

รายงานฉบับสมบูรณ์

(Final Report)

โครงการวิจัย

เรื่อง การศึกษาผลกระทบจากการให้สวัสดิการทางสังคมของรัฐบาล
ในกรณีศึกษาโครงการประกันสังคมและโครงการหลัก
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จัดทำโดย

ร้อยโท นพดล พันธุ์กระวี	ที่ปรึกษาโครงการ
นางสาววิมล ขาตะมีนา	หัวหน้าโครงการ
นางสาวบุณยรัตน์ โหมะจิตานุกฤติ	นักวิจัย
นายสิทธิรัตน์ ตรงมาศ	นักวิจัย
นายณัฐพล ศรีพจนารอด	นักวิจัย

สำนักนโยบายการคลัง สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง

สิงหาคม 2551

บทสรุปผู้บริหาร

การสร้างสวัสดิการทางสังคมเพื่อช่วยให้ประชาชนมีมาตรฐานชีวิตที่ดีขึ้น มีหลักประกันและความคุ้มครองถือเป็นหน้าที่สำคัญอย่างหนึ่งของรัฐบาล ซึ่งโครงการประกันสังคมและโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดเป็นโครงการด้านสวัสดิการสังคมที่สำคัญของรัฐบาล โดยโครงการประกันสังคม ตั้งอยู่บนหลักการของความมีส่วนร่วม การพึ่งตนเองและช่วยเหลือซึ่งกันและกันของประชาชนสำหรับผู้ที่มีรายได้ และโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นสวัสดิการที่รัฐบาลมอบให้แก่ประชาชนทุกคน เพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขที่เหมาะสมและเพียงพอ

อย่างไรก็ดี สวัสดิการดังกล่าวมาพร้อมกับต้นทุนที่รัฐบาลต้องรับภาระหรือภาระการคลัง สำหรับงานวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิเคราะห์ถึงภาระทางการคลังอันเนื่องมาจากโครงการสวัสดิการทางสังคม ได้แก่ โครงการประกันสังคมและโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้กรอบความเสี่ยงภาระงบประมาณ (FPO Applied Fiscal Risk Matrix) ที่ปรับปรุงมาจาก Government Fiscal Risk Matrix ของ Polackova (1998)

จากการศึกษาพบว่าภาระทางการคลังของโครงการประกันสังคมประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ (1)เงินที่รัฐบาลต้องสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมในฐานะรัฐบาล ซึ่งเป็นภาระต้องงบประมาณที่แน่นอนและชัดเจน โดยเงินกองทุนได้ถูกแบ่งเป็น 3 กองทุนย่อย ประกอบด้วย กองทุนประโยชน์ทดแทน 4 กรณี (กรณีเจ็บป่วย คลอดบุตร ทูพพลภาพ และเสียชีวิต) กองทุนประโยชน์ทดแทน 2 กรณี (กรณีสงเคราะห์บุตรและชราภาพ) และกองทุนกรณีว่างงาน ซึ่งมีการแยกบัญชีเงินกองทุนและการบริหารกองทุนที่เป็นอิสระต่อกัน (2) เงินอุดหนุนหรือเงินอุดหนุนราชการในกรณีที่กองทุนประกันสังคมมีเงินทุนไม่เพียงพอในการจ่ายผลประโยชน์ทดแทนและค่าใช้จ่ายในการบริหารงาน ซึ่งจัดเป็นภาระต้องงบประมาณที่อาจจะเกิดขึ้นหรือภาระเสี่ยงที่ชัดเจน เนื่องจากการระบุไว้ใน พรบ. ประกันสังคมว่ารัฐจะต้องรับภาระดังกล่าว

คณะผู้วิจัยได้ทำการประมาณการภาระทางการคลังจากโครงการประกันสังคมโดยประยุกต์ใช้แบบจำลองในการประมาณการจำนวนประชากรและจำนวนแรงงานขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) และสถาบันวิจัยนโยบายเศรษฐกิจการคลัง (สวค.) และนำผลการประมาณการดังกล่าวมาจัดทำแบบจำลองการประมาณการสถานะทางการเงินของกองทุนประกันสังคม ผลการศึกษาพบว่า รัฐบาลมีภาระทางการคลังที่แน่นอนจากการสมทบเงินเข้ากองทุนประกันสังคม ปีงบประมาณ 2553 – 2562 อยู่ระหว่างปีละ 26,345 – 42,845 ล้านบาท และกองทุนประโยชน์ทดแทน 2 กรณี (กรณีสงเคราะห์บุตรและชราภาพ) จะเริ่มขาดทุนอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2575-2585 ซึ่งรัฐบาลจะต้องเริ่มเข้ารับภาระการขาดทุนของกองทุน 2 กรณีตั้งแต่ปี 2586 เป็นต้นไป

สำหรับภาระทางการคลังของโครงการหลักประกันสุขภาพประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ (1) ภาระงบประมาณค่าใช้จ่ายรายหัวที่รัฐบาลต้องจัดสรรให้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกปี ซึ่งจัดเป็นภาระต้องงบประมาณที่แน่นอนและชัดเจน และ (2) ภาระการคลังต้องงบประมาณที่อาจจะเกิดขึ้นจากการขาดทุนของโรงพยาบาลรัฐอันเนื่องจากการเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งจัดเป็นภาระเสี่ยงแบบโดยนัย เนื่องจากหากโรงพยาบาลมีการขาดทุนสะสมจำนวนมากจนไม่สามารถรับภาระได้ รัฐบาลอาจจะต้องเข้ารับการขาดทุนสะสมดังกล่าวโดยธรรมชาติ

คณะผู้วิจัยได้ทำการประมาณการภาระเงินค่าใช้จ่ายรายหัวโดยแบ่งเป็น 2 ส่วนได้แก่ งบบุคลากร ซึ่งประมาณการด้วยค่าเฉลี่ยย้อนหลัง 5 ปี (ระหว่างปีงบประมาณ 2547 – 2551) และงบบริการทางการแพทย์ ซึ่งประมาณการด้วยสมมติฐานสัดส่วนต่อ GDP สำหรับการคำนวณภาระการคลังต้องงบประมาณที่อาจจะเกิดขึ้นโดยนัย คณะผู้วิจัยได้คำนวณความต้องการทางการคลัง (Fiscal Need) ของโครงการฯ จากประมาณการค่าใช้จ่ายรายหัวที่ สปสช. เสนอขอภายใต้สมมติฐานอัตราการเติบโตของค่าใช้จ่ายรายหัวร้อยละ 8.30 บนพื้นฐานของอัตราการเติบโตระหว่าง ปีงบประมาณ 2551 – 2552 และประมาณการประชากร UC จากข้อมูลประมาณการประชากรของสำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ภายใต้สมมติฐานสัดส่วนประชากร UC ต่อประชากรอยู่ที่ร้อยละ 70 โดยอ้างอิงข้อมูลระหว่างปี 2550 – 2551 จากนั้นจึงประมาณการภาระเสี่ยงจากผลต่างของความต้องการทางการคลังและงบประมาณค่าใช้จ่ายรายหัวที่คาดว่าจะได้รับจัดสรรในแต่ละปี ผลการศึกษาพบว่ารัฐบาลมีภาระทางการคลังที่แน่นอนและชัดเจนจากภาระค่าใช้จ่ายรายหัวที่ต้องจัดสรรงบประมาณให้แก่กองทุนหลักประกันสุขภาพปีงบประมาณ 2553 – 2562 อยู่ระหว่างปีละ 115,726 – 208,762 ล้านบาท และมีภาระการคลังที่อาจจะเกิดขึ้นจากการขาดทุนสะสมของโรงพยาบาลรัฐที่เข้าร่วมโครงการฯ หากโรงพยาบาลของรัฐไม่สามารถรับภาระการขาดทุนจากการเข้าร่วมโครงการได้

ทั้งนี้ จากผลการศึกษาภาระทางการคลังจากโครงการสวัสดิการทางสังคมได้แก่ โครงการประกันสังคมและโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพบว่าในช่วง 10 ปีข้างหน้า (ปี 2553 – 2562) รัฐบาลจะมีภาระทางการคลังที่แน่นอนและชัดเจนที่ต้องจัดสรรงบประมาณให้แก่โครงการทางสวัสดิการทางสังคมทั้งสองจำนวน 142,071- 251,607 ล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 7.4 – 7.8 ของงบประมาณรายจ่ายประจำปีในแต่ละปี และมีภาระการคลังที่อาจจะเกิดขึ้นแบบชัดเจนจากการเข้ารับการขาดทุนของกองทุน 2 กรณีของโครงการประกันสังคมตั้งแต่ปี 2586 เป็นต้นไป และภาระการคลังที่อาจจะเกิดขึ้นโดยนัยจากการขาดทุนของโรงพยาบาลรัฐอันเนื่องจากการเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

Executive Summary

Providing social welfare to help improve its citizens' living standard is one of the government important responsibilities. Social security scheme and universal healthcare program are the two important social welfare programs in Thailand. While the social security scheme is based on the concept of participation, self-reliance, and sharing among insurers, the universal healthcare program is offered by the Thai government.

The mentioned social welfare programs are provided at the cost of the government budget (part or all). The main objective of this research is to analyze fiscal liabilities from the two social welfare programs, the social security scheme and the universal healthcare program. The FPO Applied Fiscal Risk Matrix applied from the Government Fiscal Risk Matrix of Polackova (1998) is used as a framework to analyze the costs charged to the government by the two welfare programs.

There are two main items of fiscal liabilities from the social security scheme. The first is contribution from the government or the money that the government has to contribute to the social security fund by law. This contribution is considered as a direct and explicit liability. The social security fund is divided into 3 sub-funds including 4 benefits (Injury or sickness, Maternity, Invalidity, Death), 2 benefits (Child allowance, Old-age), and unemployment insurance/unemployment benefit. These three sub-funds are separated funds and are managed independently. Second is the government subsidy or advanced money in the case when the fund is not sufficient to cover expenses including benefits and administrative expenses. The subsidy can be categorized as a direct contingent liability as the government has to bear the cost according to the social security Act.

Population Projection Model and Labour Force Projection Model of the International Labour Office (ILO) and the Fiscal Policy Research Institute Foundation (FPRI) are applied in forecasting fiscal liabilities from the social security scheme. Results are that from 2010 – 2019, the government has a direct liability from government contributions around 26,345 – 42,845 million baht per year. In addition,

the 2 benefits (Child allowance, Old-age) fund will start to lose money in 2032. However, the fund would last until 2042 before the government has to start a subsidy program in 2043.

Fiscal liabilities from the universal healthcare (UC) program compose of two elements. The first is a per capita budget in which the government has to allocate the budget yearly. The per capita budget is considered as a direct and explicit liability. Second is the implicit contingent liability from the losses of government hospitals that join the UC program (if any). Once the amount of loss carry forward is too much for the hospitals to absorb, the government is under moral obligation to cover for the losses.

In forecasting the per capita budget, history trends are used. The per capita budget is divided into 2 parts, personnel budget and medical service budget. The personnel budget is forecasted with the 5 year average (2004 – 2008). The medical service budget is forecasted under the assumption that it is allocated as a proportion of GDP. For the implicit contingent liability, we forecast fiscal needs by using the per capita budget¹ that the National Health Security Office (NHSO) requests as a proxy. The assumption is that the requested per capita expenditure would be increased at a rate of 8.3 percent, a 2007-2008 trend. UC population is calculated from the population projections of the National Economic and Social Development Board (NESDB) with the assumption that UC population (based on the data of 2007-2008) is 70 percent of the total population. Fiscal risks or contingent liabilities are, then, calculated from the different between the fiscal needs and the expected per capita budget allocated to the UC program. The results are that the government has a direct and explicit liability from per capita budget around 115,726 – 208,762 million baht per year between 2010 and 2019. In addition, if the government hospitals cannot absorb losses from the UC program (if any), the government would have an implicit contingent liability.

¹ Per capita budget = Per capita expenditure X UC population

In sum, in the next ten years (2010 – 2019), the government would have direct and explicit liabilities from the two major social welfare programs including the social security scheme and the UC program around 142,071 – 251,607 million baht per year or 7.4 – 7.8 percent of the yearly budget. In addition, the government would have explicit contingent liabilities from the loss of the 2 benefits (Child allowance, Old-age) fund since 2043 and also from the loss of the government hospitals from the UC program (if any).

สารบัญ

	หน้า
บทสรุปผู้บริหาร	i
บทที่ 1 บทนำ	1-1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1-1
1.2 วัตถุประสงค์	1-2
1.3 ขอบเขตการวิจัย	1-2
1.4 ผลที่คาดว่าจะได้รับ	1-2
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	2-1
2.1 ความเป็นมาและลักษณะการดำเนินงานของโครงการประกันสังคม	2-1
2.1.1 ความเป็นมาของโครงการ	2-1
2.1.2 ลักษณะการดำเนินงานของโครงการ	2-1
2.1.3 ประเภทของโครงการประกันสังคม	2-3
2.1.4 รูปแบบของโครงการประกันสังคม	2-3
2.2 ความเป็นมาและลักษณะการดำเนินงานของโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	2-12
2.2.1 ความเป็นมาของโครงการ	2-12
2.2.2 ลักษณะการดำเนินงานของโครงการ	2-12
2.3 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการประเมินภาระทางการคลัง	2-16
2.4 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการคลังของระบบประกันสังคม ของประเทศไทย	2-18
2.4.1 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินสถานะทางการเงิน ของกองทุนประกันสังคม	2-18
2.4.2 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการขยายความคุ้มครอง ให้แก่ผู้ประกันตนกลุ่มใหม่	2-23
2.4.3 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการคลังของระบบประกันสังคม ของต่างประเทศ	2-25

2.5	ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการคลังของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย	2-28
บทที่ 3	ระเบียบวิธีการวิจัย (Methodology)	3-1
3.1	แนวคิดที่ใช้ในการจำแนกภาระทางการคลัง	3-1
3.2	แนวคิดที่ใช้ในการวิเคราะห์ภาระทางการคลังจากโครงการประกันสังคม	3-2
3.2.1	การจำแนกภาระทางการคลังจากโครงการประกันสังคมโดยใช้แนวคิดกรอบความเสี่ยงภาระงบประมาณ	3-2
3.2.2	ภาระการคลังที่แน่นอน (Direct Liabilities) จากโครงการประกันสังคม	3-3
3.2.3	ภาระการคลังที่อาจจะเกิดขึ้น (Contingent Liabilities) จากโครงการประกันสังคม	3-4
3.2.4	แบบจำลองการประมาณการจำนวนประชากร	3-5
3.2.5	การประมาณการทางด้านแรงงาน การประมาณการจำนวนผู้ประกันตน และการประมาณการค่าจ้างของผู้ประกันตนต่อคนต่อปี	3-7
3.2.6	การประมาณการภาระการคลังที่แน่นอน (Direct Liabilities) จากโครงการประกันสังคม	3-8
3.2.7	การประมาณการภาระการคลังที่อาจจะเกิดขึ้น (Contingent Liabilities) จากโครงการประกันสังคม	3-9
3.3	แนวคิดที่ใช้ในการวิเคราะห์ภาระทางการคลังจากโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	3-11
3.3.1	การจำแนกภาระทางการคลังจากโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยใช้แนวคิดกรอบความเสี่ยงภาระงบประมาณ	3-12
3.3.2	การประมาณการภาระการคลังที่แน่นอน (Direct Liabilities) จากโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	3-12
3.3.3	การประมาณการภาระการคลังที่อาจจะเกิดขึ้น (Contingent Liabilities) จากโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	3-13
บทที่ 4	การวิเคราะห์ภาระทางการคลังจากโครงการประกันสังคม	4-1
4.1	การวิเคราะห์สถานะทางการเงินของกองทุนประกันสังคม	4-1
4.1.1	การวิเคราะห์จำนวนผู้ประกันตนในกองทุนประกันสังคม	4-2
4.1.2	การวิเคราะห์โครงสร้างรายรับ-รายจ่ายของกองทุนประกันสังคม	4-3
4.1.3	การวิเคราะห์สถานะเงินกองทุนสะสมของกองทุนประกันสังคม	4-5

4.2	การลงทุนในกลุ่มหลักทรัพย์ (Portfolio) ของกองทุนประกันสังคม	4-7
4.2.1	เงินลงทุนของกองทุนประกันสังคมจำแนกตามประเภทของหลักทรัพย์	4-7
4.2.2	เงินลงทุนของกองทุนประกันสังคมจำแนกตามประเภทของประโยชน์ทดแทน	4-9
4.2.3	ผลตอบแทนจากการลงทุนของกองทุนประกันสังคม	4-10
4.2.4	สาเหตุของปัญหาทางการเงินของกองทุนประกันสังคม	4-12
4.2.5	แนวโน้มการจัดสรรงบประมาณให้แก่สำนักงานประกันสังคม	4-14
4.3	การประมาณการภาระการคลังที่แน่นอน (Direct Liability) จากกองทุนประกันสังคม	4-15
4.4	การประมาณการภาระการคลังที่อาจเกิดขึ้นจากกองทุนประกันสังคม	4-17
4.4.1	การประมาณการสถานะทางการเงินของกองทุนประกันสังคม	4-17
4.4.2	ภาระการคลังที่อาจเกิดขึ้นของรัฐบาลจากกองทุนประกันสังคม	4-21
4.5	สรุปผลการประมาณการภาระทางการคลังจากกองทุนประกันสังคม	4-22
4.6	แนวทางการปรับปรุงรูปแบบกองทุนประกันสังคมในส่วนของกองทุน 2 กรณี	4-24
4.6.1	การเพิ่มอัตราเงินสมทบ	4-25
4.6.2	การเปลี่ยนแปลงนโยบายการลงทุน	4-27
4.6.3	การปรับสัดส่วนการลงทุนพร้อมกับการปรับอัตราเงินสมทบ	4-28
4.6.4	การเพิ่มเพดานเงินเดือนในการคิดอัตราเงินสมทบ	4-29
4.6.5	การปรับเพิ่มอายุเกษียณของแรงงานผู้มีสิทธิได้รับเงินบำนาญ	4-29
4.6.6	การแยกระบบบัญชีของกองทุนประกันสังคม กรณีชราภาพ	4-29
4.6.7	การกำหนดให้สำนักงานประกันสังคม ซึ่งเป็นผู้บริหารจัดการ กองทุนประกันสังคม ทำการประมาณการสถานะทางการเงิน ของกองทุนประกันสังคมในอนาคต	4-30
บทที่ 5	การวิเคราะห์ภาระทางการคลังจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	5-1
5.1	ระบบการเงินการคลังของโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และภาระทางการคลังของรัฐบาล	5-2
5.2	การวิเคราะห์โครงสร้างของค่าใช้จ่ายรายหัว (หารับงบประมาณ) ของโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	5-3
5.2.1	โครงสร้างและการประมาณการค่าใช้จ่ายรายหัวจากอดีตถึงปัจจุบัน	5-3
5.2.2	ข้อสังเกตเกี่ยวกับโครงสร้างและการประมาณงบประมาณของกองทุนฯ	5-13
5.3	การประมาณการภาระทางการคลังที่แน่นอนจากโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	5-17

5.3.1	การประมาณการงบอุดหนุนด้วยสมมติฐานสัดส่วนต่อ GDP	5-17
5.3.2	การประมาณการงบบริการทางการแพทย์ด้วยสมมติฐาน สัดส่วนต่องบประมาณการรายจ่าย	5-21
5.3.3	การประมาณงบบริการทางการแพทย์โดยใช้แนวโน้มของข้อมูลค่าใช้จ่ายรายหัว ที่สำนักงานประมาณอนุมัติและข้อมูลแนวโน้มของประชากร UC	5-21
5.4	การประมาณการภาระทางการคลังที่อาจจะเกิดขึ้น (หรือภาระเสี่ยง) จากโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	5-26

บทที่ 6 ผลการศึกษาและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย 6-1

6.1	สรุปผลการศึกษาภาระทางการคลังจากโครงการประกันสังคมและ โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	6-1
6.1.1	สรุปผลการศึกษาภาระทางการคลังจากโครงการประกันสังคม	6-1
6.1.2	สรุปผลการศึกษาภาระทางการคลังจากโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	6-2
6.1.3	สรุปผลการศึกษาภาระทางการคลัง	6-4
6.2	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากการศึกษาภาระทางการคลังจากโครงการประกันสังคม และโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	6-9
6.2.1	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากการศึกษาภาระทางการคลัง จากโครงการประกันสังคม	6-9
6.2.2	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากการศึกษาภาระทางการคลัง จากโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	6-11

บรรณานุกรม

ภาคผนวก 1 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

ภาคผนวก 2 ผลการศึกษาดูงานโรงพยาบาลของรัฐที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพ

- โรงพยาบาลราชวิถี จังหวัดกรุงเทพมหานคร
- โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) จังหวัดสมุทรสาคร
- โรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี
- โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช (วสุทตฺตมหาเถระ) นครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
- ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ภาคผนวก 5 ประเมินการประชากรทั่วราชอาณาจักร จำแนกตามกลุ่มอายุ

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1 การแบ่งผลประโยชน์ของกองทุนประกันสังคม	2-5
ตารางที่ 2.2 อัตราเงินสมทบ ปี 2534-2550	2-10
ตารางที่ 2.3 โครงสร้างการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2546-2551 (การจัดสรรงบค่าใช้จ่ายรายหัว)	2-14
ตารางที่ 2.4 กรอบความเสี่ยงทางด้านการคลัง (Government Fiscal Risk Matrix)	2-17
ตารางที่ 2.5 สรุปผลการประมาณการทางการเงินของกองทุนประกันสังคม กรณีสุขภาพ	2-19
ตารางที่ 3.1 กรอบความเสี่ยงภาระงบประมาณ (FPO Applied Fiscal Risk Matrix)	3-1
ตารางที่ 3.2 ภาระการคลังจากโครงการประกันสังคมจำแนกตาม กรอบความเสี่ยงภาระงบประมาณ (FPO Applied Fiscal Risk Matrix)	3-3
ตารางที่ 3.3 อัตราเงินสมทบกองทุนประกันสังคม (มาตรา 33) ณ 31 ธันวาคม 2550	3-4
ตารางที่ 3.4 ภาระการคลังจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำแนกตาม กรอบความเสี่ยงภาระงบประมาณ (FPO Applied Fiscal Risk Matrix)	3-12
ตารางที่ 4.1 ภาระการคลังจากโครงการประกันสังคมจำแนกตาม กรอบความเสี่ยงภาระงบประมาณ (FPO Applied Fiscal Risk Matrix)	4-1
ตารางที่ 4.2 จำนวนผู้ประกันตนในกองทุนประกันสังคม ปี 2542-2550	4-2
ตารางที่ 4.3 โครงสร้างรายรับ-รายจ่าย กองทุนประกันสังคม ปี 2545-2549	4-3
ตารางที่ 4.4 โครงสร้างรายรับเงินสมทบของกองทุนประกันสังคม ปี 2547-2549	4-4
ตารางที่ 4.5 โครงสร้างรายจ่ายประโยชน์ทดแทนของกองทุนประกันสังคมปี 2547-2549	4-5
ตารางที่ 4.6 เงินกองทุนสะสมของกองทุนประกันสังคมปี 2547-2549	4-6
ตารางที่ 4.7 การลงทุนของกองทุนประกันสังคมจำแนกตามประเภทของหลักทรัพย์	4-8
ตารางที่ 4.8 การลงทุนจำแนกตามประเภทของการจ่ายผลประโยชน์ทดแทน	4-9
ตารางที่ 4.9 ประมาณการภาระการคลังที่แน่นอนจากเงินสมทบของรัฐบาล ปี 2551-2649	4-16
ตารางที่ 4.10 ประมาณการภาระการคลังที่แน่นอนจากเงินสมทบของรัฐบาล ปี 2553-2562	4-16
ตารางที่ 4.11 ประมาณการสถานะทางการเงินและภาระการคลังที่อาจจะเกิดขึ้น จากกองทุนประโยชน์ทดแทน 2 กรณี ปี 2575-2649	4-22
ตารางที่ 4.12 ประมาณการสถานะทางการเงินและภาระการคลังที่อาจจะเกิดขึ้น จากกองทุนประกันสังคม ปี 2586-2649	4-22

ตารางที่ 4.13	ประมาณการภาระทางการคลังจากกองทุนประกันสังคม ปี 2551-2649	4-24
ตารางที่ 4.14	ประมาณการภาระทางการคลังจากกองทุนประกันสังคม ปี 2586-2649	4-24
ตารางที่ 4.15	ผลการปรับเพิ่มอัตราเงินสมทบสามฝ่าย	4-26
ตารางที่ 4.16	ผลการปรับสัดส่วนการลงทุน ในส่วนของกองทุน 2 กรณี	4-27
ตารางที่ 4.17	ผลการปรับสัดส่วนการลงทุนและปรับเพิ่มอัตราเงินสมทบ ในส่วนของกองทุน 2 กรณี	4-28
ตารางที่ 5.1	ภาระการคลังจากโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจำแนกตาม กรอบความเสี่ยงภาระงบประมาณ (FPO Applied Fiscal Risk Matrix)	5-1
ตารางที่ 5.2	ค่าใช้จ่ายรายหัวที่เสนอของงบประมาณเปรียบเทียบกับที่ได้รับจัดสรร ปี 2545-2551	5-3
ตารางที่ 5.3	โครงสร้างอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่ สปสช. ได้รับจัดสรรงบประมาณ ปี 2546-2551	5-4
ตารางที่ 5.4	ข้อมูลอ้างอิงที่ใช้ในการประมาณการอัตราเหมาจ่ายรายหัว ปี 2545-2551	5-5
ตารางที่ 5.5	สรุปต้นทุนต่อหัวประชากรปีงบประมาณ 2545	5-8
ตารางที่ 5.6	การจัดสรรอัตราเหมาจ่ายรายหัว ปีงบประมาณ 2547	5-9
ตารางที่ 5.7	การจัดสรรอัตราเหมาจ่ายรายหัว ปีงบประมาณ 2548	5-12
ตารางที่ 5.8	การจัดสรรอัตราเหมาจ่ายรายหัว ปีงบประมาณ 2550	5-13
ตารางที่ 5.9	งบประมาณที่จัดสรรให้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปี 2545-2551 ตามเอกสารงบประมาณโดยสังเขป	5-14
ตารางที่ 5.10	งบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตั้งแต่ปี 2545-2550	5-16
ตารางที่ 5.11	งบประมาณที่โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับ (ปี 2545-2552)	5-19
ตารางที่ 5.12	สัดส่วนของงบบริการทางการแพทย์โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อ GDP	5-20
ตารางที่ 5.13	ประมาณการงบบริการทางการแพทย์โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยใช้สมมติฐานงบบริการทางการแพทย์ต่อ GDP	5-20
ตารางที่ 5.14	สัดส่วนของงบบริการทางการแพทย์โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต้องงบประมาณรายจ่าย	5-22
ตารางที่ 5.15	ประมาณการงบบริการทางการแพทย์โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยใช้สมมติฐานงบบริการทางการแพทย์ต้องงบประมาณรายจ่าย	5-22
ตารางที่ 5.16	ประมาณการงบบริการทางการแพทย์โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยใช้แนวโน้มของข้อมูลค่าใช้จ่ายรายหัวที่สำนักงานประมาณอนุมัติ และข้อมูลแนวโน้มของประชากร UC	5-23
ตารางที่ 5.17	ประมาณการงบประมาณที่จะสรรหให้โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	5-25
ตารางที่ 5.18	จำนวนหน่วยบริการคู่สัญญาในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2545-2549 (มกราคม)	5-27

ตารางที่ 5.19 จำนวนเงินงบประมาณที่โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องการ	5-28
ตารางที่ 5.20 ภาระเสี่ยงจากโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	5-28
ตารางที่ 6.1 ภาระการคลังจากโครงการประกันสังคมและโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำแนกตามกรอบความเสี่ยงภาระงบประมาณ (FPO Applied Fiscal Risk Matrix)	6-4
ตารางที่ 6.2 การจัดสรรงบประมาณในโครงการประกันสังคมและ โครงการหลักประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ 2545-2552	6-8
ตารางที่ 6.3 ประมาณการภาระทางการคลังที่แน่นอนจากกองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระหว่างปี 2553-2562	6-8
ตารางที่ 6.4 สถิติแพทย์ลาออก ปี 2544-2549	6-12

สารบัญแผนภาพ

	หน้า
แผนภาพที่ 4.1 สัดส่วนเงินกองทุนแยกตามกองทุนประโยชน์ทดแทนต่อเงินกองทุนรวม	4-10
แผนภาพที่ 4.2 ผลตอบแทนจากการลงทุนของกองทุนประกันสังคม 2546-2550	4-11
แผนภาพที่ 4.3 อัตราผลตอบแทนการลงทุนของกองทุนประกันสังคม 2546-2550 (ร้อยละต่อปี)	4-11
แผนภาพที่ 4.4 ปัญหา ของกองทุนประกันสังคม กรณีชราภาพ	4-14
แผนภาพที่ 4.5 การจัดสรรงบประมาณให้แก่สำนักงานประกันสังคม ปีงบประมาณ 2545-2552	4-15
แผนภาพที่ 4.6 ประมาณการรายรับ รายจ่าย เงินกองทุนสะสม ของกองทุน 2 กรณี	4-18
แผนภาพที่ 4.7 ประมาณการรายรับ รายจ่าย เงินกองทุนสะสม ของกองทุน 4 กรณี	4-19
แผนภาพที่ 4.8 ประมาณการรายรับ รายจ่าย เงินกองทุนสะสม ของกองทุน กรณีว่างงาน	4-20
แผนภาพที่ 4.9 ประมาณการผลกำไร (ขาดทุน) ของกองทุน 2 กรณี	4-25
แผนภาพที่ 5.1 ระบบการเงินการคลังของโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	5-2
แผนภาพที่ 5.2 สัดส่วนงบประมาณที่จัดสรรให้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำแนกตามลักษณะของงบประมาณ	5-15
แผนภาพที่ 5.3 ประมาณจำนวนประชากรจำแนกตามช่วงอายุ	5-24
แผนภาพที่ 5.4 ประมาณการงบประมาณโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	5-24
แผนภาพที่ 5.5 การเปรียบเทียบเงินงบประมาณที่ต้องการและที่คาดว่าจะได้รับ	5-29
แผนภาพที่ 6.1 สัดส่วนภาระทางการคลังต่องบประมาณรายจ่ายประจำปี (ปี 2545-2562)	6-6

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาระทางการคลังเป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งที่จะก่อให้เกิดความเข้มแข็งหรือความอ่อนแอทางด้านการคลัง เนื่องจากภาระทางการคลังเป็นรายจ่ายที่รัฐบาลจะต้องจ่ายออกจากเงินงบประมาณ ซึ่งหากรัฐบาลมีภาระทางการคลังเป็นจำนวนมากเมื่อเทียบกับวงเงินงบประมาณ ไม่เพียงแต่รัฐบาลจะเสียโอกาสในการนำเงินจำนวนดังกล่าวมาใช้ในการลงทุนเพื่อการพัฒนาประเทศเท่านั้น และจะส่งผลให้รัฐบาลขาดความเข้มแข็งทางด้านการคลังได้

โครงการบริการทางสังคม เช่น โครงการประกันสังคมและโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค/บัตรทอง) ถือเป็นมาตรการที่สำคัญของรัฐบาล เพื่อช่วยให้ประชาชนมีมาตรฐานชีวิตที่ดีขึ้น มีหลักประกันและคุ้มครองความเป็นอยู่ของประชาชน โดยใช้หลักการมีส่วนร่วม การพึ่งตนเองและช่วยเหลือซึ่งกันและกันของประชาชนสำหรับผู้ที่มียาได้ (โครงการประกันสังคม) และหลักการของรัฐสวัสดิการเพื่อช่วยให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขขั้นพื้นฐานที่เหมาะสมและเพียงพอสำหรับประชาชนผู้ที่ไม่มียาได้ (โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) ซึ่งทั้งสองโครงการนี้รัฐบาลจะต้องใช้จ่ายเงินจากงบประมาณแผ่นดินเพื่อสนับสนุนโครงการ เช่น การจ่ายเงินสบทบเข้ากองทุนประกันสังคมทั้งกองทุน 4 กรณีและกองทุน 2 กรณีของรัฐบาล ค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวที่รัฐบาลจ่ายในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การจ่ายผลประโยชน์แก่ผู้ประกันตนจากกองทุนประกันสังคมที่จะเกิดขึ้นในอนาคต นอกเหนือกฎหมายหรือข้อตกลงที่มีอยู่เดิม เช่น รายจ่ายจากการเพิ่มสิทธิประโยชน์ คลอดบุตร สงเคราะห์บุตร และทันตกรรม และรายจ่ายอันเนื่องมาจากความเสียหายของโรงพยาบาลที่เกิดจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นต้น

การศึกษา วิเคราะห์เพื่อประมาณการภาระทางการคลังจากโครงการทั้งสองจะช่วยให้รัฐบาลทราบถึงภาระทางการคลังที่จะเกิดขึ้นและที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต เพื่อใช้เป็นแนวทางในการบริหารจัดการด้านการเงินของโครงการ (ในส่วนภาระทางการคลัง) ไม่ให้เป็นภาระแก่งบประมาณจนเกินไป¹ และเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายเพื่อก่อให้เกิดความยั่งยืนทางการคลัง

¹ ประเด็นยุทธศาสตร์บริหารราชการแผ่นดินปีงบประมาณ 2548-2551 -- ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 การปรับโครงสร้างเศรษฐกิจให้สมดุลและแข่งขันได้ (ด้านการบริหารการเงิน การคลัง)

1.2 วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษา วิเคราะห์ ถึงภาระทางการคลังของรัฐบาลในอนาคต อันเนื่องมาจากโครงการบริการทางสังคมที่สำคัญ 2 โครงการ ได้แก่โครงการประกันสังคมและโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เนื่องจากโครงการทั้งสองเป็นโครงการสวัสดิการทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับประชาชนในวงกว้าง และเป็นภาระทางการคลังที่อาจก่อให้เกิดความอ่อนแอด้านการคลัง

ผลของการศึกษานี้จะสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินนโยบายในการบริหารความเสี่ยงด้านการคลังในส่วนของภาระทางการคลังจากโครงการบริการทางสังคม และการจัดทำกรอบความยั่งยืนด้านการคลังได้

1.3 ขอบเขตการวิจัย

1.3.1 ศึกษา วิเคราะห์ ขอบเขตของภาระทางการคลังในโครงการบริการทางสังคม ได้แก่โครงการประกันสังคมและโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1.3.2 ศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลการจ่ายผลประโยชน์ของโครงการประกันสังคม เพื่อประมาณการค่าใช้จ่ายผลประโยชน์ของโครงการประกันสังคมในอนาคตที่จะเกิดขึ้นและที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

1.3.3 ศึกษา วิเคราะห์ค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวที่รัฐบาลจ่ายในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อประมาณค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวฯ หรือค่าใช้จ่ายอื่นที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

1.3.4 ศึกษา วิเคราะห์ภาระเสี่ยงทางการคลังที่จะเกิดขึ้นและที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตจากโครงการประกันสังคมและโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1.4 ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1.4.1 ทำให้ทราบถึงภาระทางการคลังของรัฐบาลในอนาคตทั้งส่วนที่จะเกิดขึ้นอย่างแน่นอนและภาระเสี่ยง (ภาระที่อาจจะเกิดขึ้น) อันเนื่องมาจากโครงการสวัสดิการทางสังคมที่สำคัญ 2 โครงการ ได้แก่โครงการประกันสังคมและโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1.4.2 ผลของการศึกษานี้จะสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินนโยบายในการบริหารความเสี่ยงทางการคลังในส่วนของภาระทางการคลังจากโครงการสวัสดิการทางด้านสังคม และการเสนอแนะนโยบายเพื่อการบริหารการคลังที่ยั่งยืน

1.4.3 เป็นองค์ความรู้เพื่อใช้ในการวิจัยเกี่ยวกับภาระทางการคลังของรัฐบาล ในภาพรวม

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม (Literature Review)

ในบทที่ 2 นี้จะประกอบด้วย การทบทวนความเป็นมาและลักษณะการดำเนินงานของโครงการประกันสังคมและโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการประเมินภาระทางการคลัง และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการคลังของระบบประกันสังคมและระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย โดยมีสาระสำคัญดังนี้

2.1 ความเป็นมาและลักษณะการดำเนินงานของโครงการประกันสังคม

2.1.1 ความเป็นมาของโครงการ

โครงการประกันสังคมในประเทศไทย เกิดขึ้นจากการเรียกร้องของผู้ใช้แรงงานที่พยายามผลักดันให้มีระบบประกันสังคมขึ้นในประเทศหลายต่อหลายครั้งนับตั้งแต่ปี พ.ศ.2497 ซึ่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2497 ในสมัยรัฐบาลที่มีจอมพล ป.พิบูลสงคราม เป็นนายกรัฐมนตรี ได้มีการออกกฎหมายประกันสังคมฉบับแรก แต่เนื่องจากสภาพทางเศรษฐกิจในขณะนั้นยังไม่พร้อมทำให้ไม่สามารถนำพระราชบัญญัติออกมาใช้บังคับ ต่อมาในสมัยรัฐบาลพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ เป็นนายกรัฐมนตรี ผู้ที่เกี่ยวข้องต่างๆ ก็ได้พยายามผลักดันให้กฎหมายประกันสังคมออกมาใช้บังคับอีกครั้ง แต่ความพยายามไม่ประสบความสำเร็จ เนื่องจากรัฐบาลไม่มีเงินทุนมากพอที่จะสนับสนุนโครงการนี้ จนมาถึงสมัยรัฐบาลที่มีพลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ เป็นนายกรัฐมนตรี ได้มีการนำร่างพระราชบัญญัติประกันสังคมเข้าสู่การพิจารณาของสภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภา และมีผลใช้บังคับเป็นกฎหมายคือ พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เมื่อวันที่ 2 กันยายน พ.ศ. 2533 และมีการแก้ไขเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดความเหมาะสมคือ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2537 และ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2542 ทำให้ประเทศไทยสามารถดำเนินโครงการประกันสังคมอย่างเต็มรูปแบบ โดยลูกจ้างจะได้รับความคุ้มครองทั้งในเรื่องการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ทูพพลภาพ และตาย ทั้งเนื่องจากการทำงานและไม่ทำงาน รวมไปถึงการคลอดบุตร สงเคราะห์บุตร ชราภาพ และการว่างงาน เช่นเดียวกับประเทศอื่น ๆ

2.1.2 ลักษณะการดำเนินงานของโครงการ

โครงการประกันสังคมที่ใช้กันอยู่ในแต่ละประเทศนั้น ไม่แตกต่างกัน เนื่องจากโครงการประกันสังคมเป็นโครงการการบริหารทางสังคมในระยะยาวระบบหนึ่งที่รัฐเป็นผู้ดำเนินการจัดขึ้นด้วยการให้ประชาชนที่มีรายได้แต่ละคนได้มีส่วนช่วยเหลือตนเองหรือครอบครัว โดยร่วมกันเสี่ยงภัยหรือช่วยเหลือบำบัดความทุกข์ยากเดือดร้อนซึ่งกันและกันระหว่างผู้มีรายได้ในสังคม โครงการประกันสังคมจึงเป็น

โครงการหนึ่งที่ยึดหลักการพึ่งตนเองและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน รวมถึงการคุ้มครองความเป็นอยู่ของประชาชนให้มีความมั่นคงในการดำรงชีวิต

การที่จะให้ประชาชนแต่ละคนมีส่วนในการช่วยเหลือตนเองและครอบครัว ควรตั้งอยู่บนพื้นฐานของหลักการสำคัญ 5 ประการ คือ (ฐันดรศักดิ์ บวรนนท์กุล, 2550: 12)

(1) หลักการบังคับ โดยให้ลูกจ้างทั้งหมดเข้ามาอยู่ภายใต้ข้อบังคับของกฎหมายและมีการยกเว้นน้อยที่สุด เพื่อให้มีพื้นฐานการดำเนินงานที่กว้างขวางเพียงพอ

(2) หลักการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข ลูกจ้างที่มีฐานะดี รายได้สูง มีสุขภาพดี ความเสี่ยงภัยจากอันตรายต่าง ๆ น้อย แม้ว่าจะได้รับประโยชน์จากโครงการประกันสังคมน้อยก็ต้องอยู่ภายใต้บังคับของกฎหมายประกันสังคม เพื่อเฉลี่ยสุขให้แก่ลูกจ้างที่ยากจนและที่มีรายได้ต่ำ มีปัญหาสุขภาพอนามัยความเสี่ยงภัยจากอันตรายต่างๆ ที่สูงกว่า

(3) หลักสามฝ่ายร่วมรับภาระ นอกจากลูกจ้างต้องจ่ายเงินสมทบแล้วนายจ้างและรัฐบาลควรมีส่วนรับภาระด้วย เพราะเป็นผู้ที่ได้รับประโยชน์จากการทำงานของลูกจ้าง

(4) หลักจ่ายตามความสามารถได้ตามความจำเป็น เป็นหลักการคำนวณเงินสมทบที่ให้ถือรายได้ลูกจ้างเป็นเกณฑ์ ผู้ที่มีรายได้สูงจะจ่ายมากกว่าผู้ที่รายได้ต่ำ แต่ประโยชน์ที่จะได้รับเท่าเทียมกัน เช่น ได้รับเมื่อเจ็บป่วยหรือทุพพลภาพ เป็นต้น

(5) ตามหลักมาตรฐานขั้นต่ำ (ธีระ ศรีธรรมรักษ์ และคณะ, ม.ป.ท., 2536, น. 7-8) ประโยชน์ที่ได้รับจากโครงการประกันสังคมต้องถือเป็นมาตรฐานขั้นต่ำที่ลูกจ้างควรได้รับ ดังนั้นกิจการที่จะอยู่นอกบังคับของกฎหมายประกันสังคมได้ ต้องมีการจ่ายประโยชน์ทดแทนสูงกว่าที่กำหนดไว้ในกฎหมายนี้เท่านั้น

นอกจากนี้ องค์การแรงงานระหว่างประเทศ หรือ ILO (1989) ได้กำหนดหลักการของโครงการประกันสังคมไว้ ดังนี้

(1) โครงการประกันสังคมจะมีการบริหารทางการเงินโดยวิธีการจัดเก็บเงินสมทบ ซึ่งโดยปกติมักมาจากการสมทบของนายจ้างและลูกจ้าง ทั้งนี้รัฐจะเข้าไปมีส่วนร่วมในการจ่ายเงินสมทบหรือเงินอุดหนุนอื่น ๆ ด้วยหรือไม่ก็ได้

(2) การเข้ามามีส่วนร่วมในโครงการประกันสังคมนั้นจะเป็นลักษณะของการบังคับซึ่งมีข้อยกเว้นน้อยมาก

(3) เงินสมทบที่จ่ายมานั้นจะจัดตั้งเป็นกองทุนพิเศษ ซึ่งต้องนำไปจ่ายเป็นค่าผลประโยชน์ทดแทนตามที่กำหนด และนำไปใช้ในการบริหาร

(4) ส่วนเกินของเงินสมทบจะนำไปลงทุนเพื่อให้กองทุนมีทรัพย์สินเพิ่มขึ้น

(5) สิทธิในการรับประโยชน์ทดแทนของผู้ประกันตนขึ้นอยู่กับที่ได้จ่ายเงินสมทบ ที่เป็นไปตามเงื่อนไข โดยไม่ต้องมีการตรวจสอบความจำเป็น หรือการตรวจสอบรายได้แต่อย่างใด

(6) อัตราเงินสมทบและอัตราประโยชน์ทดแทนจะมีความสัมพันธ์กับรายได้ของผู้ประกันตน

(7) โครงการประกันสังคมเจ็บป่วยจากการทำงานโดยทั่วไป จะมาจากการสนับสนุนทางการเงินจากนายจ้างแต่เพียงผู้เดียว โดยอาจมีรัฐช่วยจ่ายเงินอุดหนุน

2.1.3 ประเภทของโครงการประกันสังคม

ระบบประกันสังคมที่นานาประเทศยึดถือเป็นหลักปฏิบัติกันอยู่ในปัจจุบันนั้น มีการแบ่งประเภทของการประกันออกเป็น 8 ประเภท คือ

- (1) การประกันการเจ็บป่วย
- (2) การประกันการคลอดบุตร
- (3) การประกันอุบัติเหตุและโรคอันเกิดจากการทำงาน
- (4) การประกันทุพพลภาพ
- (5) การประกันชราภาพ
- (6) การประกันการสงเคราะห์ครอบครัว
- (7) การประกันการเสียชีวิต
- (8) การประกันการว่างงาน

2.1.4 รูปแบบของโครงการประกันสังคม

โดยทั่วไป โครงการประกันสังคมสามารถแบ่งได้เป็น 2 รูปแบบคือ

- (1) การประกันโดยบังคับ (Compulsory insurance)
- (2) การประกันโดยสมัครใจ (Voluntary insurance)

รูปแบบของโครงการประกันสังคมของประเทศไทย เป็นไปตามพระราชบัญญัติ

ประกันสังคม พ.ศ. 2533 มีลักษณะการประกันโดยบังคับ (Compulsory Insurance) ใน 4 ปีแรกสำหรับกลุ่มลูกจ้างที่มีรายได้ประจำสม่ำเสมอ แม้จะมีปัญหาบ้างแต่ก็สามารถดำเนินการแก้ปัญหาได้เพราะมีการเก็บเงินค่าประกันและมีความแน่นอน ส่วนการประกันโดยสมัครใจ (Voluntary Insurance) สำหรับบุคคลประเภทอื่นๆ จะเริ่มดำเนินการภายหลังจากที่พระราชบัญญัติประกันสังคมนี้ใช้บังคับครบ 4 ปีแล้ว คือเริ่มบังคับใช้เมื่อวันที่ 2 กันยายน พ.ศ. 2537

ซึ่งจากบุคคล 2 กลุ่มนี้ ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ได้แยกบุคคลเหล่านี้ออกเป็น 2 ประเภทคือ

(1) ผู้ประกันตนโดยบังคับ คือ ลูกจ้างที่ทำงานในสถานประกอบการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้กับกองทุนประกันสังคมตามที่สำนักงานประกันสังคมประกาศ โดยถือเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 ของ

พระราชบัญญัติประกันสังคม ในปัจจุบันผู้ประกันตนกลุ่มนี้จะได้รับความคุ้มครอง 7 กรณีคือ เจ็บป่วย คลอดบุตร ทูพพลภาพ ตาย สงเคราะห์บุตร ชราภาพ และว่างงาน

(2) ผู้ประกันตนโดยสมัครใจ คือ ผู้ที่ประสงค์จะสมัครเป็นสมาชิกของกองทุนประกันสังคม โดยในโครงการประกันสังคมได้เปิดโอกาสให้ลูกจ้างที่สิ้นสุดสภาพการทำงานและเคยเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 รวมทั้งได้ส่งเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 12 เดือน สามารถสมัครเป็นผู้ประกันตนโดยสมัครใจได้ภายใน 6 เดือนนับจากวันที่สิ้นสุดสภาพการทำงาน ตามมาตรา 39 ของพระราชบัญญัติประกันสังคม โดยผู้ประกันตนตามมาตรานี้จะได้รับความคุ้มครอง 6 กรณีคือ เจ็บป่วย คลอดบุตร ทูพพลภาพ ตาย สงเคราะห์บุตร และ ชราภาพ

นอกจากนี้ โครงการประกันสังคมยังเปิดโอกาสให้ผู้ที่มีขาดคุณสมบัติในการสมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 และมาตรา 39 แต่ประสงค์จะได้รับความคุ้มครองจากโครงการประกันสังคม สามารถสมัครเป็นผู้ประกันตนโดยสมัครใจได้โดยถือเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ของพระราชบัญญัติประกันสังคม ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อเปิดโอกาสให้แรงงานที่ประกอบวิชาชีพอิสระสามารถเข้าสมัครเป็นสมาชิกในโครงการประกันสังคมได้ ซึ่งผู้ประกันตนตามมาตรานี้จะได้รับความคุ้มครอง 3 กรณีคือ กรณีคลอดบุตร ทูพพลภาพ และตาย

ปัจจุบันโครงการประกันสังคมของประเทศไทยประกอบด้วย 2 กองทุน คือ กองทุนประกันสังคม (Social Security Fund – SSF) และกองทุนเงินทดแทน (Workmen’s Compensation Fund – WCF) โดยมีรายละเอียดดังนี้

(1) กองทุนประกันสังคม (Social Security Fund – SSF)

กองทุนประกันสังคมจัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างหลักประกันความมั่นคงในการดำรงชีวิตให้แก่ประชาชนโดยเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขร่วมกัน มีผลบังคับใช้ครั้งแรกในปี 2534 โดยให้ความคุ้มครองและหลักประกันแก่ลูกจ้างผู้ประกันตนที่ทำงานในสถานประกอบการที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดขึ้นทะเบียน โดยให้ลูกจ้างผู้ประกันตน นายจ้าง และรัฐบาล เป็นผู้จ่ายเงินสมทบ ซึ่งอัตราเงินสมทบจะคิดเป็นสัดส่วนของค่าจ้างและเปลี่ยนแปลงไปเป็นช่วงๆ

(1.1) การจ่ายผลประโยชน์ของกองทุนประกันสังคม

ในปัจจุบัน กองทุนประกันสังคม แบ่งการคุ้มครองออกเป็น 7 กรณี ตามประเภทกองทุน ซึ่งมีการเรียกเก็บอัตราเงินสมทบจากลูกจ้างและนายจ้างในอัตราที่แตกต่างกันไป และมีการบริหารจัดการเงินกองทุนที่แตกต่างกันในแต่ละกองทุน โดยผลประโยชน์ของกองทุนประกันสังคมสามารถแบ่งได้ตามกองทุนที่นายจ้างและลูกจ้างจ่ายเงินสมทบเข้าโดยสรุปได้ดังนี้

ตารางที่ 2.1 การแบ่งผลประโยชน์ของกองทุนประกันสังคม

เริ่มปี 2534	เริ่มปี 2542	เริ่มปี 2547
1. กรณีเจ็บป่วย (ที่ไม่ได้เกิดจากการทำงาน)	5. กรณีชราภาพ	7. กรณีว่างงาน
2. กรณีคลอดบุตร	6. กรณีสงเคราะห์บุตร	
3. กรณีทุพพลภาพ		
4. กรณีเสียชีวิต		

ที่มา : สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

(1.2) ประเภทของกองทุนประโยชน์ทดแทน

กองทุน 4 กรณี

เริ่มมีผลบังคับใช้ครั้งแรกในปี พ.ศ. 2534 โดยได้รวมสิทธิประโยชน์ทั้งสิ้น 4 กรณี ได้แก่ กรณีเจ็บป่วย กรณีคลอดบุตร กรณีทุพพลภาพ และกรณีเสียชีวิต โดยครอบคลุมสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป

1) กรณีเจ็บป่วย ผู้ประกันตนจะต้องจ่ายเงินสมทบในส่วน of กรณีเจ็บป่วย หรือประสบอันตรายมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือน ภายในระยะเวลา 15 เดือนก่อนวันรับบริการทางการแพทย์ โดยสิทธิประโยชน์ที่ได้รับประกอบด้วย

- บริการทางการแพทย์ รวมถึงค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคตามประกาศสำนักงานเรื่องหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

- เงินทดแทนการขาดรายได้
- การบำบัดทดแทนไต
- การปลูกถ่ายไขกระดูก
- ค่าบริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรม (ถอนฟัน อุดฟัน และ
ขูดหินปูน)

2) กรณีคลอดบุตร ผู้ประกันตนต้องมีการจ่ายเงินสมทบครบ 7 เดือนภายใน 15 เดือนก่อนเดือนที่คลอดบุตร โดยสามารถรับสิทธิได้ไม่เกิน 2 ครั้ง ผู้ประกันตนจะได้รับค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายกรณีคลอดบุตรในอัตรา 12,000 บาทต่อการคลอดบุตรหนึ่งครั้ง

3) กรณีทุพพลภาพ ผู้ประกันตนต้องมีการจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือนภายในระยะเวลา 15 เดือน โดยสิทธิประโยชน์ที่ได้รับประกอบด้วย

- ค่ารักษาพยาบาล จ่ายเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินเดือนละ 2,000 บาท
- เงินทดแทนการขาดรายได้ โดยได้รับในอัตราร้อยละ 50 ของค่าจ้างเป็นรายเดือนตลอดชีวิต ค่าอวัยวะเทียม / อุปกรณ์ / อุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค
- ค่าทำศพ กรณีผู้ประกันตนที่ทุพพลภาพถึงแก่ความตาย ผู้จัดการศพมีสิทธิได้รับค่า ทำศพ 30,000 บาท
- เงินสงเคราะห์กรณีผู้ประกันตนที่ทุพพลภาพถึงแก่ความตาย มีสิทธิได้รับดังนี้
 - ผู้ประกันตนจ่ายเงินสมทบมาแล้วตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป แต่ไม่ถึง 10 ปี จะได้รับเงินสงเคราะห์เท่ากับค่าจ้างเฉลี่ยหนึ่งเดือนครึ่ง
 - ผู้ประกันตนจ่ายเงินสมทบมาแล้วตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป จะได้รับเงินสงเคราะห์เท่ากับค่าจ้างเฉลี่ยห้าเดือน

4) กรณีเสียชีวิต ผู้ประกันตนต้องมีการจ่ายเงินสมทบในส่วนของกรณีตายมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 เดือนภายในระยะเวลา 6 เดือน โดยบุคคลที่ถูกกำหนดให้เป็นผู้รับประโยชน์ หรือบิดามารดา คู่สมรส และบุตรของผู้ประกันตน จะได้รับสิทธิประโยชน์ดังนี้

- ผู้มีสิทธิได้รับค่าทำศพ 40,000 บาท
- ผู้มีสิทธิมีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์กรณีตาย ดังนี้
 - ผู้ประกันตนจ่ายเงินสมทบมาแล้วตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป แต่ไม่ถึง 10 ปี จะได้รับเงินสงเคราะห์เท่ากับค่าจ้างเฉลี่ยหนึ่งเดือนครึ่ง
 - ผู้ประกันตนจ่ายเงินสมทบมาแล้วตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป จะได้รับเงินสงเคราะห์เท่ากับค่าจ้างเฉลี่ยห้าเดือน

กองทุน 2 กรณี

เริ่มบังคับใช้เมื่อวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2542 รวมสิทธิประโยชน์ทั้งสิ้น 2 กรณี ได้แก่ กรณีสงเคราะห์บุตร และกรณีชราภาพ เพื่อเป็นการบรรเทาภาระในการเลี้ยงดูบุตรของผู้ประกันตนและเป็นการออมผูกพันแบบบังคับ (Compulsory Saving) ต้องการให้ผู้เกษียณอายุมีรายได้ไว้ใช้จ่ายยามหลังเกษียณอายุ โดยกำหนดการจ่ายผลประโยชน์ทดแทนที่แน่นอน (Defined Benefits) ให้แก่ผู้ประกันตนในรูปแบบบำนาญชราภาพ (รับเป็นเงินก้อนครั้งเดียว) และบำนาญชราภาพ (รับเป็นรายเดือนจนถึงแก่กรรม) โดยสมาชิกกองทุนจะได้รับผลประโยชน์จากกองทุนเมื่อเกษียณอายุ (ปัจจุบันกำหนดที่ 55 ปี)

หรือ ที่เรียกว่า การจ่ายผลประโยชน์ทดแทนที่แน่นอนตามสูตรที่กำหนดไว้ให้แก่ผู้ประกันตนเมื่อออกจากงานเนื่องจากเกษียณอายุ (Pay As You Go: PAYG) โดยมีรายละเอียดของสิทธิประโยชน์ดังนี้

5) กรณีสงเคราะห์บุตร ผู้ประกันตนต้องมีการจ่ายเงินสมทบในส่วนของการสงเคราะห์บุตรมาแล้วไม่น้อยกว่า 12 เดือน ภายในระยะเวลา 36 เดือน ก่อนเดือนที่มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทน โดยจะได้รับเงินสงเคราะห์บุตรเหมาจ่ายรายเดือน เดือนละ 350 บาทต่อบุตรที่ชอบด้วยกฎหมายหนึ่งคนซึ่งมีอายุไม่เกิน 6 ปีบริบูรณ์ ได้รับคราวละไม่เกิน 2 คน

6) กรณีชราภาพ แบ่งออกเป็นกรณีบำเหน็จชราภาพ และบำนาญชราภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

6.1) บำเหน็จชราภาพ

เงื่อนไขการเกิดสิทธิกรณีบำเหน็จชราภาพ:

1. จ่ายเงินสมทบไม่ครบ 180 เดือน
2. ความเป็นผู้ประกันตนสิ้นสุดลง
3. มีอายุครบ 55 ปีบริบูรณ์ หรือเป็นผู้ทุพพลภาพ หรือถึงแก่ความตาย

ประโยชน์ทดแทนกรณีบำเหน็จชราภาพ:

1. กรณีที่มีการจ่ายเงินสมทบต่ำกว่า 12 เดือน ได้รับเงินบำเหน็จชราภาพ เท่ากับจำนวนเงินสมทบที่ผู้ประกันตนจ่ายเงินสมทบ เพื่อการจ่ายประโยชน์ทดแทนในกรณีสงเคราะห์บุตร และกรณีชราภาพ

2. กรณีที่มีการจ่ายเงินสมทบตั้งแต่ 12 เดือนขึ้นไป ได้รับเงินบำเหน็จชราภาพ เท่ากับจำนวนเงินสมทบที่ผู้ประกันตนและนายจ้างจ่ายเงินสมทบ เพื่อการจ่ายประโยชน์ทดแทนในกรณีสงเคราะห์บุตรและกรณีชราภาพ พร้อมผลประโยชน์ตอบแทน ตามที่สำนักงานประกันสังคมประกาศกำหนด

3. กรณีผู้รับเงินบำนาญชราภาพถึงแก่ความตายภายใน 60 เดือน นับแต่เดือนที่มีสิทธิได้รับเงินบำนาญชราภาพให้จ่ายเงินบำเหน็จชราภาพจำนวน 10 เท่าของเงินบำนาญชราภาพรายเดือนที่ได้รับคราวสุดท้ายก่อนถึงแก่ความตาย

6.2) บำนาญชราภาพ

เงื่อนไขการเกิดสิทธิกรณีบำนาญชราภาพ

1. จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 180 เดือนไม่ว่าระยะเวลา 180 เดือนจะติดต่อกันหรือไม่ก็ตาม
2. มีอายุครบ 55 ปีบริบูรณ์

3. ความเป็นผู้ประกันตนสิ้นสุดลง

ประโยชน์ทดแทนกรณีบำนาญชราภาพ:

1. กรณีจ่ายเงินสมทบมาแล้ว ไม่น้อยกว่า 180 เดือน มีสิทธิได้รับเงินบำนาญชราภาพเป็นรายเดือนในอัตราร้อยละ 20 ของค่าจ้างเฉลี่ย 60 เดือนสุดท้ายที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณเงินสมทบก่อนความเป็นผู้ประกันตนสิ้นสุดลง

2. กรณีที่มีการจ่ายเงินสมทบเกิน 180 เดือน ให้ปรับเพิ่มอัตราบำนาญชราภาพตามข้อ 1 ขึ้นอีกในอัตราร้อยละ 1.5 ต่อระยะเวลาการจ่ายเงินสมทบทุก 12 เดือน สำหรับระยะเวลาที่จ่ายเงินสมทบเกินกว่า 180 เดือน

ผลประโยชน์ทดแทนกรณีบำนาญชราภาพ อาจแสดงได้ตามสูตรการคำนวณดังนี้

$$\text{เงินบำนาญ} = \text{ค่าจ้างเฉลี่ย 60 เดือนสุดท้าย} * \frac{(20 + (\text{จำนวนปีที่มีการจ่ายเงินสมทบ} \times 1.5))}{100}$$

100

กองทุนกรณีว่างงาน

เริ่มประกาศบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2547 กองทุนนี้ให้ความคุ้มครองลูกจ้างในกลุ่มเดียวกับกองทุนประกันสังคมปัจจุบัน เมื่อผู้ประกันตนต้องหยุดงาน เนื่องจากนิดิสัมพันธ์ระหว่างนายจ้าง และลูกจ้างตามสัญญาจ้างแรงงานสิ้นสุดลง และต้องเป็นผู้อยู่ในเงื่อนไขต่อไปนี้

1. ได้จ่ายเงินสมทบกรณีว่างงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน และต้องอยู่ภายในระยะเวลา 15 เดือนก่อนการว่างงาน

2. เป็นผู้มีความสามารถในการทำงาน พร้อมทั้งจะทำงานที่จัดหาให้หรือต้องไม่ปฏิเสธการฝึกงาน และได้ขึ้นทะเบียนที่สำนักงานจัดหางานของรัฐ โดยต้องไปรายงานตัวไม่น้อยกว่าเดือนละครั้ง

3. ต้องมิใช่ถูกเลิกจ้าง เนื่องจากทุจริตต่อหน้าที่หรือกระทำความผิดอาญาโดยเจตนาแก่นายจ้าง หรือจงใจทำให้นายจ้างได้รับความเสียหาย หรือฝ่าฝืนข้อบังคับหรือระเบียบเกี่ยวกับการทำงาน หรือคำสั่งอันชอบด้วยกฎหมายในกรณีร้ายแรง หรือทิ้งหน้าที่เป็นเวลา 7 วันทำงานติดต่อกัน โดยไม่มีเหตุอันสมควร หรือประมาทเลินเล่อเป็นเหตุให้นายจ้างได้รับความเสียหายอย่างร้ายแรง หรือได้รับโทษจำคุกตามคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่โทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ

4. ต้องมิใช่ผู้มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนกรณีชราภาพ

5. ว่างานมาแล้ว 7 วัน โดยจะมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนการว่างงานตั้งแต่วันที่ 8 นับแต่วันว่างงานจากการทำงานกับนายจ้างรายสุดท้าย

ประโยชน์ทดแทนกรณีว่างงาน: ลูกจ้างซึ่งเป็นผู้ประกันตนที่มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนกรณีว่างงานมีสิทธิได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ในอัตราดังต่อไปนี้

1. กรณีถูกเลิกจ้าง ได้รับอัตราร้อยละ 50 ของค่าจ้าง ครั้งละไม่เกิน 180 วัน ภายในรอบระยะเวลา 1 ปีปฏิทิน

2. กรณีลาออก ได้รับในอัตราร้อยละ 30 ของค่าจ้าง ครั้งละไม่เกิน 90 วัน ภายในรอบระยะเวลา 1 ปีปฏิทิน

กรณีอื่นขอรับประโยชน์ทดแทนการขาดรายได้ตาม 1. และ 2. เกินกว่า 1 ครั้ง ภายในปีปฏิทิน ให้นับระยะเวลาการรับเงินทดแทนการขาดรายได้ทุกครั้งรวมกันไม่เกิน 180 วัน โดยกองทุนประกันสังคมจะจ่ายเงินทดแทนการขาดรายได้ เมื่อผู้ขอรับประโยชน์ทดแทนกลับเข้าเป็นลูกจ้าง

(1.3) การจัดเก็บเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคม

สำนักงานประกันสังคมจึงจัดเก็บเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมเพื่อให้ความคุ้มครองแก่ผู้ประกันตน ในสัดส่วนที่เหมาะสมดังนี้

1) ผู้ประกันตนภาคบังคับตามกฎหมายมาตรา 33 โดยเรียกเก็บเงินสมทบจากนายจ้างและผู้ประกันตนเท่าๆกัน คือ ฝ่ายละร้อยละ 5 ของค่าจ้าง ประกอบด้วย เงินสมทบสำหรับประโยชน์ทดแทน 4 กรณี (เจ็บป่วย คลอดบุตร ทูพพลภาพ และตาย) ในอัตราร้อยละ 1.5 ของค่าจ้าง เงินสมทบสำหรับประโยชน์ทดแทน 2 กรณี (สงเคราะห์บุตร และชราภาพ) ในอัตราร้อยละ 3 ของค่าจ้าง และ เงินสมทบสำหรับประโยชน์ทดแทนกรณีว่างงานฝ่ายละร้อยละ 0.5 ของค่าจ้าง

ส่วนรัฐบาลสนับสนุนเงินสมทบให้ในอัตราร้อยละ 2.75 แยกเป็นร้อยละ 1.5 สำหรับประโยชน์ทดแทน 4 กรณี ร้อยละ 1 สำหรับประโยชน์ทดแทน 2 กรณี และร้อยละ 0.25 สำหรับประโยชน์ทดแทนกรณีว่างงาน (กฎหมายกำหนดให้เก็บได้สูงสุดไม่เกินร้อยละ 5) ดังปรากฏในตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2 อัตราเงินสมทบปี 2534-2550

เริ่มปี 2534	2534-2541	2542	2543-2545	2546	2547-2550
4 กรณี (เจ็บป่วย คลอดบุตร ทูพพลภาพ และตาย)	4.5%	3%	3%	3%	4.5%
นายจ้าง	1.5%	1%	1%	1%	1.5%
ลูกจ้าง	1.5%	1%	1%	1%	1.5%
รัฐบาล	1.5%	1%	1%	1%	1.5%
2 กรณี (สงเคราะห์บุตรและชราภาพ)	-	3%	5%	7%	7%
นายจ้าง	-	1%	2%	3%	3%
ลูกจ้าง	-	1%	2%	3%	3%
รัฐบาล	-	1%	1%	1%	1%
กรณีว่างงาน	-	-	-	-	1.25%
นายจ้าง	-	-	-	-	0.5%
ลูกจ้าง	-	-	-	-	0.5%
รัฐบาล	-	-	-	-	0.25%
รวมนายจ้าง	1.5%	2%	3%	4%	5%
รวมลูกจ้าง	1.5%	2%	3%	4%	5%
รวมรัฐบาล	1.5%	2%	2%	2%	2.75%
รวมทุกกรณี	4.5%	6%	8%	10%	12.75%

ที่มา : สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

หมายเหตุ : กรณีสงเคราะห์บุตร เริ่มบังคับใช้ในเดือนเมษายน 2542

กรณีว่างงาน เริ่มบังคับใช้ในเดือนมกราคม ปี2547

2) ผู้ประกันตนโดยสมัครใจตามมาตรา 39 โดยเรียกเก็บเงินสมทบเดือนละ 432 บาท จำแนกเป็น เงินสมทบสำหรับประโยชน์ทดแทน 4 กรณี (เจ็บป่วย คลอดบุตร ทูพพลภาพ และตาย) เป็นเงิน 144 บาท และเงินสมทบสำหรับประโยชน์ทดแทน 2 กรณี (สงเคราะห์บุตร ชราภาพ) เป็นเงิน 288 บาท โดยรัฐบาลจ่ายสมทบให้อีกเดือนละ 120 บาท

3) ผู้ประกันตนตามมาตรา 40 โดยจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมปีละ 3,360 บาท

(2) กองทุนเงินทดแทน (Workmen's Compensation Fund – WCF)

กองทุนเงินทดแทนนับเป็นก้าวแรกของโครงการประกันสังคม ที่ให้หลักประกันแก่ลูกจ้างกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยด้วยโรคอันเนื่องมาจากการทำงาน กองทุนเงินทดแทนเป็นกองทุนตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 โดยให้ความคุ้มครองและหลักประกันแก่ลูกจ้างที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ทุพพลภาพ ตาย อันเนื่องมาจากการทำงาน โดยกำหนดให้สถานประกอบการซึ่งเป็นนายจ้างที่มีหรือเคยมีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไปต้องขึ้นทะเบียนและนายจ้างจะเป็นผู้จ่ายเงินสมทบแต่เพียงผู้เดียวโดยนำส่งปีละ 1 ครั้งภายในเดือนมกราคมของทุกปี ซึ่งอัตราเงินสมทบจะคิดเป็นสัดส่วนกับค่าจ้างโดยถูกกำหนดเป็นสองอัตราตามจำนวนปีที่ลงทะเบียนดังนี้

(2.1) อัตราเงินสมทบหลัก (Basic Rates) คือ การเก็บเงินสมทบในช่วง 4 ปีแรกของการขึ้นทะเบียนกองทุนเงินทดแทน โดยอยู่ระหว่างร้อยละ 0.2-1.0 ของค่าจ้าง ซึ่งการเก็บเงินสมทบจะแตกต่างกันตามสภาพความเสี่ยงภัยจากการทำงานของลูกจ้างในแต่ละประเภทกิจการ

(2.2) อัตราเงินสมทบตามค่าประสบการณ์ (Experience Rates) คือ อัตราเงินสมทบหลังจากนายจ้างขึ้นทะเบียนและจ่ายเงินสมทบไปแล้ว 4 ปีติดต่อกัน (เมื่อขึ้นปีที่ 5) สำนักงานประกันสังคมจะคำนวณหาอัตราเงินสมทบประจำปีของนายจ้างแต่ละราย ซึ่งอาจจะได้รับการเพิ่มหรือลดอัตราเงินสมทบขึ้นอยู่กับสถิติการประสบอันตรายที่เกิดขึ้นกับลูกจ้างในช่วง 4 ปีที่ผ่านมา

สถานประกอบการใดดูแลเอาใจใส่เรื่องความปลอดภัยในการทำงานและมีสถิติการขอรับเงินทดแทนต่ำ สถานประกอบการเหล่านั้นจะได้รับการปรับลดเงินสมทบลงตั้งแต่ร้อยละ 20 – ร้อยละ 80 ในทางกลับกันหากสถานประกอบการใดปล่อยปละละเลยจนทำให้เกิดอุบัติเหตุจากการทำงานมากขึ้นและมีสถิติการขอรับเงินทดแทนจำนวนมาก สถานประกอบการเหล่านั้นก็จะถูกปรับเงินสมทบให้สูงขึ้นตั้งแต่ร้อยละ 20 – ร้อยละ 150 เพื่อเป็นการกระตุ้นให้นายจ้างเห็นความสำคัญของการดูแลความปลอดภัยในการทำงานให้แก่ลูกจ้างของตน ผู้ที่อยู่ในข่ายได้รับความคุ้มครองคือ ลูกจ้างของสถานประกอบการที่ขึ้นทะเบียนกับกองทุนเงินทดแทนโดยได้รับความคุ้มครอง 3 กรณีคือ ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ทุพพลภาพ และตาย อันเนื่องมาจากการทำงานหรือรักษาผลประโยชน์ให้นายจ้าง อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ลูกจ้างในสถานประกอบการที่ไม่เข้าข่ายต้องขึ้นทะเบียนกองทุนเงินทดแทนประสบเหตุตามความคุ้มครอง 3 กรณีดังกล่าว และได้มีการร้องเรียนจากลูกจ้างหรือสำนักงานประกันสังคมตรวจพบ ทางกองทุนเงินทดแทนจะดำเนินการวินิจฉัยออกคำสั่งให้นายจ้างจ่ายเงินทดแทนแก่ลูกจ้างตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537

2.2 ความเป็นมาและลักษณะการดำเนินงานของโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2.2.1 ความเป็นมาของโครงการ

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเริ่มต้นขึ้นในเดือนเมษายน 2544 โดยการริเริ่มและผลักดันของรัฐบาลภายใต้การนำของ พ.ต.ท. ทักษิณ ชินวัตร ที่จัดให้โครงการนี้เป็นหนึ่งในนโยบายที่สำคัญและเร่งด่วน โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสร้างโอกาสในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกันให้แก่ประชาชน ในช่วงแรกได้จัดทำเป็นโครงการนำร่องใน 6 จังหวัด ประกอบด้วย ปทุมธานี สมุทรสาคร นครสวรรค์ พะเยา ยโสธร และยะลา ต่อมาได้ขยายโครงการในจังหวัดนำร่องกลุ่มที่ 2 ครอบคลุม 15 จังหวัด ได้แก่ นนทบุรี สระบุรี สระแก้ว เพชรบุรี นครราชสีมา สุรินทร์ หนองบัวลำภู อำนาจเจริญ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ สุโขทัย แพร่ เชียงใหม่ ภูเก็ตและนราธิวาส และสามารถดำเนินโครงการได้ครบทั่วประเทศเมื่อวันที่ 1 เมษายน 2545 และมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เมื่อวันที่ 19 พฤศจิกายน 2545

โครงการนี้มักมีผู้เรียกว่า “โครงการ 30 บาท” เนื่องจากมีคำขวัญในช่วงแรกว่า “30 บาท รักษาทุกโรค” และประชาชนจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการ 30 บาทต่อครั้ง อย่างไรก็ตาม ภายหลังจากที่รัฐบาลของ พ.ต.ท. ทักษิณฯ ถูกยึดอำนาจในวันที่ 19 กันยายน 2549 รัฐบาลต่อมาภายใต้การนำของ พล.อ. สุรยุทธ์ จุลานนท์ ได้ยกเลิกการเก็บค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการ 30 บาทต่อครั้ง ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2549 เป็นต้นมา

2.2.2 ลักษณะการดำเนินการของโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช. เป็นองค์กรอิสระภายใต้กระทรวงสาธารณสุขที่มีการบริหารในรูปแบบคณะกรรมการได้ถูกจัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เพื่อทำหน้าที่เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นอกจากนี้ภายใต้ พรบ. ดังกล่าวยังได้มีการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและลดรายจ่ายโดยรวมของประเทศและประชาชนในการดูแลรักษาสุขภาพ ตลอดจนสร้างโอกาสในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน

ในการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สปสช. ทำหน้าที่เปรียบเสมือนผู้ซื้อประกันสุขภาพจากสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชนผู้มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยใช้เงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับแหล่งที่มาของเงินกองทุนนั้น ถึงแม้ว่ากองทุนฯ จะมีแหล่งรายได้ถึง 8 แห่ง ตาม พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 (ภาคผนวก 1) แต่ในทางปฏิบัตินับแต่เริ่มโครงการ (ปีงบประมาณ 2545) จนถึงปัจจุบัน (ปีงบประมาณ

2551) กองทุนมีที่มาของรายได้จากงบประมาณประจำปีเพียงแหล่งเดียว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวีย์พร พัทธนกุล และคณะ (2549) ที่พบว่าในทางปฏิบัติงบประมาณประจำปีเป็นแหล่งรายได้ที่มีความเป็นไปได้มากที่สุด

ด้านรายรับของกองทุนฯ สปสช. จะเป็นผู้กำหนดวงเงินอุดหนุนที่จะขอรับจากงบประมาณ โดยจะทำการประมาณการค่าใช้จ่ายรายหัวและจำนวนประชากรผู้มีสิทธิ (ประชากร UC) ตลอดจนคำนวณค่าใช้จ่ายสำหรับโครงการฯ ในแต่ละปี เพื่อขอเงินอุดหนุนจากงบประมาณแผ่นดิน สำหรับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (หน่วยรับงบประมาณ) ทั้งนี้ ตั้งแต่ปี 2550 ได้มีการให้สิทธิประโยชน์เรื่อง ยารักษาโรคเอดส์แก่ประชาชน ซึ่งสำนักงานงบประมาณจะจัดสรรค่าใช้จ่ายในส่วนของการจ่ายต่างหากจากค่าใช้จ่ายรายหัวให้แก่กองทุนฯ ดังนั้น รายจ่ายเงินอุดหนุนจากงบประมาณจึงประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ รายจ่ายจากค่าใช้จ่ายรายหัว และ รายจ่ายค่ายาโรคเอดส์และโรคไตวายเรื้อรัง

ในส่วนรายจ่ายของกองทุนฯ สปสช. จะเป็นผู้กำหนดอัตราการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาล ซึ่งเปรียบเสมือนผู้รับทำประกันสุขภาพของประชาชนผู้มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยในส่วนของการจ่าย สปสช. จะแบ่งเป็น 13 กองทุนย่อย ดังปรากฏในตารางที่ 2.3 ซึ่งจะเห็นได้ว่าการเพิ่มค่าใช้จ่ายต่างๆ ตามลำดับตามรายรับจากค่าใช้จ่ายรายหัวที่ สปสช. ได้รับเพิ่มขึ้นในแต่ละปี แต่อย่างไรก็ดี ข้อมูลที่ปรากฏในตารางที่ 2.3 นี้ เป็นข้อมูลในภาพรวมของประเทศที่กำหนดโดย สปสช. ซึ่งในทางปฏิบัติ สปสช. จะจ่ายเงินค่าใช้จ่ายในภาพรวมของแต่ละจังหวัดไปที่จังหวัดและให้จังหวัดเป็นผู้กำหนดเกณฑ์ในการจัดสรรกันเอง ดังนั้นข้อมูลค่าใช้จ่ายสำหรับ 13 กองทุนย่อยของแต่ละจังหวัดจะมีความแตกต่างกันไป นอกจากนี้ สปสช. ยังได้มีการปรับปรุงวิธีการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญได้แก่ การปรับปรุงการจ่ายเงินแก่โรงพยาบาลในปีงบประมาณ 2551 ในส่วนของการบริการผู้ป่วย ใน อื่น สปสช. ได้รับเงินอุดหนุนเหมาจ่ายรายหัวจากรัฐบาลตามจำนวนประชากรผู้มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่ในการบริหารจัดการเงินกองทุนดังกล่าว สปสช. เหมาจ่ายรายหัวแก่โรงพยาบาล (สำหรับการรักษาพยาบาล) เฉพาะในส่วนของการบริการผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกจนถึงปีงบประมาณ 2550 เท่านั้น และตั้งแต่ปีงบประมาณ 2551 สปสช. เหมาจ่ายรายหัวแก่โรงพยาบาลเฉพาะในส่วนของการบริการผู้ป่วยนอก สำหรับการบริการผู้ป่วยในจะใช้ระบบวินิจฉัยโรครวม (Diagnosis Related Group: DRG) เป็นหลัก

ระบบวินิจฉัยโรครวม (DRG) เป็นระบบที่ใช้ในประเทศสหรัฐอเมริกาและออสเตรเลียที่จำแนกการรักษาออกเป็นกลุ่มๆ ตามการใช้ทรัพยากรในการรักษา การจัดกลุ่มแบบ DRG นี้ ถูกพัฒนาขึ้นครั้งแรกโดย The Health Care Financing Administration (HCFA) หรือที่ในปัจจุบันเรียกว่า The Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) เพื่อใช้ในการกำหนดจำนวนเงินที่ CMS จะจ่ายให้แก่โรงพยาบาล สำหรับการรักษาผู้ที่อยู่ในระบบประกัน Medicare ของประเทศสหรัฐอเมริกา

ตารางที่ 2.3 โครงสร้างการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ปีงบประมาณ 2546-2551 (การจัดสรรงบค่าใช้จ่ายรายหัว)

ประเภทบริการ	2546	2547	2548	2549	2550	2551
1. บริการผู้ป่วยนอก (OP)	574	488.2	533.01	585.11	645.52	645.52
2. บริการผู้ป่วยใน (IP)	303	418.3	435.01	460.35	513.96	845.08
3. บริการส่งเสริมป้องกัน (PP)	175	206	210	224.89	248.04	253.01
4. บริการอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน (AE)	25	19.7	24.73	52.07	51.02	44.61
5. บริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง (HC)	32	66.3	99.48	190	209.59	100.65
6. บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)	6	10	6	6	10	12
7. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ คนพิการ	4	-	4	4	4	4
8. งบลงทุนเพื่อการทดแทน	83.4	85	76.8	129.25	142.55	143.73
9. งบจัดสรรให้พื้นที่ทุกกันดาร		10	7.07	7	30	30
10. เงินช่วยเหลือเบื้องต้น		5	0.2	0.53	0.53	ใช้งบคงเหลือ
11. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ให้บริการ					0.4	0.4
12. คุณภาพบริการ					20	20
13. ขดเซชยกเล็กเก็บค่าธรรมเนียม 30 บาท					24.11	1*
รวม (บาท/ประชากร)	1,202.40	1,308.50	1,396.30	1,659.20	1,899.69	2,100.00

หมายเหตุ * เป็นเงินสบทบค่าบริการการแพทย์แผนไทย/ทางเลือก

ที่มา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำหรับหลักเกณฑ์ในการปฏิบัติ สปสช. จะกำหนดค่าน้ำหนักสัมพัทธ์มาตรฐานของแต่ละการรักษา เช่น การผ่าตัดไส้ติ่งมีน้ำหนักสัมพัทธ์ 0.7 เป็นต้น และมีการกำหนดค่าใช้จ่ายมาตรฐานต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ เช่น 8,000 บาท ต่อ 1 น้ำหนักสัมพัทธ์ เป็นต้น และเมื่อมีการรักษาพยาบาลของผู้มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โรงพยาบาลจะเก็บรวบรวมข้อมูลของการรักษาและสรุปค่าน้ำหนักสัมพัทธ์รวมของการรักษาทั้งหมดในแต่ละเดือนนำเสนอ สปสช. เพื่อขอรับเงินค่ารักษาพยาบาล แต่เนื่องจากจำนวนเงินที่ สปสช. ได้รับจากการอุดหนุนและจัดสรรไว้สำหรับการรักษาผู้ป่วยในมีจำกัด ดังนั้นในทางปฏิบัติ สปสช. จะนำเงินงบประมาณที่จัดสรรสำหรับผู้ป่วยในทั้งหมดหาร 12 เป็นงบประมาณการรักษาผู้ป่วยในสำหรับแต่ละเดือน จากนั้นนำค่าน้ำหนักสัมพัทธ์รวมในแต่ละเดือนสำหรับการรักษาผู้มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของทุกโรงพยาบาลในแต่ละเดือนมาหาร เพื่อคำนวณหาค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ในเดือนนั้นๆ ซึ่งอาจจะไม่เท่ากับค่าใช้จ่ายมาตรฐานต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ก็ได้

(หมายเหตุ จากการศึกษาคูณพบว่า ค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ที่คำนวณได้ โดยมากจะน้อยกว่าค่าใช้จ่ายมาตรฐานต่อน้ำหนักสัมพัทธ์) จากนั้นจึงคำนวณเงินค่ารักษาผู้ป่วยในของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อจัดสรรเงินให้แก่โรงพยาบาลในเดือนนั้นๆ ต่อไป ซึ่งการจัดสรรเงินค่ารักษาผู้ป่วยในด้วยวิธีนี้ ทำให้ สปสช. สามารถจำกัดรายจ่ายสำหรับผู้ป่วยในให้อยู่ในวงเงินงบประมาณได้ และเมื่อผนวกกับวิธีการจัดสรรงบประมาณสำหรับกองทุนย่อยอื่นๆ อีก 12 กองทุนที่ สปสช. เหม่าจ่ายภายในวงเงินงบประมาณที่ได้รับการจัดสรร ทำให้ สปสช. ไม่มีความเสี่ยงในการบริหารจัดการโครงการฯ และสามารถรักษฐานะทางการเงินของโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้มีรายรับเท่ากับรายจ่ายได้ทุกปี แต่อย่างไรก็ดี ภาระความเสี่ยงในการบริหารจัดการโครงการฯ ไม่ได้หมดไป แต่ถูกโอนไปยังผู้ให้บริการหรือโรงพยาบาลที่จะต้องบริหารจัดการให้ได้บริการที่ดีและมีคุณภาพแก่ผู้มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภายในงบประมาณที่ได้รับการจัดสรร

สำหรับการจัดสรรงบประมาณของกองทุนฯ ในปัจจุบัน สามารถสรุปได้ดังนี้

(1) สิทธิประโยชน์ทั่วไป บริหารโดยใช้ระบบ Budget Ceiling โดยใช้งบประมาณจากค่าใช้จ่ายรายหัว

(2) โรคเอดส์ สำนักงบประมาณจัดสรรงบประมาณให้ต่างหากเริ่มตั้งแต่ปี 2550²

(3) ไตวายเรื้อรัง สำนักงบประมาณจัดสรรงบประมาณต่างหาก เริ่มตั้งแต่ปี 2551³

ในส่วนของสถานพยาบาลที่เป็นคู่สัญญาให้บริการสุขภาพสามารถแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

(1) หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary care, CUP) เป็นหน่วยบริการที่ประชาชนเลือกขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลประจำตัว เพื่อเข้ารับการรักษายาบาลเป็นผู้ป่วยนอกโดยอาจจัดบริการโดยสถานพยาบาลหน่วยเดียว หรือจัดเป็นเครือข่ายหน่วยบริการย่อยร่วมกันให้บริการก็ได้ ซึ่งหน่วยคู่สัญญาระดับปฐมภูมิอาจเป็นคลินิก โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลศูนย์ก็ได้

(1) หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับทุติยภูมิ (Contracting Unit for Secondary care, CUS) เป็นหน่วยบริการสุขภาพที่ให้บริการผู้ป่วยในเป็นหลัก โดยรับผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อรับการรักษายาบาลเป็นผู้ป่วยใน

(2) หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับตติยภูมิ (Contracting unit for Tertiary care, CUT) เป็นหน่วยบริการเฉพาะทางที่ให้การรักษายาบาลที่ต้องใช้เทคโนโลยีและมีค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลสูง ซึ่งอาจเป็นโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย หรือสถาบันที่ดูแลรักษาโรคเฉพาะทางต่างๆ

² แต่เนื่องจากในปี 2550 ไม่ได้มีการตั้งงบประมาณไว้ จึงใช้วิธี เจียคงงบประมาณจากค่าใช้จ่ายรายหัว

³ แต่ในปี 2551 ให้ใช้วิธีเจียคงงบประมาณจากค่าใช้จ่ายรายหัวไปพลางก่อน

สำหรับการเข้ารับบริการ ผู้มีสิทธิจะเข้ารับบริการได้เฉพาะสถานพยาบาลที่เป็นคู่สัญญา ระดับปฐมภูมิที่ได้เลือกขึ้นทะเบียนไว้เท่านั้น ยกเว้นแต่ในกรณีฉุกเฉิน (ปีละ 2 ครั้ง) หรือได้รับการส่งต่อจากสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิฯ เพื่อรับการรักษาที่สถานพยาบาลอื่น

2.3 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการประเมินภาระทางการคลัง

ภาระทางการคลังเป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งที่จะก่อให้เกิดความเข้มแข็งหรือความอ่อนแอ ทางด้านการคลัง เนื่องจากภาระทางการคลังเป็นรายจ่ายที่รัฐบาลจะต้องจ่ายออกจากเงินงบประมาณ ซึ่งหาก รัฐบาลมีภาระทางการคลังเป็นจำนวนมากเมื่อเทียบกับวงเงินงบประมาณ ไม่เพียงแต่รัฐบาลจะเสียโอกาส ในการนำเงินจำนวนดังกล่าวมาใช้ในการลงทุนเพื่อการพัฒนาประเทศเท่านั้น และจะส่งผลให้รัฐบาลขาด ความเข้มแข็งทางด้านการคลังได้

Polackova (1998) ได้จำแนกภาระทางการคลัง ดังนี้

(1) ภาระการคลังที่แน่นอน (**Direct Liabilities**) หรือพันธะที่รัฐบาลจะต้องจ่ายเงินเมื่อครบกำหนดอย่างแน่นอน โดยสามารถจำแนก เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

- **แบบชัดเจน** เป็นภาระของรัฐบาลโดยตรงซึ่งมีกฎหมายรองรับไว้อย่างชัดเจน การกู้ยืมของ รัฐบาลตามวัตถุประสงค์ต่าง ๆ รวมทั้งรายจ่ายประจำที่ต้องจ่ายแน่นอน เช่น เงินเดือน ค่าจ้าง และเงินบำนาญบำนาญที่จ่ายให้แก่ข้าราชการในปัจจุบัน

- **แบบโดยนัย** เป็นรายจ่ายที่ต้องจ่ายแน่นอนในอนาคต เช่น รายจ่ายบำนาญให้แก่ข้าราชการที่จะเกษียณในอนาคต รายจ่ายค่าผลประโยชน์ให้แก่ผู้ประกันตนในอนาคตของกองทุนประกันสังคม เป็นต้น

(2) ภาระการคลังที่อาจจะเกิดขึ้น หรือ ภาระเสี่ยง (**Contingent Liabilities**) หรือพันธะที่ต้องจ่ายเงิน หากเหตุการณ์บางอย่างเกิดขึ้น เช่น หากเกิดการฉ้อฉลชำระหนี้ ทำให้รัฐบาลต้องจ่ายหนี้แทน โดยสามารถจำแนก เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

- **แบบชัดเจน** ได้แก่ การค้ำประกันของรัฐบาลให้แก่รัฐวิสาหกิจ และเอกชนต่าง ๆ
- **แบบโดยนัย** ได้แก่ การรับภาระความเสียหาย หรือค่าใช้จ่ายที่นอกเหนือจากที่รัฐบาลค้ำประกันไว้ เนื่องจากเป็นหน้าที่ของรัฐบาล เช่น การเกิดภัยธรรมชาติ หรือจากแรงกดดันทางการเมือง เช่น การรับภาระหนี้ของรัฐวิสาหกิจ หรือเอกชน ทั้ง ๆ ที่รัฐบาลไม่ได้ค้ำประกันตั้งแต่ต้น

ทั้งนี้ หลักการในการจำแนกภาระทางการคลังดังกล่าวสามารถแสดงในรูปของกรอบความเสี่ยงทางด้านการคลัง (**Government Fiscal Risk Matrix**) ดังปรากฏในแผนภาพที่ 2.4

ตารางที่ 2.4 กรอบความเสี่ยงทางการคลัง (Government Fiscal Risk Matrix)

	ภาระการคลังอย่างแน่นอน (Direct Liabilities) ต้องชำระแน่นอนเมื่อถึงกำหนด	ภาระการคลังที่อาจจะเกิดขึ้น หรือ ภาระเสี่ยง (Contingent Liabilities) ต้องชำระหากเหตุการณ์บางอย่างเกิดขึ้น
แบบชัดเจน (Explicit) เป็นภาระของรัฐบาลโดยตรง ตามกฎหมาย	-การกู้ยืมโดยตรง/การออกพันธบัตรของรัฐบาล -ภาระค่าใช้จ่ายประจำตัวต่าง ๆ เช่น เงินเดือนและบำนาญ - การจ่ายผลประโยชน์ทดแทนให้แก่ผู้ประกันตนจากกองทุนประกันสังคมที่จะเกิดขึ้นในอนาคต	-การค้ำประกันหนี้ของรัฐวิสาหกิจ -การประกันความเสี่ยงทางการค้า อัตราแลกเปลี่ยน หรือการประกันภัยอื่น ๆ - การค้ำประกันการจ่ายผลประโยชน์ทดแทนให้แก่ผู้ประกันตนจากกองทุนประกันสังคมเมื่อกองทุนฯ มีเงินกองทุนไม่เพียงพอในการจ่ายผลประโยชน์ทดแทน
แบบโดยนัย (Implicit) พันธกิจนอกเหนือกฎหมายหรือข้อตกลงที่อาจถูกผลักดันโดยกลุ่มผลประโยชน์	-การจ่ายเงินบำนาญให้แก่ข้าราชการที่จะเกษียณอายุในอนาคต	-การรับประกันหนี้ของรัฐวิสาหกิจ หน่วยงานภาครัฐบาลอื่น ๆ เอกชน ธนาคารกลาง กองทุนฯ ที่ล้มเหลว นอกเหนือจากที่รัฐบาลได้ค้ำ/ไม่ค้ำประกัน -การเกิดภัยธรรมชาติ ค่าใช้จ่ายทางการทหารและอื่น ๆ

ที่มา: ปรับปรุง จาก Government Fiscal Risk Matrix ของ Polackova (1998)

โดย ส่วนบริหารความเสี่ยงด้านการคลัง สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง

บุญทริก โมินตานุกุญ (2550) ได้ศึกษาวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยงและภาระทางการคลังจากกิจกรรมนอกงบประมาณ โดยมีการรวบรวมภาระทางการคลังจากกิจกรรมนอกงบประมาณ นำมาจัดหมวดหมู่ข้อมูล และจัดกลุ่มของผลกระทบที่จะเกิดขึ้น ตลอดจนประมาณการภาระทางการคลังที่จะเกิดขึ้นและที่อาจจะเกิดขึ้น เพื่อทำการประเมินความเสี่ยงและภาระทางการคลัง ทั้งนี้ ได้มีการใช้หลัก Fiscal Space และกรอบความยั่งยืนทางการคลัง เป็นเครื่องมือในการศึกษา และใช้ Fiscal space และตัวชี้วัดที่ 1 (ยอดหนี้สาธารณะคงค้างต่อ GDP ไม่เกินร้อยละ 50) และ ตัวชี้วัดที่ 4 (รายจ่ายลงทุนต้องงบประมาณไม่ต่ำกว่าร้อยละ 25) ของกรอบความยั่งยืนทางการคลัง เป็นตัววัดผลกระทบของภาระทางการคลังจากกิจกรรมนอกงบประมาณต่อสถานะทางการคลังและความยั่งยืนทางการคลัง

จากการศึกษาพบว่า ภาระทางการคลังจากกิจกรรมนอกงบประมาณและการชดเชยการขาดทุนของขสมก. ทำให้ Fiscal space ของรัฐบาลลดลงกว่าครึ่งหนึ่ง และทำให้ไม่สามารถรักษาตัวชี้วัดที่ 4 ของกรอบความยั่งยืนด้านการคลังไว้ได้ระหว่างปีงบประมาณ 2551-2553 นอกจากนี้หากมีการดำเนินนโยบายประชานิยมเช่นในอดีตที่ผ่านมา รัฐบาลจะไม่สามารถรักษาตัวชี้วัดที่ 4 ของกรอบความยั่งยืนด้านการคลังไว้ได้ระหว่างปีงบประมาณ 2551-2555

ทรงธรรม ปิ่นโตและคณะ (2550) ได้ประเมินความเปราะบางทางการคลังของประเทศไทย พบว่า ความเสี่ยงเชิงโครงสร้างทางการคลังเป็นตัวแปรที่สำคัญต่อความยั่งยืนทางการคลังในอนาคต โดย โครงสร้างรายได้ของรัฐบาลมีแนวโน้มว่าจะสามารถจัดเก็บภาษีเพิ่มเติมได้ไม่มาก อีกทั้งยังต้องพึ่งพา ภาษีที่มีความผันผวนต่อเศรษฐกิจสูง เช่น ภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีสรรพสามิต อันเนื่องจากการทำข้อตกลง การค้าเสรี นอกจากนี้โครงสร้างทางด้านรายได้ของรัฐบาลยังไม่เอื้อต่อโครงสร้างรายจ่ายที่มีความเสี่ยงว่า จะต้องขยายตัวขึ้น เนื่องจากการพัฒนาเศรษฐกิจที่ให้ความสำคัญกับรายจ่ายเพื่อการบริการสังคมและ เศรษฐกิจที่เพิ่มมากขึ้น สำหรับความเสี่ยงจากภาระทั้งในและนอกงบประมาณ พบว่ารัฐมีความเสี่ยงจาก ภาระเพิ่มเติมในงบประมาณมากโดยส่วนใหญ่เป็นรายจ่ายตามสิทธิข้าราชการและสิทธิของประชาชนที่รัฐ ไม่สามารถตั้งงบประมาณ สำหรับภาระเพิ่มเติมนอกงบประมาณนั้นเหลืออยู่ไม่มาก เนื่องจากรัฐบาลได้ลด บทบาทและความสำคัญของโครงการประชานิยมลงไปมาก

จากการวิเคราะห์ความยั่งยืนทางการคลังพบว่า บทบาทของรัฐที่เหมาะสมและเป็นกลางทาง เศรษฐกิจจะมีลักษณะขาดดุลไม่มากกว่าร้อยละ 1 ของ GDP และเมื่อวิเคราะห์โครงสร้างด้าน รายจ่ายประกอบกับการพิจารณาภาวะแวดล้อมด้านกฎหมายและการเมืองพบว่าการขาดดุลการคลังจะสูง เกินกว่าร้อยละ 1 แต่ไม่เกินร้อยละ 3 ของ GDP และระดับหนี้สาธารณะคงค้างจะเข้าใกล้ระดับร้อยละ 50 ของ GDP ทั้งนี้ หากการขยายตัวทางเศรษฐกิจไม่เป็นไปตามคาดการณ์และทำให้รายได้ของรัฐบาลลดลง พบว่า หาก GDP ลดลงถึงร้อยละ 2 จะก่อให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับการขาดดุลการคลังและระดับหนี้สาธารณะ คงค้างเช่นเดียวกับการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโครงสร้างด้านรายจ่าย

2.4 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการคลังของระบบประกันสังคมของประเทศไทย

จากการศึกษาและประมวลผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า มีงานการศึกษาหลายชิ้นที่ศึกษาเกี่ยวกับการ ประเมินความยั่งยืนของ โครงการประกันสังคม และเสนอแนะทางการในการปฏิรูประบบประกันสังคม เพื่อรองรับปัญหาโครงสร้างประชากรที่มีคนสูงอายุเพิ่มขึ้น (Aging Population) และมีงานศึกษาในอดีต หลายชิ้นที่ศึกษาถึงโอกาสและแนวทางการขยายความคุ้มครองให้แก่ผู้ประกันตนกลุ่มใหม่ เช่น กลุ่ม แรงงานนอกระบบ ผู้ประกันตนที่อยู่ในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างต่ำกว่า 10 คน เป็นต้น โดยมีการ ประเมินผลกระทบและภาระต่องบประมาณของรัฐบาลจากการขยายความคุ้มครองดังกล่าวด้วย ทั้งนี้ ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.4.1 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินสถานะทางการเงินของกองทุนประกันสังคม

ในช่วง 3-4 ปีที่ผ่านมา ได้มีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับกองทุนประกันสังคมจากหลาย หน่วยงาน โดยประเด็นหลักที่การศึกษามักให้ความสำคัญ ได้แก่ เรื่องความยั่งยืนทางการเงินของกองทุน ประกันสังคม โดยเฉพาะกองทุน 2 กรณี (ชราภาพและสงเคราะห์บุตร) โดยหน่วยงานที่ได้ศึกษาและจัดทำ ประเมินการดำเนินการเงินของกองทุนประกันสังคม กรณีชราภาพนี้ ประกอบด้วย โครงการวิจัยร่วม

สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง (สศค.)– สถาบันวิจัยนโยบายเศรษฐกิจการคลัง (สวค.) องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labor Organization: ILO) และบริษัท Deloitte and Touche ภายใต้โครงการปฏิรูประบบบำนาญในราชอาณาจักรไทยของธนาคารพัฒนาเอเชีย (Asian Development Bank: ADB) ซึ่งผลการศึกษาที่ได้รับ ต่างสอดคล้องกันว่ากองทุนประกันสังคม 4 กรณี (เจ็บป่วย ทูพพลภาพ คลอดบุตร และตาย) จะไม่ประสบปัญหาความยั่งยืนทางการเงินในอนาคต ตรงข้ามกับกองทุน 2 กรณี ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวจะประสบปัญหาทางการเงินในระยะยาว โดยผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องสามารถสรุปได้ตามตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 2.5 สรุปผลการประมาณการทางการเงินของกองทุนประกันสังคม กรณีชราภาพ

หน่วยงานที่ทำการศึกษา	ปี พ.ศ. แรกที่รายจ่าย > รายรับ	ปี พ.ศ. ที่เงินสำรองถูกใช้จนหมด
สศค. – สวค. ¹	2583	2601
ILO ²	2585	2594
Deloitte and Touche ³	2573	2593

ที่มา: 1) โครงการวิจัยร่วม สศค.- สวค. เรื่อง “การออม การลงทุน และการประเมินระบบความปลอดภัยทางสังคม” (2547)

2) Actuarial Review of the Old-age Benefit Branch of the Social Security Fund, International Labor Organization, 2003

3) Establishing a Multi-Pillar Pension System in Thailand: Rationale for Reform and Options for Implementations, Deloitte Touche Tohmatsu, 2000

จากผลการศึกษาข้างต้น จะเห็นได้ว่าทุกหน่วยงานได้มีการประมาณการว่าเงินสำรองของกองทุนประกันสังคม กรณีชราภาพ จะถูกใช้ในการจ่ายผลประโยชน์ให้แก่สมาชิกกองทุนที่เกษียณอายุจนหมด ภายในเวลา 43 – 51 ปีข้างหน้า ทั้งนี้ หน่วยงานต่างๆ ได้พยายามเสนอแนะกรอบและแนวทางในการปรับปรุงระบบกองทุนประกันสังคม กรณีชราภาพ โดยสามารถสรุปได้ดังนี้

สำนักงานเศรษฐกิจการคลังและสถาบันวิจัยนโยบายเศรษฐกิจการคลัง (2547) ได้ทำการประมาณการด้านความยั่งยืนทางการเงินของกองทุนประกันสังคมในช่วงเวลา 100 ปีข้างหน้า โดยใช้แบบจำลองการประมาณการจำนวนประชากร แบบจำลองเศรษฐกิจขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labour Organization: ILO) และแบบจำลองในรูปแบบของกระดานทำการ (Spread Sheet) ซึ่งผลการประมาณการพบว่ากองทุนประกันสังคม 4 กรณี ไม่มีปัญหาด้านความยั่งยืนทางการเงินในระยะยาว เนื่องจากกองทุนจะมีรายรับสูงกว่ารายจ่ายตลอดการประมาณการ แต่ในทางตรงกันข้าม กองทุนประกันสังคม 2 กรณี จะประสบปัญหาเรื่องความยั่งยืนทางการเงิน โดยกองทุนจะเริ่มขาดทุนจากการ

ดำเนินการเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2583 และเงินกองทุนที่ได้มีการเก็บสะสมไว้ จะถูกนำไปใช้ในการจ่ายบำนาญให้แก่สมาชิกกองทุนจนหมดในปี พ.ศ. 2601

นอกจากปัญหาเรื่องความยั่งยืนทางการเงินของกองทุนประกันสังคมแล้ว งานวิจัยดังกล่าว ยังได้ศึกษาเรื่องการประเมินระดับรายได้หลังเกษียณที่แรงงานจะได้รับจากระบบกองทุนประกันสังคม ซึ่งผลการศึกษาพบว่ารายได้ที่สมาชิกกองทุนได้รับ ยังต่ำกว่าระดับที่จะทำให้ผู้เกษียณอายุสามารถรักษาระดับคุณภาพชีวิตให้ใกล้เคียงกับช่วงก่อนเกษียณได้ โดยการศึกษาได้ตั้งเป้าหมายของระดับรายได้หลังเกษียณไว้ที่ร้อยละ 50 ของเงินเดือนสุดท้ายก่อนเกษียณอายุ

งานวิจัยฉบับนี้ ได้เสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหาต่างๆ ข้างต้น โดยการเพิ่มอัตราเงินสมทบที่ถูกจ้าง-นายจ้างต้องจ่ายเข้ากองทุนให้สูงขึ้น การเพิ่มเพดานเงินเดือนที่เป็นฐานในการคำนวณเงินสมทบ (เท่ากับ 15,000 บาทในปัจจุบัน) และการปรับปรุงแนวทางการลงทุนของกองทุนประกันสังคม ซึ่งปัจจุบันเน้นการลงทุนในสินทรัพย์ที่มีความมั่นคงสูง แต่มีผลตอบแทนต่ำ ให้ลงทุนในสินทรัพย์ที่มีผลตอบแทนสูงขึ้น ภายใต้การบริหารจัดการอย่างมืออาชีพ รวมถึงการเสนอแนะการจัดตั้งกองทุนการออมเพื่อการเกษียณอายุรูปแบบใหม่ๆ เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาด้านความพอเพียงของรายได้หลังเกษียณอายุด้วย

องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labor Organization: ILO) (2003) ได้ศึกษาประเด็นทางด้านระดับความเพียงพอของรายได้จากเงินบำนาญ รวมถึงผลของการประมาณการสถานะทางการเงินของกองทุนประกันสังคม ทั้งกองทุน 4 กรณี และ 2 กรณี โดยใช้แบบจำลองด้านคณิตศาสตร์ประกันภัยของ ILO ซึ่งผลการศึกษสามารถสรุปได้ว่ากองทุนประกันสังคม 4 กรณี จะไม่ประสบปัญหาทางการเงินในระยะยาว ในขณะที่กองทุน 2 กรณีจะมีเงินสำรองเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงแรก โดยจะมีขนาดประมาณร้อยละ 15 ต่อ GDP ในปี พ.ศ. 2574 อย่างไรก็ดี เนื่องจากกองทุนชราภาพเป็นโครงการที่สะสมเงินบางส่วน (Partially Funded) หากไม่มีการปรับเพิ่มอัตราเงินสมทบในอนาคต โครงการจะเริ่มขาดสภาพคล่อง (กระแสเงินสดหรือเงินสมทบหักค่าใช้จ่ายทั้งหมดเริ่มติดลบ) ในปี 2575 และเงินสำรองของโครงการจะถูกนำมาใช้หลังจากปี 2575 และหมดลงในปี 2595 หากไม่มีการปรับเพิ่มอัตราเงินสมทบก่อนหน้านี้

อัตราเงินสมทบรวม 6 กรณี ในปี 2542 ที่จัดเก็บในอัตราร้อยละ 6 เพียงพอที่จะทำให้กองทุนดำเนินการไปได้จนถึงปี 2595 แต่เนื่องจากอัตราเงินสมทบดังกล่าวยังต่ำกว่าเงินสมทบเฉลี่ยที่จะทำให้กองทุนอยู่ได้ตลอดช่วงเวลาที่คาดการณ์ ซึ่งอยู่ที่ประมาณร้อยละ 13.1 จึงไม่สามารถรับประกันความมั่นคงและเสถียรภาพของกองทุนในระยะยาวได้ ดังนั้น ในอนาคตจึงไม่อาจหลีกเลี่ยงการปรับเพิ่มอัตราเงินสมทบได้ อย่างไรก็ดี เนื่องจากโครงการยังมีเงินส่วนเหลือ (Surplus) ในแต่ละปี (รายได้ลบรายจ่ายเป็นบวก) ไปจนถึงปี 2584 จึงยังไม่มีมีความจำเป็นต้องเพิ่มอัตราเงินสมทบก่อนปี 2563

ทั้งนี้ ILO ได้เสนอแนะให้มีการปรับปรุงกองทุนประกันสังคม 2 กรณีในรูปแบบต่างๆ สรุปได้ดังนี้

1. การแยกบัญชีบริหารระหว่างผลประโยชน์ระยะสั้นและผลประโยชน์ระยะยาว: โดยผลประโยชน์ระยะสั้นได้แก่กรณีเจ็บป่วย ทูพพลภาพ คลอดบุตร ดาย และสงเคราะห์บุตร ส่วนผลประโยชน์ระยะยาวได้แก่กรณีชราภาพ ซึ่งโครงสร้างกองทุน 2 กรณีในปัจจุบันได้รวมผลประโยชน์เรื่องชราภาพและสงเคราะห์บุตรไว้ด้วยกัน โดยข้อเสนอดังกล่าว มีสาเหตุเนื่องจากผลประโยชน์ทั้งสองแบบมีความแตกต่างกันด้านระยะเวลาในการจ่ายผลประโยชน์ ดังนั้นการกำหนดอัตราเงินสมทบของผลประโยชน์ทั้ง 2 แบบจึงควรแตกต่างกัน รวมถึงวิธีการในการบริหารจัดการกองทุน และการกำหนดเกณฑ์ด้านเงินสำรองของกองทุนด้วย
2. การปรับปรุงรูปแบบของกองทุน: ILO ได้เสนอให้มีการปรับระดับผลประโยชน์ตามค่าครองชีพ การปรับเพดานเงินเดือนที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณเงินสมทบ การปรับเงินเดือนขั้นต่ำของผู้ที่เข้าเป็นสมาชิกกองทุนประกันสังคม การให้เงินบำนาญแก่ผู้รับผลประโยชน์ตกทอดของสมาชิก ซึ่งปัจจุบันจ่ายไว้ในลักษณะของเงินก้อน และการปรับสูตรการคำนวณเงินบำนาญ รวมถึงการกำหนดระดับบำนาญขั้นต่ำ
3. การปรับปรุงแนวทางการลงทุนของกองทุน: เนื่องจากการลงทุนของกองทุนประกันสังคมในปัจจุบันเน้นการลงทุนในสินทรัพย์ที่มีความเสี่ยงต่ำ เช่น เงินฝากธนาคาร พันธบัตรรัฐบาล เป็นต้น ซึ่งส่งผลให้ผลตอบแทนจากการลงทุนอยู่ในระดับต่ำกว่าที่ควรจะเป็น ดังนั้น หากมีการปรับปรุงรูปแบบการลงทุนภายใต้การบริหารจัดการแบบมืออาชีพ เพื่อลงทุนในสินทรัพย์ที่มีความเสี่ยงมากขึ้น อันจะทำให้ผลตอบแทนจากการลงทุนอยู่ในอัตราที่สูงขึ้น ก็จะสามารถช่วยบรรเทาปัญหาทางการเงินของกองทุนได้
4. การกำหนดให้มีการประเมินทางด้านคณิตศาสตร์ประกันภัย: ILO ได้เสนอแนะให้มีการแก้ไขพระราชบัญญัติประกันสังคมฯ ให้กำหนดให้มีการประมาณการทางการเงินของกองทุนตามหลักคณิตศาสตร์ประกันภัยตามระยะเวลาที่เหมาะสม เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาทางการเงินที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต และเพื่อให้หน่วยงานภาครัฐจะสามารถกำหนดมาตรการแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ทันเวลา

Deloitte Touche Tohmatsu, (2000) พบว่าประเทศไทยกำลังจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรในอีกประมาณ 20 ปีข้างหน้าซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสภาพเศรษฐกิจและสังคมของไทยในอนาคต ทั้งนี้ คณะผู้ทำการศึกษาได้ทบทวนมาตรการต่างๆ ที่รัฐได้ดำเนินการเพื่อที่จะเตรียมรับมือกับเรื่องดังกล่าว และพบว่าโครงการที่มีอยู่ยังไม่สามารถรองรับความต้องการด้านรายได้หลังเกษียณที่เพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุที่กำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

คณะผู้ทำการศึกษาได้มุ่งเน้นการศึกษาเรื่องความเพียงพอของรายได้หลังเกษียณ ซึ่งพบว่ารายได้หลังเกษียณที่แรงงานจะได้รับจากกองทุนประกันสังคม กรณีชราภาพ ยังไม่เพียงพอต่อความ

ต้องการรายได้หลังเกษียณของแรงงาน นอกจากนั้น การศึกษาได้ประเมินสถานะทางการเงินของกองทุนประกันสังคม 4 กรณี และ 2 กรณี โดยใช้แบบจำลอง PROST (Pension Reform Options Stimulation Toolkit) ของธนาคารโลก ซึ่งพบว่ากองทุนประกันสังคม 4 กรณีจะไม่ประสบปัญหาทางการเงินในระยะยาว ในขณะที่กองทุน 2 กรณีจะประสบปัญหาขาดทุนครั้งแรกในปี พ.ศ. 2573 และเงินสำรองของกองทุนจะหมดลงในปี พ.ศ. 2593

คณะผู้ทำการศึกษาได้เสนอแนะแนวทางในการปฏิรูประบบบำนาญของไทยตามรูปแบบหลายชั้น (Multi-Pillar) ที่เสนอโดยธนาคารโลก โดยข้อเสนอหลักได้แก่

- การจัดตั้งกองทุนบำนาญแบบบังคับสำหรับลูกจ้างในภาคเอกชน (Pillar 2) เพื่อสร้างระดับรายได้ที่พอเพียงให้กับแรงงาน
- การปรับปรุงกองทุนประกันสังคม (Pillar 1) ในปัจจุบัน ผ่านการประกันเงินบำนาญขั้นต่ำ การปรับเพิ่มอายุเกษียณของผู้รับผลประโยชน์ การยกเลิกการจ่ายเงินสมทบของรัฐบาล การขยายความครอบคลุมแก่แรงงานในภาคอื่นๆ ของกองทุน และการปรับปรุงข้อระเบียบกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
- การปรับปรุงระบบกองทุนการออมภาคสมัครใจ (Pillar 3) ในปัจจุบัน พร้อมทั้งการสร้างเครื่องมือการออมเพื่อการเกษียณอายุแบบสมัครใจในรูปแบบใหม่ๆ

กอบศักดิ์ ภูตระกูล และอนรรฆ เสรีเชษฐพงษ์ (2550) ได้ทำการวิเคราะห์และประเมินผลกระทบของการปฏิรูประบบประกันสังคม (Social Security Scheme: SSS) กรณีชราภาพ รวมถึงได้ทำการประเมินความยั่งยืนในระยะยาวของกองทุนกรณีชราภาพ โดยพิจารณาตัวชี้วัด 2 ตัวชี้วัด ดังนี้

(1) Closed Group Unfunded Obligations (CGUO) หมายถึง สถานะทางการเงิน ซึ่งแสดงถึงความสามารถในการจ่ายเงินบำนาญแก่ สมาชิกกองทุนในปัจจุบัน โดยไม่รวมสมาชิกใหม่ที่จะเพิ่มจำนวนขึ้นในอนาคต หรือ มูลค่าปัจจุบันของภาระผูกพันอันเกิดจากเฉพาะสมาชิกปัจจุบัน ซึ่งกองทุนจะต้องแบกรับ

(2) Open Group Unfunded Obligations (OGUO) หมายถึง สถานะทางการเงิน ซึ่งแสดงถึงความสามารถในการจ่ายเงินบำนาญแก่ สมาชิกกองทุนทุกคน โดยรวมสมาชิกใหม่ที่จะเพิ่มจำนวนขึ้นในอนาคต หรือ มูลค่าปัจจุบันของภาระผูกพันอันเกิดจากสมาชิกที่มีอยู่จริง ณ ช่วงเวลาที่กำหนด ซึ่งกองทุนจะต้องแบกรับ

ผลการประมาณการค่า CGUO ในช่วงปี พ.ศ. 2550-2630 หรือ ในอีก 80 ปีข้างหน้าพบว่า หากไม่มีการปรับเงินสมทบด้วยดัชนีอัตราค่าจ้าง (Wage Indexation) แทนอัตราเงินเฟ้อ เพื่อรักษาระดับรายได้ที่แท้จริงของผู้ประกันตนตลอดช่วงอายุ และไม่ปรับเพิ่มอายุเกษียณ ซึ่งกำหนดที่ 55 ปี ในปัจจุบัน กองทุนประกันสังคมจะมีค่า CGUO จนถึงปี 2580 จำนวน 5.5 แสนล้านบาท เมื่อหักออกจากเงินกองทุนสะสม ณ ต้นปี 2550 ซึ่งมีอยู่จำนวน 3 แสนล้านบาท รัฐบาลจะมีค่า OGUO สุทธิ 2.5 แสนล้าน

บาท หากมีการปรับดัชนีค่าจ้างและปรับเพิ่มอายุเกษียณจาก 55 ปี เป็น 60 ปี ค่า CGUO จะสูงถึงประมาณ 1 ล้านล้านบาท เมื่อหักเงินกองทุนสะสมจำนวน 3 แสนล้านบาท มีค่า CGUO สุทธิ 7 แสนล้านบาท

ผลการประมาณการค่า OGUO ในช่วงปี 2550-2630 หรือ 80 ปีข้างหน้า ซึ่งกำหนดให้จำนวนสมาชิกของกองทุนเพิ่มขึ้นประมาณ 400,000 คน พบว่า ในกรณีที่มีการปรับดัชนีค่าจ้างสำหรับคำนวณเงินสมทบ ค่า OGUO จะอยู่ที่ประมาณ 4.4 แสนล้านบาท ส่วนกรณีที่ไม่มี การปรับเพิ่มฐานค่าจ้าง ค่า OGUO จะอยู่ที่ประมาณ 2.4 ล้านล้านบาท (ไม่รวมเงินกองทุนสะสม 3 แสนล้านบาท)

2.4.2 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการขยายความคุ้มครองให้แก่ผู้ประกันตนกลุ่มใหม่

ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์ (2550) ได้ทำการศึกษาแนวทางการขยายการคุ้มครองทางสังคมให้ครอบคลุมผู้ใช้แรงงานนอกระบบ ซึ่งมีสถานะคล้ายโอกาสเมื่อเปรียบเทียบกับพนักงานของภาครัฐและธุรกิจเอกชนที่เป็นสมาชิกของระบบประกันสังคม โดยใช้แบบจำลองทางเศรษฐมิติ (Quintile Regression) ในการวิเคราะห์ความสามารถในการหารายได้ของผู้ใช้แรงงานนอกระบบและเพื่อพิจารณาความเหลื่อมล้ำของรายได้ดังกล่าว โดยมีข้อสมมติฐาน 2 ประการ

(1) มีการตั้งระบบประกันสังคมภาคประชาชนในรูปแบบกลุ่มสัจจะออมทรัพย์และสวัสดิการภาคประชาชนในเขตชนบทและระบบบำนาญตามอาชีพในเขตเมือง

(2) สมาชิกกองทุนฯ ผู้มีอายุระหว่าง 15-60 ปี มีการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนในอัตราร้อยละ 3 ของรายได้เป็นประจำทุกเดือน

ผลการศึกษาพบว่า การสะสมเงินออมเข้ากองทุนประกันสังคมมีแนวโน้มพอเพียงสำหรับการดำรงอยู่ถึงอายุ 74 ปี โดยประมาณ ซึ่งแสดงถึงปัญหาความไม่ยั่งยืนทางการเงินของกองทุนฯ แต่หากรัฐบาลให้การสมทบจำนวน 120 บาทต่อคนต่อเดือน หรือ “ออมเงินเสริม” (Partnership saving) กองทุนดังกล่าวสามารถดำรงอยู่และให้บำนาญสมาชิกจนถึง 80 ปี ดังนั้น การขยายความคุ้มครองทางสังคมให้ครอบคลุมผู้ใช้แรงงานนอกระบบจึงมีความเป็นไปได้ หากรัฐบาลให้การสนับสนุนในส่วนที่ขาด ทั้งนี้ ภาระทางการคลังต่อปี (คำนวณจากจำนวนประชากรผู้ใหญ่) จะตกเป็นงบประมาณประมาณ 31,000 ล้านบาท ซึ่งคิดเป็นสัดส่วนไม่ถึงร้อยละ 2 ของรายจ่ายรัฐบาล

ฐานันดรศักดิ์ บวรนนท์กุล (2550) ได้ทำการศึกษาแนวทางการขยายความคุ้มครองประกันสังคมแก่ผู้ประกันตนที่สมัครใจเข้าเป็นผู้ประกันตนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 มาตรา 40 ในด้านสิทธิประโยชน์ต่างๆ และการดำเนินการต่างๆ เพื่อจัดทำแผนที่การดำเนินการเกี่ยวกับการคุ้มครองประกันสังคมแก่ผู้ประกันตนกลุ่มดังกล่าว และเป็นการแสวงหาแนวทางที่เหมาะสมที่สุด สำหรับการขยายความคุ้มครองประกันสังคมแก่ผู้ประกันตนกลุ่มดังกล่าว โดยใช้วิธีการศึกษาวิจัยเอกสารและประมวลผลการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านประกันสังคม และการตอบแบบสอบถามผู้ประกันตนที่มีใช้ลูกจ้างตามมาตรา 40

งานวิจัยฉบับนี้พบว่า แนวทางการขยายความคุ้มครองประกันสังคมแก่ผู้ประกันตนที่มีลูกจ้างตามมาตรา 40 ของกฎหมายประกันสังคมนั้นอาจดำเนินการขยายความคุ้มครองด้านประโยชน์ทดแทนในด้านต่างๆ ให้ได้รับประโยชน์ทดแทนมากขึ้น ยกเว้นด้านการแพทย์และการรักษาพยาบาล และการว่างงาน เนื่องจากมีการดำเนินการประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการและผู้ประกันตนที่มีลูกจ้างตามมาตรา 40 สามารถใช้ประโยชน์ทดแทนจากส่วนนี้ได้อยู่แล้ว และด้านการว่างงาน ซึ่งผู้ประกันตนกลุ่มนี้ไม่มีนายจ้างและฐานรายได้ที่แน่นอน ทั้งนี้ จากข้อมูลต่างๆ และความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญพบว่า การขยายความคุ้มครองประกันสังคมแก่ผู้ประกันตนซึ่งมีลูกจ้างสามารถทำได้ โดยมีการปรับเปลี่ยนเงื่อนไขบางประการในการกำหนดคุณสมบัติผู้ประกันตน ปรับประโยชน์ทดแทนเงื่อนไขการเกิดสิทธิ และการที่รัฐช่วยส่งเงินสมทบด้วย รวมไปถึงการปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินการ เช่น ในการส่งเงินสมทบเป็นรายเดือน เป็นต้น

ผศ. ดร. อัญชนาและสรชัย (2545) ได้ทำประเมินทิศทางและแผนการดำเนินงานตลอดจนการปรับตัวของโครงการประกันสังคมในการขยายความคุ้มครองไปสู่สถานประกอบการที่มีลูกจ้างต่ำกว่า 10 คน และผลกระทบต่อภาระทางงบประมาณของรัฐบาล โดยใช้ฐานการประมาณการจำนวนลูกจ้างที่คาดว่าจะได้รับความคุ้มครองจากแผนงานดังกล่าวเปรียบเทียบระหว่างประมาณการของสำนักงานประกันสังคมและสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) และการประมาณการเงินเดือนถ้วนเฉลี่ยของผู้ประกันตนในโครงการประกันสังคมช่วงปี 2545-2547 เพื่อประมาณการเงินสมทบสำหรับประโยชน์ทดแทน 6 กรณี ในช่วงปี 2545-2547 รวมถึงการเปรียบเทียบภาระทางงบประมาณที่คาดว่ารัฐบาลจะต้องจ่ายอุดหนุนเป็นเงินสมทบในการตัดสินใจขยายความคุ้มครองหรือไม่ขยายความคุ้มครองลูกจ้างกลุ่มดังกล่าว

ผลจากการศึกษาพบว่า ในกรณีที่ขยายความครอบคลุมไปยังสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไปเมื่อใช้ข้อมูลประมาณการจำนวนลูกจ้างของ TDRI ในปี 2545 รัฐบาลจะมีภาระทางการคลังในการจ่ายเงินอุดหนุนเป็นเงินสมทบเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกรณีไม่ขยายขยายความครอบคลุมประมาณ 2.5 พันล้านบาทและเพิ่มเป็น 3.3 และ 3.6 พันล้านบาทในปี 2546 และ 2547 ตามลำดับ ขณะที่สำนักงานประกันสังคมประมาณว่ารัฐจะต้องจ่ายเงินสมทบเพิ่มประมาณ 3.9, 5.4 และ 6.0 พันล้านบาทในช่วงปี 2545-2547 (ไม่ได้พิจารณากรณีขยายความคุ้มครองเพื่อประกันการว่างงาน ซึ่งคาดว่าจะเริ่มปลายปี 2546)

นอกจากนี้ยังพบว่า การขยายความคุ้มครองไปยังสถานประกอบการที่มีลูกจ้างต่ำกว่า 10 คน จะเพิ่มภาระด้านงบประมาณแก่รัฐบาลในส่วนของเงินสมทบที่ต้องจ่ายให้กองทุนประกันสังคม แต่จะลดภาระเงินอุดหนุนจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) อย่างไรก็ตาม ด้วยเหตุที่โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ความคุ้มครองเฉพาะด้านการรักษาพยาบาล ขณะที่โครงการประกันสังคมให้ความคุ้มครองทั้งด้านสุขภาพและการดำรงชีพ (เช่น เงินทดแทนการขาดรายได้

หรือเงินสงเคราะห์แก่ผู้ประกันตนหรือผู้พึ่งพา เป็นต้น) วิโรจน์และคณะ (2545) จึงประมาณ เงินสมทบที่ คาดว่ารัฐบาลต้องจ่ายเพิ่มให้กองทุนประกันสังคมโดยแบ่งออกเป็น 2 กรณี คือ เงินสมทบกองทุน ประกันสังคมเฉพาะ 4 กรณีแรก และเงินสมทบกองทุนประกันสังคมทั้ง 6 กรณี โดยเปรียบเทียบกรณีที่ รัฐบาลขยายความคุ้มครองและไม่ขยายความคุ้มครองลูกจ้างกลุ่มดังกล่าว จากนั้นเปรียบเทียบกับการ ประมาณการเงินอุดหนุนที่รัฐบาลต้องจ่ายให้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (คำนวณจากอัตรา เหมาจ่ายรายหัว 1,202 บาท/คน ในปี 2545 และค่าพิสัยจากอัตราเหมาจ่ายรายหัว 1,202 -1,322 บาท/คน ในช่วงปี 2546-2547)

ในกรณีที่รัฐไม่ขยายความคุ้มครองแก่ลูกจ้างกลุ่มดังกล่าว หากใช้ข้อมูลจำนวนลูกจ้างของ TDRI (2544) ในการคำนวณจะพบว่ารัฐจะต้องจ่ายเงินอุดหนุนโครงการหลักประกันสุขภาพ ประมาณ 3.3- 3.7 พันล้านบาทตลอดช่วงปี 2545-2547 และหากใช้ข้อมูลจำนวนลูกจ้างของสำนักงานประกันสังคม รัฐจะ มีภาระทางงบประมาณจากโครงการหลักประกันสุขภาพ ทั้งสิ้น 4.3 พันล้านบาทตลอดช่วงปี 2545-2547 สำหรับกรณีที่รัฐตัดสินใจขยายความคุ้มครองแก่ลูกจ้างกลุ่มดังกล่าว นั้น เมื่อพิจารณาจากการจ่ายเงิน อุดหนุนโครงการประกันสังคมเฉพาะ 4 กรณีแรก โดยใช้ข้อมูลจำนวนลูกจ้างของ TDRI รัฐบาลจะมีภาระ ทางงบประมาณเพิ่มขึ้นประมาณ 1.2, 2.0 และ 2.2 พันล้านบาทตลอดช่วงปี 2545-2547 ตามลำดับ ซึ่งน้อยกว่ากรณีที่รัฐบาลตัดสินใจไม่ขยายความครอบคลุม แต่หากพิจารณาจากเงินอุดหนุนโครงการประกันสังคม ที่รัฐบาลต้องจ่ายเพิ่มทั้ง 6 กรณี ในปี 2545 รัฐบาลจะมีภาระ 2.5 พันล้านบาทและเพิ่มขึ้นในปี 2546 และ 2547 เป็น 3.3 และ 3.6 พันล้านบาทตามลำดับ

สำหรับประมาณการเงินสมทบที่รัฐบาลต้องจ่ายเพิ่มให้กับโครงการประกันสังคม โดยใช้ ข้อมูลจำนวนลูกจ้างของสำนักงานประกันสังคม (SSO) พบว่า เมื่อรัฐบาลตัดสินใจขยายความคุ้มครองแก่ ลูกจ้างกลุ่มดังกล่าว รัฐบาลต้องจ่ายเงินอุดหนุนกองทุนประกันสังคมเฉพาะ 4 กรณีแรกเพิ่มขึ้นประมาณ 2.0, 3.3 และ 3.6 พันล้านบาทในปี 2545-2547 แต่เมื่อพิจารณากรณีที่รัฐบาลจ่ายอุดหนุนกองทุน ประกันสังคมทั้ง 6 กรณี จะเห็นว่าปี 2545 รัฐบาลจะมีภาระ 3.9 พันล้านบาท และเพิ่มขึ้นในปี 2546 และ 2547 เป็น 5.4 และ 6.0 พันล้านบาทตามลำดับ

2.4.3 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการคลังของระบบประกันสังคมของต่างประเทศ

Mitchell Wiener (2006) ได้ศึกษาถึงสถานะของระบบบำนาญชราภาพของประเทศไทย ในปี 2549 พร้อมทั้งเสนอแนะแนวทางการปฏิรูประบบบำนาญชราภาพ เปรียบเทียบผลได้-ผลเสียจาก แนวทางต่างๆ พร้อมทั้งเสนอแนวทางการวางระบบกองทุนบำนาญแห่งชาติ (National Pension Fund: NPF) โดยในส่วนของกลไกการประเมินสถานะทางการเงินของกองทุนประโยชน์ทดแทนชราภาพ ผล การศึกษาพบว่า รายจ่ายบำนาญชราภาพ มีสัดส่วนไม่สูงมากนักในปี 2557 แต่จะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในปีต่อมา ตามจำนวนผู้มีสิทธิที่จำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยในปี 2578 รายจ่ายจะสูงกว่ารายรับเป็นปีแรก และหาก พิจารณาเฉพาะกระแสเงินสดที่ไม่รวมรายได้จากการลงทุนพบว่ารายจ่ายจะสูงกว่ารายรับตั้งแต่ปี 2571 เป็น

ผลทำให้กองทุนประโยชน์ทดแทนกรณีชราภาพจะเริ่มมีผลการดำเนินงานขาดทุนครั้งแรกในปี 2578 โดยเงินกองทุนสะสมจะมีเพียงพอจ่ายประโยชน์ทดแทนทั้งหมด (Full Benefit) ได้จนถึงปี 2598 หรือในปี 2599 เงินกองทุนสะสมจะไม่เพียงพอสำหรับจ่ายประโยชน์ทดแทนทั้งหมด ด้วยเหตุนี้ รัฐบาลจะต้องจัดสรรเงินงบประมาณเพื่ออุดหนุนกองทุนชราภาพถึงประมาณร้อยละ 1.5 ถึงร้อยละ 2 ของ GDP ต่อปี

ทั้งนี้ Mitchell Wiener ได้เสนอแนะแนวทางการปฏิรูประบบบำนาญชราภาพ เพื่อให้กองทุนดังกล่าวมีเสถียรภาพตลอดระยะเวลาที่ประมาณการ 75 ปี พร้อมทั้งมีการจัดตั้งกองทุนบำเหน็จบำนาญแห่งชาติ (กบข.) โดยในส่วนของกองทุนประโยชน์ทดแทนชราภาพ ได้เสนอแนะให้มีการปรับปรุงดังนี้

- (1) ปรับเพิ่มอัตราเงินสมทบเป็นร้อยละ 11.62 กล่าวคือ ปรับเพิ่มอัตราเงินสมทบฝ่ายนายจ้างและลูกจ้าง ในปี 2557 เป็นร้อยละ 6 ของค่าจ้าง (เดิมเก็บเงินสมทบแต่ละฝ่ายร้อยละ 3 ของค่าจ้าง)
- (2) ปรับเพิ่มอายุเกษียณของผู้ประกันตนเป็น 60 ปี ในปี 2557 และ 65 ปี ในปี 2563
- (3) ปรับฐานเงินเดือนสำหรับคำนวณเงินสมทบเป็นเท่ากับ 2.25 คูณ ค่าจ้างเฉลี่ยของประเทศ (เดิม เพดานของค่าจ้างอยู่ที่ 15,000 บาท)

Robert L. Clark (2004) ได้ทำการประเมินสถานะทางการเงินของระบบประกันสังคมในสหรัฐอเมริกา เพื่อเตรียมรับมือกับปัญหาจำนวนผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น เนื่องมาจากประชากรที่เกิดในสหรัฐอเมริกาหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 (ค.ศ. 1948-1965) มีจำนวนมากและคาดว่าประชากรกลุ่มนี้มีภาวะเจริญพันธุ์ (Fertility) ที่ต่ำลง ประกอบกับมีช่วงอายุของชีวิต (Life Expectancy) ที่ยืนยาวขึ้น โดย Clark ได้ตั้งคำถามว่า ระบบประกันสังคมของสหรัฐอเมริกามีความยั่งยืนหรือไม่ ภายใต้สูตรการจ่ายผลประโยชน์และอัตราการเก็บเงินสมทบในรูปแบบภาษี (Tax Rate) ในช่วงเวลานั้น ระดับอัตราภาษีระดับเท่าใดที่จะทำให้ระบบประกันสังคมมีความยั่งยืน ระดับผลประโยชน์เท่าใดที่จะทำให้อัตราภาษีในปัจจุบันเป็นรายรับที่เพียงพอสำหรับระบบประกันสังคม เงินกองทุนของกองทุนประกันสังคม (Insurance Trust Fund) จะหมดลงเมื่อใด

ทั้งนี้ การศึกษาของ Clark ได้ใช้วิธีการคำนวณผลต่างระหว่างรายได้ที่กองทุนจะได้รับทั้งหมดกับรายจ่ายที่คาดว่าจะเกิดขึ้นทั้งหมด⁴ (Actuarial Balance) ตามแบบจำลองของคณะผู้บริหารผลประโยชน์ระบบประกันสังคม (Trustees of Social Security System) แห่งสหรัฐอเมริกา ในการประมาณการมูลค่าปัจจุบันสุทธิ (Net Present Value: NPV) ของรายรับและรายจ่ายผลประโยชน์ของกองทุนประกันสังคม ซึ่งประกอบด้วยกองทุนกรณีชราภาพและผู้อยู่ในความอุปการะ (Old Age Survivor Insurance: OASI) และกองทุนผู้ทุพพลภาพ (Disability Insurance: DI) ในอนาคต 75 ปีข้างหน้า โดยแบ่งช่วง

⁴ Actuarial Balance = E[PV(annual projected income – annual project cost)] + reserve

ในการประมาณการเพิ่มขึ้นช่วงละ 10 ปี ประกอบกับสมมติฐานทางด้านจำนวนประชากร กำลังแรงงาน ผู้รับสิทธิประโยชน์ และอัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ

สำหรับการประมาณการรายรับและรายจ่ายของกองทุน OASI และกองทุน DI ในอนาคต 75 ปีข้างหน้า แบบจำลองของการศึกษานี้ได้แบ่งกลุ่มของสมมติฐานของตัวแปรที่สำคัญออกเป็น 3 สถานการณ์ที่เป็นไปได้ คือ (1) สถานการณ์ปกติ (Intermediate) หรือการคาดการณ์สถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตอย่างดีที่สุด (Best Guess) (2) กรณี Low Cost และ (3) กรณี High Cost ทั้งนี้ ตัวแปรที่สำคัญในแบบจำลองประกอบด้วย อัตราเจริญพันธุ์รวม (Total Fertility Rate: TFR) อัตราการตาย อัตราการย้ายถิ่น และตัวแปรอัตราการเปลี่ยนแปลงต่อปีของค่าจ้างเฉลี่ย ดัชนีราคาผู้บริโภค ส่วนต่างค่าจ้างที่แท้จริง อัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ อัตราการว่างงานและอัตราดอกเบี้ย

ผลการประมาณการพบว่า ภายใต้สถานการณ์ปกติ กองทุนประกันสังคมรวมกรณีชราภาพ กรณีผู้สูงอายุในความอุปการะและกรณีผู้ทุพพลภาพ (OASDI) จะเริ่มมีรายจ่ายสูงกว่ารายรับในปี ค.ศ. 2018 ส่งผลให้เกิดการขาดทุนกระแสเงินสด (Cash-flow Deficit) โดยตลอดการประมาณการ 75 ปีข้างหน้า กองทุน OASDI จะมีการขาดทุนทางสถิติประกันภัย (Actuarial Deficit) เท่ากับร้อยละ 1.92 ของค่าจ้างที่คิดภาษี (Taxable Payroll)

อย่างไรก็ดี กองทุน OASDI จะยังคงมีรายรับจากดอกเบี้ยและเงินกองทุนสะสมเพียงพอสำหรับจ่ายผลประโยชน์ทดแทนต่อไปจนถึงปี ค.ศ. 2042 ซึ่งรายรับจะมีเพียงพอสำหรับจ่ายผลประโยชน์ทดแทนเพียงร้อยละ 73 ของรายจ่ายรวม และรายรับจะสามารถจ่ายผลประโยชน์ทดแทนได้ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 65 ของรายจ่ายรวมในปี ค.ศ. 2077

กองทุน OASDI มีทางเลือกในการปรับปรุงสถานะทางการเงินหลายประการด้วยกัน เช่น การปรับเพิ่มอัตราภาษีที่หักจากค่าจ้าง (Payroll Tax) หรือปรับลดผลประโยชน์ โดยสามารถเลือกดำเนินการทางใดทางหนึ่ง หรือดำเนินการหลายมาตรการพร้อมๆ กันได้ โดยมีรายละเอียดดังนี้

(1) การเพิ่มอัตราภาษีที่หักจากค่าจ้าง (รวมฝ่ายนายจ้างและลูกจ้าง) ในทันทีและต่อเนื่อง ตั้งแต่ในปีปัจจุบัน (ปี ค.ศ. 2003) จากร้อยละ 12.4 เป็นร้อยละ 14.32 ของค่าจ้าง

(2) การปรับลดผลประโยชน์ทั้งในปัจจุบันและอนาคตในทันที (ปี ค.ศ. 2003) โดยปรับลดอัตราผลประโยชน์ลงประมาณร้อยละ 13

(3) หากไม่มีการดำเนินการใดๆ ในปัจจุบัน เมื่อเงินกองทุนจะมีไม่เพียงพอในการจ่ายผลประโยชน์ในปี ค.ศ. 2042 อัตราภาษีที่หักจากค่าจ้าง (Payroll Tax) ที่จำเป็นต้องปรับเพิ่ม เพื่อให้กองทุน OASDI มีรายรับเพียงพอสำหรับการจ่ายผลประโยชน์ทั้งหมด ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2042 เป็นต้นไป อยู่ที่ร้อยละ 16.94 ของค่าจ้าง และจะต้องปรับเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นร้อยละ 18.9 ในปี ค.ศ. 2077

(4) หากไม่มีการดำเนินการใดๆ ในปัจจุบัน เมื่อเงินกองทุนจะมีไม่เพียงพอในการจ่ายผลประโยชน์ในปี ค.ศ. 2042 ผลประโยชน์ภายใต้สถานการณ์นี้จะต้องปรับลดลงถึงร้อยละ 27 ในปี ค.ศ. 2042 และจะต้องปรับลดลงเป็นร้อยละ 35 ในปี ค.ศ. 2077

นอกจากนี้ ภาระหนี้สะสม (Accumulated Debt) ของระบบประกันสังคม ซึ่งเป็นภาระผูกพันตามโปรแกรมการจ่ายผลประโยชน์ในส่วนที่ไม่ได้จัดให้มีเงินกองทุน (Unfunded Obligations) ในปี ค.ศ. 2003 สูงถึง 10.5 แสนล้านดอลลาร์สหรัฐ และจะเพิ่มขึ้นเป็น 11.2 แสนล้านดอลลาร์สหรัฐในปี ค.ศ. 2004

Giang Thanh Long (2004) ได้วิเคราะห์ความยั่งยืนทางการเงิน (Financial Sustainability) ของระบบการกำหนดสิทธิประโยชน์สำหรับเงินบำนาญ (Defined-benefit Pension Scheme) ของประเทศเวียดนาม เพื่อรองรับปัญหาสังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) โดยใช้แบบจำลองการประมาณการจำนวนประชากร แบบจำลองทางเศรษฐกิจ และแบบจำลองประมาณการสถานะการเงินของระบบบำนาญขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) รวมทั้งศึกษาสถานะทางการเงินและประเมินภาระหนี้โดยนัยของระบบบำนาญ (Implicit Pension Debt: IPD) โดยพบว่าภาระหนี้ IPD อยู่ในระดับสูงเมื่อคิดเป็นสัดส่วนของ GDP ณ ปี ค.ศ. 2000 ซึ่งเป็นปีฐานของการประมาณการ ทั้งนี้ สัดส่วนภาระหนี้ IPD ที่อยู่ในระดับสูงดังกล่าวสร้างภาระการจ่ายเงินสมทบให้ผู้ประกันตนในปัจจุบันและผู้ประกันตนรายใหม่ในอนาคต

ผลการศึกษาได้สรุปว่า ระบบเงินบำนาญของประเทศเวียดนามไม่มีความยั่งยืนทางการเงินเนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นและมีความไม่เป็นธรรมระหว่างผู้ประกันตนต่าง รุ่น (Inter-Generational Inequity) ในการจ่ายเงินสมทบ เพื่อแก้ไขปัญหาดังนี้ ประเทศเวียดนามมีความจำเป็นต้องปฏิรูประบบบำนาญ โดยเปลี่ยนรูปแบบการจ่ายผลประโยชน์ทดแทนที่แน่นอนเท่ากับเงินที่จ่ายสมทบเข้ากองทุนรวมกับผลประโยชน์ที่ได้จากการลงทุน (Partially-funded Defined-contribution) และมีควรวางผลกระทบจากการปฏิรูประบบบำนาญต่อระบบเศรษฐกิจและสังคม

2.5 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการคลังของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย

ภูษิต ประครองสาย และคณะ (2550) ได้ศึกษาว่า ระหว่างคนจนกับคนรวย ใครจะได้รับประโยชน์จากการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และใช้เทคนิค Benefit Incidence Analysis ในการวิเคราะห์ เปรียบเทียบระหว่างปีงบประมาณ 2544 (ก่อนมีหลักประกัน) และ 2546 (หลังมีหลักประกัน) โดยใช้ข้อมูลที่สำคัญเช่น ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการครัวเรือนของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการสุขภาพของสถานพยาบาลภาครัฐ ข้อมูลค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ประชาชนต้องร่วมจ่ายในการเข้ารับบริการสุขภาพ และรายได้ต่อหัวประชากรของครัวเรือนที่ปรับแล้วด้วย OECD-modified Equivalence Scales เป็นต้น ทั้งนี้ในการศึกษาได้จำแนกประชากรเป็นกลุ่มตามสถานะทางเศรษฐกิจออกเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ ยากจนที่สุด ยากจน ปานกลาง ฐานะดี และดีที่สุด

ผลการศึกษา มีดังนี้

(1) ผู้มีสิทธิส่วนใหญ่ในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นประชากรที่อยู่ในกลุ่มยากจนถึงยากจนที่สุด

(2) เมื่อจำแนกลักษณะการให้บริการเป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในพบว่า การให้บริการผู้ป่วยนอกของสถานีนามัย โรงพยาบาลชุมชน คลินิกเอกชน และโรงพยาบาลเอกชน มีอัตราเพิ่มขึ้นจากก่อนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยกลุ่มที่มีฐานะยากจนและยากจนที่สุดมีการใช้บริการผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาลเอกชนเพิ่มมากขึ้น ส่วนการให้บริการผู้ป่วยในนั้นพบว่า มีการใช้บริการผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นเล็กน้อย โดยกลุ่มที่มีฐานะดีและดีที่สุด หันมาใช้บริการผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชนมาก

(3) การคำนวณหาต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยการวิเคราะห์ต้นทุนแบบลดพบว่า ผู้มีสิทธิในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ มีค่าเฉลี่ยต้นทุนต่อหน่วยในการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ณ สถานีนามัย โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปสูงกว่าผู้มีสิทธิในระบบประกันสังคมและประชาชนกลุ่มอื่นๆ ในทั้งก่อนและหลังการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

(4) ในส่วนของการได้รับประโยชน์จากทรัพยากรสุขภาพภาครัฐ พบว่า หลังจากมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มูลค่าทรัพยากรที่ประชากรไทยได้รับประโยชน์จากรัฐนั้นเพิ่มมากขึ้น โดยกลุ่มที่มีฐานะยากจนที่สุดได้รับประโยชน์จากทรัพยากรสุขภาพมากที่สุด ส่วนกลุ่มที่มีฐานะปานกลางได้รับประโยชน์จากทรัพยากรสุขภาพน้อยที่สุด แสดงให้เห็นว่า นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าช่วยลดช่องว่างความไม่เป็นธรรมทางสังคม

ผลการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ระบบสุขภาพของประเทศไทยมีลักษณะ Pro-poor ทั้งก่อนและหลังการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยกลุ่มประชากรที่มีฐานะยากจนจะได้รับประโยชน์จากทรัพยากรภาครัฐเพิ่มมากขึ้น

พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข และคณะ (2548) ได้ทำการศึกษาและประมาณการจำนวนผู้ป่วยในภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีงบประมาณ 2548 โดยใช้ข้อมูลจากรายงาน ๐๑๑๐ รง ๕ ของปีงบประมาณ 2545-2547 และใช้สมการถดถอยอย่างง่ายในการวิเคราะห์ และในการประมาณผลรวมของน้ำหนักสัมพัทธ์ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมจะใช้ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2548 จากการประมาณข้างต้น คุณด้วยค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยของสถานพยาบาลนั้นๆ

ผลการศึกษาพบว่า ประมาณการจำนวนผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2548 เท่ากับ 5.06 ล้านครั้ง โดยมีค่ารวมน้ำหนักสัมพัทธ์ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมเท่ากับ 4.64 ล้านหน่วย นอกจากนี้พบว่า ข้อมูลจากรายงาน ๐๑๑๐ รง ๕ ที่ใช้ในการประมาณจำนวนผู้ป่วยในปีมีปัญหาเรื่องความครบถ้วนของข้อมูลโดยเฉพาะข้อมูลในปีงบประมาณ 2547 ที่มีการส่งรายงานเพียง 5 เดือน ซึ่งการปรับข้อมูลให้ครบปีจึงต้องคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงของจำนวนผู้ป่วยตามฤดูกาล

วัลย์พร พัทธนกุล และคณะ (2549) ได้ทำการศึกษาข้อดี ข้อจำกัด และความเป็นไปได้ของเงินกองทุนจาก 8 แหล่ง ตามพรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 (มาตรา 39) โดยการระดมสมองของนักวิจัยสำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศในการวิเคราะห์เกี่ยวกับข้อดีและข้อจำกัดของแหล่งเงินกองทุน และการสำรวจผู้สันักตกรณด้วยแบบสอบถามจำนวน 20 ราย เพื่อศึกษาถึงความเป็นไปได้ของแหล่งเงินทุน โดยได้ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนมกราคมถึงมีนาคม 2549 ในการศึกษา นักวิจัยได้กำหนดปัจจัยที่สำคัญ 5 ด้านของแต่ละแหล่งเงินได้แก่ ความเป็นไปได้ทางการเมือง การยอมรับได้ของสังคม ความเป็นธรรม ความยั่งยืนในการเป็นแหล่งเงินระยะยาว และความเป็นไปได้ในการดำเนินการ

ผลจากการศึกษาพบว่า

(1) การตัดสินใจเลือกแหล่งการเงิน ซึ่งพิจารณาจากปัจจัยทั้ง 5 ด้านนั้น ความเป็นไปได้ทางการเมืองเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการตัดสินใจเลือกแหล่งเงินของกองทุนมากที่สุด ส่วนการยอมรับของสังคมได้รับความสำคัญน้อยที่สุด

(2) ความเป็นไปได้ของแหล่งการเงิน เมื่อพิจารณาแต่ละแหล่งการเงินพบว่า งบประมาณรายจ่ายประจำปีเป็นแหล่งเงินที่มีความเป็นไปได้มากที่สุด หากพิจารณาในรายละเอียดถึงชนิดของภาษีพบว่า การเพิ่มภาษีบุหรี่ เหล้า และเบียร์จะเป็นแหล่งที่มีความเป็นไปได้มากที่สุด ส่วนการเก็บเงินสมทบจากผู้มีสิทธิมีความเป็นไปได้น้อยที่สุด

(3) สัดส่วนเงินของแหล่งการเงินต่างๆ พบว่า ภาษีทั่วไปมีสัดส่วนเงินของกองทุนมากที่สุด ส่วนเงินจากภาษีมูลค่าเพิ่มมีสัดส่วนน้อยที่สุด

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2549) ได้ทำการศึกษาวิเคราะห์ในประเด็นของการเข้าร่วมในการรักษาพยาบาลเป็นเงิน 30 บาทต่อครั้ง ซึ่งผู้ที่ได้รับบัตรทองประเภทมี ท. (UCE : Universal Health Care Coverage Exempt) ได้รับการยกเว้นการจ่ายร่วม และผู้ที่ได้รับบัตรทองประเภทไม่มี ท. (UCP: UC Pay) จะต้องจ่ายทุกครั้งที่เข้ารับการรักษา โดยทำการวิเคราะห์ฐานะของกลุ่ม UCP และ UCE จากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของครัวเรือน พ.ศ. 2546 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ข้อมูลต้นทุนการให้บริการของสถานพยาบาลที่คำนวณจากฐานข้อมูลระยะปี ๐๑๑๐ รง ๕ ปีงบประมาณ 2546 และข้อมูลประมาณการรายได้จากการจ่ายร่วมตามสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน (ผู้รับบริการจ่ายร่วม 30 บาทต่อครั้งในการใช้บริการ)

ผลการศึกษาพบว่า

(1) การแบ่งกลุ่มผู้มีสิทธิเป็นกลุ่ม UCE และ UCP ไม่ได้แบ่งตามเศรษฐกิจที่เหมาะสม

(2) การใช้บริการของผู้มีสิทธิกลุ่ม UCP จำนวน 26.8 ล้านคน มีการรักษาด้วยแบบผู้ป่วยในสูงกว่าแบบผู้ป่วยนอกในทุกกลุ่มรายได้ และกลุ่มจนที่สุดมีการใช้สิทธิมากที่สุด ซึ่งการใช้บริการดังกล่าวจะเกิดจากความต้องการด้านสุขภาพมากกว่าการใช้บริการอย่างฟุ่มเฟือย

(3) จากการประมาณการจำนวนเงินจากการจ่ายร่วมพบว่า กลุ่มจนที่สุดและกลุ่มจนเป็นผู้จ่ายร่วมมากที่สุด ร้อยละ 40 และร้อยละ 25 ของจำนวนเงินจ่ายร่วมทั้งหมดตามลำดับ เนื่องจากมีอัตราการใช้บริการและการใช้สิทธิที่สูงกว่ากลุ่มอื่นๆ ซึ่งโดยหลักการแล้วไม่สามารถยอมรับความไม่เสมอภาคดังกล่าวได้

ทั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้เสนอทางเลือกของการจ่ายร่วมซึ่งเป็นไปได้ 2 แนวทางได้แก่

(1) การเพิ่มจำนวนเงินการจ่ายร่วม เพื่อลดความฟุ่มเฟือยของการใช้บริการและสร้างรายได้ให้กับสถานพยาบาลเพิ่มขึ้น

(2) การลดหรืองดการจ่ายร่วม เช่น การยกเลิกการจ่ายร่วมที่ระดับสถานอนามัยและการจ่ายร่วมกรณีผู้ป่วยใน เพื่อเป็นการสนับสนุนการให้บริการสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิและเพื่อไม่ให้เป็นการอุปสรรคทางการเงินต่อผู้ป่วยที่ยากจนหรือมีรายได้น้อย เป็นต้น

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2548) ได้สำรวจความคิดเห็นผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขต่อนโยบายสุขภาพ การปฏิรูประบบสุขภาพไทย ความเป็นธรรมด้านการคลังสุขภาพ และด้านสถานะสุขภาพ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงพรรณนา และใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการสำรวจ

ผลการสำรวจสามารถสรุปแบ่งเป็น 3 ประเด็นสำคัญ ดังนี้

(1) ความสำคัญ การสัมฤทธิ์ผลของนโยบาย และบทบาทของภาคเอกชน พบว่านโยบายสุขภาพ 3 ลำดับแรกที่ผู้บริหารระดับสูงให้ความสำคัญ ได้แก่ ความเพียงพอของเงินและการคลังในระบบสุขภาพ คุณภาพของบริการสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง นอกจากนี้ผู้บริหารส่วนใหญ่มีความเห็นว่าบทบาทของภาคเอกชนในการให้บริการสุขภาพมีความสำคัญ และควรเพิ่มบทบาทของภาคเอกชนในการให้บริการทุกด้าน โดยเฉพาะการแพทย์ทางเลือก

(2) ความเป็นธรรมด้านการคลังสุขภาพและรายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือน ผู้บริหารส่วนใหญ่เห็นว่ารัฐสนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับโครงการบัตรทอง 30 บาท รักษาทุกโรคน้อยเกินไป และการจ่ายค่าบริการด้านสุขภาพควรเป็นไปตามความสามารถในการจ่ายของผู้รับบริการ สำหรับวิธีการเพิ่มงบประมาณด้านสุขภาพผู้บริหารส่วนใหญ่เห็นด้วยในการจัดเก็บภาษีเฉพาะจากยาสูบและสุราเพื่อมาใช้ในการดูแลสุขภาพ

(3) ความเป็นธรรมด้านบริการสุขภาพและสถานะทางสุขภาพ ผู้บริหารส่วนใหญ่เห็นว่าคนทุกท้องถื่นควรที่จะสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้เท่าเทียมกันและประชาชนควรได้ใช้บริการสุขภาพที่เท่าเทียมไม่ว่ากรณีผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน นอกจากนี้ควรคำนึงถึงประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพควบคู่กันไปด้วย

วลัยพร พัทธนกุล และคณะ (2548) ได้ทำการวิเคราะห์และเสนอแนวทางการปฏิรูปการเงิน การคลังของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Care Coverage: UC) โดยใช้การประมาณการรายจ่ายสุขภาพระยะยาวของประเทศไทย ระหว่างปี 2547-2563 ด้วยแบบจำลอง 4 แบบ ได้แก่ แบบจำลองด้านประชากรและแรงงาน (Demographic Model) แบบจำลองด้านเศรษฐกิจ (Economic Model) แบบจำลองด้านค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Health Expenditure Model) และแบบจำลองด้านงบประมาณของรัฐบาล (Government Model) พร้อมทั้งสร้างจากทัศน์ (Scenario) ออกเป็น 3 กรณี ได้แก่ (1) กรณีเพิ่มรายรับของโครงการ ภายใต้สมมติฐานการปรับเพิ่มภาษีสุขภาพ ภาษีบุหรี่ สุรา และเบียร์ (2) กรณีลดรายจ่าย โดยการกำหนดให้จำนวนผู้มีสิทธิ (Decedents) ลดลง ภายใต้สมมติฐานการขยายความคุ้มครองของประกันสังคมไปยังกลุ่มสมรสและบุตร (3) กรณีควมรวมจากทัศน์ที่ 1 และ 2 เข้าด้วยกัน

ผลการศึกษา พบว่า รายจ่ายสุขภาพจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 3.64 และ 3.88 ของ GDP ในปี 2553 และ 2563 ตามลำดับผลการวิเคราะห์สำหรับแต่ละจากทัศน์ ดังนี้

จากทัศน์ที่ 1 การเพิ่มงบประมาณที่แน่นอนโดยการปรับเพิ่มเฉพาะภาษี Earmarked Sin Tax และกันเงินส่วนหนึ่งให้แก่งานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้โครงการ UC มีความต้องการเงินอุดหนุนจากงบประมาณประจำปีของรัฐบาลลดลงอย่างมาก โดยเหลือเพียง 18,223 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2553

จากทัศน์ที่ 2 การกำหนดให้จำนวนผู้มีสิทธิลดลง โดยขยายความคุ้มครองของระบบประกันสังคมทำให้รายจ่ายของโครงการ UC ลดลง 9,210 ล้านบาทในปี 2548

จากทัศน์ที่ 3 มีการลดรายจ่าย พร้อมกับการเพิ่มรายรับที่แน่นอนเข้ามาในโครงการ ทำให้โครงการ UC เกือบไม่มีความต้องการเงินอุดหนุนจากงบประมาณประจำปีเลย

อัญชลี เพิ่มสุวรรณและคณะ (2548) ได้ศึกษาเปรียบเทียบต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการผู้ป่วยก่อนและหลังโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยทำการเก็บข้อมูลย้อนหลัง ที่โรงพยาบาลสันทรายแบ่งเป็น 2 ช่วง คือ 6 เดือนก่อนเริ่มโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และ 6 เดือนหลังจากมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ผลการศึกษาพบว่าหลังจากมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้นทุนรวมของโรงพยาบาลมีมูลค่าเพิ่มขึ้นจาก 12 ล้านบาท เพิ่มขึ้นเป็น 17 ล้านบาท คิดเป็นอัตราหรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 38.39 โดยต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นจาก 82.02 บาทต่อครั้ง เป็น 143.75 บาทต่อครั้ง และต้นทุนต่อหน่วยผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นจาก 2,106.23 เป็น 2,288.28 บาทต่อราย

ชูชัย ศรีขำนิ (2547) ได้ศึกษา และเสนอแนวทางการบริหารความเสี่ยงทางการเงินสำหรับนักบริหารการเงินของหน่วยงานด้านสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความเสี่ยงทางการเงินในกรณีที่ค่าใช้จ่ายต่อโรคสูง หรือโรงพยาบาลจะต้องมีการตามจ่าย กรณีส่งต่อในจำนวนที่สูง และเพื่อลด

ต้นทุนในการให้บริการ ในการศึกษาได้ทำการวิเคราะห์หน่วยบริการที่ทำการบริหารจัดการทรัพยากร เฉพาะโรค (Disease Management) และเลือกศึกษาเฉพาะโรค Colorectal Cancer โดยศึกษาแบบจำลอง ทางการค้าจำนวนการเงินเพื่อประมาณการการบริหารความเสี่ยง กรณีตัวอย่างสำหรับพื้นที่ที่มีประชากรที่เป็น โรคมะเร็งมากตามกลไกการจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว

ขั้นตอนในการคำนวณแบ่งเป็น 2 ขั้นตอนได้แก่

- (1) ประเมินหลักฐานอัตราค่าใช้จ่ายกับภาระโรคที่พื้นที่รับผิดชอบ
- (2) ประมาณการขอบเขตการรับผิดชอบทางการเงิน

จากผลการศึกษา สามารถนำมาประยุกต์ทางการบริหารความเสี่ยงทางการเงินในระบบ ประกันสุขภาพได้ 3 แนวทางดังนี้

- (1) กลยุทธ์แบบตัดสินใจขยายงานด้านนี้ (Growth) โดยต่อรองกับหน่วยผู้ซื้อ เพื่อขอเพิ่มรายรับ โดยเพิ่มรายหัวประชากร
- (2) กลยุทธ์เลือกกลวิธีการประนีประนอม (Contracting) คือการทำข้อตกลงเรื่อง อัตราค่าบริการกับโรงพยาบาล เพื่อลดค่าใช้จ่ายบางส่วนลง
- (3) กลยุทธ์ถอยทัพ โดยทำประกันเฉพาะด้านไว้กับบริษัทประกันเอกชน เพื่อเฉลี่ยความเสี่ยงทางการเงิน

วลัยพร พัทธนฤมล และคณะ (2547) ทำการคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัว ปีงบประมาณ 2548 ที่ใช้หลักการคำนวณเช่นเดียวกับปี 2545 – 2547 โดยปรับปรุงข้อมูลที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณ ให้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับความเป็นจริง ทั้งนี้ในการคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญ 2 ส่วนได้แก่ (1) ประมาณการจำนวนการเข้าใช้บริการในสถานพยาบาล (2) ประมาณการต้นทุนการให้บริการรักษาพยาบาลต่อหน่วย

ผลการศึกษาพบว่าอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่คำนวณได้สำหรับปีงบประมาณ 2548 คือ 1,782 บาท ต่อคนต่อปี นอกจากนี้ได้มีการคำนวณสำหรับปีงบประมาณ 2549 และ 2550 โดยมีอัตรา 1,903 และ 2,032 บาท ต่อคนต่อปี ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าอัตราเหมาจ่ายรายหัวเพิ่มขึ้นทุกปีโดยเฉพาะปี 2548 มีอัตรา เพิ่มขึ้นมากที่สุดร้อยละ 23 จากปี 2547 เนื่องมาจากการปรับข้อมูลที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณ

พงษ์พิสุทธิ จงอุดมสุข และคณะ (2546) ได้ศึกษาแบบแผนการจัดเก็บค่าธรรมเนียมการใช้ บริการของสถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ความรู้ความเข้าใจ ปัญหาอุปสรรค และ ข้อเสนอแนะในการจัดเก็บค่าธรรมเนียม ด้วยการสอบถามจากสถานพยาบาลคู่สัญญาในระบบหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้าและสถานพยาบาลในเครือข่าย ได้แก่ สถานีอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล และหน่วยกาชาดประจำจังหวัด

ผลการศึกษาพบว่าการจัดเก็บค่าธรรมเนียมการใช้บริการของสถานพยาบาลส่วนใหญ่ปฏิบัติตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และมีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการจัดเก็บค่าธรรมเนียมการใช้บริการว่าควรเป็นไปเพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมในระบบหลักประกัน และเห็นคุณค่าของบริการที่ได้รับ รวมทั้งลดการใช้บริการที่เกินความจำเป็น ทั้งนี้สถานพยาบาลส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยที่จะใช้การเก็บค่าธรรมเนียมเพื่อเป็นการเพิ่มรายได้ให้แก่สถานพยาบาล อีกทั้งควรปรับอัตราค่าธรรมเนียมให้แตกต่างกันตามลักษณะผู้ป่วยหรือพื้นที่ เนื่องจากอัตราค่าธรรมเนียมที่จัดเก็บในปัจจุบัน (30 บาทต่อครั้ง) ไม่มีความเหมาะสมในทางปฏิบัติ

บทที่ 3

ระเบียบวิธีการวิจัย (Methodology)

ระเบียบวิธีวิจัยในบทที่ 3 นี้จะประกอบไปด้วย แนวคิดที่ใช้ในการจำแนกภาระทางการคลัง แนวคิดที่ใช้ในการวิเคราะห์ภาระทางการคลังจากโครงการประกันสังคมและโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมีสาระสำคัญดังนี้

3.1 แนวคิดที่ใช้ในการจำแนกภาระทางการคลัง

ในการศึกษาภาระทางการคลังจากการให้สวัสดิการทางสังคมของรัฐบาลในกรณีศึกษาโครงการประกันสังคมและโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้ จะใช้กรอบความเสี่ยงภาระงบประมาณ หรือ FPO Applied Fiscal Risk Matrix (ตารางที่ 3.1) ซึ่งพัฒนายอยู่บนพื้นฐานของแนวคิดกรอบความเสี่ยงทางด้านการคลัง (Government Fiscal Risk Matrix) ของ Polackova (1998) เป็นกรอบในการศึกษา

ตารางที่ 3.1 กรอบความเสี่ยงภาระงบประมาณ (FPO Applied Fiscal Risk Matrix)

	ภาระการคลังต้องงบประมาณอย่างแน่นอน (Direct Liabilities to the Budget) ต้องชำระแน่นอนเมื่อถึงกำหนด	ภาระการคลังต้องงบประมาณที่อาจจะเกิดขึ้น (Contingent Liabilities to the Budget) ต้องชำระหากเหตุการณ์บางอย่างเกิดขึ้น
แบบชัดเจน (Explicit) เป็นภาระของรัฐบาล โดยตรงตามกฎหมาย	1. เป็นภาระที่รัฐบาลจะต้องจ่ายหรือชำระหนี้ด้วยงบประมาณแผ่นดินอย่างแน่นอนเมื่อถึงกำหนดชำระ 2. เป็นภาระทางการคลังของรัฐบาลที่จะต้องรับผิดชอบ ซึ่งกำหนดโดยกฎหมายหรือเป็นไปตามสัญญาหรือข้อตกลงที่รัฐบาลได้ลงนามไว้	1. เป็นภาระที่รัฐบาลอาจจะต้องจ่ายหรือชำระหนี้ด้วยงบประมาณแผ่นดินเมื่อเกิดเหตุการณ์บางอย่างเกิดขึ้น 2. เป็นภาระทางการคลังของรัฐบาลที่จะต้องรับผิดชอบ ซึ่งกำหนดโดยกฎหมายหรือเป็นไปตามสัญญาหรือข้อตกลงที่รัฐบาลได้ลงนามไว้
แบบโดยนัย (Implicit) พันธกิจนอกเหนือกฎหมาย หรือข้อตกลงที่อาจถูก ผลักดันโดยกลุ่ม ผลประโยชน์	1. เป็นภาระที่รัฐบาลจะต้องจ่ายหรือชำระหนี้ด้วยงบประมาณแผ่นดินอย่างแน่นอนเมื่อถึงกำหนดชำระ 2. เป็นภาระทางการคลังของรัฐบาลที่ แม้ว่าจะไม่กำหนดเป็นกฎหมายหรือลงนามในสัญญาหรือข้อตกลง แต่ถูกคาดหวังจากสาธารณะชนให้รัฐบาลต้องรับผิดชอบตามหลักจริยธรรมคุณธรรม จากแรงกดดันทางการเมือง	1. เป็นภาระที่รัฐบาลอาจจะต้องจ่ายหรือชำระหนี้ด้วยงบประมาณแผ่นดินเมื่อเกิดเหตุการณ์บางอย่างเกิดขึ้น 2. เป็นภาระทางการคลังของรัฐบาลที่ แม้ว่าจะไม่กำหนดเป็นกฎหมายหรือลงนามในสัญญาหรือข้อตกลง แต่ถูกคาดหวังจากสาธารณะชนให้รัฐบาลต้องรับผิดชอบตามหลักจริยธรรมคุณธรรม จากแรงกดดันทางการเมือง

สำหรับกรอบความเสี่ยงภาระงบประมาณในการศึกษาครั้งนี้จะมุ่งเน้นในการจำแนกความเสี่ยงและภาระทางการคลังของงบประมาณแผ่นดิน หรือผลกระทบของความเสี่ยงและภาระทางการคลังที่มีต่องบประมาณรายจ่ายประจำปีของรัฐบาล ในขณะที่กรอบความเสี่ยงทางด้านการคลังของ Polackova จะมุ่งเน้นถึงภาระและความเสี่ยงทางการคลังตามระบบการคลังสาธารณะ ซึ่งหมายรวมถึงภาคสาธารณะทั้งหมด (แผนภาพที่ 3.1)

3.2 แนวคิดที่ใช้ในการวิเคราะห์ภาระทางการคลังจากโครงการประกันสังคม

ในการศึกษาวิจัยภาระทางการคลังจากโครงการประกันสังคม คณะผู้วิจัยได้ใช้แบบจำลองบนตารางการคำนวณ (Spread Sheet) ในการประมาณการข้อมูลเชิงสถิติที่เกี่ยวข้องกับโครงการประกันสังคม ได้แก่ จำนวนผู้ประกันตน ค่าจ้างเฉลี่ยของผู้ประกันตน และสถานะทางการเงินในอนาคตของกองทุนประกันสังคม ได้แก่ รายรับรวม รายจ่ายรวม และเงินกองทุนสะสม เพื่อนำมาใช้ในการประมาณการภาระทางการคลังจากโครงการประกันสังคม

ทั้งนี้ ในส่วนของการประมาณการจำนวนผู้ประกันตนในอนาคต คณะผู้วิจัยได้ใช้แบบจำลองการประมาณการจำนวนประชากร ในการประมาณการจำนวนประชากรและกำลังแรงงานในอนาคต ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากร เช่น อัตราการย้ายถิ่นฐาน อัตราการตาย และอัตราการเกิดของประชากร เป็นต้น นอกจากนั้น จำนวนประชากรและกำลังแรงงานในอนาคต ยังขึ้นอยู่กับ การเปลี่ยนแปลงของตัวแปรทางด้านเศรษฐกิจมหภาคต่างๆ ที่เกี่ยวข้องอีกด้วย เช่น อัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ และอัตราการว่างงาน เป็นต้น

สำหรับการวิเคราะห์และประมาณการภาระทางการคลังนั้น ในส่วนแรกจะเป็นการจำแนกภาระทางการคลังด้วยการวิเคราะห์ภาระทางการคลังจากโครงการประกันสังคมตามแหล่งที่มาของภาระทางการคลังโดยใช้แนวคิดกรอบความเสี่ยงภาระงบประมาณ (FPO Applied Fiscal Risk Matrix) จากนั้นจึงทำการประเมินภาระทางการคลัง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

3.2.1 การจำแนกภาระทางการคลังจากโครงการประกันสังคม โดยใช้แนวคิดกรอบความเสี่ยงภาระงบประมาณ (FPO Applied Fiscal Risk Matrix)

จากการวิเคราะห์ภาระทางการคลังตามแหล่งที่มาของภาระทางการคลังจากโครงการประกันสังคม โดยใช้กรอบความเสี่ยงภาระงบประมาณเป็นกรอบในการจำแนกภาระทางการคลัง พบว่าแหล่งที่มาของภาระทางการคลังของกองทุนฯ สามารถแบ่งเป็น 2 ส่วนได้แก่ (1) ส่วนเงินสมทบที่รัฐบาลจ่ายเข้ากองทุนประกันสังคม ซึ่งเป็นภาระทางการคลังที่ชัดเจนและเป็นภาระต้องงบประมาณอย่างแน่นอน และ (2) ส่วนการขาดทุนผลการดำเนินงาน (รายจ่ายรวมสูงกว่ารายรับรวม) ซึ่งเป็นภาระโดยนัยและเป็นภาระเสี่ยงต้องงบประมาณที่อาจจะเกิดขึ้น ดังปรากฏในตารางที่ 3.2

ตารางที่ 3.2 ภาระการคลังจากโครงการประกันสังคมจำแนกตามกรอบความเสี่ยงภาระงบประมาณ
(FPO Applied Fiscal Risk Matrix)

	ภาระการคลังต้องงบประมาณอย่างแน่นอน (Direct Liabilities to the Budget) ต้องชำระแน่นอนเมื่อถึงกำหนด	ภาระการคลังต้องงบประมาณที่อาจจะเกิดขึ้น (Contingent Liabilities to the Budget) ต้องชำระหากเหตุการณ์บางอย่างเกิดขึ้น
แบบชัดเจน (Explicit) เป็นภาระตามกฎหมาย สัญญา หรือข้อตกลง	- เงินสมทบฝ่ายรัฐบาลร้อยละ 2.75 ของ ค่าจ้าง ตาม พรบ. ประกันสังคม พ.ศ. 2533	- เงินอุดหนุนหรือเงินอุดหนุนราชการ ในกรณี ที่กองทุนประกันสังคมมีเงินกองทุนไม่พอ จ่ายเป็นประโยชน์ทดแทนและค่าใช้จ่ายใน บริหารงาน ตาม พรบ. ประกันสังคม พ.ศ. 2533
แบบโดยนัย (Implicit) เป็นภาระโดยหลักจริยธรรม คุณธรรม นอกเหนือจากที่ปรากฏเป็นกฎหมาย หรือข้อตกลงที่อาจถูกผลักดันโดย กลุ่มผลประโยชน์		

3.2.2 ภาระการคลังที่แน่นอน (Direct Liabilities) จากโครงการประกันสังคม

ในการศึกษาวิเคราะห์ภาระการคลังที่แน่นอนของรัฐบาลจากโครงการระบบประกันสังคมของประเทศไทย เป็นการศึกษาถึงภาระต้องงบประมาณในอนาคตจากการที่รัฐบาล ซึ่งมีหน้าที่ตามกฎหมายในการจัดสรรงบประมาณเป็นเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ในอัตราร้อยละ 2.75 ของค่าจ้าง เพื่อนำไปจ่ายผลประโยชน์ทดแทนให้กับผู้ประกันตนในโครงการประกันสังคม ทั้ง 7 กรณี ได้แก่ เจ็บป่วย คลอดบุตร ทูพพลภาพ ตาย สงเคราะห์บุตร ชราภาพและว่างงาน โดยแยกเป็นร้อยละ 1.5 สำหรับผลประโยชน์ทดแทน 4 กรณี (เจ็บป่วย คลอดบุตร ทูพพลภาพ และตาย) ร้อยละ 1 สำหรับประโยชน์ทดแทน 2 กรณี (สงเคราะห์บุตรและชราภาพ) และร้อยละ 0.25 สำหรับประโยชน์ทดแทนกรณีว่างงาน ทั้งนี้ ตามกรอบความเสี่ยงภาระงบประมาณของ หรือ FPO Applied Fiscal Risk Matrix ภาระในส่วนนี้จัดเป็น “ภาระการคลังที่แน่นอนแบบชัดเจน” (Explicit Direct Liabilities) ซึ่งรัฐบาลจะต้องจัดสรรงบประมาณเป็นเงินสมทบตามที่กฎหมายระบุไว้

สำหรับการประมาณการเงินสมทบที่รัฐบาลจะต้องจ่ายจากเงินงบประมาณในอนาคต สามารถประมาณการจาก จำนวนผู้ประกันตนของกองทุนประกันสังคมในอนาคต ค่าจ้างเฉลี่ยของผู้ประกันตนที่จ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคม และอัตราสมทบของรัฐบาลที่จำแนกออกตามประเภทของการจ่ายประโยชน์ทดแทน ดังปรากฏในตารางที่ 3.3

ตารางที่ 3.3 อัตราเงินสมทบกองทุนประกันสังคม (มาตรา 33) ณ 31 ธันวาคม 2550

ร้อยละ

ประโยชน์ทดแทน	นายจ้าง	ผู้ประกันตน	รัฐบาล
4 กรณี (เจ็บป่วย คลอดบุตร ทูพพลภาพ ดาย)	1.5	1.5	1.5
2 กรณี (สงเคราะห์บุตร และชราภาพ)	3.0	3.0	1.0
กรณี ว่างงาน	0.5	0.5	0.25
รวม 7 กรณี	5.0	5.0	2.75

หมายเหตุ ค่าจ้างที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณเงินสมทบต้องไม่ต่ำกว่าเดือนละ 1,650 บาท และไม่เกิน 15,000 บาท

ที่มา : สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

3.2.3 ภาระการคลังที่อาจจะเกิดขึ้น (Contingent Liabilities) จากโครงการประกันสังคม

ในการศึกษาวิเคราะห์ภาระการคลังที่อาจจะเกิดขึ้น (Contingent Liabilities) จากโครงการประกันสังคมของประเทศไทยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความยั่งยืนทางการเงินในอนาคตของกองทุนประกันสังคม ซึ่งได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างประชากรที่มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจำนวนมาก (Aging Population) ในอนาคตอีก 10-20 ปีข้างหน้า ในขณะที่จำนวนประชากรวัยทำงานที่เป็นผู้จ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมที่มีสัดส่วนที่ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้สูงอายุ จึงส่งผลให้รายรับเข้ากองทุนประกันสังคมเพิ่มขึ้นไม่ทันกับรายจ่าย โดยเฉพาะในส่วนของผลประโยชน์เงินบำนาญ บำนาญ หากกองทุนประกันสังคมไม่มีการปรับปรุงวิธีระดมทุนที่จะช่วยลดผลกระทบทางลบดังกล่าว เมื่อกองทุนประกันสังคมมีเงินกองทุนไม่เพียงพอสำหรับการจ่ายผลประโยชน์ทดแทนให้แก่ผู้ประกันตน รัฐบาลจะต้องแบกรับภาระรายจ่ายส่วนที่เกินดังกล่าวแทนกองทุนประกันสังคมตามที่พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ได้กำหนดไว้ โดยภาระดังกล่าว ตามกรอบความเสี่ยงภาระงบประมาณของ หรือ FPO Applied Fiscal Risk Matrix จัดเป็น “ภาระการคลังที่อาจจะเกิดขึ้นแบบชัดเจน” (Explicit Contingent Liabilities) ซึ่งรัฐบาลจะต้องจัดสรรงบประมาณเพิ่มขึ้น เพื่อดูแลและให้สวัสดิการเพื่อการดำรงชีพของผู้สูงอายุเหล่านี้ตามสิทธิประโยชน์ที่กำหนดไว้ในกฎหมายการประกันสังคม

การประมาณการภาระการคลังที่อาจจะเกิดขึ้นจากโครงการประกันสังคมใช้การพิจารณา รายรับ รายจ่ายและเงินทุนสะสม ณ สิ้นปีของกองทุนประกันสังคม โดยการประมาณการรายรับ รายจ่ายในอนาคตของกองทุนประกันสังคมที่แบ่งกองทุนตามประเภทของการจ่ายผลประโยชน์ทดแทนออกเป็น 3 กองทุน ได้แก่ กองทุน 4 กรณี (กรณีเจ็บป่วย คลอดบุตร ทูพพลภาพ และตาย) กองทุน 2 กรณี (สงเคราะห์บุตร และชราภาพ) และกองทุน กรณีว่างงาน รวมทั้งการพิจารณาหนี้คงค้างของกองทุนประกันสังคม

3.2.4 แบบจำลองการประมาณการจำนวนประชากร

การประมาณการจำนวนประชากรประยุกต์จากแบบจำลองการประมาณการจำนวนประชากรขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) และสถาบันวิจัยนโยบายเศรษฐกิจการคลัง (สวค.) โดยใช้วิธีทางสถิติในการประมาณการจำนวนประชากรจากประชากรปีฐาน ประกอบกับการกำหนดสมมติฐานเกี่ยวกับจำนวนประชากรแต่ละรุ่นอายุ (Cohort) ซึ่งเปลี่ยนแปลงไปตามองค์ประกอบของการเปลี่ยนแปลงด้านจำนวนประชากร 3 ด้าน ได้แก่ การตาย (Mortality) การเกิด (Birth) และการย้ายถิ่น (Migration) โดยจำนวนประชากรแต่ละรุ่นอายุจะลดลงเนื่องจากการตาย และเพิ่มขึ้นเนื่องจากการเกิด นอกจากนี้หากมีการย้ายถิ่นเข้า จำนวนประชากรจะเพิ่มขึ้น และหากมีการย้ายถิ่นออก จำนวนประชากรจะลดลง ดังนั้น การประมาณการจำนวนประชากรจึงอาศัยการกำหนดสมมติฐานว่าในอนาคตข้างหน้า การเกิด การตาย และการย้ายถิ่นแต่ละปีควรเป็นเท่าใด

การศึกษาในครั้งนี้ใช้ตารางการคำนวณ (Spread Sheet) ในการประมาณการจำนวนประชากร ตั้งแต่ปี 2551-2649 รวม 99 ปี⁵ โดยใช้ฐานข้อมูลจำนวนประชากรรวมของประเทศ ปี 2550 ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ทั้งนี้ การประมาณการจำนวนประชากรรวมในแต่ละปี ได้จากผลรวมของประมาณการจำนวนประชากรที่จำแนกเป็นรุ่นอายุรายปี ตั้งแต่จำนวนประชากรที่มีอายุน้อยกว่า 1 ปี ไปจนถึงประชากรที่มีอายุ 99 ปี โดยผลการประมาณการจำนวนประชากรรวมที่ได้จะนำไปใช้ในการประมาณการจำนวนผู้เข้าร่วมในกำลังแรงงานก่อนที่จะนำไปประมาณการจำนวนผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมต่อไป

สำหรับการเก็บข้อมูลและการกำหนดสมมติฐานในองค์ประกอบของการเปลี่ยนแปลงด้านจำนวนประชากรทั้ง 3 ส่วน มีดังต่อไปนี้

(1) อัตราการตายของประชากร (Mortality Rate) เป็นอัตราการตายที่จำแนกตามกลุ่มอายุ (กลุ่มอายุละ 5 ปี⁶ รวม 22 กลุ่มอายุ) ใช้ข้อมูลสถิติของกระทรวงสาธารณสุข โดยกำหนดสมมติฐานให้อัตราการตายของประชากรแบ่งตามกลุ่มอายุ กลุ่มละ 5 ปี ตามสัดส่วนผู้เสียชีวิต และกำหนดให้อัตราการตายลดลงจนเท่ากับร้อยละ 10 ของอัตราการการตายของประชากร ณ ปี พ.ศ. 2550 ในสัดส่วนที่เท่ากันทุกปี

(2) อัตราการเกิดของประชากร (Birth Rate) เป็นอัตราส่วนของจำนวนทารกแรกเกิดต่อประชากรทั้งหมดในปัจจุบัน เฉลี่ยรายปี ใช้ข้อมูลจากการประมาณการจำนวนประชากรของประเทศปี 2543-2573 ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติประเทศ (สศช.) หลังจากนั้นกำหนดให้อัตราการเกิดของประชากรคงที่อยู่ที่ร้อยละ 1.29 ซึ่งเป็นอัตราการเกิดในช่วงที่มีอัตราการ

⁵ ช่วงในการประมาณการเงินกองทุนสะสมของกองทุนประกันสังคมในอนาคต 100 ปีข้างหน้า คือ ปี 2550-2549

⁶ อัตราการตายของประชากรในช่วงอายุแรกเป็นอัตราการตายของประชากรที่มีอายุน้อยกว่า 1 ปี อัตราการตายของประชากรในช่วงอายุที่ 2 เป็นอัตราการตายของประชากรที่มีอายุระหว่าง 1-4 ปี อัตราการตายของประชากรในช่วงอายุที่ 3-22 เป็นอัตราการตายของประชากรที่แบ่งตามช่วงอายุ ช่วงอายุละ 5 ปี

เจริญพันธุ์⁷ (Fertility Rate) ในระดับ 1.6 ตามแนวคิดของสศช. ที่ต้องการรักษาระดับอัตราเจริญพันธุ์ของประเทศไทยให้อยู่ในระดับดังกล่าว

(3) อัตราการย้ายถิ่นฐาน (Migration) เป็นอัตราการย้ายถิ่นฐานระหว่างประเทศ ซึ่งอาจเปลี่ยนแปลงมาก เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง ซึ่งไม่สามารถคาดคะเนได้อย่างแน่นอน อย่างไรก็ตาม เนื่องจากข้อมูลการย้ายถิ่นระหว่างประเทศของประชากรไทยมีจำนวนผู้ย้ายถิ่นที่ถูกต้องตามกฎหมายไม่มากเมื่อเทียบกับประชากรทั้งประเทศ ซึ่งไม่มีผลกระทบต่อจำนวนและโครงสร้างประชากร การประมาณการจำนวนประชากรในครั้งนี้จึงกำหนดสมมติฐานให้การย้ายถิ่นฐานระหว่างประเทศมีน้อยมากจนไม่มีผลกระทบต่อจำนวนและโครงสร้างของประชากร หรือ กำหนดให้การย้ายถิ่นระหว่างประเทศมีค่าเป็น 0 ตลอดการประมาณการ

ในการศึกษานี้ ตามเทคนิคการประมาณการ จะเริ่มต้นจากการประมาณการจำนวนประชากรที่จำแนกเป็นรุ่นอายุ (Cohort) รายปี ตั้งแต่ประชากรที่มีอายุไม่เกิน 1 ปี ไปจนถึง ประชากรที่มีอายุ 99 ปี โดยมีสูตรการประมาณการดังนี้

การประมาณการจำนวนประชากรที่มีอายุไม่เกิน 1 ปี

$$\begin{aligned} \text{จำนวนประชากรที่มีอายุไม่เกิน 1 ปี (t)} &= \text{จำนวนประชากรที่เกิดใหม่ ณ ปีที่ (t-1)} - \\ &\quad \text{จำนวนประชากรเกิดใหม่ที่เสียชีวิต ณ ปีที่ t} \\ &= \text{จำนวนประชากรรวม ณ ปีที่ (t-1)} \times \text{อัตราการเกิดของประชากร ณ ปีที่ (t)} \times \\ &\quad \{1 - \text{อัตราการตายของประชากรที่มีอายุไม่ครบ 1 ปี ณ ปีที่ (t)}\} \end{aligned}$$

โดยที่ t คือ จำนวนปีที่เพิ่มขึ้น, $t = 1, 2, 3, \dots$

การประมาณการจำนวนประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป

$$\begin{aligned} \text{จำนวนประชากรที่มีอายุ (a) ปี (t)} &= \text{จำนวนประชากรที่มีอายุ (a-1) ปี ณ ปีที่ (t-1)} - \text{จำนวนประชากรที่มีอายุ (a-1) ปี} \\ &\quad \text{ที่เสียชีวิต ณ ปีที่ (t-1)} \\ &= \text{จำนวนประชากรที่มีอายุ (a-1) ปี ณ ปีที่ (t-1)} \times \{1 - \text{อัตราการตายของประชากร} \\ &\quad \text{ที่มีอายุอยู่ในกลุ่มอายุ } S_a \text{ ปี ณ ปีที่ (t)}\} \end{aligned}$$

โดยที่ a คือ อายุของประชากร (ปี), $a = 1, 2, 3, \dots, 99$ ปีขึ้นไป

s_a คือ กลุ่มอายุของประชากรที่มีอายุ a ปี (กลุ่มอายุละ 5 ปี),

$s_a = 0, 1-4, 5-9, 10-14, 15-19, \dots, 95-99, 99$ ปีขึ้นไป

⁷ อัตราเจริญพันธุ์ (Fertility rate) หมายถึง จำนวนทารกแรกเกิดโดยเฉลี่ยต่อหญิงที่มีอายุอยู่ในช่วง 15-49 ปี หญิงคน

สำหรับการประมาณการจำนวนประชากรแยกตามกลุ่มอายุ (กลุ่มอายุละ 5 ปี รวม 22 กลุ่มอายุ) สามารถคำนวณจากผลรวมของประมาณการจำนวนประชากรที่จำแนกเป็นรุ่นอายุรายปี (ตั้งแต่ น้อยกว่า 1 ปี ไปจนถึง 99 ปี) ตามสูตรการคำนวณข้างต้น

3.2.5 การประมาณการทางด้านแรงงาน การประมาณการจำนวนผู้ประกันตน และการประมาณการค่าจ้างของผู้ประกันตนต่อคนต่อปี

(1) การประมาณการทางด้านแรงงาน

ในการประมาณการด้านแรงงานจะใช้ผลการประมาณการจำนวนประชากรรวมในแต่ละปีที่ได้จากการประมาณการจำนวนประชากรจำแนกเป็นรายอายุ มาใช้ในการคำนวณ โดยกำหนดสมมติฐานของสัดส่วนแรงงานที่มีงานทำต่อประชากร ระหว่างปี 2550-2649 ให้เท่ากับค่าเฉลี่ย 3 ปี ของสัดส่วนแรงงานที่มีงานทำต่อประชากรรวมในปี 2547-2549 ซึ่งมีค่าคงที่อยู่ที่ประมาณร้อยละ 56 ตลอดระยะเวลาประมาณการ

จำนวนผู้อยู่ในกำลังแรงงานที่มีงานทำ ณ ปีที่ t = จำนวนประชากรทั้งหมด ณ ปีที่ $t \times$
สัดส่วนแรงงานที่มีงานทำต่อประชากร ณ ปีที่ t

(2) การประมาณการจำนวนผู้ประกันตน

ในการประมาณการจำนวนผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม ซึ่งแบ่งออกเป็น การประมาณการผู้ประกันตนภาคบังคับ ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ในมาตรา 33 และการประมาณการผู้ประกันตนภาคสมัครใจ ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ในมาตรา 39 และ 40 จะใช้ผลการประมาณการด้านแรงงานข้างต้น เพื่อประมาณการจำนวนผู้อยู่ในกำลังแรงงานที่มีงานทำ ซึ่งประกันตนในระบบประกันสังคมแยกตามลักษณะของการประกันตน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

(2.1) การประมาณการจำนวนผู้ประกันตนภาคบังคับ จากสัดส่วนจำนวนแรงงานที่ประกันตนตามมาตรา 33 ต่อจำนวนแรงงานที่มีงานทำทั้งหมด

การประมาณการด้วยวิธีนี้จะใช้ข้อมูลประมาณการจำนวนแรงงานในอนาคต (ผู้ที่อยู่ในกำลังแรงงานที่มีงานทำ) ร่วมกับการกำหนดสมมติฐานให้สัดส่วนกำลังแรงงานที่ประกันตนภาคบังคับตามมาตรา 33 ระหว่างปี 2550-2649 มีค่าคงที่ตลอดการประมาณการ โดยกำหนดให้สัดส่วนแรงงานที่ประกันตนภาคบังคับตามมาตรา 33 เท่ากับค่าเฉลี่ย 3 ปี ของช่วงปี 2547-2549 ซึ่งมีค่าอยู่ที่ประมาณร้อยละ 23 และใช้สัดส่วนดังกล่าว เพื่อประมาณการจำนวนผู้ประกันตนตามมาตรา 33

จำนวนผู้ประกันตนตามมาตรา 33 ณ ปีที่ t = จำนวนผู้อยู่ในกำลังแรงงานที่มีงานทำ ณ ปีที่ $t \times$
สัดส่วนกำลังแรงงานที่ประกันตนภาคบังคับตามมาตรา 33 ณ ปีที่ t

(2.2) การประมาณการจำนวนผู้ประกันตนภาคสมัครใจ จากอัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนแรงงานที่มีงานทำที่ประกันตนตามมาตรา 39 และมาตรา 40

สำหรับการประมาณการจำนวนผู้ประกันตนภาคสมัครใจตามมาตรา 39 และมาตรา 40 ใช้การกำหนดสมมติฐานให้อัตราการเพิ่มขึ้นของผู้ประกันตนภาคสมัครใจตามมาตรา 39 และมาตรา 40 ระหว่างปี 2550-2649 เท่ากับค่าเฉลี่ย 3 ปี ในปี 2547-2549 ค่าคงที่อยู่ที่ร้อยละ 1 และใช้จำนวนผู้ประกันตนตามมาตรา 39 และ 40 ในปีฐาน (ปี 2550) ร่วมกับสมมติฐานอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้ประกันตนดังกล่าวในการประมาณการจำนวนผู้ประกันตนตามมาตรา 39 และมาตรา 40

การประมาณการด้วยวิธีนี้จะทำให้สัดส่วนจำนวนผู้ประกันตนตามมาตรา 33 ต่อประชากรทั้งหมดในแต่ละปี คงที่อยู่ที่ประมาณร้อยละ 13.4 ในขณะที่ สัดส่วนจำนวนผู้ประกันตนทั้งหมดต่อจำนวนประชากรทั้งหมดเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 13.8 และคงที่ตลอดการประมาณการ

(3) การประมาณการค่าจ้างเฉลี่ยต่อเดือนของผู้ประกันตน

ในการประมาณการเงินสมทบที่รัฐบาลจะต้องจ่ายเข้ากองทุนประกันสังคมจะใช้ประมาณการค่าจ้างเฉลี่ยของผู้ประกันตนที่อยู่ในระบบประกันสังคมเป็นฐานในการคำนวณเงินสมทบดังกล่าว โดยวิธีการประมาณการค่าจ้างเฉลี่ยสามารถแบ่งได้เป็น 2 วิธี

(3.1) ใช้ข้อมูลโครงสร้างค่าจ้างของผู้ประกันตนภาคบังคับตามมาตรา 33 ที่มีรุ่นอายุอยู่ระหว่าง 15 – 60 ปี โดยใช้ข้อมูล ณ ปี 2549 เป็นปีฐาน โดยใช้การกำหนดสมมติฐานให้ค่าจ้างของผู้ประกันตนทุกรุ่นอายุ (15-60 ปี) มีอัตราการขยายตัวเพิ่มขึ้นร้อยละ 5 ต่อปี เพื่อประมาณการค่าจ้างเฉลี่ยของผู้ประกันตนในช่วงปี 2550-2649 โดยใช้วิธีการเฉลี่ย 5 ปี และค่าจ้างเฉลี่ยของผู้ประกันตนต่อเดือนที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณเงินสมทบนั้น กฎกระทรวงฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2538) ออกตามความในพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 กำหนดเป็นจำนวนไม่ต่ำกว่าเดือนละ 1,650 บาท และไม่เกิน 15,000 บาท

(3.2) ใช้ข้อมูลสถิติค่าจ้างของผู้ประกันตนตามมาตรา 33 ณ ธันวาคม ปี 2549 ของกองวิจัยและพัฒนา สำนักงานประกันสังคม ที่จำแนกค่าจ้างที่ผู้ประกันตนได้รับต่อเดือนออกเป็น 10 ช่วง ตั้งแต่ 1,650 -15,000 บาท โดยใช้ข้อมูลค่าจ้างเฉลี่ยของผู้ประกันตนในแต่ละช่วงของค่าจ้าง ร่วมกับสัดส่วนผู้ประกันตนในแต่ละช่วงของค่าจ้าง ในการคำนวณค่าจ้างเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักของผู้ประกันตนต่อคนต่อเดือน และกำหนดสมมติฐานให้ค่าจ้างของผู้ประกันตนต่อคนต่อปีมีอัตราการขยายตัวเพิ่มขึ้นร้อยละ 5

3.2.6 การประมาณการภาระการคลังที่แน่นอน (Direct Liabilities) จากโครงการประกันสังคม

ในการประมาณการภาระการคลังที่แน่นอน ซึ่งเป็นภาระต่อเงินงบประมาณที่รัฐบาลต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมอย่างแน่นอน สามารถวิเคราะห์ด้วยการประมาณการเงินสมทบที่รัฐบาลต้องจ่ายจากเงินงบประมาณในแต่ละปี

ทั้งนี้ ข้อมูลที่จำเป็นในการประมาณการภาระการคลังที่แน่นอน ได้แก่ อัตราเงินสมทบของฝ่ายรัฐบาล จำนวนผู้ประกันตนในอนาคต และค่าจ้างเฉลี่ยของผู้ประกันตนต่อคนต่อเดือน เมื่อได้ผลการประมาณการจำนวนผู้ประกันตน ค่าจ้างเฉลี่ยของผู้ประกันตน และอัตราเงินสมทบฝ่ายรัฐบาล ซึ่งกำหนดให้รัฐบาลจ่ายตามอัตราที่กฎหมายกำหนดไว้ในปัจจุบัน ตลอดจนการประมาณการ แล้วจึงคำนวณเป็นภาระในการจ่ายเงินสมทบต่อปี โดยวิธีการคำนวณสามารถแสดงได้ตามสูตรการคำนวณดังต่อไปนี้

สูตรการคำนวณประมาณการเงินสมทบที่รัฐบาลต้องจ่าย

เงินสมทบที่รัฐบาลต้องจ่ายจากเงินงบประมาณต่อปี = $\text{ประมาณการค่าจ้างเฉลี่ยต่อคนต่อเดือน} \times 12 \text{ เดือน}$
(เป็นค่าจ้างรวมต่อปี) $\times$ อัตราเงินสมทบ $\times$
จำนวนผู้ประกันตนที่จ่ายเงินสมทบ

3.2.7 การประมาณการภาระการคลังที่อาจจะเกิดขึ้น (Contingent Liabilities) จากโครงการประกันสังคม

ในการประมาณการภาระการคลังที่อาจจะเกิดขึ้น (Contingent Liability) จากโครงการประกันสังคมของประเทศไทยในการศึกษานี้ ใช้ตารางการคำนวณ (Spread Sheet) ในการประเมินสถานะทางการเงินของกองทุนประกันสังคม โดยเฉพาะกองทุน 2 กรณี (สงเคราะห์บุตร และ ชราภาพ) ซึ่งเป็นการวิเคราะห์กระแสเงินสด โดยการพิจารณารายรับรวมของกองทุนประกันสังคม (รายรับเงินสมทบและผลตอบแทนจากการลงทุน) และรายจ่ายรวมของกองทุนประกันสังคม (รายจ่ายประโยชน์ทดแทนให้ผู้ประกันตน) ประกอบกับการวิเคราะห์สถานะของเงินกองทุนสะสม⁸ ณ สิ้นปี ของกองทุนประกันสังคม เพื่อพิจารณาว่ากองทุนประกันสังคมจะมีกระแสเงินสดติดลบ (รายจ่ายรวมสูงกว่ารายรับรวม) หรือ มีผลการดำเนินงานขาดทุนเมื่อใด รวมทั้งพิจารณาว่าเงินสะสมของกองทุนจะหมดลงและกลายเป็นภาระของรัฐบาลที่ต้องจ่ายผลประโยชน์ทดแทนให้กับผู้เกษียณแทนกองทุนเมื่อใดและเป็นจำนวนเท่าใด

การประมาณการรายรับรวมและรายจ่ายรวมของกองทุนประกันสังคมมีสมมติฐานที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

(1) สมมติฐานด้านรายรับ

การประมาณการรายรับของกองทุนประกันสังคม สามารถแบ่งออกตามการจ่ายประโยชน์ทดแทนได้ 3 ประเภท ได้แก่ รายรับของกองทุนประโยชน์ทดแทน 4 กรณี (เจ็บป่วย คลอดบุตร ทูพพลภาพ ตาย) รายรับของกองทุนประโยชน์ทดแทน 2 กรณี (สงเคราะห์บุตรและชราภาพ) และรายรับของกองทุนประโยชน์ทดแทนกรณีว่างงาน

⁸ เงินกองทุนสะสม คือ เงินรายรับที่มากกว่ารายจ่ายของกองทุนสะสม หักด้วยส่วนของเงินที่กันเป็นเงินสำรองค่าประโยชน์ทดแทน

โดยรายรับของกองทุนประโยชน์ทดแทนทั้งสามกองทุนข้างต้น สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ส่วนที่สำคัญ ดังนี้

1) รายรับจากเงินสมทบ

2) รายรับผลตอบแทนจากการลงทุนในหลักทรัพย์ของกองทุน

การกำหนดสมมติฐานด้านรายรับของกองทุนประโยชน์ทดแทนทั้งสามกองทุนจึงแบ่งออกเป็น 2 ส่วน

(1.1) สมมติฐานอัตราเงินสมทบ

กำหนดให้อัตราเงินสมทบของกองทุนผลประโยชน์ทดแทนมีค่าคงที่เท่ากับอัตราเงินสมทบในปัจจุบัน (ตารางที่ 3.3) ตลอดการประมาณการ

(1.2) สมมติฐานด้านการลงทุนของกองทุนประกันสังคม

- กำหนดให้สัดส่วนเงินลงทุนต่อเงินกองทุนเท่ากับร้อยละ 90 ของเงินกองทุนรวมตลอดการประมาณการ ตามที่กฎหมายกำหนดให้กองทุนสามารถกันเงินไว้เป็นค่าบริหารจัดการได้ไม่เกินร้อยละ 10 ของเงินกองทุน

- กำหนดให้สัดส่วนเงินลงทุนในหลักทรัพย์ที่มีความมั่นคงสูงของทุกกองทุนเท่ากับร้อยละ 83 ของเงินลงทุนรวมตลอดการประมาณการ

- กำหนดให้อัตราผลตอบแทนของการลงทุนในหลักทรัพย์ที่มีความเสี่ยงเท่ากับร้อยละ 6 ของเงินกองทุนรวม และคงที่ตลอดการประมาณการ

- กำหนดให้อัตราผลตอบแทนของการลงทุนในหลักทรัพย์ที่มีความมั่นคงสูงเท่ากับร้อยละ 3 ของเงินกองทุนรวม และคงที่ตลอดการประมาณการ

(2) สมมติฐานด้านรายจ่าย

การประมาณการรายจ่ายของกองทุนเป็นการประมาณการรายจ่ายผลประโยชน์ทดแทนให้แก่ผู้ประกันตนที่จำแนกออกตามการจ่ายผลประโยชน์ทดแทน 3 กรณี คือ กองทุน 4 กรณี (เจ็บป่วย คลอดบุตร ทูพพลภาพ และตาย) กองทุน 2 กรณี (สงเคราะห์บุตรและชราภาพ) และกองทุนว่างงาน

(2.1) สมมติฐานด้านรายจ่ายของกองทุน 4 กรณี

- กำหนดให้ค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกต่อครั้งมีอัตราค่ารักษาพยาบาลเท่ากับร้อยละ 2 ต่อปี และคงที่ตลอดการประมาณการ

- กำหนดให้อัตราการรักษาเฉลี่ยต่อคน ต่อครั้ง ต่อปีเท่ากับคนละ 2.6 ครั้งต่อปี และคงที่ตลอดการประมาณการ

การประมาณการรายจ่ายของกองทุน 4 กรณีในแต่ละปี ใช้จำนวนผู้ประกันตนที่จ่ายเงินเข้ากองทุนประกันสังคม ร่วมกับสมมติฐานด้านจำนวนครั้งเฉลี่ยที่ผู้ประกันตนใช้บริการใน 1 ปี และค่ารักษาพยาบาลต่อคน ในการประมาณการค่าใช้จ่ายต่อปีของกองทุน 4 กรณี

สูตรการคำนวณรายจ่ายรวมของกองทุน 4 กรณี

รายจ่ายรวมของกองทุน 4 กรณี = จำนวนผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม x อัตราค่ารักษาต่อคน ต่อครั้ง ต่อปี x ค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกต่อครั้ง

(2.2) สมมติฐานด้านรายจ่ายของกองทุน 2 กรณี

- กำหนดให้รายจ่ายผลประโยชน์ของกรณีสงเคราะห์บุตรมีการขยายตัวเพิ่มขึ้นเท่ากับอัตราการเกิดของประชากรในแต่ละปี
- กำหนดให้รายจ่ายผลประโยชน์ของกรณีชราภาพเท่ากับผลรวมของการจ่ายประโยชน์จากเงินบำนาญและเงินบำนาญชราภาพ ซึ่งประมาณการจากค่าจ้างเฉลี่ยของผู้ประกันตนต่อคนต่อเดือน จำนวนผู้ประกันตน และอัตราผลประโยชน์ของผู้ประกันตนที่มีอายุตั้งแต่ 56 ปีขึ้นไป ตามอัตราที่กฎหมายกำหนดไว้ในปัจจุบัน กล่าวคือ ผู้ที่จ่ายเงินสมทบครบ 15 ปี จะได้รับเงินบำนาญชราภาพในอัตราร้อยละ 20 ของเงินเดือนเฉลี่ย 60 เดือนสุดท้าย สำหรับผู้ที่จ่ายเงินสมทบมากกว่า 15 ปี จะได้รับเงินบำนาญชราภาพในอัตราที่เพิ่มขึ้นต่อปีเท่ากับร้อยละ 1.5

(2.3) สมมติฐานด้านรายจ่ายของกองทุน กรณีว่างงาน

- กำหนดให้รายจ่ายผลประโยชน์ของกรณีว่างงานมีอัตราการขยายตัวคงที่เท่ากับร้อยละ 2 ต่อปี ตลอดการประมาณการ

3.3 แนวคิดที่ใช้ในการวิเคราะห์ภาระทางการคลังจากโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ในการศึกษาวิจัยภาระทางการคลังจากโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คณะผู้วิจัยได้ใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ ประกอบด้วยข้อมูลปฐมภูมิจากการศึกษาฐานโรงพยาบาลของรัฐที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 4 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) โรงพยาบาลชลบุรี และโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช (วาสนมหาเถระ) โดยมีสรุปการศึกษาฐานดังปรากฏในภาคผนวก 2 และการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (คุณทวีศรี กริทอง) และข้อมูลทุติยภูมิจากบทความทางวิชาการ เอกสารและแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ นำมาประกอบการวิเคราะห์และประมาณการภาระทางการคลังจากโครงการฯ

สำหรับการวิเคราะห์และประมาณการภาระทางการคลังนั้น ในขั้นแรกจะทำการจำแนกภาระทางการคลังจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วยการวิเคราะห์ภาระทางการคลังตามแหล่งที่มาของภาระทางการคลังโดยใช้แนวคิดกรอบความเสี่ยงภาระงบประมาณ (FPO Applied Fiscal Risk Matrix) จากนั้นจึงทำการประเมินภาระทางการคลัง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

3.3.1 การจำแนกภาระทางการคลังจากโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยใช้แนวคิด กรอบความเสี่ยงภาระงบประมาณ (FPO Applied Fiscal Risk Matrix)

จากการวิเคราะห์ภาระทางการคลังตามแหล่งที่มาของภาระทางการคลังจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยใช้กรอบความเสี่ยงภาระงบประมาณเป็นกรอบในการจำแนกภาระทางการคลัง พบว่าแหล่งที่มาของภาระทางการคลังของกองทุนฯ สามารถแบ่งเป็น 2 ส่วนได้แก่ (1) งบประมาณที่รัฐบาลจัดสรรให้แก่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นภาระทางการคลังที่ชัดเจนและเป็นภาระต้องงบประมาณอย่างแน่นอน และ (2) ภาระการขาดทุนของโรงพยาบาลรัฐที่เข้าร่วมโครงการฯ ซึ่งเป็นภาระโดยนัยและเป็นภาระต้องงบประมาณที่อาจจะเกิดขึ้น ดังปรากฏในตารางที่ 3.4

ตารางที่ 3.4 ภาระทางการคลังจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำแนกตาม กรอบความเสี่ยงภาระงบประมาณ (FPO Applied Fiscal Risk Matrix)

	ภาระการคลังต้องงบประมาณอย่างแน่นอน (Direct Liabilities to the Budget) ต้องชำระแน่นอนเมื่อถึงกำหนด	ภาระการคลังต้องประมาณที่อาจจะเกิดขึ้น (Contingent Liabilities to the Budget) ต้องชำระหากเหตุการณ์บางอย่างเกิดขึ้น
แบบชัดเจน (Explicit) เป็นภาระตามกฎหมาย สัญญา หรือข้อตกลง	งบประมาณค่าใช้จ่ายรายหัวที่รัฐบาลจัดสรรให้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	
แบบโดยนัย (Implicit) เป็นภาระโดยหลักจริยธรรม คุณธรรม นอกเหนือจากที่ปรากฏเป็นกฎหมาย หรือข้อตกลงที่อาจถูกผลักดันโดยกลุ่มผลประโยชน์		ภาระเสี่ยงจากการขาดทุนของโรงพยาบาลของรัฐเนื่องจากการเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3.3.2 การประมาณการภาระการคลังที่แน่นอน (Direct Liabilities) จาก โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

คณะผู้วิจัยได้ทำการประมาณการภาระทางการคลังที่แน่นอนหรืองบประมาณที่จัดสรรให้แก่โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ บนพื้นฐานของข้อมูลในอดีตร่วมกับสมมติฐานทางเศรษฐกิจและการคลัง และแนวโน้ม (Trend) โดยแบ่งเป็น 2 ส่วนได้แก่

ส่วนที่ 1 ส่วนของค่าใช้จ่ายบุคลากร ซึ่งจะคำนวณโดยใช้อัตราเฉลี่ยย้อนหลัง 5 ปี ระหว่างปีงบประมาณ 2547 – 2551 (26,263 ล้านบาท) เนื่องจากข้อมูลไม่มีแนวโน้มที่ชัดเจนและเมื่อพิจารณาข้อมูลย้อนหลังตั้งแต่เริ่มโครงการในปี 2545 (ตารางที่ 5.11) พบว่ามีระดับค่อนข้างคงที่ระหว่าง 23,795.80 – 27,639.52 ล้านบาท

ส่วนที่ 2 ส่วนของงบบริการทางการแพทย์ ซึ่งประมาณการด้วย 3 วิธี ดังนี้

วิธีที่ 1 การประมาณการด้วยสมมติฐานสัดส่วนต่อ GDP

วิธีที่ 2 การประมาณด้วยสมมติฐานสัดส่วนต่อวงเงินงบประมาณรายจ่าย

วิธีที่ 3 การประมาณโดยใช้แนวโน้มข้อมูลค่าใช้จ่ายรายหัวที่สำนักงานประมาณ
อนุมัติและข้อมูลแนวโน้มประชากร UC

3.3.3 การประมาณการภาระทางการคลังที่อาจจะเกิดขึ้น (หรือภาระเสี่ยง) จาก

โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ภาระทางการคลังที่อาจจะเกิดขึ้นหรือภาระเสี่ยงของโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่ภาระของรัฐบาลที่อาจจะต้องเข้ารับการระดมทุนของโรงพยาบาลรัฐที่เข้าร่วมโครงการ และเนื่องจากข้อจำกัดด้านข้อมูลที่ใช้ในการประเมินภาระการระดมทุนของโรงพยาบาลของรัฐที่เข้าร่วมโครงการฯ คณะผู้วิจัยจึงประมาณการภาระเสี่ยงของรัฐบาลจากส่วนต่างระหว่างความต้องการด้านการคลังของโครงการฯ และจำนวนเงินงบประมาณที่คาดว่ารัฐบาลจะจัดสรรให้แก่โครงการฯ ภายใต้สมมติฐานว่าจำนวนเงินงบประมาณที่ สปสช. เสนอเพื่อขอรับจัดสรรซึ่งคำนวณจากต้นทุนของการบริการและจำนวนผู้เข้ารับบริการเป็นความต้องการทางการคลัง (Fiscal Need) ของโครงการ ฯ

บทที่ 4

การวิเคราะห์ภาระทางการคลังจากโครงการประกันสังคม

การศึกษาวิจัยในบทที่ 4 นี้จะประกอบด้วย การวิเคราะห์สถานะทางการเงิน โครงสร้างรายรับ-รายจ่าย เงินกองทุนสะสม และการลงทุนของกองทุนประกันสังคม (Social Security Fund: SSF) รวมทั้งการประมาณการภาระทางการคลังจากกองทุนประกันสังคม โดยสามารถแบ่งการประมาณการออกได้เป็น 2 ส่วนคือ การประมาณการภาระการคลังที่แน่นอน (Direct Liabilities) จากกองทุนประกันสังคม ซึ่งเป็นภาระในการการจ่ายเงินสมทบในส่วนของรัฐบาล และการประมาณการภาระการคลังที่อาจจะเกิดขึ้น (Contingent Liabilities) ที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อกองทุนประกันสังคม โดยเฉพาะกองทุนประโยชน์ทดแทน 2 กรณี (กรณีสงเคราะห์บุตรและชราภาพ) ซึ่งคาดว่าจะมีผลการดำเนินงานขาดทุนและมีเงินกองทุนสะสมไม่เพียงพอสำหรับการจ่ายผลประโยชน์ให้แก่ผู้ประกันตน ในอีก 20-30 ปีข้างหน้า ดังปรากฏในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 ภาระทางการคลังจากโครงการประกันสังคมจำแนกตาม

กรอบความเสี่ยงภาระงบประมาณ (FPO Applied Fiscal Risk Matrix)

	ภาระการคลังต้องประมาณอย่างแน่นอน (Direct Liabilities to the Budget) ต้องชำระแน่นอนเมื่อถึงกำหนด	ภาระการคลังต้องประมาณที่อาจจะเกิดขึ้น (Contingent Liabilities to the Budget) ต้องชำระหากเหตุการณ์บางอย่างเกิดขึ้น
แบบชัดเจน (Explicit) เป็นภาระตามกฎหมาย สัญญา หรือข้อตกลง	เงินสมทบฝ่ายรัฐบาลในอัตราร้อยละ 2.75 ของค่าจ้าง ตาม พรบ. ประกันสังคม พ.ศ. 2533	เงินอุดหนุนหรือเงินทดรองราชการ ในกรณีที่กองทุนประกันสังคมมีเงินกองทุนไม่พอจ่ายเป็นประโยชน์ทดแทนและค่าใช้จ่ายในบริหารงาน ตาม พรบ. ประกันสังคม พ.ศ. 2533
แบบโดยนัย (Implicit) เป็นภาระโดยหลักจริยธรรม คุณธรรม นอกเหนือจากที่ปรากฏเป็นกฎหมาย หรือข้อตกลงที่อาจถูกผลักดันโดยกลุ่มผลประโยชน์		

อย่างไรก็ดี การศึกษาในบทนี้จะมุ่งเน้นการประมาณการมูลค่าภาระทางการคลัง ใน 2 ส่วนข้างต้น ภายใต้ข้อกำหนดตามหลักกฎหมายในปัจจุบัน ประกอบกับสมมติฐานสถานการณ์ปกติ หรือ การคาดการณ์สถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตอย่างดีที่สุดที่สุด (Best Guess Estimate) ทั้งนี้ สารสำคัญของบทนี้มีดังนี้

4.1 การวิเคราะห์สถานะทางการเงินของกองทุนประกันสังคม

การวิเคราะห์สถานะทางการเงินในบทนี้ประกอบด้วย การศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันของจำนวนผู้ประกันตน การวิเคราะห์โครงสร้างรายรับ รายจ่าย และเงินกองทุนสะสมของกองทุนประกันสังคม โดยใน

ส่วนแรกจะเป็นการศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันของจำนวนผู้ประกันตน ซึ่งถือเป็นตัวแปรที่สำคัญในการประมาณการรายรับเงินสมทบ และรายจ่ายผลประโยชน์ทดแทน โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

4.1.1 การวิเคราะห์จำนวนผู้ประกันตนในกองทุนประกันสังคม

เนื้อหาในส่วนนี้จะเป็นการอธิบายถึงโครงสร้างและสถานการณ์ปัจจุบันของจำนวนผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม เพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงความสำคัญของจำนวนผู้ประกันตน ซึ่งเป็นตัวแปรหลักในการกำหนดแนวโน้มของรายรับเงินสมทบจากผู้ประกันตนและรายจ่ายผลประโยชน์ทดแทนให้แก่ผู้ประกันตนในอนาคต

จากข้อมูลจำนวนผู้ประกันตนที่อยู่ในระบบประกันสังคม ณ 31 ธันวาคม 2550 พบว่ามีจำนวนทั้งสิ้น 9.18 ล้านคน โดยเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลย้อนหลังไป 5 ปี ตั้งแต่ปี 2546-2550 จำนวนผู้ประกันตนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีอัตราการเพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละร้อยละ 5.4 ทั้งนี้ ผู้ประกันตนส่วนใหญ่เป็นผู้ประกันตนภาคบังคับ (ตามมาตรา 33 ของพรบ. ประกันสังคม พ.ศ. 2533) โดยในปี 2550 มีจำนวนจำนวนผู้ประกันตนตามมาตรา 33 ถึง 8.78 ล้านคน โดยคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 96 ของจำนวนผู้ประกันตนทั้งหมด ดังปรากฏในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 จำนวนผู้ประกันตนในกองทุนประกันสังคม ปี 2542-2550

หน่วย : คน

	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550
ผู้ประกันตนภาคบังคับ									
- มาตรา 33	5,679,567	5,810,140	5,865,208	6,900,223	7,434,237	7,831,463	8,225,477	8,537,801	8,781,262
ผู้ประกันตนภาคสมัครใจ									
- มาตรา 39 และ 40	70,354	89,380	118,233	147,419	175,141	200,305	241,933	322,382	400,908
รวม	5,749,921	5,899,520	5,983,441	7,047,642	7,609,378	8,031,768	8,467,410	8,860,183	9,182,170

ที่มา : กองวิจัยและพัฒนา สำนักงานประกันสังคม

สำหรับผู้ประกันตนภาคสมัครใจตามมาตรา 39 ในปี 2550 มีจำนวนประมาณ 4 แสนราย ในขณะที่ผู้ประกันตนโดยสมัครใจประเภทอื่นๆ ตามมาตรา 40 มีจำนวนเพียง 3 รายในปี 2550 ซึ่งเป็นผลมาจากการที่ผู้ประกันตนตามมาตรานี้เป็นผู้ประกันตนที่ขาดคุณสมบัติในการสมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 และมาตรา 39 นอกจากนั้น ผู้ประกันตนตามมาตรา 40 จะได้รับความคุ้มครองเพียง 3 กรณีเท่านั้น (กรณีคลอดบุตร กรณีทุพพลภาพ และกรณีตาย) ทั้งนี้ ในภาพรวมแล้วผู้ประกันตนภาคสมัครใจตามมาตรา 39 และ 40 คิดเป็นสัดส่วนเพียงร้อยละ 4 ของจำนวนผู้ประกันตนทั้งหมด

โดยสรุปแล้ว จำนวนผู้ประกันตนที่เพิ่มขึ้นข้างต้นถือเป็นตัวแปรสำคัญที่กำหนดแนวโน้มรายรับเงินสมทบ ซึ่งเป็นเงินออมของผู้ประกันตนจำนวนมาก และเป็นตัวแปรสำคัญในการกำหนดรายจ่ายผลประโยชน์ทดแทนในอนาคต เนื่องจากกองทุนประกันสังคมจะต้องแบกรับรายจ่ายผลประโยชน์ทดแทน

ให้แก่ผู้ประกันตนที่จะมีสิทธิรับเงินบำนาญชราภาพ เมื่ออายุ 55 ปี โดยกองทุนประกันสังคมจะต้องจ่ายเงินบำนาญชราภาพให้ผู้สูงอายุ ซึ่งจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้ประกันตนในอนาคต ไปจนกระทั่งเสียชีวิต ด้วยเหตุนี้จำนวนผู้ประกันตนจึงเป็นตัวแปรสำคัญที่ต้องใช้ในการวิเคราะห์สถานะทางการเงินของกองทุนประกันสังคมในอนาคตต่อไป

4.1.2 การวิเคราะห์โครงสร้างรายรับ-รายจ่ายของกองทุนประกันสังคม

ผลการดำเนินงานด้านการเงินของกองทุนประกันสังคมในช่วงปี 2545 - 2549 ได้แบ่งองค์ประกอบที่สำคัญออกเป็น 2 ด้าน คือ ผลการดำเนินงานด้านรายรับและรายจ่ายของกองทุนประกันสังคม ดังปรากฏในตารางที่ 4.3

(1) โครงสร้างรายรับของกองทุนประกันสังคม

จากในอดีตจนถึงปัจจุบัน รายรับของกองทุนประกันสังคมมีองค์ประกอบที่สำคัญ 2 ส่วน คือ รายรับจากเงินสมทบ และรายรับผลตอบแทนจากการลงทุน โดยรายรับส่วนใหญ่ของกองทุนประกันสังคมเป็นรายรับจากเงินสมทบสามฝ่าย ซึ่งได้แก่เงินสมทบของนายจ้าง ลูกจ้างและรัฐบาล ในช่วงปี 2545-2549 รายรับจากเงินสมทรมีสัดส่วนที่สูงที่สุด หรือ คิดเป็นประมาณร้อยละ 86.1 ของรายรับรวม รองลงมาได้แก่ ผลตอบแทนจากการลงทุนที่มีสัดส่วนประมาณร้อยละ 12.2 ส่วนรายได้อื่นๆ คิดเป็นประมาณร้อยละ 1.7 เท่านั้น ซึ่งเป็นที่สังเกตว่า รายรับรวมมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นมาโดยตลอด โดยเฉพาะรายรับเงินสมทบ ซึ่งเพิ่มขึ้นในทิศทางเดียวกันกับจำนวนผู้ประกันตนที่เพิ่มขึ้น ดังปรากฏในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 โครงสร้างรายรับ-รายจ่าย กองทุนประกันสังคม ปี 2545-2549

	ล้านบาท					
	2545	2546	2547	2548	2549	ร้อยละ (เฉลี่ย 5 ปี)
รายรับ	48,197	63,063	87,225	97,442	110,877	100
เงินสมทบ	40,574	54,423	77,281	85,086	93,241	86.1
ผลตอบแทนจากการลงทุน	7,322	7,529	8,232	10,819	14,986	12.2
รายรับอื่นๆ	301	1,111	1,713	1,537	2,650	1.7
รายจ่าย	14,382	18,441	20,186	26,622	33,868	
รายจ่ายประโยชน์ทดแทน	13,543	17,507	18,547	23,147	30,166	91.4
รายจ่ายเพื่อการบริหาร	837	921	1,174	1,549	3,370	6.5
รายจ่ายอื่นๆ	2.94	13	466	1,549	333	1.8
รายรับสูงกว่าค่าใช้จ่าย *	33,815	44,622	67,039	70,820	77,009	

ที่มา : รายงานประจำปี 2547-2549 สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

หมายเหตุ : * ยังไม่หักสำรองประมาณการหนี้สินผลประโยชน์ทดแทนกรณีชราภาพ

เมื่อพิจารณารายรับเฉพาะในส่วนของเงินสมทบสำหรับกองทุนผลประโยชน์ทดแทนกรณีต่างๆ ดังปรากฏในตารางที่ 4.4 จะเห็นได้ว่า เงินสมทบส่วนใหญ่มาจากกองทุน 2 กรณี (สงเคราะห์บุตรและชราภาพ) โดยในช่วงปี 2547-2549 รายรับเงินสมทบสำหรับกองทุน 2 กรณี คิดเป็นสัดส่วนเฉลี่ยประมาณร้อยละ 55.4 หรือประมาณครึ่งหนึ่งของรายรับเงินสมทบทั้งหมด ในขณะที่ รายรับเงินสมทบของกองทุน 4 กรณี (เจ็บป่วย คลอดบุตร ทูพพลภาพ และตาย) ในช่วงเดียวกัน คิดเป็นสัดส่วนเฉลี่ยประมาณร้อยละ 34.9 ส่วนรายรับเงินสมทบของกองทุนกรณีว่างงาน คิดเป็นสัดส่วนประมาณร้อยละ 9.7

ตารางที่ 4.4 โครงสร้างรายรับเงินสมทบของกองทุนประกันสังคม ปี 2547-2549

ล้านบาท

	2547	ร้อยละ	2548	ร้อยละ	2549	ร้อยละ	ร้อยละ (เฉลี่ย)
รายรับเงินสมทบ	77,281	100	85,086	100	93,241	100	100
กองทุน 4 กรณี	26,859	34.8	29,742	35.0	32,634	35.0	34.9
กองทุน 2 กรณี	42,960	55.6	47,065	55.3	51,574	55.3	55.4
กองทุน กรณีว่างงาน	7,461	9.7	8,279	9.7	9,033	9.7	9.7

ที่มา : รายงานประจำปี 2547-2549 สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

(2) โครงสร้างรายจ่ายของกองทุนประกันสังคม

จากในอดีตจนถึงปัจจุบัน รายจ่ายของกองทุนประกันสังคมประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 2 ส่วน คือ รายจ่ายค่าประโยชน์ทดแทน (Benefits Expense) และรายจ่ายเพื่อการบริหารสำนักงาน (Administrative Expense) โดยรายจ่ายส่วนใหญ่เป็นรายจ่ายค่าประโยชน์ทดแทนให้แก่ผู้ประกันตน จะเห็นได้ว่า ในช่วงปี 2545-2549 รายจ่ายค่าผลประโยชน์ทดแทนคิดเป็นสัดส่วนเฉลี่ยประมาณร้อยละ 91.4 ของรายจ่ายรวม (ตารางที่ 4.3) รองลงมาเป็น รายจ่ายเพื่อการบริหารสำนักงาน ซึ่งคิดเป็นสัดส่วนเฉลี่ยประมาณร้อยละ 6.5 และรายจ่ายอื่นๆ คิดเป็นสัดส่วนเฉลี่ยประมาณร้อยละ 1.8 ของรายจ่ายรวม

เมื่อพิจารณาถึงรายจ่ายผลประโยชน์ทดแทนของกองทุนประโยชน์ทดแทนกรณีต่างๆ (ตารางที่ 4.5) จะเห็นได้ว่า รายจ่ายค่าประโยชน์ทดแทนส่วนใหญ่มาจากกองทุน 4 กรณี (เจ็บป่วย คลอดบุตร ทูพพลภาพ และตาย) โดยในช่วงปี 2547-2549 รายจ่ายผลประโยชน์ทดแทน 4 กรณีคิดเป็นสัดส่วนเฉลี่ยประมาณร้อยละ 66.3 ในขณะที่รายจ่ายค่าประโยชน์ทดแทน 2 กรณีและกรณีว่างงานคิดเป็นสัดส่วนเฉลี่ยประมาณร้อยละ 13.7 และ 2.4 ตามลำดับ โดยในปี 2549 รายจ่ายค่าประโยชน์ของกองทุน 4 กรณีคิดเป็นสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 74.9 ของรายจ่ายค่าประโยชน์ทดแทนทั้งหมด ในขณะที่ รายจ่ายค่าประโยชน์ทดแทนของกองทุน 2 กรณี (สงเคราะห์บุตรและชราภาพ) ในปีเดียวกัน คิดเป็นสัดส่วนเพียงร้อยละ 21.1 เนื่องจาก รายจ่ายบำนาญชราภาพจะเริ่มจ่ายออกไปในปี 2557 (15 ปี นับจากปี 2542 ที่เริ่มเก็บเงิน

สมทบกรณีชราภาพ) หรือในอีก 6 ปีข้างหน้า ส่วนรายจ่ายค่าประโยชน์ทดแทนของกองทุนกรณีว่างงาน คิดเป็นสัดส่วนเพียงร้อยละ 4 ของรายจ่ายค่าประโยชน์ทดแทนทั้งหมด

ตารางที่ 4.5 โครงสร้างรายจ่ายประโยชน์ทดแทนของกองทุนประกันสังคมปี 2547-2549

ล้านบาท

	2547	ร้อยละ	2548	ร้อยละ	2549	ร้อยละ	เฉลี่ย (ร้อยละ)
รายจ่ายประโยชน์ทดแทน	18,544	100	23,147	100	30,166	100	100
กองทุน 4 กรณี	15,612	51.8	19,064	63.2	22,603	74.9	63.3
กองทุน 2 กรณี	2,779	9.2	3,269	10.8	6,365	21.1	13.7
กองทุน กรณีว่างงาน	153	0.5	814	2.7	1,198	4.0	2.4

ที่มา : สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

โดยสรุป การบริหารกองทุนประกันสังคมในช่วงตั้งแต่ปี 2545-2549 (ตารางที่ 4.3) มีรายรับรวมสูงกว่ารายจ่ายรวม (กระแสเงินสดเป็นบวก) ในจำนวนที่เพิ่มขึ้น โดยเพิ่มขึ้นจาก 33,815 ล้านบาท ในปี 2545 เป็น 77,009 ล้านบาทในปี 2549 มีสาเหตุหลักมาจากการปรับตัวเพิ่มขึ้นของรายรับเงินสมทบในส่วนของกองทุนประโยชน์ทดแทน 2 กรณี (สงเคราะห์บุตรและชราภาพ) ซึ่งกองทุนประกันสังคมจัดเก็บสะสมตั้งแต่เริ่มดำเนินการในปี 2542 เพื่อการจ่ายบำนาญชราภาพในปี 2557 หรือในอีก 6 ปีข้างหน้า โดยรัฐบาลจะต้องจ่ายเงินบำนาญชราภาพให้ผู้ประกันตนไปจนกระทั่งเสียชีวิต

อย่างไรก็ตาม ในช่วงปี 2548-2549 อัตราการขยายตัวของรายรับมีแนวโน้มที่ลดลง หากเปรียบเทียบกับช่วงก่อนหน้านี้ โดยมีอัตราการขยายตัวในปี 2548 และ 2549 อยู่ที่ประมาณร้อยละ 11 และร้อยละ 13 ตามลำดับ ในขณะที่อัตราการขยายตัวของรายจ่ายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยมีอัตราการขยายตัวในปี 2548 และ 2549 สูงถึงร้อยละ 27 และร้อยละ 30 ตามลำดับ ซึ่งมีสาเหตุจากรายจ่ายค่าประโยชน์ทดแทนของกองทุน 4 กรณี (เจ็บป่วย คลอดบุตร ทูพพลภาพ และตาย) และกองทุน 2 กรณี ในส่วนของรายจ่ายผลประโยชน์ทดแทนกรณีสงเคราะห์บุตรที่มีการขยายตัวสูงขึ้น

4.1.3 การวิเคราะห์สถานะเงินกองทุนสะสมของกองทุนประกันสังคม

ในปัจจุบัน เงินกองทุนสะสมกองทุนประกันสังคมได้แบ่งการบริหารแยกเป็น 3 บัญชี คือ บัญชีประโยชน์ทดแทน 4 กรณี (เจ็บป่วย คลอดบุตร ทูพพลภาพ และตาย) บัญชีประโยชน์ทดแทน 2 กรณี (สงเคราะห์บุตรและชราภาพ) และบัญชีประโยชน์ทดแทนกรณีว่างงาน โดยในปี 2549 (ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2549) กองทุนประกันสังคมมีเงินกองทุนสะสมทั้งสิ้น 440,169 ล้านบาท (ตารางที่ 4.6) หรือคิดเป็นร้อยละ 5.62 ของ GDP แยกเป็นเงินกองทุนสะสมของกองทุน 4 กรณี 74,219 ล้านบาท เงินกองทุนสะสมของกองทุน 2 กรณี 342,441 ล้านบาท และเงินกองทุนสะสมของกองทุนกรณีว่างงาน 23,509 ล้านบาท โดยจะ

เห็นได้ว่าเงินกองทุนของกองทุน 2 กรณีมีสัดส่วนมากที่สุด หรือ คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 77.8 ของเงินกองทุนทั้งหมด เนื่องจากการจ่ายเงินบำนาญชราภาพนั้น เป็นรายจ่ายผลประโยชน์ทดแทนในระยะยาว ซึ่งต้องทำการสะสมเงินกองทุน สำหรับเป็นรายจ่ายค่าผลประโยชน์ทดแทนให้แก่ผู้รับบำนาญในอนาคต (Deferred Occurrence)

ตารางที่ 4.6 เงินกองทุนสะสมของกองทุนประกันสังคมปี 2547-2549

ล้านบาท

	2547	ร้อยละ	2548	ร้อยละ	2549	ร้อยละ
กองทุน 4 กรณี	113,903	38.9	64,069	17.55	74,219	16.8
กองทุน 2 กรณี	171,221	58.5	285,897	78.33	342,441	77.8
กองทุน กรณีว่างงาน	7,345	2.5	15,007	4.11	23,509	5.3
เงินสะสมของกองทุน	292,468	100	364,973	100	440,169	100
GDP ณ ราคาตลาด	6,489,476		7,095,619		7,830,329	
% ของ GDP	4.51		5.14		5.62	

ที่มา : รายงานประจำปี 2547-2549 สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

หมายเหตุ : เงินกองทุนสะสมของกองทุนประกันสังคมส่วนใหญ่จะถูกใช้ไปในการลงทุน ส่วนที่เหลือจะใช้สำหรับเป็นค่าบริหารสำนักงาน ค่าบริหารสภาพคล่อง และค่ารักษาพยาบาลเหมาจ่ายให้โรงพยาบาล

ผลการศึกษาของหลายหน่วยงาน เช่น องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labor Organization: ILO) สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง (สศค.) และสถาบันวิจัยนโยบายเศรษฐกิจการคลัง (สวค.) ได้มุ่งประเด็นปัญหาไปที่ความยั่งยืนทางการเงินของกองทุนประกันสังคม โดยผลการศึกษาที่ผ่านมา มีความสอดคล้องกัน โดยพบว่ากองทุนประกันสังคม 4 กรณี จะไม่พบว่ามีปัญหาเรื่องความยั่งยืนทางการเงินในระยะยาว เนื่องจากกองทุนมีลักษณะการจ่ายผลประโยชน์ในรูปแบบของการประกัน ซึ่งมีการเฉลี่ยความเสี่ยงร่วมกันระหว่างผู้ประกันตนในประเทศ ทำให้สำนักงานประกันสังคมสามารถบริหารจัดการกองทุนได้ง่ายกว่ากรณีการจ่ายผลประโยชน์ทดแทนให้แก่แต่ละบุคคลอย่างตายตัว

อย่างไรก็ดี กองทุนประกันสังคม 2 กรณี โดยเฉพาะกรณีชราภาพ กลับพบว่าอาจประสบปัญหาทางการเงินในอนาคต ซึ่งจะกลายเป็นปัญหาสำคัญทางเศรษฐกิจและสังคมในอนาคต เนื่องจากเป็นกองทุนที่มีขนาดใหญ่ และเน้นการบริหารและการจ่ายผลประโยชน์ทดแทนในระยะยาว โดยผู้ประกันตนที่เกษียณอายุจะต้องได้รับเงินผลประโยชน์ทดแทนตามอัตราที่กำหนดไว้เป็นประจำจนกว่าจะเสียชีวิต ซึ่งส่งผลให้การบริหารจัดการกองทุนมีความยากลำบากยิ่งขึ้น ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางปัจจัยด้านโครงสร้างประชากร เศรษฐกิจ และสังคม ล้วนส่งผลกระทบต่อความสามารถในการจ่ายผลประโยชน์ทดแทนระยะยาวของกองทุนประกันสังคม นอกจากนี้ ปัญหาเรื่องความยั่งยืนของกองทุนประกันสังคมกรณีนี้ ย่อมสะท้อนถึงภาระทางการคลังของรัฐบาล เนื่องจากรัฐบาลจะต้องมีภาระในการเข้ามารับผิดชอบเงิน

ผลประโยชน์ทดแทนให้แก่ผู้ประกันตนในกรณีที่กองทุนประสบปัญหาทางการเงินตามที่กฎหมายการประกันสังคมกำหนดไว้

4.2 การลงทุนในกลุ่มหลักทรัพย์ (Portfolio) ของกองทุนประกันสังคม

สำหรับการวิเคราะห์รูปแบบการลงทุนของกองทุนประกันสังคมได้แบ่งการพิจารณาออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ การลงทุนที่จำแนกออกตามประเภทของหลักทรัพย์ และการลงทุนที่จำแนกออกตามประเภทของการจ่ายผลประโยชน์ทดแทนให้แก่ผู้ประกันตน โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

4.2.1 เงินลงทุนของกองทุนประกันสังคมจำแนกตามประเภทของหลักทรัพย์

สำนักงานประกันสังคม ได้นำเงินกองทุนประกันสังคมไปลงทุนตามระเบียบคณะกรรมการประกันสังคมว่าด้วยการจัดหาผลประโยชน์ของกองทุนประกันสังคม พ.ศ. 2549 ซึ่งกำหนดให้สำนักงานประกันสังคมมีหน้าที่นำเงินกองทุนไปจัดหาผลประโยชน์ เพื่อให้การลงทุนมีประสิทธิภาพและป้องกันความเสี่ยงจากการลงทุน โดยลงทุนในหลักทรัพย์ที่มีความมั่นคงสูง (ได้แก่ ตัวเงินคลัง พันธบัตรรัฐบาล พันธบัตรรัฐวิสาหกิจที่มีกระทรวงการคลังค้ำประกัน เงินฝากธนาคารที่ได้รับการค้ำประกัน และหุ้นกู้เอกชนที่ได้รับการจัดอันดับเครดิต) ในสัดส่วนไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60 ของเงินลงทุน (เงินกองทุนในส่วนที่สำนักงานประกันสังคมดำเนินการลงทุน) และลงทุนในหลักทรัพย์ที่มีความเสี่ยง (ได้แก่ ตราสารหนี้อื่นๆ หน่วยลงทุน และหุ้นสามัญ) ในสัดส่วนไม่เกินร้อยละ 40 ของเงินลงทุน

ในช่วง 4 ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ปี 2547-2550 กองทุนประกันสังคมมีมูลค่าเงินลงทุนที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2550 (ณ วันที่ 31 ธันวาคม ปี 2550) กองทุนประกันสังคมมีเงินลงทุนรวมมูลค่า 499,912 ล้านบาท (ตารางที่ 4.7) เพิ่มขึ้นจากช่วงเดียวกันของปี 2549 ถึงร้อยละ 23.96 ทั้งนี้ เงินลงทุนจำนวน 499,912 ล้านบาท ประกอบด้วยการลงทุนในหลักทรัพย์ที่มีความมั่นคงสูง ได้แก่ พันธบัตรรัฐบาล พันธบัตรรัฐวิสาหกิจที่มีกระทรวงการคลังค้ำประกัน เงินฝากธนาคาร และหุ้นกู้เอกชน จำนวน 412,370 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 82.5 ของเงินลงทุนรวม โดยลงทุนในตัวเงินคลัง พันธบัตรรัฐบาลและพันธบัตรธนาคารแห่งประเทศไทย ในสัดส่วนสูงที่สุด คือ ร้อยละ 54.9 รองลงมา คือ ลงทุนในพันธบัตรรัฐวิสาหกิจ และหุ้นกู้ (กระทรวงการคลังค้ำประกัน) ร้อยละ 17.7 ของเงินลงทุน และลงทุนในหุ้นกู้เอกชน ร้อยละ 8.7 ของเงินลงทุน สำหรับการลงทุนในหลักทรัพย์ที่มีความเสี่ยง ได้แก่ ตราสารหนี้อื่นๆ หน่วยลงทุน และหุ้นสามัญ จำนวน 87,542 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 17.5 ของเงินลงทุน

ในปัจจุบัน การบริหารเงินกองทุนของกองทุนประกันสังคมมุ่งเน้นการลงทุนที่สร้างรายได้ เพื่อให้กองทุนมีความมั่นคงสูงที่สุดในระยะยาว และเพื่อให้กองทุนสามารถดูแลสิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตนได้มากขึ้น โดยจะเห็นได้ว่า ในช่วง 4 ปีที่ผ่านมา (ปี 2547-2550) สัดส่วนการลงทุนในหลักทรัพย์ที่มีความมั่นคงสูงอยู่ในระดับที่สูงกว่าที่ระเบียบคณะกรรมการประกันสังคมได้กำหนดให้มีสัดส่วนไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60 ของเงินลงทุน หรือมีสัดส่วนการลงทุนในหลักทรัพย์ที่มีความมั่นคงสูงเฉลี่ย

ประมาณร้อยละ 82.5 ของเงินลงทุน ทั้งนี้ การลงทุนในหลักทรัพย์ของกองทุนประกันสังคมนั้นส่วนใหญ่เป็นการลงทุนในตั๋วเงินคลัง พันธบัตรรัฐบาล พันธบัตรธนาคารแห่งประเทศไทย ซึ่งมีความมั่นคงสูง จึงไม่เป็นที่วิตกว่าปัจจัยภายนอกที่อาจมีผลกระทบต่อรายรับผลตอบแทนจากการลงทุน เช่น ปัญหาสินเชื่ออสังหาริมทรัพย์ด้อยคุณภาพ (Sub-prime Mortgage) จะส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของเงินกองทุน อย่างไรก็ตาม เป็นที่สังเกตว่า การลงทุนในลักษณะนี้มีความมั่นคง โดยลดความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการลงทุน แต่ขณะเดียวกันเป็นการปิดโอกาสที่จะได้ผลตอบแทนที่สูงจากการลงทุนในหลักทรัพย์ประเภทอื่นซึ่งมีความเสี่ยงสูงกว่า เช่น หลักทรัพย์ประเภทหุ้น

นอกจากนั้น การจัดตั้งสถาบันคุ้มครองเงินฝากภายใต้พระราชบัญญัติสถาบันคุ้มครองเงินฝาก พ.ศ. 2551 ซึ่งเป็นผลทำให้เงินฝากธนาคารที่ได้รับการกำกับของกองทุนประกันสังคมไม่ได้รับการคุ้มครองเต็มจำนวน จะไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงในการบริหารเงินกองทุนมากนัก เนื่องจากกองทุนประกันสังคมได้เตรียมการรองรับการจัดตั้งสถาบันคุ้มครองเงินฝาก โดยลดสัดส่วนการลงทุนในเงินฝากธนาคารที่จะไม่ได้รับการกำกับโดยรัฐบาล ตั้งแต่ปี 2547 จากร้อยละ 16 ของเงินลงทุน เหลือเพียงร้อยละ 1 ในปี 2550

ตารางที่ 4.7 การลงทุนของกองทุนประกันสังคมจำแนกตามประเภทของหลักทรัพย์

ล้านบาท

ประเภทการลงทุน	ปี 2547	ร้อยละ	ปี 2548	ร้อยละ	ปี 2549	ร้อยละ	ปี 2550	ร้อยละ
เงินลงทุนรวม	270,857.6	100.0	344,603.6	100.0	403,281.4	100.0	499,912.2	100.0
รวมหลักทรัพย์ที่มีความมั่นคงสูง	233,262.7	86.1	289,373.0	84.0	296,215.6	83.2	412,370.3	82.5
ตั๋วเงินคลัง พันธบัตรรัฐบาล								
พันธบัตรรพท.	103,869.9	38.3	136,930.1	39.7	209,582.8	52.0	274,652.7	54.9
พันธบัตรรัฐวิสาหกิจที่มี								
กระทรวงการคลังกำกับ	45,887.3	16.9	64,976.1	18.9	76,008.5	18.8	88,417.1	17.7
เงินฝากธนาคารที่ได้รับ								
การกำกับ	43,417.7	16.0	29,031.8	8.4	10,624.3	2.6	5,983.3	1.2
ตราสารหนี้ที่อยู่ในอันดับ								
ความน่าเชื่อถือ	40,087.9	14.8	58,435.0	17.0	39,380.4	9.8	43,317.2	8.7
รวมหลักทรัพย์ที่มีความเสี่ยงสูง	37,594.9	13.9	55,230.6	16.0	67,685.4	16.8	87,541.9	17.5
ตราสารหนี้อื่นๆ	13,963.0	5.2	17,896.5	5.2	24,011.0	6.0	26,400.6	5.3
หน่วยลงทุน	4,699.8	1.7	12,556.0	3.6	13,722.2	3.4	14,683.7	2.9
หุ้นสามัญ	18,932.1	7.0	24,778.1	7.2	29,952.3	7.4	46,457.7	9.3

ที่มา สรุปผลการบริหารกองทุนประกันสังคม สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

4.2.2 เงินลงทุนของกองทุนประกันสังคมจำแนกตามประเภทของประโยชน์ทดแทน

เงินลงทุนของกองทุนประกันสังคมถูกนำไปใช้ลงทุนในหลักทรัพย์โดยแยกตามประเภทของการจ่ายประโยชน์ทดแทนให้กับผู้ประกันตน โดยแยกเป็น เงินลงทุนของกองทุนประโยชน์ทดแทน 4 กรณี (เจ็บป่วย คลอดบุตร ทูพพลภาพและตาย) เงินลงทุนของกองทุนประโยชน์ทดแทน 2 กรณี (สงเคราะห์บุตรและกรณีชราภาพ) และเงินลงทุนประโยชน์ทดแทนกรณีว่างงาน เป็นที่สังเกตว่าในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา (2548-2550) เงินลงทุนในส่วนของผู้ประโยชน์ทดแทน 2 กรณี คิดเป็นสัดส่วนสูงถึงประมาณร้อยละ 79.7 ของเงินลงทุนรวม ดังปรากฏในตารางที่ 4.8 และแผนภาพที่ 4.1

ตารางที่ 4.8 การลงทุนจำแนกตามประเภทของการจ่ายผลประโยชน์ทดแทน

ล้านบาท

ประเภทการลงทุน	ปี 2547	ร้อยละ	ปี 2548	ร้อยละ	ปี 2549	ร้อยละ	ปี 2550	ร้อยละ
เงินลงทุนรวม	270,857.64	100.0	344,603.63	100.0	403,281.44	100.0	499,912.25	100.0
เงินลงทุน 4 กรณี	104,655.59	38.6	57,712.01	16.8	57,485.40	14.3	72,735.64	14.6
เงินสดและเงินฝากธนาคาร	26,397.12	9.8	11,794.49	3.4	4,637.09	1.2	2,979.92	0.6
พันธบัตร/หุ้นกู้	70,488.19	26.0	38,979.54	11.3	41,217.16	10.2	56,081.97	11.2
ตัวแลกเงินและตัวสัญญาใช้เงิน	7,354.67	2.7	6,546.14	1.9	11,247.68	2.8	13,276.32	2.7
หน่วยลงทุน	415.6	0.2	391.84	0.1	383.47	0.1	397.42	0.1
เงินลงทุน 2 กรณี	160,545.70	59.3	274,179.11	79.6	326,089.00	80.9	398,488.43	79.7
เงินสดและเงินฝากธนาคาร	12,362.78	4.6	11,796.53	3.4	7,126.30	1.8	7,371.80	1.5
พันธบัตร/หุ้นกู้	132,759.30	49.0	240,585.72	69.8	259,143.60	64.3	330,502.88	66.1
ตัวแลกเงินและตัวสัญญาใช้เงิน	11,139.40	4.1	9,632.73	2.8	46,480.40	11.5	46,327.51	9.3
หน่วยลงทุน	4,284.22	1.6	12,164.13	3.5	13,338.70	3.3	14,286.25	2.9
เงินลงทุนกรณีว่างงาน	5,656.35	2.1	12,712.51	3.7	19,707.03	4.9	28,688.18	5.7
เงินสดและเงินฝากธนาคาร	4,657.78	1.7	5,440.77	1.6	2,310.95	0.6	1,451.57	0.3
พันธบัตร/หุ้นกู้	298.56	0.1	5,499.92	1.6	15,182.79	3.8	22,942.67	4.6
ตัวแลกเงินและตัวสัญญาใช้เงิน	700	0.3	1,771.82	0.5	2,213.29	0.6	4,293.95	0.9
หน่วยลงทุน	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

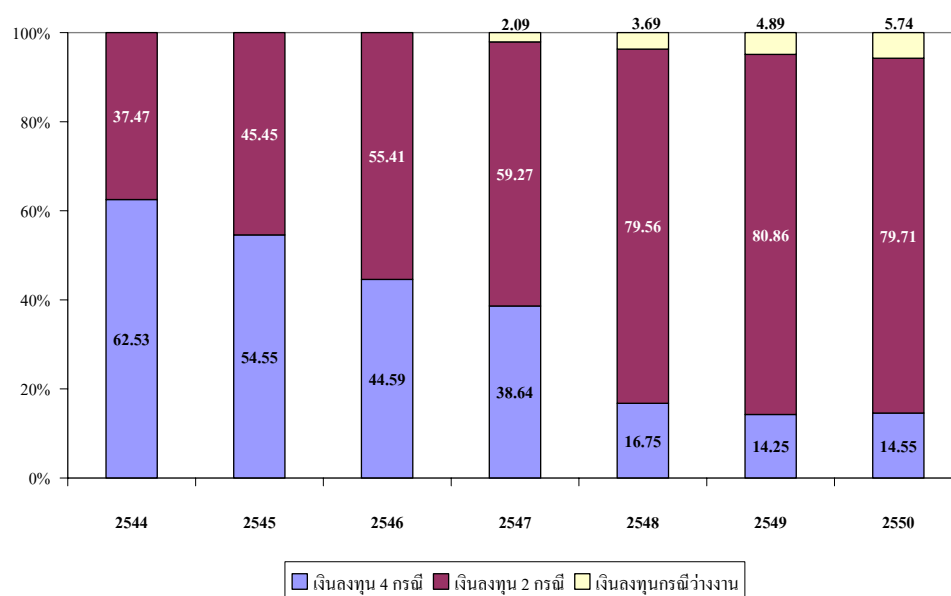
ที่มา สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

จากตารางที่ 4.8 จะเห็นได้ว่า ในภาพรวมมูลค่าการลงทุนของกองทุน 2 กรณี และกองทุนกรณีว่างงานปรับตัวเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วง 4 ปีที่ผ่านมา (2547-2550) ในขณะที่มูลค่าการลงทุนของกองทุน 4 กรณี มีการปรับตัวลดลงในช่วงปี 2548 และ 2549 แต่มีการปรับตัวเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในปี 2550

อย่างไรก็ดี เมื่อพิจารณาถึงขนาดของมูลค่าการลงทุนในปัจจุบัน มูลค่าการลงทุนในส่วนของกองทุน ประโยชน์ทดแทน 2 กรณี และกรณีว่างงาน ในปี 2550 (ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2550) มีจำนวนสูงถึง 3.98 แสนล้านบาท และ 2.8 หมื่นล้านบาท ตามลำดับ ปรับตัวเพิ่มขึ้นจากช่วงเดียวกันของปีก่อนร้อยละ 22.2 และร้อยละ 45.5 โดยมีสัดส่วนการลงทุนคิดเป็นร้อยละ 79.7 และ 5.7 ของเงินลงทุนรวม ตามลำดับ

สำหรับมูลค่าการลงทุนในส่วนของกองทุนประโยชน์ทดแทน 4 กรณี มีข้อสังเกตว่า ในปี 2548 มูลค่าการลงทุนได้มีการปรับตัวลดลงถึงร้อยละ 44.8 โดยเปรียบเทียบกับช่วงเดียวกันของปี 2547 เนื่องจาก คณะกรรมการกองทุนประกันสังคมมีมติให้โอนเงินลงทุนที่เป็นส่วนของการลงทุนระยะยาวไปไว้ในกองทุน 2 กรณี ในปี 2548 อย่างไรก็ตาม ในปี 2550 มูลค่าการลงทุนในส่วนของกองทุน 2 กรณี ได้ปรับตัวเพิ่มขึ้นร้อยละ 26.5 และมีสัดส่วนเงินลงทุนร้อยละ 14.6 ของเงินลงทุนรวม

แผนภาพที่ 4.1 สัดส่วนเงินกองทุนแยกตามกองทุนประโยชน์ทดแทนต่อเงินกองทุนรวม



ที่มา : สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

หมายเหตุ : กรณีว่างงาน เริ่มจ่ายผลประโยชน์ทดแทนตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2547

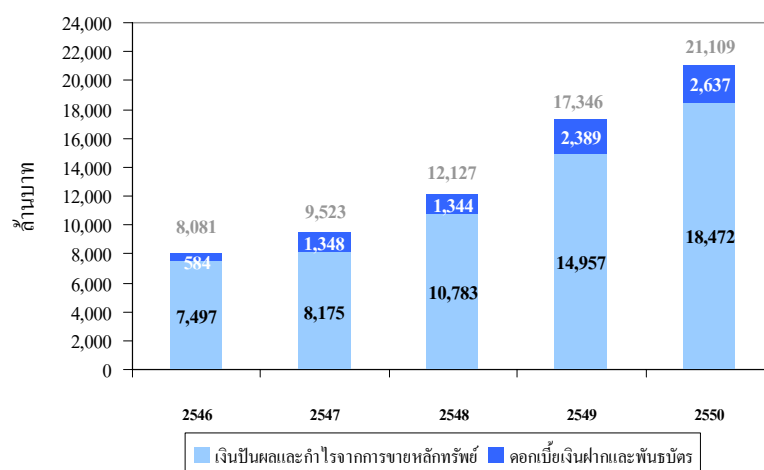
4.2.3 ผลตอบแทนจากการลงทุนของกองทุนประกันสังคม

กองทุนประกันสังคมได้รับผลตอบแทนจากการลงทุน ซึ่งประกอบด้วยดอกเบี้ยรับจาก พันธบัตรและหุ้นกู้ รวมทั้งเงินปันผลและกำไรจากการขายหลักทรัพย์ โดยในช่วงปี 2546-2550 กองทุน ประกันสังคมได้รับผลตอบแทนจากการลงทุนเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้ว่ากองทุนฯ จะเน้นการลงทุนที่ สร้างความมั่นคงมากกว่าการแสวงหาผลตอบแทนที่สูงขึ้น ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาถึงผลตอบแทนจากการลงทุน ในปัจจุบันพบว่า ในปี 2550 กองทุนฯ ได้รับผลตอบแทนจากการลงทุนรวม 21,109 ล้านบาท (แผนภาพที่ 4.2) เพิ่มขึ้นจากปี 2549 ซึ่งได้รับผลตอบแทนจำนวน 17,346 ล้านบาท หรือเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 21.7

หากเปรียบเทียบกับปี 2546 ซึ่งได้รับผลตอบแทนเพียง 8,081 ล้านบาท จะเห็นได้ว่าผลตอบแทนจากการลงทุนในปี 2550 ได้เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 161.2

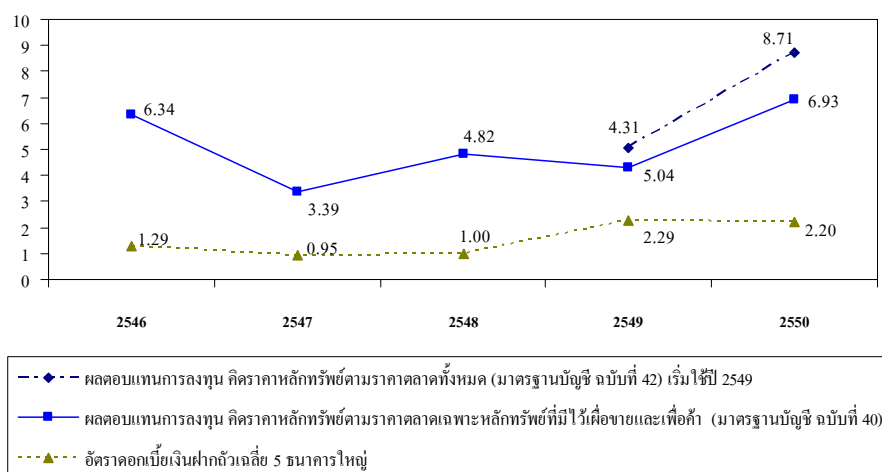
เมื่อนำมูลค่าผลตอบแทนจากการลงทุนของกองทุนฯ มาคิดราคาหลักทรัพย์ตามราคาตลาดทั้งหมด (วัดตามมาตรฐานบัญชี ฉบับที่ 42) ในปี 2550 กองทุนฯ จะได้รับอัตราผลตอบแทนร้อยละ 8.71 ต่อปี (แผนภาพที่ 4.3) สูงกว่าปี 2549 ที่ได้ผลตอบแทนร้อยละ 4.31 เนื่องจากภาวะตลาดหุ้นและตลาดพันธบัตรที่เอื้ออำนวย การรักษาวินัยการลงทุนในระยะยาวอย่างเคร่งครัด และการกระจายการลงทุนที่หลากหลายมากขึ้น ทั้งนี้ หากกองทุนประกันสังคมมีผลตอบแทนที่เพิ่มสูงขึ้นจะช่วยเพิ่มความมั่นคงให้กับกองทุนชราภาพ และสร้างโอกาสในการเพิ่มสิทธิประโยชน์ต่างๆ ให้ผู้ประกันตนในอนาคตได้มากขึ้น

แผนภาพที่ 4.2 ผลตอบแทนจากการลงทุนของกองทุนประกันสังคม 2546-2550



ที่มา : สำนักงานประกันสังคม

แผนภาพที่ 4.3 อัตราผลตอบแทนการลงทุนของกองทุนประกันสังคม 2546-2550 (ร้อยละต่อปี)



ที่มา : สำนักงานประกันสังคม

4.2.4 สาเหตุของปัญหาทางการเงินของกองทุนประกันสังคม

ผลการศึกษาของหลายหน่วยงาน เช่น องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labor Organization: ILO) สภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ⁹ สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง (สศค.) และสถาบันวิจัยนโยบายเศรษฐกิจการคลัง (สวค.) ในช่วงที่ผ่านมา ได้กล่าวถึงสาเหตุของปัญหาทางการเงินของกองทุนประกันสังคม กรณียุทธภาพ ไปในแนวทางเดียวกัน ซึ่งสามารถจำแนกสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่ปัญหาดังกล่าวได้เป็น 3 สาเหตุหลัก ได้แก่

(1) การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากร

จากผลการศึกษาของหลายหน่วยงานดังกล่าวพบว่า โครงสร้างประชากรในอนาคตจะเปลี่ยนแปลงไป โดยสัดส่วนของจำนวนผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) จะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่สัดส่วนของประชากรในวัยแรงงาน (15-59 ปี) มีแนวโน้มที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง อันเป็นผลมาจากอัตราเจริญพันธุ์รวมที่ลดลง และอายุคาดหมายเฉลี่ย (Life Expectancy) ที่เพิ่มขึ้น

จากการศึกษาของบริษัท Deloitte and Touche (2000) พบว่า ในอีก 20 ปีข้างหน้า ประเทศไทยจะประสบกับวิกฤตด้านประชากร กล่าวคือ จำนวนประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่อัตราการเกิดลดลง โดยอัตราส่วนของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปต่อจำนวนประชากรทั้งหมด จะเพิ่มจากร้อยละ 9.3 ใน 2545 เป็นร้อยละ 18 ในปี 2563 ในขณะที่อัตราการเกิดลดลงจาก 14.5 : 1,000 คน เหลือ 12.7 : 1,000 คน ทำให้สัดส่วนคนวัยทำงานต่อผู้สูงอายุลดลง จากวัยทำงานต่อผู้สูงอายุ 6.3 คน : 1 คน เป็น 2.9 คน : 1 คน ในปี 2150 (พ.ศ. 2693) และพบว่าอายุเฉลี่ยของผู้มีอายุมากกว่า 60 ปีของผู้ชายจะเพิ่มจาก 80 ปี เป็น 85 ปี และ ผู้หญิงจะเพิ่มจาก 84 ปี เป็น 89 ปี

ผลการประมาณการของ สศค. และ สวค. เป็นไปในทางเดียวกับผลการศึกษาอื่นๆ โดยพบว่าสัดส่วนจำนวนประชากรผู้มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มจากร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมดในปี 2547 เป็นร้อยละ 16.1 ในปี 2563 และปรับเพิ่มขึ้นทุกปี จนถึงระดับร้อยละ 29 ในปี 2643 หรืออีก 95 ปีข้างหน้า โดยจำนวนประชากรผู้สูงอายุหญิงจะมีสัดส่วนที่สูงกว่าจำนวนผู้สูงอายุชายตลอดการประมาณการ

การเปลี่ยนแปลงในลักษณะดังกล่าว ส่งผลกระทบต่อสถานะทางการเงินของกองทุนประกันสังคมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เนื่องจากกองทุนประกันสังคม กรณียุทธภาพนี้ อาศัยหลักการกระจายรายได้ระหว่างคนต่างช่วงอายุ (Intergenerational Redistribution) โดยแรงงานในปัจจุบัน จะเป็นผู้ทำงานและส่งเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมเพื่อใช้เป็นรายได้ของผู้ที่เกษียณอายุ ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร จะส่งผลให้รายรับของกองทุนลดลงเรื่อยๆ จากจำนวนแรงงานที่ลดลง ในขณะที่มีรายจ่ายเพิ่มขึ้นจากการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุ ประกอบกับการที่อายุขัยเฉลี่ยของประชากรมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ภาระผูกพันในการจ่ายเงินบำนาญให้กับแรงงานที่เกษียณอายุมีมากขึ้นเช่นกัน

⁹ ในส่วนของการประมาณการจำนวนประชากร

(2) การบริหารการลงทุนโดยรัฐบาล

การบริหารการลงทุนโดยรัฐบาลเอง ส่งผลอย่างยิ่งต่ออัตราผลตอบแทนการลงทุนของกองทุนประกันสังคม เนื่องจากกองทุนประกันสังคมเป็นกองทุนที่จัดตั้งขึ้นโดยภาครัฐ ซึ่งทำให้ภาครัฐมีความจำเป็นต้องมีการค้าประกันกองทุนโดยนัย ดังนั้น การลงทุนส่วนใหญ่จะเน้นการลงทุนที่มีความมั่นคงสูง เช่น เงินฝากธนาคาร พันธบัตรรัฐบาล ฯลฯ เพื่อรักษาเงินต้นและจำกัดการระโยชน์ในการค้าประกัน แม้ว่าในทางกฎหมายจะเปิดช่องให้กองทุนประกันสังคมสามารถลงทุนในสินทรัพย์ที่มีความเสี่ยงสูงได้ร้อยละ 40 และความมั่นคงสูงร้อยละ 60 แต่ในทางปฏิบัติแล้ว กว่าร้อยละ 80 ของเงินกองทุนจะถูกนำไปลงทุนในสินทรัพย์ที่มีความมั่นคง (ผลตอบแทนต่ำ) โดยสัดส่วนการลงทุนจะเน้นไปที่เงินฝากธนาคารของรัฐหรือเอกชน และพันธบัตรรัฐบาล ทำให้ผลตอบแทนการลงทุนต่ำกว่าระดับที่ควรจะเป็น ถึงแม้ว่าจะมีการแบ่งเงินกองทุนบางส่วนให้เอกชนจำนวน 4 รายบริหาร แต่กรอบการลงทุนหลักยังคงมาจากนโยบายของกองทุนประกันสังคม ซึ่งเป็นไปในลักษณะ Conservative ซึ่งหากมีการขยายสัดส่วนการลงทุนในสินทรัพย์ที่มีผลตอบแทนสูงขึ้น ก็จะทำให้ผลตอบแทนในระยะยาวของกองทุนเพิ่มสูงขึ้นได้ และความเสี่ยงของทรัพย์สินประเภทนี้ อาจลดความผันผวนลงตามช่วงระยะเวลาการลงทุนที่ยาวขึ้น

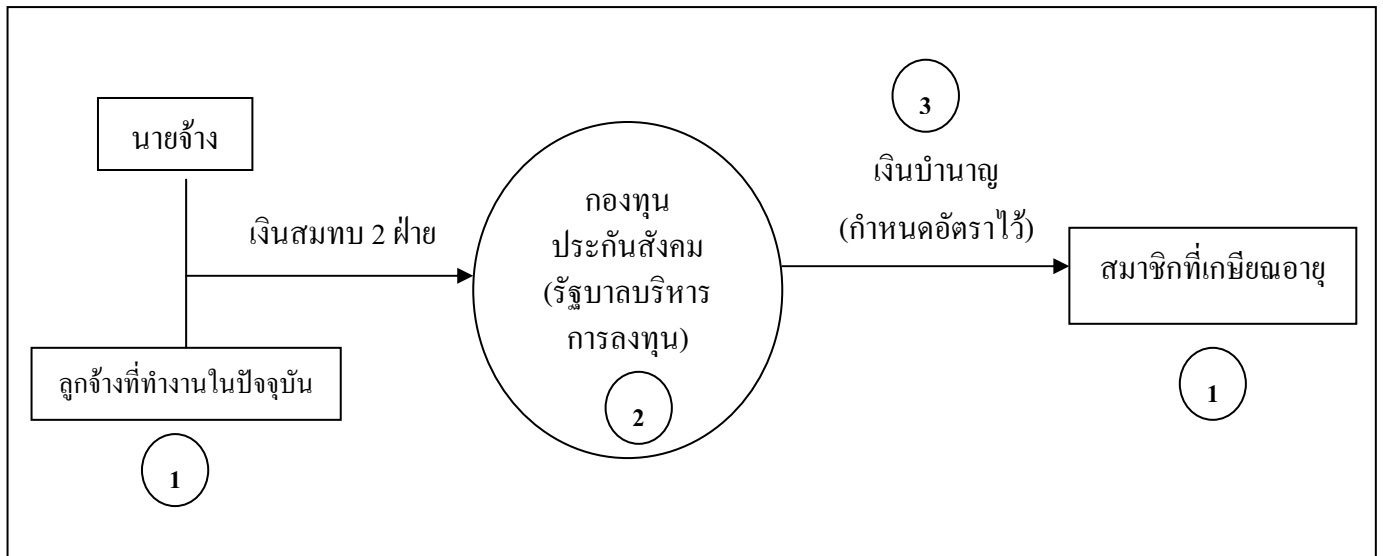
(3) การขาดความสัมพันธ์ระหว่างรายรับ-รายจ่าย

ปัญหาในข้อนี้ เกิดจากการบริหารกองทุนประกันสังคม กรณีชราภาพ ที่มีลักษณะกำหนดผลประโยชน์ทดแทนขั้นต่ำที่แน่นอน (Defined Benefit) ไว้ให้แก่สมาชิก โดยเงินสมทบที่เก็บได้จากคนหนุ่มสาวจะถูกนำไปรวมไว้ในกองทุนส่วนกลาง และเมื่อผู้ประกันตนเกษียณอายุ ก็จะสามารถขอรับเงินบำนาญตามสูตรที่กำหนดไว้ หรือ ที่เรียกว่า การจ่ายประโยชน์ทดแทนให้แก่ผู้ประกันตนเมื่อออกจากงานเนื่องจากเกษียณอายุ (Pay as you go: PAYG) โดยไม่มีการกันเงินสำรองล่วงหน้าระยะยาวและไม่ได้กำหนดให้สมาชิกสะสมเงินออมไว้ใช้ยามเกษียณอายุ (Partially Funded) ซึ่งเป็นช่วงที่ไม่มีรายรับจากการทำงาน จากลักษณะดังกล่าว จึงเท่ากับว่ารายจ่ายของกองทุนในแต่ละปี หรือของแต่ละบุคคล จะขึ้นอยู่กับโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุในอนาคต และไม่ได้มีความสัมพันธ์กับรายรับของกองทุนในปีนั้นๆ

สาเหตุหลักที่กองทุนประกันสังคม กรณีชราภาพ เลือกที่จะบริหารแบบกำหนดผลประโยชน์ทดแทนขั้นต่ำที่แน่นอน (Defined Benefit) เนื่องจากวัตถุประสงค์ในการจัดตั้งกองทุนที่ต้องการให้เป็นแหล่งรายได้ขั้นพื้นฐานของแรงงาน ซึ่งการที่กองทุนจะสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว กองทุนประกันสังคม กรณีชราภาพ จึงจำเป็นต้องมีการกำหนดอัตราผลประโยชน์ที่จะได้รับไว้ล่วงหน้า เพื่อให้เกิดความแน่ใจว่าไม่มีผู้ประกันตนคนใดได้รับผลประโยชน์ในระดับที่ต่ำกว่าที่ควรจะเป็น

ทั้งนี้ ปัญหาของกองทุนประกันสังคม กรณีชราภาพ สามารถสรุปได้ ดังปรากฏในแผนภาพภาพที่ 4.4

แผนภาพที่ 4.4 ปัญหาของกองทุนประกันสังคม กรณีชราภาพ



ที่มา : คณะผู้วิจัย

หมายเหตุ : 1. การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร โดยจำนวนแรงงานลดลง และจำนวนผู้เกษียณอายุสูงขึ้น

2: การบริหารกองทุนโดยรัฐบาล ส่งผลให้ผลตอบแทนต่ำกว่าที่น้ำจะเป็น

3: การกำหนดอัตราผลประโยชน์ทดแทนที่ไม่สัมพันธ์กับรายได้กองทุน

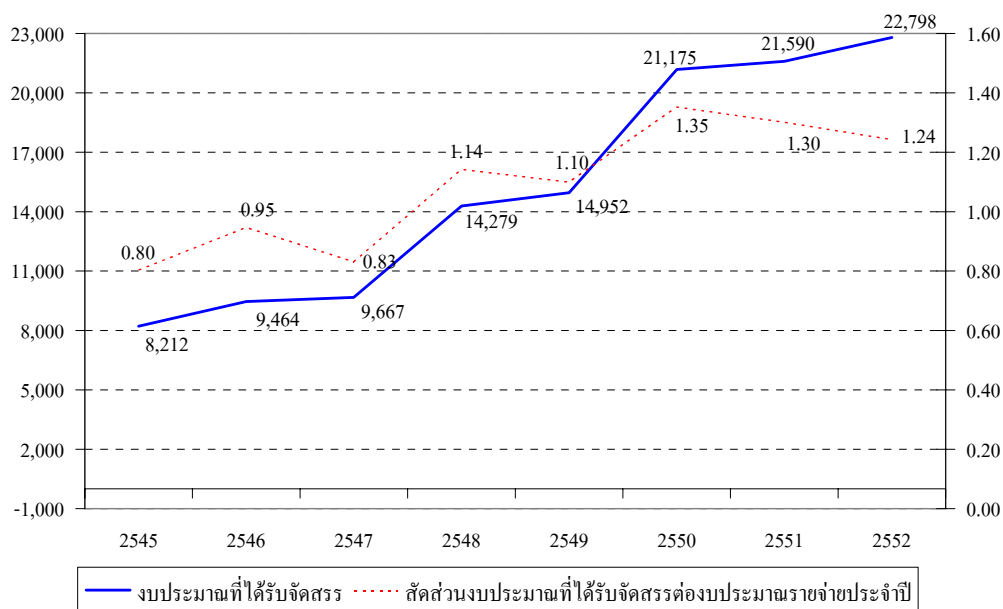
สำหรับการจ่ายผลประโยชน์ทดแทนกรณีว่างงานนั้น มีการกำหนดหลักเกณฑ์ที่ใช้ในการจ่ายผลประโยชน์ทดแทนไว้อย่างค่อนข้างเคร่งครัด เช่น การกำหนดข้อยกเว้นของการออกจากงานที่นับเป็นผู้ได้รับสิทธิประโยชน์ การกำหนดจำนวนวันที่สามารถรับผลประโยชน์ได้ภายในระยะเวลา 1 ปี และการกำหนดให้ผู้รับผลประโยชน์ต้องขึ้นทะเบียนเป็นผู้หางานและไม่ปฏิเสธงานที่ได้รับ ซึ่งจะส่งผลต่อฐานะทางการเงินของกองทุนในระยะยาว เนื่องจากสามารถจำกัดภาระเรื่องการจ่ายผลประโยชน์ของกองทุนในแต่ละปีได้ค่อนข้างชัดเจน

4.2.5 การจัดสรรงบประมาณให้แก่สำนักงานประกันสังคม

จากข้อมูลการจัดสรรงบประมาณให้แก่สำนักงานประกันสังคม ตั้งแต่ปี 2545-2552 (แผนภาพที่ 4.5) พบว่า รัฐบาลมีภาระในการจัดสรรงบประมาณ เพื่อเป็นเงินสมทบฝ่ายรัฐบาลเข้ากองทุนประกันสังคมเป็นจำนวนที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยจะเห็นได้ว่า รัฐบาลจัดสรรงบประมาณอุดหนุนให้แก่สำนักงานประกันสังคมเพิ่มขึ้นจาก 8,212 ล้านบาท ในปี 2545 เป็น 14,279 ล้านบาทในปี 2548 และเพิ่มขึ้นเป็น 22,798 ล้านบาทในปี 2552 นอกจากนี้ สัดส่วนงบประมาณที่สำนักงานประกันสังคมได้รับจัดสรรในแต่ละปีมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นเล็กน้อย โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.8 ของงบประมาณรายจ่ายประจำปี ในปี 2545 เป็นร้อยละ 1.14 ในปี 2548 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 1.24 ของงบประมาณรายจ่ายประจำปี ในปี

ปี 2552 อย่างไรก็ตาม จำนวนเงินดังกล่าวเป็นเพียงเงินงบประมาณที่ได้รับจัดสรรในแต่ละปี ในทางปฏิบัติ จำนวนเงินอุดหนุนที่รัฐบาลจ่ายจริงเพื่อเป็นเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมมักจะไม่มีความล่าช้าในการ นำส่ง ทำให้เงินสมทบที่จ่ายเข้ากองทุนจริงมีค่ามากกว่าเงินงบประมาณที่ตั้งไว้

แผนภาพที่ 4.5 การจัดสรรงบประมาณให้แก่สำนักงานประกันสังคม ปีงบประมาณ 2545-2552



ที่มา : เอกสารงบประมาณโดยสังเขป (ปี 2546-2552)

4.3 การประมาณการภาระการคลังที่แน่นอน (Direct Liabilities) จากกองทุนประกันสังคม

ภาระการคลังที่แน่นอนจากกองทุนประกันสังคม เกิดจากการผูกพันทางกฎหมายตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ซึ่งกำหนดให้มีการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมเป็นไป ในลักษณะของการจ่ายร่วมกันสามฝ่ายระหว่างลูกจ้าง นายจ้าง และรัฐบาล โดยในส่วนของรัฐบาลจะต้อง จ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนในอัตราร้อยละ 2.75 ของฐานเงินเดือนลูกจ้างที่เป็นสมาชิกกองทุน ซึ่งแบ่งได้ เป็นการจ่ายเงินเข้ากองทุน 4 กรณี (เจ็บป่วย คลอดบุตร ทูพพลภาพ และตาย) ในอัตราร้อยละ 1.5 กองทุน 2 กรณี (สงเคราะห์บุตร และชราภาพ) อัตราร้อยละ 1 และกรณีว่างงานอัตราร้อยละ 0.25

จากลักษณะของภาระทางการคลังดังกล่าว การประมาณการภาระงบประมาณที่รัฐบาลต้องจ่ายเงิน สมทบเข้ากองทุนประกันสังคมจึงสามารถคำนวณได้จากการประมาณการจำนวนแรงงานที่เป็น ผู้ประกันตนของกองทุนประกันสังคม และค่าจ้างเฉลี่ยของแรงงานโดยการกำหนดเพดานเงินเดือนที่ใช้เป็น ฐานในการคำนวณเงินสมทบที่ 15,000 บาทต่อเดือนตามข้อกำหนดในปัจจุบัน เพื่อเป็นฐานในการคำนวณ เงินสมทบที่รัฐบาลต้องจ่ายให้กองทุนตามอัตราที่กฎหมายกำหนด

ผลการประมาณการด้านจำนวนประชากร จำนวนผู้ประกันตน ค่าจ้างเฉลี่ย และการประมาณการภาระการคลังที่แน่นอนของรัฐบาล ตามวิธีการที่ได้กำหนดไว้ในบทที่ 3 (ระเบียบวิธีการวิจัย) สามารถสรุปผลการประมาณการได้ดังปรากฏในตารางที่ 4.9 และตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.9 ประมาณการภาระการคลังที่แน่นอนจากเงินสมทบของรัฐบาล ปี 2551-2649

	2551	2561	2571	2581	2591	2601	2611	2621	2631	2649
จำนวนประชากร (ล้านคน)	66.31	69.87	72.80	74.94	76.41	77.46	78.63	80.58	83.66	91.99
จำนวนผู้ประกันตน (ล้านคน)	9.04	9.61	10.01	10.30	10.50	10.65	10.81	11.08	11.50	12.65
ค่าจ้างเฉลี่ย (บาท/เดือน)	7,865	12,812	20,869	33,993	55,371	90,194	146,916	239,311	389,812	938,130
ภาระการคลังที่แน่นอน (ล้านบาท)	23,473	40,613	49,544	50,998	51,999	52,715	53,513	54,841	56,934	62,604
- กองทุน 4 กรณี	12,803	22,152	27,024	27,817	28,363	28,753	29,189	29,913	31,055	34,148
- กองทุน 2 กรณี	8,536	14,768	18,016	18,545	18,909	19,169	19,459	19,942	20,703	22,765
- กรณีว่างงาน	2,134	3,692	4,504	4,636	4,727	4,792	4,865	4,986	5,176	5,691

หมายเหตุ : การประมาณการของคณะผู้วิจัย

เพดานเงินเดือนที่ใช้ในการคำนวณเงินสมทบเท่ากับ 15,000 บาท/เดือน

รายละเอียดของการประมาณการจะแสดงอยู่ในภาคผนวก 3

ตารางที่ 4.10 ประมาณการภาระการคลังที่แน่นอนจากเงินสมทบของรัฐบาล ปี 2553-2562

	2553	2554	2555	2556	2557	2558	2559	2560	2561	2562
จำนวนประชากร (ล้านคน)	67.01	67.38	67.75	68.12	68.48	68.84	69.19	69.53	69.87	70.20
จำนวนผู้ประกันตน (ล้านคน)	9.21	9.26	9.32	9.37	9.41	9.47	9.51	9.56	9.61	9.65
ค่าจ้างเฉลี่ย (บาท/เดือน)	8,671	9,105	9,560	10,038	10,540	11,067	11,621	12,202	12,812	13,452
ภาระการคลังที่แน่นอน (เงินสมทบฝ่ายรัฐบาล)	26,345	27,835	29,388	31,031	32,743	34,569	36,477	38,492	40,613	42,845
Nominal GDP (ล้านล้านบาท)	11.18	12.20	13.31	14.37	15.52	16.76	18.10	19.55	21.12	22.81
สมมติฐาน Growth ของ GDP	8.90%	9.10%	9.10%	8.00%	8.00%	8.00%	8.00%	8.00%	8.00%	8.00%
สัดส่วนต่อ GDP	0.24	0.23	0.22	0.22	0.21	0.21	0.20	0.20	0.19	0.19

หมายเหตุ : การประมาณการของคณะผู้วิจัย

รายละเอียดของการประมาณการจะแสดงอยู่ในภาคผนวก 3

จากผลการประมาณการในตารางที่ 4.9 จะเห็นได้ว่า ภาระการคลังที่แน่นอนจากการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมของรัฐบาลจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตามจำนวนประชากรและจำนวนผู้ประกันตนที่เพิ่มขึ้น โดยภาระทางการคลังจะเพิ่มสูงขึ้นจาก 23,473 ล้านบาทในปี 2551 เป็น 40,613 ล้านบาทในปี 2561 (ตารางที่ 4.9) หรืออีก 10 ปีข้างหน้า และจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนถึงประมาณ 52,715 ล้านบาทต่อปีในปี 2601 (อีก 50 ปีข้างหน้า) และเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 62,604 ล้านบาทต่อปีในปี 2649 (ปีที่ 100 ของการประมาณการ)

จากผลการประมาณการในตารางที่ 4.10 จะเห็นได้ว่า ภายใต้สมมติฐานอัตราการเจริญเติบโตของ GDP ที่เพิ่มขึ้นในช่วงปี 2553-2555 และคงที่อยู่ที่ร้อยละ 8.0 ในช่วงปี 2556-2562 ภาระการคลังที่แน่นอนจากการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมของรัฐบาลในระยะ 10 ปีข้างหน้า (2553-2562) ซึ่งมีอัตราการขยายตัวที่ต่ำกว่าอัตราการเจริญเติบโตของ GDP จะมีสัดส่วนเมื่อเปรียบเทียบกับ GDP ลดลงเล็กน้อย อย่างไรก็ตาม หากรออัตราการเจริญเติบโตของ GDP ในระยะ 10 ปีข้างหน้ามีแนวโน้มที่ต่ำกว่าสมมติฐานที่ได้กำหนดไว้ หรือ มีแนวโน้มต่ำกว่าอัตราการเพิ่มของเงินสมทบฝ่ายรัฐบาล สัดส่วนภาระทางการคลังที่แน่นอนจากเงินสมทบฝ่ายรัฐบาลในแต่ละปีจะมีแนวโน้มที่เติบโตขึ้นเรื่อยๆ

4.4 การประมาณภาระการคลังที่อาจจะเกิดขึ้นจากกองทุนประกันสังคม

การประมาณภาระการคลังที่อาจจะเกิดขึ้น (หรือภาระเสี่ยง) จากกองทุนประกันสังคมใช้การประมาณการด้านรายรับ รายจ่ายและเงินกองทุนสะสมของกองทุนประกันสังคม โดยแยกพิจารณาเป็นรายกองทุนประโยชน์ทดแทน ดังนี้

4.4.1 การประมาณการสถานะทางการเงินของกองทุนประกันสังคม

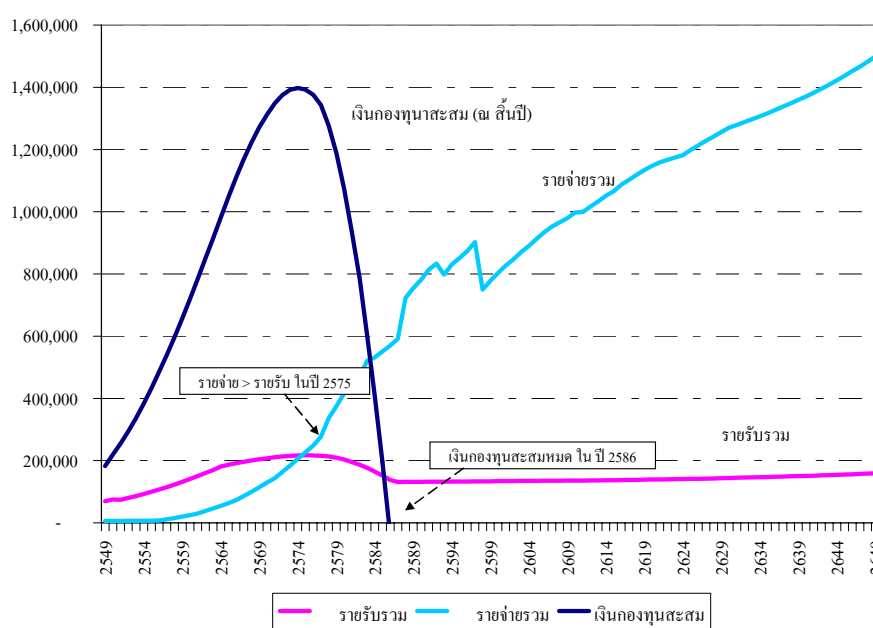
(1) กองทุนประโยชน์ทดแทน 2 กรณี (สงเคราะห์บุตรและชราภาพ)

การประมาณการสถานะทางการเงินของกองทุนประโยชน์ทดแทน 2 กรณี (สงเคราะห์บุตรและชราภาพ) อยู่ภายใต้สมมติฐานที่สำคัญดังนี้

- อัตราเงินสมทบฝ่ายลูกจ้างร้อยละ 3 ฝ่ายนายจ้างร้อยละ 3 และฝ่ายรัฐบาลร้อยละ 1 ของค่าจ้าง (ตารางที่ 3.2) และกำหนดให้คงที่ตลอดการประมาณการ
- อัตราผลตอบแทนจากการลงทุนในหลักทรัพย์ที่มีความมั่นคงเท่ากับร้อยละ 3 ของเงินกองทุนสะสม และกำหนดให้คงที่ตลอดการประมาณการ
- อัตราผลตอบแทนจากการลงทุนในหลักทรัพย์ที่มีความเสี่ยงเท่ากับร้อยละ 6 ของเงินกองทุนสะสม และกำหนดให้คงที่ตลอดการประมาณการ

ผลการศึกษาพบว่า ในช่วงแรกของการประมาณการรายจ่ายรวมของกองทุน 2 กรณี ยังอยู่ในระดับที่ไม่สูงมากนัก ส่งผลให้เงินกองทุนสะสมเติบโตในระดับสูง อย่างไรก็ตาม รายจ่ายผลประโยชน์ชราภาพจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเมื่อเวลาผ่านไป ซึ่งส่งผลให้กองทุน 2 กรณี เริ่มมีผลการดำเนินงานขาดทุนครั้งแรก (รายจ่ายรวมสูงกว่ารายรับรวม) ในปี 2575 หรือในอีก 24 ปีข้างหน้า ดังปรากฏในแผนภาพที่ 4.6 และเงินกองทุนสะสมสำหรับการจ่ายเงินบำเหน็จบำนาญชราภาพจะหมดลง ในปี 2586 หรือในอีก 35 ปี ข้างหน้า

แผนภาพที่ 4.6 ประมาณการรายรับ รายจ่าย เงินกองทุนสะสม ของกองทุน 2 กรณี



ที่มา : การประมาณการของคณะวิจัย

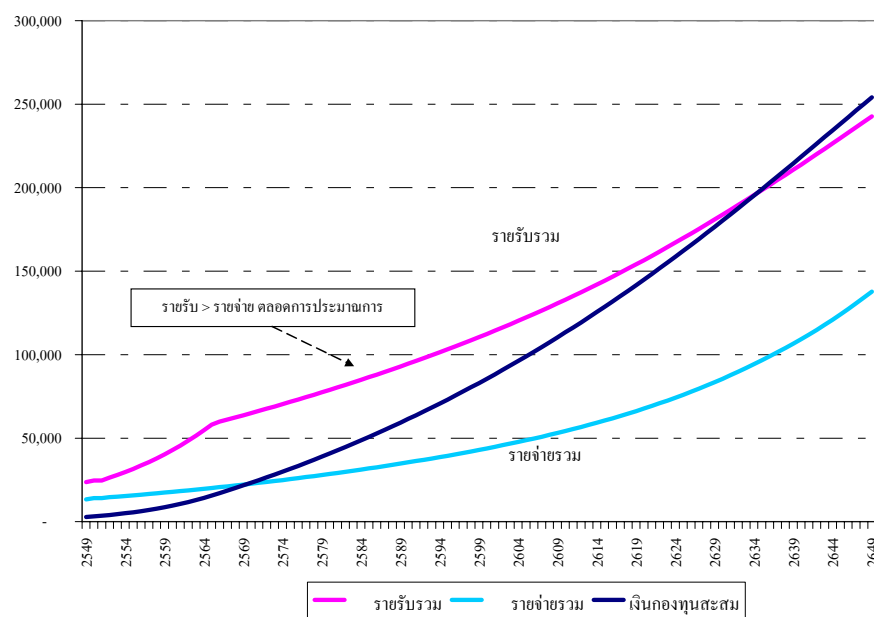
(2) กองทุนประโยชน์ทดแทน 4 กรณี (เจ็บป่วย คลอดบุตร ตาย และทุพพลภาพ)

การประมาณการสถานะทางการเงินของกองทุนประโยชน์ทดแทน 4 กรณี (เจ็บป่วย คลอดบุตร ตาย และทุพพลภาพ) อยู่ภายใต้สมมติฐานที่สำคัญดังนี้

- อัตราเงินสมทบของนายจ้าง ผู้ประกันตนและรัฐบาลที่ฝ่ายละร้อยละ 1.5 ของค่าจ้าง (ตารางที่ 3.2) และกำหนดให้คงที่ตลอดการประมาณการ
- อัตราผลตอบแทนจากการลงทุนในหลักทรัพย์ที่มีความมั่นคงเท่ากับร้อยละ 3 ของเงินกองทุนสะสม และกำหนดให้คงที่ตลอดการประมาณการ
- อัตราผลตอบแทนจากการลงทุนในหลักทรัพย์ที่มีความเสี่ยงเท่ากับร้อยละ 6 ของเงินกองทุนสะสม และกำหนดให้คงที่ตลอดการประมาณการ

ผลการศึกษาพบว่า กองทุน 4 กรณี จะมีรายรับรวมสูงกว่ารายจ่ายรวมตลอดการประมาณการ เนื่องจากทั้งรายรับรวมและรายจ่ายรวมของกองทุน 4 กรณี ขึ้นอยู่กับตัวแปรจำนวนผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมเป็นหลัก ส่งผลให้เงินกองทุนสะสมเพียงพอต่อการจ่ายผลประโยชน์ให้แก่ผู้ประกันตนตลอดการประมาณการ ดังปรากฏในแผนภาพที่ 4.7

แผนภาพที่ 4.7 ประมาณการรายรับ รายจ่าย เงินกองทุนสะสม ของกองทุน 4 กรณี



ที่มา : การประมาณการของคณะวิจัย

(3) กองทุนประโยชน์ทดแทน กรณีว่างงาน

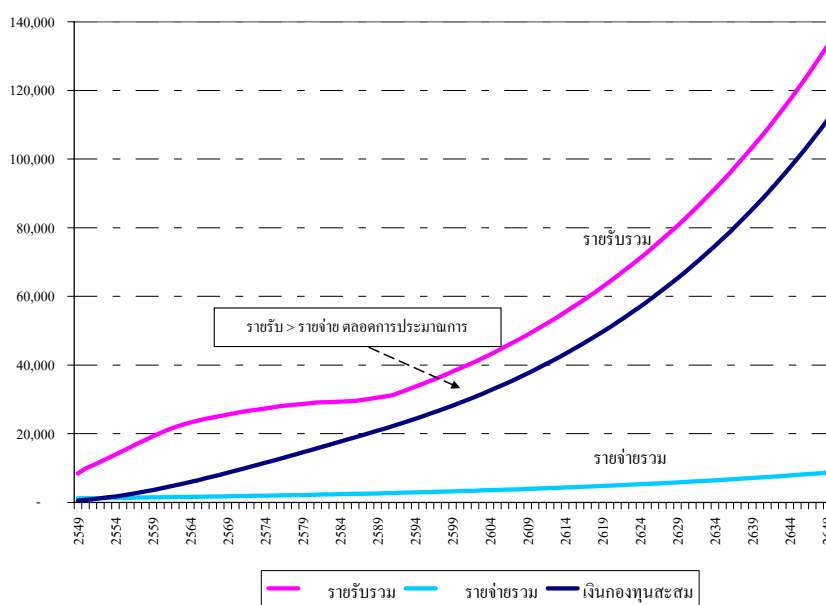
การประมาณการสถานะทางการเงินของกองทุนประโยชน์ทดแทน กรณีว่างงาน อยู่ภายใต้สมมติฐานที่สำคัญดังนี้

- อัตราเงินสมทบฝ่ายลูกจ้างร้อยละ 0.5 ฝ่ายนายจ้างร้อยละ 0.5 และฝ่ายรัฐบาลร้อยละ 0.25 ของค่าจ้าง (ตารางที่ 3.2) และกำหนดให้คงที่ตลอดการประมาณการ
- อัตราผลตอบแทนจากการลงทุนในหลักทรัพย์ที่มีความมั่นคงเท่ากับร้อยละ 3 ของเงินกองทุนสะสม และกำหนดให้คงที่ตลอดการประมาณการ
- อัตราผลตอบแทนจากการลงทุนในหลักทรัพย์ที่มีความเสี่ยงเท่ากับร้อยละ 6 ของเงินกองทุนสะสม และกำหนดให้คงที่ตลอดการประมาณการ

ผลการศึกษาพบว่า กองทุน กรณีว่างงาน จะมีรายรับรวมสูงกว่ารายจ่ายรวมตลอดการประมาณการ เนื่องจากรายรับรวม ขึ้นอยู่กับตัวแปรจำนวนผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมเป็นหลัก

ในขณะที่รายจ่ายรวมถูกกำหนดให้มีอัตราการขยายตัวคงที่ ส่งผลให้เงินกองทุนสะสมเพียงพอต่อการจ่ายผลประโยชน์ให้แก่ผู้ประกันตนตลอดการประมาณการ ดังปรากฏในแผนภาพที่ 4.8

แผนภาพที่ 4.8 ประมาณการรายรับ รายจ่าย เงินกองทุนสะสม ของกองทุน กรณีว่างงาน



ที่มา : การประมาณการของคณะวิจัย

(4) สถานะทางการเงินรวมของกองทุนประกันสังคม

ข้อสรุปจากการประมาณการสถานะทางการเงินของกองทุนประโยชน์ทดแทน 4 กรณี (เจ็บป่วย คลอดบุตร ตาย และทุพพลภาพ) 2 กรณี (สงเคราะห์บุตรและชราภาพ) และกรณีว่างงาน พบว่า ในช่วง 10 ปีแรกของการประมาณการรายจ่ายรวมของกองทุนประกันสังคมยังอยู่ในระดับที่ไม่สูงมากนัก เนื่องจากรายจ่ายรวมของกองทุน 2 กรณียังอยู่ในระดับที่ไม่สูง จึงส่งผลให้เงินกองทุนสะสมเติบโตในระดับสูง อย่างไรก็ตาม เมื่อเวลาผ่านไป โครงสร้างประชากรที่มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจำนวนมาก ส่งผลให้รายจ่ายผลประโยชน์ชราภาพจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และทำให้กองทุน 2 กรณีมีผลการดำเนินงานขาดทุน ซึ่งเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้กองทุนประกันสังคมมีผลการดำเนินงานรวมขาดทุน ถึงแม้ว่ากองทุน 4 กรณีและกองทุนกรณีว่างงานจะมีรายรับสูงกว่ารายจ่ายตลอดการประมาณการ ทั้งนี้ กองทุนประกันสังคมจะมีผลการดำเนินงานรวมขาดทุนในปี 2575 (24 ปี ข้างหน้า) หรือหลังจากที่กองทุน 2 กรณีมีผลการดำเนินงานขาดทุนเพียง 3 ปี อย่างไรก็ตาม เงินกองทุนของกองทุนประกันสังคมแบ่งการบริหารเป็น 3 บัญชี จึงไม่จำเป็นต้องพิจารณาว่าเงินกองทุนสะสมรวมของกองทุนประกันสังคมจะมีไม่เพียงพอสำหรับจ่ายผลประโยชน์ทดแทนเมื่อใด

4.4.2 ภาระการคลังที่อาจจะเกิดขึ้นของรัฐบาลจากกองทุนประกันสังคม

ผลการศึกษาพบว่า กองทุนประกันสังคมในส่วนของกองทุนประโยชน์ทดแทน 2 กรณี (สงเคราะห์บุตรและชราภาพ) จะเริ่มมีผลการดำเนินงานขาดทุน (รายจ่ายรวมสูงกว่ารายรับรวม) ในปี 2575 จำนวน 9,691 ล้านบาท (ตารางที่ 4.11) และมีผลการดำเนินงานขาดทุนอย่างต่อเนื่องนับตั้งแต่ปี 2575 เป็นต้นไป โดยกองทุนประกันสังคมจะสามารถใช้เงินกองทุนสะสมเพื่อจ่ายผลประโยชน์ทดแทนให้ผู้ประกันตนได้จนถึงปี 2585 หรืออีก 10 ปีถัดมา หลังจากนั้น ตั้งแต่ปี 2586 เป็นต้นไปเงินกองทุนสะสมจะไม่เพียงพอสำหรับการจ่ายผลประโยชน์ทดแทนให้แก่ผู้ประกันตน

นอกจากนั้น ตามที่พระราชบัญญัติประกันสังคม ฉบับ ปี พ.ศ. 2533 ในมาตราที่ 24 ของหมวดที่ 3 ได้ระบุว่า “เงินกองทุนให้จ่ายเป็นประโยชน์ทดแทนตามพระราชบัญญัตินี้ คณะกรรมการอาจจัดสรรเงินกองทุนไม่เกินร้อยละสิบของเงินสมทบของแต่ละปีเพื่อจ่ายตามมาตรา 18 และเป็นค่าใช้จ่ายในการบริหารงานของสำนักงาน ในกรณีที่เงินกองทุน ไม่พอจ่ายตามวรรคที่หนึ่งหรือวรรคที่สอง ให้รัฐบาลจ่ายเงินอุดหนุนหรือเงินทดลองราชการให้ตามความจำเป็น” รัฐบาลจะมีภาระการคลังที่อาจจะเกิดขึ้น (Contingent Liabilities) จากการดำเนินโครงการประกันสังคม โดยรัฐบาลจะต้องจ่ายเงินอุดหนุนให้แก่กองทุนประกันสังคม เพื่อให้กองทุนประกันสังคมมีเงินกองทุนสะสมเพียงพอสำหรับการจ่ายผลประโยชน์ทดแทนให้แก่ผู้ประกันตนและเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการบริหารงาน

ผลการประมาณการพบว่า เงินกองทุนของกองทุน 2 กรณี (สงเคราะห์บุตรและชราภาพ) จะมีไม่พอจ่ายผลประโยชน์ทดแทนในปี 2586 โดยรัฐบาลจะมีภาระในการให้เงินอุดหนุนกองทุนประกันสังคมเงินกองทุนสะสมต้นงวดหักผลขาดทุน ณ ปีนั้นๆ หรือมีมูลค่าเท่ากับส่วนขาดของเงินกองทุนสำหรับการจ่ายผลประโยชน์ทดแทนให้แก่ผู้ประกันตนและเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการบริหารงานของสำนักงานประกันสังคม ซึ่งเป็นจำนวนเงิน 66,338 ล้านบาท ดังปรากฏในตารางที่ 4.12 อย่างไรก็ตาม เมื่อรัฐบาลให้เงินอุดหนุนเท่ากับส่วนขาดของเงินกองทุนในปีแรกทั้งหมด ในปีถัดไปรัฐบาลจะมีภาระในการให้เงินอุดหนุนเท่ากับผลการขาดทุน ณ ปีนั้นๆ ของกองทุน 2 กรณี สำหรับรายละเอียดของการประมาณการจะแสดงอยู่ในภาคผนวก 3

**ตารางที่ 4.11 ประมาณการสถานะทางการเงินและภาระการคลังที่อาจจะเกิดขึ้น
จากกองทุนประโยชน์ทดแทน 2 กรณี ปี 2575-2649***

ล้านบาท

	2575	2576	2577	2578	2579	...	2649
กองทุน 2 กรณี (สงเคราะห์บุตรและชราภาพ)							
เงินกองทุนสะสม	2,610,261	2,578,816	2,517,356	2,394,237	2,228,681		-60,462,658
รายรับรวม	217,264	217,080	216,042	213,631	209,257		159,356
รายจ่ายรวม	226,955	248,525	277,502	336,751	374,812		1,498,709
กำไร (ขาดทุน) **	-9,691	-31,445	-61,460	-123,120	-165,556		-1,339,353
ภาระการคลังที่อาจจะเกิดขึ้น	-	-	-	-	-	...	1,339,353
ภาระการคลังที่อาจจะเกิดขึ้น (สะสม)	-	-	-	-	-	...	60,462,658

ที่มา : การประมาณการของคณะผู้วิจัย

หมายเหตุ : * รายละเอียดของการประมาณการจะแสดงอยู่ในภาคผนวก 3

** ผลกำไร (ขาดทุน) ไม่รวมหนี้สินประโยชน์ทดแทนกรณีชราภาพ

**ตารางที่ 4.12 ประมาณการสถานะทางการเงินและภาระการคลังที่อาจจะเกิดขึ้น
จากกองทุนประกันสังคม ปี 2586-2649***

ล้านบาท

	2586	2587	2588	2589	2590	...	2649
เงินกองทุนสะสม	-66,338	-526,718	-1,118,033	-1,741,240	-2,389,991		-60,462,658
รายรับรวม	138,091	131,460	131,703	131,933	132,150		159,356
รายจ่ายรวม	569,967	591,841	723,018	755,139	780,901		1,498,709
กำไร (ขาดทุน) **	-431,876	-460,381	-591,315	-623,207	-648,751		-1,339,353
ภาระการคลังที่อาจจะเกิดขึ้น	66,338	460,381	591,315	623,207	648,751	...	1,339,353

ที่มา : การประมาณการของคณะผู้วิจัย

หมายเหตุ : * รายละเอียดของการประมาณการจะแสดงอยู่ในภาคผนวก 3

** ผลกำไร (ขาดทุน) ไม่รวมหนี้สินประโยชน์ทดแทนกรณีชราภาพ

4.5 สรุปผลการประมาณการภาระทางการคลังจากกองทุนประกันสังคม

ผลการประมาณการภาระทางการคลังจากกองทุนประกันสังคมตามกรอบความเสี่ยงภาระงบประมาณ (FPO Applied Fiscal Risk Matrix) สามารถแบ่งสรุปผลการประมาณการภาระทางการคลังออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

(1) สรุปผลการประมาณการภาระการคลังที่แน่นอนแบบชัดเจน

ภาระทางการคลังในส่วนนี้เป็นภาระทางการคลังที่เกิดขึ้นอย่างแน่นอน ซึ่งรัฐบาลจะต้องจ่ายเงินสมทบในอัตราร้อยละ 2.75 ของฐานเงินเดือนลูกจ้างที่เป็นสมาชิกของกองทุนประกันสังคม ตามที่พรบ. ประกันสังคม พ.ศ. 2533 ได้กำหนดไว้ ผลจากการประมาณการจำนวนผู้ประกันตนและผู้ประกันตนและค่าจ้างเฉลี่ยต่อเดือนพบว่า จำนวนผู้ประกันตนที่เพิ่มขึ้นในแต่ละปี เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ภาระการคลังที่แน่นอนเพิ่มสูงขึ้นในทิศทางเดียวกัน ตามจำนวนผู้ประกันตน โดยภาระทางการคลังจะเพิ่มสูงขึ้นจาก 23,473 ล้านบาทในปี 2551 เป็น 40,613 ล้านบาทในปี 2561 หรืออีก 10 ปีข้างหน้า และเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนถึงประมาณ 52,715 ล้านบาทต่อปีในปี 2601 หรืออีก 50 ปีข้างหน้า และเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 62,604 ล้านบาทต่อปีในปี 2649 หรือในปีที่ 100 ของการประมาณการ

(2) สรุปผลการประมาณการภาระการคลังที่อาจจะเกิดขึ้นแบบชัดเจน

ภาระทางการคลังในส่วนนี้เป็นภาระในการให้เงินอุดหนุนหรือเงินทดรองราชการ เมื่อเงินกองทุนของกองทุนประกันสังคมมีไม่เพียงพอสำหรับการจ่ายผลประโยชน์ทดแทนและค่าใช้จ่ายในการบริหารงาน ผลการประมาณการรายรับ รายจ่ายและเงินกองทุนสะสมพบว่า กองทุน 2 กรณี (สงเคราะห์บุตรและชราภาพ) จะมีผลการดำเนินงานขาดทุนครั้งแรกในปี 2575 และมีการขาดทุนต่อเนื่องนับตั้งแต่ปี 2576 เป็นต้นมา ทั้งนี้ กองทุน 2 กรณีจะมีเงินกองทุนเพียงพอสำหรับการจ่ายผลประโยชน์ทดแทนให้แก่ผู้ประกันตนได้จนถึงปี 2585 โดยในปี 2586 รัฐบาลจะต้องจ่ายเงินอุดหนุนเท่ากับส่วนขาดของเงินกองทุนเป็นมูลค่า 66,338 ล้านบาท และเมื่อรัฐบาลให้เงินอุดหนุนเท่ากับส่วนขาดของเงินกองทุนในปีแรกทั้งหมดในปีถัดไปรัฐบาลจะมีภาระในการให้เงินอุดหนุนเท่ากับผลการขาดทุน ณ ปีนั้นๆ ของกองทุน 2 กรณี ซึ่งจะทำให้สถานะเงินกองทุนของกองทุน 2 กรณีเป็น 0 หรือไม่มีเงินกองทุนสะสมเลย

เมื่อรวมภาระทางการคลังทั้ง 2 ส่วนเข้าด้วยกัน ภาระทางการคลังรวมของกองทุนประกันสังคม ในช่วงปี 2551-2585 จะมีเพียงในส่วนของภาระการคลังที่แน่นอน ตั้งแต่ปี 2586 หรือในอีก 35 ปีข้างหน้าเป็นต้นไป รัฐบาลจะมีภาระการคลังที่อาจจะเกิดขึ้นเพิ่มเข้ามา โดยภาระทางการคลังรวมจะเพิ่มจาก 23,473 ล้านบาทในปี 2551 เป็น 51,444 ล้านบาทในปี 2585 และเพิ่มขึ้นอย่างมากเป็น 1.17 แสนล้านบาทในปี 2586 เมื่อรัฐบาลต้องรับภาระในการจ่ายผลประโยชน์ทดแทนบางส่วน of กองทุนประกันสังคม และเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 7.44 แสนล้านบาทในปี 2601 หรืออีก 50 ปีข้างหน้า โดยในปีที่ 100 ของการประมาณการรัฐบาลจะมีภาระทางการคลังทั้งสิ้นกว่า 1.63 ล้านล้านบาท ดังปรากฏในตารางที่ 4.13 และตารางที่ 4.14

ตารางที่ 4.13 ประมาณการภาระทางการคลังจากกองทุนประกันสังคม ปี 2551-2649 *

ล้านบาท

	2551	2561	2571	2581	2591	2601	...	2649
ภาระการคลังที่แน่นอน	23,473	40,613	49,544	50,998	51,999	52,715	...	62,604
ภาระการคลังที่อาจจะเกิดขึ้น	-	-	-	-	680,852	692,226	...	1,576,251
รวมภาระทางการคลัง	23,473	40,613	49,544	50,998	732,852	744,941	...	1,638,855

ที่มา : การประมาณการของคณะผู้วิจัย

หมายเหตุ : * รายละเอียดของการประมาณการจะแสดงอยู่ในภาคผนวก 3

ตารางที่ 4.14 ประมาณการภาระทางการคลังจากกองทุนประกันสังคม ปี 2586-2649 *

ล้านบาท

	2586	2587	2588	2589	2590	...	2649
ภาระการคลังที่แน่นอน	51,548	51,645	51,741	51,831	51,916	...	62,604
ภาระการคลังที่อาจจะเกิดขึ้น	66,338	460,381	591,315	623,207	66,338	...	1,576,251
รวมภาระทางการคลัง	117,885	512,026	643,055	675,038	117,885	...	1,638,855

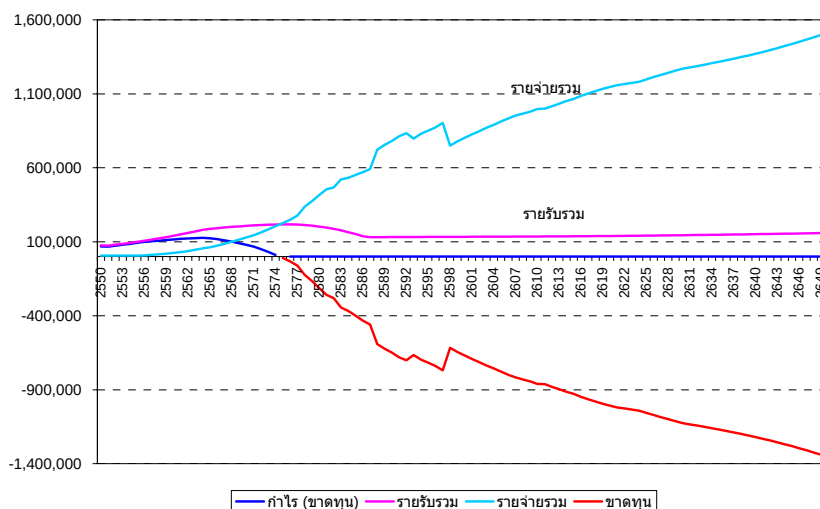
ที่มา : การประมาณการของคณะผู้วิจัย

หมายเหตุ : * รายละเอียดของการประมาณการจะแสดงอยู่ในภาคผนวก 3

4.6 แนวทางการปรับปรุงรูปแบบกองทุนประกันสังคมในส่วนของกองทุน 2 กรณี

ผลจากการประมาณการสถานะทางการเงินของกองทุนประกันสังคมพบว่า กองทุนประโยชน์ทดแทน 2 กรณี (สงเคราะห์บุตรและชราภาพ) จะเริ่มมีผลการดำเนินงานขาดทุน หรือเริ่มมีรายจ่ายรวมสูงกว่ารายรับรวม ในปี 2575 (ไม่รวมหนี้สินประโยชน์ทดแทนกรณีชราภาพ) หรือในอีก 24 ปีข้างหน้า ซึ่งจะทำให้เงินกองทุนสะสมของกองทุน 2 กรณีหมดลงในปี 2586 หรือในอีก 35 ปีข้างหน้า และจะสร้างภาระการคลังที่อาจจะเกิดขึ้น (Contingent Liabilities) กับรัฐบาลในการจัดสรรงบประมาณอุดหนุนแก่กองทุนประกันสังคม ตั้งแต่ปี 2586 เป็นต้นไป โดยภาระต้องงบประมาณดังกล่าวจะมีเพิ่มสูงขึ้น เนื่องมาจากผลการดำเนินงานที่ขาดทุนที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องของกองทุนประโยชน์ทดแทน 2 กรณี ซึ่งเป็นผลของการขยายตัวในรายจ่ายผลประโยชน์บำนาญชราภาพ ดังปรากฏในแผนภาพที่ 4.9

แผนภาพที่ 4.9 ประมาณการผลกำไร (ขาดทุน) ของกองทุน 2 กรณี



ที่มา : การประมาณการของคณะผู้วิจัย

การศึกษาแนวทางดำเนินการแก้ไขปัญหาผลการดำเนินงานที่ขาดทุนอย่างต่อเนื่องของกองทุน ประกันสังคม ในส่วนของประโยชน์ทดแทน 2 กรณี เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้อายุขัยการดำรงชีพ การคลังต้องบประมาณเป็นจำนวนมากในอนาคต ในหัวข้อนี้ แบ่งออกเป็น 3 แนวทาง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

4.6.1 การปรับเพิ่มอัตราเงินสมทบ

แนวทางแรกเป็นแนวทางในการปรับปรุงทางด้านรายรับของกองทุนประโยชน์ทดแทน 2 กรณี (สงเคราะห์บุตรและชราภาพ) โดยปรับเพิ่มอัตราเงินสมทบ ภายใต้สมมติฐานว่ารัฐบาลเริ่มดำเนินการตามแนวทางนี้ในปี 2553 เป็นต้นไป และใช้อัตราเงินสมทบรวมของสามฝ่าย ซึ่งในปัจจุบัน สำหรับกองทุน 2 กรณี กำหนดไว้อยู่ที่ร้อยละ 7 ของค่าจ้าง (นายจ้างร้อยละ 3 ผู้ประกันตนร้อยละ 3 และรัฐบาลร้อยละ 1) นอกจากนี้ การพิจารณาสถานะเงินกองทุนในการศึกษานี้เป็นการพิจารณาสถานะของเงินกองทุน ณ สิ้นปี เฉพาะในช่วงระยะเวลาประมาณการ 100 ปี (2550-2649)

จากผลการศึกษาดังกล่าว คณะผู้วิจัยขอเสนอ แนวทางการปรับเพิ่มอัตราเงินสมทบรวมสามฝ่าย โดยแยกออกเป็น 4 กรณี ดังนี้

- กรณีที่ 1 กำหนดอัตราเงินสมทบสามฝ่ายไว้ที่ร้อยละ 7 (Baseline)
- กรณีที่ 2 กำหนดอัตราเงินสมทบสามฝ่ายไว้ที่ร้อยละ 15
- กรณีที่ 3 กำหนดอัตราเงินสมทบสามฝ่ายไว้ที่ร้อยละ 20
- กรณีที่ 4 กำหนดอัตราเงินสมทบสามฝ่ายไว้ที่ร้อยละ 24

สำหรับกรณีที่ 1 หากกองทุน 2 กรณี ยังคงเก็บเงินสมทบรวมสามฝ่ายเท่ากับร้อยละ 7 ของค่าจ้าง ซึ่งเท่ากับอัตราเงินสมทบรวมสามฝ่ายในปัจจุบัน กองทุนฯ จะเริ่มมีผลการดำเนินงานขาดทุนในปี 2575 และเงินกองทุนสะสมไม่เพียงพอสำหรับการจ่ายผลประโยชน์ทดแทนในปี 2586 (ตารางที่ 4.15) สำหรับกรณีที่ 2 เมื่อมีการปรับเปลี่ยนอัตราเงินสมทบรวมสามฝ่ายเป็นร้อยละ 15 ของค่าจ้าง กองทุนฯ จะสามารถยืดระยะเวลาที่จะมีผลการขาดทุน (รายจ่ายรวมสูงกว่ารายได้) ให้ช้าออกไปได้จากปี 2575 เป็นปี 2585 และช่วยให้กองทุน 2 กรณีมีเงินกองทุนเพียงพอสำหรับการจ่ายผลประโยชน์ทดแทน ไปจนถึง ปี 2606 หรือเริ่มมีเงินกองทุนไม่พอในปี 2607

ตารางที่ 4.15 ผลการปรับเปลี่ยนอัตราเงินสมทบสามฝ่าย

ปีที่	กรณีที่ 1	กรณีที่ 2	กรณีที่ 3	กรณีที่ 4
	ร้อยละ 7	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20	ร้อยละ 24*
ผลการดำเนินงานขาดทุน	2575	2585	2602	-
เงินกองทุนไม่พอจ่ายผลประโยชน์ทดแทน	2586	2607	2636	-

ที่มา : การประมาณการของคณะผู้วิจัย

หมายเหตุ * เงินกองทุนสะสมมีเพียงพอสำหรับจ่ายค่าประโยชน์ทดแทนและค่าบริหารสำนักงานตลอดการประมาณการ

สำหรับกรณีที่ 3 หากปรับเปลี่ยนอัตราเงินสมทบสามฝ่ายจากร้อยละ 15 เป็นร้อยละ 20 กองทุน 2 กรณีจะเริ่มมีผลการดำเนินงานขาดทุนในปี 2602 และมีเงินกองทุนเพียงพอสำหรับจ่ายผลประโยชน์ทดแทนไปจนถึงปี 2635 และเริ่มมีเงินกองทุนไม่เพียงพอในปี 2636

สำหรับกรณีที่ 4 ผลจากการประมาณการพบว่า หากมีการปรับเปลี่ยนอัตราเงินสมทบรวมสามฝ่ายเป็นร้อยละ 24 กองทุนประโยชน์ทดแทน 2 กรณี จะมีเงินกองทุนเพียงพอสำหรับการจ่ายผลประโยชน์ทดแทนให้แก่ผู้ประกันตนตลอดในช่วง 100 ปีของการประมาณการ (2550-2649) อย่างไรก็ตาม การปรับเปลี่ยนอัตราเงินสมทบดังกล่าวจำเป็นต้องพิจารณาสัดส่วนการจ่ายเงินสมทบตามความเหมาะสมต่อไป ตัวอย่างเช่น อัตราเงินสมทบที่จะเรียกเก็บจากแต่ละฝ่ายเพื่อให้ได้อัตราเงินสมทบรวมที่ต้องการ เป็นต้น นอกจากนี้ การปรับเปลี่ยนอัตราเงินสมทบดังกล่าว ตั้งอยู่บนสมมติฐานการปรับเปลี่ยนในปี 2553 เพียงปีเดียวเท่านั้น ในทางปฏิบัติอาจใช้วิธีการปรับเปลี่ยนอัตราเงินสมทบเป็นช่วง (Scale Premium) โดยอาจกำหนดให้มีการปรับเปลี่ยนอัตราเงินสมทบทุกๆ 5 ปี หรือ 10 ปี ซึ่งจะช่วยปรับปรุงสถานะทางการเงินของกองทุนได้เช่นกัน ตัวอย่างเช่นกรณีผลการศึกษาขององค์การแรงงานระหว่างประเทศที่ได้เสนอแนะให้กองทุนประกันสังคมปรับเปลี่ยนอัตราเงินสมทบขึ้นเป็นช่วง ก่อนที่เงินสำรองของกองทุนจะเริ่มมีแนวโน้มลดลง ซึ่งพบว่าหากปรับเปลี่ยนอัตราเงินสมทบของนายจ้างและลูกจ้างอีกฝ่ายละร้อยละ 1.6 ของเงินเดือนทุกๆ 10 ปี เริ่มตั้งแต่ปี 2563 จะสามารถทำให้กองทุนมีเงินเพียงพอต่อการจ่ายผลประโยชน์บำนาญชราภาพไปจนถึงปี 2643 หรืออีก 92 ปีข้างหน้า ซึ่งการดำเนินการในลักษณะดังกล่าว นอกจากจะช่วงสร้างความยั่งยืนทาง

การเงินให้กองทุนประกันสังคมแล้ว ยังสามารถลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อนายจ้างและลูกจ้างจากการปรับเพิ่มอัตราเงินสมทบได้ด้วย

4.6.2 การเปลี่ยนแปลงนโยบายการลงทุน

แนวทางการเปลี่ยนแปลงนโยบายการลงทุน ซึ่งในปัจจุบันระเบียบคณะกรรมการการประกันสังคมว่าด้วยการจัดหาผลประโยชน์ของกองทุนประกันสังคม พ.ศ. 2549 ได้กำหนดให้ลงทุนในหลักทรัพย์ที่มีความเสี่ยงในสัดส่วนที่ไม่เกินร้อยละ 40 ของเงินลงทุน และให้ลงทุนในหลักทรัพย์ที่มีความมั่นคงสูงในสัดส่วนที่ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60 เป็นแนวคิดในการเพิ่มรายรับผลตอบแทนจากการลงทุน ภายใต้สมมติฐานของอัตราผลตอบแทนในหลักทรัพย์ที่มีความมั่นคงอยู่ที่ร้อยละ 3 และอัตราผลตอบแทนในหลักทรัพย์ที่มีความเสี่ยงอยู่ที่ร้อยละ 6 เพื่อให้กองทุน 2 กรณีได้รับอัตราผลตอบแทนจากการลงทุนในหลักทรัพย์สูงขึ้น ภายใต้ความเสี่ยงน้อยที่สุด ทั้งนี้ในปัจจุบัน กองทุนประกันสังคมมีส่วนการลงทุนในสินทรัพย์ที่มีความมั่นคงสูงเฉลี่ย 3 ปี (2548-2550) ประมาณร้อยละ 83.2 ของเงินลงทุน และมีสัดส่วนการลงทุนในสินทรัพย์ที่มีความเสี่ยงเฉลี่ย 3 ปีประมาณร้อยละ 16.8 หากมีการปรับปรุงรูปแบบการลงทุนของกองทุนประกันสังคม โดยลงทุนในสินทรัพย์ที่มีความเสี่ยงมากขึ้น โดยอยู่ภายใต้การบริหารจัดการของมืออาชีพ จะทำให้กองทุนประกันสังคมในส่วนของประโยชน์ทดแทน 2 กรณี ได้รับอัตราผลตอบแทนจากการลงทุนที่สูงขึ้น

ผลจากการประมาณการพบว่า ในกรณีที่กองทุนประกันสังคมมีการลงทุนในหลักทรัพย์ที่มีความเสี่ยงในสัดส่วนที่มากขึ้นจากร้อยละ 17 ของเงินลงทุนรวม เป็นร้อยละ 40 ของเงินลงทุน ซึ่งเป็นเพดานสูงสุด กองทุนประโยชน์ทดแทน 2 กรณี จะเริ่มมีผลการดำเนินงานขาดทุนช้าลง 1 ปี กล่าวคือ เริ่มมีผลการดำเนินงานขาดทุนในปี 2576 หลังจากนั้นจะมีผลการดำเนินงานขาดทุนอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เงินกองทุนสะสมหมดลงในปี 2588 (ตารางที่ 4.16) ทั้งนี้ เนื่องจากในปัจจุบัน เงินกองทุนในส่วนของประโยชน์ทดแทน 2 กรณี มีจำนวนสูงถึงกว่า 4 แสนล้านบาท การปรับปรุงรูปแบบการลงทุนเพียงอย่างเดียวจึงไม่อาจเปลี่ยนแปลงสถานะทางการเงินได้มากนัก อย่างไรก็ตาม การลงทุนในสินทรัพย์ที่มีความเสี่ยง จำเป็นต้องมีการบริหารอย่างรอบคอบให้มากที่สุด โดยจะต้องคำนึงถึงปัจจัยภายนอกที่สำคัญ เช่น ภาวะเงินเฟ้อ ซึ่งส่งผลกระทบต่อผลตอบแทนจากการลงทุนดังกล่าว

ตารางที่ 4.16 ผลการปรับสัดส่วนการลงทุน ในส่วนของกองทุน 2 กรณี

ปีที่	สถานการณ์ปัจจุบัน	ปรับสัดส่วน
	83 : 17	60 : 40
ผลการดำเนินงานขาดทุน	2575	2576
เงินกองทุนไม่พอจ่ายผลประโยชน์ทดแทน	2586	2588

ที่มา : การประมาณการของคณะผู้วิจัย

การปรับปรุงนโยบายการลงทุนในการศึกษานี้อยู่ภายใต้การกำหนดสมมติฐานให้อัตราผลตอบแทนจากการลงทุนคงที่ตลอดการประมาณการ หากมีการวิเคราะห์สถานการณ์จำลองของผลตอบแทนจากการลงทุนในกรณีต่างๆ พร้อมกับการใช้แนวทางอื่นๆ ในการแก้ปัญหาพร้อมกันจะช่วยให้สถานะทางการเงินของกองทุนประโยชน์ทดแทน 2 กรณีดีขึ้นได้ และไม่เป็นการต้องงบประมาณในการจัดสรรเงินอุดหนุน นอกจากนี้ เนื่องจากรายจ่ายผลประโยชน์กรณีชราภาพนั้นจะมีการขยายตัวสูงขึ้นอย่างมากในอนาคต 10-20 ปีข้างหน้า หากมีการวิเคราะห์แนวทางการปรับปรุงการสัดส่วนการลงทุนในหลักทรัพย์ระยะยาว อาจมีส่วนช่วยให้กองทุนประโยชน์ทดแทน 2 กรณี มีรายรับต่ำกว่ารายจ่ายที่จ่ายออกไป

4.6.3 การปรับสัดส่วนการลงทุนพร้อมกับการปรับอัตราเงินสมทบ

หากมีการเปลี่ยนแปลงนโยบายการลงทุนพร้อมกับการปรับเพิ่มอัตราเงินสมทบสามฝ่าย โดยกำหนดให้กองทุนประโยชน์ทดแทน 2 กรณี เพิ่มสัดส่วนการลงทุนในหลักทรัพย์ที่มีความเสี่ยง ซึ่งให้ผลตอบแทนที่สูงกว่าหลักทรัพย์ที่มีความมั่นคงสูง เป็นร้อยละ 40 ของเงินลงทุน ในกรณีที่ไม่มี การเปลี่ยนแปลงอัตราเงินสมทบสามฝ่าย กองทุน 2 กรณีจะเริ่มมีผลการดำเนินงานขาดทุนในปี 2576 และมีผลการดำเนินงานขาดทุนอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้กองทุนประโยชน์ทดแทน 2 กรณีมีเงินกองทุนไม่เพียงพอสำหรับจ่ายค่าผลประโยชน์ทดแทนและค่าบริหารงานในปี 2588

หากมีการปรับเพิ่มอัตราสมทบสามฝ่ายให้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15 ของค่าจ้าง จะทำให้ปีที่ผลการดำเนินงานขาดทุนเลื่อนช้าออกไปเป็นปี 2588 และเงินกองทุนจะหมดช้าลง โดยมีเงินกองทุนไม่เพียงพอในปี 2615 (ตารางที่ 4.17) ซึ่งจะช่วยให้การต้องงบประมาณลดลงได้บางส่วน เมื่อมีการปรับเพิ่มอัตราเงินสมทบสามฝ่ายเป็นร้อยละ 20 ของค่าจ้างจะทำให้กองทุนประโยชน์ทดแทน 2 กรณีไม่มีผลการดำเนินงานขาดทุนและมีเงินกองทุนเพียงพอสำหรับจ่ายค่าผลประโยชน์ทดแทนและค่าบริหารงาน ตลอดระยะเวลาประมาณการ 100 ปี (2550-2649)

ตารางที่ 4.17 ผลการปรับสัดส่วนการลงทุนและปรับเพิ่มอัตราเงินสมทบ
ในส่วนของกองทุน 2 กรณี

ปีที่	ปรับเพิ่มสัดส่วนการลงทุนในหลักทรัพย์ที่มีความเสี่ยง		
	ร้อยละ 7	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20 *
ผลการดำเนินงานขาดทุน	2576	2588	-
เงินกองทุนไม่พอจ่ายผลประโยชน์ทดแทน	2588	2615	-

ที่มา : การประมาณการของคณะผู้วิจัย

หมายเหตุ * เงินกองทุนสะสมมีเพียงพอสำหรับจ่ายค่าประโยชน์ทดแทนและค่าบริหารสำนักงานตลอดการประมาณการ

จากข้อเสนอแนะในการปรับปรุงรูปแบบกองทุนประกันสังคมข้างต้น จะเห็นได้ว่า รัฐบาลไม่จำเป็นต้องดำเนินการโดยพิจารณาจากทางเลือกใดทางเลือกหนึ่ง โดยรัฐบาลอาจพิจารณา ดำเนินการตามทางเลือกต่างๆ พร้อมๆ กันไป นอกจากนี้ รัฐบาลอาจสามารถเลือกแนวทางการดำเนินการ ในรูปแบบอื่น เช่น การปรับเพิ่มอายุเกษียณ ได้เช่นกัน ทั้งนี้ จะต้องพิจารณาถึงปัจจัยด้านอื่นๆ ประกอบด้วย เช่น ความสามารถในการรับภาระของลูกจ้าง-นายจ้าง ภาระทางการคลังและปัจจัยทาง เศรษฐกิจอื่นๆ เพื่อให้กองทุนประกันสังคมมีสถานะทางการเงินที่ดีขึ้น โดยไม่ส่งผลกระทบในเชิงลบต่อ ลูกจ้าง นายจ้างและรัฐบาล มากเกินไป

นอกจากแนวทางการปรับปรุงรูปแบบกองทุนประกันสังคม กรณีชราภาพ ตามแนวทาง ที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว ผลการศึกษาในช่วงที่ผ่านมา เช่น การศึกษาขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ ธนาคารเพื่อการพัฒนาเอเชีย หรือสำนักงานเศรษฐกิจการคลัง ยังได้มีการเสนอแนะแนวทางอื่นๆ ที่สามารถ ช่วยปรับปรุงสถานะทางการเงินของกองทุนประกันสังคมได้ ซึ่งคณะผู้วิจัยเห็นว่าจะเป็นประโยชน์ต่อการ กำหนดนโยบายของกองทุนประกันสังคมในอนาคต ได้แก่

4.6.4 การเพิ่มเพดานเงินเดือนในการคิดอัตราเงินสมทบ เพื่อจ่ายเข้ากองทุนประกันสังคม ซึ่งปัจจุบันกำหนดไว้ที่ 15,000 บาทต่อเดือน เพื่อเป็นการจำกัดภาระในการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุน อย่างไรก็ดี การกำหนดเพดานเงินเดือนที่ 15,000 บาทนี้ อาจขาดความเหมาะสมในอนาคต เมื่ออัตราเงินเพื่อ หรืออัตราการเพิ่มของเงินเดือนเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ในอนาคต ทั้งนี้ การปรับเพิ่มเพดานเงินเดือนนี้ จะช่วยให้ กองทุนสามารถเก็บเงินสมทบได้สูงขึ้นและสามารถจ่ายผลประโยชน์กรณีชราภาพในอัตราที่สูงขึ้นด้วย ทั้งนี้ การเพิ่มเพดานดังกล่าว อาจกำหนดให้มีการปรับเพิ่มเป็นขั้นบันได หรือกำหนดให้มีการปรับเพิ่ม อัตโนมัติตามดัชนีที่เกี่ยวข้อง เช่น อัตราเงินเพื่อ หรืออัตราการเพิ่มของค่าจ้าง เป็นต้น เพื่อให้เพดาน เงินเดือนในการคำนวณเงินสมทบมีความสอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจในขณะนั้น

4.6.5 การปรับเพิ่มอายุเกษียณของแรงงานผู้มีสิทธิได้รับเงินบำนาญ โดยปัจจุบัน กำหนดให้อยู่ที่ 55 ปี ซึ่งหากสามารถปรับเพิ่มให้สูงขึ้นได้ ก็จะส่งผลให้ผู้ประกันตนยังคงอยู่ในระบบการ ทำงาน และมีการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมยาวนานขึ้น ซึ่งจะส่งผลดีต่อกองทุนประกันสังคม ในรูปของช่วงเวลาในการรับเงินเข้ากองทุนที่ยาวขึ้น และมีช่วงเวลาในการจ่ายผลประโยชน์ที่สั้นลง ซึ่งจะ ส่งผลดีต่อสถานะทางการเงินของกองทุนประกันสังคม

4.6.6 การแยกระบบบัญชีของกองทุนประกันสังคม กรณีชราภาพ โดยควรมีการแยกบัญชี ของกองทุนที่มีลักษณะการจ่ายผลประโยชน์ทดแทนระยะสั้นและระยะยาวออกจากกันให้ชัดเจน รวมถึง การกำหนดอัตราเงินสมทบ และการบริหารการลงทุน ก็ควรมีการกำหนดกฎเกณฑ์ที่ต่างกัน โดยเฉพาะใน

ส่วนของการจ่ายผลประโยชน์ระยะยาว ซึ่งได้แก่กองทุนกรณีชราภาพนั้น ควรมีการกำหนดการสะสมเงินสำรองขึ้นต่ำไว้ตามกฎหมาย

4.6.7 การกำหนดให้สำนักงานประกันสังคม ซึ่งเป็นผู้บริหารจัดการกองทุนประกันสังคม
ทำการประมาณการสถานะทางการเงินของกองทุนประกันสังคมในอนาคต โดยใช้หลักทางด้าน
คณิตศาสตร์ประกันภัย (Actuary) ตามระยะเวลาที่กำหนด เพื่อให้มีการทบทวนความเหมาะสมของรูปแบบ
กองทุน และเป็นการประมาณการภาระที่กองทุนประกันสังคมจะต้องจ่ายให้กับสมาชิกในอนาคต ซึ่งจะ
เป็นการช่วยให้รัฐบาลสามารถดำเนินการปรับปรุงแก้ไขกองทุนประกันสังคมให้มีความยั่งยืนทางการเงิน
ในระยะยาวได้ทันเวลา และเป็นการลดภาระการคลังที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตต่อไป

บทที่ 5

การวิเคราะห์ภาระทางการคลังจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จากการศึกษาระบบการเงินการคลังของโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในภาพรวมพบว่า ภาระทางการคลังจากโครงการดังกล่าวประกอบด้วย 2 ส่วนหลักๆ ได้แก่ ภาระจากการจัดสรรงบประมาณสำหรับเงินค่าใช้จ่ายรายหัว และภาระเสี่ยงจากการขาดทุนของโรงพยาบาลเนื่องจากการเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำหรับเงินค่าใช้จ่ายรายหัวที่รัฐบาลจัดสรรให้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นผู้บริหารจัดการเงินกองทุน จัดเป็นภาระการคลังใน Quadrant ที่ 1 ของกรอบความเสี่ยงภาระงบประมาณ (FPO Applied Fiscal Risk Matrix) กล่าวคือเป็นภาระการคลังต้องงบประมาณอย่างแน่นอน (Direct Liabilities to the Budget) และเป็นภาระที่ชัดเจน (Explicit Liabilities) ดังปรากฏในตารางที่ 5.1

ในส่วนของภาระเสี่ยงจากการขาดทุนของโรงพยาบาลของรัฐอันเนื่องจากการเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดอยู่ใน Quadrant ที่ 4 ของกรอบความเสี่ยงภาระงบประมาณ กล่าวคือเป็นภาระการคลังต้องงบประมาณที่อาจจะเกิดขึ้น (Contingent Liabilities to the Budget) ดังปรากฏในตารางที่ 5.1 ทั้งนี้เนื่องจากถ้าหากโรงพยาบาลขาดทุนรัฐบาลจะต้องเข้าไปปรับลดขอบภาระการขาดทุน และเป็นภาระโดยนัย (Implicit Liabilities) เนื่องจากการที่รัฐบาลเข้าไปปรับภาระการขาดทุนนั้นเป็นการรับภาระโดยหลักจริยธรรม คุณธรรม นอกเหนือจากที่ปรากฏเป็นกฎหมายหรือข้อตกลง

ตารางที่ 5.1 ภาระการคลังจากโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจำแนกตาม

กรอบความเสี่ยงภาระงบประมาณ (FPO Applied Fiscal Risk Matrix)

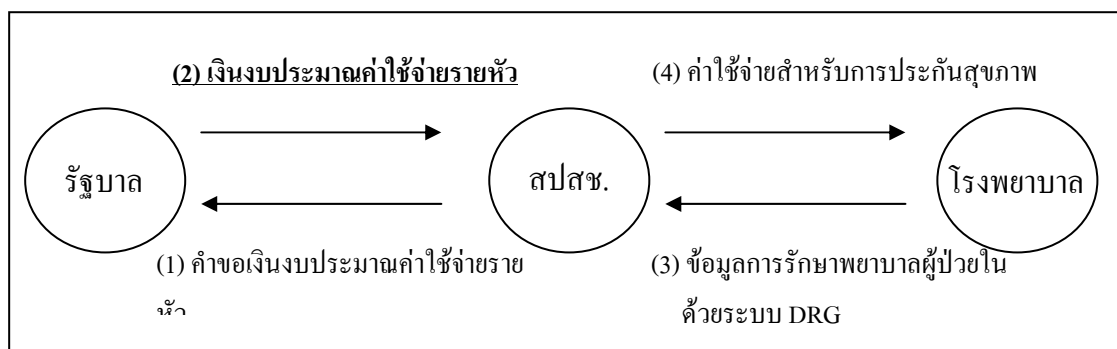
	ภาระการคลังต้องงบประมาณอย่างแน่นอน (Direct Liabilities to the Budget) ต้องชำระแน่นอนเมื่อถึงกำหนด	ภาระการคลังต้องงบประมาณที่อาจจะเกิดขึ้น (Contingent Liabilities to the Budget) ต้องชำระหากเหตุการณ์บางอย่างเกิดขึ้น
แบบชัดเจน (Explicit) เป็นภาระตามกฎหมาย สัญญา หรือข้อตกลง	เงินค่าใช้จ่ายรายหัวที่รัฐบาลจัดสรรให้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	
แบบโดยนัย (Implicit) เป็นภาระโดยหลักจริยธรรม คุณธรรม นอกเหนือจากที่ปรากฏเป็นกฎหมาย หรือข้อตกลงที่อาจถูกผลักดันโดย กลุ่มผลประโยชน์		ภาระเสี่ยงจากการขาดทุนของโรงพยาบาล ของรัฐเนื่องจากการเข้าสู่ระบบหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ

อย่างไรก็ดี ในการวิเคราะห์ภาระทางการเงินคลังจากโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการวิจัยนี้จะมุ่งเน้นไปที่การวิเคราะห์และประมาณการภาระทางการเงินคลังจากการจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายรายหัว เนื่องจากเป็นค่าใช้จ่ายที่สูงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี อีกทั้งมีผลกระทบต้องงบประมาณรายจ่ายประจำปีหรือเป็นภาระทางการเงินคลังของรัฐบาลโดยตรง

5.1 ระบบการเงินการคลังของโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและภาระการคลังของรัฐบาล

ตั้งแต่เริ่มโครงการจนถึงปัจจุบัน รัฐบาลเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทั้งหมดมาตลอด ในทางปฏิบัติ สปสช. จะเป็นผู้เสนอค่าของงบประมาณสำหรับเงินค่าใช้จ่ายรายหัวของโครงการหลักประกันสุขภาพฯ จากนั้นรัฐบาลโดยสำนักงบประมาณ¹⁰ จะพิจารณาค่าของงบประมาณและจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายรายหัวให้แก่กองทุนหลักประกันสุขภาพฯ และ สปสช. ในฐานะผู้บริหารจัดการเงินกองทุนจะเป็นผู้จัดสรรค่าใช้จ่ายสำหรับการประกันสุขภาพให้แก่โรงพยาบาล ซึ่งวิธีการจ่ายเงินจะแตกต่างกันไปตามลักษณะของกิจกรรม เช่น บริการผู้ป่วยนอกและบริการส่งเสริมป้องกันจะเป็นการเหมาจ่าย ส่วนบริการผู้ป่วยในจะใช้ระบบวินิจฉัยโรครวม (Diagnosis Related Groups: DRG) เป็นต้น สำหรับการบริการผู้ป่วยใน สปสช. ได้มีข้อกำหนดให้โรงพยาบาลจัดส่งข้อมูลการรักษาพยาบาล ในระบบ DRG ให้ด้วย โดย สปสช. จะใช้ข้อมูลดังกล่าวประกอบกับข้อมูลอื่นๆ เช่น ฐานข้อมูล 0110 - รง.5 ในการจัดทำค่าของงบประมาณสำหรับเงินค่าใช้จ่ายรายหัวสำหรับปีต่อไป ดังปรากฏในแผนภาพ 5.1

แผนภาพที่ 5.1 ระบบการเงินการคลังของโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



ดังนั้น จะเห็นได้ว่าการประมาณการค่าใช้จ่ายรายหัวมีความสำคัญยิ่ง เนื่องจากเป็นข้อมูลหลัก (ร่วมกับจำนวนประชากร UC) ที่ใช้ในการกำหนดเงินงบประมาณสำหรับโครงการหลักประกันสุขภาพฯ หรือเป็นภาระการคลังของรัฐบาลนั่นเอง

¹⁰ สำนักงบประมาณเป็นหน่วยงานวิเคราะห์การสนับสนุนงบประมาณสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ทวิศรี และพงษ์พิสุทธ์, 2551)

5.2 การวิเคราะห์โครงสร้างของค่าใช้จ่ายรายหัว (ขารับงบประมาณ) ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
 สำหรับเงินค่าใช้จ่ายรายหัวของโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สปสช. เป็นผู้มีหน้าที่
 โดยตรงในการจัดทำประมาณการ เพื่อขอเงินงบประมาณจากสำนักงบประมาณ ซึ่งงบประมาณที่ได้รับ
 จัดสรรในแต่ละปี ต่ำกว่าที่ สปสช. เสนอขอมาโดยตลอด ดังปรากฏในตารางที่ 5.2 และเพื่อให้เกิดความ
 เข้าใจถึงที่มาของค่าใช้จ่ายรายหัว ในหัวข้อที่ 5.2.1 จะอธิบายถึงโครงสร้างและการประมาณการค่าใช้จ่าย
 รายหัวจากอดีตถึงปัจจุบัน

ตารางที่ 5.2 ค่าใช้จ่ายรายหัวที่เสนอของงบประมาณเปรียบเทียบกับที่ได้รับจัดสรร ปี 2545-2551

ปีงบประมาณ	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551
จำนวนเงินที่เสนอขอ (บาท/คน)	1,447.00	1,512.00	1,670.00	1,788.00	1,901.00	2,089.20	2,139.83
จำนวนเงินที่ได้รับจัดสรร (บาท/คน)	1,202.40	1,202.40	1,308.54	1,396.44	1,659.43	1,899.69	2,100.00
จำนวนที่ได้รับต่ำกว่าที่เสนอขอ (บาท)	244.60	309.60	361.50	391.70	241.80	186.51	39.83
ประชากร UC (ล้านคน)	45.00	46.00	46.82	47.00	47.75	46.66	46.477

ที่มา : สำนักนโยบายและแผน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2551)

5.2.1 โครงสร้างและการประมาณการค่าใช้จ่ายรายหัวจากอดีตถึงปัจจุบัน

โครงสร้างค่าใช้จ่ายรายหัวที่ สปสช. ได้รับจัดสรรงบประมาณตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน
 ดังปรากฏในตารางที่ 5.3 อนึ่งในการประมาณการอัตรารายหัวหรือต้นทุนในการให้บริการนี้อยู่บนพื้นฐาน
 ของข้อมูลอัตราการเจ็บป่วย (อ้างอิงจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ-สอศ.) และข้อมูลต้นทุนการ
 บริการผู้ป่วยต่อหน่วย (อ้างอิงจากรายงาน 0110 รง. 5) รายละเอียดข้อมูลอ้างอิงที่ใช้ในการประมาณการ
 อัตราหมาจ่าย ดังปรากฏในตารางที่ 5.4

ตารางที่ 5.3 โครงสร้างอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่ สปสช. ได้รับจัดสรรงบประมาณ ปี 2546-2551

(บาท)

ประเภทบริการ	ปีงบประมาณ 2546	ปีงบประมาณ 2547	ปีงบประมาณ 2548	ปีงบประมาณ 2549	ปีงบประมาณ 2550	ปีงบประมาณ 2551
1. บริการผู้ป่วยนอก (OP)	574.0	491.5	541.7	664.8	656.32	600.80
2. บริการผู้ป่วยใน (IP)	303.0	498.8	555.4	627.8	575.36	1,084.30
3. บริการส่งเสริมป้องกัน (P&P)	175.0	206.0	210.0	224.9	248.04	253.01
4. บริการเฉพาะโรค/บริการ						
4.1 บริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง (HC)	32.0	included in OP/IP	included in OP/IP	included in OP/IP	193.8	included in OP/IP
4.2 บริการอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน (AE)	25.0	included in OP/IP	included in OP/IP	included in OP/IP	51.02	included in OP/IP
4.3 ทันตกรรมราคาแพง (ฟันปลอม)	no estimated	2.31	2.31	2.31	2.31	included in OP/IP
4.4 บริหารเฉพาะโรค (Disease management)	no estimated	included in OP/IP	included in OP/IP	included in OP/IP	15.71	4.16
5. งบลงทุนเพื่อการทดแทน	83.4	95.0	77.0	129.5	142.55	143.43
6 บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)	10.0	10.0	10.0	10.0	10.00	10.00
7. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ	no estimated	no estimated	no estimated	no estimated	4.00	4.00
8. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41	no estimated	5.0	0.2	0.2	0.53	no request
รวมอัตราเหมาจ่าย (บาทต่อคนต่อปี)	1,202.4	1,308.5	1,396.4	1,659.4	1,899.69	2,100.00

ที่มา : สำนักนโยบายและแผน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2551)

ตารางที่ 5.4 ข้อมูลอ้างอิงที่ใช้ในการประมาณการอัตราเหมาจ่ายรายหัว ปี 2545-2551

	ปีงบ 2545	ปีงบ 2546	ปีงบ 2547	ปีงบ 2548	ปีงบ 2549	ปีงบ 2550	ปีงบ 2551
แหล่งข้อมูลที่ใช้							
ข้อมูลการเจ็บป่วย							
การใช้บริการผู้ป่วยนอก	สอศ.๒๕๓๙	สอศ.๒๕๔๔	สอศ.๒๕๔๔	สอศ.๒๕๔๔-๔๖	สอศ.๒๕๔๔-๔๖	รง.๕ ปี ๒๕๔๖-๒๕๔๘	รง.๕ ปี ๒๕๔๗-ไตรมาสแรกปี๒๕๕๐
การใช้บริการผู้ป่วยใน	สอศ.๒๕๓๙	สอศ.๒๕๔๔	สอศ.๒๕๔๔	สอศ.๒๕๔๔-๔๖	สอศ.๒๕๔๔-๔๖	รง.๕ ปี ๒๕๔๖-๒๕๔๘	รง.๕ ปี ๒๕๔๗-๒๕๔๘ และข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคลปี ๒๕๔๙ - ไตรมาสแรกปี๒๕๕๐
แบบแผนการใช้บริการผู้ป่วยนอก	สอศ.๒๕๓๙	สอศ.๒๕๔๔	สอศ.๒๕๔๔	สอศ.๒๕๔๖	สอศ.๒๕๔๖	รง.๕ ปี ๒๕๔๘	รง.๕ ปี ๒๕๔๙
แบบแผนการใช้บริการผู้ป่วยใน	สอศ.๒๕๓๙	สอศ.๒๕๔๔	สอศ.๒๕๔๔	สอศ.๒๕๔๖	สอศ.๒๕๔๖	รง.๕ ปี ๒๕๔๘	ข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคลปี ๒๕๔๙
ข้อมูลต้นทุน							
การรักษาพยาบาล	ปี ๒๕๔๓	ปี ๒๕๔๕	ปี ๒๕๔๕	ปี ๒๕๔๖	ปี ๒๕๔๖	ปี ๒๕๔๙	ปี ๒๕๔๙
ข้อมูลค่าเสื่อมครุภัณฑ์สิ่งก่อสร้าง	ไม่ใช่	ไม่ใช่	ไม่ใช่	ไม่ใช่	ไม่ใช่	ไม่ใช่	รง.๕ ปี ๒๕๔๙

ตารางที่ 5.4 ข้อมูลอ้างอิงที่ใช้ในการประมาณการอัตราเหมาจ่ายรายหัว (ต่อ)

	ปีงบ 2545	ปีงบ 2546	ปีงบ 2547	ปีงบ 2548	ปีงบ 2549	ปีงบ 2550	ปีงบ 2551
ระเบียบวิธีที่ใช้							
ข้อมูลการเจ็บป่วย							
อัตราการใช้บริการ	ตามปีข้อมูล	ตามปีข้อมูล	ตามปีข้อมูล	ข้อมูลรายปีมาพยากรณ์ทางสถิติเป็นปีที่ขอ งบประมาณ	ข้อมูลรายปีมาพยากรณ์ทางสถิติเป็นปีที่ขอ งบประมาณ	ข้อมูลรายปีมาพยากรณ์ทางสถิติเป็นปีที่ขอ งบประมาณ	
แบบแผนการใช้บริการ	ตามปีข้อมูล	ตามปีข้อมูล	ตามปีข้อมูล	ตามปีข้อมูล	ตามปีข้อมูล	ตามปีข้อมูล	
ข้อมูลต้นทุน							
การรักษาพยาบาล	ตามปีข้อมูล	ตามปีข้อมูล	ตามปีข้อมูล	ปรับเป็นต้นทุนปีที่ของบ	ปรับเป็นต้นทุนปีที่ของบ	ปรับเป็นต้นทุนปีที่ของบ	ต้นทุนเฉพาะสิทธิ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และปรับเป็นต้นทุนปีที่ของบ
การส่งเสริมป้องกัน	ร้อยละ 20 ของต้นทุนการรักษา	ตามกิจกรรมหลักและ เป้าหมายกิจกรรมหลัก	ตามกิจกรรมหลักและ เป้าหมายกิจกรรมหลัก	ตามกิจกรรมหลักและ เป้าหมายกิจกรรมหลัก และปรับเป็นต้นทุนปีที่ ของบ	ตามกิจกรรมหลักและ เป้าหมายกิจกรรมหลัก และปรับเป็นต้นทุนปีที่ ของบ	ต้นทุนกิจกรรมย่อยตาม กลุ่มอายุ และปรับต้นทุน เป็นปีที่ของบ	ต้นทุนกิจกรรมย่อยตามกลุ่ม อายุ โดยปรับต้นทุนเป็นปีที่ ของบ และกำหนดอัตราความ ครอบคลุมแต่ละกิจกรรม

สำหรับการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ (สอศ.) ที่ใช้อ้างอิงในส่วนของคุณค่าการเจ็บป่วยนั้น สำนักงานสถิติแห่งชาติ (สช.) ได้ดำเนินการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ (สอศ.) ทุกปีระหว่าง พ.ศ. 2517 – 2521 และทุก 5 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2524 – 2544 ต่อมากระทรวงสาธารณสุขได้ขอความร่วมมือจาก สช. ในการดำเนินการสำรวจทุก 2 ปี ตั้งแต่ปี 2546 และสปสช. ได้ขอความร่วมมือให้มีการสำรวจทุกปีเป็นระยะเวลา 5 ปี ระหว่างปี 2546 – 2550 (วลัยพรและคณะ, 2547) ดังนั้น ในช่วงแรกของการประมาณอัตราเหมาจ่ายรายหัวจึงมีข้อจำกัดในเรื่องความทันสมัยของข้อมูล กล่าวคือ ข้อมูลที่ทันสมัยที่สุดสำหรับการประมาณการอัตราเหมาจ่ายรายหัวระหว่างปีงบประมาณ 2545 – 2547 คือข้อมูล สอศ. ปี 2544

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีนักวิชาการได้อธิบายถึงโครงสร้างค่าใช้จ่ายรายหัวระหว่างปีงบประมาณ 2545 – 2551 ดังนี้

5.2.1.1 โครงสร้างค่าใช้จ่ายรายหัวปีงบประมาณ 2545 และ 2546

วิโรจน์และคณะ (2544) ได้อธิบายถึงที่มาของค่าใช้จ่ายรายหัวปี 2545 ว่าในวันที่ 17 มีนาคม 2544 คณะทำงานพัฒนาแนวทางการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามนโยบายรัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข ได้นำเสนองบประมาณค่าใช้จ่ายรายหัวในอัตรา 1,197 บาท ในการประชุมเรื่องการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามนโยบายของรัฐบาล ณ ดิคสันดิไมตรี ทำเนียบรัฐบาล ซึ่งที่ประชุมมีมติรับรองและต่อมาได้ปรับเปลี่ยนตัวเลขเป็น 1,202 บาท สำหรับอัตราค่าใช้จ่ายรายหัวจำนวน 1,202 บาทต่อคนต่อปีนี้ จำนวนมาจากอัตราการเจ็บป่วยและข้อมูลต้นทุน ทั้งนี้ อัตราการเจ็บป่วยทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ตลอดจนแบบแผนการใช้บริการของคนไทยใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ (สอศ.) โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ส่วนต้นทุนค่ารักษาพยาบาลใช้ข้อมูลจากการศึกษาของนักวิชาการอื่นที่มีอยู่และเลือกใช้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันมากที่สุด โดยมีการพิจารณาถึงต้นทุนต่อหน่วยที่สถานอนามัย โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลระดับจังหวัด ตลอดจนรายจ่ายกรณีค่ารักษาพยาบาลแพง และรายจ่ายกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน และสามารถสรุปต้นทุนต่อหัวประชากรต่อปีดังปรากฏในตารางที่ 5.5 สำหรับรายละเอียดของการประมาณการดังปรากฏในภาคผนวก 4

สำหรับโครงสร้างค่าใช้จ่ายรายหัวปีงบประมาณ 2546 คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในขณะนั้น ได้เสนอของบประมาณจำนวน 1,414 บาทต่อคน แต่รัฐบาลได้ตัดสินใจจัดสรรให้เท่าเดิม สำหรับโครงสร้างค่าใช้จ่ายรายหัวสำหรับปีงบประมาณ 2546 จึงใช้โครงสร้างเดียวกับค่าใช้จ่ายรายหัวปีงบประมาณ 2545 ดังจะเห็นได้จากความสอดคล้องของต้นทุนต่อหัวประชากรปีงบประมาณ 2545 ในตารางที่ 5.5 และโครงสร้างอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่ สปสช. ได้รับจัดสรรสำหรับงบประมาณ 2546 (ตารางที่ 5.2)

ตารางที่ 5.5 สรุปต้นทุนต่อหัวประชากรปีงบประมาณ 2545

ต้นทุน	บาทต่อคนต่อปี	ร้อยละ
1. ผู้ป่วยนอก	574	47.7
2. ผู้ป่วยใน	303	25.2
3. บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคส่วนบุคคล*	175	14.6
4. ค่าลงทุน**	93	7.7
5. ค่ารักษาพยาบาลแพง	32	2.7
6. อุบัติเหตุฉุกเฉิน	25	2.1
รวมต้นทุนทั้งหมด	1,202	100.0

ที่มา : วิโรจน์และคณะ (2544)

หมายเหตุ * ประมาณการร้อยละ 20 ของต้นทุนในการรักษาพยาบาล ($0.2 \times (574 + 303)$)

เนื่องจากข้อจำกัดของข้อมูล

** งบประมาณเพื่อการพัฒนากระบวนการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) จำนวน 10 บาทต่อคน

หักจากงบลงทุนด้านครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง

อย่างไรก็ดี ภูษิตและคณะ (2545) ได้อธิบายถึงที่มาของอัตราค่าใช้จ่ายรายหัวที่ สปสช. เสนอสำหรับปีงบประมาณ 2546 จำนวน 1,414 บาท ว่ามีองค์ประกอบดังนี้

- (ก) อัตรามาจ่ายรายหัวสำหรับบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก 618 บาท
- (ข) บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน 469 บาท
- (ค) บริการทันตกรรมประดิษฐ์¹¹ 2.31 บาท
- (ง) บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับบุคคล¹² 206 บาท
- (จ) บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 10 บาท
- (ฉ) การลงทุนเพื่อทดแทนครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง 109 บาท

ทั้งนี้ การคำนวณอัตราค่าใช้จ่ายรายหัวข้างต้น อยู่บนพื้นฐานของอัตรามาจ่าย ปีงบประมาณ 2545 เป็นหลัก และปรับปรุงข้อมูลต้นทุนโดยอ้างอิงข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและ

¹¹ คำนวณจากจำนวนทันตแพทย์ในภาคราชการ 3,370 คน ที่สามารถให้บริการทันตกรรมประดิษฐ์ได้เต็มที่ 40 ชิ้นต่อคน ต่อปี โดยมีค่าห้องปฏิบัติการงานทันตกรรมประดิษฐ์เฉลี่ย 1,063 บาทต่อชิ้น โดยผู้รับบริการที่อยู่ในกลุ่มที่ได้รับสิทธิ ประโยชน์ 45 ล้านคน และตั้งเป้าหมายให้มีการให้บริการร้อยละ 73 ของความสามารถของทันตแพทย์ในการให้บริการ ตลอดปี ดังนี้ $3,370 \times 40 \times 1,063 \times 45,000,000 \times 0.73 = 2.31$

¹² อ้างอิงจากการให้บริการ 10 รูปแบบ และทำการคำนวณต้นทุนต่อหน่วย โดยการหาต้นทุนดำเนินการที่เป็น ค่าวัสดุอย่างเดียว และปรับเพิ่มต้นทุนค่าแรงร้อยละ 62 ของต้นทุนการดำเนินงานทั้งหมด

สวัสดิการ ปี พ.ศ. 2544 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ต้นทุนสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชนปีงบประมาณ 2544 ตลอดจนอ้างอิงชุดสิทธิประโยชน์ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและแนวทางการตรวจสอบสุขภาพประชาชนไทยของแพทยสภา ซึ่งค่าใช้จ่ายรายหัวดังกล่าวได้ผ่านการกลั่นกรองโดยคณะกรรมการพิจารณาต้นทุนอัตราเหมาจ่ายรายหัวประชากร โดย ญัตติและคณะ (2545) เป็นเลขานุการวิชาการของคณะทำงานฯ

5.2.1.2 โครงสร้างค่าใช้จ่ายรายหัวปีงบประมาณ 2547

สำหรับปีงบประมาณ 2547 สปสช. ได้เสนอของบประมาณค่าใช้จ่ายรายหัวในอัตรา 1,447 บาทต่อคน ซึ่งในระยะแรกรัฐบาลได้ตัดสินใจจัดสรรในอัตรา 1,247 บาทต่อคน และต่อมาได้ตัดสินใจเพิ่มเป็น 1,308 บาทต่อคนในที่สุด

พงษ์พิสุทธิ์และคณะ (2547) ได้อธิบายถึงที่มาของอัตราค่าใช้จ่ายรายหัวสำหรับปีงบประมาณ 2547 จำนวน 1,308 บาท ว่า เกิดจากการปรับอัตราการใช้สิทธิรับบริการของผู้ป่วยนอกเป็นร้อยละ 80 และผู้ป่วยในเป็นร้อยละ 100 จากแต่เดิมที่คณะทำงานของ สปสช. เสนออัตราเหมาจ่ายรายหัวจำนวน 1,447 บาท ที่คำนวณจากอัตราการใช้สิทธิรับบริการของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในร้อยละ 100 ทั้งนี้ อัตราค่าใช้จ่ายรายหัวสำหรับปีงบประมาณ 2547 จำนวน 1,308 บาท มีองค์ประกอบดังปรากฏในตารางที่ 5.6

ตารางที่ 5.6 การจัดสรรอัตราเหมาจ่ายรายหัว ปีงบประมาณ 2547

ต้นทุน	บาทต่อคนต่อปี	ร้อยละ
1. ผู้ป่วยนอก	488.20	37.3
2. ผู้ป่วยใน	418.30	31.9
3. บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคส่วนบุคคล	206.00	15.7
4. ค่าลงทุน	85.00	6.5
5. ค่ารักษาพยาบาลแพง	66.30	5.1
6. อุบัติเหตุฉุกเฉิน	19.70	1.5
7. บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)	10.00	0.8
8. เพิ่มเติมพื้นที่ทุรกันดาร	10.00	0.8
9. กันไว้ตามมาตรา 41	5.00	0.4
รวมต้นทุนทั้งหมด	1,308.5	100.0

หมายเหตุ : งบประมาณเพื่อการพัฒนาาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) จำนวน 10 บาท/คน หัก จากงบลงทุนด้านครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง

ถึงแม้ว่าการจัดสรรอัตราเหมาจ่ายรายหัว ปีงบประมาณ 2547 ในตารางที่ 5.6 จะแตกต่างกันไปจากข้อมูลในตารางที่ 5.3 แต่เมื่อพิจารณาจะพบว่าความแตกต่างดังกล่าวเกิดจากการแบ่งหมวดหมู่ของต้นทุน โดยคำรักษาพยาบาลแพง/บริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง (HC) และบริการอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน (AE) ในตารางที่ 5.3 รวมอยู่ในค่าบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในแล้ว และคำรักษาพยาบาลแพงในตารางที่ 5.6 ได้นับรวมค่าทันตกรรมราคาแพง (ฟันปลอม) ไว้แล้ว นอกจากนี้ งบลงทุนเพื่อการทดแทนในตารางที่ 5.3 ได้รวมเงินเพิ่มเติมพื้นที่ทุรกันดารจำนวน 10 บาท ไว้แล้ว

กัญจนและคณะ (2546) ได้อธิบายว่าการคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัว ปีงบประมาณ 2547 ที่คณะทำงานของ สปสช. เสนอขอจำนวน 1,447 บาทต่อคน มาจากข้อมูลที่สำคัญ ได้แก่ การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ (สอศ.)¹³ ปี 2544 (ที่ใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงสำหรับอัตราการเจ็บป่วย) และข้อมูลจากรายงาน 0110 รง. 5 ที่ใช้ในการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยด้วยการคำนวณแบบบลัด¹⁴ สำหรับอัตราเหมาจ่ายสำหรับชุดสิทธิประโยชน์อื่น ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทันตกรรมประดิษฐ์ และรายจ่ายเพื่อ Emergency Medical Services ให้ใช้ตัวเลขที่ สปสช. เสนอขอในปี 2546 เป็นเกณฑ์ สำหรับรายจ่ายเพื่อการลงทุนให้ใช้สัดส่วนเช่นเดียวกับปี 2546 คือ ร้อยละ 10 ของอัตราเหมาจ่ายกรณีรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รายละเอียดดังนี้

(ก) อัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก 634.9 บาท

(ข) บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน 482.0 บาท

(ค) บริการทันตกรรมประดิษฐ์¹⁵ 2.3 บาท

(ง) บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับบุคคล¹⁶ 206.2 บาท

¹³ ในการคำนวณอัตราการเจ็บป่วย สปสช. ได้พิจารณาข้อมูลจาก 2 ฐานข้อมูล ได้แก่ (1) การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ (สอศ.) ปี 2544 และ (2) การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน (สศส.) ปี 2545 ครั้งปีแรกซึ่ง สปสช. โดยคณะกรรมการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังได้เลือกใช้ข้อมูลจาก สอศ. เนื่องจากมีความเชื่อมั่นในข้อมูลมากกว่าข้อมูลจาก สศส.

¹⁴ ในการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วย สปสช. ได้พิจารณาวิธีการคำนวณ 2 วิธี ได้แก่ (1) การคำนวณแบบบลัดจากข้อมูลรายงาน 0110 รง. 5 ปีงบประมาณ 2515 และการปรับต้นทุนปี 2544 ด้วยการเพิ่มของเงินเดือนและดัชนีราคาผู้บริโภค ซึ่งอัตราเหมาจ่ายรายหัวจากการคำนวณต้นทุน 2 วิธี ได้แก่ 1,472 และ 1,447 บาทตามลำดับ ซึ่ง สปสช. ได้เลือกการคำนวณด้วยวิธีที่ 1 และเสนอของบประมาณ

¹⁵ จำนวนจากจำนวนทันตแพทย์ในภาคราชการ 3,370 คน ที่สามารถให้บริการทันตกรรมประดิษฐ์ได้เต็มที่ 40 ชิ้นต่อคนต่อปี โดยมีค่าห้องปฏิบัติการงานทันตกรรมประดิษฐ์เฉลี่ย 1,063 บาทต่อชิ้น โดยผู้รับบริการที่อยู่ในกลุ่มที่ได้รับสิทธิประโยชน์ 45 ล้านคน และตั้งเป้าหมายให้มีการให้บริการร้อยละ 73 ของความสามารถของทันตแพทย์ในการให้บริการตลอดปี ดังนี้ $3,370 * 40 * 1,063 * 45,000,000 * 0.73 = 2.31$

¹⁶ อ้างอิงจากการให้บริการ 10 รูปแบบ และทำการคำนวณต้นทุนต่อหน่วย โดยการหาต้นทุนดำเนินการที่เป็นค่าวัสดุอย่างเดียว และปรับเพิ่มต้นทุนค่าแรงร้อยละ 62 ของต้นทุนการดำเนินงานทั้งหมด

(จ) บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 10 บาท

(ฉ) การลงทุนเพื่อทดแทนครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง 111.9 บาท

5.2.1.3 โครงสร้างค่าใช้จ่ายรายหัวปีงบประมาณ 2548

ในปี 2548 ได้มีการปรับวิธีการประมาณการครั้งใหญ่ของอัตราเหมาจ่ายรายหัว วลัยพรและคณะ (2547) ได้อธิบายถึงการปรับเปลี่ยนที่สำคัญ 3 ประการ ซึ่งเป็นการปรับปรุงในส่วนของการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ดังนี้

ประการที่ 1 การประมาณการอัตราการใช้บริการของผู้ป่วย ปี 2548 โดยพยากรณ์จากข้อมูล สอศ. ใน 3 ช่วงการสำรวจได้แก่ ปี 2539, 2544 และ 2546 จากเดิมที่พยากรณ์จากข้อมูลปีล่าสุดเพียงปีเดียว

ประการที่ 2 การเลือกใช้แบบแผนการเลือกใช้สถานพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในจากข้อมูล สอศ. 2546 ซึ่งเป็นปีที่มีการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเต็มพื้นที่

ประการที่ 3 การคำนวณต้นทุนการรักษาพยาบาล ปี 2548 โดยใช้ฐานข้อมูลต้นทุนปี 2546 (ข้อมูลจากรายงาน รง.5) ที่ทำการคำนวณขึ้นใหม่และปรับด้วยอัตราการใช้บุคลากรในหมวดค่าตรวจรักษาและค่ายา

สำหรับองค์ประกอบอื่นๆ นอกเหนือจากการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในมีการปรับเพียงเล็กน้อย โดยคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวได้เท่ากับ 1,782 บาทต่อคน รายละเอียดดังนี้

(ก) อัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก 800 บาท

(ข) บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน 618 บาท

(ค) บริการทันตกรรมประดิษฐ์¹⁷ 2.31 บาท

(ง) บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับบุคคล¹⁸ 210 บาท

(จ) บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 10 บาท

(ฉ) การลงทุนเพื่อทดแทนครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง 142 บาท

ทั้งนี้ คณะอนุกรรมการการเงินการคลังของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ตกลงให้ใช้ข้อมูลและโครงสร้างการคำนวณนี้ แต่ปรับลดตัวเลขลงเหลือ 1,510.5 บาทต่อคน โดยมีการปรับปรุงที่สำคัญได้แก่การปรับลดต้นทุนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก การปรับลดอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกลงจากร้อยละ 100 เป็นร้อยละ 80 และการปรับลดงบลงทุนเพื่อการทดแทนจากร้อยละ 10 ของค่ารักษาพยาบาลเป็นร้อยละ 7

¹⁷ เท่ากับปีที่แล้ว

¹⁸ คิดอัตราเพิ่มของต้นทุนร้อยละ 4.1 จากปีที่แล้ว

อย่างไรก็ดี ในปี 2548 สำนักงานประมาณได้อนุมัติอัตราเหมาจ่ายรายหัวจำนวน 1,396.3 บาทต่อคน โดยมีการปรับลดอัตราค่าบริการผู้ป่วยนอกอยู่ที่ร้อยละ 70 และผู้ป่วยในอยู่ที่ร้อยละ 95 รายละเอียดดังปรากฏในตารางที่ 5.7

ตารางที่ 5.7 การจัดสรรอัตราเหมาจ่ายรายหัว ปีงบประมาณ 2548

ต้นทุน	บาทต่อคนต่อปี	ร้อยละ
1. ผู้ป่วยนอก	544.0	39.0
2. ผู้ป่วยใน	555.3	39.8
3. บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคส่วนบุคคล	210.0	15.0
4. ค่าลงทุนเพื่อการทดแทน	76.8	5.5
5. ค่ารักษาพยาบาลแพง	included in OP/IP	
6. อุบัติเหตุฉุกเฉิน	included in OP/IP	
7. บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)	10.00	0.7
8. เพิ่มเติมพื้นที่ทุรกันดาร	included in OP/IP	
9. กันไวกตามมาตรา 41	0.2	0.01
รวมต้นทุนทั้งหมด	1,396.3	100.0

ที่มา : พงษ์พิสุทธิ์ และคณะ (2547)

5.2.1.4 โครงสร้างค่าใช้จ่ายรายหัวปีงบประมาณ 2549

ไม่พบวรรณกรรมที่อธิบายถึงโครงสร้างค่าใช้จ่ายรายหัวปีงบประมาณ 2549

5.2.1.5 โครงสร้างค่าใช้จ่ายรายหัวปีงบประมาณ 2550

ในปี 2550 ได้มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการประมาณการที่สำคัญ โดย ทวีศรีและพงษ์พิสุทธิ์ (2551) ได้อธิบายถึงการปรับปรุงดังกล่าว ดังนี้

(1) การประมาณการอัตราการใช้บริการปี 2550 ได้เปลี่ยนมาใช้ข้อมูลการใช้บริการและการใช้สิทธิที่เกิดขึ้นจริงจากฐานข้อมูลรายงาน 0110 รง. 5 ปี 2546 – 2548 จากที่เคยเดิมอ้างอิงจากข้อมูลการสำรวจสวัสดิการและอนามัย (สอศ.) และสำหรับข้อมูลแบบแผนการใช้สถานพยาบาลระดับต่างๆ จากรายงาน 0110 รง. 5 ปี 2548

(2) การปรับเปลี่ยนต้นทุนบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในเป็นต้นทุนน้ำหนักสัมพัทธ์ตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups: DRG) ซึ่งสามารถคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวปี 2550 ได้เท่ากับ 2,089.20 บาท แต่ได้รับสนับสนุนงบประมาณจำนวน 1,899.69 บาท รายละเอียดดังปรากฏในตารางที่ 5.8

ตารางที่ 5.8 การจัดสรรอัตราเหมาจ่ายรายหัว ปีงบประมาณ 2550

ประเภทบริการ	บาทต่อคนต่อปี	ร้อยละ
1. บริการผู้ป่วยนอก (OP)	656.32	34.6
2. บริการผู้ป่วยใน (IP)	575.36	30.3
3. บริการส่งเสริมป้องกัน (P&P)	248.04	13.1
4. บริการเฉพาะโรค/บริการ		
4.1 บริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง (HC)	193.8	10.2
4.2 บริการอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน (AE)	51.02	2.7
4.3 ทันตกรรมราคาแพง (ฟันปลอม)	2.31	0.1
4.4 บริหารเฉพาะโรค (Disease management)	15.71	0.8
5. งบลงทุนเพื่อการทดแทน	142.55	7.5
6 บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)	10.00	0.5
7. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ	4.00	0.1
8. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41	0.53	0.1
รวมอัตราเหมาจ่าย (บาทต่อคนต่อปี)	1,899.69	100

ที่มา : สำนักนโยบายและแผน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

5.2.1.6 โครงสร้างค่าใช้จ่ายรายหัวปีงบประมาณ 2551

ไม่พบวรรณกรรมที่อธิบายถึงโครงสร้างค่าใช้จ่ายรายหัวปีงบประมาณ 2551

5.2.2 ข้อสังเกตเกี่ยวกับโครงสร้างและการประมาณงบประมาณของกองทุนฯ

จากข้อมูลเงินงบประมาณที่จัดสรรให้โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามเอกสารงบประมาณโดยสังเขป (ตารางที่ 5.9) และข้อมูลงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2545 – 2550 (ตารางที่ 5.10) คณะผู้วิจัยมีข้อสังเกต ดังนี้

5.2.2.1 การจัดสรรเงินงบประมาณค่าใช้จ่ายรายหัวประกอบด้วย 3 ส่วนหลักๆ ได้แก่ งบบุคลากร (จัดสรรให้แก่อัตรากำลังของบุคลากร เช่น กระทรวงสาธารณสุข และมหาวิทยาลัยโดยตรง) งบบริการทางการแพทย์ และงบกลาง (กรณีที่มีการขอของงบประมาณเพิ่ม เนื่องจากงบประมาณที่ได้รับจัดสรรไม่เพียงพอ) ซึ่งหากพิจารณาจากเอกสารงบประมาณเพียงอย่างเดียว จะทำให้ได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน โดยจะได้รับข้อมูลเฉพาะในส่วนของงบบริการทางการแพทย์ ทั้งนี้ งบประมาณที่จัดสรรให้แก่กองทุนฯ ตามเอกสารงบประมาณดังปรากฏในตารางที่ 5.9 และเนื่องจากในปีงบประมาณ 2549 มีการจัดสรรงบประมาณ

ที่ไม่เพียงพอ จึงมีการจัดสรรงบประมาณชดเชยให้ในปี 2550 จำนวน 7,762 ล้านบาท ดังจะเห็นได้จาก ข้อมูลงบประมาณที่จัดสรรในปี 2550 มากกว่าผลรวมของงบบริการทางการแพทย์และงบเอดส์ (ในตาราง ที่ 5.10) อยู่ 7,762 ล้านบาท

ตารางที่ 5.9 งบประมาณที่จัดสรรให้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปี 2545-2551
ตามเอกสารงบประมาณโดยสังเขป

(ล้านบาท)

	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551
งบประมาณที่จัดสรร	22,139	27,138	29,728	35,797	39,667	75,126	76,599

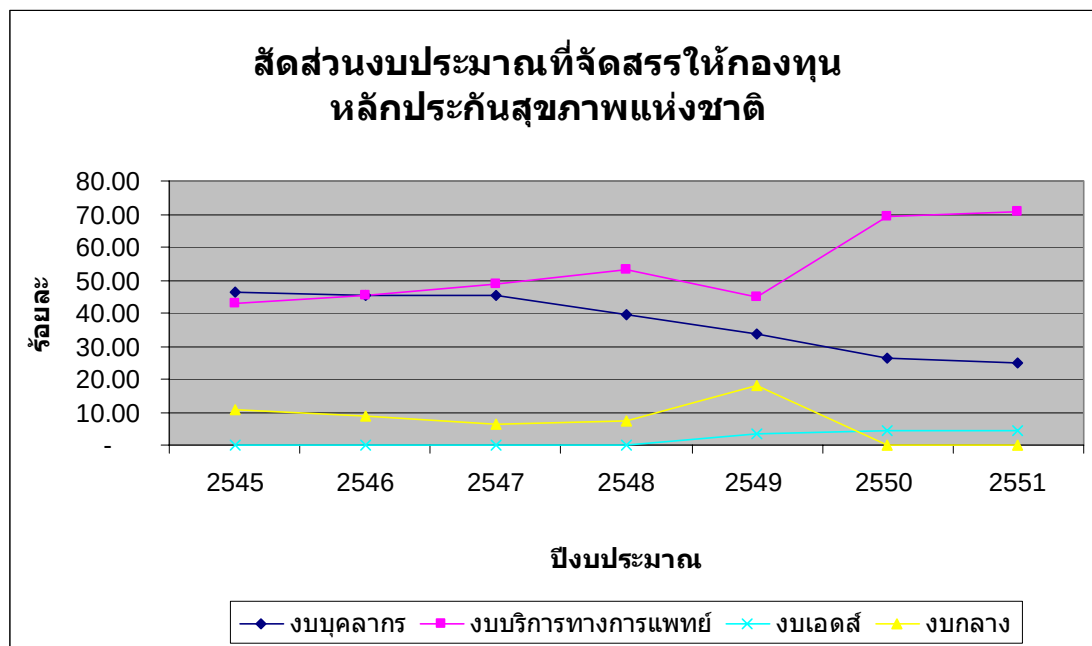
ที่มา : เอกสารงบประมาณ โดยสังเขป (ปี 2546-2552)

5.2.2.2 งบบริการทางการแพทย์ได้เพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 70 ระหว่างปีงบประมาณ 2549-2550 ซึ่งคาดว่ามาจากการเปลี่ยนแปลงวิธีการประมาณการค่าใช้จ่ายรายหัวในปี 2550 ดังปรากฏใน ทวีศรีและพงษ์พิสุทธิ์ (2551) และเงินงบประมาณชดเชยสำหรับปี 2549 จำนวน 7,762 ล้านบาทในข้อ 5.2.2.1

5.2.2.3 เมื่อพิจารณาจำนวนงบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ตารางที่ 5.10) พบว่าจำนวนงบบุคลากรค่อนข้างจะคงที่ ในขณะที่งบบริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้น ตามลำดับ ซึ่งหากพิจารณาพร้อมกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์บุคลากรทางการแพทย์ในการศึกษาดูงาน (ภาคผนวก 2) ที่พบว่าบุคลากรมีภาระงานเพิ่มขึ้นจากการเพิ่มของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาจะพบว่ามีความสอดคล้องกัน เนื่องจากจำนวนบุคลากรทางการแพทย์มีเท่าเดิม (สะท้อนโดยงบประมาณที่เท่าเดิม) ในขณะที่ภาระงานมีมากขึ้น (สะท้อนโดยงบบริการทางการแพทย์ที่เพิ่มขึ้น)

ดังนั้น ถึงแม้ว่าสัดส่วนงบประมาณที่จัดสรรให้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะแสดงให้เห็นว่ารัฐบาลสามารถบริหารจัดการงบบุคลากรซึ่งประกอบด้วยเงินเดือนและค่าจ้าง ให้มีสัดส่วนที่ลดลงตามลำดับ และสามารถเพิ่มสัดส่วนของงบบริการทางการแพทย์ที่เป็นต้นทุน การรักษาพยาบาลแก่ประชาชน (ที่ไม่รวมเงินเดือนและค่าจ้าง) ดังปรากฏในแผนภาพที่ 5.2 ในอีกมุมหนึ่งโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าถึงบริการทางสุขภาพมากขึ้น และอาจจะมากเกินไปจนทำให้เกิดปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์มีภาระงานที่มากเกินไปจนอาจมีผลทำให้บุคลากรลาออกจากราชการหรือโรงพยาบาลของรัฐ และทำให้เกิดปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งอาจมีผลต่อระบบสาธารณสุขของประเทศในระยะยาวได้

แผนภาพที่ 5.2 สัดส่วนของงบประมาณที่จัดสรรให้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
จำแนกตามลักษณะของงบประมาณ



หมายเหตุ

1. งบบุคลากร หมายถึง สัดส่วนของงบบุคลากรที่ประกอบด้วยเงินเดือนและค่าจ้างต้องงบประมาณค่าใช้จ่ายรายหัวที่จัดสรรให้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในแต่ละปี
2. งบบริการทางการแพทย์ หมายถึง สัดส่วนของงบบริการทางการแพทย์ต้องงบประมาณค่าใช้จ่ายรายหัวที่จัดสรรให้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในแต่ละปี
3. งบเอดส์ หมายถึง สัดส่วนของงบเอดส์ต้องงบประมาณค่าใช้จ่ายรายหัวที่จัดสรรให้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในแต่ละปี
4. งบกลาง หมายถึง สัดส่วนของงบกลางปีและงบที่จัดสรรเพิ่มเติม (ได้แก่ กรณี ปี 2549 ที่มีการจัดสรรงบประมาณชดเชยสำหรับปี 2549 ในงบประมาณปี 2550 จำนวน 7,762 ล้านบาท ได้มีการนับรวมงบประมาณดังกล่าวในงบกลาง ปี 2549) ต้องงบประมาณค่าใช้จ่ายรายหัวที่จัดสรรให้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในแต่ละปี

ตารางที่ 5.10 งบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตั้งแต่ปี 2545-2550

(ล้านบาท)

รายการ	งบประมาณ						
	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551
งบกองทุนหลักที่ได้รับ	51,407.71	56,091.23	61,212.39	67,482.60	82,023.00	91,366.72	101,984.10
- งบบุคลากร	23,795.80	25,552.83	27,639.52	26,692.65	27,594.37	24,002.66	25,385.3
- งบบริการทางการแพทย์	22,138.45	25,538.40	29,727.54	35,796.62	36,870.60	63,508.46	72,216.4
- งบเอดส์					2,796.20	3,855.60	4,382.4
งบกลาง	5,473.46	5,000.00	3,845.33	4,993.33	14,761.83	-	
Cap.(บาท/หัว)	1,202.40	1,202.40	1,308.54	1,396.44	1,659.43	1,899.69	2,100
ปชก. UC ตามพรบ. (ล้านคน)	45.00	46.00	46.82	47.00	47.75	46.66	46.477
งบที่เพิ่มเทียบกับปีก่อน (บาท)		4,683.52	5,121.16	6,270.21	14,540.40	9,343.72	10,617.38

หมายเหตุ : 1. ปี 2547 งบกลางที่ได้เพิ่มด้วยเหตุผล ดังนี้

- อัตราเหมาจ่ายเพิ่มจาก 1,247.11 บาท/หัว เป็น 1,308.50 บาท/หัว = 2,845.33 ล้านบาท
- จากการเพิ่มของประชากรจำนวน 820,000 คน คิดเป็นเงินทั้งสิ้นที่ขอเพิ่มจากงบกลางจำนวน 1,000 ล้านบาท

2. งบกลาง ปี 2549 = 14,761.83 ล้านบาท ทางสำนักงบประมาณลำนี้ไปจ่ายในปี 2550 จำนวน 7,761.829 ล้านบาท

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2551)

5.3 การประมาณการภาระทางการคลังที่แน่นอนจากโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ในการประมาณการภาระทางการคลังที่แน่นอนและชัดเจนจากโครงการฯ คณะผู้วิจัยจะพิจารณาจากงบประมาณที่รัฐบาลให้แก่กองทุนฯ เป็นหลัก หรืออีกนัยหนึ่งคือเงินค่าใช้จ่ายรายหัวที่รัฐบาลจัดสรรให้แก่ สปสช. เพื่อนำไปใช้จ่ายในโครงการฯ ซึ่งในทางปฏิบัติ สปสช. จะเป็นผู้ประมาณการจำนวนเงินงบประมาณดังกล่าว บนพื้นฐานของข้อมูลการเจ็บป่วยและข้อมูลต้นทุน ดังปรากฏในหัวข้อ 5.2 เพื่อเสนอของงบประมาณ

สำหรับการศึกษาวิจัยนี้ คณะผู้วิจัยประมาณการเงินค่าใช้จ่ายรายหัวของโครงการฯ ในระยะ 10 ปี บนพื้นฐานของข้อมูลงบประมาณที่โครงการฯ ได้รับในอดีตร่วมกับ สมมติฐานทางเศรษฐกิจและการคลัง และแนวโน้ม (Trend) เพื่อศึกษาผลกระทบที่มีต่อสถานะทางการคลัง

สาเหตุที่คณะผู้วิจัยเลือกใช้วิธีดังกล่าวแทนการประมาณการโดยใช้ข้อมูลการเจ็บป่วยและข้อมูลต้นทุน เนื่องจากคณะผู้วิจัยตระหนักว่าการประมาณการบนพื้นฐานของข้อมูลการเจ็บป่วยและข้อมูลต้นทุน จะทำให้ผู้วิจัยได้รับข้อมูลความต้องการทางการเงิน (Fiscal Need) ของโครงการ หรือจำนวนงบประมาณที่ สปสช. เสนอขอ ((1) ในแผนภาพที่ 5.1) แทนค่าใช้จ่ายรายหัวที่กองทุนได้รับ ((2) ในแผนภาพที่ 5.1) ซึ่งจากการสัมภาษณ์และการทบทวนวรรณกรรมทำให้คณะผู้วิจัยทราบว่าค่าใช้จ่ายรายหัวที่โครงการฯ ได้รับจะถูกตัดลดงบประมาณลงจากจำนวนที่ สปสช. เสนอทุกปีนับจากเริ่มโครงการ

จากการศึกษาข้อมูลงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรในอดีตที่ผ่านมา คณะผู้วิจัยได้ทำการประมาณการงบประมาณที่กองทุนได้รับโดยแบ่งเป็น 2 ส่วนได้แก่

ส่วนที่ 1 ส่วนของค่าใช้จ่ายบุคลากร ซึ่งจะคำนวณโดยใช้ค่าเฉลี่ยย้อนหลัง 5 ปี ระหว่าง

ปีงบประมาณ 2547- 2551 (26,263 ล้านบาท) เนื่องจากข้อมูลไม่มีแนวโน้มที่ชัดเจนและเมื่อพิจารณาข้อมูลย้อนหลังตั้งแต่เริ่มโครงการ ปี 2545 (ตารางที่ 5.11) พบว่ามีระดับค่อนข้างคงที่ระหว่าง 23,795.80 – 27,639.52 ล้านบาท

ส่วนที่ 2 ส่วนของงบบริการทางการแพทย์ ดังปรากฏในตารางที่ 5.11 ซึ่งประมาณการด้วย 3 วิธี ดังนี้

วิธีที่ 1 การประมาณการงบบริการทางการแพทย์ด้วยสมมติฐานสัดส่วนต่อ GDP

วิธีที่ 2 การประมาณงบบริการทางการแพทย์ด้วยสมมติฐานสัดส่วนต่องบประมาณการร่ายจ่าย

วิธีที่ 3 การประมาณงบบริการทางการแพทย์โดยใช้แนวโน้มข้อมูลค่าใช้จ่ายรายหัวที่

สำนักงานประมาณอนุมัติและข้อมูลแนวโน้มประชากร UC

5.3.1 การประมาณการงบบริการทางการแพทย์ด้วยสมมติฐานสัดส่วนต่อ GDP

จากการศึกษาข้อมูลงบประมาณค่าใช้จ่ายรายหัวที่ผ่านมาพบว่าสัดส่วนของงบบริการทางการแพทย์โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อ GDP อยู่ระหว่างร้อยละ 0.51 – 0.58 ระหว่างปีงบประมาณ

2545 – 2548 และระหว่างปี 2549 – 2552 อยู่ที่ร้อยละ 0.70 0.80 0.81 และ 0.78 ตามลำดับ (ตารางที่ 5.12) ซึ่งจะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนระดับ (Level) ในปี 2549 ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงพิจารณาใช้แนวโน้มข้อมูลในอดีตระหว่างปี 2549 – 2552 ในการประมาณการ แต่อย่างไรก็ดีเมื่อพิจารณาถึงแนวโน้มในอดีตของระบบบริการทางการแพทย์ของโครงการฯ พบว่ามีลักษณะรักษาระดับระหว่างปี 2545 – 2548 สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้รับจากการสัมภาษณ์ว่าในปี 2550 รัฐบาลได้อนุมัติค่าใช้จ่ายรายหัวในระดับที่เหมาะสมมากขึ้น ผู้วิจัยจึงพิจารณาใช้อัตราส่วนบริการทางการแพทย์ต่อ GDP ย้อนหลังเฉลี่ย 3 ปี ระหว่างปี 2550 – 2552 ซึ่งมีค่าร้อยละ 0.80 ในการอ้างอิงเพื่อประมาณการระบบบริการทางการแพทย์ โดยมีผลการประมาณการระบบบริการทางการแพทย์และงบประมาณของโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระหว่างปี 2553 – 2562 ดังปรากฏในตารางที่ 5.13

ตารางที่ 5.11 งบประมาณที่โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับ (ปี 2545 – 2552)

(ล้านบาท)

	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552 E
ส่วนที่ 1 ค่าใช้จ่ายบุคลากร	23,795.80	25,552.83	27,639.52	26,692.65	27,594.37	24,002.66	25,385.30	26,263.00
ส่วนที่ 2 งบบริการทางการแพทย์	27,611.91	30,538.40	33,572.87	40,789.95	54,428.63	67,364.06	76,598.80	80,598.00
- งบบริการทางการแพทย์ที่ได้รับจัดสรรในปีงบประมาณ	22,138.45	25,538.40	29,727.54	35,796.62	36,870.60	63,508.46	72,216.40	N/A
- งบเอดส์	-	-	-	-	2,796.20	3,855.60	4,382.40	N/A
- งบกลาง	5,473.46	5,000.00	3,845.33	4,993.33	14,761.83	-	-	N/A
รวม	51,407.71	56,091.23	61,212.39	67,482.60	82,023.00	91,366.72	101,984.10	106,861.00

หมายเหตุ

1. ข้อมูลระหว่างปีงบประมาณ 2545 – 2551 อ้างอิงข้อมูลจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2551)
2. ข้อมูลปี 2552 ส่วนที่ 1 ค่าใช้จ่ายบุคลากรประมาณการโดยใช้อัตราเฉลี่ยย้อนหลัง 5 ปี และส่วนที่ 2 งบบริการทางการแพทย์มาจากงบประมาณโดยสังเขป

ตารางที่ 5.12 สัดส่วนของงบบริการทางการแพทย์โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อ GDP

	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552
สัดส่วนงบบริการทางการแพทย์ต่อ GDP	0.51%	0.52%	0.52%	0.58%	0.70%	0.80%	0.81%	0.78%
งบบริการทางการแพทย์ (ล้านบาท)	27,611.91	30,538.40	33,572.87	40,789.95	54,428.63	67,364.06	76,598.80	80,598.00
GDP (ล้านบาท)	5,450,643	5,928,975	6,503,488	7,087,660	7,830,329	8,464,586	9,421,084	10,268,981

ตารางที่ 5.13 ประมาณการงบบริการทางการแพทย์โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยใช้สมมติฐานงบบริการทางการแพทย์ต่อ GDP

	2553	2554	2555	2556	2557	2558	2559	2560	2561	2562
สัดส่วนงบบริการทางการแพทย์ต่อ GDP	0.80%	0.80%	0.80%	0.80%	0.80%	0.80%	0.80%	0.80%	0.80%	0.80%
งบบริการทางการแพทย์ (ล้านบาท)	89,463	97,605	106,487	115,005	124,206	134,142	144,874	156,464	168,981	182,499
GDP (ล้านบาท)	11,182,921	12,200,566	13,310,818	14,375,683	15,525,738	16,767,797	18,109,221	19,557,959	21,122,595	22,812,403
สมมติฐานอัตราการเติบโตของ GDP	8.90%	9.10%	9.10%	8.00%	8.00%	8.00%	8.00%	8.00%	8.00%	8.00%
งบประมาณโครงการหลักประกันฯ (ล้านบาท)	115,726	123,868	132,750	141,268	150,469	160,405	171,137	182,727	195,244	208,762

5.3.2 การประมาณการงบบริการทางการแพทย์ด้วยสมมติฐานสัดส่วนต้องงบประมาณการรายจ่าย

จากการศึกษาข้อมูลงบประมาณที่ผ่านมาพบว่าสัดส่วนงบบริการทางการแพทย์โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องงบประมาณรายจ่ายประจำปีอยู่ระหว่างร้อยละ 2.70 – 3.26 ระหว่างปีงบประมาณ 2545 – 2548 และระหว่างปี 2549 – 2552 อยู่ที่ร้อยละ 4.00 4.30 4.61 และ 4.39 ตามลำดับ (ตารางที่ 5.14) ซึ่งจะเห็นได้ว่าการรักษาระดับอยู่ที่ร้อยละ 4.30 – 4.61 ระหว่างปีงบประมาณ 2550 – 2552 ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงพิจารณาใช้อัตราส่วนงบบริการทางการแพทย์ต้องงบประมาณรายจ่ายย้อนหลังเฉลี่ย 3 ปี ระหว่างปี 2550 – 2552 ซึ่งมีค่าร้อยละ 4.44 ในการอ้างอิงเพื่อประมาณการงบบริการทางการแพทย์ ผลการประมาณการงบบริการทางการแพทย์โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระหว่างปี 2553 – 2562 ดังปรากฏในตารางที่ 5.15

5.3.3 การประมาณงบบริการทางการแพทย์โดยใช้แนวโน้มของข้อมูลค่าใช้จ่ายรายหัวที่สำนักงานประมาณอนุมัติและข้อมูลแนวโน้มของประชากร UC

จากข้อมูลในตารางที่ 5.10 พบว่าจำนวน ประชากร UC ตาม พรบ. ที่อยู่ในระดับเดียวกัน มาโดยตลอด (ประมาณ 46 ล้านคน) และเมื่อพิจารณาจากประมาณการประชากรทั่วราชอาณาจักร (ภาคผนวก 5) พบว่า โครงสร้างประชากรที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ยังคงไม่ปรากฏผลอย่างเป็นรูปธรรมในช่วง 10 ปีจากนี้ หรือช่วงที่มีการประมาณการในการศึกษาวิจัย เนื่องจากถึงแม้ว่าจะมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นและมีจำนวนเด็กและเยาวชนลดลง แต่จำนวนประชากรวัยแรงงาน (20-59 ปี) ได้เพิ่มขึ้นจากช่วงปี 2545 - 2552 ในจำนวนที่ไม่ต่างจากจำนวนประชากรโดยรวมที่เพิ่มขึ้นมากนัก (แผนภาพที่ 5.3) ทั้งนี้ภายใต้สมมติฐานว่ากลุ่มวัยแรงงานที่เพิ่มขึ้น มีการเข้าสู่ระบบแรงงานและได้รับความคุ้มครองโดยระบบประกันสังคม คณะผู้วิจัยได้ใช้จำนวนประชากร UC เฉลี่ยจากการคำนวณระหว่างปีงบประมาณ 2550-2551 (46.57 ล้านคน) ในการประมาณการประชากร UC ที่ได้รับงบประมาณค่าใช้จ่ายรายหัวระหว่างปีงบประมาณ 2553-2562 และใช้สมมติฐานอัตราเติบโตค่าใช้จ่ายรายหัวระหว่างปีงบประมาณ 2550 -2551 ในการประมาณการค่าใช้จ่ายรายหัวระหว่างปีงบประมาณ 2553 – 2562 เนื่องจากเป็นข้อมูลหลังจากที่ได้มีการปรับฐานค่าใช้จ่ายรายหัว (ปี 2550) และหลังจากที่ สปสช. เปลี่ยนแปลงวิธีในการประมาณการค่าใช้จ่ายรายหัวที่สำคัญแล้ว สำหรับงบบุคลากรทางการแพทย์จะคำนวณจากผลต่างระหว่างประมาณการงบประมาณค่าใช้จ่ายรายหัวและประมาณการค่าใช้จ่ายบุคลากร ผลการประมาณการงบประมาณค่าใช้จ่ายรายหัวโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระหว่าง ปี 2553 – 2562 ดังปรากฏในตารางที่ 5.16

ตารางที่ 5.14 สัดส่วนของงบบริการทางการแพทย์โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่องบประมาณรายจ่าย

	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552
สัดส่วนงบบริการทางการแพทย์ต่อ งบประมาณรายจ่าย	2.70%	3.05%	2.89%	3.26%	4.00%	4.30%	4.61%	4.39%
งบบริการทางการแพทย์ (ล้านบาท)	22,139	27,138	29,728	35,797	39,667	75,126	76,599	80,598
งบประมาณรายจ่าย (ล้านบาท)	1,023,000	999,900	1,163,500	1,250,000	1,360,000	1,566,200	1,660,000	1,835,000

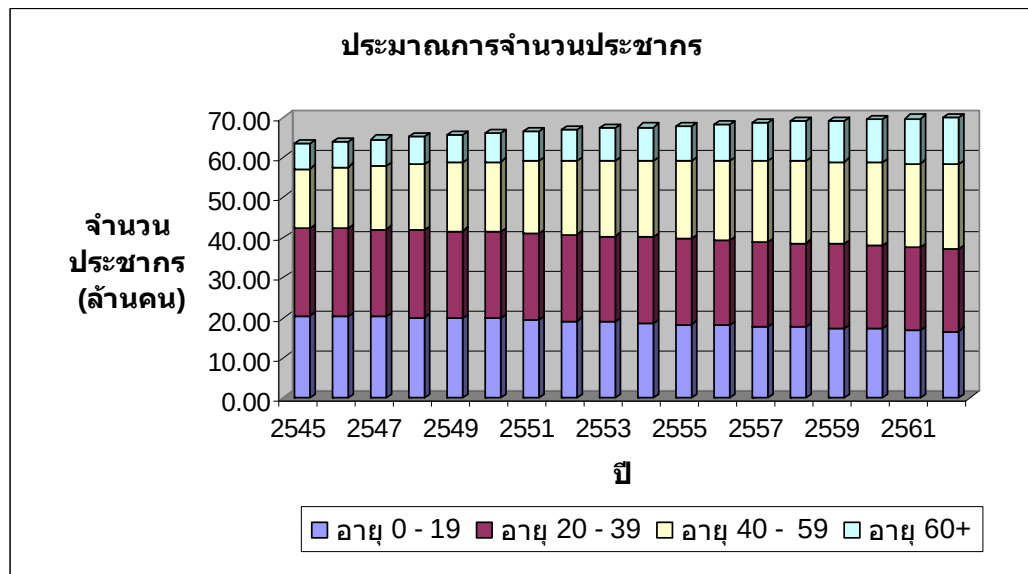
ตารางที่ 5.15 ประมาณการงบบริการทางการแพทย์โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยใช้สมมติฐานงบบริการทางการแพทย์ต่องบประมาณรายจ่าย

	2553	2554	2555	2556	2557	2558	2559	2560	2561	2562
สัดส่วนงบบริการทางการแพทย์ต่อ งบประมาณรายจ่าย	4.60%	4.60%	4.60%	4.60%	4.60%	4.60%	4.60%	4.60%	4.60%	4.60%
งบบริการทางการแพทย์ (ล้านบาท)	88,654	93,085	97,741	102,628	107,666	115,921	124,842	134,491	144,846	156,000
งบประมาณรายจ่าย (ล้านบาท)	1,926,800	2,023,100	2,124,300	2,230,500	2,340,000	2,519,400	2,713,300	2,923,000	3,148,071	3,390,472
งบประมาณโครงการหลักประกันฯ (ล้านบาท)	114,917	119,348	124,004	128,891	133,929	142,184	151,105	160,754	171,109	182,263

ตารางที่ 5.16 ประมาณการงบบริการทางการแพทย์โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยใช้แนวโน้มของข้อมูลค่าใช้จ่ายรายหัวที่สำนักงานประมาณอนุมัติ
และข้อมูลแนวโน้มของประชากร UC

	2553	2554	2555	2556	2557	2558	2559	2560	2561	2562
งบประมาณ (ล้านบาท)	119,508	132,110	146,040	161,439	178,462	197,279	218,081	241,076	266,496	294,597
ค่าใช้จ่ายรายหัว (บาทต่อคน)	2,566	2,837	3,136	3,467	3,832	4,236	4,683	5,177	5,722	6,326
ประชากร UC (ล้านคน)	46.57	46.57	46.57	46.57	46.57	46.57	46.57	46.57	46.57	46.57
งบบริการทางการแพทย์ (ล้านบาท)	93,245	105,847	119,777	135,176	152,199	171,016	191,818	214,813	240,233	268,334

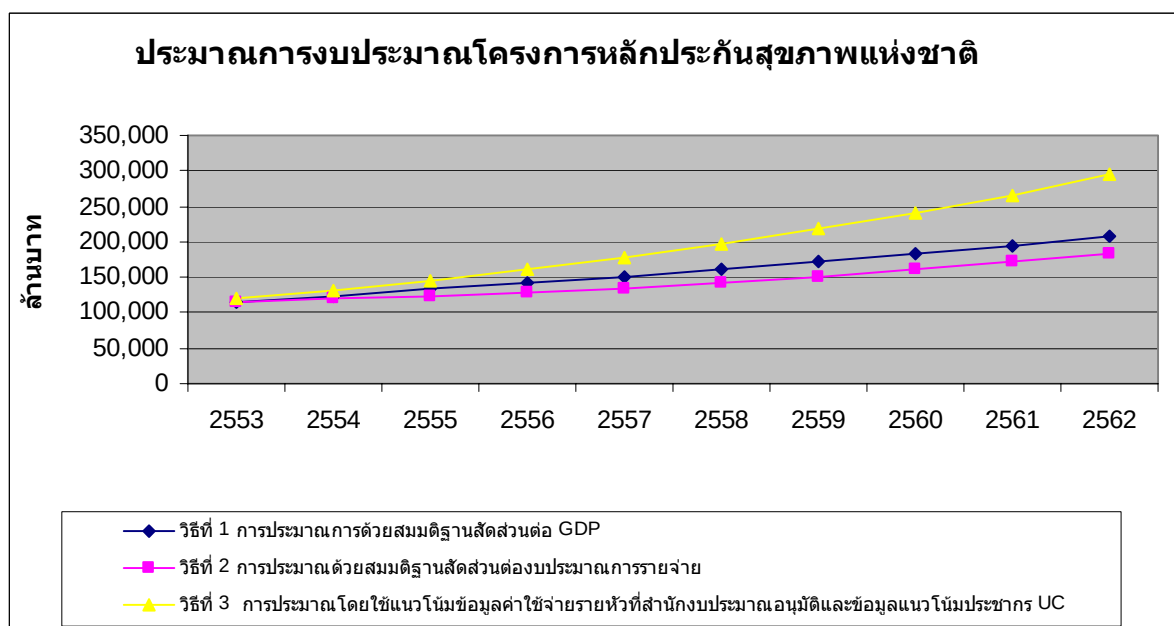
แผนภาพที่ 5.3 ประมาณจำนวนประชากรจำแนกตามช่วงอายุ



ที่มา ประมวลจากประมาณการประชากรทั่วราชอาณาจักรของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

จากผลการประมาณการด้วย 3 วิธี ดังกล่าวข้างต้น พบว่า ประมาณการงบประมาณโครงการฯ ที่ได้จากวิธีที่ 2 การประมาณการงบบริการทางการแพทย์ด้วยสมมติฐานสัดส่วนต่องบประมาณการใช้จ่าย มีจำนวนเงินงบประมาณโครงการฯ น้อยที่สุดตลอดช่วงเวลา 10 ปี และวิธีที่ 3 การประมาณโดยใช้แนวโน้มข้อมูลค่าใช้จ่ายรายหัวที่สำนักงานประมาณอนุมัติและข้อมูลแนวโน้มประชากร UC มีจำนวนเงินงบประมาณโครงการฯ มากที่สุด ดังปรากฏในแผนภาพที่ 5.4 และตารางที่ 5.17

แผนภาพที่ 5.4 ประมาณการงบประมาณโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



ตารางที่ 5.17 ประมาณการงบประมาณที่จะสรรให้โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(ล้านบาท)

วิธีการประมาณการ	2553	2554	2555	2556	2557	2558	2559	2560	2561	2562
วิธีที่ 1 การประมาณการด้วยสมมติฐาน สัดส่วนต่อ GDP	115,726	123,868	132,750	141,268	150,469	160,405	171,137	182,727	195,244	208,762
วิธีที่ 2 การประมาณการด้วยสมมติฐาน สัดส่วนต่องบประมาณการรายจ่าย	114,917	119,348	124,004	128,891	133,929	142,184	151,105	160,754	171,109	182,263
วิธีที่ 3 การประมาณโดยใช้ แนวโน้มข้อมูลค่าใช้จ่ายรายหัว ที่สำนักงานประมาณอนุมัติ และข้อมูลแนวโน้มประชากร UC	119,508	132,110	146,040	161,439	178,462	197,279	218,081	241,076	266,496	294,597

5.4 การประมาณการภาระการคลังที่อาจจะเกิดขึ้น (หรือภาระเสี่ยง) จากโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

จากการศึกษาฐานของคณะผู้วิจัยพบว่า ผู้บริหารและบุคลากรในโรงพยาบาลระดับต่างๆ (ทุติยภูมิและตติยภูมิ) มีความเห็นตรงกันว่า โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นนโยบายที่ดีที่ช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ดีมาก แต่มีปัญหาที่สำคัญได้แก่ การได้รับจัดสรรงบประมาณที่น้อยเกินไป ซึ่งจากลักษณะการจัดสรรงบประมาณของ สปสช. ที่เป็นการจัดสรรเงินให้แก่โรงพยาบาลต่างๆ ที่เข้าร่วมโครงการฯ ตามสัดส่วนของประชากรที่รับผิดชอบ (กรณีผู้ป่วยนอก) และตามปริมาณงาน (กรณีผู้ป่วยในโดยใช้ระบบ DRG) ภายในวงเงินงบประมาณที่ได้รับ ทำให้โรงพยาบาลจะต้องรับผิดชอบต่อส่วนต่างระหว่างค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นจริง และค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับจัดสรรจาก สปสช. และเนื่องจากโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการโดยส่วนใหญ่และที่ขาดทุนเป็นโรงพยาบาลของรัฐ (ตารางที่ 5.18) รัฐบาลจึงหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะได้รับผลกระทบทางอ้อม กล่าวคือต้องเข้ารับภาระหากโรงพยาบาลขาดทุนจำนวนมากจนไม่สามารถรับภาระได้และล้มละลายในที่สุด ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้คณะผู้วิจัยจึงประมาณการภาระเสี่ยงของรัฐบาลอันเนื่องมาจากโครงการหลักประกันสุขภาพ โดยใช้ส่วนต่างระหว่างเงินงบประมาณที่กองทุนได้รับและเงินงบประมาณที่ สปสช. ขอรับ ซึ่งคำนวณจากต้นทุนของการบริการและจำนวนผู้เข้ารับบริการ หรืออีกนัยหนึ่งความต้องการทางการเงินการคลัง (Fiscal Need) ของโครงการ เป็นตัวแทน (Proxy) ของภาระเสี่ยงที่รัฐบาลอาจต้องรับภาระอันเนื่องมาจากความล้มเหลวของระบบสาธารณสุขจากโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ในการคำนวณภาระเสี่ยงของรัฐบาล คณะผู้วิจัยได้ทำการประมาณการค่าใช้จ่ายรายหัวที่ สปสช. เสนอขอภายใต้สมมติฐานอัตราการเติบโตของค่าใช้จ่ายรายหัวร้อยละ 8.30 บนพื้นฐานของอัตราการเติบโตระหว่าง ปีงบประมาณ 2551 – 2552 (ร้อยละ 8.30) และประมาณการประชากร UC จากข้อมูลประมาณการประชากรของสำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ภายใต้สมมติฐานสัดส่วนประชากร UC ต่อ ประชากรอยู่ที่ร้อยละ 70 โดยอ้างอิงข้อมูลระหว่างปี 2550 – 2551 และคำนวณความต้องการทางการเงินการคลัง (Fiscal Need) ของโครงการฯ (ตาราง 5.19) จากนั้นจึงนำมาเปรียบเทียบกับจำนวนเงินงบประมาณของโครงการฯ ที่คาดว่าจะได้รับจัดสรรในแต่ละปีงบประมาณ (แผนภาพที่ 5.5)

สำหรับข้อมูลงบประมาณที่กองทุนได้รับแบ่งเป็น 2 ส่วนได้แก่ ส่วนของค่าใช้จ่ายบุคลากร ซึ่งจะคำนวณโดยใช้ค่าเฉลี่ยย้อนหลัง 5 ปี ระหว่างปีงบประมาณ 2547- 2551 (26,263 ล้านบาท) และส่วนของงบบริการทางการแพทย์ ที่ประมาณการด้วย 3 วิธี ดังกล่าวข้างต้น ซึ่งคณะผู้วิจัยได้เลือกใช้ข้อมูลจากการประมาณการด้วยวิธีที่ 1 เป็นตัวแทนจากการประมาณการทั้ง 3 วิธี เนื่องจากสัดส่วนงบบริการทางการแพทย์ต่อ GDP ก่อนช่วงที่เมื่อเทียบกับสัดส่วนงบบริการทางการแพทย์ต้องประมาณรายจ่าย และยังเป็นข้อมูลที่มีค่าอยู่ระหว่างวิธีที่ 2 และ 3 โดยผลการประมาณการภาระเสี่ยงของรัฐบาลจากโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับแต่ละปีระหว่าง ปี 2553 – 2562 ดังปรากฏในตารางที่ 5.20

แต่อย่างไรก็ดี หากเกิดปัญหาการขาดทุนของโรงพยาบาลจกรัฐบาลจะต้องรับภาระจำนวนภาระเสี่ยงที่รัฐบาลจะต้องรับภาระนั้นจะไม่ใช้ส่วนต่างของเงินงบประมาณที่ขอและได้รับของปี

นั้นๆ แต่จะเป็นยอดสะสมของส่วนต่างหรือการขาดทุนสะสมในปีที่ผ่านมา เช่น ภายใต้อสมมติฐานว่าระบบสาธารณสุขเริ่มขาดทุนสะสมตั้งแต่ปี 2553 และภายใน 10 ปี ประสบวิกฤติความล้มเหลวของระบบสาธารณสุข จะทำให้รัฐบาลจะต้องเข้ารับการเสี่ยงที่เกิดขึ้นจำนวน 196,159 ล้านบาท ในปี 2562 เป็นต้น

**ตารางที่ 5.18 จำนวนหน่วยบริการคู่สัญญาในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ปีงบประมาณ 2545-2549 (มกราคม)**

(แห่ง)

ประเภทหน่วยบริการ	2545	2546	2547	2548	2549
สถานพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงฯ	817	814	813	819	822
สถานพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงฯ	21	8	5	6	5
สถานพยาบาลภาครัฐนอกกระทรวงสาธารณสุข	69	71	72	72	72
สถานพยาบาลเอกชน	95	85	71	63	60
กาชาด	5	3	2	2	2
คลินิกชุมชนอบอุ่น (กระทรวงสาธารณสุข)	-	-	3	3	4
คลินิกชุมชนอบอุ่น (นอกสังกัด กระทรวงสาธารณสุข)	-	-	40	40	46
คลินิกชุมชนอบอุ่น (เอกชน)	-	-	89	105	115
รวมทั้งหมด	1,007	981	1,095	1,110	1,146

ที่มา : สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ณ มกราคม 2549)

จาก : รายงานแนวทางการจัดสรรงบดำเนินการ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถานพยาบาล

ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมูลนิธิสถาบันวิจัยนโยบายเศรษฐกิจการคลัง (2549) หน้าที่ 8

ตารางที่ 5.19 จำนวนเงินงบประมาณที่โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องการ

(ล้านบาท)

	2553	2554	2555	2556	2557	2558	2559	2560	2561	2562
ค่าใช้จ่ายรายหัวที่ สปสช. เสนอขอ (บาทต่อคน)	2,509.88	2,718.25	2,943.92	3,188.33	3,453.02	3,739.70	4,050.17	4,386.42	4,750.58	5,144.97
ประชากร (อ้างอิงภาคผนวก 5)	67.31	67.60	67.91	68.25	68.61	68.98	69.22	69.46	69.68	69.89
ประชากร UC ตาม พรบ. (ล้านคน)	47.12	47.32	47.54	47.78	48.03	48.29	48.46	48.62	48.78	48.93
จำนวนเงินงบประมาณที่โครงการต้องการ	118,263	128,621	139,948	152,325	165,838	180,574	196,254	213,261	231,710	251,720

สมมติฐาน

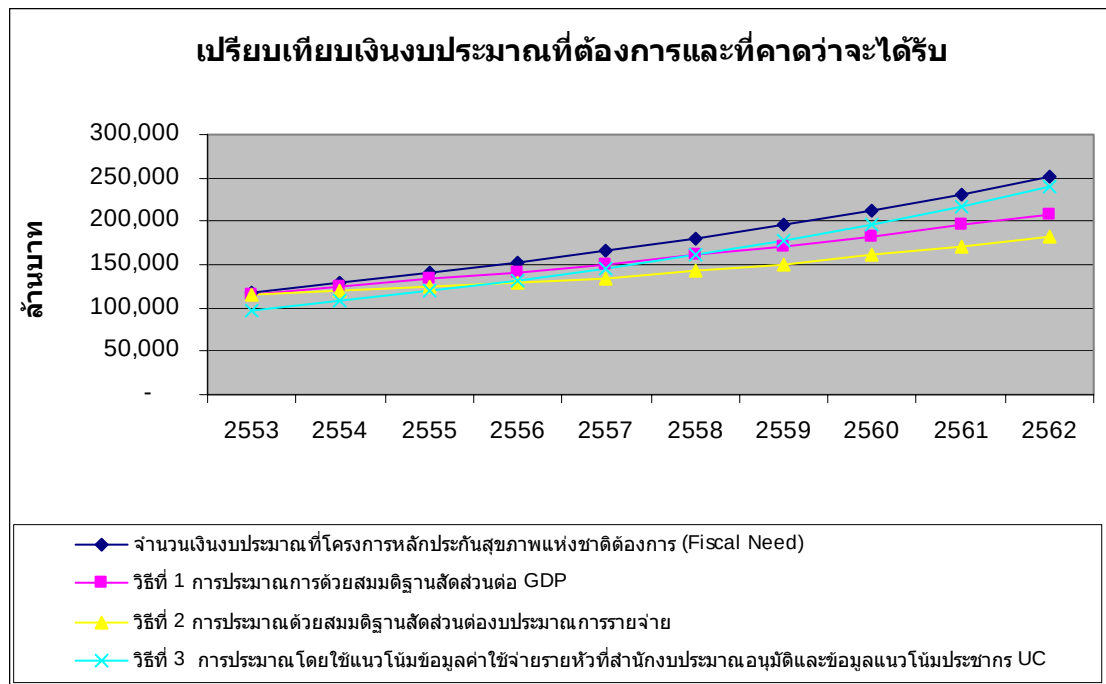
- อัตราการเติบโตของค่าใช้จ่ายรายหัวที่ สปสช. เสนอขอ ประมาณการด้วยอัตราเติบโตของค่าใช้จ่ายรายหัวที่ สปสช. เสนอขอระหว่างปีงบประมาณ 2551 – 2552 (ร้อยละ 8.30)
- สัดส่วนประชากร UC ต่อ ประชากรอยู่ที่ร้อยละ 70 (อ้างอิงข้อมูลระหว่างปี 2550 – 2551)

ตารางที่ 5.20 ภาระเสี่ยงจากโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(ล้านบาท)

	2553	2554	2555	2556	2557	2558	2559	2560	2561	2562
จำนวนเงินงบประมาณที่โครงการต้องการ	118,263	128,621	139,948	152,325	165,838	180,574	196,254	213,261	231,710	251,720
จำนวนเงินงบประมาณที่คาดว่าจะได้รับ (วิธีที่ 1)	115,726	123,868	132,750	141,268	150,469	160,405	171,137	182,727	195,244	208,762
ภาระเสี่ยง (ล้านบาท)	2,537	4,754	7,199	11,057	15,369	20,168	25,117	30,535	36,466	42,958

แผนภาพที่ 5.5 การเปรียบเทียบเงินงบประมาณที่ต้องการและที่คาดว่าจะได้รับ



เนื่องจากข้อจำกัดด้านข้อมูลในการประเมินภาระขาดทุนจากโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของโรงพยาบาลรัฐและข้อมูลสถานะทางการเงินของโรงพยาบาลดังกล่าว โดยจากการศึกษาฐานพบว่า มีโรงพยาบาลเพียงบางแห่งที่มีการแยกบัญชีสำหรับการรักษาผู้ป่วยในโครงการฯ คณะผู้วิจัยจึงไม่สามารถประเมินภาระเสี่ยงที่แท้จริงได้ เพราะหากโรงพยาบาลที่ต้องรับภาระจากการขาดทุนอื่นเนื่องมาจากโครงการฯ มีรายได้จากการรักษาพยาบาลปกติ รายได้จากเงินบริจาค หรือรายได้อื่นที่มากพอ เช่น โรงพยาบาลราชวิถี เป็นต้น วิกฤตทางการเงินของโรงพยาบาลอาจจะไม่เกิด หรืออาจจะสามารถชะลอออกไปได้ยาวนานกว่าสมมติฐานของคณะผู้วิจัย แต่อย่างไรก็ดี การประมาณการภายใต้สมมติฐานที่คณะผู้วิจัยเสนอ มีวัตถุประสงค์เพื่อประมาณการภาระเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากโครงการฯ (เป็นตัวเลข) โดยไม่ได้มีการคำนึงถึงรายได้อื่นของโรงพยาบาลที่จะมาชดเชยภาระขาดทุนจากโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

บทที่ 6

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ในบทที่ 6 นี้จะประกอบไปด้วย สรุปผลการประมาณการภาระทางการคลัง ซึ่งเป็นการศึกษาภาระทางการคลังจากการให้สวัสดิการทางสังคมของรัฐบาลในโครงการประกันสังคมและโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และการให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับบริหารความเสี่ยงทางการคลังที่อาจจะเกิดขึ้นจากโครงการทั้งสอง โดยมีสาระสำคัญดังนี้

6.1 สรุปผลการศึกษาภาระทางการคลังจากโครงการประกันสังคมและโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

6.1.1 สรุปผลการศึกษาภาระทางการคลังจากโครงการประกันสังคม

โครงการประกันสังคมเป็นมาตรการที่สำคัญของรัฐบาล ในการเป็นกลไกหลักในการสร้างหลักประกันและคุ้มครองความเป็นอยู่ของประชาชนและแรงงาน โดยใช้หลักการมีส่วนร่วม การพึ่งตนเอง และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งในการดำเนินการดังกล่าว รัฐบาลจะต้องใช้จ่ายเงินจากงบประมาณแผ่นดินเพื่อสนับสนุนการดำเนินการของโครงการ อันได้แก่ การจ่ายเงินสทบเข้ากองทุนประกันสังคม ซึ่งแบ่งเป็น 3 กองทุนย่อยตามรูปแบบการจ่ายผลประโยชน์ ได้แก่ กองทุน 4 กรณี (เจ็บป่วย ทุพพลภาพ คลอดบุตร และตาย) กองทุน 2 กรณี (ชราภาพและสงเคราะห์บุตร) และกองทุนกรณีว่างงาน

อย่างไรก็ดี แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุในอนาคต และรูปแบบบางประการของกองทุนประกันสังคม เช่น การจ่ายผลประโยชน์โดยขาดความสัมพันธ์กับรายรับ และวิธีการลงทุนที่เน้นความมั่นคงเป็นหลัก ส่งผลให้กองทุนประกันสังคมอาจจะต้องเผชิญกับความเสี่ยงทางการเงินในอนาคต โดยเฉพาะในส่วนของกองทุน 2 กรณี ซึ่งมีส่วนที่จะต้องจ่ายเงินบำนาญให้กับสมาชิกที่เกษียณอายุ เห็นได้จากผลการศึกษาของหลายหน่วยงาน ทั้งจากภายในและต่างประเทศ ซึ่งในกรณีที่กองทุนประกันสังคมประสบปัญหาทางการเงินจริง รัฐบาลจะต้องเข้ารับการระดมเงินในการจ่ายผลประโยชน์ทดแทนให้กับสมาชิกกองทุนแทน ตามที่กฎหมายประกันสังคมกำหนดไว้

การศึกษาภาระทางการคลังที่จะเกิดขึ้นจากกองทุนประกันสังคมในครั้งนี้อาศัยกรอบความเสี่ยงการงบประมาณ หรือ FPO Applied Fiscal Risk Matrix ซึ่งในส่วนของกองทุนประกันสังคมจะมีความเสี่ยงในลักษณะภาระการคลังที่แน่นอน (Direct Liability) ซึ่งเป็นภาระที่เกิดจากการที่รัฐบาลมีหน้าที่ตามกฎหมายในการจ่ายเงินสทบเข้ากองทุนให้กับผู้ประกันตนทุกเดือน ในอัตราร้อยละ 2.75 ของเงินเดือน และภาระการคลังที่อาจจะเกิดขึ้น (Contingent Liability) ซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อกองทุนประกันสังคมมีเงินกองทุนไม่เพียงพอสำหรับการจ่ายผลประโยชน์ทดแทนให้แก่ผู้ประกันตน และรัฐบาลจะต้องแบกรับภาระรายจ่ายส่วนที่เกินดังกล่าวแทนกองทุนประกันสังคม

ผลจากการศึกษาด้านภาระทางการเงินในแต่ละแบบ จากการใช้แบบจำลองการประมาณการจำนวนประชากรและแรงงาน พบว่าภาระทางการเงินที่แน่นอน ซึ่งเกิดขึ้นจากการจ่ายเงินสมทบของรัฐบาล จะเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ตามจำนวนประชากรและแรงงานที่เพิ่มขึ้นในแต่ละปี โดยภาระทางการเงินในส่วนนี้จะเพิ่มสูงขึ้นจาก 23,473 ล้านบาทในปี 2551 เป็นประมาณ 62,604 ล้านบาทต่อปีในปี 2649 หรือในปีที่ 100 ของการประมาณการ

ในขณะที่ภาระการคลังที่อาจจะเกิดขึ้น จะเกิดขึ้นเฉพาะในกรณีของกองทุน 2 กรณี โดยที่กองทุน 4 กรณี และกรณีว่างงานคาดว่าจะไม่ประสบปัญหาทางการเงินในอนาคต ทั้งนี้ รัฐบาลจะเริ่มมีภาระการคลังที่อาจจะเกิดขึ้นปีแรกในปี 2586 ซึ่งเป็นปีแรกที่กองทุนมีเงินไม่พอจ่ายผลประโยชน์ให้กับสมาชิก โดยรัฐบาลมีภาระที่จะต้องจ่ายเงินงบประมาณจำนวน 66,338 ล้านบาท และเพิ่มสูงขึ้นต่อไปเรื่อยๆ หากรัฐบาลตัดสินใจที่จะแบกรับภาระนี้ต่อไปโดยไม่ปรับปรุงรูปแบบกองทุน

6.1.2 สรุปผลการศึกษาด้านภาระทางการเงินจากโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นโครงการสำคัญตามนโยบายของรัฐบาล ที่มุ่งเน้นการเพิ่มมาตรฐานชีวิตด้านสาธารณสุขที่ดีทางของประชาชน โดยมีเป้าหมายเพื่อเปิดโอกาสให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ซึ่งคณะผู้วิจัยพบว่าโครงการฯ สามารถบรรลุเป้าหมายได้อย่างดียิ่ง แต่อย่างไรก็ดีจากการศึกษาเอกสารและการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์พบว่า การดำเนินงานโครงการฯ ได้ก่อให้เกิดปัญหาด้านการเงินแก่โรงพยาบาลของรัฐที่เข้าร่วมโครงการ เนื่องจากโรงพยาบาลได้รับการจัดสรรเงินสำหรับการให้บริการรักษาพยาบาลที่ไม่เพียงพอ ซึ่งมีสาเหตุหลักมาจากการจัดสรรงบประมาณที่น้อยกว่าความต้องการด้านการเงินของโครงการฯ และลักษณะของการจัดสรรเงินงบประมาณ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดสรรค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยใน ที่เป็นการจัดสรรเงินที่มีอยู่อย่างจำกัดให้แก่โรงพยาบาลตามสัดส่วนของปริมาณงานที่โรงพยาบาลทำเทียบกับการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นทั้งหมดในเดือนนั้นๆ ซึ่งการจัดสรรด้วยวิธีดังกล่าวทำให้การรักษาโรคหนึ่งๆ ของโรงพยาบาลเดียวกันได้ค่าตอบแทนที่ไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับว่าในเดือนนั้นๆ มีการรักษาพยาบาลทั้งหมดของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการเท่าใด ถ้ามีมากก็จะได้ค่ารักษาพยาบาลน้อย แต่ถ้ามีน้อยก็จะได้มากขึ้น และจากที่ผ่านมามีโรงพยาบาลมักได้ค่ารักษาพยาบาลที่น้อยและต่ำกว่าราคากลาง จึงเป็นสาเหตุให้หลายโรงพยาบาลขาดทุนจากการเข้าร่วมโครงการฯ

ในการศึกษาเพื่อประเมินภาระทางการเงินจากโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คณะผู้วิจัยได้ศึกษาภายใต้กรอบความเสี่ยงภาระงบประมาณ โดยประมาณการภาระการคลังต่องบประมาณที่แน่นอนและชัดเจน (หรืองบประมาณค่าใช้จ่ายรายหัว) และภาระการคลังที่อาจจะเกิดขึ้น (หรือภาระเสี่ยง) บนพื้นฐานของข้อมูลในอดีต สมมติฐานทางเศรษฐกิจและการคลัง และแนวโน้ม (Trend)

จากการศึกษาข้อมูลงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรในอดีตที่ผ่านมา คณะผู้วิจัยได้ทำการประมาณการงบประมาณที่กองทุนได้รับโดยแบ่งเป็น 2 ส่วนได้แก่

ส่วนที่ 1 ส่วนของค่าใช้จ่ายบุคลากร ซึ่งจะคำนวณโดยใช้อัตราเฉลี่ยย้อนหลัง 5 ปี

ระหว่างปีงบประมาณ 2547 – 2551 (26,263 ล้านบาท) เนื่องจากข้อมูลไม่มีแนวโน้มที่ชัดเจนและเมื่อพิจารณาข้อมูลย้อนหลังตั้งแต่เริ่มโครงการในปี 2545 (ตารางที่ 5.11) พบว่ามีระดับค่อนข้างคงที่ระหว่าง 23,795.80 – 27,639.52 ล้านบาท

ส่วนที่ 2 ส่วนของงบบริการทางการแพทย์ ซึ่งประมาณการด้วย 3 วิธี ดังนี้

วิธีที่ 1 การประมาณการด้วยสมมติฐานสัดส่วนต่อ GDP

วิธีที่ 2 การประมาณด้วยสมมติฐานสัดส่วนต่อวงเงินงบประมาณรายจ่าย

วิธีที่ 3 การประมาณโดยใช้แนวโน้มข้อมูลค่าใช้จ่ายรายหัวที่สำนักงานประมาณ อนุมัติและข้อมูลแนวโน้มประชากร UC

ผลการศึกษาพบว่า การประมาณการด้วยวิธีที่ 2 ที่กำหนดสมมติฐานสัดส่วนต่อวงเงินงบประมาณรายจ่ายมีจำนวนเงินงบประมาณโครงการฯ น้อยที่สุดประมาณ 114,917 – 182,263 ล้านบาท ระหว่างปี 2553 – 2562 และการประมาณการด้วยวิธีที่ 3 โดยใช้แนวโน้มข้อมูลค่าใช้จ่ายรายหัวที่สำนักงานประมาณอนุมัติและข้อมูลแนวโน้มประชากร UC มีจำนวนเงินงบประมาณมากที่สุดประมาณ 119,555 – 294,597 ล้านบาท ระหว่างปี 2553 – 2562 สำหรับการประมาณการด้วยวิธีที่ 1 หรือการประมาณการด้วยสมมติฐานสัดส่วนต่อ GDP นั้น มีผลการประมาณการอยู่ระหว่าง 2 วิธีดังกล่าวข้างต้นได้แก่ 115,726 – 208,762 ล้านบาท ซึ่งคณะผู้วิจัยเห็นว่าการประมาณการด้วยวิธีที่ 1 น่าจะเป็นตัวแทนที่ดีที่สุดของงบประมาณอุดหนุนที่โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับ เนื่องจากสัดส่วนงบบริการทางการแพทย์ต่อ GDP ค่อนข้างคงที่ เมื่อเทียบกับสัดส่วนงบบริการทางการแพทย์ต่องบประมาณรายจ่าย และเมื่อพิจารณาจากจำนวนงบประมาณที่รัฐบาลจัดสรรให้แก่กองทุน (ในส่วนของงบบริการทางการแพทย์) ในปีงบประมาณ 2552 จำนวน 80,598 ล้านบาท พบว่าการประมาณการด้วยวิธีที่ 3 อาจจะเป็นสถานการณ์ที่ดีกว่าปกติ เห็นได้จากงบบริการทางการแพทย์ในปีงบประมาณ 2553 จากการประมาณการด้วยวิธีที่ 3 มีจำนวน 93,245 นั่นคือเพิ่มขึ้นจากปี 2552 ถึงร้อยละ 15.7

ในการประมาณการภาระการคลังที่อาจจะเกิดขึ้น หรือ ภาระเสี่ยง คณะผู้วิจัยคำนวณภาระการคลังที่อาจจะเกิดขึ้นจากส่วนต่างระหว่างความต้องการทางการคลัง (Fiscal Need) และงบประมาณที่คาดว่าจะกองทุนจะได้รับ ภายใต้สมมติฐานว่าการประมาณการค่าใช้จ่ายรายหัวเพื่อของงบประมาณของ สปสช. ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความต้องการทางการคลังของโครงการฯ โดยคณะผู้วิจัยได้ทำการประมาณการค่าใช้จ่ายรายหัวที่ สปสช. เสนอขอ ภายใต้สมมติฐานอัตราการเติบโตของค่าใช้จ่ายรายหัวร้อยละ 8.30 ต่อปี (จากข้อมูลระหว่างปีงบประมาณ 2551 – 2552) และประมาณการจำนวนประชากร UC จากข้อมูลประมาณการประชากรของสำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (ภาคผนวก 5) ภายใต้สมมติฐานสัดส่วนประชากร UC ต่อประชากรทั้งหมดอยู่ที่ร้อยละ 70 ซึ่งอ้างอิงจากข้อมูลอัตราส่วนดังกล่าวระหว่างปี 2550 – 2551 ผลจากการศึกษาพบว่า ภายใต้สมมติฐานที่ว่าประเทศไทยจะประสบวิกฤติจากความล้มเหลวของระบบสาธารณสุขจากโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในอีก 10 ปีข้างหน้า

รัฐบาลจะต้องเข้ารับภาระหรือภาระเสี่ยงจำนวน 196,159 ล้านบาท ในปี 2562 แต่อย่างไรก็ดี ไม่ได้หมายความว่าประเทศไทยจะประสบวิกฤติด้านระบบสาธารณสุขจนรัฐบาลต้องเข้ารับภาระเสี่ยงภายใน 10 ปี เนื่องจากข้อจำกัดด้านข้อมูลที่ใช้ในการประเมินภาระขาดทุนจากโครงการฯ ของโรงพยาบาลรัฐและสถานะทางการเงินของโรงพยาบาลดังกล่าว คณะผู้วิจัยจึงไม่สามารถประเมินภาระเสี่ยงที่แท้จริงได้ ซึ่งหากโรงพยาบาลที่ต้องรับภาระจากการขาดทุนอันเนื่องมาจากโครงการฯ มีรายได้อื่นในจำนวนมากพอที่จะรับภาระการขาดทุนนั้นได้ วิกฤตทางการเงินของโรงพยาบาลอาจจะไม่เกิดขึ้น หรืออาจจะสามารถชะลอออกไปได้ยาวนานกว่าสมมติฐานของคณะผู้วิจัย สำหรับการประมาณการภายใต้สมมติฐานที่คณะผู้วิจัยเสนอนั้น มีวัตถุประสงค์เพื่อประมาณการภาระทางการเงินที่อาจเกิดขึ้นหรือภาระเสี่ยงจากโครงการฯ (ที่เป็นตัวเลข) ของรัฐบาล โดยไม่ได้คำนึงถึงรายได้อื่นของโรงพยาบาลที่สามารถนำมาชดเชยการขาดทุนจากโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เนื่องจากข้อจำกัดด้านข้อมูล

6.1.3 สรุปผลการศึกษาภาระทางการเงินคลัง

จากการวิเคราะห์ภาระทางการเงินคลังจากการให้สวัสดิการทางสังคมของรัฐบาลในโครงการประกันสังคมและโครงการหลักประกันสุขภาพ ตามแหล่งที่มาของภาระทางการเงินคลัง โดยใช้กรอบความเสี่ยงและภาระงบประมาณ (FPO Applied Fiscal Risk Matrix) พบว่าภาระทางการเงินคลังจากโครงการทั้งสองสามารถ จัดเป็นภาระทางการเงินคลังใน Quadrant ที่ 1 - 2 และ 4 ดังปรากฏในตารางที่ 6.1

ตารางที่ 6.1 ภาระการคลังจากโครงการประกันสังคมและโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
จำแนกตามกรอบความเสี่ยงภาระงบประมาณ (FPO Applied Fiscal Risk Matrix)

	ภาระการคลังต้องงบประมาณอย่างแน่นอน (Direct Liabilities to the Budget) ต้องชำระแน่นอนเมื่อถึงกำหนด	ภาระการคลังต้องงบประมาณที่อาจเกิดขึ้น (Contingent Liabilities to the Budget) ต้องชำระหากเหตุการณ์บางอย่างเกิดขึ้น
แบบชัดเจน (Explicit) เป็นภาระตามกฎหมาย สัญญา หรือข้อตกลง	- เงินสมทบฝ่ายรัฐบาลในอัตราร้อยละ 2.75 ของค่าจ้าง ตาม พรบ. ประกันสังคม พ.ศ. 2533 - เงินงบประมาณค่าใช้จ่ายรายหัวที่รัฐบาลจัดสรรให้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	- เงินอุดหนุนหรือเงินอุดหนุนราชการ ในกรณี ที่กองทุนประกันสังคมมีเงินกองทุนไม่พอจ่ายเป็นประโยชน์ทดแทนและค่าใช้จ่ายในบริหารงาน ตาม พรบ. ประกันสังคม พ.ศ. 2533
แบบโดยนัย (Implicit) เป็นภาระโดยหลักจริยธรรม คุณธรรม นอกเหนือจากที่ปรากฏเป็นกฎหมาย หรือข้อตกลงที่อาจผูกมัดกันโดยกลุ่มผลประโยชน์		- ภาระเสี่ยงจากการขาดทุนของโรงพยาบาลของรัฐเนื่องจากการเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

จากตารางที่ 6.1 จะเห็นได้ว่า ภาระทางการคลังใน Quadrant ที่ 1 - 2 และ 4 แบ่งออกเป็น

(1) ภาระการคลังต้องบประมาณอย่างแน่นอนแบบชัดเจน (Explicit Direct Liabilities) ใน Quadrant ที่ 1 ซึ่งประกอบด้วย ภาระการคลังจากโครงการประกันสังคมในส่วนของเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมของฝ่ายรัฐบาล ซึ่งพรบ. ประกันสังคม พ.ศ. 2533 ได้กำหนดอัตราเงินสมทบต่อเดือนอยู่ที่ร้อยละ 2.75 ของค่าจ้าง และภาระการคลังจากโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในส่วนของงบประมาณค่าใช้จ่ายรายหัวที่รัฐบาลจัดสรรให้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(2) ภาระการคลังต้องบประมาณที่อาจจะเกิดขึ้นแบบชัดเจน (Explicit Contingent Liabilities) ใน Quadrant ที่ 2 ซึ่งเป็นภาระเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากโครงการประกันสังคม ในกรณีที่กองทุนประกันสังคมมีเงินกองทุนไม่พอจ่ายเป็นค่าประโยชน์ทดแทนและค่าใช้จ่ายในบริหารงาน ตาม พรบ. ประกันสังคม พ.ศ. 2533

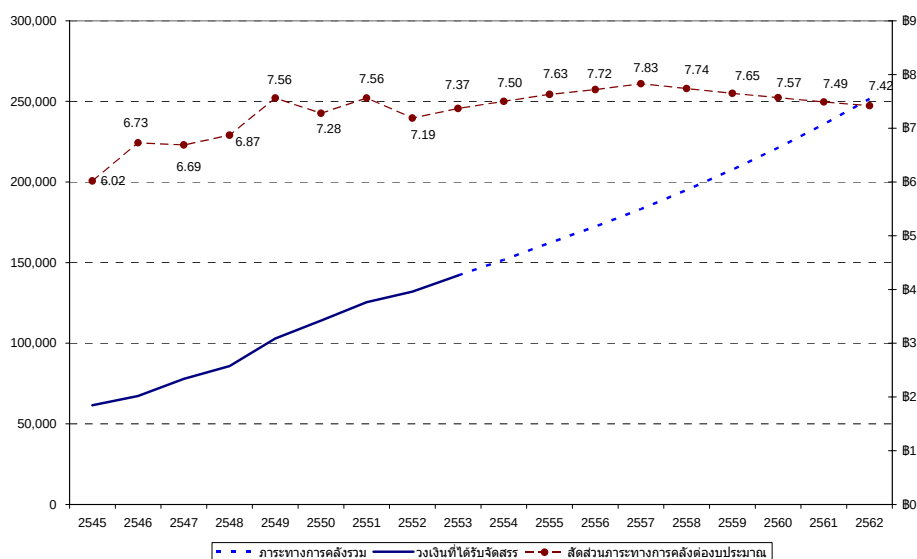
(3) ภาระทางการคลังต้องบประมาณที่อาจจะเกิดขึ้นแบบโดยนัย (Implicit Contingent Liabilities) ใน Quadrant ที่ 4 ซึ่งเป็นภาระเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในกรณีที่รัฐบาลจะต้องเข้าไปรับผิดชอบผลการดำเนินงานขาดทุนของโรงพยาบาลของรัฐที่เข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(1) ภาระการคลังต้องบประมาณอย่างแน่นอนแบบชัดเจน (Explicit Direct Liabilities)

เมื่อพิจารณาถึงการจัดสรรงบประมาณให้แก่กองทุนประกันสังคมและกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงระหว่างปี 2545-2552 (ตารางที่ 6.2) จะเห็นได้ว่า สัดส่วนการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายให้แก่โครงการประกันสังคมและโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องบประมาณรายจ่ายประจำปี มีแนวโน้มสูงขึ้นนับจากปี 2545 (แผนภาพที่ 6.1) โดยมีสัดส่วนอยู่ระหว่างประมาณร้อยละ 6.02 - 7.56

ผลการประมาณการภาระทางการคลังที่แน่นอนแบบชัดเจนจากโครงการประกันสังคมและโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในระยะ 10 ปีข้างหน้า (2553-2562) อยู่ที่ระดับร้อยละ 7.37 – 7.83 ของงบประมาณรายจ่ายประจำปี ดังปรากฏในตารางที่ 6.3 ซึ่งสูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับสัดส่วนต้องบประมาณในปี 2545 ที่ร้อยละ 6.02 และระหว่างปี 2546 – 2548 ที่อยู่ที่ร้อยละ 6.69 – 6.87 และสูงขึ้นเล็กน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับสัดส่วนระหว่างปีงบประมาณ 2549- 2552 ที่ร้อยละ 7.19 – 7.56

แผนภาพที่ 6.1 สัดส่วนภาระทางการคลังต่องบประมาณรายจ่ายประจำปี (ปี2545-2562)



ทั้งนี้ ภาระการคลังรวมที่แน่นอนแบบชัดเจน (Explicit Direct Liabilities) ของทั้งสองโครงการ ในปี 2553 มีจำนวนทั้งสิ้นประมาณ 1.42 แสนล้านบาท ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 7.37 ของงบประมาณรายจ่ายประจำปี โดยภาระทางการคลังดังกล่าวสามารถแบ่งออกเป็น ภาระการคลังจากการจัดสรรงบประมาณค่าใช้จ่ายรายหัวให้แก่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจำนวนประมาณ 1.15 แสนล้านบาท หรือ คิดเป็นร้อยละ 81.5 ของภาระการคลังทั้งหมด และภาระการคลังที่แน่นอนแบบชัดเจน ในส่วนของเงินสมทบที่รัฐบาลจ่ายเข้ากองทุนประกันสังคมจำนวน 2.6 หมื่นล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 18.5 ของภาระการคลังทั้งหมด โดยในระยะ 10 ปีข้างหน้า หรือ ในปี 2562 ภาระการคลังรวมที่แน่นอนแบบชัดเจนของทั้งสองโครงการจะเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 2.51 แสนล้านบาท หรือ เพิ่มขึ้นจากปี 2553 ถึงร้อยละ 77 โดยแบ่งออกเป็นภาระการคลังจากการจัดสรรงบประมาณค่าใช้จ่ายรายหัวให้แก่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจำนวนประมาณ 2.08 แสนล้านบาท และภาระการคลังที่แน่นอนแบบชัดเจน ในส่วนของเงินสมทบที่รัฐบาลจ่ายเข้ากองทุนประกันสังคมจำนวน 4.2 หมื่นล้านบาท

(2) ภาระการคลังที่อาจจะเกิดขึ้นแบบชัดเจน (Explicit Contingent Liabilities)

สำหรับภาระการคลังที่อาจจะเกิดขึ้นแบบชัดเจนจากโครงการประกันสังคมจะเริ่มเกิดขึ้นตั้งแต่ปี 2586 เป็นต้นไป เนื่องมาจากการขาดทุนสะสมอย่างต่อเนื่องของกองทุนประโยชน์ทดแทน 2 กรณี (กรณีสงเคราะห์บุตรและชราภาพ) ตั้งแต่ในปี 2575-2585 ที่เกิดจากโครงสร้างรายจ่ายของกองทุนฯ ที่สูงกว่ารายรับ เนื่องจาก แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุในอนาคต และรูปแบบบางประการของกองทุนประกันสังคม เช่น การจ่ายผลประโยชน์โดยขาดความสัมพันธ์กับรายรับ และวิธีการลงทุนที่เน้นความมั่นคงเป็นหลัก ส่งผลให้กองทุนประโยชน์ทดแทน 2 กรณีมี เงินกองทุนสะสมไม่พอสำหรับการจ่ายค่าประโยชน์ทดแทนทั้งหมด (Full Benefit) และการจ่ายค่าบริหารงานของสำนักงานประกันสังคม

คณะผู้วิจัยได้ทำการประมาณการภาระทางการคลังจากโครงการประกันสังคม ในช่วง 100 ปี (2550-2649) ซึ่งผลจากการประมาณการพบว่า ในปี 2586 รัฐบาลจะมีภาระการคลังที่อาจจะเกิดขึ้นแบบชัดเจนจำนวน 6.6 หมื่นล้านบาท และเมื่อรัฐบาลให้เงินอุดหนุนเท่ากับส่วนขาดของเงินกองทุน ในปีแรกทั้งหมด ในปีถัดไปรัฐบาลจะมีภาระในการให้เงินอุดหนุนเท่ากับผลการขาดทุน ณ ปีนั้นๆ ของ กองทุน 2 กรณี ซึ่งจะทำให้สถานะเงินกองทุนของกองทุน 2 กรณีเป็น 0 หรือไม่มีเงินกองทุนสะสมเลย โดย ในปีที่ 100 ของการประมาณการ หรือ ในปี 2649 รัฐบาลจะมีภาระการคลังที่อาจจะเกิดขึ้นแบบชัดเจน เพิ่มขึ้นเป็น 1.33 ล้านล้านบาท ซึ่งเท่ากับผลการขาดทุน (รายจ่ายสูงกว่ารายรับ) ในปี 2649

(3) ภาระทางการคลังต้องประมาณที่อาจจะเกิดขึ้นแบบโดยนัย (Implicit Contingent Liabilities)

สำหรับโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีภาระทางการคลังที่อาจจะเกิดขึ้นแบบโดยนัย จากการที่รัฐบาลอาจจะต้องอุดหนุนผลการขาดทุนของโรงพยาบาลจากการดำเนินการตาม โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยธรรมจรรยา ซึ่งในการศึกษานี้ใช้ส่วนต่างระหว่างงบประมาณที่ โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องการ (Fiscal Need) และจำนวนงบประมาณที่คาดว่าจะได้รับ จัดสรรงบประมาณ เป็นตัวแทน (Proxy) ของผลขาดทุนของโรงพยาบาล ในปี 2553 คาดว่าจะมีภาระที่ อาจจะเกิดขึ้นจำนวนประมาณ 2.5 พันล้านบาท ซึ่งการประมาณการดังกล่าวอยู่ภายใต้สมมติฐานที่ว่าหาก ประเทศไทยประสบวิกฤติจากความล้มเหลวของระบบสาธารณสุขจากโครงการหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ แต่อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลอาจจะไม่ประสบภาวะขาดทุนก็ได้ หากสามารถจัดหารายได้อื่นมา ชดเชย เช่น รายได้จากการรักษาพยาบาลปกติ รายได้จากเงินบริจาค หรือรายได้อื่นที่มากพอที่จะรับภาระ การขาดทุนนั้นได้

ตารางที่ 6.2 การจัดสรรงบประมาณในโครงการประกันสังคมและโครงการหลักประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ 2545-2552

ล้านบาท

หน่วยรับงบประมาณ	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552
โครงการประกันสังคม	8,212	9,464	9,667	14,279	14,952	21,175	21,590	22,798
โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	51,408	56,091	61,212	67,483	82,023	91,367	101,984	106,861
รวมวงเงินที่จัดสรรงบประมาณ	61,551	67,341	77,881	85,834	102,882	114,064	125,457	131,929
งบประมาณรายจ่ายประจำปี (ล้านบาท)	1,023,000	999,900	1,163,500	1,250,000	1,360,000	1,566,200	1,660,000	1,835,000
สัดส่วนเงินที่ได้รับจัดสรรต่องบประมาณรายจ่าย (ร้อยละ)	6.02	6.73	6.69	6.87	7.56	7.28	7.56	7.19

ที่มา : งบประมาณโดยสังเขป ประจำปีงบประมาณ 2545-2552

ตารางที่ 6.3 ประมาณการภาระทางการคลังที่แน่นอนและชัดเจนจากกองทุนประกันสังคมและกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระหว่างปี 2553-2562

ล้านบาท

ที่มาของภาระทางการคลัง	2553	2554	2555	2556	2557	2558	2559	2560	2561	2562
โครงการประกันสังคม	26,345	27,835	29,388	31,031	32,743	34,569	36,477	38,492	40,613	42,845
โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	115,726	123,868	132,750	141,268	150,469	160,405	171,137	182,727	195,244	208,762
รวมภาระทางการคลัง	142,071	151,703	162,138	172,299	183,212	194,974	207,614	221,219	235,857	251,607
ประมาณการงบประมาณรายจ่าย	1,926,800	2,023,100	2,124,300	2,230,500	2,340,000	2,519,400	2,713,300	2,923,000	3,148,071	3,390,472
สัดส่วนภาระทางการคลังต่องบประมาณรายจ่าย	7.37	7.50	7.63	7.72	7.83	7.74	7.65	7.57	7.49	7.42

หมายเหตุ : 1. การจ่ายเงินสบทบฝ่ายรัฐบาล ให้แก่กองทุนประกันสังคมในอัตราร้อยละ 2.75 ของค่าจ้าง

2 ประมาณการเงินค่าใช้จ่ายรายหัวที่รัฐบาลจัดสรรให้ สปสช. เพื่อนำไปใช้จ่ายในโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (วิธีที่ 1 กำหนดสมมติฐานสัดส่วนต่อ GDP)

6.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากการศึกษาภาระทางการคลัง

6.2.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากการศึกษาภาระทางการคลังจากโครงการประกันสังคม

จากการประเมินภาระทางการคลังจากกองทุนประกันสังคม ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็นภาระการคลังที่แน่นอนแบบชัดเจน จากการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนให้กับผู้ประกันตนตามอัตราที่กฎหมายกำหนด กับภาระการคลังที่อาจจะเกิดขึ้นแบบชัดเจน จากการที่รัฐบาลจะต้องเข้าไปรับภาระการจ่ายผลประโยชน์กรณีต่างๆ แทนกองทุน ในกรณีที่กองทุนประกันสังคมประสบปัญหาทางการเงิน จะเห็นได้ว่าในส่วนของภาระจากการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนให้กับลูกจ้างจะไม่ใช่ปัญหาต่อภาระทางการคลังในอนาคตมากนัก เนื่องจากเป็นภาระที่รัฐบาลสามารถคาดการณ์จำนวนและระยะเวลาในการจ่ายที่แน่นอนได้ ในขณะที่ภาระจากการช่วยเหลือกองทุนประกันสังคมในกรณีที่ประสบปัญหาทางการเงิน โดยเฉพาะในส่วนของกองทุนกรณีสงเคราะห์บุตรและชราภาพ จะเป็นปัญหาทางการคลังที่สำคัญในอนาคตหากไม่มีการดำเนินการใดๆ เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการปรับปรุงกองทุนประกันสังคม กรณีสงเคราะห์บุตรและชราภาพ เพื่อให้มีความมั่นคงทางการเงิน โดยเมื่อพิจารณาถึงปัญหาของรูปแบบกองทุนประกันสังคมในปัจจุบัน จะพบว่ามีความเลือกในการดำเนินการที่สำคัญ ได้แก่

1. การเพิ่มอัตราเงินสมทบของกองทุน โดยอัตราเงินสมทบของกองทุน 2 กรณีตามกฎหมายในปัจจุบันเท่ากับ ลูกจ้าง-นายจ้าง ฝ่ายละร้อยละ 3 และรัฐบาลจ่ายเงินสมทบในอัตราร้อยละ 1 ของเงินเดือน การเพิ่มอัตราเงินสมทบนี้จะช่วยให้กองทุนมีรายรับสูงขึ้น และเพิ่มความสัมพันธ์ระหว่างเงินสมทบและเงินผลประโยชน์ของกองทุนให้มีความใกล้เคียงกันมากขึ้น โดยจากผลการศึกษาที่ได้กล่าวมาแล้วพบว่า จำเป็นต้องมีการปรับเพิ่มอัตราเงินสมทบรวมจาก 3 ฝ่ายถึงร้อยละ 24 เพื่อให้กองทุนประกันสังคมมีความยั่งยืนทางการเงินตลอดการประมาณการ อย่างไรก็ตาม ในการพิจารณาดำเนินการดังกล่าว จะต้องคำนึงถึงสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจและสังคมด้วย เนื่องจากการปรับเพิ่มอัตราเงินสมทบอาจส่งผลให้ภาระในการดำรงชีพของแรงงานในปัจจุบันเพิ่มสูงขึ้น จึงจำเป็นต้องพิจารณาถึงระดับการเพิ่มอัตราเงินสมทบที่เหมาะสม ซึ่งอาจใช้การปรับเพิ่มอัตราเงินสมทบตามช่วงเวลา (Scale Premium) ก็จะช่วยลดภาระของนายจ้าง-ลูกจ้าง ได้มากกว่าการปรับเพิ่มครั้งเดียว

2. การเพิ่มเพดานเงินเดือนในการคิดอัตราเงินสมทบ เพื่อจ่ายเข้ากองทุนประกันสังคม ซึ่งปัจจุบันกำหนดไว้ที่ 15,000 บาทต่อเดือน เพื่อเป็นการจำกัดภาระในการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุน อย่างไรก็ตาม การกำหนดเพดานเงินเดือนที่ 15,000 บาทนี้ อาจขาดความเหมาะสมในอนาคต เมื่ออัตราเงินเพื่อหรืออัตราการเพิ่มของเงินเดือนเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ในอนาคต ทั้งนี้ การปรับเพิ่มเพดานเงินเดือนนี้จะช่วยให้กองทุนสามารถเก็บเงินสมทบได้สูงขึ้นและสามารถจ่ายผลประโยชน์กรณีชราภาพในอัตราที่สูงขึ้นด้วย ทั้งนี้ การเพิ่มเพดานดังกล่าว อาจกำหนดให้มีการปรับเพิ่มเป็นขั้นบันได หรือกำหนดให้มีการปรับเพิ่ม

อัตราเงินเฟ้อ หรืออัตราการเพิ่มของค่าจ้าง เป็นต้น เพื่อให้เพดานเงินเดือนในการคำนวณเงินสมทบมีความสอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจในขณะนั้น

3. การปรับปรุงแนวทางการลงทุนของกองทุนประกันสังคม เนื่องจากกรอบการลงทุนของกองทุนประกันสังคมในปัจจุบันกำหนดให้กองทุนลงทุนในสินทรัพย์ที่มีความเสี่ยงสูงได้ไม่เกินร้อยละ 40 ของเงินลงทุน และลงทุนในสินทรัพย์ที่มีความเสี่ยงต่ำไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 แต่ในทางปฏิบัติแล้วเนื่องจากกองทุนประกันสังคมมีภาระในการจ่ายเงินผลประโยชน์ให้แก่สมาชิกตามอัตราที่กำหนดไว้ล่วงหน้า รวมทั้งรัฐบาลยังมีการใช้เงินผลประโยชน์ดังกล่าวแก่สมาชิกกองทุนหากกองทุนประสบปัญหาทางการเงิน การลงทุนของกองทุนจึงเน้นการลงทุนที่มีความเสี่ยงต่ำ ซึ่งส่งผลให้ผลตอบแทนจากการลงทุนอยู่ในระดับที่ต่ำด้วย ทั้งนี้ หากมีการปรับปรุงรูปแบบการลงทุนของกองทุนให้ลงทุนในสินทรัพย์ที่มีผลตอบแทนสูงมากขึ้น โดยอยู่ภายใต้การบริหารจัดการของมืออาชีพ ก็จะสามารถบรรเทาปัญหาด้านการเงินของกองทุนในระยะยาวได้

การปรับปรุงแนวทางการลงทุนของกองทุนประกันสังคมนี้ ผลกระทบหนึ่งที่สำคัญที่จะเกิดขึ้นนอกจากการสร้างความยั่งยืนให้กับกองทุน ก็คือการเพิ่มบทบาทของกองทุนประกันสังคมในฐานะผู้ลงทุนระยะยาวประเภทสถาบัน ทั้งในตลาดหนี้และตลาดทุน ซึ่งจะส่งผลให้ปริมาณการลงทุนในระยะยาวของประเทศเพิ่มสูงขึ้น อันเป็นส่วนสำคัญต่อการพัฒนาตลาดหนี้และตลาดทุน ทั้งยังเป็นการสร้างเสถียรภาพและลดความผันผวนให้กับตลาดทั้งสอง

นอกจากนี้ การปรับปรุงการลงทุนระบบประกันสังคมยังส่งผลต่อระดับการลงทุนของประเทศ เนื่องจากตลาดตราสารต่าง ๆ เป็นเสมือนสื่อกลางที่มีประสิทธิภาพในการนำเงินออมไปสู่การลงทุนในภาคเศรษฐกิจจริงของประเทศ ซึ่งจะช่วยเพิ่มเงินลงทุนระยะยาว และช่วยในการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศต่อไป

ทั้งนี้ การดำเนินการปรับปรุงรูปแบบกองทุนประกันสังคมตามข้อเสนอข้างต้น รัฐบาลไม่จำเป็นต้องเลือกดำเนินการเพียงทางใดทางหนึ่ง โดยอาจใช้มาตรการต่าง ๆ ไปพร้อม ๆ กัน เพื่อเป็นการลดขนาดของผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับแรงงาน โดยต้องพิจารณาถึงสภาพสังคมและเศรษฐกิจในขณะนั้นไปพร้อมกัน เช่น การปรับปรุงรูปแบบการลงทุนให้เป็นไปตามเพดานที่กฎหมายกำหนด (ลงทุนในสินทรัพย์ที่มีความมั่นคงร้อยละ 60 และสินทรัพย์ที่มีความเสี่ยงร้อยละ 40) ซึ่งจะช่วยลดภาระการปรับเพิ่มอัตราเงินสมทบรวม 3 ฝ่าย เหลือร้อยละ 20 จากกรณีการปรับเพิ่มอัตราเงินสมทบอย่างเดียว โดยไม่ปรับปรุงรูปแบบการลงทุน ซึ่งจะต้องมีการปรับเพิ่มอัตราเงินสมทบรวม 3 ฝ่ายถึงร้อยละ 24

4. การกำหนดให้สำนักงานประกันสังคม ซึ่งเป็นผู้บริหารจัดการกองทุนประกันสังคม ทำการประมาณการสถานะทางการเงินของกองทุนประกันสังคมในอนาคต โดยใช้หลักทางด้านคณิตศาสตร์ประกันภัย (Actuary) ตามระยะเวลาที่กำหนด เพื่อให้มีการทบทวนความเหมาะสมของรูปแบบกองทุน และ

เป็นการประมาณการภาระที่กองทุนประกันสังคมจะต้องจ่ายให้กับสมาชิกในอนาคต ซึ่งจะเป็นการช่วยให้รัฐบาลสามารถดำเนินการปรับปรุงแก้ไขกองทุนประกันสังคมให้มีความยั่งยืนทางการเงินในระยะยาวได้ทันเวลา และเป็นการลดภาระการคลังที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตต่อไป

นอกจากแนวทางในส่วนของการปรับเพิ่มอัตราเงินสมทบ และปรับปรุงรูปแบบการลงทุนแล้ว ยังมีแนวทางอื่นๆ ที่งานศึกษาในช่วงที่ผ่านมาได้ทำการเสนอแนะไว้ ซึ่งจะเป็นแนวทางที่ช่วยเสริมสร้างความแข็งแกร่งให้กับสถานะทางการเงินของกองทุนประกันสังคมเช่นกัน โดยแนวทางเหล่านี้ได้แก่ การปรับเพิ่มเพดานเงินเดือนในการคำนวณเงินสมทบ การปรับเพิ่มอายุเกษียณของแรงงาน การแยกระบบบัญชีของกองทุนประกันสังคม กรณีชราภาพ และการกำหนดให้สำนักงานประกันสังคม ทำการประมาณการสถานะทางการเงินของกองทุนประกันสังคมในอนาคต

6.2.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากการศึกษาภาระทางการคลังจากโครงการ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

จากการประเมินภาระทางการคลังจากโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดังกล่าวข้างต้นพบว่าสามารถจำแนกภาระทางการคลังจากโครงการฯ ได้เป็น 2 ส่วน ได้แก่ ภาระการคลังต้องงบประมาณที่แน่นอนและชัดเจนหรืองบประมาณสำหรับค่าใช้จ่ายรายหัวของโครงการ และภาระการคลังที่อาจจะเกิดขึ้นหรือภาระเสี่ยงจากการขาดทุนของโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากการจัดสรรงบประมาณที่ไม่เพียงพอ ซึ่งคณะผู้วิจัยสามารถประมวลสาเหตุหลักๆ ของปัญหาจากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษาดูงาน ดังนี้

1. การจัดสรรงบประมาณที่น้อยกว่ารายจ่ายที่เกิดขึ้นจริง ถึงแม้ว่ากองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะมีแหล่งรายได้ถึง 8 แห่ง ตาม พรบ. ของกองทุนฯ แต่ในความเป็นจริงกองทุนฯ มีรายได้จากแหล่งเงินงบประมาณเท่านั้น ซึ่งงบประมาณแผ่นดินของรัฐบาลในแต่ละปีก็มีจำกัดและจำเป็นต้องใช้จ่ายสำหรับรายจ่ายประจำอื่นๆ (เช่น ค่าใช้จ่ายบุคลากรและรายจ่ายค่าดำเนินงานต่างๆ) และรายจ่ายลงทุนสำหรับการพัฒนาประเทศ ดังนั้น จึงหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่งบประมาณรายจ่ายที่จัดสรรสำหรับโครงการฯ จะมีจำกัด

2. ปัญหาการลาออกของบุคลากรทางการแพทย์ จากการที่โครงการฯ บรรลุเป้าหมายในการเปิดโอกาสให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้เป็นอย่างดี ทำให้บุคลากรทางสาธารณสุขมีภาระงานเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญหนึ่งที่ทำให้จำนวนแพทย์ที่ลาออกจากราชการเพิ่มสูงขึ้น จากสถิติแพทย์ที่ลาออกของกระทรวงสาธารณสุขในตารางที่ 6.4 แสดงให้เห็นว่าสัดส่วนของแพทย์ที่ลาออกต่อแพทย์ที่บรรจุใหม่ของกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มสูงขึ้นตั้งแต่ปี 2544 โดยเป็นที่น่าสนใจว่าโรงพยาบาล

ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกโรงพยาบาลได้เข้าร่วมโครงการนี้และสัดส่วนของแพทย์ที่ลาออกต่อแพทย์ที่จัดสรรใหม่เพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 58.56 และ ร้อยละ 77.33 ในปี 2545 และ 2546 ตามลำดับ หลังจากทีโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ขยายครอบคลุมทั่วประเทศในวันที่ 1 เมษายน 2545

ตารางที่ 6.4 สถิติแพทย์ลาออก ปี 2544-2549

ปีพ.ศ.	จัดสรรใหม่	ลาออก	ร้อยละ
2544	878	269	30.63
2545	922	540	58.56
2546	1028	795	77.33
2547	995	408	41.01
2548	1177	485	41.19
2549	1148	520	46.16

ที่มา : อ้างอิงข้อมูลจากกลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

3. ระบบการส่งต่อของโครงการฯ ได้ถูกละเลยไป ทำให้ค่าใช้จ่ายในการให้บริการเพิ่มสูงขึ้น จากการศึกษาฐานคณะผู้วิจัยพบว่าระบบการส่งต่อของโครงการฯ ที่วางไว้ตั้งแต่เริ่มโครงการได้ถูกละเลย โดยจากเดิมที่ผู้ป่วยจะต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลเฉพาะในโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้านที่ลงทะเบียนไว้ (ยกเว้นกรณีฉุกเฉิน) ก่อนที่แพทย์จะส่งต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลเฉพาะทางเพื่อเข้ารับการรักษาต่อตามความจำเป็น แต่ในปัจจุบันผู้ป่วยสามารถเข้ารับการรักษาที่ใดก็ได้ เนื่องจากโรงพยาบาลไม่สามารถปฏิเสธการให้การรักษ ทำให้เกิดการรักษามากเกินกว่าที่จำเป็น และมีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นโดยไม่จำเป็น

จากการศึกษาวิเคราะห์ คณะผู้วิจัยพบว่ามีทางเลือกที่สามารถใช้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหา ดังนี้

1. การร่วมจ่าย (Co-pay) ของประชาชนตามกำลังทรัพย์ โดยอาจใช้รายได้ของครอบครัวเป็นเกณฑ์ในการร่วมจ่าย เพื่อป้องกันการใช้บริการเกินความจำเป็น ซึ่งนอกจากจะเป็นการสิ้นเปลืองงบประมาณแล้ว ยังเป็นการเพิ่มภาระงานแก่แพทย์โดยไม่จำเป็น โดยการร่วมจ่ายอาจคิดเป็นร้อยละของค่ารักษาพยาบาลตามกำลังทรัพย์สำหรับผู้ที่มิรายได้ปานกลางถึงรายได้สูง และมีการจำกัดวงเงินขั้นสูงที่ประชาชนต้องร่วมจ่ายในแต่ละครั้ง เพื่อป้องกันไม่ให้ประชาชนต้องมียาจ่ายมากเกินไป แต่สำหรับผู้ที่มีรายได้น้อยควรได้รับการยกเว้นการร่วมจ่ายเช่นเดิม โดยอาจจะพัฒนาการแบ่งกลุ่มของผู้ป่วยตามเศรษฐกิจให้เหมาะสมมากกว่าการแบ่งกลุ่มผู้มีสิทธิเป็นแบบบัตรทองประเภทมี ท. และไม่มี ท. ซึ่งจากการศึกษาของ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2549) พบว่าไม่ได้เป็นการแบ่งกลุ่มตามเศรษฐกิจ

ที่เหมาะสม สำหรับตัวอย่างของประเทศที่ให้ความช่วยเหลือด้านสุขภาพแก่ประชาชนแบบร่วมจ่ายตามรายได้ของผู้ป่วย ได้แก่ประเทศสิงคโปร์ ซึ่งผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3,200 ดอลลาร์สิงคโปร์ จะได้รับเงินช่วยเหลือร้อยละ 80 ถ้าเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลรวม ส่วนผู้มีรายได้สูงกว่านี้ จะได้รับการช่วยเหลือลดหลั่นกันไป เป็นต้น ทั้งนี้ การร่วมจ่ายของประชาชนตามกำลังทรัพย์จะทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการรักษาพยาบาล และช่วยนำไปสู่การป้องกันโรคและรักษาสุขภาพที่ดี นอกจากนี้ ยังช่วยลดภาระงานในส่วนที่ไม่จำเป็นของแพทย์ ทำให้แพทย์มีเวลามากขึ้นในการรักษาผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างมีคุณภาพที่ดีมากยิ่งขึ้น

2. การประเมินสถานะทางการเงินจากการดำเนินโครงการฯ ของแต่ละโรงพยาบาล

จะช่วยให้รัฐบาลสามารถทราบสถานะที่แท้จริงของการดำเนินโครงการในภาพรวม และข้อมูลในรายละเอียดว่าแต่ละโรงพยาบาลมีกำไรหรือต้องรับภาระขาดทุนจากโครงการฯ เท่าใด ตลอดจนสามารถประเมินได้ว่าโรงพยาบาลสามารถรับภาระนั้นเอง หรือจำเป็นต้องได้รับการชดเชยหรืออุดหนุน ซึ่งจะช่วยให้รัฐบาลสามารถบริหารจัดการกับความเสี่ยงทางการคลังจากโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ดีมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ จากการศึกษาพบว่า โรงพยาบาลที่ประสบปัญหาการขาดทุนมักเป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการระดับที่ซับซ้อนหรือเฉพาะทางที่มีค่าใช้จ่ายเงินเดือนบุคลากรสูงและมีจำนวนประชากร UC ในพื้นที่รับผิดชอบน้อยทำให้ได้รับจัดสรรค่าใช้จ่ายรายหัวน้อยและไม่เพียงพอกับรายจ่าย ซึ่งในปัจจุบันได้มีการบริหารจัดการเพื่อแก้ปัญหาให้แก่โรงพยาบาลในกลุ่มดังกล่าวแล้ว แต่อย่างไรก็ดี คณะผู้วิจัยเห็นว่าการประเมินสถานะทางการเงินของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการฯ ในภาพรวมอย่างเป็นระบบตามที่เสนอ จะช่วยให้ สปสช. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีข้อมูลที่ต้องคำนึงในการวางแผนการจัดสรรงบประมาณอย่างเป็นระบบ รวมทั้งช่วยให้สามารถวางแผนเพื่อแก้ปัญหาทางการคลังที่อาจเกิดจากโครงการหลักประกันสุขภาพได้ดีมากยิ่งขึ้น

3. การรักษาระบบการส่งต่อ เพื่อเป็นการป้องกันการใช้สวัสดิการที่มากเกินไปจนความจำเป็น

ซึ่งก่อให้เกิดความสูญเสียทรัพยากรโดยเปล่าประโยชน์ โดยอาจรักษาระบบการส่งต่อเดิมของโครงการฯ อย่างเคร่งครัด หรืออาจมีการออกแบบระบบการให้บริการใหม่ที่มีความเหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการของประชาชน แต่จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องคงระบบการส่งต่อไว้ กล่าวคือการเข้ารับบริการของผู้ป่วยควรที่จะเริ่มต้นที่บริการปฐมภูมิ โดยมีการคัดกรองและส่งต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญตามความจำเป็น

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กอบศักดิ์ ภูตระกูล และอนรรฆ เสรีเชษฐพงษ์ (2550). “ทางรอดของระบบประกันสังคมไทย : แนวทางปฏิรูปสู่ความยั่งยืน.” บทความในการสัมมนาทางวิชาการประจำปี 2550 ธนาคารแห่งประเทศไทย.
- กัญญา ดิษยาธิคมและคณะ (2546). “การวิเคราะห์และกำหนดอัตราเหมาจ่ายในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับ ปีงบประมาณ 2547.” วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 12 ฉบับที่ 6 หน้า 907-922.
- ชูชัย ศรีขำ (2547). “ชุดการบริหารความเสี่ยงทางการเงินในระบบประกันสุขภาพ.” วารสารวิชาการสาธารณสุข.
- ชัยนี จันทจรูญพงษ์ และ วิชาน เจริญผล (2549). “การออมภาคบังคับช่วยพัฒนาเศรษฐกิจและตลาดทุนไทยได้อย่างไร” SET Note, ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย.
- ฐานันตร์ศักดิ์ บวรนนท์กุล ปี (2550). “แนวทางการขยายความคุ้มครองประกันสังคมแก่ผู้ประกันตนซึ่งมีลูกจ้าง” รายงานการวิจัย สำนักเลขาธิการวุฒิสภา เมษายน 2550
- ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์ (2550). “วิเคราะห์นโยบายขยายความคุ้มครองทางสังคมในประเทศไทยที่กำลังเคลื่อนสู่สังคมผู้สูงอายุ.” บทความในการสัมมนาทางวิชาการประจำปี 2550 มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ทรงธรรม ปิ่นโต และคณะ (2550). “การประเมินความเปราะบางทางการคลังของไทย: ความเสี่ยง และนัยต่อการดำเนินนโยบาย.” เอกสารประกอบการสัมมนาวิชาการธนาคารแห่งประเทศไทย ประจำปี 2550.
- ทวีศรี กริทองและพงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข (2551). “การประมาณการอัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2551.” สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- บุญทรีก์ โหมยิตานุกฤติ (2550). “ประชานิยม กิจกรรมนอกงบประมาณ และความเสี่ยงทางการคลัง.” วารสารการเงินการคลัง ปีที่ 19 ฉบับที่ 60/2550 หน้า 89 -102.
- พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 (2533). “ราชกิจจานุเบกษา.” ฉบับกฤษฎีกาเล่มที่ 107 ตอน 161 (1 กันยายน พ.ศ. 2533)

พระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2537 (2537). “ราชกิจจานุเบกษา.” ฉบับกฤษฎีกาเล่มที่ 111 ตอนที่ 49 ก. (2 พฤศจิกายน 2537).

พระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2542 (2542). “ราชกิจจานุเบกษา.” ฉบับกฤษฎีกาเล่ม 116 ตอนที่ 22 ก. (31 มีนาคม 2542).

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 (2545). “ราชกิจจานุเบกษา.” เล่มที่ 119 ตอนที่ 116 ก. (18 พฤศจิกายน 2545).

ผศ.ดร. อัญชนา และสรชัย (2545). “การดำเนินการและการปรับตัวของโครงการประกันสังคม.” โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีที่หนึ่ง (2544-2545).

พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข และคณะ (2547). “การจ่ายเงินสถานพยาบาลภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในปีงบประมาณ 2548.” วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 13 ฉบับที่ 6 หน้า 911-925.

พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข และคณะ (2547). “อัตราเหมาจ่ายรายหัวปีงบประมาณ 2547: 1,308 บาทต่อประชากร : ความเป็นมาและการจัดสรร.” วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 13 ฉบับที่ 2 หน้า 186-199.

ภูษิต ประคองสาย และคณะ (2550). “ระหว่างคนจนกับคนรวย ใครได้รับประโยชน์จากการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.” วารสารวิชาการสาธารณสุข.

ภูษิต ประคองสาย และคณะ (2545). “อัตราเหมาจ่ายรายหัวในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีงบประมาณ 2546.” วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 11 ฉบับที่ 5 หน้า 599-613.

วรเวศม์ สุวรรณระดา (2549). “กองทุนสวัสดิการภาคประชาชนจังหวัดสงขลา – แนวทางการแบ่งงานกันทำระหว่างภาคประชาชน รัฐบาลกลาง และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น.” สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย มุขนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ.

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2548). “ความเป็นธรรมในระบบสุขภาพไทย : ประสบการณ์ของผู้บริหารระดับสูง.” กระทรวงสาธารณสุข, วารสารวิชาการสาธารณสุข, กรุงเทพฯ: มิถุนายน 2548.

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2544). “งบประมาณในการดำเนินนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า: 1,202 บาทต่อคนต่อปีมาจากไหน.” วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 10 ฉบับที่ 3 หน้า 381-390.

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2549). “ชุดวิจัยการเงินการคลังระบบสุขภาพไทย : ตอนที่ 3 การจ่ายร่วม
ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: บทวิเคราะห์เชิงนโยบาย” วารสารวิชาการสาธารณสุข,
กรุงเทพฯ: กุมภาพันธ์ 2549.

วลัยพร พัทธนฤมิต และคณะ (2548). “การคลังระยะยาวของโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ :
ประมาณการรายจ่ายและแหล่งรายรับ.” โครงการวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

วลัยพร พัทธนฤมิต และคณะ (2549). “ชุดวิจัยการเงินการคลังระบบสุขภาพไทย : ตอนที่ 1 แนวทางการ
ปฏิรูปการเงินการคลังหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.” วารสารวิชาการสาธารณสุข.

วลัยพร พัทธนฤมิต และคณะ (2547). “ชุดวิจัยการเงินการคลังระบบสุขภาพไทย : ตอนที่ 2 ความเป็นไปได้
ของแหล่งการเงินต่างๆ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.” วารสารวิชาการสาธารณสุข.

วลัยพร พัทธนฤมิต และคณะ (2547). “อัตราเหมาจ่ายรายหัวปีงบประมาณ 2548 การปรับวิธีประมาณการ
ครั้งใหญ่.” วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 13 ฉบับที่ 6 หน้า 983-997.

สถาบันวิจัยเพื่อพัฒนาประเทศไทย (2550). “การประเมินความเสี่ยงและความเปราะบางทางสังคม: การ
ประเมินการคุ้มครองทางสังคมในระดับองค์กรและสถาบันของประเทศ.” รายงานที่ดีอาร์ไอ
ฉบับที่ 48 เดือนกรกฎาคม 2550.

สำนักนโยบายการออมและการลงทุน สำนักงานเศรษฐกิจการคลังและสถาบันวิจัยนโยบายเศรษฐกิจ
การคลัง (2547). “การออม การลงทุน และการประเมินระบบความปลอดภัยทางสังคมของ
ประเทศไทย.”

สำนักงานประกันสังคม (2546-2549). “รายงานประจำปี 2546-2549.”

สำนักงานประกันสังคม กองวิจัยและพัฒนา (2547). “การทบทวนทางคณิตศาสตร์ประกันภัยของกองทุน
ประโยชน์ทดแทนกรณีชราภาพ.” เอกสารแปลและเรียบเรียงจาก Thailand Technical Note
Actuarial Review of the old-age benefit of the Social Security Fund ขององค์การแรงงานระหว่าง
ประเทศ (ILO).

สำนักงานงบประมาณ สำนักนายกรัฐมนตรี (2546-2552). “เอกสารงบประมาณโดยสังเขป ประจำปีงบประมาณ
2546-2552.”

อัญชลี เพิ่มสุวรรณ และคณะ (2548). “การเปรียบเทียบต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการผู้ป่วยก่อนและหลังโครงการสุขภาพ.” วารสารวิชาการสาธารณสุข, กรุงเทพฯ : สิงหาคม 2548.

ภาษาอังกฤษ

Bixi , H. P. and Mody, A. (2002). “Dealing with Government Fiscal Risk: An Overview.” In H.P. Bixi and A. Schick (Eds.), Government at Risk (pp. 21-58). The World Bank and Oxford University Press, New York.

Deloitte Touche Tohmatsu (2000). “Establishing a Multi-Pillar Pension System in Thailand: Rationale for Reform and Options for Implementations.”

Giang, Thanh Long (2004). “The Pension Scheme in Vietnam: Current Status and Challenges in an Aging Society.” Vietnam Development Forum (VDF), University Library of Munich, Germany.

International Labor Organization. (1997). “ILO Pension Model (ILO-PENS): A Technical Guide.”, Geneva.

_____. (1997). “ILO Social Budgeting Model (ILO-SOCBUD): A Technical Guide.”, Geneva.

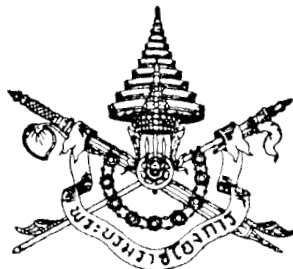
_____. (1997, 2002). “ILO Population Projection Model (ILO-POP): A Technical Guide”, Geneva.

Laurel Beedon and Mitja Ng-Baumhackl (2003) “Financing and Solvency of Social Security Old-Age and Survivors Insurance and Disability Insurance Trust Funds: 2003 Trustees' Projections.” Research Report. American Association of Retired Persons (AARP) Public Policy Institute.

Mitchell Wiener (2006). “Thailand Pension System Design Project”. Revised Draft Report. The Asian Development Bank.

Polackova, H. (1998). “Contingent Government Liabilities: A Hidden Risk for Fiscal Stability.” Policy Research Working Paper 1989. World Bank, Washington, D.C.

Robert L. Clark (2004) “Measuring the Financial Status of the U.S. Social Security System.” International Workshop on The Balance Sheet of Social Security Pensions.



พระราชบัญญัติ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
พ.ศ. ๒๕๕๕

ภูมิพลอดุลยเดช ป.ร.
ให้ไว้ ณ วันที่ ๑๑ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๕
เป็นปีที่ ๕๗ ในรัชกาลปัจจุบัน

พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มีพระบรมราชโองการโปรดเกล้าฯ ให้ประกาศว่า

โดยที่เป็นการสมควรให้มีกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

พระราชบัญญัตินี้มีบทบัญญัติบางประการเกี่ยวกับการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคล ซึ่งมาตรา ๒๕ ประกอบกับมาตรา ๓๕ และมาตรา ๔๘ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย บัญญัติให้กระทำได้โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย

จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ตราพระราชบัญญัติขึ้นไว้โดยคำแนะนำและยินยอมของรัฐสภา ดังต่อไปนี้

มาตรา ๑ พระราชบัญญัตินี้เรียกว่า “พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕”

มาตรา ๒ พระราชบัญญัตินี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษา เป็นต้นไป

มาตรา ๓ ในพระราชบัญญัตินี้

“บริการสาธารณสุข” หมายความว่า บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งให้โดยตรงแก่บุคคล เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ทั้งนี้ ให้รวมถึงการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ

“สถานบริการ” หมายความว่า สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ของเอกชน และของสภากาชาดไทย หน่วยบริการการประกอบโรคศิลปะสาขาต่างๆ และสถานบริการสาธารณสุขอื่นที่คณะกรรมการกำหนดเพิ่มเติม

“หน่วยบริการ” หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามพระราชบัญญัตินี้

“เครือข่ายหน่วยบริการ” หมายความว่า หน่วยบริการที่รวมตัวกันและขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่าย หน่วยบริการตามพระราชบัญญัตินี้

“ค่าบริการ” หมายความว่า เงินที่ผู้รับบริการจ่ายให้แก่หน่วยบริการในการรับบริการสาธารณสุข แต่ละครั้ง

“ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข” หมายความว่า ค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการให้บริการ สาธารณสุขของหน่วยบริการ ได้แก่

- (๑) ค่าสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค
- (๒) ค่าตรวจวินิจฉัยโรค
- (๓) ค่าตรวจและรับฝากครรภ์
- (๔) ค่าบำบัดและบริการทางการแพทย์
- (๕) ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่าอวัยวะเทียม และค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์
- (๖) ค่าทำคลอด
- (๗) ค่ากินอยู่ในหน่วยบริการ
- (๘) ค่าบริหารการรณรงค์
- (๙) ค่ารพพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วย
- (๑๐) ค่าพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพ
- (๑๑) ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย และจิตใจ
- (๑๒) ค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็นเพื่อการบริหารสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการกำหนด

“กองทุน” หมายความว่า กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน” หมายความว่า คณะกรรมการควบคุมคุณภาพ และมาตรฐานบริการสาธารณสุข

“เลขาธิการ” หมายความว่า เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสำนักงานสาขา แล้วแต่กรณี

“พนักงานเจ้าหน้าที่” หมายความว่า ผู้ซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งโดยคำแนะนำของคณะกรรมการหรือคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน แล้วแต่กรณี ให้ปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้

“รัฐมนตรี” หมายความว่า รัฐมนตรีผู้รักษาการตามพระราชบัญญัตินี้

มาตรา ๔ ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ และให้มีอำนาจแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ กับออกกฎกระทรวงและประกาศเพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้ กฎกระทรวงและประกาศนั้น เมื่อได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้วให้ใช้บังคับได้

หมวด ๑

สิทธิการรับบริการสาธารณสุข

มาตรา ๕ บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนดโดยพระราชบัญญัตินี้

คณะกรรมการอาจกำหนดให้บุคคลที่เข้ารับการบริการสาธารณสุขต้องร่วมจ่ายค่าบริการในอัตราที่กำหนดให้แก่หน่วยบริการในแต่ละครั้งที่เข้ารับการบริการ เว้นแต่ผู้ยากไร้หรือบุคคลอื่นที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดไม่ต้องจ่ายค่าบริการ

ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่บุคคลจะมีสิทธิได้รับให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

มาตรา ๖ บุคคลใดประสงค์จะใช้สิทธิตามมาตรา ๕ ให้ยื่นคำขอลงทะเบียนต่อสำนักงานหรือหน่วยงานที่สำนักงานกำหนด เพื่อเลือกหน่วยบริการ เป็นหน่วยบริการประจำ

การลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ การขอเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำและหน้าที่ของหน่วยบริการประจำที่พึงมีต่อผู้รับบริการ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด โดยคำนึงถึงความสะดวกและความจำเป็นของบุคคลเป็นสำคัญ

ในกรณีที่บุคคลใดมีสิทธิเลือกหน่วยบริการเป็นอย่างอื่นตามหลักเกณฑ์การได้รับสวัสดิการหรือตามสิทธิที่บุคคลนั้นได้รับอยู่ตามกฎหมาย กฎ ระเบียบ ประกาศ มติคณะรัฐมนตรีหรือคำสั่งอื่นใด ให้การใช้สิทธิเข้ารับการบริการสาธารณสุขในหน่วยบริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การได้รับสวัสดิการหรือสิทธิของบุคคลนั้น

มาตรา ๗ บุคคลที่ได้ลงทะเบียนแล้ว ให้ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขได้จากหน่วยบริการประจำของตนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง หรือจากหน่วยบริการอื่นที่หน่วย

บริการประจำของตนหรือเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องส่งต่อ เว้นแต่กรณีที่มีเหตุสมควร หรือกรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ให้บุคคลนั้นมีสิทธิเข้ารับบริการจากสถานบริการอื่นได้ ทั้งนี้ ตามที่คณะกรรมการกำหนด โดยคำนึงถึงความสะดวกและความจำเป็นของผู้ใช้สิทธิรับบริการ และให้สถานบริการที่ให้บริการนั้นมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุนตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา ๘ ผู้ซึ่งมีสิทธิตามมาตรา ๕ ที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนตามมาตรา ๖ อาจเข้ารับบริการครั้งแรกที่หน่วยบริการใดก็ได้ และให้หน่วยบริการที่ให้บริการแก่บุคคลดังกล่าวจัดให้บุคคลนั้นลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำตามมาตรา ๖ และแจ้งให้สำนักงานทราบภายในสามสิบวันนับแต่ให้บริการ โดยหน่วยบริการดังกล่าวมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายสำหรับการให้บริการครั้งนั้นจากกองทุนตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา ๙ ขอบเขตของสิทธิรับบริการสาธารณสุขของบุคคลดังต่อไปนี้ ให้เป็นไปตามกฎหมาย กฎ ระเบียบ ประกาศ มติคณะรัฐมนตรีหรือคำสั่งใดๆ ที่กำหนดขึ้นสำหรับส่วนราชการ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ และให้ใช้สิทธิดังกล่าวตามพระราชบัญญัตินี้

(๑) ข้าราชการหรือลูกจ้างของส่วนราชการ

(๒) พนักงานหรือลูกจ้างขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

(๓) พนักงานหรือลูกจ้างของรัฐวิสาหกิจ หรือผู้ซึ่งปฏิบัติงานให้แก่หน่วยงานอื่นของรัฐหรือบุคคลอื่นใดที่มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลโดยใช้จ่ายจากเงินงบประมาณ

(๔) บิดามารดา คู่สมรส บุตร หรือบุคคลอื่นใดที่ได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลโดยอาศัยสิทธิของบุคคลตาม (๑) (๒) หรือ (๓)

ในการนี้ ให้คณะกรรมการมีหน้าที่จัดการให้บุคคลดังกล่าวสามารถได้รับบริการสาธารณสุขตามที่ได้ตกลงกันกับรัฐบาล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐแล้วแต่กรณี

การกำหนดให้บุคคลตามวรรคหนึ่งประเภทใด หรือหน่วยงานใด ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัตินี้ได้เมื่อใด ให้เป็นไปตามที่กำหนดโดยพระราชกฤษฎีกา

เมื่อมีพระราชกฤษฎีกาตามวรรคสามใช้บังคับแล้ว ให้รัฐบาล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ แล้วแต่กรณี ดำเนินการจัดสรรเงินในส่วนที่เป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสำหรับบุคคลตามที่กำหนดโดยพระราชกฤษฎีกานั้นให้แก่กองทุนตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และระยะเวลาที่ตกลงกับคณะกรรมการ

มาตรา ๑๐ ขอบเขตของสิทธิรับบริการสาธารณสุขของผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม ให้เป็นไปตามที่กำหนดในกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม การขยายบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัตินี้ ไปยังผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคมให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการและคณะกรรมการประกันสังคม ตกลงกัน

ให้คณะกรรมการจัดเตรียมความพร้อมในการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม และเมื่อได้ตกลงกันเกี่ยวกับความพร้อมให้บริการสาธารณสุขกับคณะกรรมการประกันสังคมแล้ว ให้คณะกรรมการเสนอรัฐบาลเพื่อตราพระราชกฤษฎีกากำหนดระยะเวลาการเริ่มให้บริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการตามพระราชบัญญัตินี้แก่ผู้มีสิทธิดังกล่าว

เมื่อมีพระราชกฤษฎีกาตามวรรคสองใช้บังคับแล้ว ให้สำนักงานประกันสังคมส่งเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากกองทุนประกันสังคมให้แก่กองทุนตามจำนวนที่คณะกรรมการและคณะกรรมการประกันสังคมตกลงกัน

มาตรา ๑๑ ในกรณีที่ลูกจ้างซึ่งมีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน ผู้ใดใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการตามพระราชบัญญัตินี้เมื่อใดแล้วให้หน่วยบริการแจ้งการเข้ารับบริการนั้นต่อสำนักงานและให้สำนักงานมีสิทธิเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากกองทุนเงินทดแทน แต่ไม่เกินอัตราที่กำหนดตามกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน ส่งเข้ากองทุนเพื่อส่งต่อให้หน่วยบริการต่อไป

ในกรณีที่ผู้เข้ารับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัตินี้เป็นลูกจ้างของนายจ้างที่ไม่มีหน้าที่ต้องจ่ายเงินสมทบกองทุนเงินทดแทน ให้สำนักงานมีสิทธิยื่นคำร้องขอรับเงินทดแทนแทนลูกจ้างตามกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทนเพื่อชำระค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข แต่ไม่เกินอัตราที่กำหนดตามกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน ส่งเข้ากองทุนเพื่อส่งต่อให้หน่วยบริการต่อไป

การจ่ายเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามมาตรานี้ ให้ถือเป็นการจ่ายเงินทดแทนในส่วนของการรักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน

มาตรา ๑๒ ในกรณีที่ผู้ประสพภัยจากรถตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสพภัยจากรถ ผู้ใดใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการตามพระราชบัญญัตินี้เมื่อใดแล้ว ให้หน่วยบริการแจ้งการเข้ารับบริการนั้นต่อสำนักงานและให้สำนักงานมีสิทธิเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากกองทุนทดแทนผู้ประสพภัย แต่ไม่เกินจำนวนค่าสินไหมทดแทนตามภาระหน้าที่ที่กองทุนทดแทนผู้ประสพภัยต้องจ่ายตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสพภัยจากรถ ส่งเข้ากองทุนเพื่อส่งต่อให้หน่วยบริการต่อไป

ในกรณีที่บริษัทผู้รับประกันภัยรถหรือบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถจำกัด มีหน้าที่ต้องจ่ายค่าสินไหมทดแทนให้แก่ผู้ประสบภัยจากรถที่เข้ารับบริการสาธารณสุขตามวรรคหนึ่ง ให้สำนักงานมีอำนาจออกคำสั่งให้บริษัทดังกล่าวชำระค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข แต่ไม่เกินสิทธิที่พึงได้รับตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ส่งเข้ากองทุนเพื่อส่งต่อให้หน่วยบริการต่อไป

การจ่ายเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามมาตรานี้ ให้ถือเป็นการจ่ายค่าสินไหมทดแทนในส่วนของการรักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ

หมวด ๒

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

มาตรา ๑๓ ให้มีคณะกรรมการคณะหนึ่ง เรียกว่า “คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” ประกอบด้วย

- (๑) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการ
- (๒) ปลัดกระทรวงกลาโหม ปลัดกระทรวงการคลัง ปลัดกระทรวงพาณิชย์ ปลัดกระทรวงมหาดไทย ปลัดกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ และผู้อำนวยการสำนักงานงบประมาณ
- (๓) ผู้แทนเทศบาลหนึ่งคน องค์การบริหารส่วนจังหวัดหนึ่งคน องค์การบริหารส่วนตำบลหนึ่งคน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบอื่นหนึ่งคน โดยให้ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละประเภทคัดเลือกกันเอง
- (๔) ผู้แทนองค์กรเอกชนซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่มีใช่เป็นการแสวงหาผลกำไรและดำเนินกิจกรรมดังต่อไปนี้ องค์กรละหนึ่งคน โดยการคัดเลือกกันเองในแต่ละกลุ่มให้เหลือกลุ่มละหนึ่งคน และให้ผู้แทนดังกล่าวคัดเลือกกันเองให้เหลือจำนวนห้าคน

- (ก) งานด้านเด็กหรือเยาวชน
- (ข) งานด้านสตรี
- (ค) งานด้านผู้สูงอายุ
- (ง) งานด้านคนพิการหรือผู้ป่วยจิตเวช
- (จ) งานด้านผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเรื้อรังอื่น
- (ฉ) งานด้านผู้ใช้แรงงาน

(ข) งานด้านชุมชนแออัด

(ค) งานด้านเกษตรกร

(ง) งานด้านชนกลุ่มน้อย

(๕) ผู้แทน ผู้ประกอบอาชีพด้านสาธารณสุขจำนวนห้าคน ได้แก่ ผู้แทนแพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา และสมาคมโรงพยาบาลเอกชน ด้านละหนึ่งคน

(๖) ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนเจ็ดคนซึ่งคณะรัฐมนตรีแต่งตั้งจากผู้มีความเชี่ยวชาญทางด้านประกันสุขภาพ การแพทย์และสาธารณสุข การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก การเงินการคลัง กฎหมายและสังคมศาสตร์ ด้านละหนึ่งคน

องค์กรเอกชนตาม (๔) ต้องเป็นองค์กรที่ดำเนินกิจกรรมมาไม่น้อยกว่าหนึ่งปี และได้มาขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานก่อนครบกำหนดสิบห้าวันนับแต่วันที่มีเหตุให้มีการคัดเลือกกรรมการถาวรองค์กรใด ดำเนินกิจกรรมหลายกลุ่ม ให้ขึ้นทะเบียนเพื่อใช้สิทธิคัดเลือกกรรมการในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเท่านั้น

หลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือกกรรมการตาม (๓) และ (๔) ให้เป็นไปตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด

ให้กรรมการตาม (๑) (๒) (๓) (๔) และ (๕) ดำเนินการสรรหาและพิจารณาคัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒิเสนอให้คณะรัฐมนตรีแต่งตั้งเป็นกรรมการตาม (๖)

หลักเกณฑ์และวิธีการสรรหาและพิจารณาคัดเลือกกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิตามวรรคสี่ให้เป็นไปตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด

ให้เลขานุการเป็นเลขานุการของคณะกรรมการ

มาตรา ๑๔ กรรมการตามมาตรา ๑๓ จะดำรงตำแหน่งกรรมการตามมาตรา ๔๘ ในขณะเดียวกันมิได้

มาตรา ๑๕ กรรมการตามมาตรา ๑๓ วรรคหนึ่ง (๓) (๔) (๕) และ (๖) มีวาระอยู่ในตำแหน่งคราวละสี่ปี และอาจได้รับเลือกหรือแต่งตั้งใหม่อีกได้ แต่จะดำรงตำแหน่งเกินกว่าสองวาระติดต่อกันไม่ได้

เมื่อครบกำหนดวาระตามวรรคหนึ่ง หากยังมีได้มีการคัดเลือกกรรมการตามมาตรา ๑๓ วรรคหนึ่ง (๓) (๔) และ (๕) หรือแต่งตั้งกรรมการตามมาตรา ๑๓ วรรคหนึ่ง (๖) ขึ้นใหม่ ให้กรรมการซึ่งพ้นจากตำแหน่งตามวาระนั้น อยู่ในตำแหน่งเพื่อปฏิบัติหน้าที่ต่อไปจนกว่ากรรมการซึ่งได้รับคัดเลือกหรือได้รับแต่งตั้งใหม่เข้ารับหน้าที่ แต่ต้องไม่เกินเก้าสิบวันนับแต่วันที่กรรมการพ้นจากตำแหน่งตามวาระนั้น

ในกรณีที่กรรมการตามวรรคหนึ่งพ้นจากตำแหน่งก่อนครบวาระ ให้ดำเนินการคัดเลือกหรือแต่งตั้งกรรมการประเภทเดียวกันแทนภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ตำแหน่งกรรมการนั้นว่างลงและให้ผู้ได้รับคัดเลือกหรือได้รับแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งแทนอยู่ในตำแหน่งเท่ากับวาระที่เหลืออยู่ของกรรมการซึ่งตนแทน

ในกรณีที่วาระของกรรมการที่พ้นจากตำแหน่งก่อนครบวาระเหลืออยู่ไม่ถึงเก้าสิบวันจะไม่ดำเนินการคัดเลือกหรือแต่งตั้งกรรมการแทนตำแหน่งที่ว่างนั้นก็ได้ และในการนี้ ให้คณะกรรมการประกอบด้วยกรรมการเท่าที่เหลืออยู่

มาตรา ๑๖ นอกจากการพ้นตำแหน่งตามวาระตามมาตรา ๑๕ วรรคหนึ่งแล้ว กรรมการตามมาตรา ๑๓ วรรคหนึ่ง (๓) (๔) (๕) และ (๖) พ้นจากตำแหน่ง เมื่อ

(๑) ตาย

(๒) ลาออก

(๓) เป็นบุคคลล้มละลาย

(๔) เป็นคนไร้ความสามารถหรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

(๕) ได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่โทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ

(๖) คณะรัฐมนตรีให้ออกเพราะบกพร่องต่อหน้าที่ มีความประพฤติเสื่อมเสียหรือหย่อนความสามารถ

มาตรา ๑๗ การประชุมคณะกรรมการ ต้องมีกรรมการมาประชุมไม่น้อยกว่ากึ่งหนึ่งของจำนวนกรรมการทั้งหมด จึงจะเป็นองค์ประชุม

ให้ประธานกรรมการเป็นประธานในที่ประชุม ถ้าประธานกรรมการไม่มาประชุมหรือไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ ให้กรรมการที่มาประชุมเลือกกรรมการคนหนึ่งเป็นประธานในที่ประชุม

การวินิจฉัยชี้ขาดของที่ประชุมให้ถือเสียงข้างมาก กรรมการคนหนึ่งให้มีเสียงหนึ่งในการลงคะแนน ถ้าคะแนนเสียงเท่ากัน ให้ประธานในที่ประชุมออกเสียงเพิ่มขึ้นอีกเสียงหนึ่งเป็นเสียงชี้ขาด

ในการประชุม ถ้ามีการพิจารณาเรื่องที่กรรมการผู้ใดมีส่วนได้เสีย กรรมการผู้นั้นมีหน้าที่แจ้งให้คณะกรรมการทราบและมีสิทธิเข้าชี้แจงข้อเท็จจริงหรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องนั้นแต่ไม่มีสิทธิเข้าร่วมประชุมและลงคะแนนเสียง

วิธีการประชุม การปฏิบัติงานของคณะกรรมการ และส่วนได้เสียซึ่งกรรมการมีหน้าที่ต้องแจ้งให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา ๑๘ คณะกรรมการมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(๑) กำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ และกำหนดมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้มีประสิทธิภาพ

(๒) ให้คำแนะนำต่อรัฐมนตรีในการแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ ออกกฎกระทรวงและประกาศ เพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้

(๓) กำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต และอัตราค่าบริการสาธารณสุขตามมาตรา ๕

(๔) กำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน

(๕) กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการลดถอนสิทธิการตามมาตรา ๓๑ และกำหนดคุณสมบัติหรือลักษณะต้องห้ามของสิทธิการตามมาตรา ๓๒

(๖) ออกระเบียบเกี่ยวกับการรับเงิน การจ่ายเงิน และการรักษาเงินกองทุน รวมทั้งการจัดหาผลประโยชน์ตามมาตรา ๔๐

(๗) กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลโดยหาผู้กระทำผิดมิได้ หรือหาผู้กระทำผิดได้ แต่ผู้รับบริการไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควรตามมาตรา ๔๑

(๘) สนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสมและความต้องการ เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่ตามมาตรา ๔๗

(๙) สนับสนุนและกำหนดหลักเกณฑ์ให้องค์กรชุมชน องค์กรเอกชนและภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร ดำเนินงานและบริหารจัดการเงินทุนในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วม เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่ตามมาตรา ๔๗

(๑๐) กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการเพื่อประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

(๑๑) กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการลงโทษปรับทางปกครองและการเพิกถอนการขึ้นทะเบียน

(๑๒) จัดทำรายงานเกี่ยวกับผลงานและอุปสรรคในการดำเนินงาน รวมทั้งบัญชีและการเงิน ทุกประเภทของคณะกรรมการ แล้วรายงานต่อคณะรัฐมนตรี สภาผู้แทนราษฎร และวุฒิสภาเป็นประจำทุกปีภายในหกเดือนนับแต่วันสิ้นปีงบประมาณ

(๑๓) จัดประชุมเพื่อให้คณะกรรมการรับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไปจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการเป็นประจำทุกปี

(๑๔) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่พระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่นกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการหรือตามที่คณะรัฐมนตรีมอบหมาย

มาตรา ๑๕ ให้คณะกรรมการมีอำนาจหน้าที่ควบคุมดูแลสำนักงานให้ดำเนินกิจการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ อำนาจหน้าที่เช่นว่านี้ให้รวมถึง

(๑) กำหนดนโยบายการบริหารงาน และให้ความเห็นชอบแผนการดำเนินงานของสำนักงาน

(๒) อนุมัติแผนการเงินของสำนักงาน

(๓) ควบคุมดูแลการดำเนินงานและการบริหารงานทั่วไป ตลอดจนออกระเบียบ ข้อบังคับ ประกาศ หรือข้อกำหนดเกี่ยวกับการบริหารงานทั่วไป การบริหารงานบุคคล การงบประมาณ การเงิน และทรัพย์สิน การติดตามประเมินผล และการดำเนินการอื่นของสำนักงาน

มาตรา ๒๐ คณะกรรมการมีอำนาจแต่งตั้งคณะอนุกรรมการเพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ หรือตามที่คณะกรรมการมอบหมาย

ให้นำมาตรา ๑๗ มาใช้บังคับกับการประชุม วิธีการประชุม และการปฏิบัติงานของคณะอนุกรรมการและอนุกรรมการโดยอนุโลม

มาตรา ๒๑ ให้คณะกรรมการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการตรวจสอบขึ้นคณะหนึ่งมีอำนาจหน้าที่ตรวจสอบการบริหารเงินและการดำเนินงานของสำนักงาน เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปโดยถูกต้องตามกฎหมายและระเบียบแบบแผนที่เกี่ยวข้อง มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ มีความโปร่งใส และมีผู้รับผิดชอบ ทั้งนี้ ตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

อนุกรรมการตามวรรคหนึ่ง ให้ถือเป็นผู้ดำรงตำแหน่งซึ่งต้องห้ามมิให้ดำเนินการที่เป็นการขัดกันระหว่างประโยชน์ส่วนบุคคลและประโยชน์ส่วนรวมตามกฎหมายประกอบรัฐธรรมนูญว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการทุจริตด้วย

มาตรา ๒๒ ในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ ให้คณะกรรมการ หรือคณะอนุกรรมการแล้วแต่กรณี มีอำนาจขอให้หน่วยงานของรัฐหรือสั่งให้บุคคลใดที่เกี่ยวข้องมีหนังสือชี้แจงข้อเท็จจริงมาให้ถ้อยคำหรือส่งเอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณาได้

มาตรา ๒๓ ให้กรรมการและอนุกรรมการได้รับเบี้ยประชุม ค่าใช้จ่ายในการเดินทางและค่าใช้จ่ายอื่นในการปฏิบัติหน้าที่ ตามที่รัฐมนตรีกำหนด

หมวด ๓

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

มาตรา ๒๔ ให้มีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นหน่วยงานของรัฐมีฐานะเป็นนิติบุคคล อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐมนตรี

กิจการของสำนักงานไม่อยู่ภายใต้บังคับแห่งกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงาน กฎหมายว่าด้วย แรงงานสัมพันธ์ กฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม และกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน ทั้งนี้ เจ้าหน้าที่และ ลูกจ้างของสำนักงานต้องได้รับประโยชน์ตอบแทนไม่น้อยกว่าที่กำหนดไว้ในกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงาน กฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม และกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน

มาตรา ๒๕ ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตั้งอยู่ที่กรุงเทพมหานคร หรือในเขต จังหวัดใกล้เคียง

ให้คณะกรรมการมีอำนาจจัดตั้ง รวม หรือยุบเลิกสำนักงานสาขาในเขตพื้นที่ โดยประกาศใน ราชกิจจานุเบกษา

การจัดตั้งสำนักงานสาขาให้คำนึงถึงความจำเป็นและความคุ้มค่าในการดำเนินการเมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่าย และให้คณะกรรมการมีอำนาจมอบหมายให้หน่วยงานของรัฐหรือเอกชนทำหน้าที่สำนักงาน สาขาแทนก็ได้ โดยให้ได้รับค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา ๒๖ ให้สำนักงานมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(๑) รับผิดชอบงานธุรการของคณะกรรมการ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน คณะอนุกรรมการของคณะกรรมการดังกล่าว และคณะกรรมการสอบสวน

(๒) เก็บ รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานการบริการสาธารณสุข

(๓) จัดให้มีทะเบียนผู้รับบริการ หน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ

(๔) บริหารกองทุนให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

(๕) จ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการกำหนดให้แก่หน่วยบริการและ เครือข่ายหน่วยบริการตามมาตรา ๔๖

(๖) ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

(๗) ดำเนินการเพื่อให้ประชาชนมีหน่วยบริการประจำ และการขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ รวมทั้งประชาสัมพันธ์เพื่อให้ประชาชนทราบข้อมูลของหน่วยบริการ

(๘) กำกับดูแลหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการในการให้บริการสาธารณสุขให้เป็นไปตามมาตรฐานที่คณะกรรมการกำหนด และอำนวยความสะดวกในการเสนอเรื่องร้องเรียน

(๙) ถือกรรมสิทธิ์ มีสิทธิครอบครอง และมีทรัพย์สินต่าง ๆ

(๑๐) ก่อตั้งสิทธิและทำนิติกรรมสัญญาหรือข้อตกลงใดๆ เกี่ยวกับทรัพย์สิน

(๑๑) เรียกเก็บค่าธรรมเนียมหรือค่าบริการในการดำเนินงานของสำนักงาน

(๑๒) มอบให้องค์กรอื่นหรือบุคคลอื่นทำกิจการที่อยู่ภายในอำนาจหน้าที่ของสำนักงาน

(๑๓) จัดทำรายงานประจำปีเกี่ยวกับผลงานและอุปสรรคในการดำเนินงานของคณะกรรมการ และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน และเผยแพร่ต่อสาธารณชน

(๑๔) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่พระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่นบัญญัติให้เป็นอำนาจหน้าที่ของสำนักงานหรือตามที่คณะกรรมการหรือคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานมอบหมาย

มาตรา ๒๓ ทรัพย์สินของสำนักงานไม่อยู่ในความรับผิดชอบแห่งการบังคับคดี

มาตรา ๒๔ บรรดาอสังหาริมทรัพย์ที่สำนักงานได้มาโดยมีผู้บริจาคให้ หรือได้มาโดยการซื้อหรือแลกเปลี่ยนจากรายได้ของสำนักงาน ให้เป็นกรรมสิทธิ์ของสำนักงาน

ให้สำนักงานมีอำนาจในการปกครอง ดูแล บำรุงรักษา ใช้และจัดหาผลประโยชน์จากทรัพย์สินของสำนักงาน

มาตรา ๒๕ ให้คณะกรรมการเสนอขอรับงบประมาณรายจ่ายประจำปีต่อคณะรัฐมนตรี เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการบริหารงานของสำนักงาน

มาตรา ๓๐ การเก็บรักษาและการใช้จ่ายเงินของสำนักงานให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

การบัญชีของสำนักงาน ให้จัดทำตามหลักสากลตามแบบและหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการกำหนด และต้องจัดให้มีการตรวจสอบภายในเกี่ยวกับการเงิน การบัญชี และการพัสดุของสำนักงาน ตลอดจนรายงานผลการตรวจสอบให้คณะกรรมการทราบอย่างน้อยปีละครั้ง

มาตรา ๓๑ ให้สำนักงานมีเลขาธิการเป็นผู้รับผิดชอบการบริหารกิจการของสำนักงานให้เป็นไปตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ ข้อกำหนด นโยบาย มติ และประกาศของคณะกรรมการ และเป็นผู้บังคับบัญชาเจ้าหน้าที่และลูกจ้างของสำนักงานทุกตำแหน่ง

ให้คณะกรรมการเป็นผู้คัดเลือกเพื่อแต่งตั้งและถอดถอนเลขาธิการ

ในการจ้างและแต่งตั้งเลขาธิการ ให้คณะกรรมการคัดเลือกคณะกรรมการสรรหาจำนวนห้าคน ซึ่งต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา ๓๒ (๑) (๓) (๔) (๕) (๖) (๘) (๑๐) (๑๑) และ (๑๒)

ให้คณะกรรมการสรรหาทำหน้าที่สรรหาบุคคลที่มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์เหมาะสมที่จะเป็นเลขาธิการซึ่งต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา ๓๒ (๑) (๓) (๔) (๕) (๖) (๗) (๑๐) (๑๑) และ (๑๒) นอกจากนี้ จะต้องไม่เป็นกรรมการในคณะกรรมการและมีอายุไม่เกินหกสิบปีบริบูรณ์ในวันขึ้นใบสมัครเพื่อเสนอให้คณะกรรมการพิจารณาทำสัญญาจ้างและแต่งตั้งเป็นเลขาธิการ ทั้งนี้ โดยอาจเสนอชื่อผู้มีความเหมาะสมมากกว่าหนึ่งชื่อก็ได้

กรรมการสรรหาไม่มีสิทธิได้รับการเสนอชื่อเป็นเลขาธิการ

ให้กรรมการสรรหาประชุมและเลือกกันเองให้คนหนึ่งเป็นประธานกรรมการสรรหาและเลือกอีกคนหนึ่งเป็นเลขานุการคณะกรรมการสรรหา

ให้สำนักงานทำหน้าที่เป็นหน่วยธุรการในการดำเนินการสรรหาและคัดเลือกเลขาธิการ
มาตรา ๓๒ เลขาธิการต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

- (๑) มีสัญชาติไทย
- (๒) สามารถทำงานให้แก่สำนักงานได้เต็มเวลา
- (๓) ไม่เป็นบุคคลวิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือน
- (๔) ไม่เป็นหรือเคยเป็นบุคคลล้มละลาย
- (๕) ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
- (๖) ไม่เคยต้องคำพิพากษาหรือคำสั่งของศาลให้ทรัพย์สินตกเป็นของแผ่นดินเพราะร่ำรวยผิดปกติหรือมีทรัพย์สินเพิ่มขึ้นผิดปกติ
- (๗) ไม่เป็นผู้บริหารหรือพนักงานของรัฐวิสาหกิจอื่น หรือกิจการอื่นที่แสวงหากำไร
- (๘) ไม่เป็นข้าราชการ พนักงาน หรือลูกจ้าง ซึ่งมีตำแหน่งหรือเงินเดือนประจำของราชการส่วนกลาง ราชการส่วนภูมิภาค ราชการส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ
- (๙) ไม่เป็นข้าราชการการเมือง สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร สมาชิกวุฒิสภา สมาชิกสภาท้องถิ่น หรือผู้บริหารท้องถิ่น
- (๑๐) ไม่เป็นกรรมการหรือที่ปรึกษาพรรคการเมือง หรือเจ้าหน้าที่ในพรรคการเมือง
- (๑๑) ไม่เคยถูกไล่ออก ปลดออก หรือให้ออกจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจหรือบริษัทมหาชนจำกัด เพราะทุจริตต่อหน้าที่

(๑๒) ไม่เป็นหรือภายในระยะเวลาหนึ่งปีก่อนวันได้รับแต่งตั้ง ไม่เคยเป็นกรรมการหรือผู้บริหาร หรือผู้มีอำนาจในการจัดการหรือมีส่วนได้เสียในนิติบุคคลซึ่งเป็นคู่สัญญา ผู้เข้าร่วมงาน หรือมีประโยชน์ ได้เสียเกี่ยวข้องกับกิจการของสำนักงาน

(๑๓) คุณสมบัติและลักษณะต้องห้ามอื่นตามที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา ๓๓ เลขาธิการพ้นจากตำแหน่งเมื่อ

(๑) ตาย

(๒) ลาออก

(๓) ขาดคุณสมบัติหรือมีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา ๓๒

(๔) ต้องคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่ในความผิดอันได้กระทำโดยประมาท หรือความผิด ลหุโทษ

(๕) ขาดการประชุมคณะกรรมการเกินสามครั้งติดต่อกันโดยไม่มีเหตุอันสมควร

(๖) คณะกรรมการถอดถอนจากตำแหน่งเพราะบกพร่องต่อหน้าที่ มีความประพฤติเสื่อมเสีย หรือหย่อนความสามารถ

(๗) ถูกเลิกสัญญาจ้าง

มาตรา ๓๔ ให้เลขาธิการมีวาระอยู่ในตำแหน่งคราวละสี่ปี และอาจได้รับแต่งตั้งอีกได้ แต่จะ ดำรงตำแหน่งเกินสองวาระติดต่อกันไม่ได้

เมื่อตำแหน่งเลขาธิการว่างลงและยังไม่มีแต่งตั้งเลขาธิการคนใหม่ หรือในกรณีเลขาธิการ ไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้เป็นการชั่วคราว ให้คณะกรรมการแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ของสำนักงานคนหนึ่งเป็น ผู้รักษาราชการแทนเลขาธิการ

ให้ผู้รักษาราชการแทนมีอำนาจหน้าที่เช่นเดียวกับเลขาธิการ

มาตรา ๓๕ ให้เลขาธิการเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐซึ่งเป็นผู้ดำรงตำแหน่งระดับสูงและให้ถือเป็น ผู้ดำรงตำแหน่งซึ่งต้องห้ามมิให้ดำเนินกิจการที่เป็นการแข่งขันระหว่างประโยชน์ส่วนบุคคลและประโยชน์ ส่วนรวมตามกฎหมายประกอบรัฐธรรมนูญว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการทุจริตด้วย

มาตรา ๓๖ เลขาธิการมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(๑) บรรจุ แต่งตั้ง เลื่อน ลด ตัดเงินเดือน หรือค่าจ้าง ลงโทษทางวินัยเจ้าหน้าที่และลูกจ้าง ของสำนักงาน ตลอดจนให้เจ้าหน้าที่และลูกจ้างของสำนักงานออกจากตำแหน่ง ทั้งนี้ ตามข้อบังคับที่ คณะกรรมการกำหนด และในกรณีของเจ้าหน้าที่หรือลูกจ้างที่ปฏิบัติงานในสำนักตรวจสอบ ให้ฟังความเห็น ของคณะอนุกรรมการตรวจสอบประกอบการพิจารณาด้วย

(๒) ออกระเบียบหรือประกาศเกี่ยวกับการดำเนินงานของสำนักงานโดยไม่ขัดหรือแย้งกับระเบียบข้อบังคับ ประกาศ ข้อกำหนด นโยบาย หรือมติของคณะกรรมการ

ในกิจการที่เกี่ยวกับบุคคลภายนอก ให้เลขาธิการเป็นผู้แทนของสำนักงาน เพื่อการนี้เลขาธิการจะมอบอำนาจให้เจ้าหน้าที่ใดของสำนักงานปฏิบัติงานเฉพาะอย่างแทนก็ได้ ทั้งนี้ ตามข้อบังคับที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา ๓๗ ให้มีสำนักตรวจสอบขึ้นในสำนักงานทำหน้าที่เป็นสำนักงานเลขานุการของคณะอนุกรรมการตรวจสอบ และให้รับผิดชอบขึ้นตรงต่อคณะอนุกรรมการตรวจสอบและรายงานเลขาธิการตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

หมวด ๔

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

มาตรา ๓๘ ให้จัดตั้งกองทุนขึ้นกองทุนหนึ่งในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรียกว่า “กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

เพื่อเป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ให้ใช้จ่ายเงินกองทุนโดยคำนึงถึงการพัฒนาการบริการสาธารณสุขในพื้นที่ที่ไม่มีหน่วยบริการเพียงพอ หรือมีการกระจายหน่วยบริการอย่างไม่เหมาะสมประกอบด้วย

มาตรา ๓๙ กองทุนประกอบด้วย

- (๑) เงินที่ได้รับจากงบประมาณรายจ่ายประจำปี
- (๒) เงินที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามที่กฎหมายบัญญัติ
- (๓) เงินที่ได้รับจากการดำเนินการให้บริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัตินี้
- (๔) เงินค่าปรับทางปกครองตามพระราชบัญญัตินี้
- (๕) เงินหรือทรัพย์สินที่มีผู้บริจาคหรือมอบให้แก่กองทุน
- (๖) ดอกผลหรือผลประโยชน์ที่เกิดจากเงินหรือทรัพย์สินของกองทุน
- (๗) เงินหรือทรัพย์สินใดๆ ที่กองทุนได้รับมาในกิจการของกองทุน
- (๘) เงินสมทบอื่นตามที่กฎหมายบัญญัติ

เงินและทรัพย์สินที่เป็นของกองทุนไม่ต้องนำส่งกระทรวงการคลังเป็นรายได้แผ่นดินตามกฎหมายว่าด้วยเงินคงคลังและกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณ

ในการเสนอขอรับงบประมาณตาม (๑) ให้คณะกรรมการจัดทำคำขอต่อคณะรัฐมนตรีโดยพิจารณาประกอบกับรายงานความเห็นของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน ตลอดจนบัญชีการเงินและทรัพย์สินของกองทุนในขณะที่ยังจัดทำคำขอดังกล่าว

มาตรา ๕๐ การรับเงิน การจ่ายเงิน และการเก็บรักษาเงินกองทุน รวมทั้งการนำเงินกองทุนไปจัดหาผลประโยชน์ ให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา ๕๑ ให้คณะกรรมการกัณเงินจำนวนไม่เกินร้อยละหนึ่งของเงินที่จะจ่ายให้หน่วยบริการไว้เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการ ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยหาผู้กระทำผิดมิได้หรือหาผู้กระทำผิดได้ แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา ๕๒ ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยหาผู้กระทำผิดได้แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควรตามมาตรา ๕๑ เมื่อสำนักงานได้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการไปแล้ว สำนักงานมีสิทธิไล่เบี้ยเอาแก่ผู้กระทำผิดได้

มาตรา ๕๓ ภายในสามเดือนนับแต่วันสิ้นปีงบประมาณตามกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณ ให้คณะกรรมการเสนองบดุลและรายงานการรับจ่ายเงินของกองทุนในปีที่ล่วงมา ซึ่งสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินตรวจสอบรับรองแล้วต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อทราบ

งบดุลและรายงานการรับจ่ายเงินดังกล่าว ให้รัฐมนตรีเสนอต่อนายกรัฐมนตรี เพื่อนำเสนอต่อสภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภาเพื่อทราบ และจัดให้มีการประกาศในราชกิจจานุเบกษา

หมวด ๕

หน่วยบริการและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

มาตรา ๕๔ ให้สำนักงานจัดให้มีการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการแล้วประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบ เพื่อดำเนินการลงทะเบียนเลือกเป็นหน่วยบริการประจำของตนตามมาตรา ๖

การขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ รวมทั้งวิธีการประชาสัมพันธ์ตามวรรคหนึ่งให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา ๔๕ ให้หน่วยบริการมีหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(๑) ให้บริการสาธารณสุข รวมทั้งการใช้วัคซีน ยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ในการรักษาที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ โดยให้ความเสมอภาคและอำนวยความสะดวกในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็น ตลอดจนเคารพในสิทธิส่วนบุคคล ในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และความเชื่อทางศาสนา

(๒) ให้ข้อมูลการบริการสาธารณสุขของผู้รับบริการตามที่ผู้รับบริการร้องขอและตามประกาศที่มีการกำหนดเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยและผู้รับบริการโดยไม่บิดเบือน ทั้งในเรื่องผลการวินิจฉัย แนวทางวิธีการ ทางเลือก และผลในการรักษา รวมทั้งผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้รับบริการตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือถูกส่งต่อ

(๓) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับชื่อแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือผู้รับผิดชอบในการดูแลอย่างต่อเนื่องทางด้านสุขภาพกายและสังคม แก่ญาติหรือผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้รับบริการอย่างเพียงพอ ก่อนจำหน่ายผู้รับบริการออกจากหน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการ

(๔) รักษาความลับของผู้รับบริการจากการปฏิบัติหน้าที่ตาม (๑) และ (๒) อย่างเคร่งครัด เว้นแต่เป็นการเปิดเผยต่อเจ้าหน้าที่ของรัฐซึ่งปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย

(๕) จัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุข เพื่อสะดวกต่อการตรวจสอบคุณภาพและบริการ รวมทั้งการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ในการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้รับบริการและการจัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุข ให้หน่วยบริการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการและคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานกำหนด

มาตรา ๔๖ หน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการตามมาตรา ๔๕ และหน่วยบริการที่รับการส่งต่อผู้รับบริการ มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากกองทุนตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

หลักเกณฑ์การกำหนดค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามวรรคหนึ่ง ต้องผ่านการรับฟังความคิดเห็นตามมาตรา ๑๘ (๑๓) ก่อน และอย่างน้อยต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไข ดังต่อไปนี้

(๑) อาศัยราคากลางที่เป็นจริงของโรคทุกโรคมานเป็นฐานตามข้อเสนอแนะของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานตามมาตรา ๕๐ (๔)

(๒) ครอบคลุมถึงค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการในส่วนเงินเดือนและค่าตอบแทนบุคลากร

(๓) คำนึงถึงความแตกต่างในภารกิจของหน่วยบริการ

(๔) คำนึงถึงความแตกต่างในกลุ่มผู้รับบริการและในขนาดของพื้นที่บริการที่หน่วยบริการรับผิดชอบ

มาตรา ๔๗ เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้กับบุคคลในพื้นที่ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น ให้คณะกรรมการสนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดหลักเกณฑ์เพื่อให้องค์กรดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยให้ได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน

หมวด ๖

คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

มาตรา ๔๘ ให้มีคณะกรรมการคณะหนึ่ง เรียกว่า “คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข” ประกอบด้วย

(๑) อธิบดีกรมการแพทย์ เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา ประธานสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และผู้อำนวยการกองการประกอบโรคศิลปะ

(๒) ผู้แทนแพทยสภา ผู้แทนสภาการพยาบาล ผู้แทนทันตแพทยสภา ผู้แทนสภาเภสัชกรรม และผู้แทนสภานายความ

(๓) ผู้แทนโรงพยาบาลเอกชนที่เป็นสมาชิกของสมาคมโรงพยาบาลเอกชนหนึ่งคน

(๔) ผู้แทนเทศบาลหนึ่งคน องค์กรบริหารส่วนจังหวัดหนึ่งคน องค์กรบริหารส่วนตำบลหนึ่งคน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบอื่นหนึ่งคน โดยให้ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละประเภทคัดเลือกกันเอง

(๕) ผู้แทนผู้ประกอบการโรงพยาบาลและผดุงครรภ์ ทันตกรรม และเภสัชกรรม วิชาชีพละหนึ่งคน

(๖) ผู้แทนราชวิทยาลัยแพทย์เฉพาะทางสาขาสูตินรีเวช สาขาศัลยกรรม สาขาอายุรกรรม และสาขากุมารเวชกรรม สาขาละหนึ่งคน

(๗) ผู้แทนผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ สาขากายภาพบำบัด สาขาทะนุกรรมศาสตร์ สาขารังสีเทคนิค สาขากิจกรรมบำบัด สาขาคหกรรมศาสตร์ และสาขาการแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย สาขาละหนึ่งคน และให้ผู้แทนดังกล่าวคัดเลือกกันเองให้เหลือจำนวนสามคน

(๘) ผู้แทนองค์กรเอกชนซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่มีใช่เป็นการแสวงหาผลกำไร และดำเนินกิจกรรมดังต่อไปนี้ องค์กรละหนึ่งคน โดยการคัดเลือกกันเองในแต่ละกลุ่มให้เหลือกลุ่มละหนึ่งคน และให้ผู้แทนดังกล่าวคัดเลือกกันเองให้เหลือจำนวนห้าคน

- (ก) งานด้านเด็กหรือเยาวชน
- (ข) งานด้านสตรี
- (ค) งานด้านผู้สูงอายุ
- (ง) งานด้านคนพิการหรือผู้ป่วยจิตเวช
- (จ) งานด้านผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเรื้อรังอื่น
- (ฉ) งานด้านผู้ใช้แรงงาน
- (ช) งานด้านชุมชนแออัด
- (ซ) งานด้านเกษตรกร
- (ณ) งานด้านชนกลุ่มน้อย

(๙) ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งคณะรัฐมนตรีแต่งตั้งจำนวนหกคน โดยในจำนวนนี้ให้เป็นผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว สาขาจิตเวช และสาขาการแพทย์แผนไทย สาขาละหนึ่งคน

องค์กรเอกชนตาม (๘) ต้องเป็นองค์กรที่ดำเนินกิจกรรมมาไม่น้อยกว่าหนึ่งปี และได้มาขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานก่อนครบกำหนดสิบห้าวันนับแต่วันที่มิให้มีการคัดเลือกกรรมการ ถ้าองค์กรใดดำเนินกิจกรรมหลายกลุ่ม ให้ขึ้นทะเบียนเพื่อใช้สิทธิคัดเลือกกรรมการในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเท่านั้น

หลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือกกรรมการตาม (๓) (๔) (๕) (๖) (๗) และ (๘) ให้เป็นไปตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด

ให้กรรมการตาม (๑) (๒) (๓) (๔) (๕) (๖) (๗) และ (๘) ดำเนินการสรรหาและพิจารณาคัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒิเสนอให้คณะรัฐมนตรีแต่งตั้งเป็นกรรมการตาม (๙)

หลักเกณฑ์และวิธีการสรรหาและพิจารณาคัดเลือกกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิตามวรรคสี่ให้เป็นไปตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด

ให้กรรมการตามวรรคหนึ่งประชุม และเลือกกันเองให้คนหนึ่งเป็นประธานกรรมการ

ให้เลขาธิการเป็นเลขานุการของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน

มาตรา ๕๕ การดำรงตำแหน่ง วาระการดำรงตำแหน่ง การพ้นจากตำแหน่งและการประชุมของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน ให้นำมาตรา ๑๔ มาตรา ๑๕ มาตรา ๑๖ และมาตรา ๑๗ มาใช้บังคับโดยอนุโลม

มาตรา ๕๐ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

- (๑) ควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการตามมาตรา ๔๕
- (๒) กำกับดูแลการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการให้มีคุณภาพและมาตรฐาน ในกรณี
ที่หน่วยบริการนั้นๆ มีการให้บริการในส่วนที่สูงกว่าบริการสาธารณสุขตามมาตรา ๕
- (๓) กำหนดมาตรการควบคุมและส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่าย
หน่วยบริการ
- (๔) เสนอแนะอัตราราคากลางของโรคทุกโรคต่อคณะกรรมการเพื่อประกอบการวางหลักเกณฑ์
กำหนดค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขให้แก่หน่วยบริการตามมาตรา ๔๖
- (๕) กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการร้องเรียนของผู้ซึ่งถูกละเมิดสิทธิจากการ
ใช้บริการ และวิธีพิจารณาเรื่องร้องเรียนดังกล่าว รวมทั้งหลักเกณฑ์และวิธีการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ซึ่ง
ถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการ และกำหนดหน่วยรับเรื่องร้องเรียนเพื่อให้ประชาชนสามารถเสนอเรื่อง
ร้องเรียนได้โดยสะดวกและเป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน
- (๖) รายงานผลการตรวจตราและการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่าย
หน่วยบริการต่อคณะกรรมการ พร้อมทั้งแจ้งหน่วยบริการและหน่วยงานต้นสังกัดเพื่อปรับปรุงแก้ไขและ
ติดตามประเมินผลในเรื่องการปรับปรุงคุณภาพและมาตรฐาน
- (๗) สนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตรวจตราและการควบคุมกำกับหน่วยบริการ
และเครือข่ายหน่วยบริการ
- (๘) จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการ
รักษาพยาบาลโดยหาผู้กระทำผิดมิได้ หรือหาผู้กระทำผิดได้แต่ผู้รับบริการไม่ได้รับค่าเสียหายภายใน
ระยะเวลาอันสมควรตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด
- (๙) สนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบการเผยแพร่ข้อมูลแก่ประชาชนเพื่อให้ประกอบการตัดสินใจ
ในการเข้ารับบริการสาธารณสุข
- (๑๐) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่พระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่นกำหนด ให้เป็นอำนาจหน้าที่ของ
คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหรือตามที่คณะกรรมการมอบหมาย

มาตรา ๕๑ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานมีอำนาจแต่งตั้งคณะอนุกรรมการ
เพื่อพิจารณาหรือปฏิบัติตามที่คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานมอบหมายได้

ให้นำมาตรา ๑๓ มาใช้บังคับกับการประชุม วิธีการประชุม และวิธีปฏิบัติงานของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานโดยอนุโลม

มาตรา ๕๒ ให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน และคณะกรรมการมีอำนาจขอให้หน่วยงานของรัฐหรือสั่งให้บุคคลใดที่เกี่ยวข้องมีหนังสือชี้แจงข้อเท็จจริง มาให้ถ้อยคำหรือส่งเอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณาได้

มาตรา ๕๓ ให้กรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานและอนุกรรมการได้รับค่าเบี้ยประชุม ค่าใช้จ่ายในการเดินทางและค่าใช้จ่ายอื่น ในการปฏิบัติหน้าที่ตามที่รัฐมนตรีกำหนด

หมวด ๗ พนักงานเจ้าหน้าที่

มาตรา ๕๔ ในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ที่มีอำนาจเข้าไปในสถานที่ของหน่วยบริการ หรือของเครือข่ายหน่วยบริการ ในระหว่างเวลาทำการ เพื่อตรวจสอบ สอบถามข้อเท็จจริง ตรวจสอบทรัพย์สินหรือเอกสารหลักฐาน ถ่ายภาพ ถ่ายสำเนา หรือนำเอกสารที่เกี่ยวข้องไปตรวจสอบ หรือกระทำการอย่างอื่นตามสมควรเพื่อให้ได้ข้อเท็จจริงอันจะปฏิบัติการให้เป็นไปตามพระราชบัญญัตินี้

ในการดำเนินการตามวรรคหนึ่ง ถ้าพบการกระทำผิด ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ที่มีอำนาจยึดหรืออายัดเอกสารหลักฐาน ทรัพย์สิน หรือสิ่งของเพื่อใช้เป็นพยานหลักฐานในการพิจารณาดำเนินการต่อไป

วิธีปฏิบัติงานของพนักงานเจ้าหน้าที่ ให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการหรือคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานกำหนด แล้วแต่กรณี

มาตรา ๕๕ ในการปฏิบัติหน้าที่ พนักงานเจ้าหน้าที่ต้องแสดงบัตรประจำตัวแก่บุคคลซึ่งเกี่ยวข้อง บัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่ให้เป็นไปตามแบบที่รัฐมนตรีกำหนด โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา

ในการปฏิบัติหน้าที่ของพนักงานเจ้าหน้าที่ ให้บุคคลซึ่งเกี่ยวข้องอำนวยความสะดวกตามสมควร

มาตรา ๕๖ ในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ ให้พนักงานเจ้าหน้าที่เป็นเจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญา

หมวด ๘

การกำกับมาตรฐานหน่วยบริการ

มาตรา ๕๗ ในกรณีที่สำนักงานตรวจสอบพบว่าหน่วยบริการใดไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขที่กำหนด ให้รายงานต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานเพื่อแต่งตั้งคณะกรรมการสอบสวนพิจารณา

คณะกรรมการสอบสวนตามวรรคหนึ่ง ให้มีจำนวนตามความเหมาะสมประกอบด้วยผู้แทนหน่วยงานของรัฐที่ปฏิบัติงานในด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และกฎหมาย ผู้แทนองค์กรเอกชน หรือผู้ทรงคุณวุฒิอื่นซึ่งไม่เป็นผู้มีส่วนได้เสียในเรื่องที่จะพิจารณา มีหน้าที่สอบสวนและเสนอความเห็นต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน

ในการแต่งตั้งคณะกรรมการสอบสวน คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานอาจแต่งตั้งไว้ล่วงหน้าเป็นจำนวนหลายคณะเพื่อให้ดำเนินการสอบสวนโดยเร็วได้

การสอบสวนต้องกระทำให้แล้วเสร็จภายในสามสิบวัน ถ้ายังดำเนินการไม่แล้วเสร็จให้ขยายเวลาออกไปได้อีกไม่เกินสามสิบวัน และถ้ายังดำเนินการไม่แล้วเสร็จอีก ให้รายงานคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานเพื่อพิจารณามีคำสั่งให้ขยายเวลาได้เท่าที่จำเป็น

ในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ ให้คณะกรรมการสอบสวนเป็นเจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญา และให้มีอำนาจขอให้หน่วยบริการ เครื่องหมายหน่วยบริการ ผู้ร้องเรียน หรือบุคคลใดที่เกี่ยวข้องมีหนังสือชี้แจงข้อเท็จจริงมาให้ถ้อยคำ หรือส่งเอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณาได้

เมื่อคณะกรรมการสอบสวนดำเนินการสอบสวนแล้วเสร็จ ให้เสนอเรื่องพร้อมความเห็นต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานเพื่อพิจารณาต่อไป

ให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานพิจารณาออกคำสั่งตามมาตรา ๕๘ หรือมาตรา ๕๙ แล้วแต่กรณี ภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับเรื่องจากคณะกรรมการสอบสวน

มาตรา ๕๘ ในกรณีที่ผลการสอบสวนตามมาตรา ๕๗ ปรากฏว่าหน่วยบริการใดไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนด ให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานดำเนินการ ดังต่อไปนี้

(๑) ในกรณีที่เป็นการกระทำโดยไม่เจตนาให้มีคำสั่งเตือนให้ปฏิบัติโดยถูกต้อง

(๒) ในกรณีที่มีเจตนากระทำผิด ให้มีคำสั่งให้หน่วยบริการนั้นชำระค่าปรับทางปกครองเป็นจำนวนไม่เกินหนึ่งแสนบาท สำหรับการกระทำความผิดแต่ละครั้ง และให้นำบทบัญญัติเกี่ยวกับการบังคับ

ทางปกครองตามกฎหมายว่าด้วยวิธีปฏิบัติราชการทางปกครองมาใช้บังคับ และในกรณีที่ไม่มีเจ้าหน้าที่ดำเนินการบังคับตามคำสั่ง ให้เลขาธิการมีอำนาจฟ้องคดีต่อศาลปกครองเพื่อบังคับชำระค่าปรับ ในการนี้ ถ้าศาลปกครองเห็นว่าคำสั่งให้ชำระค่าปรับนั้นชอบด้วยกฎหมายก็ให้ศาลปกครองมีอำนาจพิจารณาพิพากษา และบังคับคดีให้มีการยึดหรืออายัดทรัพย์สินขายทอดตลาดเพื่อชำระค่าปรับได้

(๓) แจ้งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีการสอบสวนและวินิจฉัยชี้ขาดข้อกล่าวหาหรือข้อกล่าวโทษผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านสาธารณสุขซึ่งอาจมีส่วนรับผิดชอบในการกระทำผิดของหน่วยบริการ และให้มีการดำเนินการทางวินัยในกรณีที่ผู้กระทำผิดเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ

มาตรา ๕๕ ในกรณีที่ผู้รับบริการผู้ใดไม่ได้รับความสะดวกตามสมควรหรือตามสิทธิที่จะได้รับบริการสาธารณสุขที่กำหนดตามพระราชบัญญัตินี้จากหน่วยบริการหรือหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการจากตนโดยไม่มีสิทธิที่จะเก็บหรือเรียกเก็บเกินกว่าอัตราที่คณะกรรมการกำหนด หรือไม่ได้รับค่าเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการภายในระยะเวลาอันสมควร ให้ผู้นั้นมีสิทธิร้องเรียนต่อสำนักงานเพื่อให้มีการสอบสวน และให้นำความในมาตรา ๕๖ มาใช้บังคับโดยอนุโลม

ถ้าผลการสอบสวนปรากฏว่า หน่วยบริการไม่ได้กระทำตามที่ถูกร้องเรียนให้เลขาธิการแจ้งให้ผูกร้องเรียนทราบภายในสิบห้าวันนับแต่วันที่ผลการสอบสวนดังกล่าว

ในกรณีที่ผลการสอบสวนปรากฏว่า หน่วยบริการมีการกระทำตามที่ถูกร้องเรียนให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานมีอำนาจดำเนินการ ดังต่อไปนี้

(๑) ดักเตือนเป็นหนังสือให้หน่วยบริการนั้นปฏิบัติต่อผูกร้องเรียนให้เหมาะสมหรือถูกต้องตามสิทธิประโยชน์ของผูกร้องเรียนนั้น สำหรับกรณีร้องเรียนว่าหน่วยบริการไม่อำนวยความสะดวกหรือไม่ปฏิบัติตามสิทธิประโยชน์ของผูกร้องเรียน

(๒) ออกคำสั่งเป็นหนังสือให้หน่วยบริการนั้นคืนเงินค่าบริการส่วนเกินหรือที่ไม่มีสิทธิเรียกเก็บให้แก่ผูกร้องเรียนพร้อมดอกเบี้ยร้อยละสิบห้าต่อปีนับแต่วันที่เก็บค่าบริการนั้นจนถึงวันที่จ่ายเงินคืน และในกรณีที่ไม่มี การปฏิบัติตามคำสั่งให้นำความในมาตรา ๕๘ (๒) มาใช้บังคับโดยอนุโลม

มาตรา ๖๐ ในกรณีที่การกระทำผิดของหน่วยบริการตามมาตรา ๕๔ หรือมาตรา ๕๕ เป็นการกระทำผิดร้ายแรงหรือเกิดซ้ำหลายครั้ง ให้เลขาธิการรายงานต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานเพื่อพิจารณาดำเนินการ ดังต่อไปนี้

(๑) สั่งเพิกถอนการขึ้นทะเบียนของหน่วยบริการนั้น

(๒) แจ้งต่อรัฐมนตรีผู้รักษาการตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลเพื่อพิจารณาดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น

(๓) แจ้งต่อรัฐมนตรีผู้กำกับดูแลเพื่อให้มีการดำเนินการทางวินัยแก่ผู้บริหารของหน่วยบริการในกรณีที่เป็นสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

(๔) แจ้งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีการสอบสวนและวินิจฉัยชี้ขาดข้อกล่าวหาหรือข้อกล่าวโทษผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านสาธารณสุขซึ่งมีส่วนรับผิดชอบในการกระทำผิดของหน่วยบริการและให้มีการดำเนินการทางวินัยในกรณีที่ผู้กระทำผิดเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ

มาตรา ๖๑ ผู้ร้องเรียนหรือหน่วยบริการที่ได้รับคำสั่งจากคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานตามหมวดนี้ ให้มีสิทธิอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับแจ้งหรือวันที่ได้รับทราบคำสั่ง แล้วแต่กรณี

คำวินิจฉัยอุทธรณ์ของคณะกรรมการให้เป็นที่สุด

หลักเกณฑ์และวิธีการอุทธรณ์และวิธีพิจารณาวินิจฉัยอุทธรณ์ตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา ๖๒ เมื่อคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์คำสั่งตามมาตรา ๖๑ ผลเป็นประการใดแล้ว ให้เลขาธิการรายงานผลการดำเนินการหรือคำวินิจฉัยต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานเพื่อทราบ

หมวด ๕

บทกำหนดโทษ

มาตรา ๖๓ ผู้ใดฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติตามคำสั่งของคณะกรรมการ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน คณะอนุกรรมการของคณะกรรมการดังกล่าว คณะกรรมการสอบสวน หรือพนักงานเจ้าหน้าที่ตามมาตรา ๒๒ มาตรา ๕๒ มาตรา ๕๔ หรือมาตรา ๕๗ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

มาตรา ๖๔ ผู้ใดขัดขวางหรือไม่อำนวยความสะดวกตามสมควรแก่พนักงานเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรา ๕๕ วรรคสาม ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

บทเฉพาะกาล

มาตรา ๖๕ ในวาระเริ่มแรก มิให้นำบทบัญญัติมาตรา ๖ มาตรา ๗ มาตรา ๘ มาตรา ๑๑ และมาตรา ๑๒ มาใช้บังคับ จนกว่าจะได้มีการจัดเตรียมความพร้อมเพื่อให้บริการสาธารณสุขตาม บทบัญญัติดังกล่าว

เมื่อได้มีการจัดเตรียมความพร้อมเพื่อให้บริการสาธารณสุขตามวรรคหนึ่งแล้ว ให้รัฐมนตรี ประกาศกำหนดระยะเวลาการเริ่มให้บริการสาธารณสุขในราชกิจจานุเบกษา ซึ่งต้องไม่เกินหนึ่งร้อยแปดสิบวัน นับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ

การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามมาตรา ๔๖ สำหรับหน่วยบริการที่อยู่ในความรับผิดชอบ ของกระทรวงสาธารณสุข ให้สำนักงานจ่ายให้กระทรวงสาธารณสุขก่อนเป็นระยะเวลาสามปีนับแต่ วันเริ่มให้บริการสาธารณสุขตามวรรคสอง

มาตรา ๖๖ ให้ตราพระราชกฤษฎีกาตามมาตรา ๕ และมาตรา ๑๐ ภายในหนึ่งปีนับแต่วันที่ พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ และหากไม่แล้วเสร็จให้ขยายระยะเวลาได้ครั้งละหนึ่งปี โดยให้สำนักงาน หรือสำนักงานและสำนักงานประกันสังคม แล้วแต่กรณี รายงานเหตุผลที่ไม่อาจดำเนินการได้ต่อ คณะรัฐมนตรีเพื่อทราบ และจัดให้มีการเผยแพร่รายงานนั้นต่อสาธารณชน

มาตรา ๖๗ ให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการให้มีการคัดเลือกและแต่งตั้งกรรมการตาม มาตรา ๑๓ (๓) (๔) (๕) และ (๖) รวมทั้งสรรหาและคัดเลือกเลขาธิการเพื่อให้ได้คณะกรรมการ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามพระราชบัญญัติภายในหนึ่งร้อยแปดสิบวันนับแต่วันที่พระราชบัญญัติ ฉบับนี้ใช้บังคับ

ในระหว่างที่ยังไม่มีคณะกรรมการตามวรรคหนึ่ง ให้มีคณะกรรมการคณะหนึ่ง ประกอบด้วย รัฐมนตรีเป็นประธานกรรมการ ปลัดกระทรวงกลาโหม ปลัดกระทรวงการคลัง ปลัดกระทรวงพาณิชย์ ปลัดกระทรวงมหาดไทย ปลัดกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ปลัดทบวงมหาวิทยาลัย ผู้อำนวยการสำนักงานประมาณ และผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งคณะรัฐมนตรีแต่งตั้งจำนวนห้าคนโดยในจำนวนนี้ ให้เป็นผู้แทนผู้บริโภคนจำนวนสี่คนเป็นกรรมการ

ให้รัฐมนตรีแต่งตั้งรองปลัดกระทรวงคนหนึ่งในกระทรวงสาธารณสุข เพื่อทำหน้าที่เลขาธิการ เป็นการชั่วคราวจนกว่าเลขาธิการซึ่งได้รับการแต่งตั้งตามพระราชบัญญัตินี้เข้ารับหน้าที่

ให้ผู้ซึ่งได้รับแต่งตั้งให้ทำหน้าที่เลขาธิการตามวรรคสามเป็นเลขานุการของคณะกรรมการตาม วรรคสอง และให้รัฐมนตรีแต่งตั้งข้าราชการในกระทรวงสาธารณสุข จำนวนสองคนเป็นผู้ช่วยเลขานุการ

มาตรา ๖๘ ให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการให้มีการคัดเลือกและแต่งตั้งกรรมการตาม มาตรา ๕๘ (๒) (๓) (๔) (๕) (๖) (๗) (๘) และ (๙) เพื่อให้ได้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพ และมาตรฐานตามพระราชบัญญัตินี้ภายในหนึ่งร้อยแปดสิบวันนับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ

ในระหว่างที่ยังไม่มีคณะกรรมการตามวรรคหนึ่ง ให้มีคณะกรรมการคณะหนึ่งประกอบด้วย อธิบดีกรมการแพทย์ เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา ประธานสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล ผู้อำนวยการกองการประกอบโรคศิลปะ เลขาธิการทันตแพทยสภา เลขาธิการแพทยสภา เลขาธิการสภาการพยาบาล เลขาธิการสภาเภสัชกรรม นายกสภาทนายความ และผู้ทรงคุณวุฒิซึ่ง คณะรัฐมนตรีแต่งตั้งจำนวนเจ็ดคน โดยให้เป็นผู้แทนองค์กรเอกชนที่ดำเนินกิจกรรมทางด้านคุ้มครอง ผู้บริโภคจำนวนสามคน และผู้ทรงคุณวุฒิด้านวิชาชีพการแพทย์และสาธารณสุขจำนวนสี่คนเป็นกรรมการ

ให้กรรมการตามวรรคสองประชุมและเลือกกันเองให้คนหนึ่งเป็นประธานกรรมการและให้ประธาน กรรมการแต่งตั้งผู้ช่วยเลขานุการคนใดคนหนึ่งตามมาตรา ๖๗ เป็นเลขานุการคนหนึ่ง และแต่งตั้ง ข้าราชการในกระทรวงสาธารณสุขจำนวนสองคนเป็นผู้ช่วยเลขานุการ

มาตรา ๖๙ ให้โอนกิจการ ทรัพย์สิน สิทธิ หนี้ และความรับผิดชอบ รวมทั้งเงินงบประมาณของ กระทรวงสาธารณสุข ในส่วนที่เกี่ยวกับงานประกันสุขภาพตามพระราชบัญญัตินี้ ตลอดจนเงินทุนหมุนเวียน บัตรประกันสุขภาพ ไปเป็นของสำนักงานในวันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ

มาตรา ๗๐ ข้าราชการหรือลูกจ้างของส่วนราชการใดสมัครใจจะเปลี่ยนไปเป็นเจ้าหน้าที่ หรือลูกจ้างของสำนักงาน ให้แจ้งความจำนงค์เป็นหนังสือต่อผู้บังคับบัญชา และจะต้องผ่านการคัดเลือก หรือการประเมินตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการกำหนด

ข้าราชการซึ่งเปลี่ยนไปเป็นเจ้าหน้าที่ของสำนักงานตามวรรคหนึ่ง ให้ถือว่าออกจากราชการ เพราะเลิกหรือยุบตำแหน่งตามกฎหมายว่าด้วยบำเหน็จบำนาญข้าราชการหรือกฎหมายว่าด้วยกองทุน บำเหน็จบำนาญข้าราชการ แล้วแต่กรณี

ลูกจ้างซึ่งเปลี่ยนไปเป็นลูกจ้างของสำนักงานตามวรรคหนึ่ง ให้ถือว่าออกจากราชการเพราะ ทางราชการยุบเลิกตำแหน่งหรือเลิกจ้างโดยไม่มี ความผิด และให้ได้รับบำเหน็จตามระเบียบกระทรวง การคลังว่าด้วยบำเหน็จลูกจ้าง

เพื่อประโยชน์ในการนับเวลาทำงานสำหรับคำนวณสิทธิประโยชน์ตามข้อบังคับของสำนักงาน ข้าราชการหรือลูกจ้างส่วนราชการผู้ใดเปลี่ยนไปเป็นเจ้าหน้าที่หรือลูกจ้างของสำนักงานตามมาตรา นี้ ประสงค์จะให้นับเวลาราชการหรือเวลาทำงานในขณะที่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างต่อเนื่องกับเวลาทำงาน ของเจ้าหน้าที่หรือลูกจ้างของสำนักงาน แล้วแต่กรณี ก็ให้มีสิทธิกระทำได้โดยแสดงความจำนงค์ว่าไม่ขอ รับบำเหน็จหรือบำนาญ

การไม่ขอรับบำเหน็จหรือบำนาญตามวรรคสี่ จะต้องกระทำภายในสามสิบวันนับแต่วันที่โอน
สำหรับกรณีของข้าราชการให้ดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยบำเหน็จบำนาญข้าราชการหรือกฎหมาย
ว่าด้วยกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ แล้วแต่กรณี สำหรับกรณีของลูกจ้างให้กระทำเป็นหนังสือ
ลงลายมือชื่อเป็นหลักฐานยื่นต่อผู้ว่าจ้างเพื่อส่งต่อไปให้กระทรวงการคลังทราบ

ผู้รับสนองพระบรมราชโองการ
พันตำรวจโท ทักษิณ ชินวัตร
นายกรัฐมนตรี

หมายเหตุ :- เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ คือ โดยที่มาตรา ๕๒ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ได้บัญญัติให้ชนชาวไทยย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ และการให้บริการสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมเท่าที่จะกระทำได้ และมาตรา ๘๒ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ได้บัญญัติให้รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง ด้วยเหตุนี้ จึงต้องจัดระบบการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตให้มีการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐาน โดยมีองค์กรกำกับดูแลซึ่งจะดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมกันระหว่างภาครัฐและภาคประชาชนเพื่อจัดการให้มีระบบการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพทั่วประเทศ และให้ประชาชนชาวไทยมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานด้วยกันทุกคน นอกจากนี้เนื่องจากในปัจจุบันระบบการให้ความช่วยเหลือในด้านการรักษาพยาบาลได้มีอยู่หลายระบบ ทำให้มีการเบิกจ่ายเงินซ้ำซ้อนกัน จึงสมควรนำระบบการช่วยเหลือดังกล่าวมาจัดการรวมกันเพื่อลดค่าใช้จ่ายในภาพรวมในด้านสาธารณสุขมิให้เกิดการซ้ำซ้อนกันดังกล่าว และจัดระบบใหม่ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้

ภาคผนวก 2

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

จากผลการศึกษาฐานงาน โครงการวิจัยเรื่องการศึกษาภาระทางการคลังจากการให้สวัสดิการทางสังคมของรัฐบาล ในกรณีศึกษาโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 4 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) จังหวัดสมุทรสาคร โรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี และโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช (วาสนมหาเถระ) นครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ทั้ง 4 โรงพยาบาลนี้ถือเป็นตัวแทน (Representative) ของโรงพยาบาลทุกระดับตามการแบ่งระดับสถานบริการสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานการบริหารจัดการเป็นเครือข่าย (Net Work) ของกระทรวงสาธารณสุขทั้ง 3 ระดับ คือหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ หน่วยบริการระดับทุติยภูมิ และหน่วยบริการระดับตติยภูมิ โรงพยาบาลดังกล่าวแสดงความคิดเห็นในด้านปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพ โดยมีประเด็นสำคัญ ดังนี้

ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพ

1. ด้านงบประมาณ

โครงการหลักประกันสุขภาพมีภาพรวมของนโยบายโครงการที่ดี แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นโดยส่วนใหญ่มาจากได้รับงบประมาณที่น้อยเกินไป เงินเหลื่อมจ่ายรายหัวที่ได้รับมาเป็นเงินเหลื่อมจ่ายที่รวมเงินเดือน ทำให้เหลือเงินงบประมาณที่นำมาใช้หมุนเวียนในการให้บริการไม่เพียงพอ จนเกิดปัญหาในเรื่องของการมีค่าใช้จ่ายในแต่ละโรงพยาบาลสูงเกินกว่างบประมาณที่ได้รับ และขาดแคลนงบประมาณในการพัฒนาบุคลากร การซื้อเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ และรายจ่ายลงทุนในการสร้างอาคาร

การสนับสนุนงบลงทุน ซึ่งงบลงทุนที่ สปสช. จัดสรรให้ นั้นเป็นงบลงทุนทดแทนที่จ่ายตามหัวประชากร เมื่อมีการกระจายการจัดสรรให้สถานพยาบาลแล้ว ทำให้งบลงทุนที่ได้ นั้น เพื่อทดแทนครุภัณฑ์ และสิ่งก่อสร้างที่มีอยู่เดิม และไม่มียกงบลงทุนในการพัฒนางานใหม่ๆ ได้เลย อีกทั้งระเบียบการใช้จ่ายเงินที่ได้รับจาก สปสช. ตามโครงการที่ทำข้อตกลง ต้องใช้ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเงินบำรุงของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทำให้โรงพยาบาลไม่ได้รับความสะดวกในการใช้จ่ายเงิน

2. ด้านปริมาณผู้เข้ารับบริการ

ผู้ป่วยมาใช้บริการเกินความจำเป็น เนื่องจากประชาชนไม่ต้องมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและเข้าถึงการบริการทางการแพทย์ง่ายขึ้น ทำให้ประชาชนเข้ามาใช้บริการของโรงพยาบาลมากขึ้นจนเกินความจำเป็น ซึ่งเป็นการเพิ่มภาระแก่แพทย์ และพยาบาลต้องทำงานเพิ่มมากขึ้นจนมีผลต่อการให้บริการในที่สุด การที่ผู้ป่วยมาใช้บริการมากขึ้นนั้น

เป็นการเพิ่มภาระการทำงานให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ทั้งแพทย์และพยาบาล ทำให้มีบุคลากรลาออกจำนวนมาก และบุคลากรที่มีอยู่ไม่เพียงพอในการปฏิบัติหน้าที่ โรงพยาบาลแก้ปัญหาโดยการทำงานล่วงเวลา ส่งผลให้คุณภาพของการให้บริการเริ่มลดลง เนื่องจากทรัพยากรที่ได้รับอย่างเช่นงบประมาณไม่เพียงพอต่อการบริหารจัดการของโรงพยาบาลแพทย์และพยาบาลต้องทำงานหนักมากขึ้น ประกอบกับมีการฟ้องร้องเพิ่มขึ้น ทำให้มีบุคลากรจากภาครัฐไหลออกไปสู่ภาคเอกชนมากขึ้น และบุคลากรที่มีอยู่ไม่เพียงพอในการปฏิบัติหน้าที่ โรงพยาบาลบางแห่งจึงแก้ปัญหาโดยการทำงานล่วงเวลา อีกทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางโรงพยาบาลต้องมาทำหน้าที่ตรวจคนไข้ และเข้าเวรกลางคืน ทำให้ไม่มีเวลาเพียงพอในการบริหารโรงพยาบาล

3. ด้านการเลือกสถานพยาบาลของผู้รับบริการ

ในอดีตระบบที่เคยวางไว้สำหรับการเข้ารับรักษานั้นต้องเป็นหน่วยบริการที่ใกล้บ้านที่สุดก่อนแล้วส่งต่อไปยังสถานพยาบาลในลำดับที่สูงขึ้นต่อไป แต่ในปัจจุบันระบบดังกล่าวถูกละเลย เนื่องจากผู้ป่วยรับทราบข้อมูลว่าสามารถรักษาที่ไหนก็ได้ ทำให้ผู้ป่วยสามารถเลือกรักษาในโรงพยาบาลที่ต้องการ และในที่สุดระบบการส่งต่อผู้ป่วยแบบเดิมก็จะพังทลายไป

4. ด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

การดำเนินการด้านส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นผู้กำหนดเงื่อนไขว่า ให้ทำงานไปก่อนแล้วส่งข้อมูลไปรับเงิน ซึ่งในทางปฏิบัตินั้นกระทำได้ยาก เพราะการจัดซื้อจัดจ้างต้องระบุแหล่งเงินทุน ทำให้จัดซื้อไม่ได้ โรงพยาบาลจะต้องหาเงินยืมจากแหล่งอื่นมาดำเนินการ

5. ด้านระบบสารสนเทศในการบริการสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชน

ระบบสารสนเทศด้านบริการสุขภาพ ข้อมูลการให้บริการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์ ขาดการเชื่อมโยง เพราะแต่ละระดับพัฒนาโปรแกรมกันเอง ไม่มีโปรแกรมกลางที่จะเชื่อมโยงข้อมูลได้

ข้อเสนอแนะในการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพ

1. การร่วมจ่าย (Co-Pay)

จากผลการวิจัยของนักวิชาการหลายท่านที่ศึกษาถึงทางออกในการแก้ปัญหาเรื่องโครงการหลักประกันสุขภาพนั้นล้วนเสนอให้มีการร่วมจ่ายจากผู้เข้ารับการรักษา ซึ่งในการดำเนินการจะต้องมีฐานข้อมูลในเรื่องรายได้ของประชากรที่ถูกต้องชัดเจน เพื่อให้การจัดระดับผู้เข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นไปอย่างถูกต้องและเป็นธรรม สำหรับกลุ่มผู้เข้ารับบริการในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่

สมควรจะได้รับการรักษาพยาบาลฟรีได้แก่ กลุ่มผู้ยากไร้ กลุ่มผู้พิการ ซึ่งในปัจจุบันได้มีการจัดกลุ่มไว้แล้ว เช่น กลุ่มผู้มีรายได้น้อย กลุ่มเด็กเล็ก (อายุไม่เกิน 12 ปี) และกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปี ขึ้นไป) เป็นต้น ทั้งนี้ ประชาชนจะต้องทำความเข้าใจในระบบนี้ให้ชัดเจน รวมถึงมีส่วนร่วมในการเข้ามาดูแลสถานบริการของตนเองให้สามารถดำรงอยู่ได้ ดังนั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องสร้างหลักธรรมาภิบาลเพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมมากขึ้น

แนวทางการร่วมจ่ายในโครงการหลักประกันสุขภาพ ผู้รับบริการควรร่วมจ่ายในบางส่วนทั้งในกรณีที่ไข้ฉะเฉาะหรือหัตถการที่ยุ่งยากซับซ้อน และเสนอให้จ่ายสมทบครั้งละ 50 บาทในกรณีค่าบริการผู้ป่วยนอก เนื่องจากเมื่อไม่มีการจัดเก็บค่าบริการทำให้โรงพยาบาลต้องรับภาระในเรื่องจำนวนผู้รับบริการที่มากและเกินความจำเป็น นอกจากนี้ผู้รับบริการควรจ่ายสมทบกรณีค่าอุปกรณ์หรืออวัยวะเทียมซึ่งมีราคาสูงกว่าราคากลางที่กำหนด เพราะกรณีดังกล่าวทำให้โรงพยาบาลต้องรับภาระเป็นจำนวนมาก ดังนั้น ถ้าผู้รับบริการสามารถร่วมจ่ายเงินสมทบในส่วนต่างก็จะช่วยลดปัญหาให้กับโรงพยาบาลได้

2. การเพิ่มบทบาทของภาคเอกชนในการให้บริการ

การเพิ่มบทบาทของภาคเอกชนในการให้บริการ มีข้อดี คือจะทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้มากขึ้น ช่วยแบ่งเบาภาระงานบริการด้านสุขภาพของสถานพยาบาลของรัฐ และช่วยแก้ปัญหาบุคลากรของรัฐที่ไม่เพียงพอกับการให้บริการด้านสุขภาพ แต่มีข้อเสียคือ ภาคเอกชนเน้นในเรื่องของกำไรเป็นหลัก ทำให้ในบางครั้งภาคเอกชนอาจจะปฏิเสธไม่รับการรักษาเพราะมีการพิจารณาแล้วว่าไม่คุ้มค่าที่จะไม่ได้รับกำไร ดังนั้น การให้ภาคเอกชนมาร่วมเป็นภาคสมทบนั้นจะต้องมีการพิจารณาว่าภาคเอกชนสามารถดำเนินการทางด้านสาธารณสุขครบทั้ง 4 ด้านได้แก่ การส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู ก่อนที่จะตัดสินใจให้ภาคเอกชนมาร่วมในการให้บริการต่างๆ

3. การจัดสรรงบประมาณของสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

การจัดสรรงบประมาณควรพิจารณาถึงศักยภาพของพื้นที่ และข้อมูลสุขภาพของประชาชนร่วมในการพิจารณาจัดสรรงบประมาณให้แก่โรงพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้เกิดการพัฒนาคำนึงงาน และพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง และควรสนับสนุนเงินทุนหมุนเวียนให้แก่โรงพยาบาลอย่างเพียงพอ

การจ่ายเงินชดเชยให้แก่โรงพยาบาลในการให้บริการในโครงการหลักประกันสุขภาพ ควรจ่ายให้ตามข้อเท็จจริงของค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงทั้งในกรณีของผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน

4. ด้านระบบสารสนเทศในโรงพยาบาล

สปสช. ควรลงทุน Software และ Hardware ให้กับสถานพยาบาลในภาพรวมของประเทศ ให้เหมือนฐานข้อมูลบัตรประชาชน ที่สามารถตรวจสอบได้ทุกที่

ผลการศึกษาดูงาน

โครงการวิจัยเรื่อง การศึกษาภาระทางการคลังจากการให้สวัสดิการทางสังคมของรัฐบาล

ในกรณีศึกษา โครงการประกันสังคมและโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ครั้งที่ 1/2551 ในวันที่ 28 เมษายน 2551

ณ โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร

คณะผู้วิจัยโครงการวิจัยเรื่อง การศึกษาภาระทางการคลังจากการให้สวัสดิการทางสังคมของรัฐบาล ในกรณีศึกษา โครงการประกันสังคมและโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้ศึกษาดูงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ณ โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพฯ ในวันที่ 28 เมษายน 2551 เวลา 13.00 - 15.30 น. โดยสามารถสรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

1. ข้อมูลเบื้องต้นของโรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพฯ

โรงพยาบาลราชวิถีเป็นโรงพยาบาลขนาด 1,200 เตียง และเป็นโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิที่อยู่ภายใต้กำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลราชวิถีจึงเป็นโรงพยาบาลรับส่งต่อของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งแตกต่างไปจากโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยหรือโรงพยาบาลของกระทรวงกลาโหมจะมีบริบทอื่นๆ ที่แตกต่างกัน เช่น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมีหน้าที่ในเรื่องการเรียนการสอนและการวิจัยเป็นหลัก จึงสามารถเลือกรับผู้ป่วยเฉพาะกรณีที่สนับสนุนบริบทของตนเองได้ แต่ในกรณีของโรงพยาบาลราชวิถีซึ่งเป็นโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขจะไม่สามารถปฏิเสธผู้ที่ต้องการเข้ามาับการรักษาได้ถึงแม้ว่าจะมีการเรียนการสอนในโรงพยาบาลราชวิถีเช่นกัน เนื่องจากการให้บริการทางด้านสาธารณสุขเป็นหน้าที่หลักของโรงพยาบาลในกระทรวงสาธารณสุข

ด้านหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลมีพื้นที่รับผิดชอบใน 5 เขตได้แก่ เขตดินแดง เขตห้วยขวาง เขตลาดพร้าว เขตหลักสี่ และเขตราชเทวี มีประชากรผู้มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประมาณ 250,000 คน โดยโรงพยาบาลราชวิถีมียุทธศาสตร์ 2 ส่วนคือ 1. เป็นโรงพยาบาลปฐมภูมิ ซึ่งมีหน่วยบริการระดับปฐมภูมิทั้งภายในและเครือข่ายรอบนอกโรงพยาบาล 2. เป็นโรงพยาบาลรับส่งต่อของกระทรวงสาธารณสุข

2. ผลการดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพของโรงพยาบาลราชวิถี ในปี 2550

2.1. ผู้รับบริการ

โรงพยาบาลราชวิถีมีผู้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบ่งออกเป็น 4 กลุ่มใหญ่ๆ ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยประกันสุขภาพประมาณร้อยละ 50 ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีจำนวนมากที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มผู้ป่วย Walk in กลุ่มผู้ป่วยข้าราชการ และกลุ่มผู้ป่วยประกันสังคม ตามลำดับ ซึ่งรายได้ส่วนใหญ่ของโรงพยาบาลราชวิถีมาจากกลุ่มผู้ป่วย Walk in ในปี 2550 โรงพยาบาลราชวิถีมีจำนวนผู้มีสิทธิในโครงการหลักประกันสุขภาพ (UC)

จำนวน 192,159 ราย หลังจากที่มีโครงการหลักประกันสุขภาพจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการของโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ

2.2. สถานะทางการเงินของโรงพยาบาลในโครงการหลักประกันสุขภาพ

ในปัจจุบันโรงพยาบาลราชวิถีประสบปัญหาขาดทุนจากการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างมาก จากข้อมูลทางรายรับและค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลในปี 2550 พบว่า โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีรายรับจำนวน 605,330,608 บาท แต่มีค่าใช้จ่ายสูงถึง 973,607,173 บาท โดยขาดทุนจำนวน 368,276,564 บาท การขาดทุนดังกล่าวส่วนหนึ่งเกิดจากการที่โรงพยาบาลตัดหนี้สูญในกรณีรับส่งต่อผู้ป่วยใน เนื่องจากโรงพยาบาลไม่สามารถเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลต้นสังกัดของผู้ป่วยได้

3. งบประมาณรายหัวที่โรงพยาบาลได้รับจากโครงการหลักประกันสุขภาพ

เงินเหมาจ่ายรายหัวที่ได้รับจัดสรรจากสำนักงานงบประมาณไม่ได้มาถึงโรงพยาบาลทั้งหมด แต่จะถูกแบ่งออกไปเป็นค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุข 13 ส่วน ได้แก่ ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน บริการส่งเสริมป้องกัน อุบัติเหตุ เงินลงทุน บริการการแพทย์ฉุกเฉิน บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ งบประมาณบำรุงและทดแทนครุภัณฑ์สิ่งก่อสร้าง งบจัดสรรให้พื้นที่ทุรกันดาร/เสี่ยงภัย เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ให้บริการ งบจัดสรรตามเกณฑ์คุณภาพบริการ และงบสมทบบริการการแพทย์แผนไทย เหตุผลในการแบ่งเงินเป็น 13 ส่วน เนื่องจากต้องการกระจายการใช้จ่ายงบประมาณในการดำเนินงานด้านต่างๆ อย่างทั่วถึง ซึ่งเงินเหมาจ่ายรายหัวส่วนหนึ่งจะกันออกเป็นเงินเดือนของข้าราชการประมาณร้อยละ 40 ส่วนที่เหลือจะนำมาจัดสรรเป็นรายจ่ายในการให้บริการสาธารณสุขทั้ง 13 ส่วน

ในปี 2550 เงินเหมาจ่ายรายหัวที่ได้รับอนุมัติมีจำนวน 1899.69 บาท โดยโรงพยาบาลราชวิถีได้รับเพียง 447.96 บาท ทั้งนี้โรงพยาบาลราชวิถีได้รับโอนเงินเหมาจ่ายรายหัวมาบริหารเองเพียง 2 ส่วนคือ ผู้ป่วยนอก และบริการส่งเสริมป้องกัน เงินเหมาจ่ายที่เหลืออื่นๆ เช่น ผู้ป่วยใน อุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน จะเก็บไว้ที่ส่วนกลางคือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งจะจัดสรรเงินให้ตามการให้บริการโดยจัดสรรเงินให้ล่วงหน้า เมื่อโรงพยาบาลทำการรักษาเสร็จสิ้น โรงพยาบาลก็จะส่งข้อมูลไปที่ สปสช. เพื่อตัดยอดค่าใช้จ่ายและขอรับเงินในงวดต่อไป โดยจำนวนเงินที่โรงพยาบาลจะได้รับนั้นขึ้นอยู่กับงบประมาณที่ สปสช. ได้รับและค่า DRGs

การคำนวณค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ใช้ระบบ DRGs โดยมีการคิดค่าความยากในการรักษา Relative Weight (RW) หรือ การหาค่าความยากในทางการแพทย์ เช่น การผ่าตัดไส้ติ่งคิดค่าความยากเท่ากับ 1 ผ่าตัดกระเพาะคิดค่าความยากเท่ากับ 5 เป็นต้น ซึ่งโรงพยาบาลจะคำนวณค่า RW ของการรักษาทั้งหมดส่งให้แก่ สปสช. โดยที่ สปสช. จะเป็น

ผู้รวบรวม RW ของทั้งประเทศเพื่อคำนวณค่าตอบแทนและส่งคืนให้แก่โรงพยาบาล เช่น ค่า RW รวมของโรงพยาบาลทั้งประเทศเท่ากับ 10,000 Point และ สปสช. มีเงินอยู่ 10,000 บาท ก็จะได้ Point ละ 1 บาท ถ้าในเดือนถัดไปมีเงิน 10,000 บาทเท่าเดิม แต่มีคนส่งข้อมูลมากขึ้นเป็น 20,000 Point ก็จะเหลือเพียง Point ละ 50 สตางค์ ทั้งนี้ได้มีการคิดต้นทุนในการให้บริการต่อ 1 Point อยู่ที่ 17,000 - 10,900 บาทโดยของโรงพยาบาลราชวิถีคิดต้นทุนได้ 17,000 บาท และของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยคิดได้ 21,000 บาท แต่ที่ผ่าน มา สปสช. คิดต้นทุนได้เพียง Point ละ 4,000 บาทเท่านั้น

4. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพ และโครงการประกันสังคม

ปัญหาและอุปสรรค

- เรื่องงบประมาณ เงินเหมาจ่ายรายหัวที่ได้รับมาเป็นเงินเหมาจ่ายที่รวมเงินเดือน ทำให้เหลือเงิน งบประมาณที่นำมาใช้หมุนเวียนในการให้บริการไม่เพียงพอ จนเกิดปัญหาในเรื่องของการมีค่าใช้จ่ายในแต่ละ โรงพยาบาลสูงเกินกว่างบประมาณที่ได้รับ และขาดแคลนงบประมาณในการพัฒนาบุคลากร การซื้อ เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ และรายจ่ายลงทุนในการสร้างอาคาร

- เรื่องสถานพยาบาลที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา เดิมระบบที่เคยวางไว้สำหรับการเข้ารับรักษานั้นต้อง เป็นหน่วยบริการที่ใกล้บ้านที่สุดก่อนแล้วค่อยเป็นไปตามลำดับขั้นตอนต่อไป แต่ในปัจจุบันระบบดังกล่าว ถูกละเลย เนื่องจากผู้ป่วยรับทราบข้อมูลว่าสามารถรักษาที่ไหนก็ได้ ทำให้ผู้ป่วยสามารถเลือกรักษาใน โรงพยาบาลที่ต้องการ และในที่สุดระบบการส่งต่อผู้ป่วยแบบเดิมก็จะพังทลายไป

- ผู้ป่วยมาใช้บริการเกินความจำเป็น เนื่องจากประชาชนไม่ต้องมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และเข้าถึงการบริการทางการแพทย์ง่ายขึ้น ทำให้ประชาชนเข้ามาใช้บริการของโรงพยาบาลมากขึ้นจนเกิน ความจำเป็น ทำให้เป็นการเพิ่มภาระแก่แพทย์ และพยาบาลต้องทำงานเพิ่มมากขึ้นจนมีผลต่อการให้บริการ ในที่สุด

- บุคลากรทางการแพทย์ลาออก จากการที่แพทย์และพยาบาลต้องทำงานหนักเพิ่มขึ้น ประกอบกับ มีการฟ้องร้องเพิ่มขึ้น ทำให้มีบุคลากรจากภาครัฐไหลออกไปสู่ภาคเอกชนมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการร่วมจ่าย (Co-Pay) แต่ในปัจจุบันคณะกรรมการที่ดูแลโครงการหลักประกันสุขภาพไม่เห็นด้วยกับการร่วมจ่าย เพราะไม่สามารถจัดระดับคนเข้ารับรักษาพยาบาลได้เหมือนเช่นในอดีต จาก ผลการวิจัยของนักวิชาการหลายท่านที่ศึกษาถึงทางออกในการแก้ปัญหาเรื่องโครงการหลักประกันสุขภาพ นั้นล้วนเสนอให้มีการร่วมจ่ายจากผู้เข้ารับการรักษา ซึ่งในการดำเนินการจะต้องมีฐานข้อมูลในเรื่องรายได้ ของประชากรที่ถูกต้องชัดเจน เพื่อให้การจัดระดับผู้เข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นไปอย่างถูกต้องและเป็น ธรรม สำหรับกลุ่มผู้เข้ารับบริการในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่สมควรจะได้รับการ

รักษาพยาบาลฟรีได้แก่ กลุ่มผู้ยากไร้ กลุ่มผู้พิการ ซึ่งในปัจจุบันได้มีการจัดกลุ่มไว้แล้ว เช่น กลุ่มผู้มีรายได้น้อย กลุ่มเด็กเล็ก (อายุไม่เกิน 12 ปี) และกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปี ขึ้นไป) เป็นต้น ทั้งนี้ ประชาชนจะต้องทำความเข้าใจในระบบนี้ให้ชัดเจน รวมถึงมีส่วนร่วมในการเข้ามาดูแลสถานบริการของตนเองให้สามารถดำรงอยู่ได้ ดังนั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องสร้างหลักรรมาภิบาลเพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมมากขึ้น

นอกจากนั้นแล้ว มีการเสนอแนวความคิดในเรื่องระบบประกันสุขภาพ โดยประชาชนทุกคนควรอยู่ในระบบประกันซึ่งมีทางเลือกหลายรูปแบบ หากผู้ประกันคนใดต้องการบริการที่คุ้มครองสูงขึ้น อาจจะต้องจ่ายค่าเบี้ยประกันเพิ่มขึ้น

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมในการศึกษาดูงาน
โครงการวิจัยเรื่อง การศึกษาภาระทางการคลังจากการให้สวัสดิการทางสังคมของรัฐบาล
ในกรณีศึกษา โครงการประกันสังคมและโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ครั้งที่ 1/2551 ในวันที่ 28 เมษายน 2551
ณ โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพฯ

สำนักนโยบายการคลัง สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง กระทรวงการคลัง

- | | |
|---------------------------------|--|
| 1. นางสาววิมล ชატะมีนา | ผู้อำนวยการส่วนบริหารความเสี่ยงด้านการคลัง |
| 2. นางสาวบุณยฤทธิ์ โหมยตานุกฤติ | เศรษฐกร 7 ว |
| 3. นายณัฐพล ศรีพจนารถ | เศรษฐกร |
| 4. นายชินพันธ์ อ่อนประเสริฐ | เศรษฐกร |
| 5. นางสาวพันทิพา จิตรจง | เศรษฐกร |

โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพฯ

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| 1. นายแพทย์อุดม เชาวรินทร์ | ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านการเงิน |
| 2. นายแพทย์โกฤทธิ สุมาลย์นพ | ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านประกันสุขภาพ |
| 3. คุณหญิงเดือนเพ็ญ พึ่งพระเกียรติ | คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง |
| 4. คุณสายชล ใจกุศล | เจ้าหน้าที่ฝ่ายการเงิน |

ผลการศึกษาดูงาน

โครงการวิจัยเรื่อง การศึกษาภาระทางการคลังจากการให้สวัสดิการทางสังคมของรัฐบาล

ในกรณีศึกษา โครงการประกันสังคมและโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ครั้งที่ 2/2551 ในวันที่ 7 พฤษภาคม 2551

ณ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) จังหวัดสมุทรสาคร

คณะผู้วิจัยโครงการวิจัยเรื่อง การศึกษาภาระทางการคลังจากการให้สวัสดิการทางสังคมของรัฐบาล ในกรณีศึกษา โครงการประกันสังคมและโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้ศึกษาดูงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ณ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) จังหวัดสมุทรสาคร ในวันที่ 7 พฤษภาคม 2551 เวลา 10.00 – 12.00 น. โดยสามารถสรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

1. ข้อมูลเบื้องต้นของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) จังหวัดสมุทรสาคร

โรงพยาบาลบ้านแพ้วเป็นโรงพยาบาลระดับอำเภอ ขนาด 200 เตียง มีประชากรที่ขึ้นทะเบียนโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประมาณ 76,000 คน ในอดีตโรงพยาบาลบ้านแพ้วมีการดำเนินงานเช่นเดียวกับโรงพยาบาลชุมชนทั่วไป จนมาในปี พ.ศ. 2530 โรงพยาบาลฯ เริ่มประสบปัญหาเรื่องการส่งต่อคนไข้ ซึ่งทางผู้บริหารโรงพยาบาลในขณะนั้นเห็นว่า หากมีการเพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาลก็จะสามารถดูแลคนไข้ในความรับผิดชอบได้มากขึ้น และไม่จำเป็นต้องมีการส่งต่อ

ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2543 โรงพยาบาลบ้านแพ้วได้จัดตั้งเป็นองค์การมหาชนโดยได้รับงบประมาณค่าใช้จ่ายรายหัว 782 บาท ต่อประชากรในความรับผิดชอบ 1 คน และได้มีการเก็บค่ารักษาเพิ่มอีกส่วนหนึ่งจากผู้ป่วย เช่น ถ้าเป็นผู้ป่วยในเก็บค่ารักษา 100 บาทต่อครั้ง ผู้ป่วยนอก เก็บค่ารักษา 40 บาทต่อครั้ง หากผู้ป่วยที่เข้ารักษาที่สถานีอนามัยเก็บค่ารักษา 20 บาทต่อครั้ง และถ้าเป็นผู้ป่วยในที่ประสงคจะนอนห้องพิเศษก็ต้องจ่ายเพิ่มค่าห้องพิเศษ เป็นต้น 6 เดือนต่อมา พ.ตท.ทักษิณ ชินวัตร นายกรัฐมนตรีในขณะนั้น มอบหมายให้โรงพยาบาลบ้านแพ้วเป็นโรงพยาบาลหนึ่งในโรงพยาบาลนำร่องโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค หรือที่ต่อมาเรียกว่าโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ทั้งนี้ ก่อนที่โรงพยาบาลบ้านแพ้วจะออกนอกระบบนั้น ได้มีการประเมินความเสี่ยงของโรงพยาบาลและคำนวณเงินทุนตั้งต้น ซึ่งเป็นการประเมินมูลค่าของโรงพยาบาลทั้งหมด เช่น อาคาร ที่ดิน เครื่องมือทางการแพทย์ เป็นต้น พบว่ามีประมาณ 132 ล้านบาท หลังจากทีออกนอกระบบโรงพยาบาลก็มีผลขาดทุนบ้างกำไรบ้างขึ้นอยู่กับกำหนัดดำเนินงานในขณะนั้น

อย่างไรก็ดี การออกนอกระบบราชการมาเป็นองค์กรมหาชนทำให้การบริหารจัดการของโรงพยาบาลดีขึ้น ซึ่งแต่เดิมแพทย์เฉพาะทางหายากและมักอยู่ในโรงพยาบาลใหญ่ แต่เมื่อมีการออกนอกระบบทำให้โรงพยาบาลสามารถเชิญผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ มาช่วยด้านรักษาได้ โดยมีการกำหนดอัตรา

คำตอบแทนสำหรับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่โรงพยาบาลเชิญมาเป็นกรณีพิเศษตามข้อตกลงระหว่างบุคคล และไม่ได้อ้างอิงกับระเบียบราชการ

2. การแบ่งกลุ่มประชาชนผู้มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประชาชนผู้มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มได้แก่

1. ประชาชนที่ไม่มีสิทธิอื่นใด ได้แก่ ผู้ที่ไม่ใช่ข้าราชการ และไม่มีสิทธิประกันสังคม ซึ่งประชาชนกลุ่มดังกล่าวอาจจะเลือกหน่วยบริการประจำแล้ว แต่หากยังไม่ได้เลือก เช่น กรณีเด็กแรกเกิด ระบบจะแสดงว่ามีสิทธิว่างซึ่งในกรณีนี้สามารถลงทะเบียนเลือกโรงพยาบาล ณ วันที่เข้ารับบริการและสามารถใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพได้เลย

2. กลุ่มรอยต่อของประกันสังคม คือ ผู้ที่ส่งเงินสมทบไม่ครบ 3 เดือน หรือผู้ส่งเงินสมทบ ไม่ครบ 7 เดือน ซึ่งในกรณีหากมีการฝากครรภ์ คลอดบุตร และตรวจรักษาหลังคลอด สิทธิประกันสังคมจะไม่คุ้มครอง ดังนั้นโรงพยาบาลจะใช้สิทธิประกันสุขภาพคุ้มครองแทน

3. กลุ่มสิทธิว่าง คือ กลุ่มที่ยังไม่ได้เลือกหน่วยบริการ ยังไม่ได้เลือกขึ้นทะเบียนที่ไหน และยังไม่มียุทธินีรอรรับ โดยในตอนแรกจะปฐมให้เป้นบัตรทองทั้งหมด แต่ในระยะหลังมีการแสดงความจำนงในการเลือกหน่วยบริการต่างๆ ด้วยตนเอง นอกจากนี้ ยังมีกลุ่มที่เข้าโครงการโรคเฉพาะเช่น โครงการโรคติดต่อกระจก ซึ่งไม่จำเป็นต้องขึ้นทะเบียนกับทางโรงพยาบาลก็สามารถเข้ารับบริการได้

3. สิทธิประโยชน์ของผู้ที่ขึ้นทะเบียนบัตรประกันสุขภาพ

ผู้ที่ขึ้นทะเบียนแล้ว สามารถเข้ารับบริการตามหน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ ซึ่งหากเกินศักยภาพของโรงพยาบาล โรงพยาบาลจะส่งต่อ ในกรณีที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการหลักประกันฯ จะต้องแจ้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ภายใน 3 วัน โดยในกรณีดังกล่าว สปสช. จะจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้ครั้งหนึ่ง โรงพยาบาลจะต้องรับภาระส่วนหนึ่ง และผู้ป่วยจะต้องรับหนึ่งส่วน ยกเว้นกรณีอุบัติเหตุหรือฉุกเฉินที่เกิดเหตุที่ต่างจังหวัดสามารถเบิกค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพได้ทั่วประเทศ

4. วิธีการจัดสรรเงินงบประมาณ

การจัดสรรงบประมาณให้แก่โรงพยาบาล แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ งบประมาณสำหรับโรงพยาบาลประเภท Inclusive และ โรงพยาบาลประเภท Exclusive

โรงพยาบาลประเภท Inclusive จะรับเงินงบประมาณจากการรวมจำนวนผู้ป่วยนอก (OPD) และผู้ป่วยใน (IPD) เป็นก้อนเดียวโดยพิจารณาจากจำนวนประชากรในพื้นที่ที่รับผิดชอบ

โรงพยาบาลประเภท Exclusive จะรับงบประมาณ 2 ส่วน โดยส่วนแรกจะเป็นงบประมาณแบบเหมาจ่าย ที่พิจารณาจากประชากร อัตรา OPD รวมกับงบประมาณส่งเสริมและป้องกันรักษาโรค ส่วนที่สองจะเป็นรายรับจากการบริการผู้ป่วย IPD ที่พิจารณาจากค่า DRGs รวมจากการ Admit คนไข้

โรงพยาบาลส่วนใหญ่ของรัฐบาลจะเป็นโรงพยาบาลประเภท Exclusive และโรงพยาบาลเอกชนจะเป็นประเภท Inclusive โรงพยาบาลบ้านแพ้วในอดีตเป็น Inclusive แต่ในปัจจุบันได้เปลี่ยนมาเป็น Exclusive

5. ผลการดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)

ผลการดำเนินงานในอดีต โรงพยาบาลบ้านแพ้วเป็นองค์กรที่ไม่มุ่งหวังผลกำไร ผลการดำเนินงานขององค์กรที่ผ่านมานั้นสอดคล้องกับการเป็นองค์กรมหาชน โดยจากอดีตที่ผ่านมาโรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานสุทธิร้อยละ 90 และมีกำไรร้อยละ 10 ซึ่งรายได้ส่วนใหญ่ของโรงพยาบาลมาจากการรับรักษาพยาบาล (โครงการ UC และประกันสังคม) ในปี 2550 โรงพยาบาลบ้านแพ้วมีความคล่องตัวเพิ่มขึ้นจากปี 2549 เนื่องจากการให้บริการที่เพิ่มมากขึ้นของโรงพยาบาล ซึ่งการขยายการให้บริการเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้ปริมาณลูกหนี้ของโรงพยาบาลมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ระยะเวลาในการเก็บชำระเงินจากลูกหนี้ (ผู้ป่วย) ต้องขยายช่วงเวลาเพิ่มขึ้นอีกด้วย ในด้านเงินทุนของโรงพยาบาลโดยส่วนใหญ่ได้มาจากเงินทุนดั้งเดิมของโรงพยาบาลเอง ที่มีการนำมาใช้หมุนเวียนในการดำเนินงานของโรงพยาบาล ทำให้โรงพยาบาลมีสัดส่วนการก่อหนี้เพิ่มขึ้นน้อยมาก (ไม่เกินร้อยละ 1) จากผลการดำเนินงานข้างต้นส่งผลให้การดำเนินงานในปัจจุบัน (ปีงบประมาณ 2551 สิ้นสุดวันที่ 30 เมษายน 2551) มีผลการดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกันกับปี 2550

6. ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในการดำเนินงานของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว(องค์การมหาชน)

เนื่องจากการที่โรงพยาบาลบ้านแพ้วเป็นองค์กรมหาชน ทำให้ไม่ได้รับเงินงบประมาณสนับสนุนในการดำเนินงานจากรัฐบาล และต้องจัดหารายได้พิเศษเพิ่มเติม เช่น การจัดทำโครงการผ่าตัดอวัยวะเคลื่อนที่ โครงการผ่าตัดเอ็นข้อเข่าเคลื่อนที่ ซึ่งโครงการเหล่านี้จะช่วยเพิ่มรายได้ให้แก่โรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมในการศึกษาดูงาน
โครงการวิจัยเรื่อง การศึกษาภาระทางการคลังจากการให้สวัสดิการทางสังคมของรัฐบาล
ในกรณีศึกษา โครงการประกันสังคมและโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ครั้งที่ 2/2551 ในวันที่ 7 พฤษภาคม 2551
ณ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) จังหวัดสมุทรสาคร

สำนักนโยบายการคลัง สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง กระทรวงการคลัง

- | | |
|-----------------------------|--|
| 1. นางสาววิมล ชატะมีนา | ผู้อำนวยการส่วนบริหารความเสี่ยงด้านการคลัง |
| 2. นางสาวบุญศรี ภูมิตานฤทธิ | เศรษฐกร 7 ว |
| 3. นายณัฐพล ศรีพจนารถ | เศรษฐกร |
| 4. นายชินพันธ์ อ่อนประเสริฐ | เศรษฐกร |
| 5. นางสาวพันทิพา จิตรจง | เศรษฐกร |

โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) จังหวัดสมุทรสาคร

- | | |
|---------------------------------|----------------------------------|
| 1. นางสาวนุชนารถ กลับบ้านเกาะ | รองผู้อำนวยการ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว |
| 2. นางชุติมา เนินหาด | หัวหน้างานประกันสุขภาพ |
| 3. นางศรัญญา มั่นป้อม | เจ้าหน้าที่ประกันสังคม |
| 4. นางสาวภาวิณี อรุณศิริวัฒน์ | เจ้าหน้าที่บัญชี |
| 5. นางสาวปรารค์ทิพย์ ศรีคำเหน็ด | ผู้ตรวจสอบภายใน |

ผลการศึกษาดูงาน

โครงการวิจัยเรื่อง การศึกษาภาระทางการคลังจากการให้สวัสดิการทางสังคมของรัฐบาล

ในกรณีศึกษา โครงการประกันสังคมและโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ครั้งที่ 3/2551 ในวันที่ 14 พฤษภาคม 2551

ณ โรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี

คณะผู้วิจัยโครงการวิจัยเรื่อง การศึกษาภาระทางการคลังจากการให้สวัสดิการทางสังคมของรัฐบาล ในกรณีศึกษา โครงการประกันสังคมและโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้ศึกษาดูงาน โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ณ โรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี ในวันที่ 14 พฤษภาคม 2551 เวลา 10.00 – 12.00 น. โดยสามารถสรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

1. ข้อมูลเบื้องต้นของของโรงพยาบาลชลบุรี

โรงพยาบาลชลบุรี เป็นโรงพยาบาลศูนย์ตามแนวนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบัน (ปี 2550) มีจำนวนเตียงในการให้บริการผู้ป่วยจำนวน 825 เตียง แต่ในความเป็นจริงแล้วทางโรงพยาบาล ให้บริการรักษาผู้ป่วยเกินกว่าจำนวนเตียงที่กำหนด เนื่องจากมีผู้มาใช้บริการจำนวนมาก จึงต้องเสริมเตียง ผ้าใบและเตียงประเภทอื่นๆ เพิ่มเติม ประชากรในเขตอำเภอเมืองชลบุรีมีจำนวน 269,340 คน และประชากรผู้มีสิทธิประกันสุขภาพจำนวน 171,891 คน โรงพยาบาลชลบุรีมีแพทย์ 176 คน พยาบาล 649 คน โดยแบ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ 543 คนและพยาบาลเทคนิคอีก 106 คน เภสัชกร 38 คน เทคนิคการแพทย์และนักวิชาการ 17 คน และอื่นๆ อีก 193 คน รวมเป็น 1,073 คน (เฉพาะข้าราชการ) นอกจากนี้ยังมีลูกจ้างอีกประมาณ 1,300 คน รวมทั้งหมดแล้วโรงพยาบาลมีเจ้าหน้าที่ประมาณ 2,400 คน

โรงพยาบาลชลบุรีเริ่มเข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพตั้งแต่ปี 2545 มีการแบ่งหน่วยบริการออกเป็นระดับปฐมภูมิ ดิยภูมิ และมีการรับส่งต่อ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิประกอบด้วย สถานพยาบาลหลักคือ โรงพยาบาลเมืองชลบุรี และหน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ในความรับผิดชอบ 17 หน่วย ส่วนหน่วยบริการดิยภูมินั้นประกอบด้วย Excellent center 3 ศูนย์คือ ศูนย์โรคหัวใจ ศูนย์มะเร็ง ศูนย์อุบัติเหตุฉุกเฉิน

2. ขั้นตอนการดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพของโรงพยาบาลชลบุรี

ขั้นตอนการให้บริการของโรงพยาบาล ลำดับแรกจะต้องตรวจสอบสิทธิของผู้รับบริการและให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์และความจำเป็นทางการแพทย์ หลังจากให้บริการแล้วโรงพยาบาลก็ต้องจัดทำข้อมูลเพื่อขอรับการชดเชย

ขั้นตอนการขอรับเงินชดเชยกรณีผู้ป่วยนอก (OPD) ของจังหวัดชลบุรีจะมีจัดสรรแบบเหมาจ่ายคือ สาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) จะจัดสรรให้ทางโรงพยาบาลแบบเหมาจ่าย เมื่อให้บริการเสร็จเรียบร้อยแล้วจะต้องจัดทำข้อมูลว่ามีค่าใช้จ่ายจริงเท่าไรแล้วนำเสนอต่อสาธารณสุขจังหวัด ถ้าเป็นคนไข้ส่งจากต่างจังหวัด

ทางโรงพยาบาลก็จะเรียกเก็บเงินไปยังโรงพยาบาลต้นสังกัดในอัตรา 700 บาทต่อครั้ง ซึ่งเป็นจำนวนที่ต่ำกว่าความเป็นจริง ส่วนขั้นตอนการขอรับเงินชดเชยกรณีผู้ป่วยใน (IPD) จะมีจัดสรรเงินล่วงหน้าให้โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จะพิจารณาถึงผลงานที่เกิดขึ้นจริงกับจำนวนเงินที่ได้รับจัดสรรล่วงหน้า และส่งข้อมูลต่างๆ ให้สสจ. เพื่อทำการปรับเกลีย โอน/หักเงินทางบัญชีให้แก่โรงพยาบาล

ขั้นตอนในเรื่องการรับงบประมาณ สปสช. จะจัดสรรเงินล่วงหน้าให้โดยดูจากข้อมูลในอดีต เพื่อทำการคำนวณค่าใช้จ่ายในปีปัจจุบันว่าเป็นจำนวนเท่าไร และจัดสรรเงินล่วงหน้าให้สสจ. แล้วดำเนินการจ่ายให้โรงพยาบาลต่อไป ซึ่งภายใน 1 ปีจะจ่ายให้ 4 รอบ โดยจัดสรรเงินงวดแรกล่วงหน้าให้แก่โรงพยาบาล และหลังจากที่โรงพยาบาลให้บริการแล้วจะต้องจัดทำข้อมูลเพื่อตัดยอดรายจ่ายจริงและขอรับเงินชดเชยเพิ่ม

3. ผลการดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพของโรงพยาบาลชลบุรีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน

ในปี 2550 โรงพยาบาลชลบุรี มีผู้มาใช้บริการผู้ป่วยนอกจำนวน 665,228 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ใช้สิทธิประกันสุขภาพมากที่สุด รองลงมาคือ สิทธิของข้าราชการ สำหรับผู้มาใช้บริการกรณีผู้ป่วยใน มีจำนวน 54,190 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ใช้สิทธิข้าราชการมากที่สุด รองลงมาคือ สิทธิประกันสุขภาพ

โรงพยาบาลชลบุรีมีผู้มาใช้บริการในโครงการหลักประกันสุขภาพ ในกรณีผู้ป่วยนอก ระหว่างปี 2548-2550 เฉลี่ยคนละ 2 ครั้งต่อปี และมีผู้มาใช้บริการในกรณีผู้ป่วยในเฉลี่ยวันนอนประมาณ 8 วัน ซึ่งจะใกล้เคียงกับสิทธิข้าราชการ

การดำเนินงานของโรงพยาบาลชลบุรีมีผลกำไรมาโดยตลอด เนื่องจากการใช้สิทธิของข้าราชการ และการเปิดโอกาสให้มีการจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ที่ทำประกันกับบริษัทเอกชน โดยการเรียกเก็บแบบ Fax Claim ทำให้มีผู้มาใช้บริการจำนวนมาก มีผลให้โรงพยาบาลมีรายได้มาชดเชยกับการให้บริการในโครงการหลักประกันสุขภาพ ที่มีผลการดำเนินงานขาดทุนมาโดยตลอด

4. วิธีการจัดสรรงบประมาณการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

(PP : Prevention and Promotion) ของโรงพยาบาลชลบุรี

ในปีงบประมาณ 2551 สถานีอนามัยได้รับงบประมาณสำหรับการดำเนินกิจกรรม PP จำนวน 7 ล้านบาท และโรงพยาบาลได้รับ 6 ล้านบาท รวมทั้งสิ้น 13 ล้านบาท แต่งบประมาณในจำนวนนี้ไม่เพียงพอในการดำเนินกิจกรรมได้ครบถ้วน จึงจำเป็นต้องเกลี่ยงบประมาณในส่วนอื่นมาเพิ่มเติมในงบ PP สำหรับวิธีการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ของโรงพยาบาลนั้น ดำเนินการสองลักษณะ คือการออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ และให้บริการภายในโรงพยาบาลเอง

โรงพยาบาลชลบุรีมีนโยบายเสริมรายได้ให้แก่โรงพยาบาลโดยการให้บริการนวดแผนไทย ยังไม่มีกิจกรรมเสริมรายได้ประเภทอื่น เนื่องจากบุคลากรของทางโรงพยาบาลชลบุรีนั้นจำกัดจึงไม่สามารถทำกิจกรรมเสริมรายได้มากมายเหมือนดังโรงพยาบาลที่เป็นองค์กรมหาชน

5. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพ

5.1 ค่าบริการ โดยการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยนอกต่างหน่วยบริการเป็นการจ่ายตามข้อตกลงที่กำหนดไว้ล่วงหน้า ส่วนกรณีผู้ป่วยในจ่ายตาม DRGs และต้องส่งข้อมูลภายใน 30 วันหลังจากที่คนไข้จำหน่าย ถ้าเราส่งข้อมูลไม่ทันตามกำหนดก็จะทำให้ได้เงินชดเชยในจำนวนที่ลดลง ซึ่งไม่เป็นธรรมกับโรงพยาบาลที่มีผู้ใช้บริการจำนวนมาก

5.2 การสนับสนุนงบประมาณ ซึ่งงบลงทุนที่ สปสช. จัดสรรให้ นั้นเป็นงบลงทุนทดแทนที่จ่ายตามหัวประชากร เมื่อมีการกระจายการจัดสรรให้สถานพยาบาลแล้ว ทำให้งบลงทุนที่ได้ นั้นไม่เพียงพอต่อการซื้อทดแทนครุภัณฑ์ และสิ่งก่อสร้างที่มีอยู่เดิม และไม่มีงบลงทุนในการพัฒนางานใหม่ๆ ได้เลย

5.3 งบประมาณเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยที่ สปสช. เป็นผู้กำหนดเงื่อนไขว่า ให้ทำงานไปก่อนแล้วส่งข้อมูลไปปรับเงินซึ่งในทางปฏิบัตินั้นกระทำได้ยาก เพราะการจัดซื้อจัดจ้างต้องระบุแหล่งเงินทุน ทำให้จัดซื้อไม่ได้ โรงพยาบาลจะต้องหาเงินยืมจากแหล่งอื่นมาดำเนินการ

5.4 ระบบสารสนเทศด้านบริการสุขภาพ ข้อมูลการให้บริการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์ ขาดการเชื่อมโยง เพราะแต่ละระดับพัฒนาโปรแกรมกันเอง ไม่มีโปรแกรมกลางที่จะเชื่อมโยงข้อมูลได้

5.5 ระเบียบการใช้จ่ายเงินที่ได้รับจาก สปสช. ตามโครงการที่ทำข้อตกลง ต้องใช้ระเบียบเงินบำรุงสถานพยาบาล ทำให้โรงพยาบาลไม่ได้รับความสะดวกในการใช้จ่ายเงิน

5.6 โครงการหลักประกันสุขภาพ ส่งผลให้มีผู้มาใช้บริการมากขึ้น เป็นการเพิ่มภาระการทำงานให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ทั้งแพทย์ และพยาบาล ทำให้มีบุคลากรลาออกจำนวนมาก และบุคลากรที่มีอยู่ไม่เพียงพอในการปฏิบัติหน้าที่ โรงพยาบาลแก้ปัญหาโดยการทำงานล่วงเวลา

6. ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

6.1 ผู้เข้ารับบริการควรจ่ายเงินสมทบในโครงการหลักประกันสุขภาพ ผู้รับบริการควรร่วมจ่ายในบางส่วนทั้งในกรณีที่ไข้ยาเฉพาะหรือหัตถการที่ยุ่ยากซับซ้อน และเสนอให้จ่ายสมทบครั้งละ 50 บาทในกรณีค่าบริการผู้ป่วยนอก เนื่องจากเมื่อไม่มีการจัดเก็บค่าบริการทำให้โรงพยาบาลต้องรับภาระในเรื่องจำนวนผู้รับบริการที่มากและเกินความจำเป็น นอกจากนี้ผู้รับบริการควรจ่ายสมทบกรณีค่าอุปกรณ์หรืออวัยวะเทียมซึ่งมีราคาสูงกว่าราคากลางที่กำหนด เพราะกรณีดังกล่าวทำให้โรงพยาบาลต้องรับภาระเป็นจำนวนมาก ดังนั้น ถ้าผู้รับบริการสามารถร่วมจ่ายเงินสมทบในส่วนต่างก็จะช่วยลดปัญหาให้กับโรงพยาบาลได้

6.2 การเพิ่มบทบาทของภาคเอกชนในการให้บริการภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพ การเพิ่มบทบาทของภาคเอกชนในการให้บริการ มีข้อดี คือจะทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้มากขึ้น ช่วยแบ่งเบาภาระงานบริการด้านสุขภาพของสถานพยาบาลของรัฐ และช่วยแก้ปัญหาบุคลากรของรัฐที่ไม่เพียงพอกับการให้บริการด้านสุขภาพ แต่มีข้อเสียคือภาคเอกชนเน้นในเรื่องของกำไรเป็นหลัก ทำให้ใน

บางครั้งภาคเอกชนอาจจะปฏิเสธไม่รับการรักษาเพราะมีการพิจารณาแล้วว่ามิแน่วโน้มที่จะไม่ได้รับกำไร ดังนั้น การให้ภาคเอกชนมาร่วมเป็นภาคสมทบนั้นจะต้องมีการพิจารณาว่า ภาคเอกชนสามารถปฏิบัติครบทั้ง 4 ด้านอันได้แก่ ส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู หรือไม่ ก่อนที่จะตัดสินใจให้ภาคเอกชนมาร่วมในการให้บริการต่างๆ

6.3 การจ่ายเงินชดเชยให้แก่โรงพยาบาลในการให้บริการในโครงการหลักประกันสุขภาพ ควรจ่ายให้ตามข้อเท็จจริงของค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงทั้งในกรณีของผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน

6.4 การจัดสรรงบประมาณควรพิจารณาถึงศักยภาพของพื้นที่ และข้อมูลสุขภาพของประชาชนร่วมในการพิจารณาจัดสรรงบประมาณให้แก่โรงพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้เกิดการพัฒนาการดำเนินงาน และพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง

6.5 ควรสนับสนุนเงินทุนหมุนเวียนให้แก่โรงพยาบาลอย่างเพียงพอ

6.6 สปสช. ควรลงทุน Software และHardware ให้กับสถานพยาบาลในภาพรวมของประเทศ ให้เหมือนฐานข้อมูลบัตรประชาชน ที่สามารถตรวจสอบได้ทุกที่

ผู้เข้าร่วมประชุมในการศึกษาดูงาน
โครงการวิจัยเรื่อง การศึกษาภาระทางการคลังจากการให้สวัสดิการทางสังคมของรัฐบาล
ในกรณีศึกษา โครงการประกันสังคมและโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ครั้งที่ 3/2551 ในวันที่ 14 พฤษภาคม 2551
ณ โรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี

สำนักนโยบายการคลัง สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง กระทรวงการคลัง

- | | |
|-----------------------------|--|
| 1. นางสาววิมล ชาคะมีนา | ผู้อำนวยการส่วนบริหารความเสี่ยงด้านการคลัง |
| 2. นางสาวบุญศรี ภูมิตานฤทธิ | เศรษฐกร 7 ว |
| 3. นายณัฐพล ศรีพจนารถ | เศรษฐกร |
| 4. นายชินพันธ์ อ่อนประเสริฐ | เศรษฐกร |
| 5. นางสาวพันทิพา จิตรจง | เศรษฐกร |

โรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี

- | | |
|--------------------------------|--|
| 1. นายแพทย์อ่องอาจ ดีศิริ | หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพและสวัสดิการสังคม |
| 2. นางสาวนิตยา ชีโนคม | พยาบาลวิชาชีพ 8 กลุ่มการพยาบาล |
| 3. นางจตุพร แก้วสุข | พยาบาลวิชาชีพ 7 ศูนย์ประกันสุขภาพ |
| 4. นางผกาทิพย์ ธนเศรษฐกร | เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป 8 |
| 5. นายแพทย์พิชัย ศิริพรพาณิชย์ | นายแพทย์ 9 กลุ่มงานเวชกรรมสังคม |
| 6. นางสบายใจ น้อยวิมล | เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชี 5 |
| 7. นางสาวสิริมา พรหมสิงห์ | พยาบาลวิชาชีพ 7 ศูนย์ประกันสุขภาพ |
| 8. นางสาวศิริภากร ศรีวัฒนวรชัย | เจ้าหน้าที่สถิติ 6 |
| 9. นางกวิณนาถ แน่นหนา | พยาบาลวิชาชีพ |

ผลการศึกษาดูงาน

โครงการวิจัยเรื่อง การศึกษาภาระทางการคลังจากการให้สวัสดิการทางสังคมของรัฐบาล

ในกรณีศึกษา โครงการประกันสังคมและโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ครั้งที่ 4/2551 ในวันที่ 23 พฤษภาคม 2551

ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช (วาสนมหาเถระ) นครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

คณะผู้วิจัยโครงการวิจัยเรื่อง การศึกษาภาระทางการคลังจากการให้สวัสดิการทางสังคมของรัฐบาล ในกรณีศึกษา โครงการประกันสังคมและโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้ศึกษาดูงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ณ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) จังหวัดสมุทรสาคร ในวันที่ 7 พฤษภาคม 2551 เวลา 10.00 – 12.00 น. โดยสามารถสรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

1. ข้อมูลเบื้องต้นของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช (วาสนมหาเถระ) นครหลวง

จังหวัดพระนครศรีอยุธยาเป็นจังหวัดที่มี 16 อำเภอ มีจำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎร์ประมาณ 700,000 คน และยังมีประชากรที่อพยพรวมทั้งแรงงานที่ย้ายเข้ามาเป็นจำนวนมากโดยที่ไม่ย้ายทะเบียนราษฎร์อีกจำนวนหนึ่ง โดยโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชเป็นโรงพยาบาลชุมชนประจำอำเภอนครหลวง ในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข มีจำนวนเตียงที่ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการได้ 60 เตียง แต่ปัจจุบันให้บริการเพียง 30 เตียงโดยลดขนาดการให้บริการลงมา หลังจากที่โรงพยาบาลเข้าโครงการหลักประกันสุขภาพ เนื่องจากพิจารณาจากขนาดของชุมชน และจำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎร์ซึ่งมีจำนวนประมาณ 34,000 คน โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชมีสถานีนามัยในเครือข่าย 12 ตำบล ประชากรในอำเภอนครหลวงส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ทำนา และมีแรงงานต่างด้าวที่อพยพเข้ามาทำงานจำนวนมากโดยมีนิคมอุตสาหกรรม 1 แห่ง และมีโรงงานนอกนิคมอุตสาหกรรม 20 – 30 แห่ง นอกจากนั้นอยุธยายังมีท่าเรือเพื่อใช้ในการขนส่งด้วย ในอดีตโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชเป็นโรงพยาบาล 10 เตียง ซึ่งตั้งอยู่ในตัวเมืองอำเภอนครหลวง หลังจากนั้นได้มีการขยายโรงพยาบาลจาก 10 เตียงเป็น 30 เตียง จึงได้ย้ายโรงพยาบาลมาอยู่ ณ ที่ปัจจุบันและเปิดทำการตั้งแต่ปี 2525 เป็นต้นมา เนื่องจากสถานที่ตั้งของโรงพยาบาลห่างไกลจากชุมชน และอำเภอนครหลวงเป็นอำเภอติดชายแดนอำเภอเมืองอยุธยา คนไข้ที่เข้ามารักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่ใช่คนในพื้นที่อำเภอนครหลวงโดยตรง โดยคนไข้ที่ได้รับการรักษาจะเป็นคนไข้ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประมาณร้อยละ 60 สิทธิประกันสังคมร้อยละ 25 สิทธิข้าราชการร้อยละ 10 และอื่น ๆ อีก ร้อยละ 5 (ได้แก่คนไข้จ่ายเอง ไม่มีบัตร และสงเคราะห์)

โครงสร้างของโรงพยาบาล ประกอบด้วย ผู้อำนวยการ กรรมการผู้บริหารที่แต่งตั้งจากหัวหน้ากลุ่มงานต่างๆ ประมาณ 5 ท่าน ซึ่งมีการแบ่งกลุ่มงานต่างๆ ออกเป็น 7 กลุ่มคือ กลุ่มงานบริการทางการแพทย์ กลุ่มงานเทคนิคบริการ กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว

และชุมชน และฝ่ายบริหารงานทั่วไป ส่วนกรรมการที่ปรึกษาได้แก่ บุคคลภายนอกที่ไม่ใช่บุคลากรในโรงพยาบาลหรือข้าราชการในโรงพยาบาล ในด้านบุคลากรของโรงพยาบาลในปัจจุบันมีจำนวนประมาณ 105 คน เช่น แพทย์ 3 คน เภสัชกร 3 คน พยาบาลวิชาชีพ 32 คน เป็นต้น

โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชเข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี 2545 ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขโดยเข้าพร้อมกันทั้งจังหวัด ก่อนหน้านั้นทางโรงพยาบาลได้รับงบประมาณจากส่วนกลาง โดยการจัดสรรงบประมาณจะจัดสรรตามจำนวนเตียงที่ได้รับอนุญาต หลังจากเข้าโครงการแล้วมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการจัดสรรงบประมาณ กล่าวคือ เป็นการจัดสรรตามจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ ทำให้ทรัพยากรที่ได้รับงบประมาณลดลงไปอย่างมาก โดยโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชมีคนไข้นอกประมาณ 270 คนภายใน 1 วันต่อแพทย์ 2 ท่านจากทั้งหมด 3 ท่าน และมีพยาบาลเวชปฏิบัติที่ได้รับการอบรมเข้ามาช่วยการตรวจรักษาอีกทาง โดยทางโรงพยาบาลจะเป็นผู้รับผิดชอบให้ในกรณีที่พยาบาลทำการรักษาผิดพลาดหรือในกรณีอื่นๆ ซึ่งในปี 2549-2550 มีผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลประมาณ 61,238 คน เฉลี่ยวันละ 309 คน

2. การดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช

(วสนมหาเถรฯ) นครหลวง

2.1 การให้บริการของทางโรงพยาบาลยังคงให้บริการเหมือนเดิม โดยไม่แบ่งแยกการให้บริการ แม้ว่าจะเป็นสิทธิใดก็ตาม เนื่องจากโรงพยาบาลมีขนาดเล็ก ผู้ป่วยมีปริมาณน้อย และโดยส่วนใหญ่เป็นคนไข้ผู้สูงอายุ จึงไม่สามารถแบ่งการบริการได้และจำนวนแพทย์ผู้ให้บริการน้อย

2.2 การรับเงินค่ารักษาพยาบาล กระทรวงสาธารณสุขเปิดกว้างในตอนแรกโดยการจัดสรรงบประมาณให้เป็นก้อนใหญ่ในภาพของจังหวัด และจังหวัดจะจัดสรรตามความเหมาะสมโดยมีคณะกรรมการเป็นผู้กำหนดกติกา ซึ่งในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีการแบ่งงบประมาณออกเป็น 2 ส่วน คือ การจัดสรรงบประมาณก่อนให้บริการ แบ่งตามจำนวนประชากรคือ อำเภอไหนมีประชากรขึ้นทะเบียนเท่าไร จำนวนเงินที่ได้ก็จะคิดคำนวณจากจำนวนประชากร ซึ่งเป็นการให้บริการแก่ผู้ป่วยนอก และส่งเสริมและป้องกันสุขภาพ รวมถึงการจัดสรรงบประมาณหลังจากการให้บริการ ซึ่งเป็นการให้บริการแก่ผู้ป่วยใน โดยโรงพยาบาลจะได้งบประมาณที่ต่อเมื่อทางโรงพยาบาลให้การรักษาและจัดทำข้อมูลเพื่อขอรับชดเชย โดยใช้ระบบ DRGs ในการคำนวณอัตราค่าชดเชย การโอนงบประมาณจะโอนเป็นรายไตรมาส คือ 4 ครั้งต่อปี นอกจากนั้นแล้วสาธารณสุขจังหวัดยังกันเงินงบประมาณบางส่วนไว้เป็นเงินสำรองสำหรับตามจ่ายค่ารักษาพยาบาลในกรณีเป็นคนไข้ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลนอกจังหวัด ในการจัดสรรงบประมาณสาธารณสุขจังหวัดจะนำงบประมาณที่ได้รับหลังจากหักการตามจ่ายตามกติกาเสร็จเรียบร้อยแล้ว หักด้วย DRGs ของทั้งจังหวัด แล้วคูณด้วยจำนวนหน่วยของแต่ละโรงพยาบาล เป็นงบประมาณที่แต่ละโรงพยาบาลได้รับชดเชย

3. ผลการดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช

(วสนมหาเถรฯ) นครหลวง ที่ผ่านมจนถึงปัจจุบัน

ในอดีตนั้นมีระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้มีรายได้น้อย และการเข้าถึงบริการยังไม่ได้เท่าที่ควร ผู้ป่วยจะมาโรงพยาบาลเมื่อมีอาการหนักหรือแสดงอาการชัดเจนแล้ว แต่ในปัจจุบันมีการเข้าถึงบริการได้ง่ายสำหรับผู้รับบริการ ปัจจุบันจึงมีผู้เข้ารับบริการจำนวนครั้งมากขึ้น ประมาณ 2 เท่าตัว โดยมีประชากรขึ้นทะเบียนในโครงการหลักประกันสุขภาพ ร้อยละ 70 และมาใช้บริการในโครงการนี้ร้อยละ 50

ทางโรงพยาบาลมีรายได้จากแหล่งอื่นมาสนับสนุนเพิ่มเติมนอกจากรายได้ที่ได้รับจากรัฐบาล

โรงพยาบาลได้รับรายได้จากการบริจาคในปริมาณไม่มาก โดยส่วนใหญ่มีการบริจาคในลักษณะเฉพาะกิจ ได้แก่ค่าใช้จ่ายในการปรับปรุงอาคาร หรือเครื่องมือ หรืออาจขอบริจาคจากมูลนิธิมงคลบพิตร (วัดมงคลบพิตร จ.อยุธยา) แต่กระบวนการในลักษณะนี้จะดำเนินการได้ค่อนข้างช้า

4. ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพ

4.1 โครงการหลักประกันสุขภาพมีภาพรวมของนโยบายโครงการที่ดี แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นโดยส่วนใหญ่มาจากได้รับงบประมาณที่น้อยเกินไป

4.2 ผู้ใช้บริการเข้าถึงบริการได้มากขึ้น แต่การให้บริการเริ่มลดคุณภาพลง เนื่องจากทรัพยากรที่ได้รับในการบริหารจัดการไม่เพียงพอ

4.3 ปริมาณงานเพิ่มขึ้น แต่มีจำนวนบุคลากรคงที่ และบางแห่งลดจำนวนลง จึงเกิดความไม่สมดุล ควรปรับปรุงในเรื่องการเพิ่มทรัพยากรทั้งบุคลากร และงบประมาณที่ใช้ในการบริหาร

4.4 เนื่องจากบุคลากรมีจำกัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลต้องมาทำหน้าที่ตรวจคนไข้ และข้าเวรกลางคืน ทำให้ไม่มีเวลาเพียงพอในการบริหารโรงพยาบาล นอกจากนั้น ยังต้องพยายามที่ได้รับการอบรมทางด้านเวชปฏิบัติมาช่วยในการตรวจคนไข้ จึงเห็นควรให้มีการปรับโครงสร้างในการบริหาร และเพิ่มค่าตอบแทนการบริหารให้มากขึ้น

4.5 การมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้มาก และมากเกินไปจนเกิดปัญหาเพิ่มภาระในการให้บริการแก่แพทย์ เนื่องจากประชาชนไม่มีค่าใช้จ่ายในการรักษา ทำให้จำนวนครั้งของประชาชนที่มาเข้ารับการรักษาเพิ่มสูงขึ้น

4.6 บุคลากรทั้งแพทย์ และพยาบาลไม่สนใจที่จะมาทำงานในโรงพยาบาลระดับอำเภอ ส่วนใหญ่จะมุ่งทำงานในระดับจังหวัดทำให้เกิดการเปลี่ยนบุคลากรตลอดเวลาโดยการโยกย้าย ลาออก และลาศึกษาต่อ

ผู้เข้าร่วมประชุมในการศึกษาดูงาน
โครงการวิจัยเรื่อง การศึกษาภาระทางการคลังจากการให้สวัสดิการทางสังคมของรัฐบาล
ในกรณีศึกษา โครงการประกันสังคมและโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ครั้งที่ 4/2551 ในวันที่ 23 พฤษภาคม 2551
ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช (วาสนมหาเถระ) นครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

สำนักนโยบายการคลัง สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง กระทรวงการคลัง

- | | |
|-----------------------------|--|
| 1. นางสาววิมล ชาคะมีนา | ผู้อำนวยการส่วนบริหารความเสี่ยงด้านการคลัง |
| 2. นางสาวบุญศรี ภูมิตานฤทธิ | เศรษฐกร 7 ว |
| 3. นายณัฐพล ศรีพจนารถ | เศรษฐกร |
| 4. นายชินพันธ์ อ่อนประเสริฐ | เศรษฐกร |
| 5. นางสาวพันทิพา จิตรจง | เศรษฐกร |

โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช (วาสนมหาเถระ) นครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

- | | |
|----------------------------------|---|
| 1. นายแพทย์ประเสริฐ ตั้งจิตรธรรม | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช |
| 2. นางสาวนีย์ สาลีอรรค | หัวหน้าฝ่ายบริหาร เจ้าหน้าที่บริหารทั่วไป 7 |
| 3. นางสมถวิล จำปาทอง | พยาบาลวิชาชีพ 7 |
| 4. นางสาวนิตยา โพธิ์พัฒน์ | เจ้าหน้าที่เวชสถิติ |
| 5. นางสาวพัชรี สัทธรรม | เภสัชกร |
| 6. นางสาวรัตนชนก บุญประเสริฐ | นักวิชาการการเงินและบัญชี |

ภาคผนวก 3 ประมาณการด้านประชากร ผู้มีงานทำ ผู้ประกันตน ค่าจ้าง และสถานะทางการเงินของกองทุนประกันสังคม ปี 2550-2564 (ภายใต้สถานการณ์ปกติ)

ล้านบาท

	2550	2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557	2558	2559	2560	2561	2562	2563	2564
จำนวนประชากร (ล้านคน)	65.92	66.31	66.68	67.01	67.38	67.75	68.12	68.48	68.84	69.19	69.53	69.87	70.20	70.52	70.83
จำนวนผู้มีงานทำ (ล้านคน)	37.11	37.07	37.44	37.60	37.77	38.01	38.21	38.40	38.61	38.80	39.00	39.19	39.37	39.55	39.73
จำนวนผู้ประกันตน (ล้านคน)	9.18	9.04	9.20	9.21	9.26	9.32	9.37	9.41	9.47	9.51	9.56	9.61	9.65	9.70	9.74
ค่าจ้างเฉลี่ย (บาท/เดือน)	7,491	7,865	8,258	8,671	9,105	9,560	10,038	10,540	11,067	11,621	12,202	12,812	13,452	14,125	14,831
สถานะทางการเงินกองทุน 4 กรณี															
รายรับรวม	24,702	24,646	26,449	27,982	29,753	31,620	33,613	35,714	37,970	40,353	42,891	45,587	48,449	51,485	54,709
รายจ่ายรวม	14,078	14,143	14,673	14,979	15,375	15,769	16,175	16,579	17,004	17,430	17,867	18,313	18,767	19,230	19,701
กระแสเงินสด	10,623	10,503	11,776	13,003	14,378	15,852	17,438	19,135	20,966	22,924	25,024	27,274	29,681	32,256	35,007
สถานะทางการเงินกองทุน 2 กรณี															
รายรับรวม	75,212	73,989	80,413	86,247	92,829	99,799	107,230	115,038	123,272	131,859	140,860	150,279	160,102	170,278	180,832
รายจ่ายรวม	6,575	6,643	6,707	6,777	6,848	6,920	7,848	11,622	15,767	20,103	24,862	29,912	37,949	46,266	54,786
กระแสเงินสด	68,637	67,346	73,705	79,470	85,981	92,880	99,383	103,416	107,505	111,756	115,998	120,366	122,153	124,013	126,045
สถานะทางการเงินกองทุนกรณีว่างงาน															
รายรับรวม	9,864	10,802	11,841	12,863	13,927	15,008	16,098	17,173	18,209	19,238	20,243	21,168	21,943	22,635	23,259
รายจ่ายรวม	1,221	1,246	1,271	1,296	1,322	1,349	1,376	1,403	1,431	1,460	1,489	1,519	1,549	1,580	1,612
กระแสเงินสด	8,643	9,556	10,570	11,567	12,604	13,659	14,723	15,770	16,778	17,778	18,754	19,649	20,394	21,055	21,648
เงินกองทุนสะสม	526,664	614,069	710,121	814,161	927,124	1,049,514	1,181,058	1,319,379	1,464,629	1,617,086	1,776,862	1,944,151	2,116,379	2,293,703	2,476,403
กองทุน 4 กรณี	84,842	95,345	107,121	120,124	134,502	150,353	167,792	186,927	207,893	230,816	255,840	283,114	312,795	345,051	380,058
กองทุน 2 กรณี	411,078	478,424	552,129	631,599	717,580	810,460	909,843	1,013,259	1,120,764	1,232,520	1,348,518	1,468,884	1,591,036	1,715,049	1,841,094
กองทุนกรณีว่างงาน	30,744	40,301	50,871	62,438	75,042	88,701	103,424	119,194	135,972	153,750	172,505	192,154	212,548	233,603	255,250
ภาระทางการคลังจากเงินสมทบของรัฐบาล	22,698	23,473	25,068	26,345	27,835	29,388	31,031	32,743	34,569	36,477	38,492	40,613	42,845	45,192	47,662
- กองทุน 4 กรณี	12,381	12,803	13,674	14,370	15,183	16,030	16,926	17,860	18,856	19,897	20,995	22,152	23,370	24,650	25,998
- กองทุน 2 กรณี	8,254	8,536	9,116	9,580	10,122	10,687	11,284	11,907	12,570	13,264	13,997	14,768	15,580	16,433	17,332
- กรณีว่างงาน	2,063	2,134	2,279	2,395	2,530	2,672	2,821	2,977	3,143	3,316	3,499	3,692	3,895	4,108	4,333
ภาระที่อาจจะเกิดขึ้น	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
รวมภาระทางการคลัง	22,698	23,473	25,068	26,345	27,835	29,388	31,031	32,743	34,569	36,477	38,492	40,613	42,845	45,192	47,662

ที่มา : การประมาณการของคณะผู้วิจัย

ภาคผนวก 3 ประมาณการด้านประชากร ผู้มีงานทำ ผู้ประกันตน ค่าจ้าง และสถานะทางการเงินของกองทุนประกันสังคม ปี 2565-2579 (ภายใต้สถานการณ์ปกติ)

ล้านบาท

	2565	2566	2567	2568	2569	2570	2571	2572	2573	2574	2575	2576	2577	2578	2579
จำนวนประชากร (ล้านคน)	71.14	71.43	71.72	72.01	72.28	72.54	72.80	73.05	73.29	73.52	73.75	73.96	74.17	74.37	74.57
จำนวนผู้มีงานทำ (ล้านคน)	39.90	40.06	40.23	40.38	40.54	40.69	40.83	40.97	41.10	41.24	41.36	41.48	41.60	41.71	41.82
จำนวนผู้ประกันตน (ล้านคน)	9.78	9.82	9.86	9.90	9.94	9.97	10.01	10.04	10.08	10.11	10.14	10.17	10.20	10.23	10.25
ค่าจ้างเฉลี่ย (บาท/เดือน)	15,573	16,351	17,169	18,027	18,929	19,875	20,869	21,912	23,008	24,158	25,366	26,634	27,966	29,365	30,833
สถานะทางการเงินกองทุน 4 กรณี															
รายรับรวม	58,129	59,901	61,158	62,429	63,715	65,017	66,333	67,665	69,013	70,378	71,757	73,154	74,567	75,997	77,444
รายจ่ายรวม	20,182	20,672	21,171	21,679	22,196	22,723	23,260	23,806	24,362	24,929	25,504	26,091	26,688	27,296	27,915
กระแสเงินสด	37,947	39,230	39,987	40,750	41,519	42,293	43,073	43,859	44,651	45,449	46,253	47,063	47,878	48,701	49,529
สถานะทางการเงินกองทุน 2 กรณี															
รายรับรวม	187,075	191,819	196,342	200,540	204,387	207,849	210,899	213,489	215,439	216,711	217,264	217,080	216,042	213,631	209,257
รายจ่ายรวม	63,749	73,435	86,685	100,232	114,493	129,432	143,577	163,708	184,567	205,813	226,955	248,525	277,502	336,751	374,812
กระแสเงินสด	123,325	118,384	109,657	100,308	89,894	78,417	67,322	49,780	30,873	10,898	-9,691	-31,445	-61,460	-123,120	-165,556
สถานะทางการเงินกองทุนกรณีว่างงาน															
รายรับรวม	23,795	24,311	24,722	25,140	25,567	25,994	26,411	26,726	27,038	27,350	27,673	28,028	28,234	28,455	28,677
รายจ่ายรวม	1,644	1,677	1,710	1,745	1,779	1,815	1,851	1,888	1,926	1,965	2,004	2,044	2,085	2,127	2,169
กระแสเงินสด	22,151	22,634	23,012	23,396	23,788	24,179	24,560	24,838	25,112	25,385	25,669	25,984	26,149	26,328	26,508
เงินกองทุนสะสม	2,659,826	2,840,074	3,012,729	3,177,183	3,332,383	3,477,272	3,612,227	3,730,704	3,831,340	3,913,072	3,975,303	4,016,905	4,029,472	3,981,382	3,891,863
กองทุน 4 กรณี	418,005	457,235	497,222	537,972	579,491	621,784	664,857	708,717	753,368	798,817	845,070	892,132	940,011	988,711	1,038,241
กองทุน 2 กรณี	1,964,420	2,082,804	2,192,460	2,292,768	2,382,662	2,461,079	2,528,401	2,578,181	2,609,054	2,619,952	2,610,261	2,578,816	2,517,356	2,394,237	2,228,681
กองทุนกรณีว่างงาน	277,401	300,035	323,047	346,442	370,230	394,409	418,969	443,806	468,918	494,303	519,972	545,956	572,105	598,433	624,942
ภาระทางการคลังจากเงินสมทบของ รัฐบาล	48,413	48,615	48,813	49,004	49,190	49,370	49,544	49,714	49,878	50,037	50,189	50,337	50,479	50,617	50,749
- กองทุน 4 กรณี	26,407	26,517	26,625	26,730	26,831	26,929	27,024	27,117	27,206	27,293	27,376	27,456	27,534	27,609	27,681
- กองทุน 2 กรณี	17,605	17,678	17,750	17,820	17,887	17,953	18,016	18,078	18,137	18,195	18,250	18,304	18,356	18,406	18,454
- กรณีว่างงาน	4,401	4,420	4,438	4,455	4,472	4,488	4,504	4,519	4,534	4,549	4,563	4,576	4,589	4,602	4,614
ภาระที่อาจจะเกิดขึ้น	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
รวมภาระทางการคลัง	48,413	48,615	48,813	49,004	49,190	49,370	49,544	49,714	49,878	50,037	50,189	50,337	50,479	50,617	50,749

ที่มา : การประมาณการของคณะผู้วิจัย

ภาคผนวก 3 ประมาณการด้านประชากร ผู้มีงานทำ ผู้ประกันตน ค่าจ้าง และสถานะทางการเงินของกองทุนประกันสังคม ปี 2580-2594 (ภายใต้สถานการณ์ปกติ)

ล้านบาท

	2580	2581	2582	2583	2584	2585	2586	2587	2588	2589	2590	2591	2592	2593	2594
จำนวนประชากร (ล้านคน)	74.76	74.94	75.11	75.28	75.44	75.59	75.74	75.89	76.03	76.16	76.28	76.41	76.52	76.63	76.74
จำนวนผู้มีงานทำ (ล้านคน)	41.93	42.03	42.13	42.22	42.31	42.40	42.48	42.56	42.64	42.71	42.78	42.85	42.92	42.98	43.04
จำนวนผู้ประกันตน (ล้านคน)	10.28	10.30	10.33	10.35	10.37	10.39	10.41	10.43	10.45	10.47	10.49	10.50	10.52	10.54	10.55
ค่าจ้างเฉลี่ย (บาท/เดือน)	32,374	33,993	35,693	37,477	39,351	41,319	43,385	45,554	47,832	50,223	52,734	55,371	58,140	61,047	64,099
สถานะทางการเงินกองทุน 4 กรณี															
รายรับรวม	78,909	80,391	81,891	83,410	84,949	86,505	88,083	89,680	91,298	92,935	94,591	96,269	97,968	99,687	101,431
รายจ่ายรวม	28,544	29,185	29,838	30,502	31,179	31,867	32,570	33,284	34,013	34,753	35,507	36,275	37,056	37,852	38,664
กระแสเงินสด	50,364	51,205	52,053	52,908	53,770	54,637	55,513	56,396	57,285	58,181	59,084	59,994	60,911	61,835	62,767
สถานะทางการเงินกองทุน 2 กรณี															
รายรับรวม	203,349	195,803	186,896	176,781	164,856	152,027	138,091	131,460	131,703	131,933	132,150	132,362	132,561	132,752	132,942
รายจ่ายรวม	416,103	454,160	467,777	521,252	532,435	551,129	569,967	591,841	723,018	755,139	780,901	813,214	833,790	797,888	829,813
กระแสเงินสด	-212,754	-258,357	-280,881	-344,470	-367,579	-399,102	-431,876	-460,381	-591,315	-623,207	-648,751	-680,852	-701,229	-665,136	-696,871
สถานะทางการเงินกองทุนกรณีว่างงาน															
รายรับรวม	28,899	29,162	29,209	29,269	29,356	29,446	29,574	29,865	30,168	30,509	30,881	31,263	32,063	32,880	33,717
รายจ่ายรวม	2,213	2,257	2,302	2,348	2,395	2,443	2,492	2,542	2,592	2,644	2,697	2,751	2,806	2,862	2,919
กระแสเงินสด	26,687	26,905	26,907	26,921	26,961	27,004	27,082	27,323	27,576	27,864	28,184	28,512	29,257	30,017	30,797
เงินกองทุนสะสม	3,756,160	3,575,914	3,373,993	3,109,351	2,822,503	2,505,042	2,155,762	1,779,100	1,272,646	735,485	174,002	-418,344	-1,029,404	-1,602,688	-2,205,994
กองทุน 4 กรณี	1,088,605	1,139,810	1,191,863	1,244,771	1,298,541	1,353,178	1,408,692	1,465,087	1,522,372	1,580,554	1,639,638	1,699,633	1,760,544	1,822,379	1,885,147
กองทุน 2 กรณี	2,015,927	1,757,570	1,476,689	1,132,219	764,640	365,538	-66,338	-526,718	-1,118,033	-1,741,240	-2,389,991	-3,070,843	-3,772,072	-4,437,208	-5,134,079
กองทุนกรณีว่างงาน	651,629	678,534	705,440	732,361	759,322	786,325	813,408	840,731	868,307	896,171	924,355	952,867	982,123	1,012,141	1,042,938
ภาระทางการคลังจากเงินสมทบของรัฐบาล	50,876	50,998	51,116	51,230	51,340	51,444	51,548	51,645	51,741	51,831	51,916	51,999	52,078	52,152	52,227
- กองทุน 4 กรณี	27,751	27,817	27,881	27,944	28,004	28,060	28,117	28,170	28,222	28,271	28,318	28,363	28,406	28,447	28,488
- กองทุน 2 กรณี	18,500	18,545	18,588	18,629	18,669	18,707	18,745	18,780	18,815	18,848	18,879	18,909	18,937	18,965	18,992
- กรณีว่างงาน	4,625	4,636	4,647	4,657	4,667	4,677	4,686	4,695	4,704	4,712	4,720	4,727	4,734	4,741	4,748
ภาระที่อาจจะเกิดขึ้น	0	0	0	0	0	0	66,338	460,381	591,315	623,207	648,751	680,852	701,229	665,136	696,871
รวมภาระทางการคลัง	50,876	50,998	51,116	51,230	51,340	51,444	117,885	512,026	643,055	675,038	700,667	732,852	753,306	717,289	749,098

ที่มา : การประมาณการของคณะผู้วิจัย

ภาคผนวก 3 ประมาณการด้านประชากร ผู้มีงานทำ ผู้ประกันตน ค่าจ้าง และสถานะทางการเงินของกองทุนประกันสังคม ปี 2595-2609 (ภายใต้สถานการณ์ปกติ)

ล้านบาท

	2595	2596	2597	2598	2599	2600	2601	2602	2603	2604	2605	2606	2607	2608	2609
จำนวนประชากร (ล้านคน)	76.85	76.95	77.06	77.15	77.25	77.35	77.46	77.56	77.66	77.77	77.88	77.99	78.11	78.23	78.36
จำนวนผู้มีงานทำ (ล้านคน)	43.10	43.16	43.22	43.27	43.33	43.38	43.44	43.50	43.56	43.62	43.68	43.74	43.81	43.87	43.95
จำนวนผู้ประกันตน (ล้านคน)	10.57	10.58	10.59	10.61	10.62	10.63	10.65	10.66	10.68	10.69	10.71	10.72	10.74	10.76	10.77
ค่าจ้างเฉลี่ย (บาท/เดือน)	67,304	70,669	74,203	77,913	81,808	85,899	90,194	94,703	99,439	104,411	109,631	115,113	120,868	126,912	133,257
สถานะทางการเงินกองทุน 4 กรณี															
รายรับรวม	103,198	104,989	106,806	108,644	110,507	112,400	114,321	116,266	118,239	120,243	122,274	124,336	126,425	128,546	130,702
รายจ่ายรวม	39,492	40,336	41,199	42,076	42,971	43,889	44,827	45,783	46,760	47,763	48,786	49,835	50,906	52,004	53,133
กระแสเงินสด	63,706	64,653	65,607	66,568	67,536	68,511	69,494	70,483	71,478	72,480	73,488	74,501	75,519	76,542	77,569
สถานะทางการเงินกองทุน 2 กรณี															
รายรับรวม	133,125	133,305	133,488	133,656	133,824	134,001	134,183	134,357	134,534	134,723	134,912	135,111	135,306	135,516	135,743
รายจ่ายรวม	851,017	873,524	902,493	749,583	778,112	802,909	826,409	847,647	870,442	890,228	912,830	933,987	952,173	966,137	979,557
กระแสเงินสด	-717,892	-740,219	-769,004	-615,927	-644,288	-668,908	-692,226	-713,290	-735,908	-755,506	-777,918	-798,876	-816,866	-830,620	-843,814
สถานะทางการเงินกองทุนกรณีว่างงาน															
รายรับรวม	34,552	35,406	36,280	37,177	38,093	39,031	39,997	40,998	42,033	43,094	44,189	45,313	46,466	47,646	48,861
รายจ่ายรวม	2,978	3,037	3,098	3,160	3,223	3,288	3,354	3,421	3,489	3,559	3,630	3,703	3,777	3,852	3,929
กระแสเงินสด	31,574	32,369	33,182	34,017	34,870	35,744	36,643	37,577	38,544	39,535	40,559	41,611	42,690	43,794	44,932
เงินกองทุนสะสม	-2,828,605	-3,471,802	-4,142,018	-4,657,359	-5,199,241	-5,763,895	-6,349,983	-6,955,213	-7,581,099	-8,224,589	-8,888,460	-9,571,224	-10,269,882	-10,980,167	-11,701,480
กองทุน 4 กรณี	1,948,853	2,013,506	2,079,113	2,145,681	2,213,217	2,281,728	2,351,222	2,421,705	2,493,183	2,565,663	2,639,151	2,713,652	2,789,171	2,865,713	2,943,282
กองทุน 2 กรณี	-5,851,971	-6,592,190	-7,361,194	-7,977,121	-8,621,409	-9,290,317	-9,982,543	-10,695,832	-11,431,740	-12,187,246	-12,965,164	-13,764,039	-14,580,906	-15,411,526	-16,255,340
กองทุนกรณีว่างงาน	1,074,512	1,106,881	1,140,063	1,174,080	1,208,950	1,244,694	1,281,337	1,318,914	1,357,458	1,396,993	1,437,553	1,479,163	1,521,853	1,565,647	1,610,578
ภาระทางการคลังจากเงินสมทบของรัฐบาล	52,299	52,370	52,442	52,508	52,574	52,643	52,715	52,783	52,853	52,927	53,001	53,079	53,156	53,239	53,328
- กองทุน 4 กรณี	28,527	28,565	28,605	28,641	28,677	28,714	28,753	28,791	28,829	28,869	28,910	28,952	28,994	29,039	29,088
- กองทุน 2 กรณี	19,018	19,044	19,070	19,094	19,118	19,143	19,169	19,194	19,219	19,246	19,273	19,302	19,329	19,359	19,392
- กรณีว่างงาน	4,754	4,761	4,767	4,773	4,779	4,786	4,792	4,798	4,805	4,812	4,818	4,825	4,832	4,840	4,848
ภาระที่อาจจะเกิดขึ้น	717,892	740,219	769,004	615,927	644,288	668,908	692,226	713,290	735,908	755,506	777,918	798,876	816,866	830,620	843,814
รวมภาระทางการคลัง	770,191	792,589	821,446	668,434	696,861	721,551	744,941	766,073	788,761	808,432	830,919	851,955	870,022	883,859	897,142

ที่มา : การประมาณการของคณะผู้วิจัย

ภาคผนวก 3 ประมาณการด้านประชากร ผู้มีงานทำ ผู้ประกันตน ค่าจ้าง และสถานะทางการเงินของกองทุนประกันสังคม ปี 2610-2624 (ภายใต้สถานการณ์ปกติ)

ล้านบาท

	2610	2611	2612	2613	2614	2615	2616	2617	2618	2619	2620	2621	2622	2623	2624
จำนวนประชากร (ล้านคน)	78.49	78.63	78.78	78.94	79.11	79.28	79.48	79.68	79.89	80.11	80.33	80.58	80.83	81.09	81.36
จำนวนผู้มีงานทำ (ล้านคน)	44.02	44.10	44.19	44.28	44.37	44.47	44.58	44.69	44.81	44.93	45.06	45.19	45.33	45.48	45.63
จำนวนผู้ประกันตน (ล้านคน)	10.79	10.81	10.83	10.85	10.88	10.90	10.93	10.95	10.98	11.01	11.04	11.08	11.11	11.15	11.19
ค่าจ้างเฉลี่ย (บาท/เดือน)	139,920	146,916	154,262	161,975	170,074	178,578	187,506	196,882	206,726	217,062	227,915	239,311	251,277	263,840	277,032
สถานะทางการเงินกองทุน 4 กรณี															
รายรับรวม	132,889	135,104	137,358	139,645	141,963	144,317	146,710	149,136	151,598	154,092	156,618	159,186	161,783	164,413	167,080
รายจ่ายรวม	54,290	55,472	56,692	57,943	59,225	60,544	61,905	63,302	64,740	66,216	67,730	69,298	70,902	72,552	74,253
กระแสเงินสด	78,599	79,632	80,667	81,702	82,738	83,773	84,805	85,834	86,858	87,876	88,888	89,889	90,881	91,861	92,827
สถานะทางการเงินกองทุน 2 กรณี															
รายรับรวม	135,979	136,216	136,481	136,758	137,042	137,348	137,683	138,028	138,396	138,775	139,166	139,594	140,026	140,476	140,950
รายจ่ายรวม	997,535	998,778	1,016,187	1,033,071	1,051,475	1,065,832	1,086,223	1,102,267	1,118,039	1,133,676	1,147,110	1,158,610	1,166,496	1,174,239	1,181,604
กระแสเงินสด	-861,557	-862,562	-879,706	-896,314	-914,433	-928,484	-948,540	-964,239	-979,642	-994,901	-1,007,944	-1,019,015	-1,026,470	-1,033,763	-1,040,654
สถานะทางการเงินกองทุนกรณีว่างงาน															
รายรับรวม	50,099	51,369	52,673	54,010	55,388	56,792	58,231	59,706	61,218	62,768	64,357	65,986	67,656	69,368	71,122
รายจ่ายรวม	4,008	4,088	4,170	4,253	4,338	4,425	4,513	4,604	4,696	4,790	4,885	4,983	5,083	5,184	5,288
กระแสเงินสด	46,091	47,281	48,503	49,757	51,050	52,367	53,718	55,103	56,523	57,979	59,472	61,003	62,573	64,183	65,834
เงินกองทุนสะสม	-12,438,347	-13,173,996	-13,924,532	-14,689,386	-15,470,031	-16,262,375	-17,072,393	-17,895,696	-18,731,958	-19,581,004	-20,440,588	-21,308,711	-22,181,727	-23,059,447	-23,941,440
กองทุน 4 กรณี	3,021,881	3,101,512	3,182,179	3,263,881	3,346,619	3,430,392	3,515,197	3,601,031	3,687,888	3,775,764	3,864,652	3,954,541	4,045,422	4,137,282	4,230,109
กองทุน 2 กรณี	-17,116,897	-17,979,459	-18,859,165	-19,755,479	-20,669,912	-21,598,395	-22,546,936	-23,511,175	-24,490,817	-25,485,718	-26,493,662	-27,512,677	-28,539,147	-29,572,910	-30,613,564
กองทุนกรณีว่างงาน	1,656,670	1,703,951	1,752,454	1,802,211	1,853,261	1,905,628	1,959,346	2,014,448	2,070,971	2,128,950	2,188,422	2,249,425	2,311,998	2,376,181	2,442,015
ภาระทางการคลังจากเงินสมทบของรัฐบาล	53,513	53,420	53,513	53,618	53,726	53,838	53,958	54,090	54,225	54,370	54,519	54,672	54,841	55,010	55,187
- กองทุน 4 กรณี	29,189	29,138	29,189	29,246	29,305	29,366	29,432	29,503	29,577	29,656	29,738	29,821	29,913	30,006	30,102
- กองทุน 2 กรณี	19,459	19,426	19,459	19,497	19,537	19,577	19,621	19,669	19,718	19,771	19,825	19,881	19,942	20,004	20,068
- กรณีว่างงาน	4,865	4,856	4,865	4,874	4,884	4,894	4,905	4,917	4,930	4,943	4,956	4,970	4,986	5,001	5,017
ภาระที่อาจจะเกิดขึ้น	861,557	861,557	862,562	879,706	896,314	914,433	928,484	948,540	964,239	979,642	994,901	1,007,944	1,019,015	1,026,470	1,033,763
รวมภาระทางการคลัง		914,977	916,076	933,324	950,040	968,271	982,442	1,002,630	1,018,464	1,034,012	1,049,420	1,062,616	1,073,856	1,081,480	1,088,950

ที่มา : การประมาณการของคณะผู้วิจัย

ภาคผนวก 3 ประมาณการด้านประชากร ผู้มีงานทำ ผู้ประกันตน ค่าจ้าง และสถานะทางการเงินของกองทุนประกันสังคม ปี 2625-2639 (ภายใต้สถานการณ์ปกติ)

ล้านบาท

	2625	2626	2627	2628	2629	2630	2631	2632	2633	2634	2635	2636	2637	2638	2639
จำนวนประชากร (ล้านคน)	81.65	81.95	82.26	82.59	82.93	83.29	83.66	84.03	84.39	84.77	85.14	85.54	85.94	86.35	86.75
จำนวนผู้มีงานทำ (ล้านคน)	45.79	45.96	46.14	46.32	46.51	46.71	46.92	47.13	47.33	47.54	47.75	47.97	48.20	48.43	48.66
จำนวนผู้ประกันตน (ล้านคน)	11.23	11.27	11.31	11.35	11.40	11.45	11.50	11.55	11.60	11.65	11.71	11.76	11.82	11.87	11.93
ค่าจ้างเฉลี่ย (บาท/เดือน)	290,884	305,428	320,700	336,735	353,571	371,250	389,812	409,303	429,768	451,257	473,819	497,510	522,386	548,505	575,930
สถานะทางการเงินกองทุน 4 กรณี															
รายรับรวม	169,779	172,515	175,288	178,090	180,929	183,802	186,703	189,628	192,572	195,540	198,531	201,551	204,595	207,654	210,731
รายจ่ายรวม	76,002	77,807	79,670	81,584	83,561	85,601	87,697	89,846	92,044	94,299	96,615	99,002	101,460	103,975	106,556
กระแสเงินสด	93,777	94,708	95,618	96,506	97,368	98,202	99,006	99,782	100,528	101,241	101,916	102,548	103,135	103,679	104,175
สถานะทางการเงินกองทุน 2 กรณี															
รายรับรวม	141,440	141,960	142,509	143,072	143,665	144,287	144,922	145,562	146,198	146,843	147,500	148,181	148,882	149,581	150,289
รายจ่ายรวม	1,197,717	1,213,125	1,227,883	1,242,155	1,256,163	1,270,109	1,278,899	1,287,997	1,297,255	1,306,826	1,316,711	1,327,025	1,337,691	1,348,416	1,359,313
กระแสเงินสด	-1,056,278	-1,071,165	-1,085,374	-1,099,083	-1,112,498	-1,125,822	-1,133,978	-1,142,435	-1,151,057	-1,159,983	-1,169,211	-1,178,844	-1,188,808	-1,198,835	-1,209,024
สถานะทางการเงินกองทุนกรณีว่างงาน															
รายรับรวม	72,921	74,766	76,657	78,596	80,584	82,623	84,713	86,856	89,054	91,308	93,619	95,989	98,420	100,913	103,470
รายจ่ายรวม	5,394	5,502	5,612	5,724	5,839	5,955	6,074	6,196	6,320	6,446	6,575	6,707	6,841	6,978	7,117
กระแสเงินสด	67,528	69,264	71,045	72,872	74,746	76,667	78,638	80,660	82,734	84,862	87,044	89,283	91,579	93,935	96,352
เงินกองทุนสะสม	-24,836,413	-25,743,606	-26,662,316	-27,592,021	-28,532,404	-29,483,358	-30,439,691	-31,401,684	-32,369,479	-33,343,359	-34,323,610	-35,310,623	-36,304,717	-37,305,938	-38,314,435
กองทุน 4 กรณี	4,323,886	4,418,594	4,514,212	4,610,719	4,708,087	4,806,289	4,905,295	5,005,077	5,105,605	5,206,846	5,308,763	5,411,311	5,514,445	5,618,124	5,722,299
กองทุน 2 กรณี	-31,669,842	-32,741,007	-33,826,381	-34,925,464	-36,037,962	-37,163,784	-38,297,762	-39,440,196	-40,591,254	-41,751,236	-42,920,448	-44,099,291	-45,288,100	-46,486,934	-47,695,959
กองทุนกรณีว่างงาน	2,509,543	2,578,807	2,649,852	2,722,724	2,797,470	2,874,137	2,952,775	3,033,436	3,116,170	3,201,031	3,288,075	3,377,358	3,468,937	3,562,872	3,659,225
ภาระทางการคลังจากเงิน															
สมทบของรัฐบาล	55,566	55,770	55,986	56,207	56,440	56,684	56,934	57,185	57,435	57,688	57,946	58,214	58,490	58,764	59,042
- กองทุน 4 กรณี	30,309	30,420	30,538	30,658	30,785	30,919	31,055	31,192	31,328	31,466	31,607	31,753	31,903	32,053	32,205
- กองทุน 2 กรณี	20,206	20,280	20,358	20,439	20,524	20,612	20,703	20,795	20,885	20,978	21,071	21,169	21,269	21,369	21,470
- กรณีว่างงาน	5,051	5,070	5,090	5,110	5,131	5,153	5,176	5,199	5,221	5,244	5,268	5,292	5,317	5,342	5,367
ภาระที่อาจจะเกิดขึ้น	1,056,278	1,071,165	1,085,374	1,099,083	1,112,498	1,125,822	1,133,978	1,142,435	1,151,057	1,159,983	1,169,211	1,178,844	1,188,808	1,198,835	1,209,024
รวมภาระทางการคลัง	1,111,843	1,126,935	1,141,360	1,155,290	1,168,938	1,182,507	1,190,911	1,199,620	1,208,492	1,217,671	1,227,158	1,237,058	1,247,298	1,257,599	1,268,066

ที่มา : การประมาณการของคณะผู้วิจัย

ภาคผนวก 3 ประมาณการด้านประชากร ผู้มีงานทำ ผู้ประกันตน ค่าจ้าง และสถานะทางการเงินของกองทุนประกันสังคม ปี 2640-2649 (ภายใต้สถานการณ์ปกติ)

ล้านบาท

	2640	2641	2642	2643	2644	2645	2646	2647	2648	2649
จำนวนประชากร (ล้านคน)	87.18	87.64	88.13	88.64	89.17	89.71	90.26	90.82	91.40	91.99
จำนวนผู้มีงานทำ (ล้านคน)	48.90	49.15	49.43	49.71	50.01	50.31	50.62	50.94	51.26	51.59
จำนวนผู้ประกันตน (ล้านคน)	11.99	12.05	12.12	12.19	12.26	12.33	12.41	12.49	12.57	12.65
ค่าจ้างเฉลี่ย (บาท/เดือน)	604,727	634,963	666,711	700,047	735,049	771,802	810,392	850,912	893,457	938,130
สถานะทางการเงินกองทุน 4 กรณี										
รายรับรวม	213,833	216,972	220,142	223,326	226,535	229,755	232,986	236,215	239,462	242,704
รายจ่ายรวม	109,220	111,993	114,876	117,842	120,918	124,085	127,349	130,695	134,166	137,728
กระแสเงินสด	104,614	104,978	105,265	105,484	105,617	105,670	105,636	105,520	105,296	104,976
สถานะทางการเงินกองทุน 2 กรณี										
รายรับรวม	151,024	151,824	152,678	153,548	154,467	155,406	156,366	157,328	158,339	159,356
รายจ่ายรวม	1,370,620	1,382,758	1,395,645	1,408,812	1,422,698	1,436,986	1,451,728	1,466,666	1,482,413	1,498,709
กระแสเงินสด	-1,219,595	-1,230,934	-1,242,967	-1,255,263	-1,268,231	-1,281,581	-1,295,362	-1,309,338	-1,324,074	-1,339,353
สถานะทางการเงินกองทุนกรณีว่างงาน										
รายรับรวม	106,092	108,781	111,539	114,368	117,270	120,246	123,299	126,431	129,643	132,938
รายจ่ายรวม	7,259	7,405	7,553	7,704	7,858	8,015	8,175	8,339	8,506	8,676
กระแสเงินสด	98,832	101,376	103,987	106,665	109,412	112,231	115,124	118,092	121,137	124,262
เงินกองทุนสะสม	-39,330,584	-40,355,164	-41,388,879	-42,431,994	-43,485,196	-44,548,875	-45,623,477	-46,709,203	-47,806,844	-48,916,958
กองทุน 4 กรณี	5,826,913	5,931,891	6,037,156	6,142,641	6,248,258	6,353,928	6,459,564	6,565,084	6,670,380	6,775,356
กองทุน 2 กรณี	-48,915,554	-50,146,488	-51,389,456	-52,644,719	-53,912,950	-55,194,531	-56,489,893	-57,799,231	-59,123,305	-60,462,658
กองทุนกรณีว่างงาน	3,758,057	3,859,433	3,963,420	4,070,084	4,179,497	4,291,728	4,406,852	4,524,944	4,646,081	4,770,344
ภาระทางการคลังจากเงินสมทบของรัฐบาล	59,331	59,645	59,981	60,323	60,683	61,052	61,430	61,807	62,205	62,604
- กองทุน 4 กรณี	32,362	32,534	32,717	32,903	33,100	33,301	33,507	33,713	33,930	34,148
- กองทุน 2 กรณี	21,575	21,689	21,811	21,935	22,067	22,201	22,338	22,475	22,620	22,765
- กรณีว่างงาน	5,394	5,422	5,453	5,484	5,517	5,550	5,585	5,619	5,655	5,691
ภาระที่อาจจะเกิดขึ้น	1,219,595	1,230,934	1,242,967	1,255,263	1,268,231	1,281,581	1,295,362	1,309,338	1,324,074	1,339,353
รวมภาระทางการคลัง	1,278,926	1,290,579	1,302,948	1,315,586	1,328,915	1,342,633	1,356,791	1,371,146	1,386,278	1,401,957

ที่มา : การประมาณการของคณะผู้วิจัย

ภาคผนวก 4 การประมาณความต้องการงบประมาณอุดหนุนต่อหัวในปีงบประมาณ 2545

บริการในชุดสิทธิประโยชน์หลัก	หน่วย	ค่าเฉลี่ย	หมายเหตุ
1 รายงานว่าป่วยใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ครั้งต่อคนต่อ 2 สัปดาห์	0.166	
2 อัตราป่วยในหนึ่งปี	ครั้งต่อคนต่อปี	4.340	แถว 1*26
3 การใช้บริการในสถานพยาบาล	สัดส่วน	0.661	ผลรวมแถว 5 ถึง 9
4 ครั้งการให้บริการในสถานพยาบาล	ครั้งต่อคนต่อปี	2.876	แถว 2* แถว 3
5 การใช้บริการที่สถานอนามัย	สัดส่วน	0.151	
6 การใช้บริการที่ โรงพยาบาลชุมชน	สัดส่วน	0.129	
7 การใช้บริการที่ โรงพยาบาลระดับจังหวัด	สัดส่วน	0.155	
8 การใช้บริการที่คลินิกเอกชน	สัดส่วน	0.195	
9 การใช้บริการที่ โรงพยาบาลเอกชน	สัดส่วน	0.031	
10 ต้นทุนที่สถานอนามัย	บาทต่อคนต่อปี	39.4	แถว 2 * แถว 5 * 60 บาทต่อครั้ง
11 ต้นทุนที่ โรงพยาบาลชุมชน	บาทต่อคนต่อปี	123.8	แถว 2 * แถว 6 * 221 บาทต่อครั้ง
12 ต้นทุนที่ โรงพยาบาลระดับจังหวัด	บาทต่อคนต่อปี	186.9	แถว 2 * แถว 7 * 278 บาทต่อครั้ง
13 ต้นทุนที่ คลินิกเอกชน	บาทต่อคนต่อปี	187.2	แถว 2 * แถว 8 * 221 บาทต่อครั้ง
14 ต้นทุนที่ โรงพยาบาลเอกชน	บาทต่อคนต่อปี	37.0	แถว 2 * แถว 9 * 278 บาทต่อครั้ง
15 ต้นทุนในสถานพยาบาลกรณีผู้ป่วยนอก	บาทต่อคนต่อปี	574.0	ผลรวมแถว 10 ถึง 14
16 อัตราการนอนโรงพยาบาล	ครั้งต่อคนต่อปี	0.066	
17 การใช้บริการที่ โรงพยาบาลชุมชน	สัดส่วน	0.332	
18 การใช้บริการที่ โรงพยาบาลระดับจังหวัด	สัดส่วน	0.488	
19 การใช้บริการที่ โรงพยาบาลเอกชน	สัดส่วน	0.180	
20 ต้นทุนที่ โรงพยาบาลชุมชน	บาทต่อคนต่อปี	62.7	แถว16* แถว17*2857บาทต่อราย
21 ต้นทุนที่ โรงพยาบาลระดับจังหวัด	บาทต่อคนต่อปี	174.2	แถว16* แถว18*5424บาทต่อราย
22 ต้นทุนที่ โรงพยาบาลเอกชน	บาทต่อคนต่อปี	64.7	แถว16* แถว19*5424บาทต่อราย
23 ต้นทุนในสถานพยาบาลกรณีผู้ป่วยใน	บาทต่อคนต่อปี	303.0	ผลรวมแถว 20 ถึง 22
24 ต้นทุนดำเนินการบริการรักษาพยาบาลใน สถานพยาบาลกรณีผู้ป่วยนอกและใน - Curative Package	บาทต่อคนต่อปี	877	ผลรวมแถว 15 และ 23
25 ต้นทุนบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน โรคส่วนบุคคล - Personal Preventive Promotive Package	บาทต่อคนต่อปี	175	แถว 24 * 20%

	บริการในชุดสิทธิประโยชน์หลัก	หน่วย	ค่าเฉลี่ย	หมายเหตุ
26	ต้นทุนค่าลงทุน 10 % ของค่ารักษาพยาบาล - Capital Investment	บาทต่อคนต่อปี	93	(ผลรวมแถว 24, 28 และ 29) *10%
27	ต้นทุนดำเนินการและลงทุน	บาทต่อคนต่อปี	1,145	ผลรวมแถว 24 ถึง 26
28	รายจ่ายกรณีค่ารักษาพยาบาลแพง	บาทต่อคนต่อปี	32	ปรับจากประกันสังคม
29	รายจ่ายกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน	บาทต่อคนต่อปี	25	ปรับจากประกันสังคม
30	ต้นทุนทั้งหมด	บาทต่อคนต่อปี	1,202	ผลรวมแถว 27 ถึง 29

ที่มา วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2544) “งบประมาณในการดำเนินนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า: 1,202 บาทต่อคนต่อปีมาจากไหน” วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 10 ฉบับที่ 3 หน้า 386

ภาคผนวก 5 ประมาณการประชากรทั่วราชอาณาจักร จำแนกตามกลุ่มอายุ

(ล้านคน)

	2550	2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557	2558	2559	2560	2561	2562
อายุ 0 - 19	19.78	19.57	19.32	19.03	18.73	18.44	18.16	17.90	17.67	17.43	17.19	16.95	16.69
อายุ 20 - 39	21.69	21.59	21.49	21.40	21.32	21.25	21.19	21.12	21.03	20.92	20.80	20.67	20.54
อายุ 40 - 59	17.43	17.93	18.42	18.87	19.26	19.61	19.94	20.22	20.46	20.64	20.77	20.87	20.95
อายุ 60+	7.15	7.39	7.68	8.01	8.29	8.61	8.97	9.37	9.82	10.23	10.69	11.19	11.72
รวมประชากร	66.04	66.48	66.90	67.31	67.60	67.91	68.25	68.61	68.98	69.22	69.46	69.68	69.89

ที่มา ประมวลผลจากประมาณการประชากรทั่วราชอาณาจักร จำแนกตามกลุ่มอายุ และเพศ (ข้อสมมติภาวะเจริญพันธุ์ปานกลาง)
ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ