



## ฐานะการคลังของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย

เฉลิมพล แจ่มจันทร์\* สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

**บทคัดย่อ** การศึกษานี้คาดการณ์ฐานะทางการคลังของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย โดยพิจารณาจากแนวโน้มรายรับหรืองบประมาณที่จัดสรรจากรัฐบาลเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายของโครงการ ที่จะเกิดขึ้นภายใต้สถานการณ์ต่างๆ ที่กำหนด จากสถานการณ์ฐานพบว่า โครงการฯ มีฐานะทางการคลังขาดดุลในระดับต่ำ แต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในระยะยาว อย่างไรก็ตามจากรายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พบว่า ประชาชนยังเข้าใช้สิทธิประโยชน์ทางสุขภาพไม่เต็มที่ จากข้อมูลนี้ทำให้วิเคราะห์ได้ว่าฐานะการคลังที่เป็นจริงในปัจจุบันน่าจะเกินดุลอยู่ระดับหนึ่ง นอกจากนี้ภายใต้สถานการณ์ที่ค่าใช้จ่ายของโครงการฯ เพิ่มขึ้น อันเป็นผลจากข้อกำหนดการปรับปรุงคุณภาพการให้บริการ รวมถึงอัตราการใช้บริการและสิทธิประโยชน์ที่จะเพิ่มขึ้นในอนาคต การศึกษานี้เสนอแนะว่าการจัดสรรงบประมาณจากรัฐให้แก่โครงการฯ ในลักษณะเป็นข้อผูกพันตามการขยายตัวทางเศรษฐกิจของประเทศน่าจะเป็นทางเลือกที่ดี ทางเลือกหนึ่งแก่การรักษาดุลการคลังของโครงการฯ ในระยะยาว และควรมีการขยายความครอบคลุมของโครงการประกันสังคมไปยังกลุ่มลูกจ้างและนายจ้างในภาคเอกชนซึ่งปัจจุบันได้รับการคุ้มครองอยู่ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อาจมีการจัดเก็บเบี่ยสมทบเข้าสู่กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากประชาชนที่มีความสามารถจ่าย

**คำสำคัญ:** หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การคลังสุขภาพ ค่าใช้จ่ายสุขภาพ

\* ติดต่อผู้เขียน: ดร.เฉลิมพล แจ่มจันทร์ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ต.ศาลายา อ.พุทธมณฑล จ.นครปฐม 73170 โทรศัพท์: 024410201 ต่อ 278 แฟกซ์: 024419333 อีเมล: prchalermopol@staff2.mahidol.ac.th



## Financial Status of the Universal Health Care Coverage in Thailand

*Chalermpol Chamchan\** Institute for Population and Social Research, Mahidol University

**Abstract** This study projects the financial status of Thailand's Universal Coverage Scheme by comparing the trend of revenue or budget allocated from government with the trend of health expenditure in various scenarios. In the baseline scenario, the financial status of the Scheme would be in a slight deficit but would widen in the long term. However, the data from the Health and Welfare Survey shows that the Scheme was underutilized. Based on this information, the analysis indicates that at present the Scheme might actually be in surplus. Under the situation of increasing health expenditure due to improvement in service quality and a rising rate of utilization, the budget allocation from government to the Scheme at a rate that follows the growth rate of real GDP would assure its long term financial stability. This study also suggests the expansion of the Social Security Scheme to cover private sector employers and employees who are covered now by the Universal Coverage Scheme. The contribution from the potential beneficiaries in the Scheme could be collected and then put into the Universal Coverage Fund.

**Keywords:** universal coverage, health financing, health expenditure

---

\* Corresponding author: Dr.Chalermpol Chamchan, Institute for Population and Social Research (IPSR), Mahidol University, Salaya, Nakhonprathom, Thailand, 73170. Tel: +6624410201 ext 278, Fax: +6624419333, E-mail: prchalermopol@staff2.mahidol.ac.th

## บทนำ

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage Policy) มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างหลักประกันให้แก่ประชาชนทุกคนในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพที่จำเป็น โดยไม่ถูกกีดกันด้วยปัจจัยข้อจำกัดทั้งทางการเงินและที่ไม่ใช่ทางการเงิน ประเทศไทยเริ่มนำนโยบายนี้มาใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา ภายใต้โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ปัจจุบันเปลี่ยนชื่อเป็นโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage Scheme หรือในที่นี่ใช้ตัวย่อว่า UC) โครงการฯ นี้ให้ความครอบคลุมสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพแก่ประชากรทั้งหมดที่ไม่ได้อยู่ภายใต้โครงการสิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ (Civil Servant Medical Benefit Scheme, CSMBBS) และโครงการประกันสังคม (Social Security Scheme, SSS)

Docteur and Oxley (2003) กล่าวถึงเป้าประสงค์ของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไว่ว่านโยบายนี้สามารถสร้างความครอบคลุมของหลักประกันทางสุขภาพให้แก่ประชาชนได้อย่างถ้วนหน้า ทำให้มั่นใจได้ว่าประชาชนจะเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้อย่างเพียงพอและเป็นธรรม และต้องมีการดำเนินการที่ทำให้ระบบสุขภาพมีประสิทธิภาพและยั่งยืนในระยะยาว ทั้งนี้เมื่อพิจารณาจากตัวเลขความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพที่ประชาชนได้รับหรือจากผลการสำรวจและการศึกษาติดตามประเมินผลการดำเนินการโครงการ ทั้งในส่วนของงานที่ติดตามโดยกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือจากการประเมินโดยหน่วยงานภายนอกก็ตาม พบว่า ที่ผ่านมามาประเทศไทยดำเนินตามนโยบายจนบรรลุเป้าประสงค์บางส่วนแล้ว ยกเว้นเป้าประสงค์ด้านประสิทธิภาพและความยั่งยืนของระบบสุขภาพที่พบว่ายังมีอีกหลายประเด็นควรได้รับการศึกษาและประเมิน

งานวิชาการและบทความเกี่ยวกับความยั่งยืนทางการคลังของโครงการฯ ได้วิจารณ์และชี้ให้เห็นถึงความไม่เหมาะสมและความไม่เพียงพอของอัตรางบประมาณรายหัวที่รัฐบาลจัดสรรให้แก่โครงการฯ (วิโรจน์ ณ ระนอง, อัญชญา ณ ระนอง, และ ศรัชย์ เตรียมวรกุล, 2547; วลัยพร พัทธนฤมิต และคณะ, 2547) รวมถึงข้อบ่งชี้ในการปรับตัวโดยการใช้นโยบายลดค่าใช้จ่าย เพื่อความอยู่รอดภายใต้ข้อจำกัดของงบประมาณและจำนวนการใช้บริการสุขภาพที่สูงขึ้นในสถานพยาบาลภาครัฐที่เป็นคู่สัญญาหลักของโครงการฯ (Chamchan, 2007) ภายใต้ข้อจำกัดงบประมาณและภาระต้นทุนที่สูงขึ้น การใช้นโยบายรัดเข็มขัดอาจทำให้สถานพยาบาลและระบบบริการสุขภาพอยู่รอดได้เพียงในระยะสั้น แต่จะกระทบต่อคุณภาพและศักยภาพการให้บริการในระยะยาว การศึกษาครั้งนี้จึงสนใจที่จะคาดการณ์ฐานะทางการคลังของโครงการฯ และประมาณการสถานะทางการเงินเกี่ยวกับรายรับและค่าใช้จ่ายของโครงการฯ ภายใต้สถานการณ์ทางเลือก (alternative scenarios)

<sup>1</sup>ศึกษารายละเอียดได้จาก [www.who.int/health\\_financing/tools/simins/en/index.html](http://www.who.int/health_financing/tools/simins/en/index.html)

เชิงนโยบายที่กำหนดขึ้น ทั้งนี้การคาดการณ์ทำในช่วง 10 ปีข้างหน้า โดยใช้แบบจำลอง “Simulation Model for Health Insurances” หรือ “SimIns”<sup>1</sup> พัฒนาขึ้นโดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ร่วมกับ GTZ ผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนและกำหนดแนวทางเสริมสร้างความยั่งยืนทางการเงินของโครงการในระยะยาว

หัวข้อถัดไปกล่าวถึงความเป็นมาเกี่ยวกับโครงการหลักประกันทางสุขภาพของประเทศไทย ตามด้วยกรอบแนวคิด แบบจำลอง ตัวแปรและข้อมูลที่ใช้ รวมถึงข้อสมมติของตัวแปร จากนั้นเป็นผลการศึกษาคาดการณ์ฐานะทางการคลังของโครงการฯ ภายใต้สถานการณ์ฐาน (baseline scenario) และสถานการณ์ทางเลือกต่างๆ ที่กำหนด รวมถึงการประเมินทางเลือกเชิงนโยบายทางการคลัง และสุดท้ายเป็นสรุปและข้อเสนอแนะ

### หลักประกันและสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพ

ตั้งแต่ พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านับเป็นโครงการด้านสุขภาพในภาคที่เป็นทางการที่ครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ของประเทศกว่าร้อยละ 70 โดยเฉพาะกลุ่มแรงงานที่อยู่ในภาคที่ไม่เป็นทางการ ประกอบธุรกิจส่วนตัว ผู้ที่ไม่ได้ทำงาน และประชากรนอกกำลังแรงงาน โดยใน พ.ศ. 2550 มีค่าใช้จ่ายสุขภาพต่อหัวประชากรอ้างอิงจากงบประมาณรายหัวที่รัฐจัดสรรให้ 1,899 บาท ต่ำกว่าเมื่อเทียบกับโครงการสิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ และโครงการประกันสังคม ที่มีค่าใช้จ่ายต่อหัวประมาณ 9,300 บาท และ 2,400 บาท ตามลำดับ ทั้งสามโครงการดังกล่าวใช้เงินงบประมาณจากรัฐบาล ยกเว้นโครงการประกันสังคมที่มีรายรับส่วนหนึ่งมาจากเบี้ยสมทบ (contribution) ที่จัดเก็บจากผู้ประกันตนและนายจ้าง รายละเอียดเกี่ยวกับความครอบคลุมและการคลังของแต่ละโครงการสรุปได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 หลักประกันและสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพหลักในภาคที่เป็นทางการของประเทศไทย

หลักประกัน/สิทธิประโยชน์	โครงการสิทธิประโยชน์การ รักษาพยาบาลสำหรับ ข้าราชการและพนักงาน รัฐวิสาหกิจ	โครงการประกันสังคม	โครงการหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า
- กลุ่มประชากรที่ครอบคลุม	ข้าราชการ พนักงานของรัฐ และรัฐวิสาหกิจ ครอบคลุม ถึงคู่สมรส บิดามารดา และบุตร ตามข้อกำหนด	แรงงานในสถานประกอบการ ภาคเอกชนที่มีลูกจ้าง มากกว่า 1 คนขึ้นไป	ผู้ประกอบการส่วนตัว และประชากรที่ไม่อยู่ใน ในสองโครงการแรก
- ความครอบคลุมใน พ.ศ. 2551 เทียบร้อยละของประชากร 64.07 ล้านคน <sup>1/</sup>	ร้อยละ 8	ร้อยละ 15	ร้อยละ 73
- แหล่งที่มาของงบประมาณ	งบประมาณจากรัฐบาล ทั้งหมด	เบี่ยสมทบร้อยละ 4.5 ของ เงินเดือนผู้ประกันตน (จาก ผู้ประกันตน นายจ้าง และ รัฐบาล ฝ่ายละร้อยละ 1.5)	งบประมาณจากรัฐบาล ทั้งหมด
- หน่วยงานกำกับดูแล	กระทรวงการคลัง	สำนักงานประกันสังคม	สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ
- วิธีจ่ายค่าบริการแก่ผู้ให้บริการ	เบิกจ่ายตามจริงและตามกลุ่ม วินิจฉัยโรคร่วม	งบประมาณจัดสรรรายหัว	งบประมาณจัดสรร รายหัว
- ค่าใช้จ่าย พ.ศ. 2550	9,300 บาท/หัว <sup>2/</sup>	2,400 บาท/หัว <sup>3/</sup>	1,899 บาท/หัว <sup>4/</sup>

ที่มา: <sup>1/</sup> รายงานประจำปี สำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2551

<sup>2/</sup> ประเมินการจาก Sakunphanit *et al.* (2009)

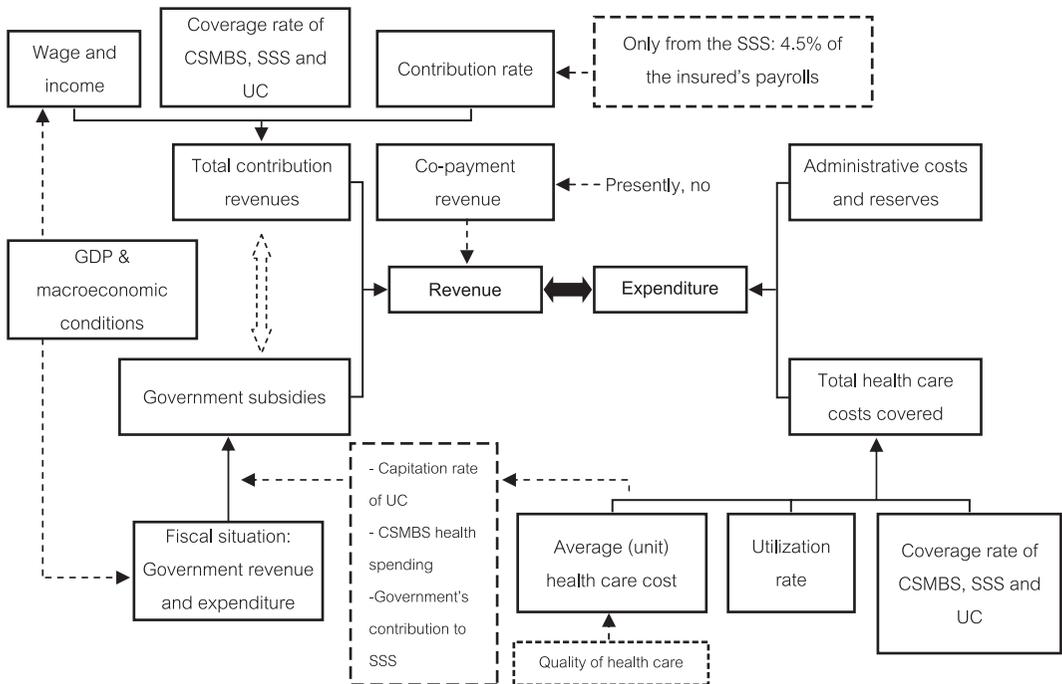
<sup>3/</sup> ประเมินการจากรายงานประจำปีสำนักงานประกันสังคม พ.ศ. 2550 พิจารณาเฉพาะเงินประโยชน์ทดแทนกรณี  
การเจ็บป่วยและคลอดบุตร

<sup>4/</sup> อ้างอิงตามงบประมาณรายหัวที่รัฐบาลจัดสรรให้ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2550 จากรายงานประจำปี สำนักงาน  
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2550

## กรอบแนวคิด

แบบจำลองสำเร็จรูป SimIns (plus) version 2.0 สามารถนำมาช่วยในการวางแผนและตัดสินใจ  
ทางการเงินของหลักประกันทางสุขภาพ โดยประมาณการค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่จะเกิดขึ้นควบคู่กับรายรับ  
ที่เป็นไปได้ของหลักประกันทางสุขภาพที่พิจารณาอยู่ในช่วงระยะเวลา 10 ปีข้างหน้า เพื่อประเมินสถานการณ์  
และศึกษาทางเลือกทางการเงินที่เป็นไปได้และเหมาะสม ผลการพยากรณ์แบ่งเป็น 7 ด้าน คือ ผลทางด้าน  
โครงสร้างประชากรและความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพ จำนวนการให้บริการสุขภาพ รายจ่ายและ  
รายรับของหลักประกันสุขภาพ สภาวะเศรษฐกิจมหภาคและการคลังภาครัฐ รายจ่ายทางสุขภาพของกระทรวง  
สาธารณสุขและหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง รายจ่ายสุขภาพภาคเอกชน และรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด ข้อมูล

นำเข้าที่ต้องใช้ในการประมาณการค่าใช้จ่ายและรายรับของหลักประกันสุขภาพประกอบด้วย 8 หมวด<sup>2</sup> คือ ข้อมูลด้านโครงสร้างประชากรและแรงงาน เศรษฐกิจมหภาค ต้นทุนการให้บริการสุขภาพ อัตราการใช้บริการสุขภาพ หลักประกันสุขภาพที่มี การคลังภาครัฐ รายจ่ายทางสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของภาครัฐ และรายจ่ายสุขภาพภาคเอกชน รายละเอียดของแบบจำลอง SimIns เกี่ยวกับการคำนวณ ความเชื่อมโยงของตัวแปรที่ใช้ในการประมาณการ และการประยุกต์ที่ผ่านมาในกรณีศึกษาประเทศอื่นๆ สามารถศึกษาได้จาก Carrin and James (2004) หรือจากเว็บไซต์ขององค์การอนามัยโลก<sup>3</sup> สำหรับแบบจำลองที่ประยุกต์ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย การประมาณค่าจากข้อมูลนำเข้าสองส่วน คือ การประมาณรายรับ และการประมาณค่าใช้จ่ายของหลักประกัน/สิทธิประโยชน์ที่พิจารณา ผลจากการประมาณค่าที่ได้ทั้งสองส่วนนี้จะนำมาเปรียบเทียบเป็นดุลบัญชีสุขภาพ (account balance) หรือฐานะทางการคลังของหลักประกัน/สิทธิประโยชน์นั้นๆ (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการประยุกต์แบบจำลอง SimIns ในการศึกษาครั้งนี้  
ที่มา: ประยุกต์จาก Chamchan and Carrin (2006) และ Carrin and James (2004)

<sup>2</sup> ข้อมูลบางส่วนที่ไม่ได้นำมาวิเคราะห์ในครั้งนี้นี้คือ ข้อมูลสัดส่วนการคลังสุขภาพและการให้บริการสุขภาพในส่วนภาครัฐ เพราะในกรณีประเทศไทยนั้น ระบบการคลังและการให้บริการสุขภาพของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีสัดส่วนจากภาครัฐเกือบทั้งหมดอยู่แล้ว

<sup>3</sup> รายละเอียดเกี่ยวกับ SimIns ศึกษาได้จาก [www.who.int/health\\_financing/tools/simins/en/index.html](http://www.who.int/health_financing/tools/simins/en/index.html)

สำหรับการศึกษากายใต้สถานการณ์ฐานในครั้งนี้เป็นการศึกษาการคำนวณทางเศรษฐศาสตร์ในสองลักษณะ โดยลักษณะแรกเป็นการคำนวณบัญชีการคลังรวมของหลักประกัน/สิทธิประโยชน์ทั้งสามโครงการในระบบประกันสุขภาพของไทย เพื่อแสดงให้เห็นถึงโครงสร้างของการคลังสุขภาพในด้านรายรับและค่าใช้จ่ายในภาพรวมของประเทศ และลักษณะที่สองเป็นการคำนวณฐานะทางการคลังเฉพาะของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมทั้งในการศึกษากายใต้ทางเลือก 5 สถานการณ์ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 สถานการณ์ทางเลือกที่ศึกษา

ทางเลือก	คำอธิบาย
สถานการณ์ที่ 1 (S1)	กำหนดให้ต้นทุนการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่แท้จริงต่อครั้ง (unit cost in real term) ปรับสูงขึ้นในแต่ละปีตามการขยายตัวทางเศรษฐกิจหรืออัตราการขยายตัวของ real GDP เพื่อสะท้อนความพยายามปรับปรุงคุณภาพการให้บริการและการลงทุนเพื่อพัฒนาระบบการให้บริการในระยะยาว
สถานการณ์ที่ 2 (S2)	กำหนดให้ประชาชนที่ใช้บริการสุขภาพ ณ สถานพยาบาลเอกชนที่ไม่ได้เป็นผู้สัญญาของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปรับพฤติกรรมมาใช้บริการที่สถานพยาบาลภาครัฐที่เป็นคู่สัญญาของโครงการฯ แทนทั้งหมด ทั้งนี้เพื่อคาดคะเนผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายสุขภาพที่จะเพิ่มขึ้นและผลกระทบต่อดุลทางการคลังของโครงการฯ หากเกิดการปรับเปลี่ยนการใช้บริการลักษณะดังกล่าว ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ
สถานการณ์ที่ 3 (S3)	กำหนดให้งบประมาณโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ได้รับจัดสรรจากรัฐมีลักษณะเป็นข้อผูกพันที่จะเพิ่มขึ้นในแต่ละปีตามอัตราการเติบโตของ real GDP ซึ่งจะเป็นผลดีในระยะยาวมากกว่าการกำหนดงบประมาณปีต่อปีที่อาจได้รับผลกระทบจากเงื่อนไขและอำนาจต่อรองทางการเมือง
สถานการณ์ที่ 4 (S4)	กำหนดให้ลูกจ้างและนายจ้างในภาคเอกชน (จากข้อมูลรายงานการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรทั่วราชอาณาจักร พ.ศ. 2551 มีทั้งสิ้น 14,368,075 คน) รวมถึงกลุ่มที่ปัจจุบันได้รับความครอบคลุมและสิทธิประโยชน์จากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไปลงทะเบียนและรับสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพภายใต้สิทธิประกันสังคมทั้งหมด (ปัจจุบันมีเพียง 9,835,528 คน) โดยจะมีผลทำให้ความครอบคลุมของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าลดลงมาอยู่ที่ประมาณ 42.4 ล้านคน
สถานการณ์ที่ 5 (S5)	กำหนดให้ลูกจ้าง นายจ้าง และผู้ประกอบการส่วนตัว ที่ปัจจุบันได้รับความครอบคลุมและสิทธิประโยชน์จากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 1.5 ของเงินเดือน เทียบเท่าอัตราเบี้ยสมทบที่ผู้ประกันตนภายใต้โครงการประกันสังคมต้องจ่ายเข้ากองทุนประกันสังคม กรณีผู้ประกอบการส่วนตัวไม่สามารถระบุระดับเงินเดือนได้ กำหนดให้เงินสมทบบี้อัตราร้อยละ 1.5 ของเงินเดือนเฉลี่ยของลูกจ้างในภาคเอกชน

ทั้งนี้สมมติฐานเกี่ยวกับสถานการณ์ทางเลือกในการศึกษานี้อาจแบ่งเป็นสองลักษณะด้วยกัน คือ ลักษณะแรกเป็นสถานการณ์ที่น่าจะส่งผลทางลบต่อการเงินของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในแง่ที่จะทำให้ค่าใช้จ่ายสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นและส่งผลกระทบต่อรายรับและรายจ่ายของโครงการฯ กลุ่มนี้ประกอบด้วยสถานการณ์ทางเลือกที่ 1 และ 2 (S1 และ S2) และลักษณะที่สองเป็นสถานการณ์ที่น่าจะส่งผลทางบวกต่อดุลการคลังของโครงการฯ คือ จะทำให้รายรับหรืองบประมาณสนับสนุนของโครงการฯ สูงขึ้น หรือทำให้ค่าใช้จ่ายโครงการฯ ลดลง สถานการณ์ลักษณะนี้ ได้แก่ สถานการณ์ทางเลือกที่ 3 4 และ 5 (S3 S4 และ S5)

## ข้อมูล

ในการศึกษาสถานะการเงินของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ข้อมูลนำเข้าที่ใช้ในการประมาณการภายใต้สถานการณ์ฐานแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลนำเข้าในแบบจำลอง SimIns ภายใต้สถานการณ์ฐาน

ตัวแปร	ปีฐาน (พ.ศ. 2551)	ร้อยละการเติบโต ในช่วง 10 ปี	แหล่งที่มา
<b>1. ประชากร</b>			
ประชากรทั้งหมด	64,071,587	อัตราขยายตัวธรรมชาติ	สถาบันวิจัยประชากร และสังคม (2549); สำนักงานสถิติ
อัตราการเพิ่มประชากรต่อปี (ร้อยละ)	0.4		สำนักงานสถิติ
กำลังแรงงาน (ร้อยละต่อประชากรทั้งหมด)	67.4	ไม่เปลี่ยนแปลง	แห่งชาติ (2551)
ประชากรนอกกำลังแรงงาน (ร้อยละต่อประชากรทั้งหมด)	32.6		
กำลังแรงงาน (ที่ปฏิบัติงาน) ทั้งหมด (คน)	37,016,600	อัตราขยายตัวธรรมชาติ	
พนักงานของรัฐ	3,269,980		
พนักงานเอกชน	13,352,239		
นายจ้างและธุรกิจส่วนตัว	12,704,364		
แรงงานที่ไม่ได้รับค่าจ้างและสมาชิกสหกรณ์	7,690,012		
ค่าแรงรายปี (บาท)		อัตราเงินเฟ้อ	
พนักงานของรัฐ	179,955		
พนักงานเอกชน	85,837		
<b>2. เศรษฐกิจมหภาค</b>			
GDP ที่เป็นตัวเงิน (ล้านบาท)	9,102.7		สำนักงาน คณะกรรมการ
อัตราการเติบโตที่แท้จริงของ GDP (ร้อยละเฉลี่ยในช่วง 10 ปี)	4.7	ไม่เปลี่ยนแปลง	พัฒนาการเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ (2550); ธนาคารแห่ง ประเทศไทย (2552)
ดัชนีราคาผลิตภัณฑ์มวลรวม (ร้อยละการเปลี่ยนแปลง) – ตัวชี้วัดอัตราเงินเฟ้อ	3.9		
องค์ประกอบของ GDP (ร้อยละของ GDP)			
การบริโภค	53.7		
การลงทุน	12.2		
การใช้จ่ายภาครัฐ	26.6		
การส่งออก	73.2		
การนำเข้า	65.3		
<b>3. ต้นทุนบริการทางสุขภาพ (บาทต่อการเข้ารับบริการ)</b>			
บริการผู้ป่วยนอก		อัตราเงินเฟ้อ	ประมาณการจาก Sakunphanit <i>et al.</i> (2009); วิทยาลัยแพทยพระนคร และคณะ (2547)
หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (OP_PCU)	50		
โรงพยาบาลชุมชน (OP_CH)	330		
โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลจังหวัด (OP_GH)	770		
บริการผู้ป่วยใน			
โรงพยาบาลชุมชน (IP_CH)	4,719		

## ตารางที่ 3 (ต่อ)

ตัวแปร	ปีฐาน (พ.ศ. 2551)	ร้อยละการการเติบโต ในช่วง 10 ปี	แหล่งที่มา
<b>บริการผู้ป่วยใน</b>			
โรงพยาบาลชุมชน (IP_CH)	4,719		
โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลจังหวัด (IP_GH)	12,452		
บริการการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ต่อหัว)	202		
บริการอื่นๆ (ต่อหัว)	396		
<b>4. การใช้บริการทางสุขภาพ (ครั้งต่อคนต่อปี)</b>		ไม่เปลี่ยนแปลง	สำนักงานสถิติ แห่งชาติ (2550)
<b>บริการผู้ป่วยนอก</b>			
หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (OP_PCU)	0.52273		
โรงพยาบาลชุมชน (OP_CH)	0.51620		
โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลจังหวัด(OP_GH)	0.37815		
คลินิกเอกชน	0.70365		
โรงพยาบาลเอกชน	0.15620		
<b>บริการผู้ป่วยใน</b>			
โรงพยาบาลชุมชน (IP_CH)	0.04695		
โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลจังหวัด (IP_GH)	0.05145		
โพลีคลินิก โรงพยาบาลเอกชน	0.01682		
<b>5. ความครอบคลุม (คน)</b>		อัตราขยายตัวธรรมชาติ	สำนักงานหลัก ประกันสุขภาพ แห่งชาติ (2551)
โครงการสิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาลสำหรับ			
ข้าราชการฯ	5,239,481		
โครงการประกันสังคม	9,835,528		
โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	46,949,267		
<b>6.การคลังภาครัฐ (ล้านบาท)</b>		อัตราการเจริญเติบโต	ธนาคาร แห่งประเทศไทย (2552)
รายรับของรัฐบาล	1,494.7	ของ GDP	
รายจ่ายของรัฐบาล	1,597.8		
<b>7. ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพจากภาครัฐ (ล้านบาท)</b>		อัตราเงินเฟ้อ	
งบประมาณทั้งหมดของกระทรวงสาธารณสุข			
142,192.1			กระทรวงสาธารณสุข (2551)
ในส่วนของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า			
76,598.8			
ที่ไม่ใช่ในส่วนโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า			
65,593.3			
กระทรวงการคลัง (ในส่วนโครงการสิทธิประโยชน์การรักษา			
49,037.5			ประมาณการจาก Sakunphanit <i>et al.</i> (2009)
พยาบาลสำหรับข้าราชการฯ)			
สำนักงานประกันสังคม (ในส่วนโครงการประกันสังคม)			
37,991.4			ประมาณการจาก สำนักงานประกัน สังคม (2551) <sup>1/</sup>
<b>8. ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพภาคเอกชน</b>			บัญชีสุขภาพแห่งชาติ ขององค์การอนามัยโลก
	105,661.415		

หมายเหตุ: <sup>1/</sup> เป็นค่าใช้จ่ายเงินทดแทนสิทธิประโยชน์ทั้งหมดของโครงการประกันสังคม

โดยข้อมูลนำเข้าช่วงระยะเวลา 10 ปีข้างหน้านับจากปีฐาน พ.ศ. 2551 กำหนดให้เติบโตตามอัตราการขยายตัวธรรมชาติ (natural population growth rate) ที่อัตราร้อยละ 0.4 ส่วนข้อมูลตัวเงินหรือมูลค่า<sup>4</sup> กำหนดให้ปรับตัวสูงขึ้นต่อปีเท่ากับอัตราเงินเฟ้อเฉลี่ย 10 ปีย้อนหลัง (เฉลี่ยร้อยละ 3.9 ระหว่าง พ.ศ. 2542-2551) ส่วนข้อมูล GDP และการคลังภาครัฐ กำหนดให้ปรับเพิ่มตามอัตราการขยายตัวของ real GDP เฉลี่ยในช่วง 10 ปี ที่ผ่านมา (เฉลี่ยร้อยละ 4.7 ต่อปี ระหว่าง พ.ศ. 2542-2551)<sup>5</sup> ส่วนข้อมูลปัจจัยด้านพฤติกรรมและโครงสร้างประชากร/แรงงาน กำหนดให้มีค่าคงที่

## ผลการศึกษา

ผลการศึกษาแบ่งเป็นสามส่วน ประกอบด้วย ผลการคาดการณ์ฐานะทางการคลังของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้สถานการณ์ฐาน ผลการคาดการณ์ฐานะทางการคลังของโครงการภายใต้สถานการณ์ทางเลือก และผลการประเมินทางเลือกนโยบายทางการคลังของโครงการฯ

### ฐานะทางการคลังของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้สถานการณ์ฐาน

ตารางที่ 4 แสดงผลคาดการณ์ตามตัวชี้วัดค่าใช้จ่ายสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทย รวมถึงสถานะทางการคลังของหลักประกันสุขภาพภาคที่เป็นทางการในสองลักษณะ คือ แบบสามหลักประกันและสิทธิประโยชน์ และแบบแยกแยะเฉพาะโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผลที่ได้เป็นการพยากรณ์ 10 ปีข้างหน้าโดยใช้ พ.ศ. 2551 เป็นปีฐาน ทั้งนี้พบว่า ค่าใช้จ่ายสุขภาพทั้งหมดในประเทศ (total health expenditure, THE) อยู่ที่ 5,227 บาทต่อหัวประชากร มูลค่าคิดเป็นร้อยละ 3.68 ของ GDP โดยเป็นสัดส่วนค่าใช้จ่ายจากภาครัฐ (public health expenditure, PHE) ร้อยละ 68.45 และ คิดเป็นร้อยละ 14.57 ของค่าใช้จ่ายของรัฐทั้งหมดในปีเดียวกัน (general government expenditure, GGE)

จากข้อกำหนดของสถานการณ์ฐานพบว่า ค่าใช้จ่ายสุขภาพทั้งหมดมีอัตราเพิ่มขึ้นในแต่ละปีใกล้เคียงกับอัตราเงินเฟ้อ ขณะที่ GDP และค่าใช้จ่ายของรัฐบาลทั้งหมดในปีเดียวกัน ปรับตัวเพิ่มขึ้นตามอัตราเงินเฟ้อและตามการขยายตัวของเศรษฐกิจในประเทศที่แท้จริง ทำให้สังเกตได้ว่าสัดส่วนค่าใช้จ่ายสุขภาพทั้งหมดในประเทศต่อ GDP และสัดส่วนค่าใช้จ่ายสุขภาพจากภาครัฐต่อค่าใช้จ่ายของรัฐบาลทั้งหมดในปีเดียวกัน มีขนาดลดลงทุกปี โดยใน พ.ศ. 2554 มีสัดส่วนเป็นร้อยละ 3.43 และร้อยละ 13.71 ขณะที่ใน พ.ศ. 2560 มีสัดส่วนเพียงร้อยละ 2.60 และร้อยละ 10.75 ตามลำดับ ผลการคาดการณ์นี้อาจไม่สอดคล้องกับสภาพ

<sup>4</sup> มูลค่าที่เป็นตัวเงิน (nominal value) จะปรับค่าด้วยอัตราเงินเฟ้อในแต่ละปี ขณะที่มูลค่าที่แท้จริง (real value) จะไม่เปลี่ยนแปลง หากมิได้มีการกำหนดอัตราการขยายตัวที่แท้จริงของตัวแปรนั้น ส่วนตัวแปร GDP กำหนดให้มีการขยายตัวที่แท้จริงตาม real GDP growth ดังนั้นการขยายตัวของ nominal GDP จึงมีอัตราเทียบเท่ากับ real GDP growth บวกด้วยอัตราเงินเฟ้อ

<sup>5</sup> อัตราการเติบโตของ GDP พ.ศ. 2553 และ 2554 กำหนดให้เป็นร้อยละ 0 และร้อยละ 2.5 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 ผลการคาดการณ์ตัวชี้วัดค่าใช้จ่ายสุขภาพที่สำคัญ ตามข้อกำหนดของสถานการณ์ฐาน

ตัวชี้วัด	2551	2554	2557	2560
<b>ค่าใช้จ่ายสุขภาพ</b>				
ค่าใช้จ่ายทั้งหมด (ร้อยละของ GDP)	3.68	3.43	2.98	2.60
ค่าใช้จ่ายต่อหัว (บาท)	5,227	5,799	6,435	7,139
ค่าใช้จ่ายจากภาครัฐคิดเป็นร้อยละของค่าใช้จ่ายทั้งหมด (ร้อยละ)	68.45	68.45	68.45	68.45
ค่าใช้จ่ายจากภาครัฐคิดเป็นร้อยละของค่าใช้จ่ายของรัฐทั้งหมด (ร้อยละ)	14.57	13.71	12.15	10.75
<b>บัญชีการคลังรวมของทั้งสามหลักประกันและสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพ</b>				
<b>ดุลบัญชีเทียบเป็นร้อยละของรายรับ (ร้อยละ)</b>				
เงินอุดหนุนจากภาครัฐเทียบเป็นร้อยละของรายรับ (ร้อยละ)	14.45	13.56	12.66	11.76
ค่าใช้จ่ายสุขภาพต่อหัว (บาท)	2,560	2,875	3,228	3,625
<b>บัญชีการคลังเฉพาะของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า</b>				
<b>ดุลบัญชีเทียบเป็นร้อยละของรายรับ (ร้อยละ)</b>				
เงินอุดหนุนจากภาครัฐเทียบเป็นร้อยละของรายรับ (ร้อยละ)	-0.91	-2.12	-3.35	-4.60
ค่าใช้จ่ายสุขภาพต่อหัว (บาท)	2,119	2,380	2,672	3,000

ความเป็นจริงที่สัดส่วนค่าใช้จ่ายทางสุขภาพเมื่อคิดเป็นสัดส่วนต่อ GDP ไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก และจากหลักฐานเชิงประจักษ์ของบัญชีสุขภาพแห่งชาติ (National Health Accounts) ขององค์การอนามัยโลก<sup>6</sup> ซึ่งให้เห็นว่าระหว่าง พ.ศ. 2538 ถึง พ.ศ. 2549 สัดส่วนนี้มีค่าอยู่ระหว่างร้อยละ 3.5 ถึง 3.9 อย่างไรก็ตามการคาดการณ์ภายใต้สถานการณ์ฐานนี้กำหนดให้ต้นทุนการให้บริการทางสุขภาพที่แท้จริงต่อครั้ง หรือ real unit cost ไม่เปลี่ยนแปลง หากแต่มีการปรับเปลี่ยนตามอัตราเงินเฟ้อ และจากข้อกำหนดในตัวแปรพฤติกรรมสุขภาพที่ให้ไม่เปลี่ยนแปลง ทำให้ค่าใช้จ่ายสุขภาพทั้งหมดปรับเปลี่ยนแต่ละปีในอัตราใกล้เคียงกับอัตราเงินเฟ้อ ซึ่งต่ำกว่าอัตราการขยายตัวของ nominal GDP

ในส่วนของบัญชีการคลังรวมของหลักประกันและสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพ เมื่อพิจารณาการเงินของหลักประกันหรือสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพทั้งสามโครงการร่วมกันพบว่า มีสถานะทางการเงินเป็นบวกในปีฐานสูงถึงร้อยละ 14.45 ของรายรับทั้งหมดของทั้งสามโครงการ โดยในส่วนของรายรับทั้งหมดเป็นงบประมาณอุดหนุนที่มาจากรัฐบาลหรือจากภาษีอากรสูงถึงร้อยละ 86.36 คิดเป็นค่าใช้จ่ายสุขภาพต่อหัวประชากร 2,560 บาท

<sup>6</sup> เข้าดูได้ที่ [www.who.int/nha/country/tha/en/](http://www.who.int/nha/country/tha/en/)

เมื่อพิจารณาเฉพาะโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพบว่า เกิดการขาดดุลทางการเงินที่อัตราร้อยละ 0.91 และอัตราการติดลบมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในแต่ละปี โดยรายรับของโครงการฯ เป็นงบประมาณสนับสนุนจากรัฐบาลทั้งหมด ส่วนค่าใช้จ่ายสุขภาพต่อหัวประชากรคิดเป็น 2,119 บาท ใกล้เคียงกับอัตรางบประมาณรายหัวที่รัฐจัดสรรให้ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2551 คือ 2,100 บาท แม้ประมาณการสถานะการเงินของโครงการฯ จะอยู่ในสภาพติดลบที่เกือบบริสุทธิ์หนึ่งของรายรับโครงการฯ แต่เมื่อพิจารณาข้อมูลที่ได้รับจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2550 พบว่า การใช้สิทธิประโยชน์ทางสุขภาพของประชาชนไทยยังไม่เต็มที่ กล่าวคือ ผู้ป่วยเข้ารับบริการการรักษาผู้ป่วยนอก ณ สถานพยาบาลต่างๆ มีอัตราการใช้สิทธิเพียงร้อยละ 43 และอัตราการใช้สิทธิของผู้ป่วยในเป็นร้อยละ 89 จึงเป็นไปได้ว่าผลการคาดการณ์ที่ได้จากตารางที่ 4 ภายใต้อีกกำหนดว่าประชาชนที่เข้าโครงการฯ มีการใช้สิทธิทั้งหมด อาจให้ตัวเลขค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของโครงการฯ สูงกว่าที่เกิดขึ้นจริง ทำให้ผลคาดการณ์สถานะทางการเงินติดลบหรืออยู่ในฐานะที่ต่ำกว่าที่เป็นจริง เพื่อเป็นการทดสอบข้อสังเกตข้างต้น จึงได้ทดลองคาดการณ์อีกครั้งโดยใช้ตัวเลขการใช้สิทธิของบริการผู้ป่วยนอกที่ร้อยละ 43 และบริการผู้ป่วยในร้อยละ 89 ปรากฏผลตามแสดงในตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** ผลการคาดการณ์สถานะทางการเงินคลังของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามสัดส่วนการใช้สิทธิของผู้รับบริการทางสุขภาพตามรายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2550

ตัวชี้วัด	2551	2554	2557	2560
ดุลบัญชีเทียบเป็นร้อยละของรายรับ (ร้อยละ)	16.84	15.84	14.83	13.80
ค่าใช้จ่ายสุขภาพต่อหัว (บาท)	1,746	1,961	2,202	2,473

หมายเหตุ: สัดส่วนการใช้สิทธิของผู้รับบริการการรักษาผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในเป็นร้อยละ 43 และ ร้อยละ 89 ตามลำดับ

จากตารางที่ 5 สะท้อนให้เห็นว่า ตามความเป็นจริงอาจเป็นไปได้ว่า ปัจจุบันโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าดำเนินการอยู่ในสถานะที่การเงินเป็นบวกอยู่ถึงร้อยละ 16.84 ของรายรับทั้งหมด โดยมีค่าใช้จ่ายทางสุขภาพต่อหัว 1,746 บาท ต่ำกว่าอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่ได้รับจัดสรรในปีงบประมาณ พ.ศ. 2551 ซึ่งอยู่ที่ 2,100 บาท ผลการศึกษานี้ได้ตั้งประเด็นที่ควรได้มีการศึกษาต่อไปว่า งบประมาณส่วนที่เหลือนั้นกระจายอยู่ในส่วนใดของระบบการดำเนินงานของโครงการฯ ระหว่างสถานพยาบาล หรือหน่วยงานกลางของรัฐบาล ถ้าหากส่วนเกินตกอยู่กับสถานพยาบาล ส่วนเกินนั้นมีการกระจายอย่างไรในกลุ่มสถานพยาบาลที่ให้บริการ หรือมีความเป็นไปได้ว่าบางสถานพยาบาลมีการเกินดุลของรายรับต่อค่าใช้จ่ายสูง ขณะที่บางสถานพยาบาลอาจอยู่ในสภาพขาดดุลทางการเงิน

แม้จากรายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ แสดงให้เห็นว่าการใช้สิทธิเข้ารับการรักษาพยาบาลของประชาชนยังไม่เต็มที่ แต่การวิเคราะห์ในส่วนต่อไปจะกำหนดให้ในสถานการณ์สมมติว่า การใช้สิทธิของประชาชนเป็นไปอย่างเต็มที่ ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการศึกษาและการวางแผนรับมือกับเหตุการณ์ที่อาจจะ

เกิดได้ ทั้งนี้พบว่าใน พ.ศ. 2551 ค่าใช้จ่ายต่อหัวของแต่ละหลักประกันหรือสิทธิประโยชน์มีระดับแตกต่างกันมาก โดยเฉพาะระหว่างโครงการสิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ ซึ่งมีค่าใช้จ่ายต่อหัวสูงถึง 9,359 บาท หรือสูงถึง 4-4.5 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับอีกสองโครงการ (ตารางที่ 6) เป็นผลจากความแตกต่างในความครอบคลุมของสิทธิประโยชน์ และความแตกต่างในวิธีการการเงินในการซื้อบริการสุขภาพ สำหรับโครงการสิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ หมวดการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกใช้วิธีการเบิกจ่ายตามจริง ซึ่งเป็นวิธีการจ่ายเงินให้แก่ผู้ให้บริการแบบปลายเปิดที่ยากแก่การควบคุมค่าใช้จ่ายกว่าวิธีการแบบปลายปิด เช่น การจัดสรรงบประมาณและค่าใช้จ่ายแบบรายหัว โดยวิธีการหลังนี้นำมาใช้ในโครงการประกันสังคม และโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ตารางที่ 6 ประมาณค่าใช้จ่ายสุขภาพภายใต้หลักประกันสุขภาพ พ.ศ. 2551<sup>1/</sup>

โครงการ	ค่าใช้จ่ายรวม (พันบาท)	ผู้รับสิทธิประโยชน์ (คน)	ค่าใช้จ่ายต่อหัว (บาท)	สัดส่วนค่าใช้จ่ายต่อหัว เทียบกับของโครงการ หลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า (เท่า)
โครงการสิทธิประโยชน์การรักษา พยาบาลสำหรับข้าราชการฯ	49,037,455	5,239,481	9,359	4.46
โครงการประกันสังคม	23,641,820	9,835,528	2,404	1.14
โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	98,593,461	46,949,267	2,100	1.00

หมายเหตุ: <sup>1/</sup> ในส่วนของสองโครงการแรกพบว่า มีข้อจำกัดของข้อมูลค่าใช้จ่ายและงบประมาณที่จัดสรรไว้ใน พ.ศ. 2551 จึงประมาณการจากตัวเลขใน พ.ศ. 2550 ปรับด้วยอัตราเงินเฟ้อ จึงอาจทำให้ค่าที่ได้ต่ำกว่าค่าใช้จ่ายจริงใน พ.ศ. 2551

### ฐานะทางการคลังของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้สถานการณ์ทางเลือก

กำหนดให้สถานการณ์ทางเลือกที่คาดว่าจะเกิดขึ้นและส่งผลกระทบต่อการเงินของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีห้าสถานการณ์ (รายละเอียดดังตารางที่ 2) ทั้งนี้สามารถแบ่งออกเป็นสองลักษณะ คือ สถานการณ์ที่จะส่งผลกระทบต่อการเงินและรายรับ-รายจ่ายของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้แก่ สถานการณ์ทางเลือกที่ 1 และ 2 (S1 และ S2) และสถานการณ์ที่จะส่งผลกระทบต่อการเงินและรายรับ-รายจ่ายของโครงการฯ ได้แก่ สถานการณ์ทางเลือกที่ 3 4 และ 5 (S3 S4 และ S5)

ตารางที่ 7 แสดงผลการคาดการณ์ดุลการคลังของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้สถานการณ์ต่างๆ ที่กำหนดขึ้น ภายใต้สถานการณ์ฐานพบว่า ดุลการคลังของโครงการติดลบและมีแนวโน้มสูงขึ้นในแต่ละปีจากร้อยละ 0.91 ของรายรับใน พ.ศ. 2551 เป็นร้อยละ 4.60 ใน พ.ศ. 2560

ตารางที่ 7 ร้อยละดุลการคลังเทียบต่อรายรับของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในแต่ละสถานการณ์ที่ศึกษา

สถานการณ์ที่ศึกษา	2551	2554	2557	2560
สถานการณ์ฐาน	-0.91	-2.12	-3.35	-4.60
S1		-16.91	-33.28	-50.03
S2		-9.91	-11.23	-12.57
S3		4.61	15.50	25.15
S4		7.74	6.62	5.50
S5		15.91	15.07	14.24

เมื่อพิจารณาผลการคาดการณ์ภายใต้สถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อทางบวกต่อรายรับ-รายจ่ายของโครงการ ได้แก่ สถานการณ์ S3 เทียบกับสถานการณ์ S4 และ S5 จะเห็นได้ว่า เมื่อรัฐบาลใช้รูปแบบการจัดสรรงบประมาณแบบผูกพัน โดยเพิ่มขนาดงบประมาณตามการขยายตัวทางเศรษฐกิจ จะทำให้ดุลการคลังของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในพ.ศ. 2554 มีสถานะที่เป็นบวก (ร้อยละ 4.61 ของรายรับโครงการฯ) แม้จะน้อยกว่าดุลการคลังที่เป็นบวกที่จะเกิดภายใต้ S4 และ S5 ในปีเดียวกัน (ร้อยละ 7.74 และ 15.91 ตามลำดับ) แต่สถานะเป็นบวกนี้มีการปรับตัวดีขึ้นและถือว่าดีที่สุดในระยะยาว จะเห็นได้ว่าดุลการคลังมีค่าเป็นบวกสูงถึงร้อยละ 25.15 ของรายรับในพ.ศ. 2560

หากเปรียบเทียบสถานการณ์ S4 และ S5 เป็นสถานการณ์ที่กำหนดในแง่ที่ช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายสุทธิ (ลดรายจ่ายใน S4 และ เพิ่มรายรับใน S5) ของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีต่อกลุ่มลูกจ้างนายจ้าง ในภาคเอกชน และผู้ประกอบการส่วนตัว จะเห็นว่าสถานการณ์ S5 ให้ผลกระทบต่อดุลการคลังเป็นบวกมากกว่า S4 อย่างชัดเจน ระหว่างร้อยละ 14 ถึง 15 ของรายรับ ขณะที่สถานการณ์ S4 อยู่ที่ร้อยละ 5 ถึง 7 อย่างไรก็ตามหากพิจารณาในสภาพความเป็นจริง สถานการณ์ S4 อาจเป็นทางเลือกที่มีความเป็นไปได้มากกว่า S5 สถานการณ์หลังน่าจะทำได้ยากอันอาจเนื่องมาจากกระแสต่อต้านและค่าใช้จ่ายบริหารจัดการเก็บเงินสมทบเข้าสู่โครงการฯ จากกลุ่มลูกจ้างและนายจ้างที่มีแนวโน้มค่อนข้างสูง

ภายใต้สถานการณ์ที่จะส่งผลกระทบต่อรายรับ-รายจ่ายของโครงการ ผลกระทบที่อาจจะเกิดภายใต้สถานการณ์ S1 ที่กำหนดให้ต้นทุนต่อหน่วยในการให้บริการสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นในแต่ละปีเพื่อสะท้อนความพยายามในการพัฒนาคุณภาพการบริการและการลงทุนในระยะยาว พบว่า สถานะการคลังของโครงการฯ ติดลบสูงเกือบร้อยละ 17 ของรายรับใน พ.ศ. 2554 และยิ่งสูงขึ้นในระยะยาว โดยใน พ.ศ. 2560 คาดว่าการขาดดุลจะสูงถึงร้อยละ 50 ทั้งนี้จากการศึกษาของ Chamchan (2007) พบว่าโรงพยาบาลและสถานพยาบาลภาครัฐที่เป็นคู่สัญญากับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหลายแห่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือยอมรับว่าภายใต้งบประมาณที่ได้รับจัดสรรอย่างจำกัดและไม่เพียงพอ ทำให้สถานพยาบาลต้องรัดเข็มขัดค่าใช้จ่ายอย่างมาก โดยค่าใช้จ่ายลงทุนเพื่อการพัฒนาในระยะยาวเป็นส่วนที่ถูกตัดลงมาก จึงอาจส่งผลกระทบต่อศักยภาพการให้บริการของสถานพยาบาลในระยะยาว

สถานการณ์ S2 กำหนดให้การใช้บริการเปลี่ยนจาก ณ สถานพยาบาลเอกชนมาเป็น ณ สถานพยาบาลภาครัฐทั้งหมด ถือได้ว่าเป็นสถานการณ์ที่ควรคำนึงถึงโดยเฉพาะในปัจจุบันที่ภาวะเศรษฐกิจตกต่ำทั่วโลก ส่งผลกระทบต่อการหดตัวของเศรษฐกิจ รายได้ และการจ้างงานในประเทศไทย การใช้บริการ ณ สถานพยาบาลภาครัฐมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้น และการใช้บริการจากสถานพยาบาลเอกชนลดลง ดังที่เกิดขึ้นมาแล้วในช่วงที่ประเทศไทยประสบปัญหาวิกฤตเศรษฐกิจใน พ.ศ. 2540 (Wibulpolprasert *et al.*, 2001) จากสถานการณ์นี้พบว่า แม้จะทำให้การขาดดุลการคลังน้อยกว่าการขาดดุลภายใต้สถานการณ์ S1 แต่ก็ทำให้ภาระทางการคลังของโครงการฯ ติดลบเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับการคาดการณ์ภายใต้สถานการณ์ฐาน โดยดุลการคลังติดลบร้อยละ -9.91 ใน พ.ศ. 2554 และร้อยละ -12.57 ใน พ.ศ. 2560

### ผลการประเมินทางเลือกนโยบายทางการเงินทางการคลังของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ในส่วนต่อจากนี้เป็นผลการศึกษากรณีสมมติให้เกิดสถานการณ์ S1 หรือ S2 ร่วมกับสถานการณ์อื่นๆ (สถานการณ์ S3 S4 และ/หรือ S5) ที่สามารถช่วยลดภาระทางการคลังของโครงการฯ จากตารางที่ 8 พบว่า สถานการณ์ S1 มีผลทำให้โครงการฯ ติดลบทางการคลังกว่าร้อยละ 16.91 และร้อยละ 50.03 ใน พ.ศ. 2554 และ พ.ศ. 2560 ตามลำดับ เมื่อกำหนดให้สถานการณ์ S1 เกิดควบคู่กับ S3 S4 และ/หรือ S5 โดยกรณี S1 เกิดควบคู่กับ S3 (S1S3) ผลที่ได้จากการคาดการณ์ชี้ให้เห็นว่า การที่รัฐบาลจัดสรรงบประมาณโครงการฯ ให้มีอัตราขยายตัวตามการเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศ (S3) ถือเป็นทางเลือกการจัดการทางการเงินที่เหมาะสมในระยะยาวในการรองรับภาระค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นในแต่ละปีจากการลงทุนและพัฒนา ระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพดีขึ้น (S1) เมื่อเทียบกับกรณีเกิดควบคู่กับทางเลือก S4 และ S5 จะเห็นได้ว่าดุลการคลังใน พ.ศ. 2560 ภายใต้สถานการณ์ S1S3 มีการขาดดุลต่ำกว่าโดยอยู่ที่ร้อยละ -7.65 ของรายรับ เมื่อเทียบกับ S1S4 และ S1S5 อยู่ที่ร้อยละ -35.55 และ -23.02 ตามลำดับ

ตารางที่ 8 ร้อยละดุลการคลังเทียบต่อรายรับของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภายใต้สถานการณ์ร่วมกับ S1

สถานการณ์ที่ศึกษา	2551	2554	2557	2560
สถานการณ์ฐาน	-0.91	-2.12	-3.35	-4.60
S1		-16.91	-33.28	-50.03
S1S3		-11.76	-10.26	-7.65
S1S4		-5.62	-20.41	-35.55
S1S5		3.73	-9.52	-23.02
S1S3S4		1.34	1.55	3.00
S1S3S5		9.02	7.45	7.22

เมื่อพิจารณากรณีสถานการณ์ร่วม S1S3S5 จะเห็นว่าเกิดผลดีกว่า S1S3S4 เนื่องจากให้ดุลการคลังเป็นบวกสูงกว่าตลอดช่วงการศึกษา โดยในสถานการณ์ S1S3S5 คิดเป็นร้อยละ 9.02 และร้อยละ 7.22 ของรายรับใน พ.ศ. 2554 และ พ.ศ. 2560 เมื่อเทียบสถานการณ์ S1S3S4 ร้อยละ 1.34 และร้อยละ 3.00 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามความเป็นไปได้ในการดำเนินการตามสถานการณ์ S5 ยากกว่าเมื่อเทียบกับสถานการณ์ S4 ดังกล่าวแล้วข้างต้น

จากตารางที่ 9 ในสถานการณ์ S2 เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชนจากการใช้บริการสุขภาพจากสถานพยาบาลเอกชนมาเป็นการใช้บริการสถานพยาบาลภาครัฐทั้งหมดพบว่า มีผลทำให้โครงการฯ ติดลบทางการคลังกว่าร้อยละ -9.91 ใน พ.ศ. 2554 ถึงร้อยละ -12.57 ใน พ.ศ. 2560 เมื่อกำหนดสถานการณ์ให้เกิด S2 ควบคู่กับสถานการณ์ทางเลือกในการลดภาระทางการเงินของโครงการฯ ทั้งห้ารูปแบบสถานการณ์ดังตารางพบว่า ในภาพรวมให้ผลคล้ายคลึงกับในกรณีข้างต้นในตารางที่ 8 กล่าวคือ สถานการณ์ S3 เป็นทางเลือกที่ให้ผลกระทบเป็นบวกต่อการคลังของโครงการฯ ดีที่สุดในระยะยาว และเมื่อพิจารณากรณีศึกษาร่วมของทางเลือก S2S3S4 แม้จะให้ผลกระทบเป็นบวกต่อดุลการคลังน้อยกว่า แต่ก็น่าจะมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติมากกว่าทางเลือก S2S3S5 นอกจากนี้ยังพบว่าการจัดการการขาดดุลที่เกิดในกรณีของสถานการณ์ S2 ร่วมกับทางเลือก S4 นับได้ว่าเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่น่าสนใจ หากข้อตกลงการจัดสรรงบประมาณจากรัฐบาลตามทางเลือก S3 ไม่สามารถเป็นไปได้ ทางเลือก S2S4 จะเป็นเพียงเงื่อนไขเดียวที่ใช้สถานการณ์ S4 มาจัดการกับการขาดดุลจากสถานการณ์ S2 ให้กลับมาเป็นบวกได้ถึงร้อยละ 2.81-4.78 ของรายรับตลอดช่วงการศึกษา

ตารางที่ 9 ร้อยละดุลการคลังเทียบต่อรายรับของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภายใต้สถานการณ์ร่วมกับ S2

สถานการณ์ที่ศึกษา	2551	2554	2557	2560
สถานการณ์ฐาน	-0.91	-2.12	-3.35	-4.60
S2		-9.91	-11.23	-12.57
S2S3		-0.48	12.92	24.58
S2S4		2.81	3.78	4.78
S2S5		11.42	12.49	13.58
S2S3S4		9.22	21.33	31.86
S2S3S5		22.27	30.90	38.70

### สรุปและข้อเสนอแนะ

จากการคาดการณ์ฐานะทางการคลังของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยการประมาณรายรับหรืองบประมาณที่มีการจัดสรรให้แก่โครงการฯ เปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายทางสุขภาพจากข้อมูลการเจ็บป่วยของประชาชน พฤติกรรมการใช้บริการและการใช้สิทธิทางสุขภาพ ต้นทุนการให้บริการสุขภาพ

ณ สถานพยาบาลในแต่ละระดับการให้บริการ รวมถึงข้อมูลทางด้านประชากรและโครงสร้างแรงงาน พบว่าการคลังของโครงการฯ อยู่ในฐานะขาดดุล โดยมีค่าใช้จ่ายสุขภาพโดยรวมสูงกว่ารายรับหรืองบประมาณที่ได้รับจัดสรร อย่างไรก็ตามการขาดดุลนั้นถือว่าอยู่ในระดับที่ไม่สูงมากนัก แม้มีแนวโน้มติดลบเพิ่มขึ้นในระยะยาว จากประมาณร้อยละ 0.91 ของรายรับใน พ.ศ. 2551 เป็นร้อยละ -4.60 ใน พ.ศ. 2560 แต่หากพิจารณาจากข้อมูลจากรายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2550 พบว่าอัตราการใช้สิทธิประโยชน์ทางสุขภาพของประชาชนที่เข้ารับบริการสุขภาพยังอยู่ในระดับไม่เต็มที่ ผู้เข้ารับบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในมีการใช้สิทธิเพียงร้อยละ 43 และ ร้อยละ 89 ตามลำดับ กลับพบว่าในความเป็นจริงโครงการฯ อาจมีฐานะทางการเงินเป็นบวกสูงถึงกว่าร้อยละ 16 ของรายรับ อย่างไรก็ตามตัวเลขนี้เป็นเพียงประมาณการจากผลการสำรวจการเจ็บป่วยและพฤติกรรมการใช้บริการจากประชาชน ซึ่งอาจแตกต่างจากข้อมูลการเจ็บป่วยและอัตราการใช้บริการที่เกิดขึ้นจริง ณ สถานพยาบาลคู่สัญญาของโครงการฯ ที่ให้บริการ

ในการศึกษาฐานะทางการคลังของโครงการฯ ภายใต้สถานการณ์ทางเลือกห้าสถานการณ์ โดยสองสถานการณ์ (S1 และ S2) กำหนดให้เป็นสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อการคลังของโครงการฯ คือ ทำให้ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพสูงขึ้น และอีกสามสถานการณ์ (S3 S4 และ S5) เป็นสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อการคลัง คือ ช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายสุขภาพหรือเพิ่มรายรับของโครงการฯ หากพิจารณาตามสถานการณ์กลุ่มหลังพบว่า สถานการณ์ S3 ที่กำหนดให้การจัดสรรงบประมาณจากรัฐบาลให้แก่โครงการฯ ในแต่ละปี มีลักษณะเป็นข้อผูกพันปรับเพิ่มขึ้นตามการขยายตัวทางเศรษฐกิจของประเทศถือเป็นทางเลือกที่เหมาะสมในระยะยาว ทั้งในแง่ช่วยเพิ่มศักยภาพความสามารถทางการคลังของโครงการฯ ในการจัดการการขาดดุลที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต และช่วยให้ความเป็นไปได้ในการวางแผนทางการเงินของโครงการฯ ในระยะยาวมีความชัดเจนและแน่นอนมากกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

ปัจจุบันประชากรบางส่วนที่ได้รับความครอบคลุมภายใต้โครงการฯ ที่มีความสามารถจ่ายเบี้ยสมทบ เช่น กลุ่มแรงงาน ลูกจ้าง และนายจ้างในภาคเอกชน ซึ่งตามข้อกำหนดแล้วควรจะต้องลงทะเบียนและได้รับความคุ้มครองภายใต้โครงการประกันสังคม แต่กลับได้รับสิทธิประโยชน์คุ้มครองภายใต้โครงการฯ จากสถานการณ์ S4 พบว่า หากมีการโอนย้ายประชากรกลุ่มนี้ไปอยู่ภายใต้ความคุ้มครองของโครงการประกันสังคมได้ ก็จะสามารถช่วยลดภาระทางการคลังของโครงการฯ ได้ระดับหนึ่ง กรณีนี้แม้โครงการฯ จะมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความครอบคลุมด้านสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพแก่ประชาชนในรูปแบบถ้วนหน้า หรือ universal coverage แต่ภายใต้การดำเนินงานในสภาพงบประมาณค่อนข้างจำกัดและมีแนวโน้มการขาดดุลทางการคลัง จึงถือได้ว่าการให้การคุ้มครองแบบเจาะจง หรือ targeting coverage โดยมุ่งเน้นเฉพาะในกลุ่มประชากรที่มีความสามารถในการจ่ายต่ำ หรือกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากภาครัฐอาจเป็นทางเลือกที่จำเป็น ภายใต้แนวคิดคล้ายกันนี้ในสถานการณ์ S5 ด้วยข้อสมมติให้กลุ่มประชากรภายใต้โครงการฯ ที่เป็นกลุ่มลูกจ้าง นายจ้าง และผู้ประกอบการธุรกิจส่วนตัวต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนโครงการฯ เป็นอัตราที่

เทียบเท่ากับอัตราสมทบของโครงการประกันสังคม พบว่าเป็นทางเลือกทางการคลังที่น่าสนใจเพื่อเพิ่มรายรับและความสามารถทางการเงินให้แก่โครงการฯ แต่นับว่ายังมีความเป็นไปได้ที่ค่อนข้างต่ำ

งานศึกษาต่อไปอาจได้พิจารณาถึงความเป็นไปได้อีกทางหนึ่งในการลดภาระทางการเงินของโครงการฯ คือ การขยายความคุ้มครองของโครงการประกันสังคม ให้ครอบคลุมกลุ่มประชากรที่พึ่งพิงของผู้ประกันตน (เช่น คู่สมรส บุตร ผู้สูงอายุ ที่ไม่ได้ทำงาน) เนื่องจากกลุ่มผู้ประกันตนกับโครงการประกันสังคมเป็นกลุ่มในวัยทำงานซึ่งมีอัตราการเจ็บป่วยและการใช้สิทธิทางสุขภาพค่อนข้างต่ำ ทำให้พบว่าค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ (กรณีสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลและการคลอดบุตร) ของโครงการประกันสังคมยังอยู่ในระดับต่ำเมื่อเทียบกับเบี้ยสมทบที่จัดเก็บได้ในแต่ละปี ในส่วนของโครงการสิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ พบว่ามีค่าใช้จ่ายต่อหัวสูงกว่าทุกโครงการ ดังนั้นความพยายามควบคุมต้นทุนและค่าใช้จ่ายของโครงการนี้นับว่ามีความจำเป็น โดยค่าใช้จ่ายที่จะลดลงได้จะช่วยให้รัฐบาลมีความสามารถในการจัดสรรเงินเพื่ออุดหนุนโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้มากขึ้น แต่อาจมีกระแสคัดค้านจากผู้ได้สิทธิภายใต้โครงการสิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ นอกจากนี้ข้อกำหนดด้านงบประมาณระหว่างโครงการสิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ และโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ปัจจุบันกำกับดูแลอยู่ภายใต้คณะหน่วยงานก็อาจเป็นปัจจัยที่ทำให้ทางเลือกนี้เป็นไปได้ยากในทางปฏิบัติ

อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้นี้ยังมีข้อจำกัดบางประการที่ควรได้พิจารณาในการศึกษาครั้งต่อไป ดังนี้

1) ข้อจำกัดของการประยุกต์แบบจำลอง Simlins ในกรณีศึกษาประเทศไทย ตามคำนิยามและพารามิเตอร์ที่กำหนดไว้ในแบบจำลองซึ่งอ้างอิงจากองค์การอนามัยโลก ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพภายใต้โครงการประกันสังคมทั้งหมดถือเป็นค่าใช้จ่ายสุขภาพของภาครัฐ แม้ว่าบางส่วนเป็นค่าใช้จ่ายที่มีรายรับมาจากเก็บเบี้ยสมทบจากผู้ประกันตนในภาคเอกชน จากการกำหนดตามคำนิยามที่ใช้ทำให้ตัวเลขค่าใช้จ่ายสุขภาพของภาครัฐที่ได้จากการประมาณการโดยแบบจำลองสูงกว่าตัวเลขค่าใช้จ่ายทางสุขภาพในส่วนของรัฐบาลที่เกิดขึ้นจริง

2) ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พิจารณาเฉพาะการให้บริการ ณ สถานพยาบาลภาครัฐ ซึ่งในความเป็นจริงแล้วยังมีสถานบริการคู่สัญญาที่โครงการฯ ในกลุ่มคลินิกเอกชนและโรงพยาบาลเอกชนด้วย ในการประมาณการจึงแก้ไขข้อจำกัดนี้ด้วยการบวกเพิ่มการให้บริการสุขภาพภายใต้โครงการฯ ตามสัดส่วนสถานบริการคู่สัญญาที่เป็นสถานบริการเอกชนโดยในพ.ศ. 2551 โรงพยาบาลคู่สัญญาของโครงการมีทั้งสิ้น 966 แห่ง จากจำนวนนี้เป็นโรงพยาบาลเอกชน 55 แห่ง และคลินิกเอกชน 150 แห่ง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2551)

3) ข้อมูลต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เป็นข้อมูลประมาณการจากตัวเลขซึ่งอ้างอิงจากงานศึกษาอื่น การศึกษาครั้งต่อไปควรใช้ข้อมูลที่ได้จากการคำนวณโดยตรงจากฐานข้อมูลรายงาน

กิจกรรมและการเงิน (รายงาน 0110 รง 5) ที่สถานพยาบาลรายงานต่อกระทรวงสาธารณสุข

4) บริการทางสุขภาพที่แจ่มแจ้งและใช้ในการประมาณการค่าใช้จ่ายของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกอบด้วย บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพ ส่วนค่าใช้จ่ายของบริการสุขภาพอื่นๆ ได้แก่ บริการการแพทย์ฉุกเฉิน บริการรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้บริการ ไม่ได้แจ่มแจ้งรายการในการประมาณการแต่รวมเป็นบริการสุขภาพอื่นๆ

5) การศึกษานี้ประมาณการค่าใช้จ่ายสุขภาพของโครงการฯ โดยใช้ข้อมูลการเจ็บป่วยและพฤติกรรมกรการใช้บริการทางสุขภาพของประชาชนจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งอาจไม่ตรงกับจำนวนและอัตราการใช้บริการ ณ สถานบริการคู่สัญญาของโครงการฯ ที่เกิดขึ้นจริง อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากการสำรวจดังกล่าวน่าจะสะท้อนการเจ็บป่วยและความต้องการการได้รับบริการทางสุขภาพที่แท้จริงมากกว่าข้อมูลจากการให้บริการจริง ณ สถานพยาบาล ซึ่งมีแนวโน้มต่ำกว่า เพราะตัวเลขที่ได้จากสถานพยาบาลคิดเฉพาะผู้ที่ต้องการรับบริการและสามารถเข้าถึงสถานพยาบาลได้เท่านั้น

6) การศึกษาในครั้งนี้ มีลักษณะเป็นการศึกษาเชิงทดลองทำให้การกำหนดข้อสมมติตัวแปรต่างๆ ในการประมาณการระยะเวลา 10 ปี ทั้งในส่วนสถานการณ์ฐานและสถานการณ์ทางเลือกมีข้อจำกัดและอาจไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง ดังนั้นการอ้างอิงผลที่ได้จากการคาดการณ์จึงควรเป็นไปในลักษณะของแนวโน้มหรือทิศทางที่จะเกิดขึ้นมากกว่าการอ้างอิงผลเชิงตัวเลข

7) ในการศึกษาไม่ได้พิจารณาปัจจัยทางด้านโครงสร้างอายุของประชากรในการประมาณการการเจ็บป่วย อัตราการใช้บริการสุขภาพ และค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ การศึกษาครั้งต่อไปควรต้องนำปัจจัยเหล่านี้เข้ามาพิจารณาด้วย เพื่อสะท้อนสถานการณ์ที่ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและจะส่งผลต่อค่าใช้จ่ายสุขภาพในอนาคต

## เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. 2551. **สรุปงบประมาณรายจ่ายประจำปี พ.ศ. 2551**. กระทรวงสาธารณสุข. ธนาคารแห่งประเทศไทย. 2552. **เครื่องชี้ภาวะเศรษฐกิจที่สำคัญ พ.ศ. 2551**. ฝ่ายบริหารข้อมูล, ธนาคารแห่งประเทศไทย.
- วลัยพร พัชรนฤมล และคณะ. 2547. "อัตราเหมาจ่ายรายหัวปีงบประมาณ 2548: การปรับวิธีประมาณการครั้งใหญ่." **วารสารวิชาการสาธารณสุข** 13 (6): 983-997.
- วิโรจน์ ณะระนอง, อัญชญา ณะระนอง, และ ศรัชัย เตரியมวรกุล. 2547. **รายงานโครงการติดตามประเมินผล การจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระยะที่สอง (2546-2547): หนึ่งปีแรกของการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า**. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI).
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. 2549. **การฉายภาพประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2548-2568**. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2550. **รายได้ประชาชาติของประเทศไทย พ.ศ. 2550**. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สำนักงานประกันสังคม. 2551. **รายงานประจำปี พ.ศ. 2550**. สำนักงานประกันสังคม, กระทรวงแรงงาน.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2550. **การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2550**. สำนักสถิติพยากรณ์, สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2551. **รายงานการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรไตรมาสที่ 1 พ.ศ. 2551**. สำนักสถิติพยากรณ์, สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2551. **รายงานผลการดำเนินงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีงบประมาณ 2551 (ตุลาคม 2550-กันยายน 2551)**. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- Carrin, G. and C. James. 2004. **SimIns Health Insurance Simulation Model Version 1.0**. July 2004. WHO, GTZ and Federal Ministry for Economic Cooperation and Development.
- Chamchan, C. 2007. "Impacts and Constraints of Universal Coverage in Thailand's Public Health: A Survey Study in the Northeast Region." **Southeast Asian Studies** 45 (2): 229- 271.
- Chamchan, C. and G. Carrin. 2006. "A Macroeconomic View of Cost Containment: Simulation Experiments for Thailand." **Thammasat Economic Journal** 24 (2): 73-102.
- Docteur, E. and H. Oxley. 2003. "Health Care Systems: Lessons from the Reform Experience." **Economic Department Working Papers No. 374**. Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD).
- Sakunphanit, T. *et al.* 2009. **Assessment of the Trend of Cost and Service Cost and Service Pressures in Thai Health Delivery Systems**. Paper presented at the 2nd Workshop on Country Development Partnership in Health: Sustainable Health Financing in the Era of Universal Coverage, April 30, 2009, International Health Policy Program (IHPP), Ministry of Public Health.
- Wibulpolprasert, S. *et al.* 2001. "Chapter 9: Economic dynamics and health implications." **Thailand Health Profile 1999-2000** (Online). [www.moph.go.th/ops/thealth%5F44/index\\_eng.htm](http://www.moph.go.th/ops/thealth%5F44/index_eng.htm), June 30, 2009.