



## รายงานผลการพิจารณาคีกรษา



**การปฏิรูปหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย  
เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน  
(Thai universal health coverage reform for sustainable development)**

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา  
สำนักกรรมการ ๓  
สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา  
พฤษภาคม ๒๕๖๔



รายงานผลการพิจารณาศึกษา

เรื่อง การปฏิรูปหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย  
เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน

(Thai universal health coverage reform  
for sustainable development)

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา

สำนักกรรมการ ๓  
สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา



(สำเนา)

## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา โทร. ๓๕๖๐ - ๖๑

ที่ สว (กมธ ๓) ๐๐๑๙/(ร ๐๓) วันที่ ๑๔ มกราคม ๒๕๖๔

เรื่อง รายงานผลการพิจารณารายงานศึกษา เรื่อง การปฏิรูปหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย  
เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (Thai universal health coverage reform for sustainable development)

กราบเรียน ประธานวุฒิสภา

ด้วยในคราวประชุมวุฒิสภา ครั้งที่ ๑๗ (สมัยสามัญประจำปีครั้งที่หนึ่ง) วันอังคารที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๖๒ ที่ประชุมวุฒิสภาได้มีมติตั้งคณะกรรมการสามัญประจำสภาตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๗๘ (๒๐) ซึ่งคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา เป็นคณะกรรมการสามัญประจำวุฒิสภา มีหน้าที่และอำนาจพิจารณาร่างพระราชบัญญัติ กระทำกิจการพิจารณาขอเท็จจริง หรือศึกษาเรื่องใด ๆ ที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข การพัฒนาระบบสุขภาพ การบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน โดยรวมถึงการรักษาพยาบาล การควบคุม และป้องกันโรค การฟื้นฟู การส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน รวมถึงปัญหาผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากร และการพัฒนา ศึกษา ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศและแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ที่อยู่ในหน้าที่และอำนาจ และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งปัจจุบันคณะกรรมการคณะนี้ ประกอบด้วย

- |   |                                |
|---|--------------------------------|
| ๑. นายเจตน์ ศิรธรานนท์                    | ประธานคณะกรรมการ               |
| ๒. ผู้ช่วยศาสตราจารย์เฉลิมชัย บุญยะลีพรรณ | รองประธานคณะกรรมการ คนที่หนึ่ง |
| ๓. นายณรงค์ สหเมธาพัฒน์                   | รองประธานคณะกรรมการ คนที่สอง   |
| ๔. รองศาสตราจารย์ พลเอก ไตรโรจน์ ครุฑเวโช | รองประธานคณะกรรมการ คนที่สาม   |
| ๕. นายทวีวงศ์ จุลกมนตรี                   | เลขานุการคณะกรรมการ            |
| ๖. ผู้ช่วยศาสตราจารย์บุญส่ง ไขเกษ         | โฆษกคณะกรรมการ                 |
| ๗. พลเรือเอก ณรงค์ พิพัฒนาภัย             | ประธานที่ปรึกษาคณะกรรมการ      |
| ๘. พลโท อำพน ชูประทุม                     | ที่ปรึกษาคณะกรรมการ            |
| ๙. พลเอก ปรีชา จันทร์โอชา                 | ที่ปรึกษาคณะกรรมการ            |
| ๑๐. นายพิศาล มาณวพัฒน์                    | ที่ปรึกษาคณะกรรมการ            |
| ๑๑. พลเอก วินัย สร้างสุขดี                | ที่ปรึกษาคณะกรรมการ            |
| ๑๒. พลอากาศตรี เฉลิมชัย เครื่องาม         |                                |
| ๑๓. นางทัศนียา ยุกานนท์                   |                                |
| ๑๔. นายพิทักษ์ ไชยเจริญ                   |                                |
| ๑๕. พลเอก วรার্থ บุญญะสิทธิ์              |                                |
| ๑๖. พลตำรวจโท สมหมาย กองวิสัยสุข          |                                |
| ๑๗. นางสุนี จีงวิโรจน์                    |                                |

บัดนี้...

บัดนี้ คณะกรรมการได้ดำเนินการพิจารณาศึกษา เรื่อง การปฏิรูปหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (Thai universal health coverage reform for sustainable development) เสร็จเรียบร้อยแล้ว โดยมีข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงกราบเรียนมาเพื่อโปรดนำเสนอรายงานของคณะกรรมการต่อที่ประชุมวุฒิสภาเพื่อพิจารณาต่อไป ตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๙๘ ต่อไป

(ลงชื่อ) เจตน์ ศิรธรานนท์

(นายเจตน์ ศิรธรานนท์)

ประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา

สำเนาถูกต้อง



(นางสุภาพร วิเชียรเพชร)

ผู้บังคับบัญชากลุ่มงานคณะกรรมการการสาธารณสุข

ฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการการสาธารณสุข  
สำนักกรรมการ ๓ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา  
โทร. ๐ ๒๒๐๖ ๖๖๙๙ ต่อ ๓๕๖๐ - ๖๑

กนิษฐา พิมพ์  
สุภาพร ทาน

ก

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา



นายเจตน์ ศิรธรานนท์  
ประธานคณะกรรมการ



ผู้ช่วยศาสตราจารย์เฉลิมชัย บุญยะลีพรรณ  
รองประธานคณะกรรมการ คนที่หนึ่ง



นายณรงค์ สหเมธาพัฒน์  
รองประธานคณะกรรมการ คนที่สอง



รองศาสตราจารย์ พลเอก ไตรโรจน์ ครุฑเวช  
รองประธานคณะกรรมการ คนที่สาม



นายทวีวงศ์ จุลกมนตรี  
เลขานุการคณะกรรมการ



ผู้ช่วยศาสตราจารย์บุญส่ง ไข่เกษ  
โฆษกคณะกรรมการ



พลเรือเอก ณรงค์ พิพัฒนาภัย  
ประธานที่ปรึกษาคณะกรรมการ

ข



พลโท อำพน ชูประทุม  
ที่ปรึกษาคณะกรรมาธิการ



พลเอก ปรีชา จันทร์โอชา  
ที่ปรึกษาคณะกรรมาธิการ



นายพิศาล มาณวพัฒน์  
ที่ปรึกษาคณะกรรมาธิการ



พลเอก วินัย สร้างสุขดี  
ที่ปรึกษาคณะกรรมาธิการ



พลอากาศตรี เฉลิมชัย เครื่องงาม  
กรรมาธิการ



นางทัศนียา ยูวานนท์  
กรรมาธิการ



นายพิทักษ์ ไชยเจริญ  
กรรมาธิการ



พลเอก วรวิทย์ บุญญะสิทธิ์  
กรรมาธิการ



พลตำรวจโท สมหมาย กองวิสัยสุข  
กรรมาธิการ



นางสุนี จึงวิโรจน์  
กรรมาธิการ

ค

คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน



นายพิศาล มาณวพัฒน์  
ประธานคณะอนุกรรมการ



รองศาสตราจารย์ พลเอก ไตรโรจน์ ครุฑवेश  
รองประธานคณะอนุกรรมการ



นายแพทย์สุรเดช วลีอิทธิกุล  
อนุกรรมการ



ผู้ช่วยศาสตราจารย์วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์  
อนุกรรมการ



เภสัชกรหญิงวลัยพร พิชรณมุล  
อนุกรรมการ



นายแพทย์เกรียงศักดิ์ วัชรนุกูลเกียรติ  
อนุกรรมการ



นายแพทย์ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย  
อนุกรรมการ



นายประพันธ์ ปุษยไพบูลย์  
อนุกรรมการ



นายนิมิตร์ เทียนอุดม  
อนุกรรมการ



นายรชตะ อุ่นสุข  
อนุกรรมการ



นายแพทย์ชุตติเดช ตาบ-องครักษ์  
อนุกรรมการ



นายแพทย์จเด็จ ธรรมธัชอารี  
อนุกรรมการและเลขานุการ



นางกนิษฐา กาวีณู  
อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ



**รายงานการพิจารณาศึกษา**  
**ของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา**  
**เรื่อง การปฏิรูปหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน**

ด้วยในคราวประชุมคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ครั้งที่ 3/2562 วันพุธที่ 2 ตุลาคม 2562 ที่ประชุมได้พิจารณาแนวทางการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ทั้งนี้ เพื่อให้เป็นไปตามหน้าที่และอำนาจของคณะกรรมการการสาธารณสุข ตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. 2562 ข้อ 78 วรรคสอง (20) ซึ่งกำหนดให้คณะกรรมการการสาธารณสุขมีหน้าที่ และอำนาจพิจารณาร่างพระราชบัญญัติ กระทู้กิจการ พิจารณาสอบสวนข้อเท็จจริงหรือศึกษาเรื่องใด ๆ ที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข การพัฒนาระบบสุขภาพ การบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน โดยรวมถึงการรักษาพยาบาล การควบคุมและป้องกันโรค การฟื้นฟู การส่งเสริมสุขภาพ และพัฒนาคุณภาพชีวิต ของประชาชน รวมถึงปัญหาผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากร และการพัฒนาพิจารณาศึกษา ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศและแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติที่อยู่ในหน้าที่และอำนาจ และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยคณะกรรมการเห็นสมควรตั้งคณะอนุกรรมการขึ้นคณะหนึ่ง เพื่อทำหน้าที่พิจารณาศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืนด้านสาธารณสุข การศึกษาและเปรียบเทียบระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยกับต่างประเทศ พร้อมความท้าทายที่สำคัญ เพื่อให้บรรลุการพัฒนาที่ยั่งยืนด้านสาธารณสุขสร้างความเห็นร่วมติดตามและเสนอแนะแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขเกี่ยวกับความยั่งยืนและเพียงพอด้านการเงินการคลังสุขภาพเพื่อการบรรลุเป้าหมายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการพัฒนาที่ยั่งยืนด้านสาธารณสุขของประเทศไทย และรายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการ โดยรวบรวมข้อมูลเบื้องต้น เพื่อนำมาประกอบการพิจารณาศึกษารวมทั้งนำเสนอข้อเสนอแนะประเด็นที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ต่อคณะกรรมการเพื่อนำไปรวบรวมเป็นผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ พร้อมทั้งติดตามและเสนอแนะแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ตลอดจนประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องของคณะกรรมการได้พิจารณาศึกษา เรื่อง “การปฏิรูปหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (Thai universal health coverage reform for sustainable development)” เสร็จเรียบร้อยแล้ว จึงขอรายงานผลการพิจารณาศึกษาต่อที่ประชุมวุฒิสภา ตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. 2562 ข้อ 98 ดังนี้

## 1. การดำเนินงานของคณะกรรมการ

คณะกรรมการได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน ประกอบด้วย

### อนุกรรมการ

|   |                               |
|---|-------------------------------|
| 1. นายพิศาล มาณวพัฒน์                     | ประธานคณะอนุกรรมการ           |
| 2. รองศาสตราจารย์ พลเอก ไตรโรจน์ ครุฑเวช  | รองประธานคณะอนุกรรมการ        |
| 3. นายแพทย์สุรเดช วลีอิทธิกุล             | อนุกรรมการ                    |
| 4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์ | อนุกรรมการ                    |
| 5. นายแพทย์ชุตติเดช ตาบ-องครักษ์          | อนุกรรมการ                    |
| 6. นายแพทย์เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ  | อนุกรรมการ                    |
| 7. นายแพทย์ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย              | อนุกรรมการ                    |
| 8. เกสัชกรหญิงวลัยพร พิชรณมุล             | อนุกรรมการ                    |
| 9. นายประพันธ์ ปุษยไพบูลย์                | อนุกรรมการ                    |
| 10. นายนิมิต เทียนอุดม                    | อนุกรรมการ                    |
| 11. นายรชตะ อุ่นสุข                       | อนุกรรมการ                    |
| 12. นายแพทย์จเด็จ ธรรมธัชอารี             | อนุกรรมการและเลขานุการ        |
| 13. นางกนิษฐา กาวีณู                      | อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |

อนึ่ง นายแพทย์ชุตติเดช ตาบ-องครักษ์ ได้ขอลาออกจากตำแหน่งอนุกรรมการ ตั้งแต่วันที่ 14 พฤษภาคม 2563 เพื่อให้การดำเนินงานของคณะอนุกรรมการเป็นไปด้วยความเรียบร้อย และมีประสิทธิภาพ คณะกรรมการจึงขอเปลี่ยนตำแหน่งเกสัชกรหญิงวลัยพร พิชรณมุล จากตำแหน่ง อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ เปลี่ยนเป็น อนุกรรมการ และอาศัยอำนาจตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. 2562 ข้อ 89 ประกอบกับระเบียบวุฒิสภาว่าด้วยหลักเกณฑ์การตั้งอนุกรรมการซึ่งมิใช่กรรมการในคณะ พ.ศ. 2562 ข้อ 9 คณะกรรมการจึงแต่งตั้งนางกนิษฐา กาวีณู นิติกรชำนาญการ กลุ่มงานคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา เป็นอนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ แทนตำแหน่งที่ว่าง ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ 17 มิถุนายน พ.ศ. 2563

### ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ

|                                     |                        |
|-------------------------------------|------------------------|
| 1. ศาสตราจารย์คลินิกนิเวศน์ นันทจิต | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| 2. รองศาสตราจารย์ พันเอก รชต ลำกุล  | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| 3. ศาสตราจารย์สุตสวาท เลาหวินิจ     | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| 4. รองศาสตราจารย์พินิจ กุลละวณิชย์  | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| 5. ศาสตราจารย์ประเสริฐ อัสสันตชัย   | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| 6. ศาสตราจารย์เฉลิม หาญพานิชย์      | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |

## 2. วิธีการพิจารณาศึกษา

1) การเชิญบุคคลและผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาให้ข้อมูลและแสดงความเห็นในประเด็นต่าง ๆ เพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

### 1.1 กระทรวงสาธารณสุข

#### 1) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| 1. นายแพทย์ศุภกิจ ศิริลักษณ์       | รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข   |
| 2. นายแพทย์พิทักษ์พล บุญมาลิก      | ผู้ตรวจราชการกระทรวง  |
| 3. นายวัฒน์ชัย จรุงวรรณนะ          | ผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพ<br>และหลักประกันสุขภาพ   |
| 4. นายแพทย์ธงชน เพิ่มบถศรี         | ผู้อำนวยการกลุ่มขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ<br>ยุทธศาสตร์ชาติ และการสร้างความสามัคคี<br>ปรองดอง ประจำกระทรวงสาธารณสุข |
| 5. นายแพทย์วัลลัญชัย จึงสำราญพงศ์  | รองผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพ<br>และหลักประกันสุขภาพ  |
| 6. นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร | ที่ปรึกษาสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพ<br>ระหว่างประเทศ   |
| 7. นายแพทย์ภัทรชัย สิมะโรจน์       | นายแพทย์เชี่ยวชาญ   |
| 8. นายแพทย์ถาวร สกุลพานิชย์        | นักวิเคราะห์นโยบายและแผนเชี่ยวชาญ   |
| 9. นางนิมอเนงค์ สายรัตน์           | นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ   |
| 10. นางธิดิภัทร คูหา               | นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ   |
| 11. นางสาวอุบลวรรณ นิยมจันทร์      | นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ  |
| 13. นางณัฐญาภรณ์ เพชรธริสวัสดิ์    | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ   |
| 14. นางสาวปิยพิมพ์ ชัยอาวุธ        | นักวิเคราะห์นโยบายและแผน  |
| 15. นางสาวจรรยาพร เบ็ญจวรรณ        | นักวิเคราะห์นโยบายและแผน  |
| 16. นางสาวภรณ์ทิพา ลาภไธสง         | นักวิเคราะห์นโยบายและแผน  |
| 17. นายนิติกร หนูนาค               | นักวิเคราะห์นโยบายและแผน  |
| 18. นายศุภชัย เกะกิง               | นักวิเคราะห์นโยบายและแผน  |
| 19. นางสาววิมลรัตน์ ศรีเมฆ         | นักวิชาการสาธารณสุข   |
| 20. นางสาวพิมพ์พิชชา ก้างยาง       | นักวิชาการสาธารณสุข   |
| 21. นางสาวเพชรรัตน์ สิ้นธุโคตร     | นักวิชาการสาธารณสุข   |

ช

- |                              |  |
|------------------------------|--|
| 22. นางสาวอารยา รัตนเทวมาศย์ | นักวิชาการสถิติ                                |
| 23. นายวุฒิพันธุ์ วงษ์มงคล   | นักวิจัยสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ |

**2) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)**

- |                                 |                   |
|---------------------------------|-------------------|
| 1. นางสาวบุญยวีร์ เอื้อศิริวรรณ | ผู้จัดการงานวิจัย |
| 2. นายจเร วิชชาไทย              | ผู้จัดการงานวิจัย |
| 3. นายวีระ หวังสัจจะโชค         | นักวิจัย          |

**1.2 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)**

- |                                  |   |
|----------------------------------|---|
| 1. นายแพทย์ศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา  | เลขาธิการ สปสช.   |
| 2. ทันตแพทย์อรรถพร ลิ้มปัญญาเลิศ | รองเลขาธิการ สปสช.  |
| 3. นางวารารณีย์ สุวรรณเวลา       | ผู้อำนวยการสำนักพัฒนานโยบายยุทธศาสตร์                       |
| 4. นายแพทย์พรเทพ โชติชัยสุวรรณ   | ผู้อำนวยการสำนักบริหารแผนและงบประมาณ                        |
| 5. นายแพทย์ชาตรี เจริญชีวะกุล    | ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมการมีส่วนร่วม                       |
| 6. นายแพทย์วีระพันธ์ ลีธนะกุล    | ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพ<br>กรุงเทพมหานคร        |
| 7. นายประเทือง เผ่าดิษฐ์         | ผู้ช่วยผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพ<br>กรุงเทพมหานคร |
| 8. นางกาญจนา ศรีชมภู             | หัวหน้ากลุ่มงานสำนักบริหารแผน<br>และงบประมาณ                |

**1.3 กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง**

- |                               |  |
|-------------------------------|--|
| 1. นายสิทธิชัย งามเกียรติขจร  | ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านสวัสดิการรักษายาบาล |
| 2. นางสาววารี แวนแก้ว         | ผู้อำนวยการกองสวัสดิการรักษายาบาล        |
| 3. นายสิทธิธานต์ รัตนวงศ์     | นิติกรชำนาญการ                           |
| 4. นายกิตติ เอื้อพิพัฒน์วรกุล | นิติกรปฏิบัติการ                         |

**1.4 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)**

- |                               |   |
|-------------------------------|---|
| 1. นายอนุสรณ์ อัมพันธ์ศรี     | นักบริหารแผนงาน   |
| 2. แพทย์หญิงขจีรัตน์ ปรีกเอโก | ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพ                  |
| 3. นางภรณ์ ภูประเสริฐ         | ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนสุขภาวะประชากร<br>ประชากรกลุ่มเฉพาะ |
| 4. นายกิตต์ สุนทรรัตน์        | นักวิชาการ  |

**1.5 กระทรวงแรงงาน**

**1) กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน**

- |                          |                               |
|--------------------------|-------------------------------|
| 1. นายอรเทพ อินทรสกุล    | ผู้ตรวจราชการกรมการจัดหางาน   |
| 2. นายภูวกร โตสิงห์ขร    | นักวิชาการแรงงานชำนาญการพิเศษ |
| 3. นายอำนาจ สังข์ศรีแก้ว | นักวิชาการแรงงานชำนาญการ      |
| 4. นายอาจศึก ชนะหาญ      | นักวิชาการแรงงานชำนาญการ      |

**2) สำนักงานประกันสังคม**

- |                                 |  |
|---------------------------------|--|
| 1. นางสาวภคมน ศิลาณภาพ          | ผู้อำนวยการสำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ |
| 2. นางสาวอังสุมาลี ยอดยิ่งวิทยา | นักวิชาการแรงงานชำนาญการ                 |
| 3. นายธนกาญจน์ ว่องลีลาเศรษฐ    | นักวิชาการแรงงานปฏิบัติการ               |
| 4. นายณณภูมิ สุวรรณภูมิ         | นักวิชาการสถิติปฏิบัติการ                |
| 5. นางสาวหทัยรัตน์ เรือนใจ      | นักวิชาการประกันสังคม                    |

**1.6 กระทรวงมหาดไทย**

**กรมการปกครอง**

- |                              |  |
|------------------------------|--|
| 1. นายพิธาสรวง จันทร์ฉายฉัตร | ผู้อำนวยการส่วนสัญชาติและการทะเบียน<br>บุคคลผู้ไม่มีสัญชาติไทย |
|------------------------------|--|

**1.7 คณะทำงานศึกษาประเด็นปฏิรูปความยั่งยืนและเพียงพอด้านการเงินการคลังสุขภาพของคณะกรรมการติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ และการจัดทำและดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา**

1. รองศาสตราจารย์สุรศักดิ์ ลีลาอุดมลิปิ
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์อานนท์ ศักดิ์วีระวิษฐ์

2) การประชุมเพื่อพิจารณาศึกษาข้อมูลร่วมกับผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง เพื่อระดมสมองและให้ข้อเสนอแนะ คำแนะนำ เพื่อประกอบการพิจารณาศึกษาและการจัดทำรายงานการพิจารณาศึกษา

**3. ผลการพิจารณา**

คณะกรรมการได้พิจารณาศึกษา เรื่อง “การปฏิรูปหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (Thai universal health coverage reform for sustainable development)” โดยมอบหมายให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน ดำเนินการพิจารณา ศึกษากรณีดังกล่าว ซึ่งคณะกรรมการได้พิจารณารายงานฉบับนี้แล้ว และมีมติเห็นชอบกับรายงานการพิจารณา ศึกษาดังกล่าว โดยถือว่าเป็นรายงานการพิจารณาศึกษาของคณะกรรมการ

## ญ

จากการพิจารณาศึกษาเรื่องดังกล่าวข้างต้น คณะกรรมการจึงขอเสนอรายงานการพิจารณาศึกษา พร้อมทั้งข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ โดยมีรายละเอียดแนบท้ายนี้ เพื่อให้ที่ประชุมวุฒิสภาพิจารณา หากวุฒิสภาให้ความเห็นชอบกับผลการพิจารณาศึกษา รวมทั้งข้อเสนอแนะของคณะกรรมการขอได้โปรดแจ้งไปยังคณะรัฐมนตรีและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อพิจารณาและดำเนินการตามแต่จะเห็นสมควรต่อไป ทั้งนี้ เพื่อประโยชน์ของประเทศชาติและประชาชนสืบไป



(นายทวีวงษ์ จุลกมนตรี)

เลขานุการคณะกรรมการการสาธารณสุข

วุฒิสภา

## ฉ

### คำนำ

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้มอบหมายให้คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน พิจารณาศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืนด้านสาธารณสุข เปรียบเทียบระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยกับต่างประเทศ ตลอดจนติดตามและเสนอแนะแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขตามที่กำหนดไว้ในมาตรา 270 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560

ในการทำงานตามหน้าที่และอำนาจที่ระบุไว้ในมาตรา 270 ของรัฐธรรมนูญข้างต้น คณะอนุกรรมการได้คำนึงถึงหมวด 16 การปฏิรูปประเทศ มาตรา 258 ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุขและอยู่ในหน้าที่และอำนาจของคณะอนุกรรมการ คือ ข้อ ช. (4) ที่กำหนดให้มีการ “ปรับระบบหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนได้รับสิทธิและประโยชน์จากการบริหารจัดการและการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและสะดวกทัดเทียมกัน” ประกอบกับรายงานคณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขที่ได้กำหนดประเด็นปฏิรูปประเทศด้านความยั่งยืนและเพียงพอด้านการเงินการคลังสุขภาพ โดย “การปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบให้มีประสิทธิภาพ ความเป็นธรรมและยั่งยืน”

คณะอนุกรรมการได้นำแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขมาเป็นหลักในการทำงานตลอดตั้งแต่การประชุมครั้งแรกเมื่อวันที่ 31 ตุลาคม 2562 จนถึงวันที่ 9 กันยายน 2563 รวม 15 ครั้ง โดยมุ่งพิจารณาศึกษาในประเด็นปฏิรูปที่ 10 : ระบบหลักประกันสุขภาพ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ 1) การกำหนดชุดสิทธิประโยชน์หลักสำหรับคนไทยทุกคน รวมทั้งชุดสิทธิประโยชน์เสริมและมีการประมาณการค่าใช้จ่ายตามชุดสิทธิประโยชน์ รวมถึงแหล่งเงินสำหรับการจัดหลักประกันสุขภาพ 2) การคุ้มครองด้านสุขภาพแก่บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ รวมทั้งผู้ที่ไม่ใช่ประชาชนไทย รวมถึงแหล่งเงิน 3) การพัฒนากลไกหลักในการบริหารจัดการทางการเงินการคลังสุขภาพระดับประเทศ และ 4) การพัฒนาต้นแบบการจัดบริการแบบเพิ่มความคุ้มค่าและได้รับการชดเชยอย่างเหมาะสมและการขยายผลไปสู่เรื่องอื่น ด้วยการเชิญผู้แทนหน่วยงาน และองค์กรที่เกี่ยวข้อง เข้าชี้แจงและจัดประชุมคณะทำงานเพื่อลงลึกในรายละเอียดเพื่อหาความเห็นร่วมในการผลักดันข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่จะเป็นข้อพิจารณาแก่การนำไปสู่การปฏิบัติโดยฝ่ายบริหาร

บัดนี้ คณะอนุกรรมการได้จัดทำรายงานการพิจารณาการศึกษา เรื่อง “การปฏิรูปหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (Thai universal health coverage reform for sustainable development)” ตามกิจกรรมภายใต้แผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขทั้ง 4 กิจกรรม เรียบร้อยแล้ว รวมทั้งได้ศึกษาเปรียบเทียบระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยกับต่างประเทศตามที่ปรากฏในรายงานฉบับนี้

## ฉ

คณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขชุดล่าสุดที่ได้รับการแต่งตั้ง เมื่อวันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๓ ซึ่งมีศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์อุดม คชินทร เป็นประธานได้มีการกำหนดกิจกรรมปฏิรูปที่จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อประชาชนอย่างมีนัยสำคัญ ๕ กิจกรรม โดยมีการปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพ และกองทุนที่เกี่ยวข้องให้มีความเป็นเอกภาพ บูรณาการ เป็นธรรม ทัวถึง เพียงพอและยั่งยืนด้านการเงิน การคลังปรากฏในกิจกรรมปฏิรูปที่ ๔

ผมขอขอบคุณ นายแพทย์เจตน์ ศิรธรานนท์ ประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ที่ให้ความไว้วางใจมอบให้ผมมีโอกาสทำหน้าที่ประธานคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน ผมขอขอบคุณนายแพทย์พินิจ กุลละวณิช ที่กรุณาเสนอแนะผู้ที่เชี่ยวชาญ มาเป็นองค์ประกอบคณะอนุกรรมการ และเพื่อให้เกิดความหลากหลาย ผมดีใจที่มีตัวแทนภาคประชาสังคม อยู่ในคณะอนุกรรมการ ขอขอบคุณรองศาสตราจารย์ พลเอก ไตรโรจน์ ครุฑเวช รองประธาน คณะอนุกรรมการ และอนุกรรมการทุกท่าน รวมทั้งศาสตราจารย์นิเวศน์ นันทจิต ที่ปรึกษา คณะอนุกรรมการ ที่เดินทางเข้าร่วมประชุมจากเชียงใหม่ทุกครั้ง ก่อนสถานการณ์โควิดระบาด และที่ปรึกษาอื่น ๆ ทุกท่าน ผมภูมิใจที่ทุกท่านอยู่ในที่ประชุมจนการประชุมสิ้นสุดทุกครั้ง

การทำงานของผมและรายงานฉบับนี้คงไม่สามารถสำเร็จได้ ถ้าไม่มีนายแพทย์เจตน์ ธรรมธัชอารี ในฐานะอนุกรรมการและเลขานุการ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์ อนุกรรมการ และฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการการสาธารณสุข สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา นอกจากนี้ คณะอนุ กรรมการยังได้รับความอนุเคราะห์จากนายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร นายแพทย์ธงชัย กิรติหัตถยากร นายแพทย์อนุวัฒน์ ศุภชติกุล นายแพทย์ธงชน เพิ่มบถศรี นายแพทย์นิพิฐ พิรเวช นายแพทย์ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาศ พันตำรวจเอก ระพีพัฒน์ อุตสาหหล พันตำรวจตรี ปริญญา ศรีบุญสม ดร. ศิวินุช สร้อยทอง รองศาสตราจารย์ ดร. พรรณทิพ กาญจนกิจจา นายวินัส สีสุข นายพิธาสรวง จันท์ฉายฉัตร นายอำนาจ สังข์ศรีแก้ว นายวีระ หวังสัจจะโชค นายแพทย์วัฒน์ชัย จรุงวรรณณะ และคณะทำงานทุกท่าน ที่เสียสละเวลาในการให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ในการพิจารณาศึกษาของคณะอนุกรรมการ ในประเด็นต่าง ๆ



## ฐ

เป็นที่น่ายินดีว่า อนุกรรมการสองท่าน คือ นายแพทย์ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์ ต่างนั่งอยู่ในคณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขชุดปัจจุบัน และนายแพทย์เจด็จ ธรรมธัชอารี ยังเป็นคณะทำงานภายใต้คณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขด้วย ทำให้ผลการดำเนินงาน และการศึกษาในกรอบอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนนี้ น่าจะได้รับ การสานต่อในกรอบใหญ่อีกทางหนึ่ง

ผมหวังเป็นอย่างยิ่งว่า จากประสบการณ์การปรึกษาหารือทำงานร่วมกันตลอดปีที่ผ่านมาจะมีส่วนช่วย สร้างความรู้ความเข้าใจและที่สำคัญ คือ ความร่วมแรงร่วมใจที่จะช่วยกันผลักดันประเด็นต่าง ๆ ไปสู่การปฏิบัติ เพื่อผลสำคัญต่อไป ทั้งนี้ เพื่อประชาชนชาวไทยและต่างประเทศที่อาศัยอยู่ในราชอาณาจักรไทยที่มี ระบบหลักประกันสุขภาพระดับแนวหน้าของโลก ซึ่งได้พิสูจน์ประสิทธิภาพแล้วจากการรับมือภัยจาก โครonavirus 19 ที่ได้รับการยอมรับในระดับโลก



(นายพิศาล มาณวพัฒน์)

ประธานคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า  
เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน  
ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา

## บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ประเทศไทยบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 โดยมีระบบหลักประกันสุขภาพที่สำคัญที่รัฐบาลเป็นหลักในการบริหารจัดการ ได้แก่ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และระบบหลักประกันย่อยอื่น ๆ อีกบางส่วน นอกจากนี้ยังมีระบบบริหารจัดการประกันสุขภาพแบบสมัครใจสำหรับคนต่างด้าวที่เข้ามาในราชอาณาจักรอีกส่วนหนึ่ง

หลักประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบที่ทำให้ประเทศไทยบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กำลังถูกตั้งคำถามถึงความยั่งยืนในระยะยาว และมีการกำหนดเรื่องการปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพไว้ในแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขเป็นการเฉพาะด้วย ทั้งนี้ไม่เฉพาะประเทศไทย ในระดับสากล ความยั่งยืนด้านสาธารณสุขเป็นประเด็นที่ถูกให้ความสำคัญและมีการตั้งคำถามเช่นเดียวกัน

ประเทศสมาชิกสหประชาชาติได้มีการพัฒนาเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ที่เรียกว่า Sustainable Development Goals (SDGs) ซึ่งประกอบด้วย 17 เป้าหมาย 169 เป้าประสงค์ 241 ตัวชี้วัดในด้านหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีการกำหนดเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืนไว้สองส่วนตามเป้าหมายที่ 3.8.1 และ 3.8.2 คือ การทำให้ประชาชนได้รับบริการที่จำเป็น (service coverage) และการปกป้องครัวเรือนจากความเสียหายทางการเงิน (financial risk protection) ไม่ให้ล้มละลายหรือกลายเป็นครัวเรือนยากจนจากการเจ็บป่วย

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยและการพัฒนาที่ยั่งยืนเป็นที่มาของการกำหนดประเด็นการพิจารณาศึกษาของคณะอนุกรรมการ โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนด้านสาธารณสุข
2. ศึกษาและเปรียบเทียบระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยกับต่างประเทศ พร้อมความท้าทายที่สำคัญ เพื่อให้บรรลุการพัฒนาที่ยั่งยืนด้านสาธารณสุข
3. สร้างความเห็นร่วม ติดตามและเสนอแนะแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขเกี่ยวกับความยั่งยืน และเพียงพอด้านการเงินการคลังสุขภาพ เพื่อการบรรลุเป้าหมายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการพัฒนาที่ยั่งยืนด้านสาธารณสุขของประเทศไทย การพิจารณาศึกษาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน ใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรมและการเชิญผู้ทรงคุณวุฒิจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ข้อมูลประกอบการพิจารณา

## ข้อค้นพบที่สำคัญ มีดังนี้

1. ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย เมื่อเทียบกับประเทศกำลังพัฒนาอื่น ถือว่าอยู่ในระดับที่ดีมาก กล่าวคือ คนไทยได้รับความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพมากกว่าร้อยละ 99.9 ภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนค่อนข้างต่ำ คือ ร้อยละ 12.1 ของค่าใช้จ่ายสุขภาพในภาพรวมของประเทศ ซึ่งเป็นไปตามเป้าหมายในระดับสากล คือ น้อยกว่าร้อยละ 15 เพื่อที่จะไม่ทำให้ครัวเรือนจำนวนมากต้องล้มละลายจากการเจ็บป่วยและยากจนจากค่ารักษาพยาบาล

2. ปัจจุบันค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) ของไทยอยู่ที่ร้อยละ 4.2 (เป้าหมายสำคัญอยู่ระหว่าง 4.6 – 5.0) และงบประมาณรัฐที่ใช้ด้านสาธารณสุขอยู่ที่ร้อยละ 15.3 (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 20) ดังนั้น รัฐบาลยังมีโอกาสในการลงทุนด้านสุขภาพได้อีก ในขณะที่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ การเสียชีวิตของแม่ และทารกแรกเกิด มีอัตราไม่สูงและมีแนวโน้มลดลง

3. ทุกประเทศที่ต้องการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทยให้บรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และลดความเหลื่อมล้ำของระบบสุขภาพในประเทศ ประเด็นสำคัญคือต้องทำให้ภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนไม่มากเกินไป โดยดูจากค่ารักษาพยาบาลที่ประชาชนต้องจ่ายเมื่อไปรับบริการ ณ จุดบริการ (Out – Of – Pocket : OOP) ซึ่งปัจจุบันประชาชนไทยจ่าย OOP คิดเป็นร้อยละ 12.1 ของค่าใช้จ่ายสุขภาพทั้งหมด ซึ่งถือว่าน้อยและช่วยลดความเหลื่อมล้ำของสังคมได้

4. ความท้าทายที่สำคัญของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย คือ

4.1 คนไทยบางส่วนยังไม่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพและไม่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขตามระบบที่จัดให้

4.2 หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศประกอบด้วยหลายระบบ ระบบหลักที่สำคัญประกอบด้วย (1) ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (2) ระบบประกันสังคม (3) ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และระบบอื่นๆ เช่น สวัสดิการรักษายาบาลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจและองค์กรอิสระ รวมทั้งกองทุนคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ซึ่งแต่ละระบบมีการออกแบบการบริหารจัดการ การเงินการคลังและภาระค่าใช้จ่ายที่ต่างกัน ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบ และมีผลต่อการได้รับบริการของประชาชน

4.3 คนต่างด้าวที่เข้ามาในประเทศไทยมีหลายกลุ่มทั้งที่ถูกกฎหมายและไม่ถูกกฎหมาย โดยมีการจัดการที่แยกกระจาย (fragmented) ตั้งแต่ไม่มีหลักประกันสุขภาพซื้อประกันเองโดยสมัครใจ และจ่ายเงินสมทบเพื่อให้ได้สิทธิในการรักษายาบาล ซึ่งรับผิดชอบโดยหลายหน่วยงานและบริหารจัดการต่างกัน

## ข้อเสนอแนะในการขับเคลื่อนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน

### 1. ยกระดับการบูรณาการและความยั่งยืนด้านการเงินการคลัง

1.1 ด้านสิทธิประโยชน์ : มีชุดสิทธิประโยชน์หลักที่จำเป็นและเบิกจ่ายรูปแบบเดียวกันสำหรับระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบ และเน้นจัดการเชิงรุกด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ทั้งสิทธิประโยชน์ ระบบบริการ งบประมาณ การติดตามผล และบูรณาการดำเนินงาน ร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1.2 ด้านการเงินการคลัง : เน้นบริหารการจ่ายชดเชยค่าบริการอย่างมีกลยุทธ์เพื่อใช้งบประมาณ และทรัพยากรสาธารณสุขอื่น ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ เพิ่มแหล่งเงินในระบบหลักประกันสุขภาพโดยเน้นการจ่ายก่อนป่วยและคำนึงถึงความเป็นธรรม เช่น เพิ่มเพดานจ่ายสมทบของผู้ประกันตนที่มีเงินเดือนสูง จัดเก็บเบี้ยประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าว จัดระบบภาษีสินค้าทำลายสุขภาพ ภาษีจากผู้มีฐานะ เพื่อใช้เป็นค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ในระยะยาวควรมีการเก็บภาษีสุขภาพสำหรับคนไทยทุกคน และรวมกองทุนประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบเป็นระบบเดียว (Single fund) ทั้งสำหรับคนไทยและคนต่างด้าว

1.3 การบูรณาการ : ปรับระบบเพื่อให้กองทุนประกันสุขภาพภาครัฐมีการบริหารจัดการไปในทิศทางที่สอดคล้องกันและสนับสนุนซึ่งกันและกัน และให้มีการบูรณาการระบบข้อมูลของหน่วยงานต่างๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบูรณาการระบบหลักประกันสุขภาพและการใช้ประโยชน์ข้อมูล เพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน

### 2. ยกระดับระบบหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมทุกคน เพื่อให้ทุกคนที่อยู่ในประเทศไทย มีระบบหลักประกันสุขภาพรองรับ รวมทั้งคนไทยที่มีปัญหาสถานะทางทะเบียนและสิทธิ และคนต่างด้าว

2.1 บูรณาการการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐให้เป็นระบบเดียวกัน รวมทั้งดูแลคนไทยที่มีปัญหาสถานะและสิทธิให้มีหลักประกันสุขภาพเช่นเดียวกับคนไทย

2.2 คนต่างด้าวต้องทำให้เข้าเมืองถูกกฎหมาย เมื่อเข้ามาในประเทศไทยทุกคนต้องมีประกันสุขภาพภาคบังคับ โดยร่วมจ่ายก่อนป่วยผ่านระบบภาษี การจ่ายสมทบ หรือการซื้อประกันสุขภาพ ใช้กลไกภาครัฐเป็นหลักและเป็นระบบเดียวกับคนไทยเพื่อประสิทธิภาพการบริหารจัดการ

2.3 ระยะยาว ประเทศไทยควรมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีการจัดการระบบเดียว (unification) ซึ่งรวมประกันสุขภาพทุกระบบทั้งสำหรับคนไทยและคนต่างด้าว เมื่อจำเป็นทุกคนได้รับบริการอย่างเท่าเทียมกัน มีระบบหลักเป็นพื้นฐานทั้งสิทธิประโยชน์หลักที่จำเป็นและระบบการเงินการคลังระบบเดียว เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการ ลดความเหลื่อมล้ำเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน

### 3. เพิ่มประสิทธิภาพของระบบสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ระบบสุขภาพของไทยมีประสิทธิภาพและมีความยั่งยืน ได้แก่

3.1 พัฒนาการจัดบริการแบบเพิ่มคุณค่า (value based healthcare) โดยนำร่องในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยความร่วมมือของกระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งมีการประเมินประสิทธิผล

และความเป็นไปได้ของระบบบริการแบบเพิ่มคุณค่า ก่อนขยายผลการดำเนินการและวางระบบเพื่อความยั่งยืนต่อไป

3.2 สนับสนุนบริการเพิ่มคุณค่าผ่านกิจกรรมบริการที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ เช่น การให้บริการโดยแพทย์ประจำครอบครัว การให้บริการที่บ้าน การลดวันนอนที่โรงพยาบาล การใช้ระบบการแพทย์ปรึกษาทางไกล เป็นต้น

## สารบัญ

|  | หน้า     |
|--|----------|
| รายนามคณะกรรมการ   | ก        |
| รายนามคณะอนุกรรมการ  | ค        |
| รายงานการพิจารณาศึกษา  | จ        |
| คำนำ   | ฎ        |
| บทสรุปสำหรับผู้บริหาร  | ท        |
| สารบัญ   |          |
| <b>บทที่ 1 บทนำ</b>  | <b>1</b> |
| 1.1 ความเป็นมาของการพิจารณาศึกษา   | 1        |
| 1.2 วัตถุประสงค์ของการพิจารณาศึกษา   | 1        |
| 1.3 ขอบเขตของการพิจารณาศึกษา   | 2        |
| 1.4 ระยะเวลาในการพิจารณาศึกษา  | 2        |
| 1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ  | 2        |
| 1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ  | 3        |
| 1.7 กรอบแนวคิดการพิจารณาศึกษา  | 3        |
| <b>บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง</b>                                      | <b>5</b> |
| 2.1 หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : คำจำกัดความและเป้าหมาย                              | 5        |
| 2.2 เป้าหมายเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนของโลก ปี 2559 - 2573                           | 6        |
| 2.3 การขับเคลื่อนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) ในระดับโลก                         | 7        |
| 2.4 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย   | 8        |
| 2.5 นโยบายรัฐบาล   | 9        |
| 2.6 ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (พ.ศ.2561-2580)<br>และแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ   | 9        |
| 2.7 แผน 20 ปีด้านสาธารณสุข และแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ<br>ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564) | 9        |
| 2.8 การปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข   | 9        |
| 2.9 ข้อเสนอการคลังสุขภาพเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพ (SAFE)             | 10       |
| 2.10 หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในบริบทของประเทศไทย                                   | 13       |

|  |           |
|--|-----------|
| 2.11 แหล่งเงิน ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ผลลัพธ์ในระดับมหภาค<br>ของหลักประกันสุขภาพของไทย   | 17        |
| 2.12 ข้อค้นพบสำคัญของการขับเคลื่อนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระดับโลก   | 22        |
| <b>บทที่ 3 วิธีดำเนินการและกระบวนการศึกษา</b>  | <b>27</b> |
| 3.1 การศึกษารวบรวมข้อมูลเอกสารวิชาการในประเทศและต่างประเทศ   | 27        |
| 3.2 การเชิญบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาให้ข้อมูลและแสดงความคิดเห็น<br>เพื่อประกอบการพิจารณา   | 27        |
| 3.3 การติดต่อประสานงาน   | 30        |
| 3.4 การประชุม working group กลุ่มย่อย  | 30        |
| 3.5 การประชุมศึกษา อภิปราย วิเคราะห์ และเสนอแนะของคณะอนุกรรมการฯ   | 30        |
| <b>บทที่ 4 ผลการพิจารณาศึกษา</b>   | <b>31</b> |
| 4.1 ข้อเสนอการคุ้มครองหลักประกันสุขภาพและสิทธิประโยชน์ให้แก่ทุกคน<br>ทั้งคนไทยและคนต่างด้าว  | 31        |
| 4.2 ข้อเสนอเพื่อความยั่งยืนและความเพียงพอด้านการคลังสุขภาพของประเทศไทย   | 54        |
| 4.3 ข้อเสนอการพัฒนาระบบการจัดบริการแบบเพิ่มความคุ้มค่า<br>และได้รับการจ่ายชดเชยอย่างเหมาะสม และการขยายผลไปสู่เรื่องอื่น ๆ                | 61        |
| 4.4 ข้อเสนอการพัฒนาลหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน<br>จากการทบทวนการบริหารจัดการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศต่าง ๆ | 67        |
| <b>บทที่ 5 บทสรุปและข้อเสนอแนะ</b>   | <b>77</b> |
| <b>บรรณานุกรม</b>  | <b>83</b> |
| <b>ภาคผนวก</b>   | <b>87</b> |
| ภาคผนวก ก : ปฏิญญาทางการเมืองของการประชุมระดับสูง<br>ว่าด้วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า   | 89        |
| ภาคผนวก ข : คำสั่งแต่งตั้งคณะอนุกรรมการ  | 95        |
| ภาคผนวก ค : ภาพกิจกรรมการประชุมคณะอนุกรรมการ   | 101       |
| ภาคผนวก ง : รายชื่อ Working group ร่วมพัฒนาข้อเสนอต่ออนุกรรมการ  | 107       |

# บทที่ 1

## บทนำ

### 1.1 ความเป็นมาของการพิจารณาศึกษา

ด้วยในคราวประชุมคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ครั้งที่ 3/2562 วันพุธที่ 2 ตุลาคม 2562 ที่ประชุมได้พิจารณาแนวทางการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ทั้งนี้ เพื่อให้เป็นไปตามหน้าที่และอำนาจของคณะกรรมการการสาธารณสุข ตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. 2562 ข้อ 78 วรรคสอง (20) ซึ่งกำหนดให้คณะกรรมการการสาธารณสุขมีหน้าที่ และอำนาจพิจารณา ร่างพระราชบัญญัติ กระทำกิจการ พิจารณาสอบหาข้อเท็จจริงหรือศึกษาเรื่องใด ๆ ที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข การพัฒนาระบบสุขภาพ การบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน โดยรวมถึงการรักษาพยาบาล การควบคุมและป้องกันโรค การฟื้นฟู การส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน รวมถึงปัญหาผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและการพัฒนา พิจารณาศึกษา ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศและแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติที่อยู่ในหน้าที่และอำนาจ และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยคณะกรรมการเห็นสมควรตั้งคณะอนุกรรมการขึ้นคณะหนึ่ง เพื่อทำหน้าที่ พิจารณาศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและเป้าหมายการพัฒนา อย่างยั่งยืนด้านสาธารณสุข การศึกษาและเปรียบเทียบระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย กับต่างประเทศ พร้อมความท้าทายที่สำคัญ เพื่อให้บรรลุการพัฒนาที่ยั่งยืนด้านสาธารณสุข การสร้าง ความเห็นร่วม ติดตามและเสนอแนะแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข เกี่ยวกับความยั่งยืนและเพียงพอ ด้านการเงินการคลังสุขภาพ เพื่อการบรรลุเป้าหมายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการพัฒนาที่ยั่งยืน ด้านสาธารณสุขของประเทศไทย และรายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการ โดยรวบรวมข้อมูล เบื้องต้น เพื่อนำมาประกอบการพิจารณาศึกษา รวมทั้งนำเสนอข้อเสนอนแนะประเด็นที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ต่อคณะกรรมการเพื่อนำไปรวบรวมเป็นผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ พร้อมทั้งติดตาม และเสนอแนะแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ตลอดจนประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องคณะกรรมการได้ พิจารณาศึกษา เรื่อง “การปฏิรูปหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (Thai universal health coverage reform for sustainable development)” ต่อไป

### 1.2 วัตถุประสงค์ของการพิจารณาศึกษา

1. ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และเป้าหมาย การพัฒนาอย่างยั่งยืนด้านสาธารณสุข
2. ศึกษาและเปรียบเทียบระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยกับต่างประเทศ พร้อมความท้าทายที่สำคัญ เพื่อให้บรรลุการพัฒนาที่ยั่งยืนด้านสาธารณสุข
3. สร้างความเห็นร่วม ติดตามและเสนอแนะแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข เกี่ยวกับความยั่งยืน และเพียงพอด้านการเงินการคลังสุขภาพ เพื่อการบรรลุเป้าหมายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการพัฒนา ที่ยั่งยืนด้านสาธารณสุขของประเทศไทย



### 1.3 ขอบเขตของการพิจารณาศึกษา

1. วิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืนด้านสาธารณสุข
2. ศึกษาและเปรียบเทียบระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยกับต่างประเทศพร้อมความท้าทายที่สำคัญ เพื่อให้บรรลุการพัฒนาที่ยั่งยืนด้านสาธารณสุข
3. เสนอแนะแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขเกี่ยวกับความยั่งยืนและเพียงพอด้านการเงินการคลังสุขภาพ เพื่อการบรรลุเป้าหมายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการพัฒนาที่ยั่งยืนด้านสาธารณสุขของประเทศไทย

### 1.4 ระยะเวลาในการพิจารณาศึกษา

ตั้งแต่ตุลาคม 2562 ถึงกันยายน 2563

### 1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

**หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า** หมายถึง การดูแลให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพตามที่จำเป็น รวมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค การรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการดูแลประคับประคอง ด้วยบริการที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และทำให้เกิดความมั่นใจว่า การใช้บริการสุขภาพเหล่านั้นจะไม่ทำให้ผู้ใช้บริการต้องเผชิญกับความลำบากทางการเงิน

**ความยั่งยืนด้านการคลังสุขภาพ** หมายถึง แหล่งการคลัง ได้แก่ งบประมาณ เงินสมทบ และรายจ่ายสุขภาพของครัวเรือน อยู่ในวิสัยที่ประเทศ รัฐบาล และครัวเรือน สามารถลงทุนเพื่อสุขภาพได้ในระยะยาว

**ความเพียงพอด้านการคลังสุขภาพ** หมายถึง รายจ่ายสุขภาพเพียงพอสำหรับการจัดบริการสุขภาพเพื่อให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพได้อย่างทั่วถึงเท่าเทียมและป้องกันไม่ให้ครัวเรือนประสบภาวะล้มละลายหรือกลายเป็นครัวเรือนยากจนจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล

**การจัดการระบบเดียว (unification)** หมายถึง การบูรณาการการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบให้เกิดความกลมกลืนและมีมาตรฐานเดียว โดยครอบคลุมการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ การลงทะเบียนประชาชนผู้มีสิทธิ ระบบฐานข้อมูลผู้มีสิทธิและการตรวจสอบสิทธิ การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ การจัดทำงบประมาณ รูปแบบการจัดสรรและการจ่ายชดเชยค่าบริการ ระบบการเบิกจ่ายระบบข้อมูลสารสนเทศ ระบบกำกับคุณภาพมาตรฐานบริการ ระบบตรวจสอบ ระบบการรับเรื่องร้องเรียน และคุ้มครองสิทธิ และ/หรือประเด็นอื่นตามที่เกี่ยวข้อง

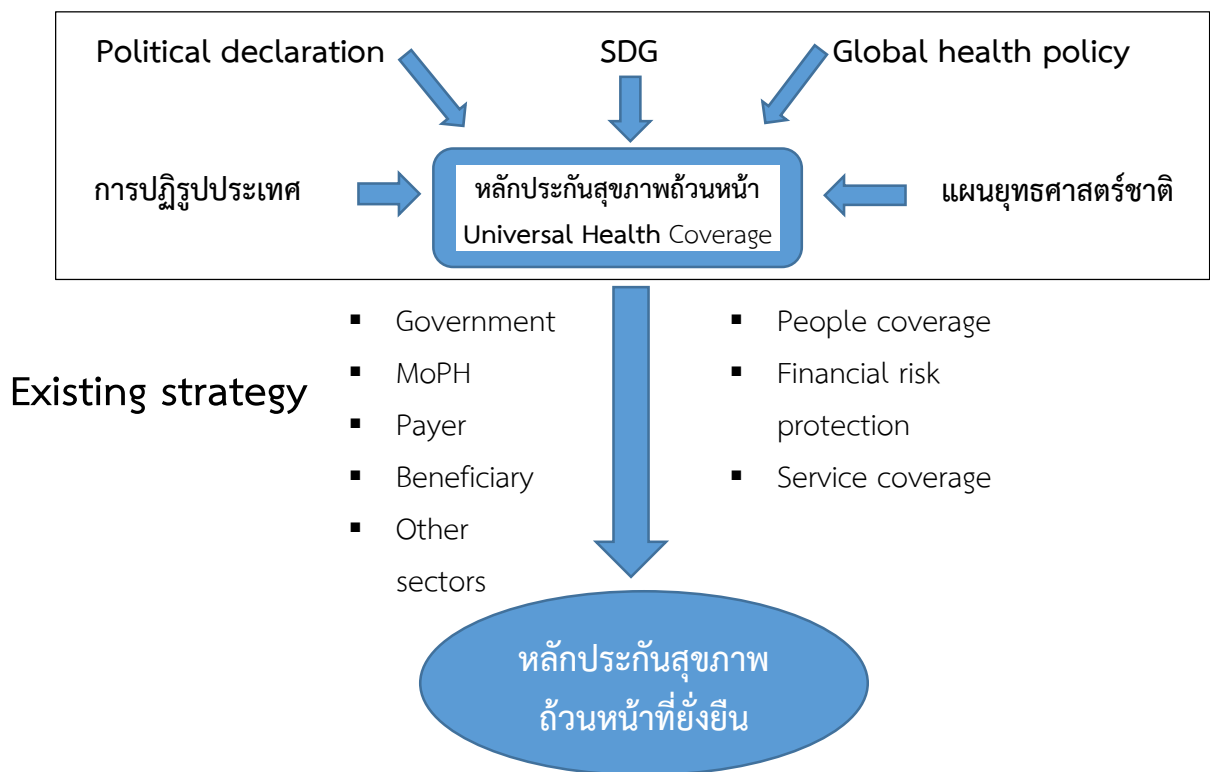
**การจัดบริการแบบเพิ่มความคุ้มค่า (Value based health care)** หมายถึง การจัดบริการที่ทำให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพของบุคคลดีขึ้น ในขณะที่ต้นทุน/ค่าใช้จ่ายการบริการลดลงหรือไม่เพิ่มขึ้น ซึ่งการจัดบริการแบบเพิ่มความคุ้มค่า มักจะออกแบบเพื่อใช้คู่กับ การจ่ายเงินแบบมุ่งเน้นคุณค่า (Value based payment)

**การจ่ายเงินแบบมุ่งเน้นคุณค่า (Value Based Payment)** หมายถึง การจ่ายเพื่อส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น และ/หรือนำไปสู่การลดต้นทุนหรือค่าใช้จ่ายของการบริการ โดยมีรูปแบบการจ่ายตามผลลัพธ์ทางสุขภาพเป็นหลัก และอาจจ่ายตามรูปแบบบริการที่จำเป็นในการทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่พึงประสงค์ การจ่ายเงินแบบมุ่งเน้นคุณค่า เป็นกลไกหนึ่งในการกระตุ้นให้เกิดการปรับปรุงคุณภาพ โดยใช้รูปแบบการบริการต่าง ๆ รวมถึงบูรณาการการจัดบริการให้เกิดความต่อเนื่องครบวงจรเพื่อเพิ่มคุณภาพ

## 1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

รายงานการพิจารณาศึกษา เรื่อง การปฏิรูปหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน

## 1.7 กรอบแนวคิดในการพิจารณาศึกษา



## Goals



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

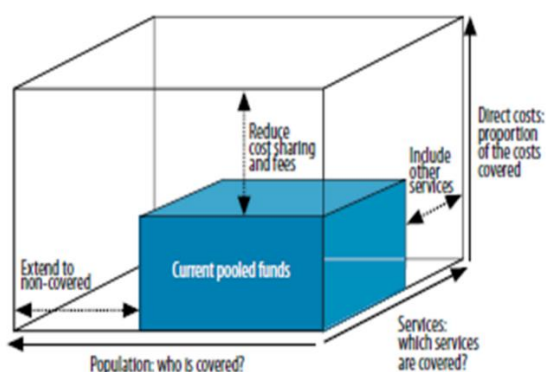
รายงานฉบับนี้ได้ทบทวนและวิเคราะห์เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การเงินการคลังสุขภาพ ความยั่งยืนของระบบสาธารณสุขและระบบหลักประกันสุขภาพทั้งของประเทศไทยและต่างประเทศ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการจัดทำข้อเสนอเพื่อการปฏิรูปหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยเพื่อความยั่งยืนในระยะยาว มีสาระโดยสังเขปดังนี้

#### 2.1 หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC) : คำจำกัดความและเป้าหมาย

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หมายถึง การดูแลให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพตามที่จำเป็น รวมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค การรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการดูแลระดับประคอง ด้วยบริการที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และทำให้เกิดความมั่นใจว่า การใช้บริการสุขภาพเหล่านั้นจะไม่ทำให้ผู้ใช้บริการต้องเผชิญกับความลำบากทางการเงิน<sup>1</sup>

เป้าหมายที่สำคัญของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2 ประการ คือ (1) การทำให้สมาชิกทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น และ (2) การปกป้องครัวเรือนจากความยากลำบาก หรือความเสี่ยงทางการเงินอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย

การขับเคลื่อนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ต้องคำนึงถึงองค์ประกอบ 3 ด้าน ที่เรียกว่า “UHC Cube” ประกอบด้วย ประชาชนที่ได้รับความคุ้มครอง สิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุม และการปกป้องความเสี่ยงทางการเงินของประชาชนเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งสะท้อนจากการจัดการกองทุนรวมและค่าใช้จ่ายที่ประชาชนต้องร่วมจ่ายสมทบ (Cost sharing/Copayment) และ/หรือควักกระเป๋าจ่ายเองเมื่อไปรับบริการ ณ จุดบริการ (Out – Of – Pocket : OOP) ดังภาพ



ที่มา : WHO, Health financing for universal coverage: universal coverage-three dimensions, [http://www.who.int/health\\_financing/strategy/dimensions/en/](http://www.who.int/health_financing/strategy/dimensions/en/)

**สำหรับประเทศไทย** หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทยประกอบด้วยระบบประกันสุขภาพของรัฐ 3 ระบบหลัก ได้แก่ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (Civil Servant Medical Benefit Scheme : CSMBS) ระบบประกันสังคม (Social Health Insurance : SHI) และระบบหลักประกัน

<sup>1</sup> [https://www.who.int/healthsystems/universal\\_health\\_coverage/en/](https://www.who.int/healthsystems/universal_health_coverage/en/)

สุขภาพแห่งชาติ (Universal Coverage Scheme : UCS) ซึ่งหากเปรียบเทียบกับ 3 ด้าน ของ UHC Cube อธิบายได้ดังนี้

**แกน X** หมายถึง หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทย ครอบคลุมประชาชนมากกว่าร้อยละ 99.92 (ณ กันยายน 2562) นั่นคือ คนไทยทุกคนได้รับความคุ้มครองในระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ

**แกน Y** หมายถึง การปกป้องความเสี่ยงทางการเงิน ซึ่งประเทศไทย สามารถปกป้องได้ค่อนข้างสูง เนื่องจากผู้ป่วยได้รับบริการโดยไม่ต้องจ่าย ณ จุดที่ไปรับบริการ และพบว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ครัวเรือนต้องควักเงินจ่ายเมื่อไปรับบริการ (OOP) คิดเป็นร้อยละ 11 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด (ณ 2560)

**แกน Z** หมายถึง บริการสุขภาพที่จัดให้ ซึ่งหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทย ครอบคลุมบริการสุขภาพรอบด้าน ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค การวินิจฉัย การรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ รวมทั้ง บริการทันตกรรมและฟื้นฟู บำบัดทดแทน การบำบัดทดแทนไต การปลูกถ่ายอวัยวะ การผ่าตัดหัวใจ การผ่าตัดตาต่อกระจก เป็นต้น โดยมีบริการที่ยกเว้นเพียงเล็กน้อย

## 2.2 เป้าหมายเพื่อการพัฒที่ยั่งยืนของโลก ปี 2559 - 2573 (Sustainable Development Goals : SDGs)

ประเทศสมาชิกสหประชาชาติ 193 ประเทศ (ซึ่งรวมถึงประเทศไทยด้วย) ได้ตกลงร่วมกันในการขับเคลื่อนเป้าหมายเพื่อการพัฒที่ยั่งยืนของโลก (Post 2015 Sustainable Development Goals) ทั้งหมด 17 เป้าหมาย โดยเป้าหมายข้อ 3.8 ว่าด้วยการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างครอบคลุม เพื่อปกป้องความเสี่ยงทางการเงินของประชาชนและสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นอย่างมีคุณภาพ และทุกคนได้รับยา/วัคซีนที่มีคุณภาพ ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพได้ตามความจำเป็น โดยมี 2 เป้าหมายย่อยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

- เป้าหมายที่ 3.8.1 ความครอบคลุมบริการสุขภาพ ซึ่งวัดเป็นดัชนีความครอบคลุมบริการสุขภาพที่จำเป็น (Service coverage index)

- เป้าหมายที่ 3.8.2 การปกป้องความเสี่ยงทางการเงิน ประกอบด้วย การวัดสัดส่วนของครัวเรือนที่ล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และ ครัวเรือนที่กลายเป็นครัวเรือนยากจนจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย ดังภาพ



ความสำเร็จของประเทศไทยในการขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนด้านสาธารณสุข และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังภาพ

Thailand: performance by indicator Value Year Rating Trend

### SDG3 – Good Health and Well-Being

|  |       |      |   |   |
|--|-------|------|---|---|
| Maternal mortality rate (per 100,000 live births)  | 37    | 2017 | ● | ↑ |
| Neonatal mortality rate (per 1,000 live births)  | 5.0   | 2018 | ● | ↑ |
| Mortality rate, under-5 (per 1,000 live births)  | 9.1   | 2018 | ● | ↑ |
| Incidence of tuberculosis (per 100,000 population)   | 153.0 | 2018 | ● | → |
| New HIV infections (per 1,000 uninfected population)   | 0.1   | 2018 | ● | ↑ |
| Age-standardized death rate due to cardiovascular disease, cancer, diabetes, or chronic respiratory disease in adults aged 30–70 years (%) | 14.5  | 2016 | ● | ↑ |
| Age-standardized death rate attributable to household air pollution and ambient air pollution (per 100,000 population)                     | 61    | 2016 | ● | ● |
| Traffic deaths (per 100,000 population)  | 32.7  | 2016 | ● | ↗ |
| Life expectancy at birth (years)   | 75.5  | 2016 | ● | ↗ |
| Adolescent fertility rate (births per 1,000 adolescent females aged 15 to 19)  | 44.9  | 2017 | ● | ↗ |
| Births attended by skilled health personnel (%)  | 99.1  | 2016 | ● | ↑ |
| Percentage of surviving infants who received 2 WHO-recommended vaccines (%)  | 96    | 2018 | ● | ↑ |
| Universal health coverage (UHC) index of service coverage (worst 0–100 best)   | 80.0  | 2017 | ● | ↑ |
| Subjective well-being (average ladder score, worst 0–10 best)  | 6.0   | 2019 | ● | ↑ |

ที่มา : <https://dashboards.sdgindex.org/static/countries/profiles/Thailand.pdf>

### 2.3 การขับเคลื่อนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) ในระดับโลก

นอกเหนือจากการสร้างองค์ความรู้ การสร้างความร่วมมือในการขับเคลื่อนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศต่าง ๆ มาอย่างต่อเนื่อง ที่ดำเนินการโดยองค์กรความร่วมมือระหว่างประเทศ เช่น องค์การอนามัยโลก ธนาคารโลก และเครือข่ายต่าง ๆ แล้ว ยังมีความพยายามของประเทศสมาชิกสหประชาชาติในการร่วมกันผลักดันการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศต่าง ๆ อาทิ

**การกำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน** เพื่อขับเคลื่อนให้ทุกประเทศบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภายในปี 2030 ความครอบคลุมบริการสุขภาพและการปกป้องความเสี่ยงทางการเงิน (SDGs 3.8.1 และ 3.8.2) (ดังรายละเอียดใน 2.2)

**การประกาศความสำคัญของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า** โดยที่ประชุมเต็มคณะของสมัชชาสหประชาชาติ สมัยสามัญ ครั้งที่ 72 เมื่อวันที่ 12 ธันวาคม 2560 ณ นครนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา รับรองข้อมติให้วันที่ 12 ธันวาคมของทุกปี เป็น “วันหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสากล” หรือ UHC Day (International Universal Health Coverage Day)

**การประกาศปฏิญญาทางการเมืองว่าด้วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า** โดยที่ประชุมระดับสูงเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในการประชุมสมัชชาสหประชาชาติ เมื่อวันที่ 23 กันยายน 2562

(High - level Meeting on UHC at the United Nations General Assembly in 23<sup>rd</sup> September 2019) ผู้นำระดับสูงได้เห็นชอบร่วมกันในการประกาศปฏิญญาทางการเมืองของการประชุมระดับสูงว่าด้วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : ขับเคลื่อนไปด้วยกันเพื่อสร้างโลกที่สุขภาพดีขึ้น” Political Declaration of the High - level Meeting on Universal Health Coverage “Universal health coverage: moving together to build a healthier world”<sup>2</sup> เน้นความเท่าเทียม ประสิทธิภาพของระบบ และการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ ซึ่งนายกรัฐมนตรีของไทย พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา เป็นผู้กล่าวปาฐกถาในฐานะประเทศผู้นำในการยกร่างปฏิญญาดังกล่าว

## 2.4 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 ที่เกี่ยวข้องกับสิทธิของประชาชนในการได้รับบริการสาธารณสุข หน้าที่ของรัฐ และการปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพ ประกอบด้วย

หมวด 3 ว่าด้วยสิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทย มาตรา 47 กำหนดให้บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ บุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ตามที่กฎหมายบัญญัติ และบุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

หมวด 5 ว่าด้วยหน้าที่ของรัฐ มาตรา 55 กำหนดให้รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค และส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด บริการสาธารณสุขต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพด้วย และรัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพ และมีมาตรฐานสูงขึ้นไปอย่างต่อเนื่อง

หมวด 16 ว่าด้วยการปฏิรูปประเทศ มาตรา 258 กำหนดให้ดำเนินการปฏิรูปประเทศอย่างน้อยในด้านต่าง ๆ ให้เกิดผล โดย ข. ด้านอื่นๆ (4) ระบุให้ “ปรับระบบหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนได้รับสิทธิและประโยชน์จากการบริหารจัดการและการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ และสะดวกทัดเทียมกัน” และมาตรา ๒๕๙ ระบุให้การปฏิรูปประเทศเป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยแผนและขั้นตอนการดำเนินการปฏิรูปประเทศฯ ซึ่งแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 6 เมษายน 2561 ต่อมาในปี 2563 ได้มีการประกาศแต่งตั้งคณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านต่าง ๆ ชุดใหม่ มีผลตั้งแต่วันที่ 30 มิถุนายน 2563<sup>3</sup> และสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ อยู่ระหว่างการปรับปรุงแผนการปฏิรูปประเทศด้านต่าง ๆ และจะมีการประกาศใช้ต่อไป

<sup>2</sup> Political Declaration of the High-level Meeting on Universal Health Coverage “Universal health coverage: moving together to build a healthier world” <https://www.un.org/pga/73/wp-content/uploads/sites/53/2019/07/FINAL-draft-UHC-Political-Declaration.pdf>

<sup>3</sup> ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านต่าง ๆ (ฉบับที่ ๒) ลงวันที่ ๑๖ กรกฎาคม ๒๕๖๓

## 2.5 นโยบายรัฐบาล

รัฐบาลพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา สมัยที่ 1 มีนโยบายยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุข และสุขภาพของประชาชน โดยวางรากฐานให้ระบบหลักประกันสุขภาพครอบคลุมประชากรในทุกภาคส่วน อย่างมีคุณภาพ โดยไม่มีความเหลื่อมล้ำของคุณภาพบริการในแต่ละระบบประกันสุขภาพ<sup>4</sup>

## 2.6 ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (พ.ศ.2561 - 2580) และแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ<sup>5</sup>

เป็นกรอบในการขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศเพื่อบรรลุวิสัยทัศน์ให้ประเทศมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โดยการส่งเสริมให้คนมีสุขภาพที่ดีตลอดช่วงชีวิต และสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม ผ่านการสร้าง ความเสมอภาคและหลักประกันทางสังคม เพื่อให้คนไทยทุกคนได้รับความคุ้มครอง และมีหลักประกันทางสังคมเพิ่มขึ้น รวมทั้งหลักประกันทางสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มด้อยโอกาส และกลุ่มเปราะบาง

## 2.7 แผนระยะ 20 ปีด้านสาธารณสุข และแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564)

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดกรอบและยุทธศาสตร์การสร้างความเป็นเลิศใน 4 ด้าน คือ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค (P&P Excellence) ด้านบริการสุขภาพ (Service Excellence) ด้านกำลังคน (People Excellence) และด้านการอภิบาลระบบ (Governance Excellence)

## 2.8 การปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข

มีเป้าหมาย “ประชาชนทุกภาคส่วนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีส่วนร่วมในการวางระบบ ในการดูแลสุขภาพ ได้รับโอกาสเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็น และอยู่ใน สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ภายใต้ระบบสาธารณสุข ที่เป็นเอกภาพและการอภิบาลระบบที่ดี ประกอบด้วย องค์ประกอบ 4 ด้าน 10 ประเด็นปฏิรูป

“ระบบหลักประกันสุขภาพ” เป็นประเด็นหนึ่งของการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข มีสาระโดยสังเขปดังนี้

เป้าหมายระยะ 5 ปี : ประชาชนมีระดับความรู้ด้านสุขภาพสูงขึ้น ประชาชนทุกกลุ่ม มีโอกาสเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นอย่างมีคุณภาพ มีกลไกหลักในการ บริหารจัดการทางการคลังสุขภาพระดับชาติ

เป้าหมายระยะ 1 ปี : มีแผนวิจัยพัฒนาระดับความรู้ด้านสุขภาพ มีการกำหนดชุดสิทธิ ประโยชน์หลักมีแผนดำเนินงานหลักประกันสุขภาพสำหรับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิและคนต่างด้าว มีการศึกษาทางเลือกแหล่งรายได้เพิ่มเติม รูปแบบสิทธิประโยชน์และระบบบริการ จัดทำกลไก

<sup>4</sup> คำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรี พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา แถลงต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ เมื่อวันที่ ๑๒ กันยายน ๒๕๕๗, ข้อ ๕.๑ และ ๕.๒

<sup>5</sup> ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี พ.ศ.๒๕๖๑ – ๒๕๘๐ ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ ๑๓ ตุลาคม ๒๕๖๑ และแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ประกาศใช้เมื่อวันที่ ๑๘ เมษายน ๒๕๖๒



บริหารจัดการด้านการคลังสุขภาพ และนำร่องการพัฒนา รูปแบบการจัดบริการและกลไกการจ่ายที่เน้นความคุ้มค่า

ตัวชี้วัดที่สำคัญ เช่น รายจ่ายสุขภาพรัฐ การมีแหล่งเงินเพิ่มเติม รายจ่ายต่อหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างประชากรในสิทธิประโยชน์หลักของแต่ละกองทุน การกำหนดชุดสิทธิประโยชน์หลัก ชุดสิทธิประโยชน์เสริม ข้อเสนอการคุ้มครองด้านสุขภาพแก่บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิและผู้ที่ไม่ใช่คนไทย รวมทั้งแหล่งเงิน แผนปฏิรูปเพื่อสร้างความยั่งยืนการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพ และแผนการปฏิรูปการจ่ายเงินแบบเพิ่มความคุ้มค่า (Value - based health service payment model)

คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน มีหน้าที่หนึ่งในการติดตามและเสนอแนะแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขเกี่ยวกับความยั่งยืนและเพียงพอด้านการเงิน การคลังสุขภาพ เพื่อการบรรลุเป้าหมายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการพัฒนาที่ยั่งยืนด้านสาธารณสุขของประเทศไทย โดยมีเป้าหมายการจัดทำข้อเสนอการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขใน 4 ประเด็น ได้แก่

1. การกำหนดชุดสิทธิประโยชน์หลักสำหรับคนไทยทุกคน & ชุดสิทธิประโยชน์เสริม การประมาณการค่าใช้จ่ายตามชุดสิทธิประโยชน์ & แหล่งเงิน
2. การคุ้มครองด้านสุขภาพให้แก่กลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ รวมทั้งที่ไม่ใช่ประชาชนไทย
3. พัฒนากลไกหลักในการบริหารจัดการทางการคลังสุขภาพระดับประเทศ
4. การพัฒนาต้นแบบการจัดบริการแบบเพิ่มความคุ้มค่า และได้รับการชดเชย อย่างเหมาะสม

## 2.9 ข้อเสนอการคลังสุขภาพเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพ : เป้าประสงค์ ตัวชี้วัด และเป้าหมาย (SAFE)<sup>6</sup>

เพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพ การคลังด้านสุขภาพของประเทศไทย ควรมีเป้าหมาย (Goal) ระยะยาว 4 ประการ ได้แก่ ความยั่งยืน Sustainability, ความเพียงพอ Adequacy, ความเป็นธรรม Fairness, และความมีประสิทธิภาพ Efficiency หรือที่เรียกย่อ ๆ ว่า “SAFE” ประกอบด้วย เป้าหมายและแนวทางที่เกี่ยวข้อง

<sup>6</sup> จัดทำโดยคณะกรรมการจัดทำแนวทางการระดมทรัพยากรเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่งตั้งโดยกระทรวงสาธารณสุข คำสั่ง ที่ ๑๐๒๐/๒๕๕๘ ลงวันที่ ๒๔ มิถุนายน ๒๕๕๘ (ตามข้อสั่งการตามมติ ครม. เมื่อวันที่ ๒๐ เมษายน ๒๕๕๘) โดยมีนายอัมมาร์ สยามวาลา เป็นที่ปรึกษา นายสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ เป็นประธาน มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการคลังของประเทศและนักวิชาการเป็นกรรมการ โดยมีอำนาจหน้าที่ในการศึกษาและสังเคราะห์ข้อเสนอแนวทางการระดมทรัพยากรเพื่อความยั่งยืนและการบริหารจัดการทรัพยากรในระบบหลักประกันสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและให้เกิดความเป็นธรรม

## Goals, Indicators, Target การคลังสุขภาพเพื่อความยั่งยืน UHC โดยกำหนดเป้าหมายถึง พ.ศ. 2565

**GOALS** : ประเทศ รัฐบาล และครัวเรือน  
สามารถลงทุนได้ในระยะยาว

**GOALS** : พอเพียงให้ทุกคนเข้าถึงบริการสุขภาพ  
และป้องกันการล้มละลายจากค่าใช้จ่ายสุขภาพ



**GOALS** : เท่าเทียม ทั้งการรับภาระค่าใช้จ่าย และ  
การรับบริการ ตามหลัก “ดี-ป่วย รวย-จน  
ช่วยกัน”

**GOALS** : ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า ซึ่งต้องคำนึงถึง  
ความทันเวลา และควมมีคุณภาพ

โดยมีรายละเอียดและเป้าหมายดังนี้

1. S - Sustainability ความยั่งยืนด้านการคลังสุขภาพ หมายถึง แหล่งการคลัง ได้แก่ งบประมาณเงินสมทบ และรายจ่ายสุขภาพของครัวเรือน อยู่ในวิสัยที่ประเทศ รัฐบาล และครัวเรือน สามารถลงทุนด้านสุขภาพได้ในระยะยาว

2. A – Adequacy ความเพียงพอ หมายถึง รายจ่ายสุขภาพเพียงพอสำหรับการจัดบริการสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการสุขภาพ รวมทั้งยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จำเป็น และป้องกันไม่ให้ครัวเรือนประสบภาวะล้มละลายหรือกลายเป็นครัวเรือนยากจนจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล

3. F - Fairness ความเป็นธรรม มีหลักการที่สำคัญคือ การช่วยเหลือเกื้อกูลกันในสังคม (Social solidarity) หรือการช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่าง ผู้แข็งแรงและผู้เจ็บป่วย และ ระหว่างผู้มีความสามารถจ่ายมากกว่าและน้อยกว่า หรือ เรียกสั้นๆ ว่า “ดี - ป่วย รวย - จน ช่วยกัน”

4. E - Efficiency ความมีประสิทธิภาพ หมายถึง การใช้ทรัพยากรในการดำเนินการให้ เป็นไปตามวัตถุประสงค์ด้านสุขภาพ โดยใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า ทั้งในเชิงเทคนิค (Technical efficiency) และในการจัดสรร (Allocative efficiency) ซึ่งต้องคำนึงถึงความทันเวลา และควมมีคุณภาพ รายละเอียดตัวชี้วัดในแต่ละเป้าหมาย ดังนี้

| Goals, Indicators, Target การคลังสุขภาพเพื่อความยั่งยืน UHC (SAFE), ภายใน พ.ศ. 2565 |  |
|---|--|
| Sustainability<br>ยั่งยืน   | 1. รายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE) ต้องไม่เกินร้อยละ 5 ของ GDP<br>2. รายจ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพ (GGHE) ไม่เกินร้อยละ 20 ของรายจ่ายของรัฐบาล (GGE)                               |
| Adequacy<br>ความเพียงพอ   | 3. รายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE) ต้องไม่น้อยกว่าที่เป็นอยู่ คือ ร้อยละ 4.6 ของ GDP<br>4. รายจ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพ (GGHE) ต่อรายจ่ายของรัฐบาล (GGE) ต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 17 |

| Goals, Indicators, Target การคลังสุขภาพเพื่อความยั่งยืน UHC (SAFE), ภายใน พ.ศ. 2565 |   |
|---|---|
|   | <p>5. รายจ่ายนอกภาครัฐด้านสุขภาพ (Private + HHE) ไม่เกินร้อยละ 20 ของ THE และ HHE ไม่เกินร้อยละ 11.3</p> <p>6. อุบัติการณ์คร้วเรือนล้มละลายจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ไม่เกินร้อยละ 2.3 ของคร้วเรือนทั้งหมด</p> <p>7. อุบัติการณ์คร้วเรือนที่ต้องกลายเป็นคร้วเรือนยากจนภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลไม่เกินร้อยละ 0.47 ของคร้วเรือนทั้งหมด</p>  |
| Fairness<br>ความเป็นธรรม  | <p>8. เพิ่มความเป็นธรรมของการจ่ายเงินสมทบระหว่างผู้มีสิทธิในระบบประกันสังคม ให้ใกล้เคียงกับเริ่มต้นเมื่อปี 2534 โดยปรับเพิ่มเพดานเงินเดือนสำหรับการคำนวณเงินสมทบของผู้ประกันตนให้เป็น 7 เท่าของค่าแรงขั้นต่ำ</p> <p>9. เพิ่มความเป็นธรรมในการจ่ายเงินสมทบก่อนใช้บริการ (Pre-payment) และการร่วมจ่าย ณ จุดใช้บริการ (Copayment) ระหว่างผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพภาครัฐ ทั้งสามระบบ</p> <p>9.1 Pre-payment สองทางเลือก ดังนี้ คนไทยทุกคนต้องจ่ายเงินสมทบหรือไม่ต้องจ่ายเงินสมทบ</p> <p>9.2 มีการระดมทุนจากการร่วมจ่าย ณ จุดใช้บริการสุขภาพ</p> |
|   | <p>10. บรรลุความเป็นธรรมในการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ</p> <p>10.1 ค่าใช้จ่ายรายหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุของแต่ละระบบ ต้องไม่ต่างจากค่าเฉลี่ย <math>\pm 10\%</math></p> <p>10.2 กำหนดมาตรฐานการจ่ายเงินของแต่ละระบบเป็นราคาเดียวกันในทุกประเภทและระดับการบริการ</p>   |
| Efficiency<br>ประสิทธิภาพ   | <p>11. เพิ่มประสิทธิภาพ</p> <p>11.1 ทุกระบบใช้ระบบงบประมาณปลายปิด (Close ended budget)</p> <p>11.2 ทุกระบบมีมาตรการระงับการใ้ราคาและควบคุมราคาการเบิกจ่ายที่มีประสิทธิภาพ (Efficient reimbursement and price control system)</p> <p>11.3 ทุกระบบใช้อำนาจในการซื้อร่วมกัน (Collective purchasing power)</p> <p>11.4 มีการใช้มาตรการรัฐอย่างเหมาะสม (Government intervention)</p>   |

#### คำอธิบาย

GDP – Gross Domestic Product,

GGE – General Government Expenditure

GGHE – General Government Health Expenditure

HHE – Household Health Expenditure

THE – Total Health Expenditure

## 2.10 หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในบริบทของประเทศไทย

องค์กรในระบบสุขภาพ ที่มีบทบาท/เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน



ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ และระบบอื่นๆ ที่คุ้มครองการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้มีสิทธิและการมีสุขภาพที่ดีของประชาชน

|                       | สวัสดิการ<br>รักษาพยาบาล<br>ข้าราชการ<br>(CSMBS) | สวัสดิการ<br>รักษาพยาบาล<br>รัฐวิสาหกิจ<br>และหน่วยงาน<br>รัฐอื่นๆ | ประกันสังคม<br>(SHI)                                   | หลักประกัน<br>สุขภาพ<br>แห่งชาติ<br>(UCS)               | หลักประกัน<br>สุขภาพ<br>สำหรับบุคคล<br>ที่อยู่ระหว่าง<br>รอพิสูจน์<br>สถานะและ<br>สิทธิ | ประกันสุขภาพ<br>สำหรับแรงงาน<br>ต่างด้าว ที่<br>ได้รับผ่อนผัน<br>ทำงาน | การสร้าง<br>เสริมสุขภาพ<br>(HP)                                     | การเจ็บป่วย<br>ฉุกเฉิน การกู้<br>ชีพ และการ<br>ส่งต่อ (EMS) | การประสภภัย<br>จากรถ (RAV)  |
|-----------------------|--|--|--|---|---|--|---|---|---|
| กฎหมาย                | พระราชกฤษฎีกา<br>๒๕๒๓ และที่<br>แก้ไขเพิ่มเติม   | ระเบียบ<br>สวัสดิการค่า<br>รักษาพยาบาล<br>ของแต่ละ<br>หน่วยงาน     | พรบ.ประกัน<br>สังคม ๒๕๓๓<br>และที่แก้ไข<br>เพิ่มเติม   | พรบ.หลัก<br>ประกัน<br>สุขภาพ<br>แห่งชาติ<br>๒๕๔๕        | มติ ครม.  | มติ ครม.   | พรบ.กองทุน<br>สนับสนุน<br>การสร้าง<br>เสริมสุขภาพ<br>พ.ศ.๒๕๔๔       | พรบ.<br>การแพทย์<br>ฉุกเฉิน<br>พ.ศ. ๒๕๕๑                    | พรบ.คุ้มครอง<br>ผู้ประสบภัย<br>จากรถ<br>พ.ศ. ๒๕๓๕<br>และที่แก้ไข<br>เพิ่มเติม |
| หน่วยงาน<br>รับผิดชอบ | กรมบัญชีกลาง<br>กระทรวงการคลัง                   | แต่ละหน่วยงาน<br>บริหารจัดการเอง                                   | สำนักงาน<br>ประกันสังคม<br>(สปส.)<br>กระทรวง<br>แรงงาน | สำนักงาน<br>หลักประกัน<br>สุขภาพ<br>แห่งชาติ<br>(สปสช.) | สำนักงาน<br>ปลัดกระทรวง<br>สาธารณสุข  | สำนักงาน<br>ปลัดกระทรวง<br>สาธารณสุข                                   | สำนักงาน<br>กองทุน<br>สนับสนุน<br>การสร้าง<br>เสริมสุขภาพ<br>(สสส.) | สถาบัน<br>การแพทย์<br>ฉุกเฉิน<br>แห่งชาติ<br>(สพฉ.)         | สำนักงาน<br>คกก.กำกับ<br>และส่งเสริม<br>ธุรกิจ<br>ประกันภัย<br>(คปภ.)         |

|                       | สวัสดิการ<br>รักษาพยาบาล<br>ข้าราชการ<br>(CSMBS)     | สวัสดิการ<br>รักษาพยาบาล<br>รัฐวิสาหกิจ<br>และหน่วยงาน<br>รัฐอื่นๆ | ประกันสังคม<br>(SHI)  | หลักประกัน<br>สุขภาพ<br>แห่งชาติ<br>(UCS)                     | หลักประกัน<br>สุขภาพ<br>สำหรับบุคคล<br>ที่อยู่ระหว่าง<br>รอพิสูจน์<br>สถานะและ<br>สิทธิ | ประกันสุขภาพ<br>สำหรับแรงงาน<br>ต่างด้าว ที่<br>ได้รับผ่อนผัน<br>ทำงาน      | การสร้าง<br>เสริมสุขภาพ<br>(HP)                                | การเจ็บป่วย<br>ฉุกเฉิน การกู้<br>ชีพ และการ<br>ส่งต่อ (EMS)     | การประสพภัย<br>จากรถ (RAV)                 |
|-----------------------|--|--|---|---|---|---|--|---|--|
| ประชาชน<br>ผู้มีสิทธิ | ข้าราชการ และ<br>บุคคลใน<br>ครอบครัว (~ 5<br>ล้านคน) | พนักงาน<br>รัฐวิสาหกิจและ<br>ผู้ใช้สิทธิร่วม/<br>พนักงานของรัฐ     | ลูกจ้าง<br>ภาคเอกชน<br>(~12 ล้านคน)<br>และแรงงาน<br>ต่างด้าวภายใต้<br>พรบ.<br>ประกันสังคม | คนไทยที่ไม่มี<br>สิทธิราชการ/<br>ประกันสังคม<br>(~ 48 ล้านคน) | บุคคลที่อยู่<br>ระหว่างรอ<br>พิสูจน์สถานะ<br>และสิทธิ                                   | แรงงานต่างด้าว<br>ที่มติ ครม.ผ่อน<br>ผันให้ทำงาน<br>ตามระยะเวลา<br>ที่กำหนด | คนไทยทุกคน<br>(ความรู้, ปรับ<br>พฤติกรรม)                      | คนไทยทุกคน<br>ที่จำเป็นต้อง<br>ใช้บริการ<br>การแพทย์<br>ฉุกเฉิน | ผู้ประสพภัย<br>จากรถ                       |
| แหล่งเงิน             | ภาษีทั่วไป   | รายได้ + เงิน<br>อุดหนุนจากรัฐ                                     | ร่วมสมทบ 3<br>ฝ่าย (นายจ้าง<br>ลูกจ้าง รัฐบาล)  | ภาษีทั่วไป  | ภาษีทั่วไป  | ค่าประกัน<br>สุขภาพ 1,600<br>บาท/คน/ปี +<br>ค่าตรวจสุขภาพ<br>500 บาท        | ภาษีสุรา &<br>ยาสูบ เก็บ<br>เพิ่ม 2%<br>ของภาษีที่<br>ต้องชำระ | รายได้จาก<br>งบประมาณ<br>+ รายได้อื่น                           | เบี้ยประกันภัย<br>พรบ.ผู้ประสพ<br>ภัยจากรถ |

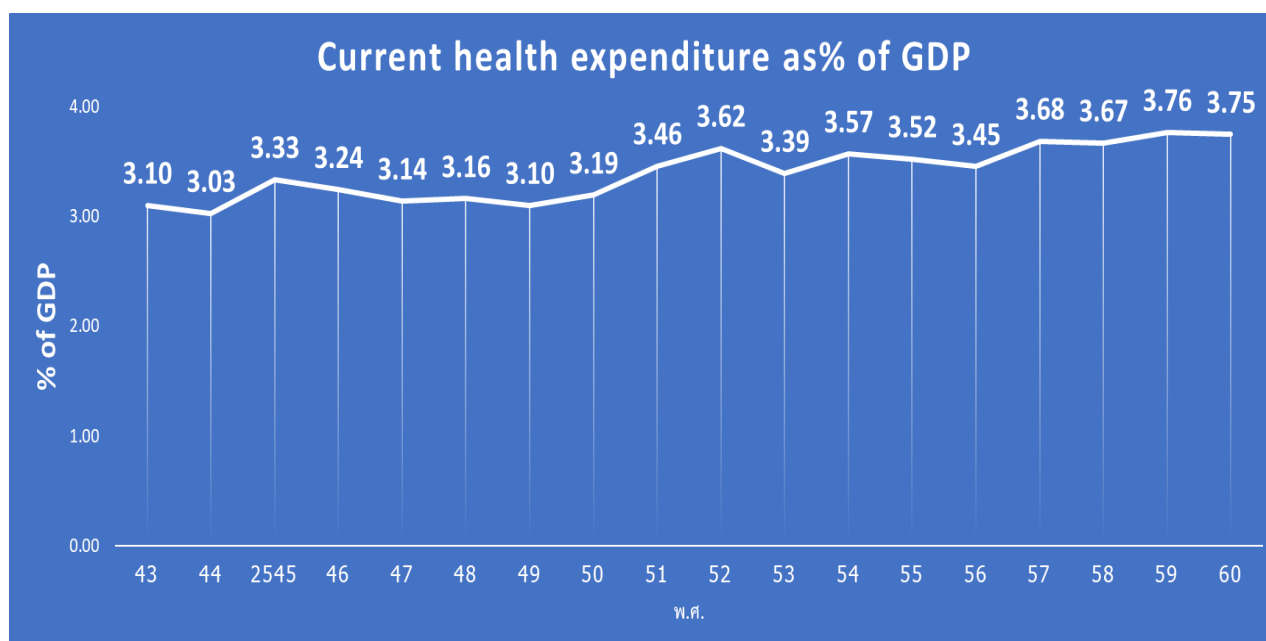
|   | สวัสดิการ<br>รักษาพยาบาล<br>ข้าราชการ<br>(CSMBS)                         | สวัสดิการ<br>รักษาพยาบาล<br>รัฐวิสาหกิจ<br>และหน่วยงาน<br>รัฐอื่นๆ       | ประกันสังคม<br>(SHI)   | หลักประกัน<br>สุขภาพ<br>แห่งชาติ<br>(UCS)   | หลักประกัน<br>สุขภาพ<br>สำหรับบุคคล<br>ที่อยู่ระหว่าง<br>รอพิสูจน์<br>สถานะและ<br>สิทธิ   | ประกันสุขภาพ<br>สำหรับแรงงาน<br>ต่างด้าว ที่<br>ได้รับผ่อนผัน<br>ทำงาน  | การสร้าง<br>เสริมสุขภาพ<br>(HP)                       | การเจ็บป่วย<br>ฉุกเฉิน การกู้<br>ชีพ และการ<br>ส่งต่อ (EMS)   | การประสภัย<br>จากรถ (RAV)  |
|---|--|--|--|---|---|---|---|---|--|
| ค่าใช้จ่าย<br>ภาพรวม<br>2560<br>(ล้านบาท) | ≈ 73,659<br>(14,911.8 บาท/<br>คน/ปี)                                     | N/A  | ≈ 43,565<br>(3,399.69<br>บาท/คน/ปี)<br>เฉพาะกรณี<br>เจ็บป่วย             | ≈ 127,445<br>(3,188.92<br>บาท/คน/ปี)<br>ไม่รวม<br>เงินเดือน                                   | N/A   | N'A   | ≈ 4,417<br>(เฉพาะเงิน<br>สนับสนุน<br>โครงการ<br>92%)  | ≈ 935<br>(เฉพาะงบ<br>กองทุนฯ)   | ≈ 4,004<br>(เฉพาะเบี้ย<br>ประกันภัยที่<br>เป็นรายได้<br>สุทธิ)           |
| การใช้จ่าย<br>งบประมาณ                    | จ่ายค่ารักษา<br>พยาบาลใน<br>สถานพยาบาลทั้ง<br>ผู้ป่วยนอกและ<br>ผู้ป่วยใน | จ่ายค่ารักษา<br>พยาบาลใน<br>สถานพยาบาล<br>ทั้งผู้ป่วยนอก<br>และผู้ป่วยใน | จ่ายค่ารักษา<br>พยาบาลใน<br>สถานพยาบาล<br>ทั้งผู้ป่วยนอก<br>และผู้ป่วยใน | จ่ายค่าบริการ<br>P&P สำหรับ<br>ทุกคน และ<br>จ่ายค่ารักษา<br>พยาบาล<br>ผู้ป่วยนอก<br>ผู้ป่วยใน | จ่ายค่ารักษา<br>พยาบาล ทั้ง<br>ผู้ป่วยนอกและ<br>ผู้ป่วยใน, ไม่<br>รวมบริการ<br>HIV,<br>ไตวายเรื้อรัง,<br>และบริการ<br>ควบคุม ป้องกัน<br>และรักษาโรค<br>เรื้อรัง | จ่ายค่ารักษา<br>พยาบาลและ<br>ฟื้นฟู<br>สมรรถภาพ<br>ทั่วไป ส่งเสริม<br>สุขภาพ ฝ้า<br>ระวังโรค การ<br>ป้องกันและ<br>ควบคุมโรค | ให้ทุน<br>สนับสนุน<br>โครงการ<br>สร้างเสริม<br>สุขภาพ | จ่ายชดเชยค่า<br>ปฏิบัติงาน<br>ด้านการ<br>แพทย์ฉุกเฉิน<br>(บก อากาศ<br>น้ำ) และค่า<br>สนับสนุน<br>ปฏิบัติการ | จ่ายค่า<br>รักษาพยาบาล<br>ผู้ประสภัย<br>จากรถ<br>ตามเงื่อนไข<br>ที่กำหนด |

## 2.11 แหล่งเงิน ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และผลลัพธ์ในระดับมหภาคของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

### 1) แหล่งการคลังด้านสุขภาพของประเทศไทย<sup>7</sup> ประกอบด้วย 15 ประเภท ได้แก่

| ภาครัฐ   | เอกชน  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>■ กระทรวงสาธารณสุข (MOPH)</li> <li>■ กระทรวงอื่น ๆ (Other ministries)</li> <li>■ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (Local Government)</li> <li>■ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (CSMBS)</li> <li>■ สวัสดิการรักษายาบาลรัฐวิสาหกิจ (State enterprises)</li> <li>■ สวัสดิการรักษายาบาลองค์กรอิสระภาครัฐ (Public independent agency)</li> <li>■ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCS)</li> <li>■ ประกันสังคม (SSS)</li> <li>■ กองทุนเงินทดแทน (การเจ็บป่วยจากการทำงาน) (WCF)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ การประกันสุขภาพเอกชน (Private Insurance)</li> <li>■ พรบ. คัดครองผู้ประสบภัยจากรถ (Traffic insurance)</li> <li>■ สวัสดิการจากนายจ้าง (Employer benefit)</li> <li>■ครัวเรือน (Household)</li> <li>■ องค์กรไม่แสวงหากำไร (Non-profit)</li> <li>■ อื่น ๆ (ROW)</li> </ul> |

### 2) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทย (ไม่รวมงบลงทุน) เทียบกับ GDP

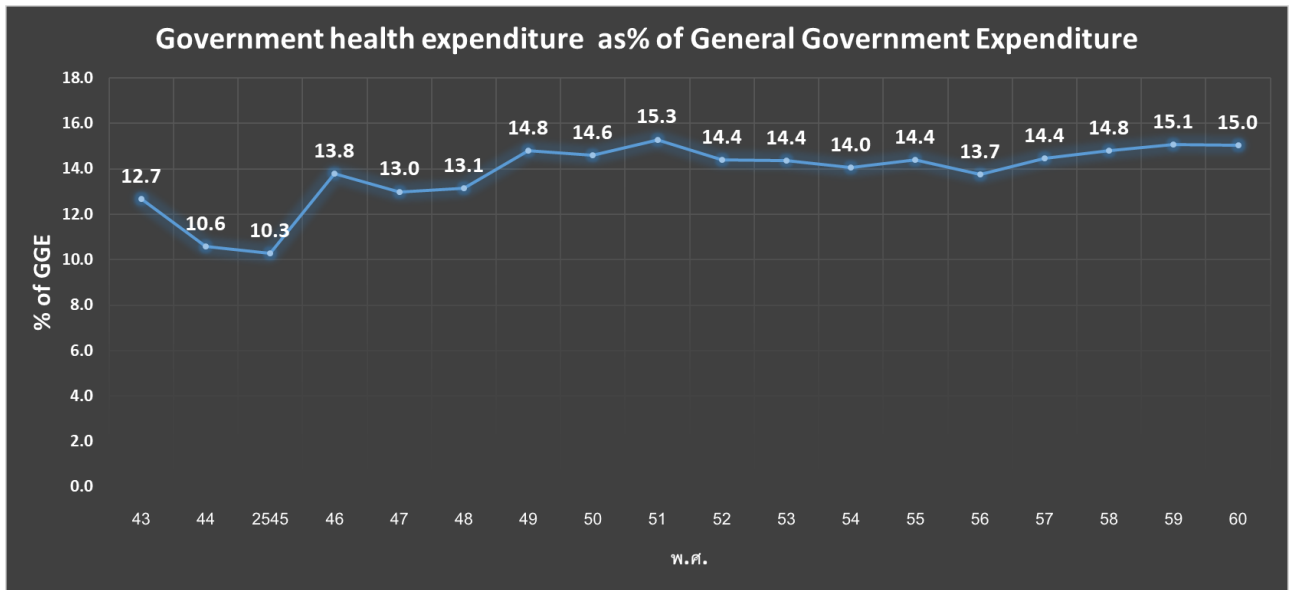


ที่มา : ฐานข้อมูลตัวชี้วัดเพื่อการพัฒนา (World Development Indicators), last updated 28 พ.ค. 2563  
<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS>

<sup>7</sup> บัญชีสุขภาพแห่งชาติ จัดทำโดยสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP), 2562

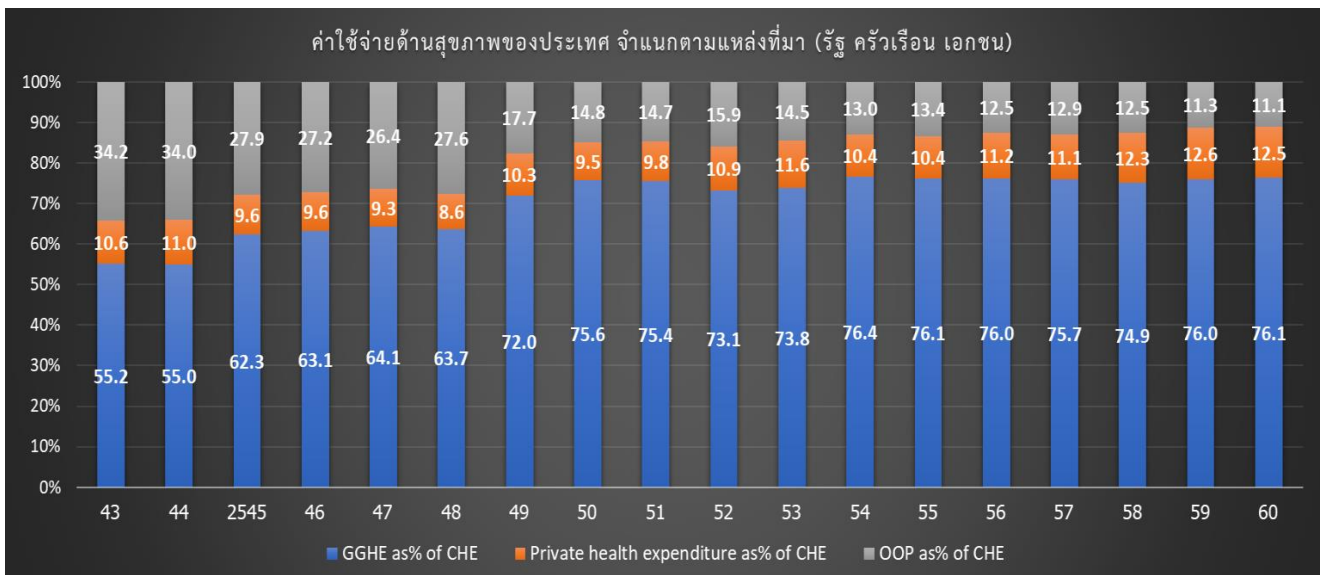


### 3) ค่าใช้จ่ายภาครัฐด้านสุขภาพ เทียบกับค่าใช้จ่ายภาครัฐทั้งหมด



ที่มา : ฐานข้อมูลตัวชี้วัดเพื่อการพัฒนา (World Development Indicators), last updated 28 พ.ค. 2563  
<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.GE.ZS>

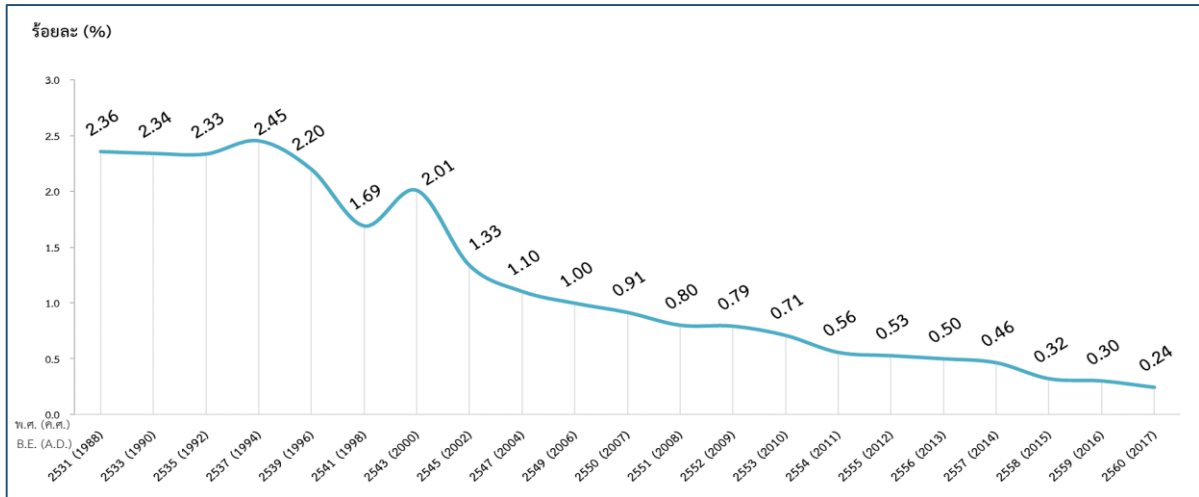
### 4) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศ จำแนกตามแหล่งที่มา (รัฐ ครัวเรือน และภาคเอกชน (ไม่รวมครัวเรือน))



ที่มา: ฐานข้อมูลตัวชี้วัดเพื่อการพัฒนา (World Development Indicators), last updated 28 พ.ค.2563  
<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.CH.ZS>  
<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PVTD.CH.ZS>  
<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS>

### 5) คริวเรือนที่กลายเป็นคริวเรือนยากจนจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ลดลง

คริวเรือนที่กลายเป็นคริวเรือนยากจนจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ลดลงจากร้อยละ 2.36 หรือ 250,000 คริวเรือน ในปี 2531 เหลือร้อยละ 1.33 หรือ 220,000 คริวเรือน ในปี 2545 (เริ่มระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) และร้อยละ 0.24 หรือ 52,000 คริวเรือน ในปี 2560

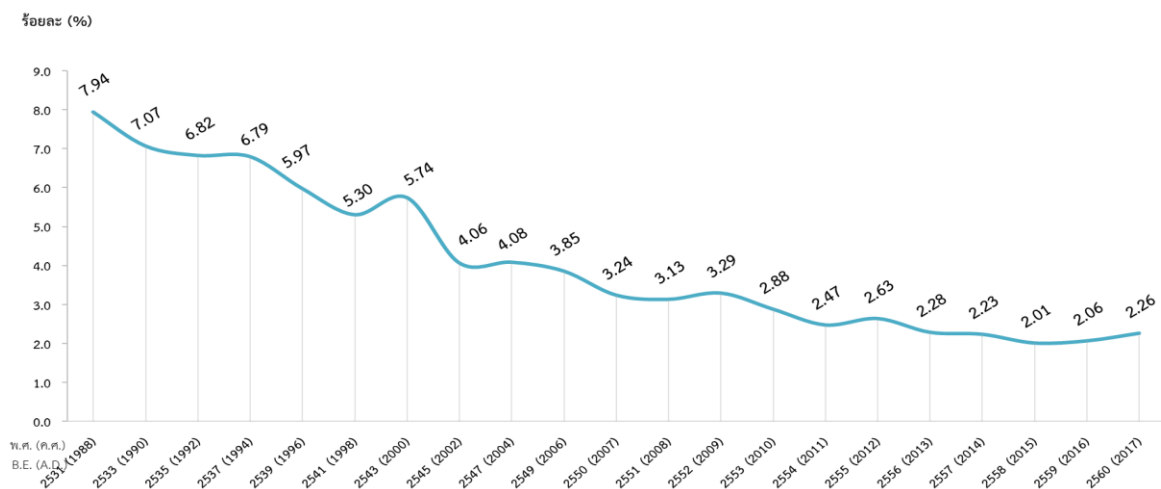


ที่มา : การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของคริวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2531 - 2560

หมายเหตุ : Health impoverishment > คริวเรือนที่ตกอยู่ใต้เส้นความยากจนภายหลังจากจ่ายค่ารักษาพยาบาล โดยคำนวณจากคริวเรือนที่อยู่เหนือเส้นความยากจน คำนวณใหม่ให้เป็นปัจจุบันตามเส้นความยากจน (Poverty line) ของสำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจสังคมแห่งชาติของการสำรวจในแต่ละปี

### 6) คริวเรือนที่ล้มละลายจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ลดลง

คริวเรือนที่ล้มละลายจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ลดลงจากร้อยละ 7.94 หรือ 710,000 คริวเรือน ในปี 2531 เหลือร้อยละ 4.06 หรือ 660,000 คริวเรือน ในปี 2545 (เริ่มระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) และร้อยละ 2.26 หรือ 480,000 คริวเรือน ในปี 2560



ที่มา : การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของคริวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2531 - 2560

หมายเหตุ : Catastrophic health expenditure > รายจ่ายค่ารักษาพยาบาลของคริวเรือนมากกว่าร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายโดยรวมของคริวเรือน

## 7) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของ 3 กองทุนหลัก

| ปี   | ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ<br>ภาพรวม (THE) | UCS<br>48 ล้านคน | UCS<br>(% THE) | CSMBS<br>5 ล้านคน | CSMBS<br>(% THE) | SHI<br>12 ล้านคน | SHI<br>(% THE) |
|------|--------------------------------------|------------------|----------------|-------------------|------------------|------------------|----------------|
| 2545 | 201,679                              | 30,344           | 15.0           | 20,476            | 10.2             | 10,696           | 5.3            |
| 2546 | 211,957                              | 32,445           | 15.3           | 22,729            | 10.7             | 12,443           | 5.9            |
| 2547 | 228,041                              | 34,161           | 15.0           | 26,078            | 11.4             | 14,267           | 6.3            |
| 2548 | 251,693                              | 42,254           | 16.8           | 29,411            | 11.7             | 19,152           | 7.6            |
| 2549 | 274,055                              | 54,772           | 20.0           | 37,037            | 13.5             | 21,029           | 7.7            |
| 2550 | 303,853                              | 68,334           | 22.5           | 46,514            | 15.3             | 21,686           | 7.1            |
| 2551 | 356,275                              | 88,775           | 24.9           | 54,937            | 15.4             | 23,767           | 6.7            |
| 2552 | 371,832                              | 77,497           | 20.8           | 61,340            | 16.5             | 27,595           | 7.4            |
| 2553 | 384,902                              | 85,884           | 22.3           | 62,237            | 16.2             | 28,912           | 7.5            |
| 2554 | 434,237                              | 114,127          | 26.3           | 61,895            | 14.3             | 30,675           | 7.1            |
| 2555 | 474,301                              | 109,709          | 23.1           | 61,828            | 13.0             | 36,469           | 7.7            |
| 2556 | 476,430                              | 109,306          | 22.9           | 59,782            | 12.5             | 36,906           | 7.7            |
| 2557 | 518,799                              | 118,838          | 22.9           | 67,611            | 13.0             | 41,029           | 7.9            |
| 2558 | 534,544                              | 114,170          | 21.4           | 66,528            | 12.4             | 43,796           | 8.2            |
| 2559 | 593,946                              | 127,611          | 21.5           | 71,635            | 12.1             | 46,064           | 7.8            |

ที่มา : บัญชีสุขภาพแห่งชาติ จัดทำโดยสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP), 2562

8) เปรียบเทียบข้อมูลค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศต่างๆ และผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนด้านหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (3.8.1 และ 3.8.2) (ข้อมูลปีล่าสุด)

| Year 2016       | ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ             |              |                                  |               |               |              | ตัวชี้วัด SDG ด้านหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (3.8) |                    |                    |             |             |
|-----------------|----------------------------------|--------------|----------------------------------|---------------|---------------|--------------|--|--------------------|--------------------|-------------|-------------|
|                 | GDP per capita<br>(current US\$) | CHE %<br>GDP | CHE per capita<br>(current US\$) | GGHE %<br>CHE | GGHE %<br>GGE | OOP %<br>CHE | 3.8.1*<br>2015                                   | 3.8.2 (1)*         | 3.8.2 (2)*         | 3.8.2 (3)*  | 3.8.2 (4)*  |
| United States   | 57,904                           | 17.1         | 9,870                            | 81.8          | 39.5          | 11.1         | ≥ 80   | 4.77 (2013)        | 0.78 (2013)        | 0.00        | 0.00        |
| Singapore       | 56,724                           | 4.5          | 2,462                            | 54.5          | 13.6          | 31.2         | ≥ 80   | -                  | -                  | -           | -           |
| Australia       | 50,020                           | 9.3          | 5,002                            | 68.3          | 17.4          | 18.9         | ≥ 80   | 3.71 (2010)        | 0.50 (2010)        | 0.00        | 0.00        |
| Germany         | 42,443                           | 11.1         | 4,714                            | 84.7          | 21.4          | 12.4         | 79   | 1.41 (1993)        | 0.07 (1993)        | 0.00        | 0.00        |
| United Kingdom  | 40,540                           | 9.8          | 3,958                            | 80.2          | 18.9          | 15.1         | ≥ 80   | 1.64 (2013)        | 0.48 (2013)        | 0.00        | 0.00        |
| Japan           | 38,794                           | 10.9         | 4,233                            | 83.6          | 23.4          | 13.5         | ≥ 80   | 6.17 (2008)        | 2.01 (2008)        | -           | -           |
| OECD members    | 37,069                           | 12.6         | 4,668                            | 79.9          | 24.5          | 13.9         |  |                    |                    |             |             |
| France          | 36,962                           | 11.5         | 4,263                            | 82.9          | 17.0          | 9.8          | ≥ 80   | -                  | -                  | -           | -           |
| Korea, Rep.     | 27,608                           | 7.3          | 2,044                            | 59.2          | 13.5          | 33.3         | ≥ 80   | 13.53 (2008)       | 4.01 (2008)        | 0.00        | 0.04        |
| Malaysia        | 9,671                            | 3.8          | 362                              | 50.5          | 8.2           | 37.6         | 70   | 0.74 (2004)        | 0.04 (2004)        | 0.09        | 0.23        |
| China           | 8,079                            | 5.0          | 398                              | 58.0          | 9.1           | 35.9         | 76   | 17.71 (2007)       | 4.76 (2007)        | 2.13        | 3.09        |
| <b>Thailand</b> | <b>5,979</b>                     | <b>3.7</b>   | <b>222</b>                       | <b>78.1</b>   | <b>15.3</b>   | <b>12.1</b>  | <b>75</b>  | <b>3.38 (2010)</b> | <b>0.68 (2010)</b> | <b>0.12</b> | <b>0.34</b> |
| South Africa    | 5,273                            | 8.1          | 428                              | 53.7          | 13.3          | 7.8          | 67   | 1.41 (2010)        | 0.12 (2010)        | 0.45        | 0.61        |
| Sri Lanka       | 3,886                            | 3.9          | 153                              | 43.1          | 8.6           | 50.1         | 62   | 2.89 (2009)        | 0.10 (2009)        | 0.05        | 0.44        |
| Indonesia       | 3,563                            | 3.1          | 112                              | 44.7          | 8.3           | 37.3         | 49   | 3.61 (2015)        | 0.41 (2015)        | 0.07        | 0.66        |
| Bhutan          | 3,013                            | 3.5          | 91                               | 74.0          | 8.3           | 20.1         | 59   | -                  | -                  | -           | -           |
| Philippines     | 2,941                            | 4.4          | 129                              | 31.5          | 7.1           | 53.9         | 58   | 6.31 (2015)        | 1.41 (2015)        | 0.83        | 1.44        |
| Lao PDR         | 2,309                            | 2.4          | 55                               | 32.4          | 3.7           | 46.4         | 48   | 2.98 (2007)        | 0.26 (2007)        | 0.40        | 0.99        |
| Vietnam         | 2,192                            | 5.7          | 123                              | 47.4          | 8.9           | 44.6         | 73   | 9.81 (2014)        | 2.07 (2014)        | -           | -           |
| India           | 1,729                            | 3.7          | 63                               | 25.4          | 3.1           | 64.6         | 56   | 17.33 (2011)       | 3.90 (2011)        | 4.16        | 4.61        |
| Bangladesh      | 1,402                            | 2.4          | 34                               | 18.0          | 3.4           | 71.9         | 46   | 13.57 (2010)       | 4.84 (2010)        | 4.01        | 4.58        |
| Cambodia        | 1,270                            | 6.1          | 78                               | 21.8          | 6.2           | 58.6         | 55   | 19.97 (2009)       | 5.64 (2009)        | 2.99        | 6.19        |
| Myanmar         | 1,192                            | 5.1          | 62                               | 20.1          | 4.8           | 74.0         | 60   | -                  | -                  | -           | -           |

1. แหล่งข้อมูล Health financing profile <https://data.worldbank.org/indicator> /ข้อมูลจาก website ธนาคารโลก

- GDP per capita ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศต่อหัวประชากร
- CHE%GDP = Current Health Expenditure as % of GDP ค่าใช้จ่ายโดยรวมด้านสุขภาพ คิดเป็น % ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศทั้งหมด
- CHE per capita = Current Health Expenditure per capita ค่าใช้จ่ายโดยรวมด้านสุขภาพต่อหัวประชากร
- GGHE%CHE = General Government Health Expenditure as % of Current Health Expenditure ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของรัฐบาล คิดเป็น % ของค่าใช้จ่ายโดยรวมด้านสุขภาพ
- GGHE%GGE = General Government Health Expenditure as % of Total Government Expenditure ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของรัฐบาล คิดเป็น% ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดของรัฐบาล
- OOP%CHE = Out-of-pocket health expenditure as % of Current Health Expenditure ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือน คิดเป็น % ของค่าใช้จ่ายโดยรวมด้านสุขภาพ

2. แหล่งข้อมูล SDG-UHC 3.8.1 และ 3.8.2 > Tracking Universal Health Coverage : 2017 Global Monitoring Report, WHO and The World Bank; 2017. ข้อมูลจากรายงานการติดตามความก้าวหน้าหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับโลก ปี 2560

- Goal 3.8.1: Service coverage index ดัชนีความครอบคลุมบริการสุขภาพ
- Goal 3.8.2 (1) Catastrophic Health Expenditure at 10% of household total consumption or income ครัวเรือนที่ล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ เมื่อคิดที่ 10% ของรายได้หรือการอุปโภคทั้งหมดของครัวเรือน
- Goal 3.8.2 (2) Catastrophic Health Expenditure at 25% of household total consumption or income ครัวเรือนที่ล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ เมื่อคิดที่ 25% ของรายได้หรือการอุปโภคทั้งหมดของครัวเรือน
- Goal 3.8.2 (3) Incidence of impoverishment due to out-of-pocket health spending, poverty line at 2011 PPP \$1.90 a day อุบัติการณ์ของครัวเรือนที่ยากจนลง เนื่องจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล เมื่อคิดที่ เส้นความยากจน 1.90 US\$ ต่อวัน
- Goal 3.8.2 (4) Incidence of impoverishment due to out-of-pocket health spending, poverty line at 2011 PPP \$3.10 a day อุบัติการณ์ของครัวเรือนที่ยากจนลง เนื่องจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล เมื่อคิดที่ เส้นความยากจน 3.10 US\$ ต่อวัน

## 2.12 ข้อค้นพบสำคัญของการขับเคลื่อนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระดับโลก

1) รายงานขององค์การอนามัยโลก<sup>8</sup> พบว่า

- ยังมีประชาชนอย่างน้อยครึ่งหนึ่งที่ยังไม่ได้รับความคุ้มครองการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น
- ประมาณ 100 ล้านคน ยังถูกผลักให้กลายเป็นคนยากจนอย่างมากจากการที่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาล

- มากกว่า 930 ล้านคน หรือประมาณ 12% ของประชากรโลก ใช้จ่ายเงินอย่างน้อย 10% ของรายได้ครัวเรือนเพื่อจ่ายค่ารักษาพยาบาล นั่นคือ ครัวเรือนล้มละลายจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล

2) ประเทศสมาชิกของสหประชาชาติ จึงมีข้อตกลงร่วมกันที่จะพยายามขับเคลื่อนการบรรลุเป้าหมายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายในปี 2030 (พ.ศ.2573) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน

3) ปฏิญญาทางการเมืองของการประชุมระดับสูงว่าด้วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า<sup>9</sup> ตกลงร่วมกันว่าจะเพิ่มความพยายามในการทำให้มั่นใจได้ว่าแต่ละประเทศ

- มีเป้าหมายการใช้จ่ายที่เหมาะสมในการลงทุนอย่างมีประสิทธิภาพด้านสุขภาพและสาธารณสุข โดยระดมทรัพยากรภาครัฐในประเทศเพื่อความยั่งยืนทางการเงินการคลัง

- เพิ่มประสิทธิภาพการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพ ขยายแหล่งการคลัง (fiscal space) ให้เพียงพอ และจัดลำดับความสำคัญในการใช้จ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพ โดยเน้นที่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยคำนึงถึงความยั่งยืนทางการเงินการคลัง และเสนอให้ประเทศต่างๆ ทบทวนการใช้จ่ายด้านสุขภาพของภาครัฐเพื่อให้มั่นใจว่าค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขเพียงพอและมีประสิทธิภาพ

4) ข้อเท็จจริงที่น่าสนใจ<sup>10</sup> ดังนี้

- มีผลตอบแทนมหาศาลจากการลงทุนด้านสุขภาพ
- การลดลงของอัตราการตาย ส่งผลต่อการเติบโตทางเศรษฐกิจได้ถึงร้อยละ 11
- การรวมเป็นหนึ่งในด้านสุขภาพสามารถทำให้สำเร็จได้ภายในช่วงชีวิตของเรา
- นโยบายการคลังเป็นเครื่องมือที่ทรงพลังและยังถูกใช้น้อยในการยับยั้งโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) และการบาดเจ็บ (injuries)

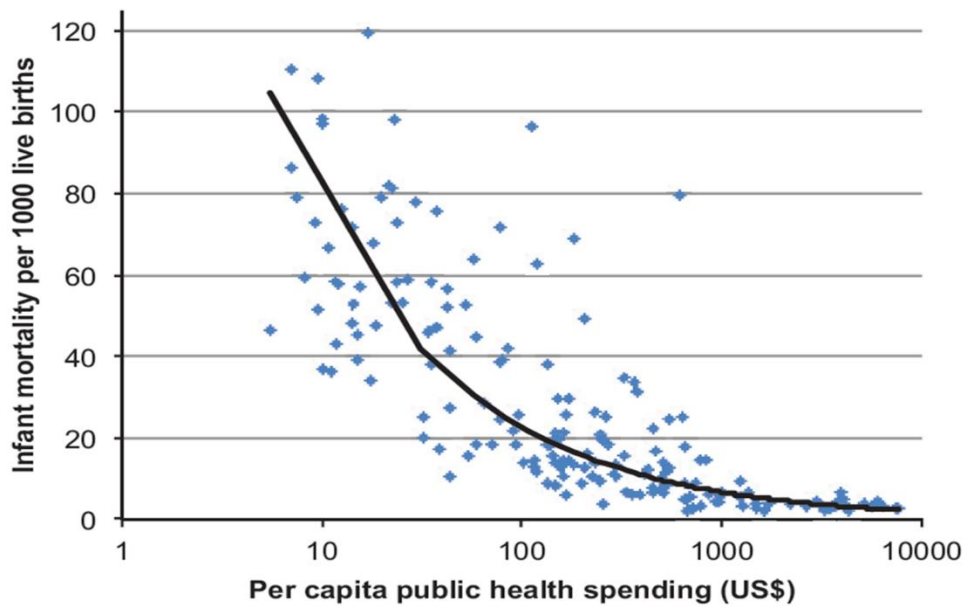
- การขยายความครอบคลุมไปยังทุกคน ซึ่งเป็นหนทางไปสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพที่จะบรรลุการปกป้องความเสี่ยงด้านสุขภาพและการเงิน

<sup>8</sup> [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))

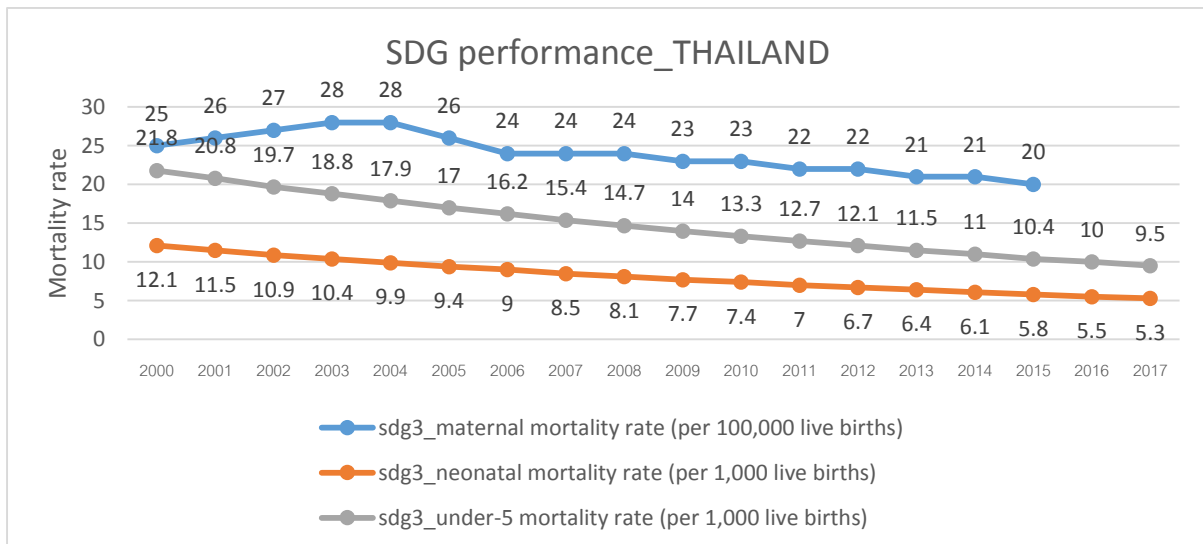
<sup>9</sup> Political Declaration of the High-level Meeting on Universal Health Coverage “Universal health coverage: moving together to build a healthier world” Resolution adopted by the General Assembly on 10 October 2019, Agreed and approved by UN Member States on 23 September 2019 in New York, USA.

<sup>10</sup> Dean T Jamison\*, Lawrence H Summers\*, George Alleyne. et al. Global health 2035: a world converging within a generation. The Lancet, Vol 382, December7, 2013. Available at <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2813%2962105-4>

5) อัตราการตายในเด็กแรกเกิดถึง 1 ปี ลดลง เมื่อรัฐจ่ายค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขเพิ่ม<sup>11</sup>



สำหรับประเทศไทย อาจกล่าวได้ว่าการที่รัฐลงทุนด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องและทำให้คนไทยทุกคนได้รับความคุ้มครองภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ มาตั้งแต่ปี 2545 นั้น ส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสาธารณสุขสำคัญที่ดีขึ้น นั่นคือ อัตราการตายของมารดา ลดลงจาก 25 ต่อทารกเกิดมีชีวิต 100,000 ราย ในปี 2543 เป็น 20 ในปี 2558, อัตราตายของทารกแรกเกิดและเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ลดลงจาก 12.1 และ 21.8 ตามลำดับ ต่อทารกเกิดมีชีวิต 1,000 คน ในปี 2543 เป็น 5.3 และ 9.5 ในปี 2560 ดังแสดงในภาพ



ที่มา : Sustainable Development Report 2019 Available at:

<https://sdgindex.org/reports/sustainable-development-report-2019/>

<sup>11</sup> Gupta I and Mondal S. Health spending, macroeconomics, and fiscal space in countries of the World Health Organization South East Asia Region. Policy and Practice. WHO South-East Asia Journal of Public Health | July–December 2014 | 3 (3–4)

ข้อมูลอัตราการตายของมารดาและทารกและเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของไทยเปรียบเทียบกับประเทศต่างๆ ทั้งประเทศรายได้ปานกลางและประเทศรายได้สูง ดังภาพ

|             | Maternal mortality per 100,000 |      |      |      | Neonatal mortality per 1,000 live |      |      |      | U-5 mortality per 1,000 live bi |      |      |      |
|-------------|--------------------------------|------|------|------|-----------------------------------|------|------|------|---------------------------------|------|------|------|
|             | 2000                           | 2005 | 2010 | 2015 | 2000                              | 2005 | 2010 | 2015 | 2000                            | 2005 | 2010 | 2015 |
| Lao PDR     | 546                            | 418  | 294  | 197  | 40.1                              | 36.6 | 32.8 | 29.5 | 112.6                           | 95.9 | 80.4 | 67.9 |
| Cambodia    | 484                            | 315  | 202  | 161  | 35.4                              | 27   | 21.5 | 16.3 | 107                             | 65.3 | 44.4 | 32   |
| Bangladesh  | 399                            | 319  | 242  | 176  | 42.4                              | 34.9 | 27.4 | 20.7 | 87.4                            | 66.2 | 49.2 | 36.4 |
| India       | 374                            | 280  | 215  | 174  | 45.1                              | 38.1 | 32   | 26.1 | 91.7                            | 74.5 | 58.4 | 44.1 |
| Myanmar     | 308                            | 248  | 205  | 178  | 37.9                              | 32.8 | 28.6 | 25.3 | 89.8                            | 77.5 | 64   | 52.4 |
| Indonesia   | 265                            | 212  | 165  | 126  | 22.3                              | 19.2 | 16.2 | 13.3 | 52.1                            | 41.4 | 33.2 | 27.2 |
| Philippines | 124                            | 127  | 129  | 114  | 16.8                              | 15.7 | 14.7 | 14.1 | 38.7                            | 34.4 | 31.3 | 29.1 |
| Malaysia    | 58                             | 52   | 48   | 40   | 5.3                               | 4.4  | 3.9  | 4    | 10.2                            | 8.2  | 7.7  | 7.6  |
| Sri Lanka   | 57                             | 43   | 35   | 30   | 9.6                               | 6.6  | 6.4  | 6.3  | 16.5                            | 14.3 | 11.6 | 9.5  |
| China       | 58                             | 48   | 35   | 27   | 21.4                              | 13.8 | 8.4  | 5.5  | 36.8                            | 24   | 15.8 | 10.8 |
| Thailand    | 25                             | 26   | 23   | 20   | 12.1                              | 9.4  | 7.4  | 5.8  | 21.8                            | 17   | 13.3 | 10.4 |
| Singapore   | 18                             | 16   | 11   | 10   | 1.6                               | 1.3  | 1.1  | 1    | 3.9                             | 2.9  | 2.8  | 2.7  |
| Korea       | 16                             | 14   | 15   | 11   | 3.4                               | 2.4  | 1.8  | 1.6  | 7.5                             | 5.5  | 4.1  | 3.5  |
| Netherland  | 14                             | 11   | 8    | 7    | 3.8                               | 3.4  | 2.8  | 2.6  | 6.2                             | 5.3  | 4.4  | 4    |
| France      | 12                             | 10   | 9    | 8    | 2.7                               | 2.4  | 2.2  | 2.4  | 5.4                             | 4.6  | 4.2  | 4.2  |
| UK          | 12                             | 12   | 10   | 9    | 3.8                               | 3.5  | 3    | 2.7  | 6.5                             | 6    | 5.2  | 4.5  |
| Japan       | 10                             | 7    | 6    | 5    | 1.8                               | 1.4  | 1.1  | 0.9  | 4.5                             | 3.7  | 3.2  | 3    |
| Germany     | 8                              | 7    | 7    | 6    | 2.8                               | 2.6  | 2.3  | 2.3  | 5.4                             | 4.7  | 4.2  | 3.9  |
| Italy       | 5                              | 4    | 4    | 4    | 3.5                               | 2.7  | 2.4  | 2.1  | 5.6                             | 4.5  | 4    | 3.5  |

ที่มา: Sustainable Development Report 2019 Available at:

<https://sdgindex.org/reports/sustainable-development-report-2019/>

หมายเหตุ : Maternal mortality per 100,000 live births หมายถึง อัตราการตายของมารดาต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน

Neonatal mortality per 1,000 live births หมายถึง อัตราการตายของทารกต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน

Under - 5 mortality per 1,000 live births หมายถึง อัตราการตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน

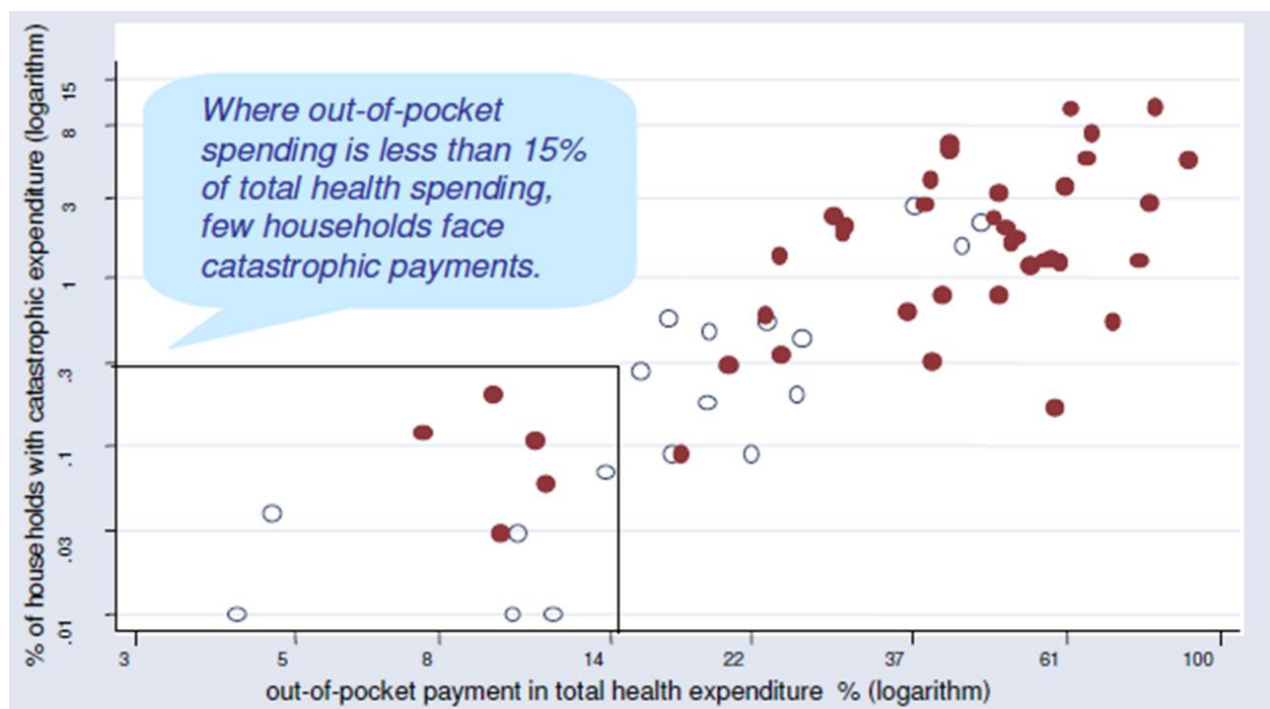
|                 | CHE%GDP    |            |            |            | GGHE%CHE    |             |             |             | GGHE%GGE    |             |             |             |
|-----------------|------------|------------|------------|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
|                 | 2000       | 2005       | 2010       | 2015       | 2000        | 2005        | 2010        | 2015        | 2000        | 2005        | 2010        | 2015        |
| Lao PDR         | 4.3        | 3.3        | 2.9        | 2.5        | 28.8        | 27.2        | 20.7        | 35.2        | 6.2         | 5.7         | 2.7         | 3.8         |
| Cambodia        | 6.5        | 6.9        | 6.9        | 6.2        | 19.8        | 17.8        | 19.7        | 21.7        | 8.6         | 9.9         | 6.5         | 6.4         |
| Bangladesh      | 2.0        | 2.3        | 2.5        | 2.5        | 28.7        | 22.2        | 21.0        | 17.6        | 5.2         | 4.4         | 4.4         | 3.4         |
| India           | 4.0        | 3.8        | 3.3        | 3.6        | 20.7        | 20.1        | 26.2        | 25.6        | 3.3         | 3.0         | 3.1         | 3.4         |
| Myanmar         | 1.8        | 2.0        | 1.8        | 5.2        | 13.2        | 7.3         | 9.8         | 22.0        | 1.3         | 1.1         | 1.2         | 4.8         |
| Indonesia       | 1.9        | 2.6        | 3.0        | 3.0        | 28.7        | 28.3        | 25.7        | 40.3        | 3.6         | 4.2         | 4.5         | 6.9         |
| Philippines     | 3.2        | 3.9        | 4.3        | 4.3        | 44.4        | 33.1        | 31.9        | 31.5        | 6.5         | 6.6         | 7.2         | 7.3         |
| Malaysia        | 2.6        | 2.8        | 3.2        | 3.9        | 46.4        | 48.6        | 52.7        | 53.3        | 4.6         | 5.6         | 6.3         | 8.2         |
| Sri Lanka       | 4.2        | 4.0        | 3.9        | 3.9        | 53.6        | 52.6        | 40.4        | 44.0        | 10.1        | 10.1        | 7.8         | 8.4         |
| China           | 4.5        | 4.1        | 4.2        | 4.9        | 22.0        | 32.8        | 51.9        | 60.2        | 6.1         | 7.5         | 8.8         | 9.4         |
| <b>Thailand</b> | <b>3.1</b> | <b>3.2</b> | <b>3.4</b> | <b>3.7</b> | <b>55.2</b> | <b>63.7</b> | <b>73.8</b> | <b>74.9</b> | <b>12.7</b> | <b>13.1</b> | <b>14.4</b> | <b>14.8</b> |
| Singapore       | 3.4        | 3.0        | 3.2        | 4.2        | 36.3        | 33.0        | 35.9        | 47.1        | 6.7         | 6.9         | 7.5         | 11.1        |
| Korea           | 4.0        | 4.8        | 6.2        | 7.0        | 50.3        | 56.7        | 59.0        | 57.3        | 8.1         | 9.3         | 11.8        | 12.5        |
| Netherland      | 7.7        | 9.1        | 10.2       | 10.3       | 69.0        | 68.4        | 67.3        | 65.1        | 12.6        | 14.7        | 14.3        | 15.1        |
| France          | 9.6        | 10.2       | 11.2       | 11.5       | 78.9        | 78.7        | 76.3        | 76.7        | 14.6        | 15.1        | 15.1        | 15.5        |
| UK              | 6.0        | 7.2        | 8.4        | 9.7        | 81.7        | 83.5        | 84.8        | 80.0        | 13.8        | 14.5        | 15.0        | 18.4        |
| Japan           | 7.2        | 7.8        | 9.2        | 10.9       | 80.4        | 81.2        | 81.9        | 84.1        | 15.3        | 17.8        | 18.9        | 23.2        |
| Germany         | 9.8        | 10.2       | 11.0       | 11.1       | 78.3        | 75.8        | 75.8        | 76.9        | 17.2        | 16.8        | 17.6        | 19.5        |
| Italy           | 7.6        | 8.4        | 9.0        | 9.0        | 72.6        | 77.5        | 78.5        | 74.6        | 11.8        | 13.7        | 14.1        | 13.3        |

ที่มา Global Health Expenditure Database, World Health Organization. Last update September 2020 <https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>

หมายเหตุ : (1) CHE % GDP หมายถึง ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเปรียบเทียบกับ GDP (2) GGHE % CHE หมายถึง ค่าใช้จ่ายสุขภาพของภาครัฐ เทียบกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด (3) GGHE % GGE หมายถึง ค่าใช้จ่ายสุขภาพของรัฐเทียบกับค่าใช้จ่ายทั้งหมดของรัฐ



6) หากเงินที่ประชาชนต้องควักกระเป๋าจ่ายเองเมื่อไปรับบริการรักษาพยาบาล (Out – of – Pocket payment) น้อยกว่าร้อยละ 15 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดของประเทศ จะพบครัวเรือนไม่มากที่ต้องล้มละลายจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย<sup>12</sup>



<sup>12</sup> Xu K, Evans DB, Carrin G, Aguilar-Rivera AM. Designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure. Technical brief for policymakers, Number 2/2005. [https://www.who.int/health\\_financing/documents/cov-pb\\_e\\_05\\_2-cata\\_sys/en/](https://www.who.int/health_financing/documents/cov-pb_e_05_2-cata_sys/en/)

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการและกระบวนการศึกษา

การพิจารณาศึกษา เรื่อง การปฏิรูปหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยเพื่อความยั่งยืน ของคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน ในคณะกรรมการ การสาธารณสุข วุฒิสภา ดำเนินการโดย

#### 3.1 การศึกษารวบรวมข้อมูลเอกสารวิชาการในประเทศและต่างประเทศ

โดยคณะอนุกรรมการได้มีการศึกษาทบทวนข้อมูลจากบุคคล เอกสาร รายงานการพิจารณาศึกษา เอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้องทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ การสืบค้นข้อมูล รวมทั้งการประชุม เพื่อหารือและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์ ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะของ การดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน

#### 3.2 การเชิญบุคคลและผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาให้ข้อมูลและแสดงความคิดเห็นในประเด็นต่าง ๆ เพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

##### 3.2.1 กระทรวงสาธารณสุข

##### 1) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

- |                                    |   |
|------------------------------------|---|
| 1. นายแพทย์ศุภกิจ ศิริลักษณ์       | รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข   |
| 2. นายแพทย์พิทักษ์พล บุญมาลิก      | ผู้ตรวจราชการกระทรวง  |
| 3. นายวัฒน์ชัย จรุงวรธนะ           | ผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพ และหลักประกันสุขภาพ  |
| 4. นายแพทย์ธงธน เพิ่มบถศรี         | ผู้อำนวยการกลุ่มขับเคลื่อนการปฏิรูป ประเทศ ยุทธศาสตร์ชาติ และการสร้าง ความสามัคคีปรองดอง ประจำ กระทรวงสาธารณสุข |
| 5. นายแพทย์วัลลภชัย จึงสำราญพงศ์   | รองผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพ และหลักประกันสุขภาพ   |
| 6. นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร | ที่ปรึกษาสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพ ระหว่างประเทศ  |
| 7. นายแพทย์ภัทรชัย สิมะโรจน์       | นายแพทย์เชี่ยวชาญ   |
| 8. นายแพทย์ถาวร สกุลพานิชย์        | นักวิเคราะห์นโยบายและแผนเชี่ยวชาญ   |
| 9. นางน้อมองค์ สายรัตน์            | นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ   |
| 10. นางธิดิภัทร คูหา               | นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ   |
| 11. นางสาวอุบลวรรณ นิยมจันทร์      | นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ  |

- |                                |  |
|--------------------------------|--|
| 12. นางณัฐญาภรณ์ เพชรธิรสวัสต์ | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ                    |
| 13. นางสาวปิยพิมพ์ ชัยอาวุธ    | นักวิเคราะห์นโยบายและแผน                       |
| 14. นางสาวจรรยาพร เบ็ญจวรรณ    | นักวิเคราะห์นโยบายและแผน                       |
| 15. นางสาวภรณ์ทิพา ลาภไธสง     | นักวิเคราะห์นโยบายและแผน                       |
| 16. นายนิติกร หนูนาค           | นักวิเคราะห์นโยบายและแผน                       |
| 17. นายศุภชัย เกาะกิ่ง         | นักวิเคราะห์นโยบายและแผน                       |
| 18. นางสาววิมลรัตน์ ศรีเมฆ     | นักวิชาการสาธารณสุข                            |
| 19. นางสาวพิมพ์พิชชา ก้างยาง   | นักวิชาการสาธารณสุข                            |
| 20. นางสาวพรชรัตน์ สิ้นธุโคตร  | นักวิชาการสาธารณสุข                            |
| 21. นางสาวอารยา รัตน์เทวมัตย์  | นักวิชาการสถิติ                                |
| 22. นายวุฒิพันธุ์ วงษ์มงคล     | นักวิจัยสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ |
| 23. นางสาวเพชรรัตน์ สิ้นธุโคตร | นักวิชาการสาธารณสุข                            |

### 3.2.2 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

- |                                 |                   |
|---------------------------------|-------------------|
| 1. นางสาวบุญยวีร์ เอื้อศิริวรรณ | ผู้จัดการงานวิจัย |
| 2. นายจเร วิชาไทย               | ผู้จัดการงานวิจัย |
| 3. นายวีระ หวังสัจจะโชค         | นักวิจัย          |

### 3.2.3 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

- |                                 |   |
|---------------------------------|---|
| 1. นายแพทย์ศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา | เลขาธิการ สปสช.   |
| 2. นายแพทย์อรรถพร ลิ้มปัญญาเลิศ | รองเลขาธิการ สปสช.  |
| 3. นายแพทย์พรเทพ โชติชัยสุวรรณ  | ผู้อำนวยการสำนักบริหารแผนและงบประมาณ                        |
| 4. นายแพทย์ชาติรี เจริญชีวะกุล  | ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมการมีส่วนร่วม                       |
| 5. นางวารภรณ์ สุวรรณเวลา        | ผู้อำนวยการสำนักพัฒนานโยบายยุทธศาสตร์                       |
| 6. นายแพทย์วีระพันธ์ ลีธนะกุล   | ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพ<br>กรุงเทพมหานคร        |
| 7. นายประเทือง เผ่าดิษฐ์        | ผู้ช่วยผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพ<br>กรุงเทพมหานคร |
| 8. นางกาญจนา ศรีชมภู            | หัวหน้ากลุ่มงานสำนักบริหารแผนและงบประมาณ                    |

### 3.2.4 กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง

- |                               |  |
|-------------------------------|--|
| 1. นายสิทธิชัย งามเกียรติขจร  | ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านสวัสดิการรักษายาบาล |
| 2. นางสาววารีย์ แฉ่นแก้ว      | ผู้อำนวยการกองสวัสดิการรักษายาบาล        |
| 3. นายสิทธิธานต์ รัตน์วงศ์    | นิติกรชำนาญการ                           |
| 4. นายกิตติ เอื้อพิพัฒน์วรกุล | นิติกรปฏิบัติการ                         |

### 3.2.5 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

- |                               |   |
|-------------------------------|---|
| 1. นายอนุสรณ์ อัมพันธ์ศรี     | นักบริหารแผนงาน   |
| 2. แพทย์หญิงขจีรัตน์ ปริกเอโก | ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุน<br>การพัฒนาาระบบสุขภาพ             |
| 3. นางภรณ์ ภูประเสริฐ         | ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนสุขภาพะประชากร<br>ประชากรกลุ่มเฉพาะ |
| 4. นายกิตต์ สุนทรรัตน์        | นักวิชาการ  |

### 3.2.6 กระทรวงแรงงาน

#### 1) กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน

- |                          |                               |
|--------------------------|-------------------------------|
| 1. นายอรเทพ อินทรสกุล    | ผู้ตรวจราชการกรมการจัดหางาน   |
| 2. นายภูวกร โตสิงห์พร    | นักวิชาการแรงงานชำนาญการพิเศษ |
| 3. นายอำนาจ สังข์ศรีแก้ว | นักวิชาการแรงงานชำนาญการ      |
| 4. นายอาจศึก ชนะหาญ      | นักวิชาการแรงงานชำนาญการ      |

#### 2) สำนักงานประกันสังคม

- |                                 |  |
|---------------------------------|--|
| 1. นางสาวภคมน ศิลาณภาพ          | ผู้อำนวยการสำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ |
| 2. นางสาวอังสุมาลี ยอดยิ่งวิทยา | นักวิชาการแรงงานชำนาญการ                 |
| 3. นายธนกาญจน์ ว่องลีลาเศรษฐ์   | นักวิชาการแรงงานปฏิบัติการ               |
| 4. นายณณภูมิ สุวรรณภูมิ         | นักวิชาการสถิติปฏิบัติการ                |
| 5. นางสาวหทัยรัตน์ เรือนใจ      | นักวิชาการประกันสังคม                    |

### 3.2.7 กระทรวงมหาดไทย

#### กรมการปกครอง

- |                             |  |
|-----------------------------|--|
| 1. นายพิธาสรวง จันท์ฉายฉัตร | ผู้อำนวยการส่วนสัญชาติและการทะเบียน<br>บุคคลผู้ไม่มีสัญชาติไทย |
|-----------------------------|--|

### 3.2.8 คณะทำงานศึกษาประเด็นปฏิรูปความยั่งยืนและเพียงพอด้านการเงินการคลังสุขภาพ ของคณะกรรมการติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ และการจัดทำและ ดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา

- |   |          |
|---|----------|
| 1. รองศาสตราจารย์สุรศักดิ์ ลีลาอุดมลิปิ     | คณะทำงาน |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์อานนท์ ศักดิ์วีระวิชัย | คณะทำงาน |

### 3.3 การติดต่อประสานงาน

คณะกรรมการฯ ได้มอบหมายให้ฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการดำเนินการติดต่อประสานกับบุคคล ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้แทนหน่วยงานที่คณะกรรมการประสงค์เชิญเข้าร่วมประชุม เพื่อชี้แจง แสดงความคิดเห็น และแลกเปลี่ยนข้อมูล โดยการประสานงานผ่านทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ แอปพลิเคชันไลน์ โทรศัพท์ และหนังสือเชิญประชุม

### 3.4 การประชุม working group กลุ่มย่อย

การประชุม Working group กลุ่มย่อยโดยเชิญ นักวิชาการและผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในแต่ละประเด็นเพื่อจัดทำร่างข้อเสนอด้านระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนในแต่ละประเด็น เสนอต่ออนุกรรมการฯ พิจารณา และนำข้อเสนอแนะที่ได้รับจากอนุกรรมการฯ ไปปรับปรุงแก้ไขรายละเอียดเพื่อสรุปเป็นข้อเสนอของคณะกรรมการฯ ต่อไป โดยมีการประชุมจำนวน 13 ครั้ง

### 3.5 การประชุมศึกษา อภิปราย วิเคราะห์ และเสนอแนะของคณะกรรมการ

การประชุมคณะกรรมการและการประชุมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เพื่ออภิปราย วิเคราะห์ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในแต่ละประเด็นข้อเสนอด้านระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนในแต่ละประเด็น รวมถึงการทบทวน สรุปบทเรียนจากต่างประเทศในการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพ ประเด็นต่าง ๆ และได้สรุปสาระสำคัญ โดยจัดทำบันทึกการประชุมเพื่อนำสู่การวิเคราะห์ สังเคราะห์ และข้อเสนอแนะ รวมทั้งการสืบค้นข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยมีการประชุมจำนวน 15 ครั้ง

## บทที่ 4

### ผลการพิจารณาการศึกษา

การศึกษาข้อมูลของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้พิจารณาศึกษาโดยเชิญนักวิชาการ ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้แทนหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมทั้งหน่วยงานทุกภาคส่วนเข้าร่วมประชุม ซึ่งได้รับความร่วมมืออย่างดี ซึ่งมีข้อเสนอเพื่อรองรับ 4 แผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ที่เกี่ยวข้องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านำเสนอต่อคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ดังนี้

#### 4.1 ข้อเสนอการคุ้มครองหลักประกันสุขภาพและสิทธิประโยชน์ให้แก่ทุกคนทั้งคนไทยและคนต่างด้าว สถานการณ์ปัจจุบัน และความท้าทาย

1. คนไทยมีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่รัฐสนับสนุนระบบใดระบบหนึ่ง แต่ระบบมีการออกแบบที่ต่างกัน โดยเฉพาะการกำหนดกลไกการจ่ายเงินที่ต่างกัน ทำให้ผลการเข้าถึงบริการ ผลลัพธ์บริการต่างกัน ก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำของประชาชนในบริการสาธารณสุขที่จำเป็น

2. บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ได้รับการดูแลจากกองทุนให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขึ้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขสำหรับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ แต่ยังพบปัญหาบางกลุ่มที่ยังไม่ได้รับสิทธิ และบางกลุ่มยังไม่สามารถเข้าถึงระบบประกันสุขภาพใดได้

3. คนต่างด้าวในประเทศไทยมีทั้งที่เข้าเมืองโดยถูกกฎหมาย และไม่ถูกกฎหมาย คนต่างด้าวในประเทศไทยมีทั้งที่มีระบบหลักประกันสุขภาพภาคบังคับ จากระบบประกันสังคม ระบบกระทรวงสาธารณสุข คนต่างด้าวส่วนหนึ่งไม่มีหลักประกันใด ๆ ทำให้เมื่อเจ็บป่วยจะเป็นภาระของหน่วยบริการ ทั้งนี้ คนต่างด้าวบางกลุ่มอาจจะซื้อระบบประกันสุขภาพจากกระทรวงสาธารณสุข หรือเอกชน ในขณะที่ระบบประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขบริหารจัดการแบบแยกส่วนโดยให้หน่วยบริการแต่ละหน่วยในพื้นที่ขายประกันสุขภาพเอง

4. คนที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ หากเจ็บป่วยก็จะเป็นภาระของสถานพยาบาลซึ่งปัจจุบันสถานพยาบาลต้องใช้งบประมาณจำนวนหลายสิบล้านบาทต่อปีในการดูแลคนเหล่านี้ หากรัฐไม่เข้าไปจัดระบบหลักประกันสุขภาพให้ ก็จะเป็นปัญหาและเกิดผลกระทบในวงกว้าง ตัวอย่างเช่น กรณีของโรคติดต่อ โรคระบาด โรคอุบัติใหม่

5. ความท้าทายที่สำคัญของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage, UHC) ของประเทศไทย คือ ความเหลื่อมล้ำและความไม่เป็นธรรมระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพรัฐ 3 ระบบใหญ่ คือ ทุกระบบใช้แหล่งงบประมาณจากภาษีเป็นหลัก ในขณะที่ระบบประกันสังคมต้องจ่ายสมทบเพิ่ม และนายจ้างไม่มีสิทธิประกันสังคม ค่าใช้จ่ายต่อหัวต่างกัน (ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการใช้ค่าใช้จ่าย 14,000 บาท ต่อผู้มีสิทธิ ระบบประกันสังคมใช้ 3,800 บาท ต่อผู้มีสิทธิ และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใช้ 3,700 บาท ต่อผู้มีสิทธิ) วิธีการใช้บริการและชุดสิทธิประโยชน์ที่ต่างกัน ผลลัพธ์ของการรักษาพยาบาล (การเสียชีวิต) ไม่ต่างกัน นอกจากนี้ ยังมีกองทุนย่อย

ที่ไม่อยู่ใน 3 ระบบใหญ่ ซึ่งมีความเสี่ยงที่กองทุน และผู้มีสิทธิจะล้มละลายเมื่อผู้มีสิทธิเจ็บป่วยด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง

6. ความท้าทายอีกประการหนึ่ง คือการปรับปรุงและยกระดับระบบประกันสุขภาพของประเทศ ให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ในกฎหมาย นโยบาย และยุทธศาสตร์ คือ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2560 กำหนดให้ปรับระบบหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนได้รับสิทธิและประโยชน์จากการบริหารจัดการและการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและสะดวกทัดเทียมกัน ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีกำหนดให้สร้างความเป็นธรรม และลดความเหลื่อมล้ำในทุกมิติ นโยบายรัฐบาล ข้อ 9 มุ่งเน้นการจัดบริการสาธารณสุข และระบบความคุ้มครองทางสังคมที่ครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มอย่างเหมาะสมนำไปสู่ความเสมอภาค

### เป้าประสงค์

เป้าประสงค์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน คือ คนทุกคนในแผ่นดินไทยมีหลักประกันสุขภาพ เพื่อให้เกิดความมั่นคงด้านสาธารณสุข และไม่เป็นภาระต่อระบบบริการสาธารณสุข เพื่อการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน

### ข้อเสนอสำหรับระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนในระยะเปลี่ยนผ่าน

#### 1. ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับคนไทย

1.1 ใช้กลไกที่มีอยู่แล้วตาม พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 9 (สวัสดิการข้าราชการ) มาตรา 10 (กองทุนประกันสังคม) มาตรา 11 (กองทุนเงินทดแทน) และมาตรา 12 (พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. ๒๕๓๕) ให้เกิดเป็นรูปธรรมอย่างแท้จริง

1.2 ปรับระบบการจัดการของ 3 กองทุนหลักให้เป็นแบบเดียวกัน ทั้งระบบงบประมาณ อัตราการสนับสนุนงบประมาณ วิธีและอัตราการจ่ายเงินให้สถานพยาบาล และการกำหนดสิทธิประโยชน์หลักที่จำเป็นให้เหมือนกัน เพื่อสร้างความเป็นธรรม โดยแต่ละกองทุนอาจมีการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์เสริมได้ตามความเหมาะสม โดยการเห็นชอบจากคณะกรรมการใดหนึ่งที่ดูแลภาพรวมหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1.3 สำหรับระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ปรับใช้มาตรา 9 ของ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 สำหรับข้าราชการใหม่ โดยการออกพระราชกฤษฎีกา ซึ่งกรมบัญชีกลางจะทำหน้าที่กำกับและกำหนดสิทธิประโยชน์เสริมสำหรับข้าราชการใหม่

1.4 สำหรับระบบประกันสังคม ปรับใช้มาตรา 10 สำหรับกองทุนเงินทดแทนใช้มาตรา 11 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งผู้ประกันตนจะได้สิทธิการรักษาพยาบาลเช่นเดียวกับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยไม่ต้องร่วมจ่ายเงินสมทบค่ารักษาพยาบาล ทั้งนี้ เสนอให้คงหลักการจ่ายเงินสมทบไว้ แต่พิจารณาปรับปรุงอัตราส่วนเงินสมทบไปให้ประโยชน์ทดแทนด้านอื่นตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533

1.5 สำหรับกรณีผู้ประสบภัยจากรถ ปรับใช้มาตรา 12 ของพรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

## 2. ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพสำหรับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ

2.1 บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิซึ่งตกการสำรวจและจัดทำทะเบียน ให้ได้รับการประกันสุขภาพโดยกองทุนให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุข

2.2 คนไทยที่มีปัญหาสถานะทางทะเบียนและสิทธิ ได้แก่ ผู้ที่ตกหล่นทางทะเบียน ไม่มีเลข 13 หลัก และผู้ที่มีเลข 13 หลัก แต่อยู่ระหว่างพิสูจน์ตัวบุคคล ให้มีระบบประกันสุขภาพที่ไม่เสียค่าใช้จ่าย ด้วยการบริหารจัดการของ สปสช.

## 3. ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับคนต่างด้าว

3.1 คนต่างด้าวทุกคนต้องมีหลักประกันสุขภาพเมื่อเข้ามาในประเทศไทย โดยใช้กลไกภาครัฐเป็นกลไกหลัก โดยทุกคนต้องมีการร่วมจ่ายก่อนป่วยทั้งอัตราและวิธีการที่เหมาะสม สะดวก เป็นธรรม

3.2 ในช่วงระยะเปลี่ยนผ่าน (Intermediate step) ในระยะ 2 ปี ให้แต่ละระบบมีการปรับปรุงที่สำคัญ ดังนี้

3.1.1 ระบบประกันสังคม ปรับปรุงให้ผู้ประกันตนได้รับสิทธิประโยชน์ค่าบริการทางการแพทย์ทันทีที่เริ่มจ่ายเงินสมทบ

3.1.2 มีการขยายกองทุนให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขไปยังกลุ่มที่อยู่ในแผน เช่น เด็กกลุ่ม P และกลุ่ม G

3.1.3 ให้มีระบบหลักประกันสุขภาพสำหรับกลุ่มคนต่างด้าวที่ยังไม่สามารถเข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพซึ่งต้องมีการดำเนินการ ดังนี้

1) มีกลไกจัดการการเงินที่มีประสิทธิภาพสำหรับคนต่างด้าวทุกกลุ่ม

2) จัดระบบประกันสุขภาพที่บริหารจัดการโดย สปสช. โดยคนต่างด้าวจ่ายค่าบัตรประกันสุขภาพตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด และใช้หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งได้รับการจัดสรรงบประมาณเช่นเดียวกับคนไทย

3) มีมติคณะรัฐมนตรีรองรับ

## 4. ข้อเสนอสำหรับระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนในระยะยาว

เนื่องจากระบบหลักประกันสุขภาพที่เป็นหลายระบบในปัจจุบันมีจุดอ่อน ดังนี้

1) ไม่มีประสิทธิภาพในการบริหารจัดการค่าใช้จ่าย และการให้บริการในสถานพยาบาลซึ่งแต่ละกองทุนต่างกัน ทำให้เกิดความซ้ำซ้อนและเป็นภาระกับผู้ให้บริการ

2) ต้นทุนค่าบริหารจัดการสูง รวมทั้งการบริหารแต่ละระบบที่แยกกันจัดการในเรื่องเดียวกัน

3) ซึ่งซ้ำซ้อนกันและสิ้นเปลืองงบประมาณในการจัดการของแต่ละระบบ

4) ขนาดกองทุนที่ไม่ใหญ่พอเนื่องจากแยกกันเป็นหลายกองทุน ไม่สามารถใช้เป็นกลไกหนึ่งเดียวที่ใหญ่พอในการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขของการใช้งบประมาณได้

5) กองทุนที่แยกกันหลายกองทุนไม่มีอำนาจการต่อรองในเรื่องที่มีความสำคัญต่อประโยชน์ของผู้รับบริการ และระบบหลักประกันสุขภาพ เช่น การต่อรองราคายา และเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา

ดังนั้นจึงเสนอให้ประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีการจัดการระบบเดียว (unification) มีหน่วยงานเดียวที่สามารถบูรณาการการบริหารจัดการโดยไม่ต้องตั้งหน่วยงานใหม่ ซึ่งรวมระบบและกองทุนประกันสุขภาพทุกระบบทั้งสำหรับคนไทยและคนต่างด้าวให้เป็นหนึ่งเดียว



ที่มีเอกภาพ และประสิทธิภาพ อีกทั้งเพื่อให้ง่ายต่อการจัดการและลดความเหลื่อมล้ำของระบบ เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน

ตารางจำแนกบุคคลที่อาศัยในประเทศไทยทั้งคนไทย และคนต่างด้าว ระบบหลักประกันและสิทธิประโยชน์

| กลุ่มเป้าหมาย  | จำนวนคน    | ระบบประกันสุขภาพที่จัดให้ และสถานการณ์ที่เป็นจริงในปัจจุบัน  | ข้อเสนอแนะการแก้ไขปัญหาการเข้าถึงและการให้บริการประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างยั่งยืน   |
|--|------------|--|--|
| 1. คนต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยชอบด้วยกฎหมายและมีสิทธิอยู่อาศัยชั่วคราว                                       |            |  |  |
| 1.1 คนต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยชอบด้วยกฎหมายและมีสิทธิอยู่อาศัยชั่วคราวตามมาตรา 34 พรบ.คนเข้าเมือง พ.ศ. 2522 | 45,090,313 |  |  |
| 1.1.1 การปฏิบัติหน้าที่ทางทูตหรือกงสุล   |            | ไม่มีระบบประกันสุขภาพภาครัฐสำหรับบุคคลกลุ่มนี้ สามารถซื้อประกันเอกชนได้ตามความสมัครใจ ถ้าไม่ซื้อประกันจะเป็นภาระของสถานพยาบาล ยกเว้นในกรณีที่หน่วยงานต้นสังกัดจัดระบบประกันสุขภาพให้ หรือถ้าคุ้มครองโดย พรบ.ประกันสังคมต้องซื้อประกันสังคม | ในกรณีที่ไม่มีประกันสุขภาพที่หน่วยงานต้นสังกัดจัดให้ ต้องมีประกันสุขภาพโดยสามารถซื้อจากประเทศต้นทางหรือซื้อประกันของภาครัฐหรือเอกชนในประเทศไทย ทั้งนี้ให้ซื้อก่อนเดินทางเข้าประเทศ หรือผนวกค่าประกันสุขภาพเข้าในค่าบริการที่คนเข้าเมืองต้องจ่ายอยู่แล้ว เช่น ภาษีสนามบิน หรือสามารถซื้อได้ที่ด่านเข้าเมือง |
| 1.1.2 การปฏิบัติหน้าที่ทางราชการ   |            |  |  |
| 1.1.3 การท่องเที่ยว  |            |  |  |
| 1.1.4 การเล่นกีฬา  |            |  |  |
| 1.1.5 ธุรกิจ   |            |  |  |
| 1.1.6 การลงทุนที่ได้รับการเห็นชอบจากกระทรวง ทบวง กรมที่เกี่ยวข้อง  |            |  |  |
| 1.1.7 การลงทุนหรือการอื่นที่เกี่ยวกับการลงทุนที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมการลงทุน              |            |  |  |
| 1.1.8 การเดินทางผ่านราชอาณาจักร  |            |  |  |
| 1.1.9 การเป็นผู้ควบคุมพาหนะ  |            |  |  |
| 1.1.10 การศึกษา ดุงาน  |            |  |  |
| 1.1.11 ปฏิบัติหน้าที่สื่อมวลชน   |            |  |  |
| 1.1.12 การเผยแพร่ศาสนา   |            |  |  |

| กลุ่มเป้าหมาย   | จำนวนคน   | ระบบประกันสุขภาพที่จัดให้และสถานการณ์ที่เป็นจริงในปัจจุบัน   | ข้อเสนอแนะการแก้ไขปัญหาการเข้าถึงและการให้บริการประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างยั่งยืน  |
|---|-----------|--|---|
| 1.1.13 การค้นคว้าทางวิทยาศาสตร์   |           |  |   |
| 1.1.14 การปฏิบัติงานด้านช่างฝีมือและผู้เชี่ยวชาญ  |           |  |   |
| 1.1.15 การอื่นตามที่กำหนดในกฎกระทรวง เช่น มีครอบครัวคนไทย หรือใช้ชีวิตบั้นปลายในประเทศ เป็นต้น                |           |  |   |
| 1.2 แร้งงานที่รับใบอนุญาตการทำงานตาม MOU 4 ชาติ ลาว กัมพูชา พม่า เวียดนาม (อายุประมาณ 2 ปี)                   | 1,313,454 |  |   |
| 1.2.1 แร้งงานที่ได้รับ ความคุ้มครองภายใต้ พรบ. ประกันสังคม  |           | ต้องซื้อประกันสังคม ในกรณีที่ แร้งงานส่งเงินสมทบไม่ครบ 3 เดือน จะยังไม่ได้รับการคุ้มครองการเจ็บป่วยและทุพพลภาพ และไม่ครบ 5 เดือน จะยังไม่ได้รับการคุ้มครองกรณีคลอดบุตรจากประกันสังคม | ปกส. พิจารณาทบทวนนโยบาย เรื่องระยะเวลาการเริ่มส่งเงิน และการได้รับสิทธิ (เริ่มส่งเงินแล้ว ยังไม่ได้รับความคุ้มครองจนกว่า จะครบ 3 เดือน) เสนอให้ได้รับความคุ้มครองทันทีที่ส่งเงิน  |
| 1.2.2 แร้งงานที่ไม่ได้รับความคุ้มครองภายใต้ พรบ. ประกันสังคม (เพราะยกเว้น บางอาชีพ ได้แก่ เกษตร ประมง ป่าไม้) |           | สมัครใจซื้อประกันสุขภาพ กสธ. แต่ถ้าไม่ซื้อประกันจะมารับการรักษาและเป็นภาระของสถานพยาบาล ปัจจุบันยังมีผู้ไม่ซื้อประกันสุขภาพ จำนวนหนึ่ง   | มี 3 ทางเลือก<br>1. ปกส. จัดระบบให้มีประกันสุขภาพสำหรับอาชีพที่ปัจจุบัน ยกเว้นอยู่<br>2. กำหนดให้แร้งงานกลุ่มอาชีพ เหล่านี้ต้องซื้อประกันสุขภาพ<br>3. กสธ. ขยายบริการประกันสุขภาพ กสธ. ให้สามารถครอบคลุมกลุ่มอาชีพ เหล่านี้ |

| กลุ่มเป้าหมาย  | จำนวนคน   | ระบบประกันสุขภาพที่จัดให้และสถานการณ์ที่เป็นจริงในปัจจุบัน  | ข้อเสนอแนะการแก้ไขปัญหาการเข้าถึงและการให้บริการประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างยั่งยืน   |
|--|-----------|---|--|
| 1.2.3 แรงงานที่ได้รับ ความคุ้มครองภายใต้ พรบ. ประมง (ไม่คุ้มครองภายใต้ พรบ. ประกันสังคม)                             | 7,500     | <p>ให้เจ้าของเรือจัดให้แรงงานประมง ได้รับสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ และสวัสดิการ โดยการคุ้มครองด้านสุขภาพอันมิใช่เนื่องจากการทำงานมี 2 ทางเลือก(ตามประกาศ กท. แรงงาน 26 พย. 2562)</p> <p>1) อาจตกลงกันให้ได้รับสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพและสวัสดิการ ตามกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม ในกรณีที่แรงงานส่งเงินสมทบไม่ครบ 3 เดือน จะยังไม่ได้รับการคุ้มครอง การเจ็บป่วยและทุพพลภาพ และไม่ครบ 5 เดือนจะยังไม่ได้รับการคุ้มครองกรณีคลอดบุตรจากประกันสังคม</p> <p>2) เจ้าของเรือต้องจัดให้มีการคุ้มครองด้านสุขภาพตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพ แรงงานต่างด้าว</p> | <p>มี 3 ทางเลือก</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ปกส. จัดระบบให้มีประกันสุขภาพสำหรับอาชีพที่ปัจจุบัน ยกเว้นอยู่</li> <li>2. กำหนดให้แรงงานกลุ่มอาชีพ เหล่านี้ต้องซื้อประกันสุขภาพ</li> <li>3. กสธ. ขยายบริการประกันสุขภาพ กสธ. ให้สามารถครอบคลุมกลุ่มอาชีพ เหล่านี้</li> </ol> |
| 1.3 แรงงานที่ได้รับอนุญาตให้ทำงานในลักษณะไปกลับหรือตามฤดูกาล (กัมพูชา เมียนมา)                                       | 1,301,339 |   |  |
| 1.3.1 ผู้ที่ขอใบอนุญาตเพื่อมาทำงานตามฤดูกาล ครั้งละ 3 เดือน  |           | ต้องซื้อประกันสุขภาพ กสธ. โดยใช้ประกอบการขอใบอนุญาตการทำงานที่ สนง. จัดหางานในพื้นที่   | ยืนยันระบบเดิม   |
| 1.3.2 ผู้ที่ได้รับอนุญาตตามข้อตกลงระหว่างรัฐเพื่อทำงานในลักษณะเข้าไปเย็นกลับโดยเฉพาะในเขตเศรษฐกิจพิเศษ 10 จว. ชายแดน |           | ไม่มีระบบประกันสุขภาพภาครัฐสำหรับบุคคลกลุ่มนี้ สามารถซื้อประกันเอกชนได้ตามความสมัครใจ ถ้าไม่ซื้อประกันจะเป็นภาระของสถานพยาบาล   | <p>ต้องซื้อประกันสุขภาพโดยมีทางเลือกดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ซื้อประกันสุขภาพ กสธ. โดย กสธ. ขยายบริการประกันสุขภาพให้สามารถครอบคลุมกลุ่มนี้</li> <li>2. ซื้อประกันสุขภาพจากแหล่งอื่น เช่น ประกันสุขภาพภาคเอกชน โดยการกำกับดูแลจากภาครัฐ</li> </ol>               |

| กลุ่มเป้าหมาย   | จำนวนคน   | ระบบประกันสุขภาพที่จัดให้และสถานการณ์ที่เป็นจริงในปัจจุบัน   | ข้อเสนอแนะการแก้ไขปัญหาการเข้าถึงและการให้บริการประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างยั่งยืน   |
|---|-----------|--|--|
| 1.4 แรงงานที่เข้ามาทำงานในลักษณะไปกลับ หรือตามฤดูกาล (กัมพูชา เมียนมา) แต่ไม่ได้ขอใบอนุญาตเพื่อมาทำงาน  |           | ไม่มีระบบประกันสุขภาพภาครัฐสำหรับบุคคลกลุ่มนี้ สามารถซื้อประกันเอกชนได้ตามความสมัครใจ ถ้าไม่ซื้อประกันจะเป็นภาระของสถานพยาบาล  | ต้องซื้อประกันสุขภาพโดยมีทางเลือกดังนี้<br>1. ซื้อประกันสุขภาพ กสธ. โดย กสธ.ขยายบริการประกันสุขภาพให้สามารถครอบคลุมกลุ่มนี้<br>2. ซื้อประกันสุขภาพจากแหล่งอื่น เช่น ประกันสุขภาพภาคเอกชน โดยการกำกับดูแลจากภาครัฐ    |
| 2. กลุ่มที่ได้รับสถานะให้มีถิ่นที่อยู่ถาวรในประเทศไทยโดยชอบด้วยกฎหมาย   | 33,315    |  |  |
| 2.1 คนต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยชอบด้วยกฎหมายและได้รับอนุญาตให้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศไทย  |           | ไม่มีระบบประกันสุขภาพภาครัฐสำหรับบุคคลกลุ่มนี้ สามารถซื้อประกันเอกชนได้ตามความสมัครใจ ถ้าไม่ซื้อประกันจะเป็นภาระของสถานพยาบาล ยกเว้นในกรณีที่หน่วยงานต้นสังกัดจัดระบบประกันสุขภาพให้ | ต้องซื้อประกันสุขภาพโดยมีทางเลือกดังนี้<br>1. ซื้อประกันสุขภาพ กสธ. โดย กสธ.ขยายบริการประกันสุขภาพให้สามารถครอบคลุมกลุ่มนี้<br>2. ซื้อประกันสุขภาพจากแหล่งอื่น เช่น ประกันสุขภาพโดยภาคเอกชน โดยการกำกับดูแลจากภาครัฐ |
| 3. คนที่เข้าเมืองโดยไม่ชอบด้วยกฎหมายแต่ได้รับการผ่อนผัน   |           |  |  |
| 3.1 กลุ่มแรงงาน 3 สัญชาติ (เมียนมา ลาว กัมพูชา) ที่ได้รับการตรวจพิสูจน์สัญชาติ ได้รับ VISA ทำงานและได้รับใบอนุญาตการทำงานถูกกฎหมาย (เข้าเมืองโดยผิดกฎหมาย แต่กรม. ผ่อนผันให้ทำงานได้) | 1,700,000 |  |  |

| กลุ่มเป้าหมาย  | จำนวนคน | ระบบประกันสุขภาพที่จัดให้และสถานการณ์ที่เป็นจริงในปัจจุบัน   | ข้อเสนอแนะการแก้ไขปัญหาการเข้าถึงและการให้บริการประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างยั่งยืน |
|--|---------|--|--|
| 3.1.1 กลุ่มแรงงานต่างด้าวทั่วไป  |         | ขึ้นกับกิจการของนายจ้าง (ตามมติ ครม. 20 สค. 2562) โดยมีทางเลือก ดังนี้<br>1. ต้องเข้าสู่ประกันสุขภาพ ปกส.<br>2. ไม่ต้องเข้าประกันสุขภาพ ปกส. และต้องซื้อประกันสุขภาพ กสธ. (1. กิจการเพาะปลูก ประมง ป่าไม้ และเลี้ยงสัตว์ 2. ลูกจ้างที่ทำงานเป็นครั้งคราว เป็นไปตามฤดูกาล 3. คนรับใช้ในบ้าน 4. ค่าเช่าแฝงลอย) | ยืนยันระบบเดิม   |
| 3.1.2 กลุ่มแรงงานประมง   | 42,500  | ต้องซื้อประกันสุขภาพ กสธ.  | ยืนยันระบบเดิม   |
| 3.2 ชนกลุ่มน้อย และกลุ่มชาติพันธุ์ที่รัฐมีนโยบายแก้ปัญหาสถานะและสิทธิ ได้สิทธิอาศัยชั่วคราวเพื่อรอส่งกลับ และได้รับการคืนสิทธิตามมติครม. วันที่ 23 มีค. 2553 กับ 20 เมย. 2558) | 293,000 | ได้รับการประกันสุขภาพโดยกองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ (คืนสิทธิ) กองทุนนี้ยังไม่มีสถานะเป็นกองทุนตามกฎหมาย ดังนั้น หากนโยบายเปลี่ยนแปลงกองทุนนี้อาจถูกยกเลิกได้   | ยืนยันระบบเดิม   |
| 3.3 คนต่างด้าวที่เข้ามาอยู่ในราชอาณาจักรเป็นเวลานาน และไม่มีใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว เช่น คนจีนโพ้นทะเล และคนในสถานการณ์เดียวกัน  | 24,000  | ได้รับการประกันสุขภาพ โดยกองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ (คืนสิทธิ) กองทุนนี้ยังไม่มีสถานะเป็นกองทุนตามกฎหมาย ดังนั้น หากนโยบายเปลี่ยนแปลงกองทุนนี้อาจถูกยกเลิกได้ (รวมมติครม. 10 มีค. 2563)  | ยืนยันระบบเดิม   |
| 4. คนต่างด้าวซึ่งเข้ามาหรืออยู่ในราชอาณาจักรโดยไม่ได้รับอนุญาตหรือการอนุญาตสิ้นสุดหรือถูกเพิกถอน และไม่เข้าสู่กระบวนการผ่อนผัน   |         |  |  |

| กลุ่มเป้าหมาย  | จำนวนคน | ระบบประกันสุขภาพที่จัดให้และสถานการณ์ที่เป็นจริงในปัจจุบัน   | ข้อเสนอแนะการแก้ไขปัญหาการเข้าถึงและการให้บริการประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างยั่งยืน  |
|--|---------|--|---|
| 4.1 คนต่างด้าวซึ่งเข้ามาและอยู่โดยไม่ได้รับอนุญาต  |         |  |   |
| 4.1.1 เข้าเมืองโดยผิดกฎหมายโดยข้อเท็จจริง  |         | ไม่มีระบบประกันสุขภาพภาครัฐสำหรับบุคคลกลุ่มนี้ และไม่สามารถซื้อประกันเอกชน หากเจ็บป่วยก็จะเป็นภาระของสถานพยาบาล  | ซื้อประกันสุขภาพ กสธ. โดย กสธ. ขยายบริการประกันสุขภาพให้สามารถครอบคลุมกลุ่มนี้  |
| 4.1.2 เข้าเมืองโดยผิดกฎหมาย โดยข้อสันนิษฐานของกฎหมายตามมาตรา 57 และมาตรา 58 ของพรบ. คนเข้าเมือง พ.ศ. 2522 กล่าวคือ คนไร้รัฐโดยสิ้นเชิง |         |  |   |
| 4.1.2.1 เด็ก (ต่ำกว่า 18 ปี)   |         | ไม่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่สามารถซื้อระบบประกันสุขภาพ กสธ. ได้ (ตามมติ ครม. 15 มค. 2556) แต่ถ้าไม่ซื้อก็ไปรับบริการจากสถานบริการ กสธ. ได้ โดยเป็นภาระค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาล เนื่องจากรัฐต้องจัดบริการสาธารณสุขให้ตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (Convention on the Rights of the Child 1989) | ต้องซื้อประกันสุขภาพโดยมีทางเลือกดังนี้<br>1. ซื้อประกันสุขภาพ กสธ. โดย กสธ. ขยายบริการประกันสุขภาพให้สามารถครอบคลุมกลุ่มนี้<br>2. ซื้อประกันสุขภาพจากแหล่งอื่น เช่น ประกันสุขภาพโดยภาคเอกชน โดยการกำกับดูแลจากภาครัฐ |
| 4.1.2.2 ผู้ไม่ใช่เด็ก  |         | ไม่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่สามารถซื้อระบบประกันสุขภาพ กสธ. ได้ (ตามมติ ครม. 15 มค. 2556) แต่ถ้าไม่ซื้อก็ไปรับบริการจากสถานบริการ กสธ. ได้ โดยเป็นภาระค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาล   | ต้องซื้อประกันสุขภาพโดยมีทางเลือกดังนี้<br>1. ซื้อประกันสุขภาพ กสธ. โดย กสธ. ขยายบริการประกันสุขภาพให้สามารถครอบคลุมกลุ่มนี้<br>2. ซื้อประกันสุขภาพจากแหล่งอื่น เช่น ประกันสุขภาพโดยภาคเอกชน โดยการกำกับดูแลจากภาครัฐ |

| กลุ่มเป้าหมาย   | จำนวนคน | ระบบประกันสุขภาพที่จัดให้และสถานการณ์ที่เป็นจริงในปัจจุบัน  | ข้อเสนอแนะการแก้ไขปัญหาการเข้าถึงและการให้บริการประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างยั่งยืน  |
|---|---------|---|---|
| 4.2 เข้าเมืองโดยถูกกฎหมาย แต่การอนุญาตสิ้นสุด (Over stay) |         |   |   |
| 4.2.1 เด็ก (ต่ำกว่า 18 ปี)                                |         | <p>ไม่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่สามารถซื้อระบบประกันสุขภาพ กสธ.ได้ (ตามมติ ครม. 15 มค. 2556) แต่ถ้าไม่ซื้อก็ไปรับบริการจากสถานบริการ กสธ.ได้ โดยเป็นภาระค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาล เนื่องจากรัฐต้องจัดบริการสาธารณสุขให้ตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (Convention on the Rights of the Child 1989)</p> | <p>ต้องซื้อประกันสุขภาพโดยมีทางเลือกดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ซื้อประกันสุขภาพ กสธ. โดย กสธ. ขยายบริการประกันสุขภาพให้สามารถครอบคลุมกลุ่มนี้</li> <li>2. ซื้อประกันสุขภาพจากแหล่งอื่น เช่น ประกันสุขภาพโดยภาคเอกชน โดยการกำกับดูแลจากภาครัฐ</li> </ol> |
| 4.2.2 ผู้ไม่ใช่เด็ก                                       |         | <p>ไม่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่สามารถซื้อระบบประกันสุขภาพ กสธ.ได้ (ตามมติ ครม. 15 มค. 2556) แต่ถ้าไม่ซื้อ ก็ไปรับบริการจากสถานบริการ กสธ.ได้ โดยเป็นภาระค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาล</p>  | <p>ต้องซื้อประกันสุขภาพโดยมีทางเลือกดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ซื้อประกันสุขภาพ กสธ. โดย กสธ. ขยายบริการประกันสุขภาพให้สามารถครอบคลุมกลุ่มนี้</li> <li>2. ซื้อประกันสุขภาพจากแหล่งอื่น เช่น ประกันสุขภาพโดยภาคเอกชน โดยการกำกับดูแลจากภาครัฐ</li> </ol> |

| กลุ่มเป้าหมาย  | จำนวนคน | ระบบประกันสุขภาพที่จัดให้และสถานการณ์ที่เป็นจริงในปัจจุบัน  | ข้อเสนอแนะการแก้ไขปัญหาการเข้าถึงและการให้บริการประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างยั่งยืน  |
|--|---------|---|---|
| 4.3 เข้าเมืองโดยถูกกฎหมาย แต่ทำผิดเงื่อนไขการเข้าเมือง |         |   |   |
| 4.3.1 เด็ก (ต่ำกว่า 18 ปี)                             |         | <p>ไม่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่สามารถซื้อระบบประกันสุขภาพ กสธ.ได้ (ตามมติ ครม.15 มค. 2556 “ให้การดูแลทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่คนต่างด้าวที่ไม่ได้อยู่ในระบบปกส.”) แต่ถ้าไม่ซื้อก็ไปรับบริการจากสถานบริการกสธ.ได้ โดยเป็นภาระค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาล เนื่องจากรัฐต้องจัดบริการสาธารณสุขให้ตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (Convention on the Rights of the Child 1989)</p> | <p>ต้องซื้อประกันสุขภาพโดยมีทางเลือกดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ซื้อประกันสุขภาพ กสธ. โดย กสธ. ขยายบริการประกันสุขภาพให้สามารถครอบคลุมกลุ่มนี้</li> <li>2. ซื้อประกันสุขภาพจากแหล่งอื่น เช่น ประกันสุขภาพโดยภาคเอกชน โดยการกำกับดูแลจากภาครัฐ</li> </ol> |
| 4.3.2 ผู้ไม่ใช่เด็ก                                    |         | <p>ไม่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่สามารถซื้อระบบประกันสุขภาพ กสธ.ได้ (ตามมติ ครม.15 มค. 2556 “ให้การดูแลทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่คนต่างด้าวที่ไม่ได้อยู่ในระบบปกส.”) แต่ถ้าไม่ซื้อก็ไปรับบริการจากสถานบริการ กสธ. ได้ โดยเป็นภาระค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาล</p>   | <p>ต้องซื้อประกันสุขภาพโดยมีทางเลือกดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ซื้อประกันสุขภาพ กสธ. โดย กสธ. ขยายบริการประกันสุขภาพให้สามารถครอบคลุมกลุ่มนี้</li> <li>2. ซื้อประกันสุขภาพจากแหล่งอื่น โดยการกำกับดูแลจากภาครัฐ</li> </ol>                              |



| กลุ่มเป้าหมาย   | จำนวนคน | ระบบประกันสุขภาพที่จัดให้และสถานการณ์ที่เป็นจริงในปัจจุบัน   | ข้อเสนอแนะการแก้ไขปัญหาการเข้าถึงและการให้บริการประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างยั่งยืน |
|---|---------|--|--|
| 5. นักเรียน นักศึกษา ที่มีเลขประจำตัวขึ้นต้นด้วยตัวอักษร (G หรือ P) |         |  |  |
| 5.1 เกิดในราชอาณาจักร   | 75,000  | <p>ไม่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่อยู่ระหว่างการพิจารณาของ กรม. เพื่อขอให้ได้รับสิทธิตามกองทุนคืนสิทธิ ในระหว่างนี้ก็สามารถซื้อระบบประกันสุขภาพ กสธ. ได้ (ตามมติ กรม.15 มค. 2556 “ให้ กสธ.เป็นหน่วยงานหลักในการที่ให้การดูแลทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่คนต่างด้าวที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคม โดยคนต่างด้าวกลุ่มนี้ จะต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเอง”) แต่ถ้าไม่ซื้อ ก็ไปรับบริการจากสถานบริการ กสธ. ได้ โดยเป็นภาระค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาล เนื่องจากรัฐต้องจัดบริการสาธารณสุขให้ตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (Convention on the Rights of the Child 1989)</p> | ยืนยันระบบเดิม   |

| กลุ่มเป้าหมาย   | จำนวนคน | ระบบประกันสุขภาพที่จัดให้และสถานการณ์ที่เป็นจริงในปัจจุบัน  | ข้อเสนอแนะการแก้ไขปัญหาการเข้าถึงและการให้บริการประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างยั่งยืน   |
|---|---------|---|--|
| 5.2 ไม่ได้เกิดในราชอาณาจักร   |         | ไม่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่อยู่ระหว่างการพิจารณาของ กรม. เพื่อขอให้ได้รับสิทธิตามกองทุนคืนสิทธิ ในระหว่างนี้ก็ สามารถซื้อระบบประกันสุขภาพ กสธ. ได้ (ตามมติ กรม.15 มค. 2556 “ให้กสธ.เป็นหน่วยงานหลักในการที่ให้การดูแลทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่คนต่างด้าวที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคม โดยคนต่างด้าวกลุ่มนี้จะต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเอง”) แต่ถ้าไม่ซื้อก็ไปรับบริการจากสถานบริการกสธ.ได้ โดยเป็นภาระค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาล เนื่องจากรัฐต้องจัดบริการสาธารณสุขให้ตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (Convention on the Rights of the Child 1989) | ยืนยันระบบเดิม   |
| 6. คนไทยที่มีปัญหาสถานะทางทะเบียนและสิทธิ   |         |   |  |
| 6.1.1 แรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติ ที่ขึ้นทะเบียนแต่ไม่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติกับประเทศต้นทาง |         | ไม่มีระบบประกันสุขภาพภาครัฐสำหรับบุคคลกลุ่มนี้ และไม่สามารถซื้อประกันเอกชน หากเจ็บป่วยก็จะเป็นภาระของสถานพยาบาล   | ต้องซื้อประกันสุขภาพโดยมีทางเลือกดังนี้<br>1. ซื้อประกันสุขภาพ กสธ. โดย กสธ.ขยายบริการประกันสุขภาพให้สามารถครอบคลุมกลุ่มนี้<br>2. ซื้อประกันสุขภาพจากแหล่งอื่น เช่น ประกันสุขภาพโดยภาคเอกชน โดยการกำกับดูแลจากภาครัฐ |

| กลุ่มเป้าหมาย   | จำนวนคน | ระบบประกันสุขภาพที่จัดให้และสถานการณ์ที่เป็นจริงในปัจจุบัน  | ข้อเสนอแนะการแก้ไขปัญหาการเข้าถึงและการให้บริการประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างยั่งยืน  |
|---|---------|---|---|
| 6.1.2 คนต่างด้าวที่ส่งกลับประเทศต้นทางไม่ได้ มีสิทธิรอการส่งกลับตามมาตรา 54 (ซ้ำกับข้อ 4)   |         | ไม่มีระบบประกันสุขภาพภาครัฐสำหรับบุคคลกลุ่มนี้ และไม่สามารถซื้อประกันเอกชน หากเจ็บป่วยก็จะเป็นภาระของสถานพยาบาล   | ต้องซื้อประกันสุขภาพโดยมีทางเลือกดังนี้<br>1. ซื้อประกันสุขภาพ กสธ. โดย กสธ. ขยายบริการประกันสุขภาพให้สามารถครอบคลุมกลุ่มนี้<br>2. ซื้อประกันสุขภาพจากแหล่งอื่น เช่น ประกันสุขภาพโดยภาคเอกชน โดยการกำกับดูแลจากภาครัฐ |
| 7. บุตรที่เกิดในราชอาณาจักรไทยและไม่ได้สัญชาติไทย โดยมีบิดาและมารดาเป็นคนต่างด้าว หรือบุคคลที่ไม่มีสถานะทางทะเบียน (สามารถแจ้งเกิดและได้รับสูติบัตรหรือหนังสือรับรองการเกิด (ทร.20/1) ตามกฎหมายว่าด้วยทะเบียนราษฎร) |         |   |   |
| 7.1 ผู้ที่มีหลักฐานการเกิด  | 545,100 |   |   |
| 7.1.1 ผู้ที่มีหลักฐานการเกิดและบิดาหรือมารดามีสิทธิในกองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ (คืนสิทธิ)  |         | ได้รับการประกันสุขภาพโดยกองทุนให้สิทธิ (คืนสิทธิ) กองทุนนี้ยังไม่มีสถานะเป็นกองทุนตามกฎหมาย ดังนั้นหากนโยบายเปลี่ยนแปลงกองทุนนี้อาจถูกยกเลิกได้ (ทั้งนี้รัฐต้องจัดบริการสาธารณสุขให้ตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (Convention on the Rights of the Child 1989)) | ยืนยันระบบเดิม  |

| กลุ่มเป้าหมาย  | จำนวนคน | ระบบประกันสุขภาพที่จัดให้และสถานการณ์ที่เป็นจริงในปัจจุบัน  | ข้อเสนอแนะการแก้ไขปัญหาการเข้าถึงและการให้บริการประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างยั่งยืน  |
|--|---------|---|---|
| 7.1.2 ผู้ที่มีหลักฐานการเกิดแต่บิดาและมารดาไม่มีสิทธิในกองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ (คืนสิทธิ) |         | ไม่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่สามารถซื้อระบบประกันสุขภาพ กสธ. ได้ในกรณีที่พ่อแม่ซื้อประกัน กสธ.(ตามมติ ครม. 15 มค. 2556 “ให้ กสธ. เป็นหน่วยงานหลักในการที่ให้การดูแลทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่คนต่างด้าวที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคม โดยคนต่างด้าวกลุ่มนี้จะต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเอง”) แต่ถ้าไม่ซื้อก็ไปรับบริการจากสถานบริการ กสธ. ได้ โดยเป็นภาระค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาล เนื่องจากรัฐต้องจัดบริการสาธารณสุขให้ตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (Convention on the Rights of the Child 1989) | ต้องซื้อ ประกันสุขภาพ โดยมีทางเลือกดังนี้<br>1. ซื้อประกันสุขภาพ กสธ. โดย กสธ. ขยายบริการประกันสุขภาพให้สามารถครอบคลุมกลุ่มนี้<br>2. ซื้อประกันสุขภาพจากแหล่งอื่น เช่น ประกันสุขภาพโดยภาคเอกชน โดยการกำกับดูแลจากภาครัฐ |
| 7.2 ผู้ที่ไม่มีหลักฐานการเกิด  |         | ไม่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่สามารถซื้อระบบประกันสุขภาพ กสธ. ได้ (ตามมติ ครม. 15 มค. 2556 “ให้ กสธ. เป็นหน่วยงานหลักในการที่ให้การดูแลทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่คนต่างด้าวที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคม โดยคนต่างด้าวกลุ่มนี้จะต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเอง”) แต่ถ้าไม่ซื้อก็ไปรับบริการจากสถานบริการ กสธ. ได้ โดยเป็นภาระค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาล เนื่องจากรัฐต้องจัดบริการสาธารณสุขให้ตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (Convention on the Rights of the Child 1989)                              | ต้องซื้อ ประกันสุขภาพ โดยมีทางเลือกดังนี้<br>1. ซื้อประกันสุขภาพ กสธ. โดย กสธ. ขยายบริการประกันสุขภาพให้สามารถครอบคลุมกลุ่มนี้<br>2. ซื้อประกันสุขภาพจากแหล่งอื่น เช่น ประกันสุขภาพโดยภาคเอกชน โดยการกำกับดูแลจากภาครัฐ |

| กลุ่มเป้าหมาย   | จำนวนคน | ระบบประกันสุขภาพที่จัดให้และสถานการณ์ที่เป็นจริงในปัจจุบัน  | ข้อเสนอแนะการแก้ไขปัญหาการเข้าถึงและการให้บริการประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างยั่งยืน   |
|---|---------|---|--|
| 7.3 บุตรที่เกิดจากผู้ได้รับการคุ้มครอง (ผู้ลี้ภัย)  |         | ไม่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่สามารถซื้อระบบประกันสุขภาพ กสธ.ได้ (ตามมติ ครม.15 มค. 2556 “ให้ กสธ. เป็นหน่วยงานหลักในการที่ให้การดูแลทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่คนต่างด้าวที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคม โดยคนต่างด้าวกลุ่มนี้จะต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเอง”) แต่ถ้าไม่ซื้อก็ไปรับบริการจากสถานบริการ กสธ.ได้ โดยเป็นภาระค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาล เนื่องจากรัฐต้องจัดบริการสาธารณสุขให้ตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (Convention on the Rights of the Child 1989) | ต้องซื้อ ประกันสุขภาพโดยมีทางเลือกดังนี้<br>1. ซื้อประกันสุขภาพ กสธ. โดย กสธ. ขยายบริการประกันสุขภาพให้สามารถครอบคลุมกลุ่มนี้<br>2. ซื้อประกันสุขภาพจากแหล่งอื่น เช่น ประกันสุขภาพโดยภาคเอกชน โดยการกำกับดูแลจากภาครัฐ |
| 8. ผู้ได้รับการคุ้มครอง (ผู้ลี้ภัย)   |         |   |  |
| 8.1 ผู้ที่เข้าเมืองโดยชอบด้วยกฎหมายและได้รับอนุญาตให้เป็นผู้ได้รับการคุ้มครอง (ผู้ลี้ภัย) | 5,300   | ไม่มีระบบประกันสุขภาพภาครัฐสำหรับบุคคลกลุ่มนี้ และไม่สามารถซื้อประกันเอกชน หากเจ็บป่วยก็จะเป็นภาระของสถานพยาบาล   | ต้องซื้อ ประกันสุขภาพโดยมีทางเลือกดังนี้<br>1. ซื้อประกันสุขภาพ กสธ. โดย กสธ. ขยายบริการประกันสุขภาพให้สามารถครอบคลุมกลุ่มนี้<br>2. ซื้อประกันสุขภาพจากแหล่งอื่น เช่น ประกันสุขภาพโดยภาคเอกชน โดยการกำกับดูแลจากภาครัฐ |
| 8.2 ผู้เข้าเมืองที่ไม่ชอบด้วยกฎหมายและได้รับอนุญาตให้เป็นผู้ได้รับการคุ้มครอง (ผู้ลี้ภัย) |         | ไม่มีระบบประกันสุขภาพภาครัฐสำหรับบุคคลกลุ่มนี้ และไม่สามารถซื้อประกันเอกชน หากเจ็บป่วยก็จะเป็นภาระของสถานพยาบาล   | ต้องซื้อ ประกันสุขภาพโดยมีทางเลือกดังนี้<br>1. ซื้อประกันสุขภาพ กสธ. โดย กสธ. ขยายบริการประกันสุขภาพให้สามารถครอบคลุมกลุ่มนี้<br>2. ซื้อประกันสุขภาพจากแหล่งอื่น เช่น ประกันสุขภาพโดยภาคเอกชน โดยการกำกับดูแลจากภาครัฐ |

| กลุ่มเป้าหมาย  | จำนวนคน | ระบบประกันสุขภาพที่จัดให้และสถานการณ์ที่เป็นจริงในปัจจุบัน  | ข้อเสนอแนะการแก้ไขปัญหาการเข้าถึงและการให้บริการประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างยั่งยืน  |
|--|---------|---|---|
| 9. คนต่างด้าวที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปีที่ถูกรับรองด้วยอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (Convention on the Rights of the Child 1989) |         |   |   |
| 9.1 ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปีที่เข้าเมืองโดยถูกกฎหมาย  |         | <p>ไม่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่สามารถซื้อระบบประกันสุขภาพ กสธ.ได้ในกรณีที่พ่อแม่ซื้อประกัน กสธ.(ตามมติ ครม. 15 มค. 2556 “ให้ กสธ. เป็นหน่วยงานหลักในการที่ให้การดูแลทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่คนต่างด้าวที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคม โดยคนต่างด้าวกลุ่มนี้จะต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเอง”) แต่ถ้าไม่ซื้อก็ไปรับบริการจากสถานบริการ กสธ. ได้ โดยเป็นภาระค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาล เนื่องจากรัฐต้องจัดบริการสาธารณสุขให้ตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (Convention on the Rights of the Child 1989)</p> | <p>ต้องซื้อประกันสุขภาพโดยมีทางเลือกดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ซื้อประกันสุขภาพ กสธ. โดย กสธ. ขยายบริการประกันสุขภาพให้สามารถครอบคลุมกลุ่มนี้</li> <li>2. ซื้อประกันสุขภาพจากแหล่งอื่น เช่น ประกันสุขภาพโดยภาคเอกชน โดยการกำกับดูแลจากภาครัฐ</li> </ol> |

| กลุ่มเป้าหมาย   | จำนวนคน | ระบบประกันสุขภาพที่จัดให้และสถานการณ์ที่เป็นจริงในปัจจุบัน   | ข้อเสนอแนะการแก้ไขปัญหาการเข้าถึงและการให้บริการประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างยั่งยืน  |
|---|---------|--|---|
| 9.2 ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ซึ่งเป็นบุตรของแรงงานที่เข้าเมืองโดยไม่ชอบด้วยกฎหมายแต่ได้รับการผ่อนผัน (เมียนมา ลาว กัมพูชา) | 300     | ไม่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่สามารถซื้อระบบประกันสุขภาพ กสธ. ได้ในกรณีที่พ่อแม่ซื้อประกัน กสธ.(ตามมติ ครม.15 มค. 2556 “ให้ กสธ. เป็นหน่วยงานหลักในการที่ให้การดูแลทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่คนต่างด้าวที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคม โดยคนต่างด้าวกลุ่มนี้จะต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเอง”) แต่ถ้าไม่ซื้อก็ไปรับบริการจากสถานบริการ กสธ. ได้ โดยเป็นภาระค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาล เนื่องจากรัฐต้องจัดบริการสาธารณสุขให้ตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (Convention on the Rights of the Child 1989) | ต้องซื้อ ประกันสุขภาพ โดยมีทางเลือกดังนี้<br>1. ซื้อประกันสุขภาพ กสธ. โดย กสธ. ขยายบริการประกันสุขภาพให้สามารถครอบคลุมกลุ่มนี้<br>2. ซื้อประกันสุขภาพจากแหล่งอื่น เช่น ประกันสุขภาพโดยภาคเอกชน โดยการกำกับดูแลจากภาครัฐ |
| 9.3 ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ซึ่งเป็นบุตรของแรงงานที่เข้าเมืองโดยถูกกฎหมายจากประเทศอื่น ๆ ยกเว้นตามข้อ 9.2                 |         | ไม่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่สามารถซื้อระบบประกันสุขภาพ กสธ. ได้ (ตามมติ ครม.15 มค. 2556 “ให้ กสธ. เป็นหน่วยงานหลักในการที่ให้การดูแลทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่คนต่างด้าวที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคม โดยคนต่างด้าวกลุ่มนี้จะต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเอง”) แต่ถ้าไม่ซื้อก็ไปรับบริการจากสถานบริการ กสธ. ได้ โดยเป็นภาระค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาล เนื่องจากรัฐต้องจัดบริการสาธารณสุขให้ตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (Convention on the Rights of the Child 1989)                              | ต้องซื้อ ประกันสุขภาพ โดยมีทางเลือกดังนี้<br>1. ซื้อประกันสุขภาพ กสธ. โดย กสธ. ขยายบริการประกันสุขภาพให้สามารถครอบคลุมกลุ่มนี้<br>2. ซื้อประกันสุขภาพจากแหล่งอื่น เช่น ประกันสุขภาพโดยภาคเอกชน โดยการกำกับดูแลจากภาครัฐ |

| กลุ่มเป้าหมาย  | จำนวนคน | ระบบประกันสุขภาพที่จัดให้และสถานการณ์ที่เป็นจริงในปัจจุบัน   | ข้อเสนอแนะการแก้ไขปัญหาการเข้าถึงและการให้บริการประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างยั่งยืน   |
|--|---------|--|--|
| 9.4 ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ที่เข้าเมืองที่ไม่ชอบด้วยกฎหมาย  |         | ไม่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่สามารถซื้อระบบประกันสุขภาพ กสธ.ได้ในกรณีที่พ่อแม่ซื้อประกัน กสธ. (ตามมติ ครม.15 มค. 2556 “ให้ กสธ. เป็นหน่วยงานหลักในการที่ให้การดูแลทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่คนต่างด้าวที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคม โดยคนต่างด้าวกลุ่มนี้จะต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเอง”) แต่ถ้าไม่ซื้อก็ไปรับบริการจากสถานบริการ กสธ. ได้ โดยเป็นภาระค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาล เนื่องจากรัฐต้องจัดบริการสาธารณสุขให้ตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (Convention on the Rights of the Child 1989) | ต้องซื้อประกันสุขภาพโดยมีทางเลือกดังนี้<br>1. ซื้อประกันสุขภาพ กสธ. โดย กสธ. ขยายบริการประกันสุขภาพให้สามารถครอบคลุมกลุ่มนี้<br>2. ซื้อประกันสุขภาพจากแหล่งอื่นๆ เช่น ประกันสุขภาพโดยภาคเอกชน โดยการกำกับดูแลจากภาครัฐ |
| 9.5 ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ที่ได้รับการคุ้มครอง (ผู้ลี้ภัย) (รวมในจำนวนผู้ลี้ภัยตามข้อ 8) (UNHCR) |         | ไม่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่สามารถซื้อระบบประกันสุขภาพ กสธ.ได้ในกรณีที่พ่อแม่ซื้อประกัน กสธ.(ตามมติ ครม.15 มค. 2556 “ให้ กสธ. เป็นหน่วยงานหลักในการที่ให้การดูแลทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่คนต่างด้าวที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคม โดยคนต่างด้าวกลุ่มนี้จะต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเอง”) แต่ถ้าไม่ซื้อก็ไปรับบริการจากสถานบริการ กสธ. ได้ โดยเป็นภาระค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาล เนื่องจากรัฐต้องจัดบริการสาธารณสุขให้ตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (Convention on the Rights of the Child 1989)  | ต้องซื้อประกันสุขภาพโดยมีทางเลือกดังนี้<br>1. ซื้อประกันสุขภาพ กสธ. โดย กสธ. ขยายบริการประกันสุขภาพให้สามารถครอบคลุมกลุ่มนี้<br>2. ซื้อประกันสุขภาพจากแหล่งอื่น เช่น ประกันสุขภาพโดยภาคเอกชน โดยการกำกับดูแลจากภาครัฐ  |



| กลุ่มเป้าหมาย  | จำนวนคน    | ระบบประกันสุขภาพที่จัดให้และสถานการณ์ที่เป็นจริงในปัจจุบัน | ข้อเสนอแนะการแก้ไขปัญหาการเข้าถึงและการให้บริการประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างยั่งยืน   |
|--|------------|--|--|
| 10. คนไทย ณ กพ. 2563 (รวมถึงบุคคลที่ได้รับสัญชาติไทยด้วยวิธีการต่าง ๆ ตามกฎหมายว่าด้วยสัญชาติ) | 67,103,138 |  |  |
| 10.1 ผู้ที่มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการ   | 5,817,237  |  | <p>1) ดำเนินการตามมาตรา 9 พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545</p> <p>2) ปรับระบบสำหรับข้าราชการใหม่ โดย</p> <p>2.1) ออก พรฎ. เพื่อปรับงานดูแลระบบพื้นฐานที่จำเป็นมาที่ สปสช. โดยกรมบัญชีกลางทำหน้าที่กำกับและกำหนดสิทธิประโยชน์เสริมสำหรับข้าราชการใหม่</p> <p>2.2) สร้างแรงจูงใจให้กับข้าราชการใหม่ โดยเพิ่มเงินเดือนให้ข้าราชการใหม่อันเนื่องจากการปรับระบบสวัสดิการดังกล่าว โดยใช้งบประมาณที่ประหยัดได้จากการปรับประสิทธิภาพมาปรับเพิ่มเงินเดือนให้ อย่างน้อยข้าราชการใหม่จะได้รับเงินเดือนเป็น 1.4 เท่าของเงินเดือนอัตราเดิม</p> |
| 10.2 ผู้ที่มีสิทธิประกันสังคม  | 12,656,668 |  | <p>1) ดำเนินการตามมาตรา 10 และมาตรา 11 ของ พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545</p> <p>2) คงหลักการจ่ายเงินสมทบจากประชาชนเข้ากองทุนประกันสังคม</p> <p>** ควรขยายหลักการจ่ายเงินสมทบไปยังกลุ่มข้าราชการและกลุ่ม informal sector ด้วย</p>   |
| 10.3 ผู้ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ   | 47,472,496 |  | ดำเนินการตามมาตรา 9,10,11,12 ของ พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545  |

| กลุ่มเป้าหมาย  | จำนวนคน   | ระบบประกันสุขภาพที่จัดให้และสถานการณ์ที่เป็นจริงในปัจจุบัน  | ข้อเสนอแนะการแก้ไขปัญหาการเข้าถึงและการให้บริการประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างยั่งยืน  |
|--|-----------|---|---|
| 10.4 ผู้ที่มีสิทธิประกันสุขภาพรัฐวิสาหกิจ  | 1,156,737 |   | ดำเนินการตามมาตรา 9 พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545   |
| 10.5 ผู้ที่มีสิทธิประกันสุขภาพรัฐอปท.ท้องถิ่น  |           |   | ดำเนินการตามมาตรา 9 พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 (ปัจจุบันดำเนินการแล้ว)  |
| 10.6 ผู้ที่มีสิทธิ พรบ. ประกันผู้ประสบภัยจากรถ (อาจซ้ำกับกลุ่มผู้มีสิทธิอื่น)  |           |   | ยกเลิกการเก็บค่าสินไหมทดแทน และดำเนินการตามมาตรา 12 พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545  |
| 10.7 ผู้ซื้อประกันสุขภาพเอกชน (อาจซ้ำกับกลุ่มผู้มีสิทธิอื่น)   |           |   |   |
| 10.8 คนไทยที่มีปัญหาสถานะทางทะเบียนและสิทธิ  |           |   |   |
| 10.8.1 ผู้ที่ตกหล่นทางทะเบียน ไม่มีเลข 13 หลัก เช่น ผู้ที่ไม่ได้แจ้งเกิดและกลุ่มประชากรที่อยู่ติดแผ่นดิน เช่น มานี ชาวเล ตองเหลือง ชาวเขา 9 เผ่า |           | ไม่มีระบบประกันสุขภาพภาครัฐสำหรับบุคคลกลุ่มนี้ และไม่สามารถซื้อประกันเอกชน หากเจ็บป่วยก็จะเป็นภาระของสถานพยาบาล | ต้องซื้อประกันสุขภาพโดยมีทางเลือกดังนี้<br>1. ซื้อประกันสุขภาพ กสธ. โดย กสธ. ขยายบริการประกันสุขภาพให้สามารถครอบคลุมกลุ่มนี้<br>2. ซื้อประกันสุขภาพจากแหล่งอื่น เช่น ประกันสุขภาพโดยภาคเอกชน โดยการกำกับดูแลจากภาครัฐ |
| 10.8.2 ผู้ที่มีเลข 13 หลัก แต่อยู่ระหว่างพิสูจน์ตัวบุคคล เช่น ผู้ที่เอกสารสูญหาย ผู้ถูกจำหน่ายรายการทางทะเบียน                                   | 470,600   | ไม่มีระบบประกันสุขภาพภาครัฐสำหรับบุคคลกลุ่มนี้ และไม่สามารถซื้อประกันเอกชน หากเจ็บป่วยก็จะเป็นภาระของสถานพยาบาล | ต้องซื้อประกันสุขภาพโดยมีทางเลือกดังนี้<br>1. ซื้อประกันสุขภาพ กสธ. โดย กสธ.ขยายบริการประกันสุขภาพให้สามารถครอบคลุมกลุ่มนี้<br>2. ซื้อประกันสุขภาพจากแหล่งอื่น เช่น ประกันสุขภาพโดยภาคเอกชน โดยการกำกับดูแลจากภาครัฐ  |

| กลุ่มเป้าหมาย  | จำนวนคน | ระบบประกันสุขภาพที่จัดให้และสถานการณ์ที่เป็นจริงในปัจจุบัน   | ข้อเสนอแนะการแก้ไขปัญหาการเข้าถึงและการให้บริการประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างยั่งยืน |
|--|---------|--|--|
| 10.8.3 บุคคลที่มีปัญหาการรับรองสถานะและสิทธิของบุคคล (ตามมติกรม. 18 มค. 2548 โดยสภาความมั่นคงแห่งชาติ) เนื่องจากไม่มีความชัดเจนเรื่องสัญชาติ | 547,892 |  |  |
| 10.8.4 บุคคลที่มีปัญหาการรับรองสถานะและสิทธิ ซึ่งได้รับการสำรวจและจัดทำทะเบียนตามมติ กรม.  |         |  |  |
| 10.8.4.1 ชนกลุ่มน้อยในความดูแลของมหาดไทย   |         | ได้รับการประกันสุขภาพโดยกองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ (คีนสิทธิ) กองทุนนี้ยังไม่มีสถานะเป็นกองทุนตามกฎหมาย ดังนั้นหากนโยบายเปลี่ยนแปลงกองทุนนี้อาจถูกยกเลิกได้  | ยืนยันระบบเดิม   |
| 10.8.4.2 นักเรียนนักศึกษา  |         | ได้รับการประกันสุขภาพโดยกองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ (คีนสิทธิ) กองทุนนี้ยังไม่มีสถานะเป็นกองทุนตามกฎหมาย ดังนั้นหากนโยบายเปลี่ยนแปลงกองทุนนี้อาจถูกยกเลิกได้ (ยกเว้นผู้ที่ตกหล่นการสำรวจ) (ทั้งนี้รัฐต้องจัดบริการสาธารณสุขให้ตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (Convention on the Rights of the Child 1989)) | ยืนยันระบบเดิม   |
| 10.8.4.3 คนไร้รากเหง้า   |         | ได้รับการประกันสุขภาพโดยกองทุนให้สิทธิ (คีนสิทธิ) กองทุนนี้ยังไม่มีสถานะเป็นกองทุนตามกฎหมาย ดังนั้น หากนโยบายเปลี่ยนแปลงกองทุนนี้อาจถูก  | ยืนยันระบบเดิม   |

| กลุ่มเป้าหมาย   | จำนวนคน | ระบบประกันสุขภาพที่จัดให้และสถานการณ์ที่เป็นจริงในปัจจุบัน   | ข้อเสนอแนะการแก้ไขปัญหาการเข้าถึงและการให้บริการประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างยั่งยืน  |
|---|---------|--|---|
|   |         | ยกเลิกได้ (ยกเว้นผู้ที่ตกหล่นการสำรวจ)   |   |
| 10.8.4.4 คนที่ทำประโยชน์ให้ประเทศไทย  |         | ได้รับการประกันสุขภาพโดยกองทุนให้สิทธิ (คินสิทธิ) กองทุนนี้ยังไม่มีสถานะเป็นกองทุนตามกฎหมาย ดังนั้น หากนโยบายเปลี่ยนแปลงกองทุนนี้อาจถูกยกเลิกได้ (ยกเว้นผู้ที่ตกหล่นการสำรวจ)  | ยืนยันระบบเดิม  |
| (ข้อ 10.8.4.1 -10.8.4.4 ได้รับสิทธิตามมติกรม. 18 มค. 2548 ระบुकกลุ่มคนและได้รับสิทธิ (คินสิทธิ) ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขตามมติกรม. 23 มีค. 2553 และ 20 เมย. 2558) |         |  |   |
| 10.8.5 บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ซึ่งตกการสำรวจและจัดทำทะเบียน   |         |  |   |
| 10.8.5.1 ชนกลุ่มน้อยในความดูแลของมหาดไทย  |         | ไม่มีระบบประกันสุขภาพภาครัฐสำหรับบุคคลกลุ่มนี้ ไม่สามารถซื้อประกันสุขภาพของ กสธ. หรือของเอกชน ถ้าเจ็บป่วยจะเป็นภาระของสถานพยาบาล   | ต้องซื้อประกันสุขภาพโดยมีทางเลือกดังนี้<br>1. ซื้อประกันสุขภาพ กสธ. โดย กสธ. ขยายบริการประกันสุขภาพให้สามารถครอบคลุมกลุ่มนี้<br>2. ซื้อประกันสุขภาพจากแหล่งอื่น เช่น ประกันสุขภาพโดยภาคเอกชน โดยการกำกับดูแลจากภาครัฐ |
| 10.8.5.2 นักเรียนนักศึกษา   |         | ไม่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่สามารถซื้อระบบประกันสุขภาพ กสธ. ได้ (ตามมติกรม. 15 มค. 2556 “ให้การดูแลทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่คนต่างด้าวที่ไม่ได้อยู่ในระบบปกส.”) แต่ถ้าไม่ซื้อก็ไปรับบริการจากสถานบริการ กสธ. ได้ | ต้องซื้อประกันสุขภาพโดยมีทางเลือกดังนี้<br>1. ซื้อประกันสุขภาพ กสธ. โดย กสธ. ขยายบริการประกันสุขภาพให้สามารถครอบคลุมกลุ่มนี้<br>2. ซื้อประกันสุขภาพจากแหล่งอื่น เช่น ประกันสุขภาพโดยภาคเอกชน โดยการกำกับดูแลจากภาครัฐ |

| กลุ่มเป้าหมาย                        | จำนวนคน | ระบบประกันสุขภาพที่จัดให้และสถานการณ์ที่เป็นจริงในปัจจุบัน   | ข้อเสนอแนะการแก้ไขปัญหาการเข้าถึงและการให้บริการประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างยั่งยืน  |
|--------------------------------------|---------|--|---|
|                                      |         | โดยเป็นภาระค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาล เนื่องจากรัฐต้องจัดบริการสาธารณสุขให้ตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (Convention on the Rights of the Child 1989) |   |
| 10.8.5.3 คนไร้รากเหง้า               |         | ไม่มีระบบประกันสุขภาพภาครัฐสำหรับบุคคลกลุ่มนี้ ไม่สามารถซื้อประกันสุขภาพของ กสธ. หรือของเอกชน ถ้าเจ็บป่วยจะเป็นภาระของสถานพยาบาล                 | ต้องซื้อประกันสุขภาพโดยมีทางเลือกดังนี้<br>1. ซื้อประกันสุขภาพ กสธ. โดย กสธ. ขยายบริการประกันสุขภาพให้สามารถครอบคลุมกลุ่มนี้<br>2. ซื้อประกันสุขภาพจากแหล่งอื่น เช่น ประกันสุขภาพโดยภาคเอกชน โดยการกำกับดูแลจากภาครัฐ |
| 10.8.5.4 คนที่ทำประโยชน์ให้ประเทศไทย |         | ไม่มีระบบประกันสุขภาพภาครัฐสำหรับบุคคลกลุ่มนี้ ไม่สามารถซื้อประกันสุขภาพของ กสธ. หรือของเอกชน ถ้าเจ็บป่วยจะเป็นภาระของสถานพยาบาล                 | ต้องซื้อประกันสุขภาพโดยมีทางเลือกดังนี้<br>1. ซื้อประกันสุขภาพ กสธ. โดย กสธ. ขยายบริการประกันสุขภาพให้สามารถครอบคลุมกลุ่มนี้<br>2. ซื้อประกันสุขภาพจากแหล่งอื่น เช่น ประกันสุขภาพโดยภาคเอกชน โดยการกำกับดูแลจากภาครัฐ |

#### 4.2 ข้อเสนอเพื่อความยั่งยืนและความเพียงพอด้านการคลังสุขภาพของประเทศไทย

##### คำจำกัดความ<sup>13</sup>

ความยั่งยืนด้านการคลังสุขภาพ หมายถึง แหล่งการคลัง ได้แก่ งบประมาณ เงินสมทบ และรายจ่ายสุขภาพของครัวเรือน อยู่ในวิสัยที่ประเทศ รัฐบาล และครัวเรือน สามารถลงทุนเพื่อสุขภาพได้ในระยะยาว

<sup>13</sup> คณะกรรมการจัดทำแนวทางการระดมทรัพยากรเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ข้อเสนอการคลังสุขภาพเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพ (S-A-F-E), มกราคม 2559

ความเพียงพอด้านการคลังสุขภาพ หมายถึง รายจ่ายสุขภาพเพียงพอสำหรับการจัดบริการสุขภาพเพื่อให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพได้อย่างทั่วถึงเท่าเทียม และป้องกันไม่ให้ครัวเรือนประสบภาวะล้มละลายหรือกลายเป็นครัวเรือนยากจนจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล

การจัดการระบบเดียว (unification) หมายถึง การบูรณาการการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบให้เกิดความกลมกลืนและมีมาตรฐานเดียว โดยครอบคลุมการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ การลงทะเบียนประชาชนผู้มีสิทธิ ระบบฐานข้อมูลผู้มีสิทธิและการตรวจสอบสิทธิ การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ การจัดหางบประมาณ รูปแบบการจัดสรรและการจ่ายชดเชยค่าบริการ ระบบการเบิกจ่าย ระบบข้อมูลสารสนเทศ ระบบกำกับคุณภาพมาตรฐานบริการ ระบบตรวจสอบ ระบบการรับเรื่องร้องเรียน และคุ้มครองสิทธิ และ/หรือประเด็นอื่นตามที่เกี่ยวข้อง

### สถานการณ์ปัจจุบันและความท้าทาย

1. รัฐบาลให้ความสำคัญกับการลงทุนด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ค่าใช้จ่ายภาครัฐด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 10.4 ของค่าใช้จ่ายภาครัฐทั้งหมดใน พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 16.7 โดยเฉลี่ยในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2558-62) ตั้งแต่ปี 2545 ที่ประเทศไทยบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจนถึงปัจจุบัน (ข้อมูล ณ ปี 2562) รัฐบาลจัดสรรงบประมาณเป็นค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขสำหรับระบบประกันสุขภาพภาครัฐ ร้อยละ 50 ของรายจ่ายภาครัฐด้านสุขภาพ (General government health expenditure) หรือร้อยละ 8 ของรายจ่ายภาครัฐทั้งหมด (General government expenditure)<sup>14</sup> ซึ่งเป็นแหล่งเงินจากภาษีทั่วไป

2. การบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐแบบแยกส่วน จากการมี 3 ระบบหลักและระบบย่อยอื่นๆ ส่งผลต่ออำนาจต่อรองน้อยลง และขาดประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากรและการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐในภาพรวม สถานพยาบาลต้องมีระบบข้อมูล 3 ระบบสมาชิกจากกองทุนหนึ่งไปอีกกองทุนหนึ่งประสบปัญหาชุดสิทธิประโยชน์และการจ่ายเงินที่แตกต่างกัน

3. ความไม่เสมอภาคในการจ่ายเงินสมทบก่อนใช้บริการ ผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมจ่ายภาษี 2 ทาง (ก) ภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา (income tax) (ข) เงินสมทบร้อยละ 1.5 ของเงินเดือนสำหรับสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพในระบบประกันสังคม (payroll tax) โดยที่ผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจ่ายภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาเท่านั้น ไม่มีการจ่ายเงินสมทบในระบบของตน นอกจากนี้ การกำหนดเพดานรายได้ 15,000 บาทต่อเดือนสำหรับการคำนวณเงินสมทบที่ถูกใช้มาตั้งแต่ปี 2534 ที่เริ่มระบบประกันสังคม ทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมในระบบประกันสังคมระหว่างผู้ประกันตนที่มีรายได้น้อยและผู้ที่มีรายได้สูง ผู้ประกันตนที่มีรายได้ที่สูงกว่า 15,000 บาทต่อเดือน แต่ใช้ 15,000 บาทมาเป็นฐานคำนวณเงินสมทบ ไม่สามารถกระจายความเสี่ยง

<sup>14</sup> เฉพาะงบประมาณที่จัดสรรให้กับ 3 กองทุนหลัก ได้แก่ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกองทุนประกันสังคม (เฉพาะสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ 4 กรณี คิดเป็นสัดส่วน 1.5% ของทั้งหมด 2.75%) ทั้งนี้ ไม่รวมงบค่ารักษายาบาลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ หน่วยงานรัฐอื่นๆ กองทุนเงินทดแทน และงบประมาณที่จัดสรรให้กับกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอื่น ๆ ที่มา: ข้อมูลบัญชีสุขภาพแห่งชาติ จัดทำโดยสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP), 2562

และบรรลุลักษณะการ “รวย-จน ช่วยกัน” ได้เท่าที่ควรจะเป็น<sup>15</sup> ปัจจุบันค่าจ้างเฉลี่ยที่แรงงานได้รับต่อเดือน (บาท) จำแนกตามระดับการศึกษา<sup>16</sup> ดังแสดงในภาพ



ที่มา: ข้อมูลจากการสำรวจภาวะการทำงานของคน 2562 ประมวลโดย กองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม

4. รูปแบบและวิธีการจัดสรรงบประมาณหรือการจ่ายชดเชยค่าบริการให้สถานพยาบาล มีความแตกต่างกัน ระหว่าง 3 กองทุน ส่งผลต่อประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร และพฤติกรรมทำให้บริการของสถานพยาบาล

5. ความไม่เสมอภาคของค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพต่อหัวของผู้มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพ 3 ระบบ ค่าใช้จ่ายของแต่ละกองทุนมีความแตกต่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่มีค่าใช้จ่ายต่อหัวผู้มีสิทธิเป็น 4 เท่าของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกองทุนประกันสังคม<sup>17</sup> ในขณะที่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพไม่ได้แตกต่างกัน แสดงว่าระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีประสิทธิภาพต่ำ เช่น มีการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติสูง ในโรงพยาบาลรัฐขนาดใหญ่ พบข้อมูลการใช้ยาในระบบจ่ายตรงผู้ป่วยนอกถึงร้อยละ 41 และร้อยละ 67 ของจำนวนการสั่งใช้ยาและมูลค่ายาตามลำดับ<sup>18</sup> และค่ารักษายาบาลภาพรวมในแต่ละปี ร้อยละ 80 เป็นค่ารักษาผู้ป่วยนอกและส่วนใหญ่เป็นค่ายา<sup>19</sup>

<sup>15</sup> อ่างแล้วใน 1

<sup>16</sup> สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ภาวะสังคมไทย ไตรมาส 1 ปี 2563 ปีที่ 18 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม 2563

<sup>17</sup> วิเคราะห์โดย สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย อ่างใน แผนแม่บทบูรณาการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ ระยะต้น (พ.ศ.2561 - 2564) ระยะปานกลาง/ระยะยาว (พ.ศ.2565 - 2579) จัดทำโดย คณะอนุกรรมการจัดทำแผนแม่บทบูรณาการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ ภายใต้คณะกรรมการพิจารณาการจัดทำงบประมาณในลักษณะบูรณาการเชิงยุทธศาสตร์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 คณะที่ 3.2 การพัฒนาระบบประกันสุขภาพ, 31 มีนาคม 2560

<sup>18</sup> จุฬารัตน์ สิมวัฒนานนท์ และคณะ. ค่าใช้จ่ายของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการกับการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 เมย.-มิย.2554

<sup>19</sup> สุทธิรัตน์ รัตนโชติ. “กรมบัญชีกลางคุมเข้มเบิกจ่ายยา ขรก. ไม่ทำตามเกณฑ์ เรียกเงินคืนคลัง”, 11 ธค.2559

<https://www.hfocus.org/content/2016/12/13128>

6. *ความไม่มีประสิทธิภาพในระบบสุขภาพ* องค์การอนามัยโลกระบุความสูญเสีย (waste) ในระบบสุขภาพเกิดจาก 10 สาเหตุหลัก ได้แก่ (1) การใช้จ่ายไม่สมเหตุผล เกิดแรงจูงใจในการสร้างอุปสงค์ โดยผู้ให้บริการ (supplier induced demand) จากการส่งเสริมการตลาดที่ขาดหลักจริยธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งวิธีการจ่ายตามรายการ (fee for service payment) ส่งเสริมการใช้จ่ายอย่างฟุ่มเฟือย (2) การไม่ใช้จ่ายซื้อสามัญหรือตั้งราคาแพงเกินไป (3) การใช้จ่ายด้วยคุณภาพหรือยาปลอม (4) การให้บริการที่เกินจำเป็น ตรวจวินิจฉัยหรือใช้อุปกรณ์เวชภัณฑ์ทางการแพทย์มากเกินไปซึ่งมีแรงจูงใจจากวิธีการจ่ายแบบ fee for service โดยเฉพาะกรณีผู้ป่วยนอกในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (5) การจัดการกำลังคนด้านสุขภาพไม่เหมาะสม (6) การนอนโรงพยาบาลนานเกินไป (7) ขนาดโรงพยาบาลไม่เหมาะสม (8) คุณภาพบริการต่ำกว่ามาตรฐานหรือมีความผิดพลาดทางการแพทย์ (9) การรั่วไหล ทุจริตและคอร์รัปชัน และ (10) ไม่มีการประเมินความคุ้มค่าของเทคโนโลยีหรือบริการทางการแพทย์ ซึ่งพบว่า ร้อยละ 20 – ร้อยละ 40 ของค่าใช้จ่ายสุขภาพทั่วโลกเกิดจากความไม่มีประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ<sup>20</sup> จากกรณีวิเคราะห์พบว่า ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการขาดประสิทธิภาพมากที่สุดในประเทศไทย

7. *สำหรับประเทศไทย ยังมีช่องว่างในการพัฒนาประสิทธิภาพในระบบสุขภาพ* มีการประมาณการว่า หากผู้ให้บริการสาธารณสุขมุ่งยกระดับประสิทธิผลและประสิทธิภาพของระบบการดูแลสุขภาพ โดยให้ความสำคัญกับ 6 ประเด็นหลัก ได้แก่ (1) ความสมเหตุผลผลของการใช้จ่าย (2) กลุ่มโรคที่ป้องกันได้ ที่เป็นภาระทางการเงิน (3) การจัดการโรคเรื้อรัง (4) ความเหมาะสมของการใช้บริการสุขภาพ (5) การป้องกันเหตุการณ์หรือกรณีไม่พึงประสงค์จากการให้บริการ และ (6) การป้องกันภาวะพิการที่เป็นภาระระยะยาว หากสามารถดำเนินการได้สำเร็จภายใน 5 ปี จะประหยัดค่าใช้จ่ายในระบบหลักประกันสุขภาพได้ ไม่น้อยกว่าปีละ 5,000 - 5,700 ล้านบาท<sup>21</sup>

8. *สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง* คาดการณ์ว่า ปี 2593 (ค.ศ. 2050) ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุอายุมากกว่า 65 ปี จำนวน 19.5 ล้านคน หรือร้อยละ 29.6 ของประชากรทั้งหมด (ตารางที่ 1) อายุคาดเฉลี่ยเมื่ออายุ 65 เท่ากับ 16.7 ปีในชาย และ 19.4 ปีในหญิง และมีอัตราพึ่งพิงผู้สูงอายุถึงร้อยละ 55.3 ในปี พ.ศ. 2593 อีก 20 ปีข้างหน้า ในปี 2583 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุอายุมากกว่า 80 ปี มากถึง 3,500,000 คน<sup>22</sup> ซึ่งต้องเตรียมระบบการคลังเพื่อสนับสนุนบริการสุขภาพและบริการสังคมอื่น ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ไม่ถูกทอดทิ้งและไม่เป็นภาระของครอบครัวและสังคม

9. *ระบาดวิทยาของการเกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่* (Emerging infectious disease) มีแนวโน้มรุนแรงและควบคุมยากขึ้น จากปัจจัยการเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศ การอพยพย้ายถิ่น ปัญหาสุขอนามัยส่วนบุคคล ส่งผลให้โรคติดต่อจากสัตว์สู่คน ซึ่งเป็นแนวโน้มสำคัญต่อระบบสุขภาพที่ต้องเตรียมความพร้อมรองรับสถานการณ์

<sup>20</sup> Dan Chisholm and David B. Evans. Improving health system efficiency as a means of moving towards universal coverage. World Health Report (2010) Background paper, 28 [Leading sources of inefficiency in the health sector both technical and allocative inefficiency]

<sup>21</sup> คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนและปฏิรูประบบสาธารณสุขด้านการคลังและระบบหลักประกันสุขภาพ. สรุปสาระสำคัญของการดำเนินการของคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนและปฏิรูประบบสาธารณสุข ด้านการคลังและระบบหลักประกันสุขภาพ และสาระสำคัญจากการประชุมระดับชาติ ด้านหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย วันที่ 10 - 11 ตุลาคม 2559 ณ ศูนย์ประชุมวายุภักษ์ โรงแรมเซ็นทราฯ ถนนแจ้งวัฒนะ กรุงเทพมหานคร <https://www.hsri.or.th/researcher/media/news/detail/7467>, 12 ตุลาคม 2559

<sup>22</sup> สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ



10. *ภาระโรคของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง* (Burden of disease on NCDs) ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายสุขภาพที่เพิ่มขึ้น ซึ่งการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค การให้ความสำคัญกับปัจจัยทางสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพ (Social Determinant of health) อย่างจริงจัง รวมทั้งการมีส่วนร่วมของหน่วยงานและภาคีที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ หรือภาคีเครือข่ายนอกภาคสุขภาพ ในการร่วมป้องกันและจัดการปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ถือเป็นเรื่องจำเป็น

## เป้าประสงค์

การลงทุนด้านหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย อยู่ในระดับที่การคลังของประเทศสามารถรองรับได้อย่างยั่งยืน และมีแหล่งเงินเพียงพอสำหรับการจัดบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง<sup>23</sup> และระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐของประเทศมีการบูรณาการการบริหารจัดการไปสู่การจัดการระบบเดียว (Unification) เพื่อความยั่งยืน ความเป็นธรรม และความมีประสิทธิภาพของระบบ

## ข้อเสนอการขับเคลื่อนความยั่งยืนและความเพียงพอด้านการคลังสุขภาพ

ประเทศไทยกำหนดทิศทางที่ชัดเจน เพื่อการบูรณาการกองทุนต่างๆที่เกี่ยวข้องกับระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชน ได้แก่ 1) สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ 2) กองทุนประกันสังคม 3) กองทุนเงินทดแทน 4) กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 5) กองทุนทดแทนผู้ประสบภัยตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ และ 6) การประกันสุขภาพคนต่างด้าว ทั้งนี้เพื่อให้เป็นไปตามบทบัญญัติของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545<sup>24</sup> และเป้าประสงค์ของแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข<sup>25</sup> ดังนี้

### 1. ระบบหลักประกันสุขภาพที่เน้นการสร้างนำซ่อม

ให้ความสำคัญกับงบประมาณด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และการขับเคลื่อนระบบบริการการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคอย่างจริงจัง โดย

1.1 ค่าใช้จ่ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีสัดส่วนงบเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่น้อยกว่าร้อยละ 15

1.2 บูรณาการการบริหารจัดการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั้งระบบ ตั้งแต่ปัจจัยทางสังคมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ (Social determinant of health) การบริหารจัดการเชิงรุก การสร้างความตระหนักรู้ด้านสุขภาพของประชาชนและมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง (Health Literacy and Self-care)

1.3 เพิ่มความเข้มแข็งและความเพียงพอของบริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค เพื่อตอบสนองความตื่นตัวด้านสุขภาพของประชาชน โดย 1) เพิ่มสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมถึงบริการและเทคโนโลยีใหม่ ๆ ที่มีความคุ้มค่า รวมถึงเทคโนโลยีใหม่ทั้งโดยตรงและโดยอ้อม

<sup>23</sup> แผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขประเด็น 10: ระบบหลักประกันสุขภาพ, 6 เมษายน 2561 [จ่ายสุขภาพของรัฐ (GGHE) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 3.5 แต่ไม่เกินร้อยละ 4.2 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP)]

<sup>24</sup> มาตรา 9, 10, 11, 12 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545

<sup>25</sup> แผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข 1.4.3 เป้าประสงค์ในภาพรวม ข้อ 4) ประชาชนไทยมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีบนหลักการสร้างนำซ่อม และผู้ที่ไม่ใช่ประชาชนไทยที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย มีโอกาสเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นอย่างมีคุณภาพ ทั้งการรับบริการและการรับภาระค่าใช้จ่าย

เช่น ระบบติดตามการออกกำลังกายของกลุ่มเสี่ยง 2) การจัดระบบบริการรองรับ 3) การออกแบบการจ่ายชดเชยค่าบริการเพื่อกระตุ้นให้เกิดบริการอย่างทั่วถึง และ 4) การประเมินการเข้าถึงบริการอย่างเป็นระบบ

## 2. แหล่งเงินด้านสุขภาพ (Source of funds and resource mobilization for health)

### 2.1 ระยะสั้นและระยะกลาง พ.ศ. 2564 - 2568

1) เพิ่มความเป็นธรรมของการจ่ายเงินสมทบระหว่างผู้มีสิทธิในระบบประกันสังคม โดยปรับเพิ่มเพดานเงินเดือนสำหรับการคำนวณเงินสมทบของผู้ประกันตน จากเดิมที่กำหนด 3 เท่าเมื่อปี พ.ศ. 2534 ให้เป็น 7 เท่าของค่าแรงขั้นต่ำ<sup>26</sup>

2) เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านภาษี และเพิ่มรายได้ของรัฐบาลจากภาษีต่าง ๆ รวมทั้งขยายความครอบคลุมภาษีรายได้บุคคลธรรมดาไปสู่คนที่อยู่นอกระบบภาษี

3) พิจารณาแหล่งเงินอื่นเพิ่มเติมจากการใช้ภาษีทั่วไป และจัดสรรเป็นงบประมาณในระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐ เช่น การจัดเก็บภาษี Capital gain tax<sup>27</sup> เพื่อสุขภาพ ภาษีธุรกรรมการแลกเปลี่ยนเงินตรา (Tobin tax) ภาษีกำไรจากการซื้อขายหลักทรัพย์ (stock trading tax) เพิ่มอัตราภาษี VAT โดยจัดสรร (earmarked) ให้ด้านสุขภาพจำนวนหนึ่ง ภาษีบาป/ภาษีที่มีผลเสียต่อสุขภาพ และสิ่งแวดล้อม (ทั้งสรรพสามิต และภาษีเก็บจากธุรกิจที่ก่อมลภาวะ) แหล่งเงินจากการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดสรรรายได้จากภาษีที่ดินและสิ่งปลูกสร้างมาใช้จ่ายด้านสุขภาพสำหรับคนในพื้นที่ เป็นต้น

4) จัดเก็บเบี้ยประกันสุขภาพภาคบังคับสำหรับคนต่างด้าว ที่ประสงค์เดินทางเข้าประเทศไทยในทุกรณี เช่น การทำงาน การอยู่ระยะยาว (Long stay visa) นักศึกษา นักท่องเที่ยว นักธุรกิจ โดยชดเชยสิทธิประโยชน์ขึ้นอยู่กับความเสี่ยงและระยะเวลาที่พำนักอยู่ในประเทศไทย (หมายรวมถึงระบบประกันสังคมสำหรับแรงงานต่างชาติที่อยู่ใต้กฎหมายว่าด้วยประกันสังคม)

### 2.2 ระยะยาว พ.ศ. 2568 เป็นต้นไป

1) ให้คนไทยทุกคนมีส่วนร่วมในการจ่ายเงินสมทบเข้าระบบหลักประกันสุขภาพ (contribution) เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ผ่านการจ่ายภาษีสุขภาพ (Health tax) ตามความสามารถในการจ่าย และยกเว้นกลุ่มผู้มีรายได้น้อย เช่น กลุ่มผู้ได้รับสวัสดิการแห่งรัฐ

2) สนับสนุนให้มีกองทุนการออมด้านสุขภาพเป็นการเฉพาะ เพื่อรองรับระบบการคลังสำหรับการจัดบริการสุขภาพและบริการสังคมระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ (Long term care fund)

## 3. การบริหารจัดการกองทุนรวม (Fund pooling)

เสนอให้ประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีการจัดการระบบเดียว (unification) มีหน่วยงานเดียวที่สามารถบูรณาการการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบ โดยไม่ต้องตั้งหน่วยงานใหม่ เพื่อให้ง่ายต่อการจัดการ เพิ่มประสิทธิภาพ และลดความเหลื่อมล้ำ ดังนี้

3.1 ระยะสั้นและระยะกลาง พ.ศ. 2565 - 2567 ปรับระบบการบริหารจัดการเพื่อให้กองทุนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้ง 6 ระบบ เป็นไปในทิศทางที่สอดคล้องกันและสนับสนุน

<sup>26</sup> คณะกรรมการจัดทำแนวทางการระดมทรัพยากรเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ข้อเสนอการคลังสุขภาพเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป้าประสงค์ ตัวชี้วัด และเป้าหมาย, มกราคม 2559

<sup>27</sup> <https://taxsummaries.pwc.com/thailand/corporate/income-determination>

ซึ่งกันและกัน โดยพิจารณามอบหมายหน่วยงานที่มีภารกิจโดยตรงตามกฎหมาย และมีประสบการณ์ในการบริหารจัดการกองทุน เช่น สปสช.

3.2 ระยะยาว ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2568 เป็นต้นไป รวมเงินกองทุนประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบเป็นระบบเดียว (Single fund) ทั้งสำหรับคนไทยและคนต่างด้าวที่เดินทางเข้าประเทศไทยทุกคน เพื่อให้มีเอกภาพ โดยมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

1) สามารถกระจายความเสี่ยงและเจือจางรายได้ระหว่างสมาชิกได้ดีกว่าการมีหลายกองทุน  
2) สามารถลดรายจ่ายจากการประหยัดตามขนาด (economies of scale) ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพประสิทธิผลการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพและการใช้จ่ายงบประมาณภาครัฐ ลดความซ้ำซ้อนของการใช้ทรัพยากรและความสูญเสียต่าง ๆ และเพิ่มอำนาจการต่อรอง

3) มีระบบเฝ้าระวังการตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนจากการบริหารกองทุนเดียว

4. **การจัดสรรงบประมาณหรือการจ่ายชดเชยค่าบริการอย่างมีกลยุทธ์** (Strategic purchasing of services (the payment or allocation of resources to health service providers))

4.1 สนับสนุนการสร้างระบบธรรมาภิบาลที่ดีของการใช้จ่ายงบค่าบริการสาธารณสุขที่รัฐจัดให้ประชาชนผู้มีสิทธิ

4.2 เพิ่มประสิทธิภาพการใช้จ่ายงบประมาณค่าบริการสาธารณสุข โดยให้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐใช้ระบบงบประมาณปลายปิด (Close ended budget) และให้มีมาตรการและกลไกการเฝ้าระวังด้านราคาและควบคุมการเบิกจ่ายให้มีประสิทธิภาพ และมีการใช้อำนาจซื้อ ในฐานะผู้ซื้อรายใหญ่ (Monopsonistic purchasing power) และมาตรการของรัฐบาล (government interventions) อย่างเหมาะสม

4.3 การจัดการสิทธิประโยชน์ ขยายศักยภาพการประเมินความคุ้มค่า โดยการวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผล สนับสนุนการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

4.4 สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีใหม่ๆรวมทั้งเทคโนโลยีดิจิทัลทางการแพทย์ที่ราคาเหมาะสม เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพในยุคสังคมดิจิทัล

4.5 สนับสนุนการลงทุนเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการดำรงรักษาศักยภาพของระบบบริการปฐมภูมิ การขยายบทบาทและความเข้มแข็งของอาสาสมัครสาธารณสุขหรือเครือข่ายต่าง ๆ รวมทั้งระบบโครงสร้างพื้นฐานและองค์ความรู้ต่าง ๆ เช่น การขยายความเชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยา เพื่อรองรับการเกิดสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสุขภาพในอนาคต ทั้งโรคอุบัติใหม่หรือภัยพิบัติต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน และรองรับการขับเคลื่อนระบบประกันสุขภาพภาครัฐในระยะยาว

ตารางที่ 1 ประชากรผู้สูงอายุ Thailand

| Population aged 65 years or over (thousands) |        | Percentage aged 65 years or over |      | Total fertility rate |      | Life expectancy at birth for year 2010-2015 |        | Life expectancy at age 65 for year 2010-2015 |        | Old-age dependency ratio (65+ /20-64) a |      |
|--|--------|----------------------------------|------|----------------------|------|---|--------|--|--------|---|------|
| 2019   | 2050   | 2019                             | 2050 | 2019                 | 2050 | male  | female | male   | female | 2019                                    | 2050 |
| 8,638  | 19,546 | 12.4                             | 29.6 | 1.5                  | 1.5  | 71.6  | 78.9   | 16.7   | 19.4   | 19.3                                    | 55.3 |

a. Old-age dependency ratio: Number of persons aged 65 or over per 100 persons of working age 20-64.

Source : United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2020). *World Population Ageing 2019* (ST/ESA/SER.A/444).

#### 4.3 ข้อเสนอการพัฒนาระบบการจัดบริการแบบเพิ่มความคุ้มค่าและได้รับการจ่ายชดเชยอย่างเหมาะสม และการขยายผลไปสู่เรื่องอื่นๆ

**การจัดบริการแบบเพิ่มความคุ้มค่า (Value based health care)** หมายถึง การจัดบริการที่ทำให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพของบุคคลดีขึ้น ในขณะที่ต้นทุน/ค่าใช้จ่ายการบริการลดลงหรือไม่เพิ่มขึ้น ซึ่งการจัดบริการแบบเพิ่มความคุ้มค่า มักจะออกแบบเพื่อใช้คู่กับ การจ่ายเงินแบบมุ่งเน้นคุณค่า (Value based payment)

**การจ่ายเงินแบบมุ่งเน้นคุณค่า (Value Based Payment)** หมายถึง การจ่ายเพื่อส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น และ/หรือนำไปสู่การลดต้นทุนหรือค่าใช้จ่ายของการบริการ โดยมีรูปแบบการจ่ายตามผลลัพธ์ทางสุขภาพเป็นหลัก และอาจจ่ายตามรูปแบบบริการที่จำเป็นในการทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่พึงประสงค์ การจ่ายเงินแบบมุ่งเน้นคุณค่า เป็นกลไกหนึ่งในการกระตุ้นให้เกิดการปรับปรุงคุณภาพโดยใช้รูปแบบการบริการต่าง ๆ รวมถึงบูรณาการการจัดบริการให้เกิดความต่อเนื่องครบวงจรเพื่อเพิ่มคุณภาพ

##### แนวคิดของการจ่ายเงินแบบมุ่งเน้นคุณค่าและจัดบริการแบบเพิ่มความคุ้มค่า

$$\text{คุณค่า} = \frac{\text{ผลลัพธ์ทางสุขภาพ}}{\text{ต้นทุนการบริการซึ่งรวมถึงหน่วยบริการและผู้ป่วย}}$$

(อ้างอิง Michael E. Porter)

หมายเหตุ : เมื่อคำนวณความคุ้มค่าตามสมการแล้ว อาจนำความพึงพอใจของผู้ป่วยมาพิจารณาประกอบกับผลการคำนวณ

**คุณค่า (Value)** หมายถึง สมดุลที่ีระหว่าง “ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่สำคัญต่อผู้ป่วย” กับ “ต้นทุนของการให้การดูแลเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ดังกล่าว”

**ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่สำคัญ** คือ สภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงของบุคคลไปในทิศทางที่ดีขึ้น (Medical & Functional) ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางการแพทย์ ทั้งระยะเฉียบพลันและระยะยาว (Medical) นอกจากนี้ ยังต้องพิจารณาประกอบกับระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยในการรับการรักษาพยาบาลและรับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพตนเอง (Social)

**ต้นทุนการบริการ** หมายถึงค่าใช้จ่ายของการจัดบริการสุขภาพที่ทำให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพของบุคคลดีขึ้น ซึ่งครอบคลุมทั้งของหน่วยบริการและผู้ป่วย

### รูปแบบการจัดบริการแบบเพิ่มความคุ้มค่า อาทิ

1) นำระบบบริการสำหรับโรคที่เกี่ยวข้องเนื่องกันมาไว้ที่จุดร่วมบริการ หรือนำระบบบริการที่เกี่ยวข้องเนื่องกันสำหรับโรคใดโรคหนึ่งมาไว้ที่จุดร่วมบริการ (One stop services) เช่น จัดให้มีจุดร่วมบริการที่มีคลินิกของโรคที่เกี่ยวข้องอยู่ใกล้กัน จัดบริการต่อเนื่องให้ผู้ที่ได้รับการคัดกรองโรคเข้ารับการดูแลรักษาได้ทันทีอย่างสะดวกรวดเร็ว

2) ระบบบริการเฉพาะโรคที่จัดบริการในชุมชน หรือที่บ้าน แทนบริการในหน่วยบริการ โดยสนับสนุนให้ชุมชน/ท้องถิ่นมีส่วนร่วมจัดบริการ เช่น การล้างไตด้วยเครื่องอัตโนมัติที่บ้าน (Automated peritoneal dialysis: APD), การรับบริการเคมีบำบัดที่บ้าน (Home based chemotherapy), บริการโทรเวชกรรม (Telehealth/Telemedicine), Telephone counselling, บริการดูแลรักษาที่บ้าน (Personalized / Home healthcare) ต่าง ๆ เช่น การส่งยาไปถึงบ้านผู้ป่วย การเก็บส่งตรวจที่บ้านผู้ป่วย การทำกายภาพบำบัดที่บ้าน ถ่ายรูป Retina ผ่านกล้องโทรศัพท์มือถือเพื่อปรึกษาจักษุแพทย์ การให้ยืมวัสดุ/อุปกรณ์ทางการแพทย์ไปใช้ที่บ้าน การจัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate care) ในชุมชน เป็นต้น

3) บริการที่ผนวก/บูรณาการการรักษาพยาบาลกับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง เช่น ผู้ป่วยที่รับบริการรักษาต้องได้รับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทุกคนอย่างได้ผล และต่อเนื่อง

4) บริการที่เพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรด้วยเทคโนโลยีใหม่ เช่น การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One day surgery : ODS), การผ่าตัดผ่านกล้อง (Minimal invasive surgery : MIS), การปรับเปลี่ยนสูตรยาลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล การพัฒนาศักยภาพให้โรงพยาบาลชุมชนสามารถให้บริการได้เหมือนโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เช่น การให้ยาละลายลิ่มเลือด Rt - PA หรือ Streptokinase ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ/โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

5) มีระบบแพทย์ประจำครอบครัวที่ให้บริการแบบผสมผสานเชื่อมโยงกับระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการจัดบริการแบบองค์รวมต่อเนื่องรวดเร็วที่สอดคล้องภายใต้พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

กรอบและแนวทางการพัฒนาและทดลองต้นแบบการดำเนินงานจัดบริการแบบเพิ่มความคุ้มค่า

1. รูปแบบและความสัมพันธ์ของการจัดบริการแบบเพิ่มความคุ้มค่าและการจ่ายเงินแบบมุ่งเน้นคุณค่า

| ประเภทของโรค | รูปแบบบริการด้านสุขภาพ (Health Intervention)  | ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ  |  | รูปแบบการจัดบริการ/ ค่าใช้จ่าย (Financial Intervention)  | ผลลัพธ์ด้านต้นทุน/ ค่าใช้จ่าย  |
|--------------|---|--|--|--|--|
|              |   | บริการที่ได้รับและผลเบื้องต้น  | ผลลัพธ์สุดท้าย   |  |  |
| เบาหวาน      | <ol style="list-style-type: none"> <li>ใช้ระบบลงทะเบียนแบบใหม่ซึ่งเชื่อมต่อข้อมูลที่สามารถ Tracking ผู้ป่วยได้ตลอดทางการให้บริการ ระหว่างผู้ให้บริการ (E-Referral)</li> <li>มีระบบเชื่อมต่อข้อมูลสุขภาพไปยังผู้ป่วยแบบ Real time และผู้ป่วยมีข้อมูลสุขภาพของตนเองติดตามตลอดเวลาผ่าน Application</li> <li>บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่บ้านผู้ป่วย และผู้ป่วยสามารถติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการด้วยตัวเอง</li> <li>บริการส่งยาไปที่บ้านผู้ป่วย</li> <li>อาจมีระบบการปรึกษาแพทย์ผ่านระบบ Teleconference</li> <li>มีโปรแกรมการดูแลตัวเองเพื่อปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยโดย Counselor</li> <li>มีระบบกำกับติดตามการรับบริการและผลลัพธ์บริการ (M&amp;E) ระดับบุคคล เพื่อประเมินและประเมินผล และสนับสนุนงบประมาณโดยใช้ตัวชี้วัด Value based</li> <li>มีระบบส่งต่อ Green Chanel กรณีผู้ป่วยพบภาวะแทรกซ้อน</li> </ol> | <p><b>บริการที่ได้รับ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ลงทะเบียน</li> <li>สร้างเสริมสุขภาพ</li> <li>Check-up lab</li> <li>ตรวจวินิจฉัย</li> <li>รับการรักษา</li> <li>ติดตามภาวะแทรกซ้อน</li> </ol> <p><b>ผลเบื้องต้น</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>เกิดพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล รวมถึงพฤติกรรมป้องกันในผู้ป่วย</li> <li>ติดตามตัวชี้วัดสุขภาพ ผล Lab ที่จำเป็น สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน</li> </ol> <p>ทุกรายการตาม Basic need package</p> | <ol style="list-style-type: none"> <li>ผู้ป่วยมีระดับ HbA1c ปกติ</li> <li>ไม่มีการรับเข้าเป็นผู้ป่วยในจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ในผู้ป่วยเบาหวาน</li> <li>ความพึงพอใจของผู้ป่วย (people-centeredness)</li> </ol> | <p>ปรับระบบการจ่าย จากการจ่ายตามรายบริการ เป็นการจ่ายแบบขั้นบันได ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>จ่ายเบื้องต้นให้เพียงพอสำหรับค่าใช้จ่ายพื้นฐานบริการ</li> <li>จ่ายเพิ่มเติม Additional payment แปรผันตามคุณค่าทางสุขภาพที่ประชาชนได้รับ</li> </ul> | <ol style="list-style-type: none"> <li>ในระยะแรกยังไม่เน้นลดค่าใช้จ่าย</li> <li>เน้นเพิ่มคุณค่าภายใต้เม็ดเงินเท่าเดิม</li> <li>ลด indirect cost ของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ</li> </ol> |

| ประเภท<br>ของโรค | รูปแบบบริการ<br>ด้านสุขภาพ<br>(Health Intervention)  | ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ                 |                | รูปแบบการ<br>จัดการต้นทุน/<br>ค่าใช้จ่าย<br>(Financial<br>Intervention) | ผลลัพธ์ด้าน<br>ต้นทุน/<br>ค่าใช้จ่าย |
|------------------|--|-----------------------------------|----------------|---|--------------------------------------|
|                  |  | บริการที่ได้รับ<br>และผลเบื้องต้น | ผลลัพธ์สุดท้าย |   |                                      |
|                  | 9. มีระบบติดตามภาวะแทรกซ้อนผ่านเทคโนโลยีที่ทันสมัยโดยผู้ป่วยและหน่วยบริการผ่านบริการเยี่ยมบ้าน<br>10. มีระบบวางแผนและใช้ข้อมูลสุขภาพการบริการร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ญาติ และผู้ให้บริการ<br>11. ปรับระบบการจ่ายเงินแบบเน้นคุณค่าตามผลลัพธ์ทางสุขภาพ |                                   |                |   |                                      |

## 2. พื้นที่ทดลองต้นแบบ

พื้นที่เขตกรุงเทพมหานครครอบคลุมประชาชนที่ลงทะเบียน ในเขตกรุงเทพมหานครทั้งหมด

## 3. หน่วยบริการ และหน่วยงานรับผิดชอบ/ขับเคลื่อนในภาพรวม

- 1) คณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ติดตามกระบวนการ และประเมินผลลัพธ์เพื่อรายงานความก้าวหน้า/ความสำเร็จ และให้ข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ
- 2) กระทรวงสาธารณสุข ในฐานะ Regulator ของระบบบริการ ทำหน้าที่จัดบริการสาธารณสุขและกำหนด กำกับดูแลคุณภาพมาตรฐานบริการสาธารณสุข
- 3) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในฐานะ Financial system manager ทำหน้าที่สนับสนุนระบบการเบิกจ่ายและงบประมาณตามผลลัพธ์ Value based
- 4) กรุงเทพมหานคร ในฐานะผู้ให้บริการและเจ้าของความรับผิดชอบต่อประชาชนในพื้นที่
- 5) หน่วยบริการในสังกัดอื่นรับผิดชอบเติมคุณค่าในการบริการให้ได้ตามคุณค่า
- 6) สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) รับผิดชอบประเมินทั้งผู้ให้บริการและ Valued ผู้รับบริการด้วย
- 7) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) รับผิดชอบประเมิน Valued Base Health Care ทั้งหมดว่าควรดำเนินการต่อหรือไม่
- 8) สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย กำหนดมาตรฐานเพื่อให้คุณภาพกับผู้ป่วยในทุกขั้นตอน

#### 4. กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ (ผู้ป่วยและญาติ)

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และครอบครัวผู้ป่วย

#### 5. กลุ่มเป้าหมายผู้ให้บริการ

หน่วยบริการทุกระดับใน กทม. ทั้งภาครัฐและเอกชนที่อยู่ในโครงการระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

#### 6. กลไก/ระบบการบริหารจัดการการดำเนินงานและบริหารงบประมาณ เพื่อการดำเนินการตามต้นแบบในพื้นที่

- 1) กลไกบริหารผ่าน อปสข.
- 2) กลไกการเบิกจ่ายงบประมาณผ่านระบบ Real time Claiming

#### 7. การพัฒนาศักยภาพ/สมรรถนะและการปรับตัวของผู้ให้บริการและผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินการตามต้นแบบในพื้นที่

โดยสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยช่วยเพิ่มสมรรถนะของหน่วยบริการ และประชาชนที่เข้าร่วมโครงการ

#### 8. งบประมาณ (จากโครงการและงานปกติ)

- 1) งบประมาณจัดการระบบปกติ (สำหรับกิจกรรมการจัดทำแนวทางปฏิบัติ (Guideline) การฝึกอบรม (Training) การจัดทำโปรแกรมเบิกจ่าย การขับเคลื่อนระบบ)
- 2) งบค่าบริการสาธารณสุขจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- 3) หน่วยงานอื่น ๆ ที่รับผิดชอบ ใช้งบของหน่วยงานตนเองในการขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนภารกิจ

#### 9. ระยะเวลาทดลองดำเนินการ

1 ปี โดยระหว่างปีจะมีการกำกับติดตามผล ใช้ระบบ M&E และการวิจัยการนำนโยบายไปปฏิบัติ (Implementation research)

#### 10. ประเด็นการรายงานผลของการพัฒนาและทดลองต้นแบบ ควรมีรายละเอียดในประเด็นต่อไปนี้

- 1) รูปแบบการจัดบริการแบบเพิ่มความคุ้มค่า และรูปแบบการจัดการต้นทุน/ค่าใช้จ่าย รวมถึงรูปแบบการจ่ายเงินแบบมุ่งเน้นคุณค่า ที่ดำเนินการได้จริงในพื้นที่ทดลอง
- 2) กลไก/ระบบการบริหารจัดการการดำเนินงานและบริหารงบประมาณ รวมทั้งผลของการใช้กลไก/ระบบการบริหารจัดการและบริหารงบประมาณ ในการขับเคลื่อนการดำเนินการตามต้นแบบ
- 3) การพัฒนาศักยภาพ/สมรรถนะและการปรับตัวของผู้ให้บริการและผู้เกี่ยวข้อง ในการดำเนินการตามต้นแบบในพื้นที่
- 4) ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นด้านสุขภาพ (บริการที่ได้รับ ผลเบื้องต้น และผลลัพธ์สุดท้าย) และผลลัพธ์ด้านต้นทุน/ค่าใช้จ่าย



5) คุณค่าและความคุ้มค่าที่เกิดขึ้น เมื่อคำนวณสมมูลระหว่าง “ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่สำคัญต่อคนไข้” กับ “ต้นทุนของการให้การดูแลเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ดังกล่าว” ซึ่งอาจรวมถึงความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการด้วย

6) ข้อสรุปของผลสำเร็จด้านประสิทธิผล ประสิทธิภาพของต้นแบบ และบทเรียนจากการพัฒนาและการใช้ต้นแบบของการจัดบริการแบบเพิ่มความคุ้มค่า และการจ่ายเงินแบบมุ่งเน้นคุณค่า รวมทั้ง จุดแข็ง จุดอ่อน ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ แนวทางแก้ไข

7) แนวทางการขยายผลต้นแบบเฉพาะโรค ไปสู่อโรคอื่น/ประเด็นสุขภาพอื่น และพื้นที่อื่น

### **สรุปข้อเสนอการพัฒนาต้นแบบการจัดบริการแบบเพิ่มความคุ้มค่าและได้รับการจ่ายชดเชยอย่างเหมาะสม**

1) ระบบสุขภาพและระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยต้องมีการปรับประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

2) Value Based Health Care เป็นกลไกหนึ่งในการปรับประสิทธิภาพของระบบสุขภาพและระบบหลักประกันสุขภาพ

3) จากการทบทวนวรรณกรรมและการปรับระบบบริการในสภาวะปัจจุบัน

3.1 บริการหลายอย่างที่กำลังเกิดขึ้นเป็นบริการที่มีลักษณะที่เพิ่มคุณค่าให้กับประชาชน เช่น การประเมินความคุ้มค่าเทคโนโลยีทางสุขภาพก่อนพิจารณาเพิ่มสิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพ การจัดซื้อ การต่อรองราคา (Central procurement & Bargaining) รวมถึงการกำหนดราคารามาตรฐานอย่างเปิดเผย และการกำหนดให้ใช้บัญชียาหลักแห่งชาติ เป็นต้น

3.2 จากการศึกษาพบว่าการยกระดับประสิทธิผลและประสิทธิภาพของระบบการดูแลสุขภาพที่หากทำจริงจะช่วยลดงบประมาณลงได้ไม่ต่ำกว่า 5,000 ลบ. ได้แก่ ความสมเหตุสมผลของการใช้ยา กลุ่มโรคที่ป้องกันได้ ที่เป็นภาระทางการเงิน การจัดการโรคเรื้อรัง ความเหมาะสมของการใช้บริการสุขภาพ การป้องกันเหตุการณ์หรือกรณีไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล และการป้องกันภาวะพิการที่เป็นภาระระยะยาว

3.3 WHO ได้แนะนำประเด็นที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ 10 ประเด็น ได้แก่ (1) การใช้จ่ายไม่สมเหตุผล เกิดแรงจูงใจในการสร้างอุปสงค์โดยผู้ให้บริการ (supplier induced demand) จากการส่งเสริมการตลาดที่ขาดหลักจริยธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งวิธีการจ่ายตามรายการ (fee for service payment) ส่งเสริมการใช้จ่ายอย่างฟุ่มเฟือย (2) การไม่ใช้จ่ายซื้อสามัญหรือตั้งราคาแพงเกินไป (3) การใช้จ่ายด้วยคุณภาพหรือยาปลอม (4) การให้บริการที่เกินจำเป็น ตรวจวินิจฉัยหรือใช้อุปกรณ์เวชภัณฑ์ทางการแพทย์มากเกินไปซึ่งมีแรงจูงใจจากวิธีการจ่ายแบบ fee for service โดยเฉพาะกรณีผู้ป่วยนอกในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (5) การจัดการกำลังคนด้านสุขภาพไม่เหมาะสม (6) การนอนโรงพยาบาลนานเกินไป (7) ขนาดโรงพยาบาลไม่เหมาะสม (8) คุณภาพบริการต่ำกว่ามาตรฐาน หรือมีความผิดพลาดทางการแพทย์ (9) การรื้อไหล ทุจริตและคอร์รัปชัน และ (10) ไม่มีการประเมินความคุ้มค่าของเทคโนโลยีหรือบริการทางการแพทย์ ซึ่งพบว่า ร้อยละ 20 - 40 ของค่าใช้จ่ายสุขภาพทั่วโลก

เกิดจากความไม่มีประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ จากการวิเคราะห์พบว่าระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการขาดประสิทธิภาพมากที่สุดในประเทศไทย

คณะอนุกรรมการเห็นควรให้มีการสนับสนุนการนำร่องของระบบ Value Based Health Care ที่กำลังจะดำเนินการในเขตกรุงเทพมหานคร โดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นเจ้าภาพในการพัฒนาระบบบริการเพื่อรองรับ Value Based Health Care และสปสช.เป็นเจ้าภาพในการพัฒนาระบบการจ่าย Value Based Payment

#### 4.4 ข้อเสนอการพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนจากการทบทวนการบริหารจัดการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศต่าง ๆ

##### ที่มา

บทบาหน้าที่ของคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน กำหนดภารกิจให้ศึกษาและเปรียบเทียบระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยกับต่างประเทศ พร้อมความท้าทายที่สำคัญ เพื่อให้บรรลุการพัฒนาที่ยั่งยืนด้านสาธารณสุข

##### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสบการณ์ บทเรียน แนวทาง และมาตรการของประเทศต่างๆในการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพ เพื่อประกอบการจัดทำข้อเสนอของคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน ในการพิจารณานำมาปรับใช้สำหรับประเทศไทย

##### วิธีการศึกษา

ใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรมแบบ scoping review ตามประเด็นศึกษา 4 ด้านการปฏิรูป โดยเปรียบเทียบกับจัดการของประเทศต่างๆ ประเด็นอื่นที่เป็นจุดเด่นของบางประเทศหรือกลุ่มประเทศ รวมถึงประเด็นที่เกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพ และการพัฒนาที่ยั่งยืน

##### ข้อค้นพบสำคัญที่ได้จากการศึกษาทบทวน

1. ปฏิญญาทางการเมืองของการประชุมระดับสูงว่าด้วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตกลงร่วมกันว่าจะเพิ่มความพยายามในการทำให้มั่นใจได้ว่าแต่ละประเทศ

1) มีเป้าหมายการใช้จ่ายที่เหมาะสมในการลงทุนอย่างมีประสิทธิภาพด้านสุขภาพและสาธารณสุข โดยระดมทรัพยากรภาครัฐในประเทศเพื่อความยั่งยืนทางการเงินการคลัง

2) เพิ่มประสิทธิภาพการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพ ขยายแหล่งการคลัง (fiscal space) ให้เพียงพอ และจัดลำดับความสำคัญในการใช้จ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพ โดยเน้นที่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยคำนึงถึงความยั่งยืนทางการเงินการคลัง และเสนอให้ประเทศต่างๆทบทวนการใช้จ่ายด้านสุขภาพของภาครัฐเพื่อให้มั่นใจว่าค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขเพียงพอและมีประสิทธิภาพ

##### 2. งานวิจัยพบข้อเท็จจริงที่น่าสนใจ<sup>28</sup> ดังนี้

1) การลงทุนด้านสุขภาพ มีผลตอบแทนมหาศาล

2) การลดลงของอัตราการตาย ส่งผลต่อการเติบโตทางเศรษฐกิจได้ถึงร้อยละ 11

<sup>28</sup> รายละเอียด ดังปรากฏในบทที่ 2

- 3) การรวมเป็นหนึ่งในด้านสุขภาพสามารถทำให้สำเร็จได้ภายในช่วงชีวิตของเรา
- 4) นโยบายการคลังเป็นเครื่องมือที่ทรงพลัง แต่ยังถูกใช้น้อยในการยับยั้งโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) และการบาดเจ็บ (injuries)
- 5) การขยายความครอบคลุมไปยังทุกคน ซึ่งเป็นหนทางไปสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพที่จะบรรเทาการปกป้องความเสี่ยงด้านสุขภาพและการเงิน
- 6) อัตราการตายในเด็กแรกเกิดถึง 1 ปี ลดลง เมื่อรัฐจ่ายค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขเพิ่ม
- 7) หากเงินที่ประชาชนต้องควักกระเป๋าจ่ายเองเมื่อไปรับบริการรักษาพยาบาล (Out-of-Pocket payment) น้อยกว่าร้อยละ 15 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดของประเทศ จะพบครัวเรือนไม่มากที่ต้องล้มละลายจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย
- 8) ประเทศควรมี Health expenditure > 5% ของ GDP

### 3. ความยั่งยืนทางการคลังสุขภาพในระยะยาว ตัวอย่างประเทศต่าง ๆ

#### 3.1 การเติมเงินในระบบ<sup>29</sup> เพื่อใช้จ่ายด้านสุขภาพ Revenue raising (sources of funds)

- 1) ภาษีเหล้า บุหรี่ : ไทย ออสเตรเลีย ไต้หวัน มองโกเลีย ลาว เวียดนาม เกาหลีใต้ ฟิลิปปินส์ อินเดีย แม็กซิโก อเมริกา โคลัมเบีย
- 2) ภาษีการนำเข้ายาในประเทศ : มองโกเลีย
- 3) ภาษีน้ำตาล เกลือ : อังกฤษ ฝรั่งเศส แม็กซิโก
- 4) ภาษีการใช้พลังงานจากเขื่อน : ลาว

#### 3.2 การบริหารจัดการกองทุนรวม<sup>3</sup> (Fund Pooling)

- 1) กองทุนเดี่ยว (Single fund) : อังกฤษ ฝรั่งเศส เกาหลีใต้ ไต้หวัน อิตาลี
- 2) หลายกองทุน (Multiple fund) : ญี่ปุ่น เยอรมนี (สิทธิประโยชน์และจ่ายเหมือนกัน) ไทย

3.3 รูปแบบการซื้อ/จ่ายค่าบริการ<sup>30</sup> (Purchasing & Payment) พบว่าหลายประเทศมีรูปแบบการจ่ายค่าบริการสาธารณสุขที่แตกต่างกัน รายละเอียดดังนี้

<sup>29</sup> 1) Resource tool on alcohol taxation and pricing policies / Bundit Sornpaisarn, Kevin D. Shield, Esa Österberg, Jürgen Rehm, editors  
 2) Earmarking for health: from theory to practice / Cheryl Cashin, Susan Sparkes and Danielle Bloom (Health Financing Working Paper No. 5) ISBN 978-92-4-151220-6 WHO IRIS Reference: WHO/HIS/HGF/HF Working Paper/17.5  
 3) Japan Health Insurance System in JHPN (Japan Health Policy Now). Available at <http://japanhpn.org/en/hs1/> and <http://japanhpn.org/en/finan2/>  
 4) The Commonwealth Fund. INTERNATIONAL HEALTH CARE SYSTEM PROFILES: GERMANY. Available at <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/germany>

<sup>30</sup> 1) Price setting and price regulation in health care. WHO/OECD 2019  
 2) FOCUS ON BETTER WAYS TO PAY FOR HEALTH CARE © OECD 2016  
 3) Strategic Purchasing in Practice: Comparing Ten European Countries, Health policy 2018  
 4) PROVIDER PAYMENTS AND COST-CONTAINMENT: LESSONS FROM OECD COUNTRIES, WHO 2007  
 5) FINANCING AND PAYMENT MODELS FOR PRIMARY HEALTH CARE. SIX LESSONS FROM JLN COUNTRY IMPLEMENTATION EXPERIENCE, Joint Learning Network for Universal Health Coverage (JLN) 2017  
 6) Bundled Payments for Diabetes Care and Healthcare Costs Growth: A 2-Year Follow-up Study.

| Main Payment method   | ประเทศ  | การใช้   |
|---|---|--|
| การจ่ายตามที่เรียกเก็บตาม<br>บริการที่ให้ (Fee for<br>service)          | ญี่ปุ่น, เกาหลีใต้, เยอรมัน,<br>ออสเตรเลีย, ฝรั่งเศส      | บางประเทศเริ่มเปลี่ยนจาก Fee-for-<br>service (FFS) เป็นการจ่ายตามคุณภาพ<br>เพื่อลดค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น<br>เรื่อย ๆ เช่น ฝรั่งเศส                                    |
| การเหมาจ่ายรายหัว<br>(Capitation)                                       | ไทย, อังกฤษ, มาเลเซีย,<br>อิตาลี                          | มักใช้ในบริการ primary care และผู้ป่วย<br>นอก แต่มักผสมผสานกับการจ่ายตาม<br>คุณภาพ เช่น P4P เพื่อให้เกิดบริการแบบ<br>มีคุณภาพ และผสมผสานกับ FFS เช่น<br>อังกฤษ นิวซีแลนด์ เดนมาร์ก |
| การจ่ายตามรายกลุ่มโรค/<br>บริการ (Case-based (e.g.<br>DRGs)             | ฝรั่งเศส,ไทย, สวิสเซอร์แลนด์,<br>ออสเตรเลีย, สหรัฐอเมริกา | ใช้กับการจ่ายบริการผู้ป่วยใน   |
| การจ่ายที่มีเพดาน<br>งบประมาณ (Global<br>budget)                        | เยอรมัน, ไอร์แลนด์, เม็กซิโก<br>, แคนาดา, มาเลเซีย        | มักนำใช้เพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ  |
| การจ่ายเพื่อคุณภาพ (pay<br>for performance: P4P)                        | ฝรั่งเศส, อังกฤษ,<br>เนเธอร์แลนด์ และ 15<br>ประเทศใน OECD | มักใช้เป็นวิธีการจ่ายเสริมจากบริการ<br>ผู้ป่วยนอก และ primary care เพื่อเพิ่ม<br>คุณภาพการรักษา โดยประเทศในกลุ่ม<br>OECD ส่วนใหญ่ใช้ P4P จ่ายบริการ<br>primary care                |
| อื่นๆ เช่น per-diem, line<br>item, bundle payment,<br>procedure service | สเปน, ไทย ,เนเธอร์แลนด์                                   | ใช้ในบริการ Long Term Care, บริการที่<br>มีค่าใช้จ่ายสูง , Chronic condition   |

1. การบริหารระบบประกันสุขภาพและการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์บริการสาธารณสุข  
รายละเอียดดังนี้

| ประเทศ             | ระบบประกันสุขภาพ   | ชุดสิทธิประโยชน์ (Benefit package)   |
|--------------------|--|--|
| สหราชอาณาจักร (UK) | <p>- ระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ National Health Services (NHS) ซึ่งครอบคลุมการเข้าถึงอย่างถ้วนหน้าและส่วนใหญ่ไม่มีการจ่ายค่าบริการ ณ จุดรับบริการ (which provide universal access that are mostly free at the point of use.)</p>   | <p>- ครอบคลุมบริการรอบด้าน (comprehensive package of services)<br/>- มีการร่วมจ่ายในบางบริการ เช่น ทำฟัน ค่ายา หรือ มีการจ่ายเอง สำหรับบริการทางสังคม (cost-sharing (dental care and pharmaceuticals) or direct payments (social care)<br/>- มีความแตกต่างกันบางส่วนในระหว่าง 4 ประเทศ ได้แก่ อังกฤษ สกอตแลนด์ เวลส์ และไอร์แลนด์เหนือ<br/>(Some differences across the four nations (England, Scotland, Wales, Northern Ireland)</p>  |
| อิตาลี (Italy)     | <p>- ระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service หรือในภาษาอิตาลี เรียกว่า Servizio Sanitario Nazionale, SSN) บริหารจัดการโดยแต่ละภูมิภาค (20 ภูมิภาค) ครอบคลุมถ้วนหน้า และส่วนใหญ่ไม่มีการจ่าย ณ จุดรับบริการ (regionally organized, 20 regions, provides UHC, largely free of charge at point of delivery)</p> | <p>- มีชุดสิทธิประโยชน์หลักที่เหมือนกันในทุกภูมิภาค กำหนดในระดับประเทศ โดยกระทรวงสาธารณสุข (core benefit package of health services guaranteed across the country, defined by MOH, National level)<br/>- มีการร่วมจ่ายค่าห้องพิเศษ ทำฟัน บริการที่บ้าน การแพทย์ทางเลือก และค่าบริการ (user charges) ซึ่งมักมีการทำประกันสุขภาพเสริมเพื่อคุ้มครองบริการที่ต้องร่วมจ่าย (private room, dental care, home care, alternative medicine, and user charges, copayment complimented by voluntary health insurance)</p> |

| ประเทศ           | ระบบประกันสุขภาพ  | ชุดสิทธิประโยชน์ (Benefit package)   |
|------------------|---|--|
| Korea            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ระบบประกันสังคม Social Health Insurance (SHI) บริหารจัดการโดย National Health Insurance Service (NHIS), ครอบคลุมถ้วนหน้า (provide universal coverage</li> <li>- เดิมแบ่งเป็น 3 กองทุน ต่อมาในปี 2000 รวมเป็นกองทุนเดียวและจ่ายสมทบรูปแบบเดียวกัน (3 Schemes &gt;&gt; in 2000 merged to single payer, uniform contribution schedule)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีชุดสิทธิประโยชน์เดียว ครอบคลุมบริการสุขภาพส่วนใหญ่ รวมทั้งการตรวจสุขภาพและการตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง (single benefits package, most health care services, including medical check-ups and cancer screening)</li> <li>- มีการร่วมจ่ายค่อนข้างสูงโดยเปรียบเทียบ คือ บริการผู้ป่วยใน ร่วมจ่าย 20% ส่วนบริการผู้ป่วยนอก ร่วมจ่ายในอัตราต่าง ๆ ตามที่กำหนด โดยมีอัตราลดสำหรับประชาชนกลุ่มเปราะบาง และยกเว้นการร่วมจ่ายสำหรับคนยากจน (relatively high cost-sharing. copayment 20% for IP, differential cost sharing for OP) with discounted rate for vulnerable groups and exempt for the poor)</li> <li>- ยาและเทคโนโลยีใหม่ๆที่ไม่มีความคุ้มค่าตามประสิทธิผลต้นทุน จะไม่รวมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ (new technology and medicines with uncertain cost effectiveness are excluded)</li> </ul> |
| ไต้หวัน (Taiwan) | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนเดียว (National Health Insurance, single fund)</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีชุดสิทธิประโยชน์เดียว สำหรับทุกคนที่อาศัยอยู่ในไต้หวัน (Single benefit package for all residents)</li> <li>- คุ้มครองบริการรอบด้าน การเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และคลอดบุตร ครอบคลุมทั้งการป้องกันโรค บริการปฐมภูมิ</li> </ul>  |

| ประเทศ            | ระบบประกันสุขภาพ   | ชุดสิทธิประโยชน์ (Benefit package)  |
|-------------------|--|---|
|                   |  | <p>การแพทย์เฉพาะทาง การรักษาใน รพ. และบริการจิตเวช</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการร่วมจ่าย (Copayment) ค่าแพทย์ เมื่อไปรับบริการผู้ป่วยนอกและการจ่ายยา</li> <li>- มีการทำประกันเสริม (Coinsurance) สำหรับการนอน รพ. (hospital stays, Inpatient)</li> </ul>   |
| เยอรมัน (Germany) | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ระบบประกันสังคม (ครอบคลุมประชาชน 88% ประกอบด้วยผู้ที่ถูกจ้างงาน รวมถึงกลุ่มอื่น ๆ เช่น ผู้ต้องขัง ภายใต้อายุ 110 กองทุนย่อย (SHI (88% of pop under 110 sickness funds, these for all employed citizen and other groups e.g. prisoners)</li> <li>- ระบบประกันเอกชน ครอบคลุมประชากรที่เหลือ ประกอบด้วยผู้ที่มีรายได้สูง และข้าราชการ (private insurance (higher income earners and civil servants)</li> <li>- โครงการประกันสุขภาพเฉพาะกลุ่มทหาร ตำรวจ เจ้าหน้าที่รัฐ (Military, police, other public-sector employees covered under small program (separated from SHI)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ชุดสิทธิประโยชน์กว้างขวางตามที่กำหนดในกฎหมาย โดยต้องร่วมจ่ายบริการบางอย่าง เช่น ทำฟัน ค่าห้องพิเศษ (Broad framework for SHI benefit package defined by law, minor benefits not covered by SHI, including some copayments (like for dental care) and private hospital rooms)</li> <li>- ชุดสิทธิประโยชน์ของประกันเอกชน ครอบคลุมรอบด้านกว่า</li> <li>- การจ่ายค่าบริการ ใช้หลักการจ่ายตามที่เรียกเก็บ (Fee-for-service) (private benefit package may be more extensive; Provider payment: FFS basis (but private tariffs are usually higher than the tariffs in the SHI fee schedule)</li> </ul> |
| ญี่ปุ่น (Japan)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ประกอบด้วย 3 ระบบหลัก 3,000 กองทุนย่อย (3 insurance schemes, divided to 3,000 health insurance funds)</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ชุดสิทธิประโยชน์ครอบคลุมบริการที่จำเป็น เหมือนกันทุกระบบ รวมถึงบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน บริการจิตเวช ค่ายา บริการที่บ้าน และทำฟัน</li> </ul>   |

| ประเทศ | ระบบประกันสุขภาพ | ชุดสิทธิประโยชน์ (Benefit package)  |
|--------|------------------|---|
|        |                  | <p>(Benefit packages are essentially the same including hospital care, outpatient care, mental health care, prescription drugs, home health care, and dental care)</p> <p>- บางกองทุน ครอบคลุมบริการเสริมสุขภาพป้องกันโรคเพิ่มเติม (some packages offer preventive or health promotion add-ons)</p> <p>- การจ่ายค่าบริการ เป็นการจ่ายตามรายการบริการและราคาที่กำหนด (Fee schedule) ร่วมกับการจ่ายร่วมตามการวินิจฉัย (Diagnosis Procedure Combination) (Provider payment: FFS and DPC Diagnosis Procedure Combination)</p> |

## 2. ประสิทธิภาพและบริการเพิ่มแบบคุณค่า (Efficiency & Value-based healthcare)

ในระบบหลักประกันสุขภาพ

| ระบบ         | ตัวอย่าง   | ประเทศ   |
|--------------|--|--|
| ระบบสนับสนุน | การจัดซื้อ การต่อรองราคาร่วม และราคากลางมาตรฐาน  | จีน ญี่ปุ่น ยุโรป USA  |
|              | ระบบ Health Technology Assessment ที่อิสระจากผู้จัดบริการ  | ยุโรป ออสเตรเลีย แคนาดา  |
|              | การกำหนดให้ใช้บัญชียาหลักแห่งชาติ (National Essential Drug List : NEDL) , ยาชื่อสามัญ (Generic drug) | กลุ่มประเทศรายได้สูง : นิวซีแลนด์ ออสเตรเลีย สก๊อตแลนด์ อังกฤษ<br>แคนาดาซาอุดีอาระเบีย<br>กลุ่มประเทศรายได้ปานกลางและต่ำ : บังคลาเทศ มาเลเซีย อินเดีย บราซิล |
|              | บริการผ่าตัดข้อสะโพก   | สวีเดน   |
|              | บริการโรคหัวใจ   | อเมริกา  |



| ระบบ                | ตัวอย่าง  | ประเทศ  |
|---------------------|---|---|
| บริการสุขภาพ (VBHC) | ระบบบันทึกข้อมูลสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ Electronic Health Record: EHR เพื่อวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพ และค่าใช้จ่าย | เยอรมัน เกาหลี สวีเดน อังกฤษ ญี่ปุ่น สิงคโปร์ |
|                     | การวัดผลลัพธ์คุณภาพ (Quality outcome framework : QOF)   | อังกฤษ  |

### 3. การคุ้มครองหลักประกันสุขภาพของคนต่างชาติและแหล่งเงินสมทบ (National Health Insurance for Foreigners and source of funds)

| ประเทศ                           | คนต่างชาติ   | ระบบหลักประกันสุขภาพ  | แหล่งเงิน / การจ่ายสมทบ  | บริหารจัดการ                      |
|----------------------------------|--|---|--|-----------------------------------|
| สหราชอาณาจักร (UK) <sup>31</sup> | ต่างชาติ (Foreigners) เข้าเมืองถูกกฎหมายทุกคน ที่อยู่ใน UK มากกว่า 6 เดือน ต้องลงทะเบียน NHS   | National Health Service (NHS) ระบบเดียวสำหรับทุกคนที่อาศัยในประเทศ (for all residents)        | ภาษีทั่วไป<br>Taxation based   | กองทุนเดียว                       |
| อิตาลี (Italy) <sup>32</sup>     | ผู้อพยพทั้งถูกกฎหมายและอยู่ระหว่างรออนุญาต (immigrants) (both legal and temporarily undocumented) มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขเช่นเดียวกับคนอิตาลี (กำหนดในกฎหมาย) | - ระบบสุขภาพแห่งชาติ บริหารโดย 20 ภูมิภาค (National Health Service x 20 regionally organized) | - งบรัฐบาล + กองทุนจากภายนอกประเทศ (Minimal external funding) จากองค์กรความร่วมมือหรือเงินบริจาค ซึ่งใช้สำหรับจัดบริการให้กับคนอพยพที่ยังไม่มีเอกสารรับรอง (undocumented immigrants) | แต่ละภูมิภาค (Individual regions) |

<sup>31</sup> United Kingdom Health system review. Health Systems in Transition. Vol. 17 No. 5 2015

<sup>32</sup> Italy Health system review. Health Systems in Transition Vol. 16 No. 4 2014

| ประเทศ                                | คนต่างชาติ  | ระบบหลักประกันสุขภาพ  | แหล่งเงิน / การจ่ายสมทบ   | บริหารจัดการ              |
|---------------------------------------|---|---|---|---------------------------|
| เกาหลีใต้ (South Korea) <sup>33</sup> | foreigners residing in South Korea for six months or longer are obligated to enroll in the country's health insurance program.  | National Health Insurance Service (NHIS) (Social health insurance)  | จ่ายสมทบ 110,000 won per month<br>จ่ายสมทบ 113,500 won/month ถ้ารวมการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ (LTC for elderly) | กองทุนเดียว (Single fund) |
| ไต้หวัน (Taiwan) <sup>34</sup>        | คนต่างชาติ (Foreigners) เข้าเมืองถูกกฎหมายทุกคนที่อยู่ไต้หวันมากกว่า 6 เดือนต้องลงทะเบียน NHI   | National Health Insurance (NHI) ระบบเดียว   | จ่ายเบี้ยประกันสมทบตามฐานเงินเดือน (Payroll based premium)  | กองทุนเดียว (Single fund) |
| France                                | คนเข้าเมืองที่ผิดกฎหมาย ไม่มีเอกสารรับรอง (Illegal/immigration, no document immigration) ต้องมาลงทะเบียนจะใช้ได้ 1 ปี และตรงเงื่อนไข เช่น อยู่ฝรั่งเศสมากกว่า 3 เดือน มีที่อยู่ถาวร สามารถแสดงตนได้, มีรายได้ไม่เกิน 634 euro | ระบบช่วยเหลือด้านการแพทย์ AME (State Medical aids)  | เงินจากรัฐทั้งหมด (Fully State fund)  | กองทุนเดียว (Single fund) |
| แคนาดา                                | ครอบคลุมทุกคนที่มีถิ่นอาศัยถาวรในประเทศแคนาดา   | 1) Public service (medicare) ครอบคลุมการวินิจฉัย OP IP<br>2) ร่วมจ่ายสำหรับยา บริการที่บ้าน LTC และจิตเวช | taxation  | Single player system      |

<sup>33</sup> Korea carries out new plan to end 'healthcare dine and dash' by foreigners. Korea Biomedical Review, 2019. <http://www.koreabiomed.com/news/articleView.html?>

<sup>34</sup> Roosa Tikkanen et al. 2020. Taiwan: Common Wealth Fund. International health care system profile. June 5, 2020

| ประเทศ   | คนต่างชาติ   | ระบบหลักประกันสุขภาพ   | แหล่งเงิน / การจ่ายสมทบ     | บริหารจัดการ                 |
|----------|--|--|-----------------------------|------------------------------|
|          |  | 3. ไม่ครอบคลุมบริการทันตกรรม สายตา ยาทางเลือก กายภาพ ผู้ป่วยนอก                                    |                             |                              |
| ฟินแลนด์ | - ประเทศสมาชิก EU ด้วยกัน สามารถใช้ NHI ฟินแลนด์ได้<br>- บริการฉุกเฉินฟรี หากลงทะเบียนในถิ่นที่พักอาศัยต้องขึ้นทะเบียน และจ่ายค่าธรรมเนียมเหมือนคนฟินแลนด์ | กระจายอำนาจให้ท้องถิ่นบริหารจัดการสุขภาพด้วยตัวเอง โดยใช้ Resident fee Contribution จาก income tax | Contribution จาก Income tax | แต่ละท้องถิ่นบริหารจัดการเอง |

#### สรุปข้อเสนอจากการศึกษาและทบทวนประสบการณ์จากต่างประเทศ

- 1) รัฐต้องทำให้การจ่ายค่าบริการโดยที่ประชาชนต้องควักกระเป๋าจ่ายเอง ณ จุดรับบริการ (Out - Of - Pocket : OOP) ลดลง จึงจะช่วยลดอุปสรรคในการเข้ารับบริการและลดความเหลื่อมล้ำระหว่างคนกลุ่มต่าง ๆ รวมทั้งลดการล้มละลายหรือกลายเป็นครัวเรือนยากจนจากภาระค่าใช้จ่ายเมื่อเจ็บป่วยได้
- 2) การจ่ายเพื่อสุขภาพเป็นการลงทุนด้านเศรษฐกิจอย่างหนึ่ง และประเทศไทยยังมีความสามารถในการลงทุนด้านสุขภาพได้เพิ่มขึ้น
- 3) การเพิ่มแหล่งเงินด้านสุขภาพ “ก่อนป่วย” เป็นช่องทางสร้างความยั่งยืนอย่างหนึ่ง
- 4) การบริหารระบบหลักประกันสุขภาพโดย “กองทุนเดียว” ช่วยสร้างความเป็นธรรมและเพิ่มประสิทธิภาพได้ และการมีกองทุนเดียวหรือหลายกองทุน ต้องมีสิทธิประโยชน์และกลไกการจ่ายเงินแบบเดียวกัน
- 5) ระบบสุขภาพ ต้องมีการเพิ่มประสิทธิภาพเสมอ เช่น การซื้อบริการ/การบริหารงบประมาณอย่างมีกลยุทธ์, การจัดซื้อยาารวม, การจัดบริการแบบเน้นคุณค่า (Value based health care)
- 6) คนต่างชาติที่เข้ามาในประเทศไทยต้องทำให้ถูกกฎหมาย และกำหนดให้มีการร่วมจ่ายก่อนป่วย รวมทั้งกำหนดให้ใช้ระบบบริการเดียวกันกับคนในประเทศ

## บทที่ 5

### บทสรุปและข้อเสนอแนะ

คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้พิจารณาศึกษาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยและการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันและความท้าทายต่าง ๆ ของไทย การทบทวนภารกิจตามรัฐธรรมนูญ แห่งราชอาณาจักรไทย ยุทธศาสตร์ชาติ แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข รวมทั้งทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศต่าง ๆ

**ข้อค้นพบที่สำคัญเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน ดังนี้**

1. การลงทุนด้านสุขภาพมีความคุ้มค่า เพราะทำให้การตายที่ไม่จำเป็นลดลง ส่งผลต่อการเติบโตทางเศรษฐกิจได้ถึงร้อยละ 11

2. การที่รัฐเข้ามารับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศ ส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะการตายของมารดาและทารกซึ่งเป็นดัชนีชี้วัดที่ใช้ในระดับสากล และพบว่า การเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐทำให้การตายของเด็กทารก (neonatal mortality) ลดลง สำหรับประเทศไทย พบว่า อัตราการตายของมารดาลดลงจาก 25 ต่อทารกเกิดมีชีพ 100,000 ราย ในปี 2543 เป็น 20 ในปี 2558 และอัตราการตายของทารกแรกเกิดและเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ลดลงจาก 12.1 และ 21.8 ต่อทารกเกิดมีชีพ 1,000 คน ในปี 2543 เป็น 5.3 และ 9.5 ในปี 2560

3. การศึกษาด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข พบว่า ประเทศที่มีความมั่งคั่งขึ้นรัฐจะจัดสรรงบประมาณไปสู่ระบบสุขภาพมากขึ้น กล่าวคือ ประเทศที่มีการเติบโตทางเศรษฐกิจสูงขึ้นซึ่งดูจากผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศต่อประชากร มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่รัฐจัดให้กับประชาชน

4. การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นกลไกสำคัญในการลดความเหลื่อมล้ำในสังคม สหประชาชาติได้กำหนดให้เป็นเป้าหมายเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน และทุกประเทศทั่วโลกได้ให้คำมั่นสัญญาในการทำให้ประเทศตนเองบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก่อนปี ค.ศ. 2030

5. ภายใต้การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของทุกประเทศ รัฐบาลต้องพยายามทำให้ภาระค่ารักษาพยาบาลของประชาชนเมื่อไปรับบริการ ณ จุดบริการ น้อยกว่าร้อยละ 15 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดของประเทศ เพื่อลดการล้มละลายจากการเจ็บป่วยและความยากจนจากค่ารักษาพยาบาลของครัวเรือนให้อยู่ในระดับที่พอรับได้ รวมทั้งช่วยลดความเหลื่อมล้ำด้านสาธารณสุข

6. เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของสหประชาชาติ ข้อ 3.8.1 และ 3.8.2 เป็นเป้าหมายด้านหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้โดยไม่มีอุปสรรค และครัวเรือนไม่ล้มละลายและไม่ยากจนจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งประเทศไทยเป็นประเทศกำลังพัฒนาที่ผลลัพธ์การพัฒนาที่ยั่งยืนของสหประชาชาติด้านหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อยู่ในระดับเทียบเท่ากับประเทศพัฒนาชั้นนำของโลก

7. อย่างไรก็ตาม หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทยยังมีความท้าทายสำคัญ 3 ประการ คือ (1) มีคนต่างด้าวจำนวนมากที่เข้าประเทศไทยแบบผิดกฎหมายและไม่มีหลักประกันสุขภาพ หรือแม้จะเข้ามาอย่างถูกกฎหมายบางส่วนก็ยังไม่ไม่มีหลักประกันสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย (2) สำหรับคนไทย ยังมีบางส่วนของที่ตกหล่นจากการได้รับสิทธิ เนื่องจากปัญหาสถานะทางทะเบียนหรือรอพิสูจน์สิทธิ และ (3) การมีระบบหลักประกันสุขภาพรัฐหลายระบบ (หลายกองทุน) ที่แต่ละระบบมีกลไกการบริหารและการจัดสรรงบประมาณที่ต่างกัน นำมาซึ่งข้อโต้แย้งในสังคมที่ว่า โรคเดียวกันรักษาเหมือนกันแต่ค่าบริการที่รัฐต้องจ่ายกลับไม่เท่ากัน

8. ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศพัฒนาแล้วที่ได้รับการจัดอันดับต้น ๆ ของโลก พบคุณลักษณะที่สำคัญดังนี้

8.1 รัฐจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับทุกคนที่อาศัยอยู่ในประเทศ ทั้งประชาชนของประเทศตนเองและคนต่างด้าว

8.3 ระบบบริหารจัดการเป็นระบบเดียว ทั้งสิทธิประโยชน์หลักและรูปแบบการจ่ายชดเชยค่าบริการ

8.3 การจ่ายเงินสมทบก่อนป่วย เป็นระบบหลัก

8.4 การเพิ่มประสิทธิภาพของระบบสุขภาพถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวาง เช่น การต่อรองราคา การประเมินความคุ้มค่าของเทคโนโลยี เป็นต้น

9. ระบบสุขภาพและระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ดี ต้องมีกลไกในการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบอย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างความยั่งยืน

10. องค์การอนามัยโลก พบว่าปัจจัย 10 ประการที่ทำให้ระบบสุขภาพและระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ (1) การใช้จ่ายไม่สมเหตุผล (2) การไม่ใช้จ่ายซื้อสามัญหรือตั้งราคาแพงเกินไป (3) การใช้จ่ายด้วยคุณภาพหรือยาปลอม (4) การให้บริการที่เกินจำเป็น (5) การจัดการกำลังคนด้านสุขภาพไม่เหมาะสม (6) การนอนโรงพยาบาลนานเกินไป (7) ขนาดโรงพยาบาลไม่เหมาะสม (8) คุณภาพบริการต่ำกว่ามาตรฐานหรือมีความผิดพลาดทางการแพทย์ (9) การรั่วไหล ทุจริตและคอร์รัปชัน และ (10) ไม่มีการประเมินความคุ้มค่าของเทคโนโลยีหรือบริการทางการแพทย์

11. ในประเทศไทย มีการศึกษาพบว่าสามารถประหยัดงบประมาณได้ปีละประมาณ 5,000 ล้านบาท หากมีการปรับประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ

12. การเพิ่มคุณค่าของระบบสุขภาพ (value based healthcare) เป็นแนวทางหนึ่งของการเพิ่มประสิทธิภาพ สำหรับประเทศไทย มีบทเรียนการเพิ่มประสิทธิภาพที่หลากหลาย เช่น การจ่ายค่าบริการอย่างมีกลยุทธ์ (strategic purchasing) การจัดซื้อยารวม (central bargaining and procurement) บริการเบ็ดเสร็จในจุดเดียว (one stop service) บริการสุขภาพในชุมชนหรือที่บ้าน (community / home healthcare) บริการที่ลดวันนอน (one day surgery/ minimally invasive surgery) การมีแพทย์ประจำครอบครัว (family medicine) ซึ่งเป็นการจัดการเพื่อใช้ทรัพยากรสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ

13. ประเทศไทยยังมีพื้นที่ทางการคลัง (fiscal space) ที่สามารถลงทุนในด้านสุขภาพเพิ่มได้ ซึ่งในระดับสากลมีข้อเสนอแนะว่า

13.1 ประเทศควรลงทุนในค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 5 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ ซึ่งในปี 2561 ค่าใช้จ่ายสุขภาพภาพรวมของประเทศไทยคิดเป็นร้อยละ 4.2 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ

13.2 งบประมาณรัฐที่จัดสรรเป็นค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพไม่เกินร้อยละ 20 ของงบประมาณทั้งหมด ซึ่งในปี 2561 รัฐบาลไทยจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพร้อยละ 15.3 ของงบประมาณภาพรวมทั้งหมด

14. การมีกองทุนเดี่ยวหรือหลายกองทุนยังไม่มีข้อพิสูจน์ที่ชัดเจนว่าระบบใดดีกว่า แต่ไม่ว่าจะมีกองทุนเดี่ยวหรือหลายกองทุนควรมีสิทธิประโยชน์และกลไกการเงินการคลังที่มีลักษณะเดียวกัน เพื่อไม่ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำของระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ

15. การเพิ่มแหล่งเงินด้านสุขภาพเพื่อสร้างความยั่งยืนของระบบ ควรเน้นแหล่งเงินสมทบก่อนป่วยจากประชาชนก่อนป่วยโดยใช้กลไกประกันสุขภาพ หรือการเก็บภาษีหรือกิจกรรมของผู้มีรายได้สูง และควรหลีกเลี่ยงการที่ประชาชนต้องจ่ายค่าบริการ ณ จุดบริการ เนื่องจากจะทำให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายที่นำไปสู่การล้มละลายจากการเจ็บป่วยและการกลายเป็นครัวเรือนยากจนจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้

### ข้อเสนอเชิงนโยบาย

เพื่อให้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทยบรรลุการพัฒนาที่ยั่งยืนด้านการเงินการคลัง มีข้อเสนอ ดังนี้

#### 1. ยุทธศาสตร์การบูรณาการและความยั่งยืนด้านการเงินการคลัง โดยดำเนินการดังนี้

1.1 ให้มีชุดสิทธิประโยชน์หลักที่ครอบคลุมบริการสาธารณสุขที่จำเป็นและเบิกจ่ายรูปแบบเดียวกัน สำหรับระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบ

1.2 เน้นการจัดการเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นประเด็นหลัก โดยบูรณาการงบประมาณด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของหน่วยงานต่าง ๆ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และหน่วยงานอื่น ๆ (ถ้ามี) และเน้นการทำงานเชิงรุกใน 4 ประเด็น ได้แก่ (1) การพัฒนาสิทธิประโยชน์ใหม่ ๆ (2) การออกแบบระบบบริการรองรับ (3) การออกแบบการจัดสรรงบประมาณแบบใหม่ และ (4) การจัดระบบติดตามการเข้าถึงบริการ

1.3 การจ่ายชดเชยค่าบริการต้องจัดการอย่างมีกลยุทธ์ เช่น (1) มีการประเมินความคุ้มค่าตามประสิทธิผลต้นทุน (2) ขยายการให้บริการโดยแพทย์ประจำครอบครัว รวมทั้งการรักษาพยาบาลและการบริบาลในชุมชนตามความเหมาะสม เช่น การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ (3) จัดระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพเพื่อรองรับวิกฤติโรคอุบัติใหม่หรือภัยธรรมชาติ

1.4 การเพิ่มแหล่งเงินโดยเน้นการจ่ายก่อนป่วยและคำนึงถึงความเป็นธรรม ดังนี้ (1) เพิ่มเพดานเงินสมทบของผู้ประกันตนที่มีเงินเดือนสูง (2) จัดเก็บเบี้ยประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าว (3) จัดการระบบภาษี เช่น ภาษีสินค้าทำลายสุขภาพ ภาษีจากผู้มีฐานะ เพื่อใช้เป็นค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

1.5 ปรับระบบเพื่อให้กองทุนต่างๆที่เกี่ยวข้องกับหลักประกันสุขภาพภาครัฐ มีการบริหารจัดการไปในทิศทางที่สอดคล้องกันและสนับสนุนซึ่งกันและกัน โดยพิจารณาขอบข่ายหน่วยงานที่มีการกิจโดยตรงตามกฎหมายและมีประสบการณ์ในการบริหารจัดการกองทุน เช่น สปสช. เป็นเจ้าภาพหลัก

1.6 ให้มีการบูรณาการระบบข้อมูลของหน่วยงานต่างๆอย่างจริงจัง โดยกำหนดภารกิจด้านสาธารณสุขเป็นหลัก เพื่อให้การบูรณาการระบบหลักประกันสุขภาพดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.7 ในระยะยาว เสนอให้มีการเก็บภาษีสุขภาพสำหรับคนไทยทุกคน และรวมกองทุนประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบเป็นระบบเดียว (Single fund) ทั้งสำหรับคนไทยและคนต่างด้าวที่เดินทางเข้าประเทศไทยทุกคน เพื่อให้มีเอกภาพ โดยมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

## 2. ยกระดับระบบหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมทุกคน รวมทั้งคนไทยที่มีปัญหาสถานะทางทะเบียนและสิทธิ และคนต่างด้าว โดยดำเนินการดังนี้

2.1 กรณีคนไทย: บูรณาการการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐเป็นระบบเดียวกันให้เกิดเป็นรูปธรรมอย่างแท้จริง โดยใช้กลไกที่มีอยู่แล้ว คือพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ตามมาตรา 9 (สวัสดิการข้าราชการ) มาตรา 10 (กองทุนประกันสังคม) มาตรา 11 (กองทุนเงินทดแทน) และ มาตรา 12 (ผู้ประสบภัยจากรถ) รวมทั้งการดูแลคนไทยที่มีปัญหาสถานะทางทะเบียนและสิทธิ ได้แก่ ผู้ที่ตกหล่นทางทะเบียนทำให้ไม่มีเลข 13 หลัก และผู้ที่มีเลข 13 หลักแต่อยู่ระหว่างพิสูจน์ตัวบุคคล ให้มีหลักประกันสุขภาพเช่นเดียวกับคนไทยโดยการบริหารจัดการของ สปสช.

### 2.2 กรณีคนต่างด้าว :

- 1) การเข้าประเทศ ต้องมีกลไกและกระบวนการที่ทำให้เป็นการเข้าเมืองตามกฎหมาย
- 2) ทุกคนต้องมีประกันสุขภาพเมื่อเข้ามาในประเทศ โดยใช้กลไกหลักประกันสุขภาพภาครัฐเป็นหลักและระบบเดียวกับคนไทยเพื่อประสิทธิภาพการบริหารจัดการ
- 3) ทุกคนต้องมีการร่วมจ่ายก่อนป่วยเพื่อให้ได้สิทธิประกันสุขภาพภาคบังคับ โดยจ่ายผ่านระบบภาษี การจ่ายสมทบ (contribution) หรือการซื้อประกันสุขภาพ ด้วยอัตราและวิธีการที่เหมาะสม สะดวก และเป็นธรรม
- 4) สำหรับกลุ่มคนต่างด้าวที่ยังไม่สามารถเข้าถึงระบบประกันสุขภาพให้ใช้ระบบหลักประกันสุขภาพที่บริหารจัดการโดย สปสช. โดยจ่ายค่าบัตรประกันสุขภาพตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดและใช้หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งได้รับการจัดสรรงบประมาณเช่นเดียวกับคนไทย
- 5) ในระยะยาว ประเทศไทยควรปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพของรัฐ ให้เป็นการจัดการระบบเดียว (unification) โดยหน่วยงานที่สามารถบูรณาการการบริหารจัดการทั้งระบบได้ โดยไม่ต้องตั้งหน่วยงานใหม่ ซึ่งรวมกองทุนประกันสุขภาพทุกระบบทั้งสำหรับคนไทยและคนต่างด้าวให้เป็นหนึ่งเดียว มีเอกภาพ จัดการง่าย มีประสิทธิภาพ ทุกคนได้รับบริการที่จำเป็นอย่างเท่าเทียมกัน และลดความเหลื่อมล้ำของระบบเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน

3. พัฒนาการจัดบริการสุขภาพแบบเพิ่มคุณค่า (value based healthcare) เพื่อให้ระบบสุขภาพของไทยมีประสิทธิภาพและมีความยั่งยืน โดยดำเนินการดังนี้

3.1 สนับสนุนให้มีการนำร่องการจัดบริการแบบเพิ่มคุณค่าในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ตามที่ได้มีการหารือกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุข สปสช. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยแต่ละหน่วยงานมีบทบาท ดังนี้

1) กระทรวงสาธารณสุข ในฐานะผู้ควบคุมกำกับดูแลระบบสาธารณสุข (health regulator) ทำหน้าที่กำหนดเกณฑ์การจัดบริการแบบเพิ่มคุณค่าและกำกับดูแลคุณภาพมาตรฐานบริการ

2) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กรมบัญชีกลาง และสำนักงานประกันสังคม ในฐานะหน่วยงานบริหารจัดการกองทุนประกันสุขภาพ ทำหน้าที่สนับสนุนงบประมาณและระบบการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการตามคุณค่า (value based payment)

3) กรุงเทพมหานครและหน่วยบริการทุกสังกัด ในฐานะผู้ให้บริการและรับผิดชอบดูแลประชาชนในพื้นที่ ทำหน้าที่จัดระบบบริการแบบเพิ่มคุณค่าให้เพียงพอกับประชาชนในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

4) สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) รับผิดชอบการกำกับติดตามมาตรฐานของหน่วยบริการนำร่องและคุณค่าที่ผู้รับบริการได้รับจากบริการที่เกิดขึ้น

5) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) รับผิดชอบการประเมินประสิทธิผลและความเป็นไปได้ของระบบบริการแบบเพิ่มคุณค่า (valued base healthcare) รวมทั้งผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นต่อประชาชน ระบบสาธารณสุข รัฐบาล และปัญหาอุปสรรคหรือข้อจำกัด รวมทั้งจัดทำข้อเสนอเพื่อขยายผลการดำเนินการต่อไป

3.2 ขยายผลการจัดบริการแบบเพิ่มคุณค่าอย่างเหมาะสมตามข้อเสนอจากการประเมินผลการนำร่อง เพื่อวางระบบอย่างยั่งยืนต่อไป





## บรรณานุกรม

- Achieving Universal Coverage in Thailand: What lessons do we learn?, 2007
- The World Health Report 2010, Health System Financing: The path to universal coverage, 2010
- Catastrophic and poverty impacts of health payments: results from national household surveys in Thailand, in Bulletin of the World Health Organization, 2007
- Thailand's Universal Coverage Scheme: Achievement and Challenges: An independent assessment of the first 10 years (2001-2010) Synthesis report, 2012
- Why has the Universal Coverage Scheme in Thailand achieved a pro-poor public subsidy for health care? In BMC Public Health, 2012
- Thailand's Universal Health Coverage Scheme, in Economic and Political Weekly, 2012
- NHSO Annual Report, 2015
- The Kingdom of Thailand Health System Review: Health system in transition, 2015
- How strong is the social health insurance effect on out-of-pocket expenditure?: evidence from Thailand, Thailand Development Research Institute (TDRI) Quarterly Review, 2016
- Financial Protection in the South-East Asia Region: determinants and policy implications, working paper prepared by WHO/SEARO, 2017
- Health Financing Profile Thailand, 2017
- Political and policy lessons from Thailand's UHC experiences, 2017
- Health systems development in Thailand: a solid platform for successful implementation of universal health coverage, 2018
- Price setting and price regulation in health care: Lessons for advancing universal health coverage, 2019
- The political economy of UHC reform in Thailand: Lessons for Low- and Middle-income countries, 2019
- Political Declaration of the High-level meeting on Universal Health Coverage "Universal Health Coverage: moving together to build a healthier world", UNGA, 2019 [English version]
- Political Declaration of the High-level meeting on Universal Health Coverage "Universal Health Coverage: moving together to build a healthier world", UNGA, 2019 [Thai version]
- Okayama Declaration of the G20 Health Ministers, 2019

National Health Financing for Sustainable Universal Health Coverage: Goals, Indicators, and Targets, 2016 [English version]

National Health Financing for Sustainable Universal Health Coverage: Goals, Indicators, and Targets, 2016 [Thai version]

แนวทางการปฏิรูปประเทศไทย : ข้อเสนอต่อพรรคการเมืองและผู้มีสิทธิเลือกตั้ง โดยคณะกรรมการปฏิรูป (คปร.), 2554

การปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข, 2560 - 2561

ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561 - 2580

สรุปสาระสำคัญแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561 - 2580

แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข พ.ศ. 2560 - 2579 ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 พ.ศ. 2561

แผนแม่บทบูรณาการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ ระยะต้น พ.ศ. 2561 - 2564 ระยะปานกลาง/ระยะยาว พ.ศ. 2565 - 2579

พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553

พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2555 (ฉบับที่ 2)

สรุปสาระสำคัญแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560 - 2564

รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2561

รายงานประจำปี 2560 สำนักงานประกันสังคม

Universal health coverage (UHC) WHO website on 24 January 2019

Dean T Jamison\*, Lawrence H Summers\*, George Alleyne. et al. Global health 2035 : a world converging within a generation

Political declaration of the high-level meeting on universal health coverage, Resolution adopted by the General Assembly on 10 October 2019

Ke Xu, David B. Evans, Guy Carrin and Ana Mylena Aguilar-Rivera DESIGNING HEALTH FINANCING SYSTEMS TO REDUCE CATASTROPHIC HEALTH EXPENDITURE WHO 2005

Health spending, Macroeconomics and fiscal space in countries of the World Health Organization South East Asia Region 2014

Global health 2035: a world converging within a generation, Lancet 2013

ข้อเสนอการคลังสุขภาพเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพฯ SAFE โดยคณะกรรมการจัดทำแนวทางการระดมทรัพยากรเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

Health financing profile

Resource tool on alcohol taxation and pricing policies / Bundit Sornpaisarn, Kevin D. Shield, Esa Österberg, Jürgen Rehm, WHO 2017

Earmarking for health: from theory to practice / Cheryl Cashin, Susan Sparkes and Danielle Bloom (Health Financing Working Paper No. 5) WHO 2017

Japan Health Insurance System in JHPN (Japan Health Policy Now)

The Commonwealth Fund. INTERNATIONAL HEALTH CARE SYSTEM PROFILES: GERMANY

P. Petrou a\*, G. Samoutis b, C. Lionis c . Single-payer or a multipayer health system: a systematic literature review 2018

Price setting and price regulation in health care. WHO/OECD 2019

FOCUS ON BETTER WAYS TO PAY FOR HEALTH CARE © OECD 2016

Strategic Purchasing in Practice: Comparing Ten European Countries, Health policy 2018

PROVIDER PAYMENTS AND COST-CONTAINMENT : LESSONS FROM OECD COUNTRIES ,WHO 2007

FINANCING AND PAYMENT MODELS FOR PRIMARY HEALTH CARE .SIX LESSONS FROM JLN

COUNTRY IMPLEMENTATION EXPERIENCE, Joint Learning Network for Universal Health Coverage (JLN) 2017

Bundled Payments for Diabetes Care and Healthcare Costs Growth: A 2-Year Follow-up Study.

Health Systems in Transition United Kingdom Health system review Vol. 17 No. 5 2015

Health Systems in Transition Italy Health system review Vol. 16 No. 4 2014

Health Systems in Transition Republic of Korea Health system review Vol. 5 No. 4 2015

Health Systems in Transition Finland review Vol. 21 No. 2 2019

Foreign patients' treatment in Finland ; <https://www.eu-healthcare.fi/for-health-care-professionals/patients-coming-from-abroad/>

Health care in Canada ; <https://www.canada.ca/en/immigration-refugees-citizenship/services/new-immigrants/new-life-canada/health-care-card.html>

INTERNATIONAL HEALTH CARE SYSTEM PROFILES Taiwan 2020

Health Systems in Transition Australia Health system review Vol. 8 No. 5 2006

Leapfrog to Value How nations can adopt value-based care on the path to universal health coverage

Value based Health Care เอกสารการนำเสนอของนายแพทย์อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, พศจิกายน 2562

Value-based healthcare: A global assessment A report from The Economist Intelligence Unit 2016

การพัฒนากลไกการจ่ายเพื่อการดูแลสุขภาพแบบมุ่งเน้นคุณค่า (Value Based Healthcar สำหรับการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เอกสารการนำเสนอของรองศาสตราจารย์ นายแพทย์จิรัฐม์ ศรีรัตนบัลล์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2020

Value in Healthcare (ViHC) Guide for health system transformation initiatives In collaboration with the Boston Consulting Group (BCG) World Economic forum

Muhammad Atif\*, Iram Malik\*, Dalia Dawoud†, Anwar Gilani‡ , Naseer Ahmed‡, Zaheer-Ud-Din Babar Essential Medicine List, Policies, and the World Health Organization 2019

Current State of Value-Based Purchasing Programs HHS Public Access available in PMC 2017 May 31

พระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522

พระราชกำหนดแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522 พ.ศ. 2561

พระราชบัญญัติสัญชาติ พ.ศ.2508

พระราชบัญญัติสัญชาติ (แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2535)

พระราชบัญญัติสัญชาติ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2535

พระราชบัญญัติสัญชาติ (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2551

พระราชบัญญัติสัญชาติ (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2555

พระราชบัญญัติการทะเบียนราษฎร พ.ศ. 2534

พระราชบัญญัติการทะเบียนราษฎร (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551

พระราชบัญญัติการทะเบียนราษฎร (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2562

พระราชกำหนดการบริหารจัดการการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. 2560

พระราชกำหนดการบริหารจัดการการทำงานของคนต่างด้าว (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2561

พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533

พระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2537

พระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2542

พระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2558

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553

มติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 18 มกราคม 2548

(1) มติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2553

(2) มติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 20 เมษายน 2558

(3) มติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2562 แนวทางการทำงานคนต่างด้าว

ภาคผนวก



ภาคผนวก ก  
ปฏิญญาทางการเมืองของการประชุมระดับสูง  
ว่าด้วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



## ปฏิญญาทางการเมืองของการประชุมระดับสูงว่าด้วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ยืนยันว่า สุขภาพเป็นเงื่อนไขเบื้องต้น และเป็นผลลัพธ์ และตัวชี้วัดของมิติด้านสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ของการพัฒนาที่ยั่งยืนและเป็นการแสดงความมุ่งมั่นที่จะบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ค.ศ. 2030 และตระหนักว่า สุขภาพคือการลงทุนในทุนมนุษย์และการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม เพื่อนำไปสู่การสร้างศักยภาพมนุษย์ให้เต็มที่ และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นรากฐานของการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ซึ่งไม่เพียงเกี่ยวข้องกับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี แต่ยังเป็นการจัดความยากจนในทุกรูปแบบและทุกมิติ

ประกาศพันธสัญญาที่จะเพิ่มความพยายามและการดำเนินการ เพื่อเร่งการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของทุกประเทศ ภายในปี ค.ศ. 2030 เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีตลอดช่วงชีวิต โดยทำให้การบริการสุขภาพ รวมทั้ง ยา วัคซีน และเทคโนโลยีสุขภาพที่จำเป็น มีคุณภาพ ปลอดภัย และราคาไม่แพง ครอบคลุมทุกคน และป้องกันความเสี่ยงทางการเงิน และขจัดความยากจนที่เป็นผลมาจากค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ โดยเฉพาะ ผู้ยากไร้ กลุ่มเปราะบาง เช่น

- จัดหาบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ ที่ตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนทุกคนตลอดช่วงชีวิต โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง
- ประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างทั่วถึงในทุกระดับบริการเพื่อป้องกัน วินิจฉัย รักษา และดูแลอย่างทันที่
- ดำเนินนโยบายเพื่อปกป้องสุขภาพของผู้คนและจัดการปัญหาสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และปัจจัยกำหนดสุขภาพอื่น ๆ อย่างครอบคลุม
- ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ส่งเสริมวิถีชีวิตที่กระฉับกระเฉง กิจกรรมทางกาย ส่งเสริมภาวะโภชนาการที่เหมาะสม ปลอดภัย และเพียงพอตามช่วงวัย
- ส่งเสริมอนามัยเจริญพันธุ์ เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและลดการตายและการเจ็บป่วยของมารดา ทารกแรกเกิด ทารก และเด็ก รวมทั้งสตรีในระยะก่อน ระหว่าง และหลังการตั้งครรภ์และคลอดบุตร
- ส่งเสริมผู้สูงอายุที่สุขภาพดี รักษาและยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยเฉพาะความต้องการการดูแลเชิงส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟันฟู และประคับประคอง รวมทั้งการดูแลเฉพาะทาง และการจัดการดูแลระยะยาวที่ยั่งยืน
- เสริมสร้างความเข้มแข็งการเฝ้าระวังทางสาธารณสุขและระบบข้อมูล
- ยกระดับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคพื้นฐาน และขยายความครอบคลุมวัคซีนป้องกันการระบาด การแพร่กระจายและการอุบัติซ้ำของโรคติดต่อและไม่ติดต่อ
- เสริมสร้างความพยายามในการจัดการปัญหาสุขภาพที่สำคัญ และให้เป็นส่วนหนึ่งของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

○ โรคติดต่อ รวมถึงเอชไอวี/เอดส์ วัณโรค มาลาเรีย และ ตับอักเสบ

- โรคไม่ติดต่อ รวมถึงโรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคเบาหวาน
- สุขภาพตาและสุขภาพช่องปาก
- โรคหายาก และโรคเขตร้อนที่ถูกละเลย
- เพิ่มความพยายามที่จะจัดการภาระที่เพิ่มขึ้นของการบาดเจ็บและการตาย รวมถึงที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุจราจรและการจมน้ำ
- ส่งเสริมและยกระดับสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดี ให้เป็นองค์ประกอบสำคัญของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมถึงการป้องกันการฆ่าตัวตาย รวมทั้งการรักษาผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตและสภาวะทางสุขภาพจิตอื่น
- เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับผู้ที่มีความพิการทุกคน กำจัดอุปสรรคทางกายภาพ ทัศนคติ สังคม โครงสร้าง และการเงิน
- ส่งเสริมสถานที่ทำงานให้มีสภาวะที่ดีและปลอดภัยมากขึ้น และยกระดับการเข้าถึงบริการอาชีวอนามัย
- ด้านการเงินการคลังสุขภาพ
  - แสวงหานโยบายการเงินการคลังสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ
  - ร่วมมืออย่างใกล้ชิดระหว่างหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่ด้านการคลังและด้านสุขภาพ เพื่อสนองความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง และกำจัดอุปสรรคทางการเงินเพื่อเข้าถึงบริการสุขภาพ ลดค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายเองซึ่งนำไปสู่ความยากลำบากทางการเงิน โดยเฉพาะผู้ยากไร้ กลุ่มเปราะบางต่างๆ ด้วยการจัดสรรและใช้ทรัพยากรที่ดีขึ้น รวมทั้งจัดสรรงบประมาณอย่างเพียงพอสำหรับบริการปฐมภูมิ
  - ประกันว่าจะมีเป้าหมายการใช้จ่ายที่เหมาะสมของชาติในการลงทุนด้านบริการสาธารณสุขอย่างมีคุณภาพ
  - ทำให้เกิดการใช้จ่ายด้านสุขภาพในระดับท้องถิ่นที่เพียงพอ ในขณะที่ขยายกองทุนกลางของทรัพยากรที่จัดสรรด้านสุขภาพตามเหมาะสม และตระหนักถึงบทบาทการลงทุนภาคเอกชนตามความเหมาะสม
  - ปรับการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพให้เหมาะสม ขยายพื้นที่การคลังให้เพียงพอ และให้ความสำคัญแก่สุขภาพในการใช้จ่ายภาครัฐ โดยมุ่งเน้นหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
  - ส่งเสริมให้ทบทุนรายจ่ายสุขภาพภาครัฐอย่างเหมาะสมตามความจำเป็น โดยเน้นบริการปฐมภูมิเป็นพิเศษ เพื่อประกันความเพียงพอและประสิทธิภาพของการใช้จ่ายด้านสุขภาพของรัฐ ซึ่งเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ คือ การเพิ่มขึ้นร้อยละ 1 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ หรือมากกว่า

- ส่งเสริมและดำเนินนโยบาย มาตรการทางกฎหมายและกฎระเบียบ มาตรการทางการเงินการคลังที่เหมาะสม มาตรการราคาและภาษี
- จัดให้มีการเงินการคลังที่เหมาะสม คาดการณ์ได้ มีหลักฐานเชิงประจักษ์และยั่งยืน
- ด้านระบบและการเข้าถึงบริการ
  - ขยายการให้บริการและให้ความสำคัญกับระบบบริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นเสาหลักของระบบสุขภาพที่ยั่งยืน และเป็นรากฐานในการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมทั้ง เพิ่มประสิทธิภาพระบบการส่งต่อระหว่างบริการระดับปฐมภูมิกับระดับอื่นๆ
  - แสวงหาวิธีการรวมบริการการแพทย์ทางเลือกที่ปลอดภัยและมีหลักฐานเชิงประจักษ์เข้ากับระบบสุขภาพของประเทศและ/หรือท้องถิ่นที่เหมาะสม
  - สร้างและเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพที่มีคุณภาพและมีคนเป็นศูนย์กลาง เพิ่มประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ ยกกระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย
  - ส่งเสริมการกระจายที่เป็นธรรมและเพิ่มการเข้าถึงยาที่จำเป็น มีคุณภาพ ปลอดภัย มีประสิทธิผล ราคาไม่แพง รวมถึงยาสามัญ วัคซีน เทคโนโลยีสุขภาพและการวินิจฉัย
- ด้านวิชาการและหุ้นส่วนความร่วมมือ
  - แสวงหา กระตุ้น และส่งเสริมสิ่งจูงใจแบบใหม่และกลไกการเงินการคลังเพื่อการวิจัย และพัฒนาด้านสุขภาพ รวมถึงความเป็นหุ้นส่วนที่โปร่งใสและเข้มแข็งยิ่งขึ้น ระหว่างภาครัฐ เอกชน ภาควิชาการ
  - เชื่อมต่อกับผู้มีส่วนได้เสียที่เกี่ยวข้อง รวมถึงภาคประชาสังคม เอกชน และวิชาการ ตามที่เหมาะสม สร้างเวทีผู้มีส่วนได้เสียหลายภาคส่วนและความเป็นหุ้นส่วนที่มีส่วนร่วมและโปร่งใส เพื่อให้มีข้อมูลนำเข้าสู่การพัฒนา การดำเนินการ และการประเมินผล
  - เสริมสร้างศักยภาพของหน่วยงานรัฐที่มีอำนาจหน้าที่ระดับชาติ เพื่อปฏิบัติบทบาทของผู้นำเชิงยุทธศาสตร์และการประสานงาน
  - เสริมศักยภาพหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่ในระดับท้องถิ่น ให้เชื่อมต่อกับชุมชนและผู้มีส่วนได้เสียในท้องถิ่น
  - เสริมสร้างความเข้มแข็งของกรอบกฎหมายและกฎระเบียบ และส่งเสริมนโยบายที่สอดคล้องเพื่อบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
  - จัดให้มีผู้นำทางยุทธศาสตร์ในเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระดับสูงสุดทางการเมือง ส่งเสริมนโยบายและการปฏิบัติด้วยวิธีการบูรณาการทั้งรัฐบาลและสุขภาพในทุกนโยบาย

- ด้านบุคลากร
  - ส่งเสริมการสรรหาและคงไว้ซึ่งผู้ทำงานด้านสุขภาพที่มีทักษะและมีความตั้งใจ รวมถึงผู้ทำงานด้านสุขภาพชุมชนและสุขภาพจิต
  - ปกป้องผู้ทำงานด้านสุขภาพจากความรุนแรง การทำร้าย การคุกคาม และการเลือกปฏิบัติทุกรูปแบบ
- ด้านการประเมินนโยบายและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ
  - เสริมสร้างศักยภาพการประเมินนโยบายและเทคโนโลยีสุขภาพ เพื่อตัดสินใจด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ในทุกระดับ
  - ลงทุนและส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีด้านสาธารณสุขที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องและสะดวกต่อผู้ใช้งานอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงเทคโนโลยีดิจิทัลและนวัตกรรมเพื่อเพิ่มการเข้าถึงการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและบริการทางสังคมที่เกี่ยวข้อง
- ด้านระบบข้อมูล
  - เสริมสร้างความเข้มแข็งให้ระบบข้อมูลสุขภาพและการเก็บข้อมูลที่มีคุณภาพทันเวลา และเชื่อถือได้ รวมถึงสถิติชีพ เพื่อติดตามความคืบหน้าและระบุช่องว่างในการบรรลุความสำเร็จของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ข้อ 3 และเป้าหมายอื่นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ
- ทำให้มั่นใจว่าไม่มีใครถูกทิ้งไว้ข้างหลังด้วยความพยายามที่จะเข้าถึงผู้ที่อยู่ท้ายสุดก่อนบนพื้นฐานของเกียรติและศักดิ์ศรีของมนุษย์
- ส่งเสริมวิธีการที่สอดคล้องและครอบคลุมมากขึ้น เพื่อปกป้องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในภาวะฉุกเฉิน รวมถึงด้วยความร่วมมือความร่วมมือระหว่างประเทศที่จะประกันความต่อเนื่องและการจัดให้มีบริการสุขภาพที่จำเป็นและงานด้านสาธารณสุขที่สอดคล้องกับหลักมนุษยธรรม
- ยกระดับระบบเตรียมพร้อมและตอบสนองด้านสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งเสริมสร้างศักยภาพในระดับประเทศ ภูมิภาค และระหว่างประเทศ
- ยกระดับความร่วมมือระหว่างประเทศในการจัดการแก้ปัญหาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ โดยใช้วิธีการสุขภาพหนึ่งเดียวอย่างเป็นระบบและบูรณาการ รวมถึงด้วยการเสริมความเข้มแข็งให้ระบบสุขภาพ พัฒนาศักยภาพซึ่งรวมถึงการวิจัยและศักยภาพของการควบคุมดูแล และการสนับสนุนทางวิชาการ
- เพิ่มความความตระหนักในระดับโลกถึงความเป็นหนึ่งเดียวระหว่างประเทศ ความร่วมมือระหว่างประเทศ และการปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การบรรลุความสำเร็จหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยการส่งเสริมกรอบและเวทีความร่วมมือระดับประเทศ ภูมิภาค และโลก รวมถึงโดยการเฉลิมฉลองวันหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสากล ในวันที่ 12 ธันวาคม ของทุกปี



ภาคผนวก ข  
คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ  
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน



## คำสั่งคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา

ที่ ๔ /๒๕๖๒

### เรื่อง แต่งตั้งคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน

ด้วยในคราวประชุมคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ครั้งที่ ๓/๒๕๖๒ วันพุธที่ ๒ ตุลาคม ๒๕๖๒ ที่ประชุมได้พิจารณาแนวทางการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ทั้งนี้ เพื่อให้เป็นไปตามหน้าที่และอำนาจของคณะกรรมการการสาธารณสุข ตามข้อบังคับการประชุม วุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๗๘ วรรคสอง (๒๐) ซึ่งกำหนดให้คณะกรรมการการสาธารณสุขมีหน้าที่และอำนาจพิจารณา ร่างพระราชบัญญัติ กระทู้กิจการ พิจารณาขอโทษเท็จจริงหรือศึกษาเรื่องใด ๆ ที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข การพัฒนาระบบสุขภาพ การบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน โดยรวมถึงการรักษาพยาบาล การควบคุมและป้องกันโรค การฟื้นฟู การส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาคูณภาพชีวิตของประชาชน รวมถึงปัญหาผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากร และการพัฒนา พิจารณาศึกษา ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศและแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติที่อยู่ในหน้าที่และอำนาจ และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยคณะกรรมการเห็นสมควรตั้งคณะอนุกรรมการขึ้นคณะหนึ่ง เพื่อทำหน้าที่พิจารณาศึกษา และวิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน ด้านสาธารณสุข รวมทั้งเปรียบเทียบระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยกับต่างประเทศ พร้อมทั้งติดตามและเสนอแนะแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ตลอดจนประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ฉะนั้น อาศัยอำนาจตามความในข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๘๙ และระเบียบวุฒิสภาว่าด้วยหลักเกณฑ์การตั้งอนุกรรมการซึ่งมีใช้กรรมการในคณะ พ.ศ. ๒๕๕๑ คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา จึงมีมติตั้งคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน ซึ่งคณะอนุกรรมการคณะนี้ ประกอบด้วย

#### ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ

- |                                     |                            |
|-------------------------------------|----------------------------|
| ๑. ศาสตราจารย์คลินิกนิเวศน์ นันทจิต | เป็นที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๒. ศาสตราจารย์สุดสวาท เลาวินิจ      | เป็นที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๓. รองศาสตราจารย์ พันเอก รชต ลำกุล  | เป็นที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๔. รองศาสตราจารย์พินิจ กุลละวณิชย์  | เป็นที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |

อนุกรรมการ ...

อนุกรรมการ

- |  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| ๑. นายพิศาล มาณวพัฒน์                      | เป็นประธานคณะอนุกรรมการ           |
| ๒. รองศาสตราจารย์ พลเอก ไตรโรจน์ ครุฑเวช   | เป็นรองประธานคณะอนุกรรมการ        |
| ๓. นายสุรเดช วลีอิทธิกุล                   | เป็นอนุกรรมการ                    |
| ๔. ผู้ช่วยศาสตราจารย์วีรสิทธิ์ สิริพิตรีย์ | เป็นอนุกรรมการ                    |
| ๕. นายชุตติเดช ตาบ-องครักษ์                | เป็นอนุกรรมการ                    |
| ๖. นายเกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ        | เป็นอนุกรรมการ                    |
| ๗. นายปิยะ หาญวรวงศ์ชัย                    | เป็นอนุกรรมการ                    |
| ๘. นายประพันธ์ ปุขย์ไพบุลย์                | เป็นอนุกรรมการ                    |
| ๙. นายนิมิตร เทียนอุดม                     | เป็นอนุกรรมการ                    |
| ๑๐. นายรชตะ อุ้นสุข                        | เป็นอนุกรรมการ                    |
| ๑๑. นายจเด็จ ธรรมธัชอารี                   | เป็นอนุกรรมการและเลขานุการ        |
| ๑๒. นางวลัยพร พัทธนถมล                     | เป็นอนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |

โดยให้มีหน้าที่และอำนาจ ดังนี้

๑. ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนด้านสาธารณสุข
  ๒. ศึกษาและเปรียบเทียบระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย กับต่างประเทศ พร้อมความท้าทายที่สำคัญ เพื่อให้บรรลุการพัฒนาที่ยั่งยืนด้านสาธารณสุข
  ๓. สร้างความเห็นร่วม ติดตามและเสนอแนะแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข เกี่ยวกับความยั่งยืนและเพียงพอด้านการเงินการคลังสุขภาพ เพื่อการบรรลุเป้าหมายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการพัฒนาที่ยั่งยืนด้านสาธารณสุขของประเทศไทย
  ๔. รายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการ โดยรวบรวมข้อมูลเบื้องต้น เพื่อนำมาประกอบการพิจารณาศึกษา รวมทั้งนำเสนอข้อเสนอแนะประเด็นที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ต่อคณะกรรมการ เพื่อนำไปรวบรวมเป็นผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ
  ๕. ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่คณะกรรมการมอบหมาย และจัดทำรายงานผลการดำเนินงาน เสนอต่อคณะกรรมการภายในระยะเวลา ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่มีคำสั่งแต่งตั้ง
- ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๖๒ เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๘ ตุลาคม ๒๕๖๒



(นายเจตน์ ศิริธรรานนท์)

ประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา





## คำสั่งคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา

ที่ .๓๓/๒๕๖๓

เรื่อง การเปลี่ยนแปลงตำแหน่งและแต่งตั้งอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า  
เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (เพิ่มเติม)

ตามที่คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้มีคำสั่งที่ ๔/๒๕๖๒ ลงวันที่ ๘ ตุลาคม ๒๕๖๒ เรื่อง แต่งตั้งคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน เพื่อทำหน้าที่พิจารณา ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน ด้านสาธารณสุข รวมทั้งเปรียบเทียบระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยกับต่างประเทศ พร้อมทั้ง ติดตามและเสนอแนะแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ตลอดจนประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง นั้น

เพื่อให้การดำเนินงานของคณะอนุกรรมการเป็นไปด้วยความเรียบร้อย และมีประสิทธิภาพ จึงเห็นควรเปลี่ยนแปลงตำแหน่ง เกสัชกรหญิงวัลย์พร พัทธนฤมล อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ เปลี่ยนเป็น อนุกรรมการ

ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ ๑๗ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๓ เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๖ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๓

(นายเจตน์ ศิรธรานนท์)

ประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข  
วุฒิสภา



คำสั่งคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา  
ที่ ๖ /๒๕๖๓  
เรื่อง การเปลี่ยนแปลงตำแหน่งและแต่งตั้งอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า  
เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (เพิ่มเติม)

ตามที่คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้มีคำสั่งที่ ๔/๒๕๖๒ ลงวันที่ ๘ ตุลาคม ๒๕๖๒ เรื่อง แต่งตั้งคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน เพื่อทำหน้าที่พิจารณา ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน ด้านสาธารณสุข รวมทั้งเปรียบเทียบระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยกับต่างประเทศ พร้อมทั้งติดตามและเสนอแนะแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ตลอดจนประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง นั้น

เพื่อให้การดำเนินงานของคณะอนุกรรมการเป็นไปด้วยความเรียบร้อย และมีประสิทธิภาพ อาศัยอำนาจตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๘๙ ประกอบกับระเบียบวุฒิสภาว่าด้วยหลักเกณฑ์การตั้งอนุกรรมการซึ่งมีใช้กรรมการในคณะ พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๙ จึงเห็นควรแต่งตั้ง นางกนิษฐา กาวีณู นิตินกรชำนาญการ กลุ่มงานคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา เป็นอนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ แทนตำแหน่งที่ว่าง

ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ ๑๗ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๓ เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๕ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๓

(นายเจตน์ ศิริรัตนนท์)

ประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข  
วุฒิสภา



ภาคผนวก ค  
ภาพกิจกรรมการประชุมคณะอนุกรรมการ













ภาคผนวก ง

รายชื่อ Working group ร่วมพัฒนาข้อเสนอต่ออนุกรรมการ

## รายชื่อ Working group ร่วมพัฒนาข้อเสนอต่ออนุกรรมการ

- |   |   |
|---|---|
| 1. รองศาสตราจารย์พินิจ กุลละวณิชย์        | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ  |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์ | อนุกรรมการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า<br>เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน           |
| 3. วลัยพร วัชรนฤมล                        | อนุกรรมการหลักประกันสุขภาพถ้วน<br>หน้าเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน           |
| 4. นายนิมิตร เทียนอุดม                    | อนุกรรมการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า<br>เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน           |
| 5. นางสาวกรรณิการ์ กิจติเวชกุล            | กรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ   |
| 6. นายจเด็จ ธรรมธัชอารี                   | รองเลขาธิการ สปสช.  |
| 7. รองศาสตราจารย์พรรณทิพ กาญจนกิจจา       | อาจารย์คณะนิติศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์                           |
| 8. นางสาวศิวินุช สร้อยทอง                 | อาจารย์คณะนิติศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์                           |
| 9. นายวินัส สีสุข                         | รองอธิบดี กรมการปกครอง<br>กระทรวงมหาดไทย                                |
| 10. นายพิธาสรวง จันทร์ฉายฉัตร             | ผู้อำนวยการส่วนสัญชาติและการทะเบียน<br>บุคคลไม่มีสัญชาติ กระทรวงมหาดไทย |
| 11. นายระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาศ              | กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค<br>กระทรวงสาธารณสุข                          |
| 12. พันตำรวจเอก ระพีพัฒน์ อดุสสาหล        | สำนักงานตรวจคนเข้าเมือง<br>สำนักงานตำรวจแห่งชาติ                        |
| 13. พันตำรวจตรี ปริญญา ศรีบุญสม           | สำนักงานตรวจคนเข้าเมือง<br>สำนักงานตำรวจแห่งชาติ                        |
| 14. นายอำนาจ สังข์ศรีแก้ว                 | กรมการจัดหางาน<br>กระทรวงแรงงาน   |
| 15. นายวีระ หวังสัจจะโชค                  | คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร  |
| 16. นายนิพัทธ์ พิรเวช                     | อดีตผู้อำนวยการฝ่ายประกันสุขภาพบริษัท AIA                               |
| 17. นายธงชัย กীরติหัตถยากร                | ผู้ตรวจราชการเขตสุขภาพที่ 10  |
| 18. นายรชตะ อุ่ณสุข                       | กรมบัญชีกลาง  |
| 19. นายวัฒน์ชัย จรูญวรรณนะ                | กระทรวงสาธารณสุข  |
| 20. นางนโมนงค์ สายรัตน์                   | กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ                                    |
| 21. นายวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร            | ที่ปรึกษาสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ                         |

- |                                  |  |
|----------------------------------|--|
| 22. นายอนุวัฒน์ ศุภชุติกุล       | ผู้ทรงคุณวุฒิ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล               |
| 23. นายธงชน เพิ่มบดศรี           | รองผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน<br>กระทรวงสาธารณสุข |
| 24. นางนงคัลักษณ์ กอวรกุล        | สำนักงานประกันสังคม                                      |
| 25. นางสาวอังสุมาลี ยอดยิ่งวิทยา | สำนักงานประกันสังคม                                      |
| 26. นางสาวขจีรัตน์ ปรีกเอโก      | สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ                |
| 27. นายวีระพันธ์ ลีธนะกุล        | ผู้อำนวยการ สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร                   |
| 28. นายประเทือง เผ่าดิษฐ์        | ผู้ช่วยผู้อำนวยการ สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร            |
| 29. นายพรเทพ โชติชัยสุวัฒน์      | ผู้อำนวยการสำนักบริหารแผนและงบประมาณ สปสช.               |
| 30. นางวราภรณ์ สุวรรณเวลา        | ผู้อำนวยการสำนักพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ สปสช.           |
| 31. นางกาญจนา ศรีชมภู            | เจ้าหน้าที่สำนักบริหารแผนและงบประมาณ สปสช.               |
| 32. นางนันทวัน เกษธรรม           | เจ้าหน้าที่สำนักบริหารแผนและงบประมาณ สปสช.               |
| 33. นางพรวิรินทร์ ศรีเพ็งเพชร    | เจ้าหน้าที่สำนักบริหารแผนและงบประมาณ สปสช.               |
| 34. ผู้แทนกรมการกงสุล            | กระทรวงต่างประเทศ  |

รายงานการพิจารณาศึกษาของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา  
เรื่อง การปฏิรูปหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน  
(Thai universal health coverage reform for sustainable development)

คณะผู้รับผิดชอบ

ในการจัดทำรายงานของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา

นายต้นพงศ์ ตั้งเต็มทอง

ผู้อำนวยการสำนักกรรมการ ๓

ฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา

นางสุภาพร วิเชียรเพชร

ผู้บังคับบัญชากลุ่มงาน

นางพิมพ์รวิทย์ สุจินดาวัฒน์

นิติกรชำนาญการ

นางนิตยาภรณ์ เผด็จศึก

นิติกรชำนาญการ

นางกนิษฐา กาวิโน

นิติกรชำนาญการ

นางสาวอภิรดา บัวทอง

วิทยากรชำนาญการ

นายศุภกร จันทศรีสุริยวงษ์

วิทยากรปฏิบัติการ

นางกนกพร สาดประดับ

เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน

นางสาวนงศ์ลักษณ์ เนาว์แก้ว

เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน

นางสาวอุมารัตน์ อัยรา

เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน

นางสาวผกามาศ มีแป้น

พนักงานสนับสนุนการประชุม

\*\*สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ สำนักกรรมการ ๓ กลุ่มงานคณะกรรมการการสาธารณสุข  
โทรศัพท์ ๐ ๒ ๒๐๖ ๖๖๙๙ ต่อ ๓๕๖๐ - ๖๑\*\*



ออกแบบโดย : สำนักการพิมพ์  
สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา

๐ ๒๕๓๑ ๙๔๑๕, ๐ ๒๕๓๑ ๙๔๗๑ - ๒, ๐ ๒๕๓๑ ๙๔๗๖

