะมีประโยชน์น้อย
- New 3 เป็น core indicator ที่สำคัญ เรื่องรายจ่ายสุขภาพบริการ Primary health care
- New 4 ควรมีทั้งมาตรการทางภาษีทางบวกและทางลบ เช่น การให้การลดหย่อนภาษี (tax credit) เพื่อจูงใจให้คนรักษาสุขภาพ (ทางบวก) และการเก็บภาษีสำหรับพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ (ทางลบ) และควรมีความเฉพาะเจาะจง ได้แก่ ภาษีเกลือ ภาษีเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล (SSB) ภาษียาสูบ (ติดตาม จากรายงาน EMPOWER ที่มีการจัดทำทุก 2 ปี) และ ภาษีแอลกอฮอล์

ตัวชี้วัดที่ New 5: จำนวนและร้อยละของหน่วยบริการสุขภาพที่ให้บริการในแต่ละระบบประกันสุขภาพภาครัฐเทียบกับหน่วยบริการสุขภาพทั้งหมด เฉพาะกรณีที่มีปัญหาการเข้าถึงบริการ และเป้าหมาย คือ ระบุพื้นที่/ประเภทบริการที่มีปัญหาการเข้าถึง และติดตามสถานการณ์ เช่น หน่วยบริการในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ร้านยา หรือคลินิกประเภทต่าง ๆ ที่เข้าร่วมให้บริการในแต่ละระบบประกันสุขภาพภาครัฐ โดยหากจะมีตัวชี้วัดนี้ต้องปรึกษาหารือสามระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ ซึ่งตัวชี้วัดนี้ตรงตามเป้าประสงค์ด้านความเป็นธรรม

ความเห็นจากที่ประชุม:

- ไม่เห็นด้วยกับการเพิ่มตัวชี้วัดนี้ เนื่องจากเป็นลักษณะเชิงจัดการมากเกินไป
- ไม่เห็นด้วยกับการเพิ่มตัวชี้วัดนี้ในหมวดการเงินการคลังด้านสุขภาพ โดยเสนอให้นำตัวชี้วัดนี้ไปใช้ในธรรมนูญระบบสุขภาพแห่งชาติ หมวด 12 ระบบสุขภาพชุมชนเมือง ทั้งนี้หากมีการใช้ตัวชี้วัดนี้จริงควรระบุว่า กทม. และเมืองใหญ่

ตัวชี้วัดที่ New 6: กลไกการเบิกจ่ายและระบบบริหารจัดการสามารถป้องกัน/แก้ไขการให้บริการมากเกินไป (overprovision) หรือไม่เพียงพอ (underprovision) และเป้าหมาย คือ ระบุประเภทบริการที่ควรเฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์ด้านการให้บริการควบคู่ไปกับกลไกการเบิกจ่ายและระบบบริหารจัดการที่เกี่ยวข้อง โดยหากจะมีตัวชี้วัดนี้ต้องปรึกษาหารือสามระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ ซึ่งตัวชี้วัดนี้ตรงตามเป้าประสงค์ด้านความเพียงพอ และความมีประสิทธิภาพ

ความเห็นจากที่ประชุม:

- เห็นด้วยกับการเพิ่มตัวชี้วัดนี้ แต่ควรระบุให้จำเพาะเจาะจงมากขึ้น เช่น การปรับปรุงหรือพัฒนา ระบบการตรวจสอบ (audit) เพื่อตรวจสอบ under หรือ over provision ของ service โดยเฉพาะของสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

ตัวชี้วัดที่ New 7: จำนวนและร้อยละของประชากรที่ได้รับสิทธิประกันสุขภาพของภาครัฐ และเป้าหมาย คือ ประชากรทุกคนบนผืนแผ่นดินไทย (100%) โดยหากจะมีตัวชี้วัดนี้ต้องพิจารณาหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งตัวชี้วัดนี้ตรงตามเป้าประสงค์ด้านความเป็นธรรม

ความเห็นจากที่ประชุม:

- ไม่เห็นด้วยกับการเพิ่มตัวชี้วัดนี้ เนื่องจากคล้ายกับตัวชี้วัดเดิมที่มีอยู่แล้ว (ตัวชี้วัดที่ 14) อาจพิจารณารวมกับตัวชี้วัดที่มีอยู่เดิมและปรับคำให้เหมาะสม
- ในประเด็น migrant ควรนิยามที่ชัดเจน ว่าครอบคลุมกลุ่มประชากรใดบ้างเนื่องจากสวัสดิการรักษาพยาบาลในกลุ่มแรงงานข้ามชาติอาจมาจากการซื้อบัตรประกันสุขภาพของรัฐหรือเป็นเอกชนร่วมจ่ายได้
- การใช้คำว่าประชากรทุกคนบนผืนแผ่นดินไทยจะครอบคลุมนักท่องเที่ยว (tourists) หรือคนต่างชาติที่เข้ามาอาศัยระยะยาวในประเทศไทย (digital nomads, expats) ด้วยหรือไม่ เห็นว่ากลุ่มนี้ควรมีประกันสุขภาพแต่ไม่ควรใช้เงินจากภาครัฐ
- ปัจจุบันมีหลายประเทศ ที่ประชากรเกษียณแล้วอยากเข้ามาใช้ประกันสุขภาพของประเทศไทย เราต้องพิจารณาและสร้างสมดุลให้ดี

ประธานกล่าวสรุปผลการประชุม

การประชุมในวันนี้ได้มีการพิจารณาครบทุกตัวชี้วัดแล้ว ยังมีคำถามที่ทีมวิจัยเสนอไว้เกี่ยวกับความถี่ในการติดตามตัวชี้วัด เสนอให้เป็นการพิจารณาโดยข้อมูลเชิงวิชาการ บางตัวชี้วัดมีความเปลี่ยนแปลงไม่บ่อย อาจชี้วัดทุก 2-5 ปี บางตัวชี้วัดมีความเปลี่ยนแปลงบ่อย อาจชี้วัดทุก 6 เดือน หรือ 1 ปี ให้ความเห็นที่ได้ไปพิจารณาโดยเฉพาะในประเด็นความจำเป็นหรือประโยชน์จากการเพิ่มตัวชี้วัดใหม่

ความคิดเห็นในการประชุมครั้งนี้ให้ทีมวิจัย รับไปทบทวน จัดทำรายงานสถานการณ์ตามตัวชี้วัดของธรรมนูญระบบสุขภาพฉบับที่ 3 ที่ประกาศในราชกิจจานุเบกษา และขอให้เสนอข้อมูลเป็นแนวโน้ม (trend) ไม่ใช่เพียงข้อมูลที่เป็นจุดเวลา (cross sectional) หากมีหมายเหตุก็ใส่เพิ่มเติม ส่งสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เพื่อนำไปดำเนินการตามกระบวนการต่อ ส่วนตัวชี้วัดที่เพิ่มเติมอื่นๆ ให้ทีมวิจัยนำความเห็นที่ได้รับไปพิจารณาทบทวน เพื่อดำเนินการต่อในส่วนของทีมวิจัยต่อไป

ปิดการประชุม เวลา 12.00 น.

นางสาวพิศภาสินี พิศาลสินธุ์ ผู้ช่วยนักวิจัย
นางสาวศศิวิมล อ่อนทอง ผู้ช่วยนักวิจัย
ภญ.จิณณพัฑ สุวรรณเกตกะ ผู้ช่วยนักวิจัย
ผู้จัดรายงานการประชุม

ดร.สมธนิก โชติช่วงฉัตรชัย นักวิจัย
ผู้ตรวจรายงานการประชุม