

# สถานการณ์การเงินการคลังสุขภาพของประเทศไทย

ตามตัวชี้วัดจากธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565

**ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 ได้วางเป้าหมายของระบบสุขภาพในระยะ 5 ปี เพื่อบรรลุ**

## “ระบบสุขภาพ ที่เป็นธรรม”

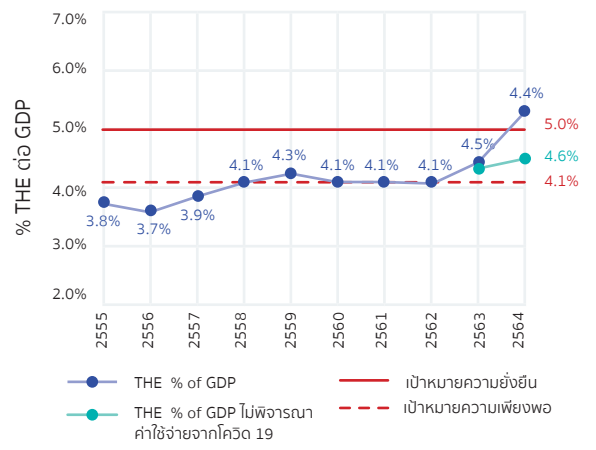
ซึ่งเป็นระบบสุขภาพที่มีความเป็นธรรมทางกาย จิต ปัญญา และสังคม กับทุกกลุ่มประชากรตลอด ทุกช่วงวัย ลดความเหลื่อมล้ำ ไม่เลือกปฏิบัติ สามารถแบกรับ ตอบสนอง ปรับตัว ปรับเปลี่ยน พื้นตัวได้อย่างทันการณ์ คงอยู่ได้ และสามารถ รับการเปลี่ยนแปลงแบบพลิกโฉม โดยสามารถ พื้นตัวเพื่อให้ดำรงอยู่และพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น

ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง ยอมรับในความแตกต่าง และมีความยั่งยืน<sup>[1]</sup> ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ หมวดการเงินการคลังได้ระบุถึง ตัวชี้วัดและเป้าหมาย เพื่อติดตามสถานการณ์ ตามเป้าประสงค์ S-A-F-E ซึ่งเป็นข้อเสนอ การคลังสุขภาพ เพื่อความยั่งยืนของระบบ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้แก่ ความยั่งยืน (Sustainability) ความเพียงพอ (Adequacy)ความเป็นธรรม (Fairness) และความมีประสิทธิภาพ (Efficiency)<sup>[2]</sup> รวมทั้งสิ้น 15 ตัวชี้วัด (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ QR code) สถานการณ์ตามเป้าประสงค์ สามารถสรุปได้ ดังต่อไปนี้

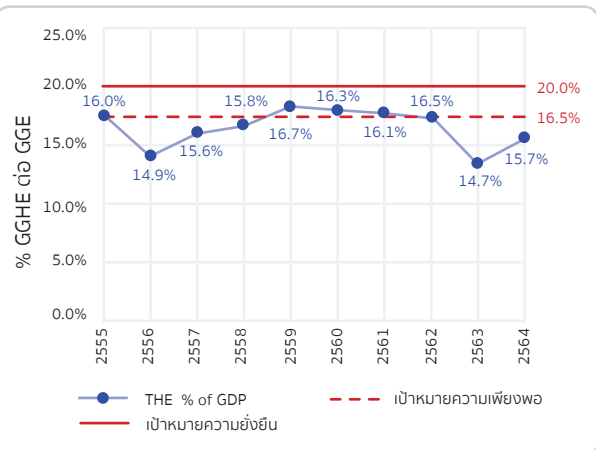


## ด้านความยั่งยืน

รายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยมีแนวโน้มที่รัฐบาลไทยสามารถลงทุนได้อย่างยั่งยืน โดยข้อมูลจาก**ตัวชี้วัดที่ 1** ในด้านรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (Total Health Expenditure, THE) ต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (Gross Domestic Product, GDP) ซึ่งให้เห็นว่า สัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพต่อระดับการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศ (กรณีที่ไม่รวมค่าใช้จ่ายจากโรคโควิด 19) เป็นไปตามเป้าหมาย ไม่เกินกว่าร้อยละ 5<sup>[3]</sup> (รูปที่ 1) และรายจ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพ (General Government Health Expenditure, GGHE) ต่อรายจ่ายของรัฐบาล (General Government Expenditure, GGE) ซึ่งเป็น**ตัวชี้วัดที่ 2** เป็นไปตามเป้าหมายไม่เกินกว่าร้อยละ 20<sup>[3]</sup> (รูปที่ 2) อย่างไรก็ตาม ผลกระทบจากวิกฤติโรคโควิด 19 ในปี พ.ศ. 2564 ทำให้ THE ต่อ GDP สูงขึ้นถึงร้อยละ 5.4 ซึ่งสูงเกินเป้าหมายที่ตั้งไว้ (ร้อยละ 5) โดยมีปัจจัยจากค่าใช้จ่ายสุขภาพที่เพิ่มขึ้นร่วมกับการลดลงของ GDP แต่หากพิจารณาโดยไม่รวมค่าใช้จ่ายจากวิกฤติโรคโควิด 19 สัดส่วน THE ในปี พ.ศ. 2564 คิดเป็นร้อยละ 4.6 ซึ่งยังบรรลุเป้าหมายความยั่งยืน<sup>[4]</sup>



**รูปที่ 1** ตัวชี้วัดที่ 1 และ 3 รายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE) ต่อ ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP)



**รูปที่ 2** ตัวชี้วัดที่ 2 และ 4 รายจ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพ (GGHE) ต่อ รายจ่ายของรัฐบาล (GGE)



## ด้านความเพียงพอ



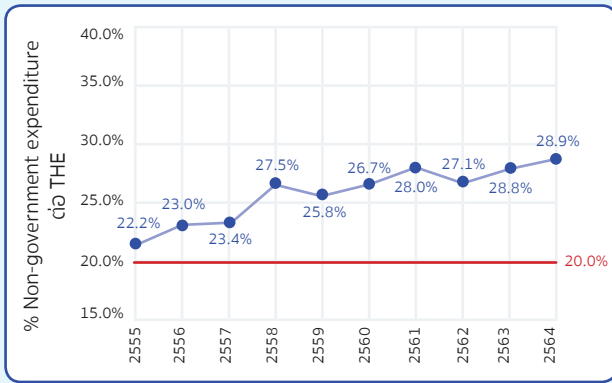
ประเทศไทยมีรายจ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ซึ่งมีการพัฒนาสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และความครอบคลุมอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีอุบัติการณ์ของครัวเรือนที่ประสบภาวะล้มละลาย (Catastrophic health expenditure) หรือความยากจนลงจากรายจ่ายด้านสุขภาพ (Health impoverishment) อยู่ในระดับที่ต่ำ สถานการณ์เหล่านี้ แสดงถึงความเพียงพอด้านการคลังสุขภาพในระดับหนึ่ง สอดคล้องกับ **ตัวชี้วัดที่ 3** โดยรายจ่ายรวมด้านสุขภาพต่อ GDP เป็นไปตามเป้าหมาย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 4.1<sup>[3]</sup> (รูปที่ 1)

ในขณะที่ **ตัวชี้วัดที่ 4** สัดส่วนของรายจ่ายรัฐบาลด้านสุขภาพต่อรายจ่ายรัฐบาลทั้งหมด ซึ่งยังต่ำกว่าร้อยละ 16.5 ซึ่งเป็นเป้าหมายที่กำหนดไว้<sup>[3]</sup> (รูปที่ 2) นอกจากนี้ **ตัวชี้วัดที่ 5.1** รายจ่ายนอกภาครัฐด้านสุขภาพต่อ THE สูงกว่าร้อยละ 20 และมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้<sup>[3]</sup> (รูปที่ 3) โดยสาเหตุของการเพิ่มขึ้นของรายจ่ายนอกภาครัฐ อาจมาจากรายจ่ายสุขภาพจากประกันสุขภาพเอกชนที่เพิ่มมากขึ้น

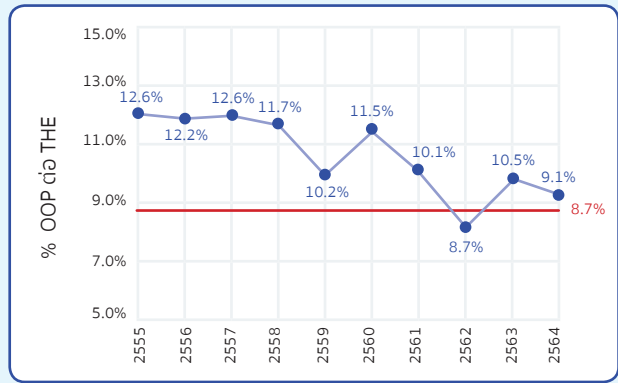
ในขณะเดียวกัน รายจ่ายสุขภาพที่ครัวเรือนจ่าย ณ จุดรับบริการ (Out-of-Pocket health expenditure, OOP) ต่อ THE (ตัวชี้วัดที่ 5.2) สูงเกินเป้าหมายที่ร้อยละ 8.7 เล็กน้อย<sup>[3]</sup> (รูปที่ 4) อย่างไรก็ตาม อุตสาหกรรมการครัวเรือนที่ประสบภาวะล้มละลายหรือกลายเป็นครัวเรือนยากจนจากรายจ่ายด้านสุขภาพ ยังคงเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด โดย **ตัวชี้วัดที่ 6** อุตสาหกรรมการครัวเรือนล้มละลายจากค่ารักษาพยาบาล และ **ตัวชี้วัดที่ 7** การกลายเป็นครัวเรือนยากจนหลังจากจ่ายค่ารักษาพยาบาล ไม่เกินร้อยละ 1.97<sup>[5]</sup> และร้อยละ 0.29<sup>[5]</sup> ตามลำดับ และยังมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง (รูปที่ 5 และ 6)



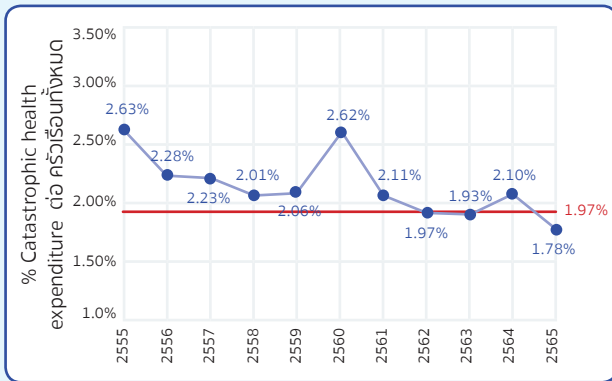
นอกจากนี้ เมื่อพิจารณา **ตัวชี้วัดที่ 8** ร้อยละของประชากรที่มีความจำเป็นด้านสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (Unmet health need) ที่เป็นไปตามเป้าหมาย ไม่เกินร้อยละ 2.3<sup>[6]</sup> (รูปที่ 7) เป็นการสนับสนุนว่า การที่อุบัติการณ์การล้มละลายหรือความยากจนจากรายจ่ายด้านสุขภาพที่อยู่ในระดับต่ำนั้น ไม่ได้เป็นผลจากการเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ เมื่อมีความจำเป็นต้องได้รับการดังกล่าว



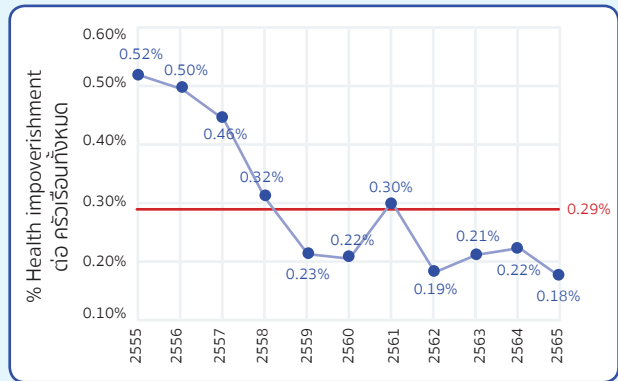
รูปที่ 3 ตัวชี้วัดที่ 5.1 รายจ่ายนอกภาครัฐด้านสุขภาพต่อ THE



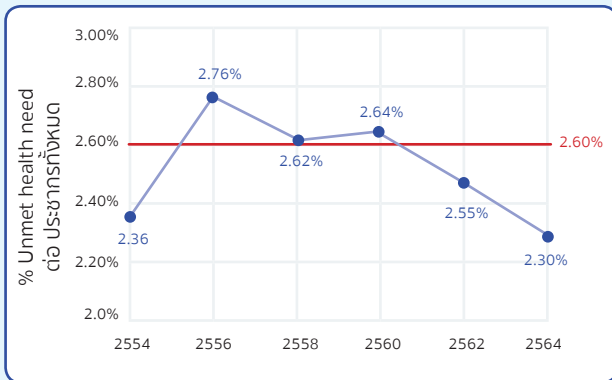
รูปที่ 4 ตัวชี้วัดที่ 5.2 รายจ่ายครัวเรือน (OOP) ต่อ THE



รูปที่ 5 ตัวชี้วัดที่ 6 อุบัติการณ์ครัวเรือนล้มละลายจากค่ารักษาพยาบาล (Catastrophic health expenditure)



รูปที่ 6 ตัวชี้วัดที่ 7 การกลายเป็นครัวเรือนยากจนหลังจากจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Health impoverishment)

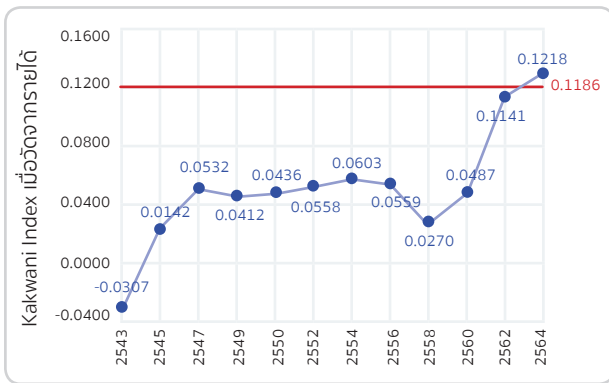


รูปที่ 7 ตัวชี้วัดที่ 8 ร้อยละของประชากรที่มีความจำเป็นด้านสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (Unmet health need)

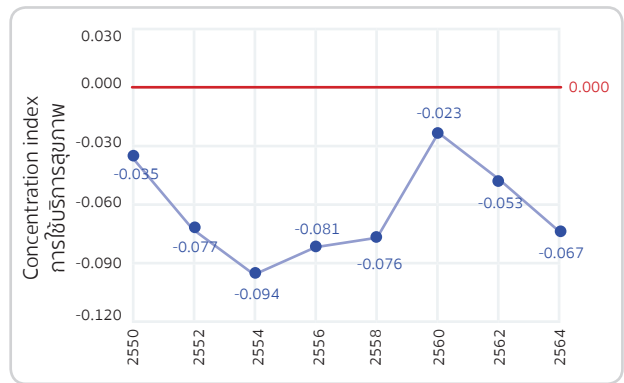


## ด้านความเป็นธรรม

ภาพรวมด้านการคลังสุขภาพของประเทศไทย มีลักษณะก้าวหน้า (progressive) หมายถึง คนรวยจ่ายเงินเพื่อสุขภาพสูงกว่าคนจน เมื่อเปรียบเทียบกับความสามารถในการจ่าย เห็นได้จาก**ตัวชี้วัดที่ 9** โดยดัชนี Kakwani เป็นบวก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 และมีแนวโน้มเป็นบวกเพิ่มมากขึ้น แสดงถึงการคลังที่มีลักษณะก้าวหน้าเพิ่มขึ้น<sup>[6]</sup> (รูปที่ 8) ในขณะเดียวกัน การได้รับประโยชน์จากการได้รับการอุดหนุนงบประมาณด้านสุขภาพภาครัฐ มีลักษณะเอื้อต่อคนจน (pro poor) มาโดยตลอด เห็นได้จาก**ตัวชี้วัดที่ 10** มีดัชนี Concentration เป็นลบ แสดงถึงคนจนได้รับเงินอุดหนุนจากภาครัฐในด้านสุขภาพในสัดส่วนที่สูงกว่าคนรวย<sup>[6]</sup> (รูปที่ 9)



**รูปที่ 8** ความเป็นธรรมด้านการคลังสุขภาพ  
(Financial incidence analysis)



**รูปที่ 9** ความเสมอภาคในการได้รับผลประโยชน์จากเงินอุดหนุนด้านสุขภาพของรัฐ (Benefit incidence analysis)

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาความเป็นธรรมภายในระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ พบความเหลื่อมล้ำในการจ่ายเงินสมทบของระบบประกันสังคม โดย**ตัวชี้วัดที่ 11** การเพิ่มความเป็นธรรมของการจ่ายเงินสมทบระหว่างผู้มีสิทธิในระบบประกันสังคม เนื่องจากเพดานเงินเดือนสำหรับการจ่ายเงินสมทบไม่เปลี่ยนแปลง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 คือ 15,000 บาท ซึ่งใกล้เคียงกับ 7 เท่าของค่าแรงขั้นต่ำในเวลานั้น การไม่ปรับเพดานเงินเดือน ทำให้ผู้ประกันตนที่มีรายได้ 15,000 บาท และผู้มีรายได้สูงกว่า 15,000 บาท จ่ายเงินสมทบสำหรับค่ารักษาพยาบาลในอัตราเดียวกัน คือเดือนละ 225 บาท (1.5% ของ 15,000 บาท) ซึ่งทำให้เกิดความไม่เป็นธรรม เนื่องจากผู้ประกันตนที่มีเงินเดือนสูงกว่า 15,000 บาท กลับจ่ายเงินสมทบในสัดส่วนที่น้อยกว่าผู้มีรายได้ต่ำกว่าเมื่อเทียบกับเงินเดือนที่ได้รับ ในปัจจุบันค่าแรงขั้นต่ำได้มีการเพิ่มขึ้น เป็น 330 บาทต่อวัน<sup>[7]</sup> หากคิดเพดานเงินเดือนด้วยอัตรา 7 เท่าของค่าแรงขั้นต่ำ เช่นเดิม เพดานเงินเดือนควรกำหนดที่ 55,440 บาท



เมื่อพิจารณาความเป็นธรรมระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามระบบ พบความเหลื่อมล้ำเกิดขึ้นในหลายด้าน ได้แก่



### ตัวชี้วัดที่ 12

การมีระบบที่สร้างความเป็นธรรม ในการร่วมจ่ายตามฐานะทางเศรษฐกิจ ที่ไม่เป็นหรือสร้างอุปสรรคในการเข้าถึงบริการที่จำเป็น อีกทั้งต้องไม่ก่อให้เกิดผลกระทบหรือความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ พบว่ามาตรฐานในการร่วมจ่ายของสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลทั้งสามสิทธิ มีความแตกต่างกัน โดยระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการอนุญาตให้มีการเรียกเก็บค่าบริการส่วนต่างที่เกินจากอัตราชัดเจนของกรมบัญชีกลาง โดยไม่มีกลไกที่ชัดเจนในการป้องกันการรับภาระค่าใช้จ่ายที่มากเกินไป จนอาจเกิดผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครัวเรือน ซึ่งต่างจากระบบประกันสังคมและระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อนุญาตให้มีการร่วมจ่ายได้ เฉพาะบางกรณีเท่านั้น<sup>[8]</sup>



### ตัวชี้วัดที่ 13.1

รายจ่ายต่อหัวประชากรของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ ต้องมีค่าไม่ต่างจากค่าเฉลี่ยทั้งสามระบบ ร้อยละ  $\pm 1$  พบว่าสถานการณ์ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย โดยผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีค่าใช้จ่าย 13,895.0 บาทต่อคน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ผู้มีสิทธิประกันสังคมมีค่าใช้จ่าย 4,937.2 บาทต่อคน และผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีค่าใช้จ่าย 4,306.0 บาทต่อคน ซึ่งยังไม่มียุทธศาสตร์ที่จะทำให้รายจ่ายต่อหัวของทั้งสามสิทธิมีความใกล้เคียงกัน



### ตัวชี้วัดที่ 13.2

กำหนดให้มีมาตรฐานการจ่ายเงินของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ ให้แก่สถานพยาบาลเป็นราคาเดียวกันในทุกประเภทและระดับการบริการ พบว่าวิธีการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐมีความแตกต่างกัน ทั้งวิธีการจ่ายและอัตราการจ่าย ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการของประชาชนในแต่ละระบบ <sup>[9-11]</sup>



เมื่อพิจารณาความเป็นธรรมสำหรับแรงงานข้ามชาติและผู้ไม่มีเลขประจำตัว 13 หลัก พิจารณา**ตัวชี้วัดที่ 14** มีการวางแผนออกแบบการเงินการคลังสุขภาพเพื่อคุ้มครองแรงงานข้ามชาติและผู้ไม่มีเลขประจำตัว 13 หลักอย่างเป็นระบบให้สามารถเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จำเป็น และมีระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุม โดยมีทางเลือกในรูปแบบต่างๆ พบว่า ประเทศไทยมีระบบประกันสุขภาพภาคบังคับสำหรับแรงงานข้ามชาติที่อยู่ในระบบการจ้างงานอย่างเป็นทางการเท่านั้น โดยให้เข้าร่วมในระบบประกันสังคมเช่นเดียวกับคนไทย นอกจากนี้มีการขายบัตรประกันสุขภาพโดยกระทรวงสาธารณสุขสำหรับคนต่างด้าวเฉพาะสัญชาติเมียนมา ลาว กัมพูชา และเวียดนาม ซึ่งเป็นระบบประกันสุขภาพภาคสมัครใจสำหรับแรงงานนอกระบบและผู้ติดตามสัญชาติอื่น และคนต่างชาติที่ไม่ใช่แรงงานสามารถซื้อประกันสุขภาพจากบริษัทประกันเอกชนซึ่งเป็นภาคสมัครใจได้<sup>[12]</sup> ส่วนผู้ไม่มี

เลขประจำตัว 13 หลัก มีการจัดตั้งกองทุนให้บริการด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ซึ่งครอบคลุมในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพ และการควบคุมป้องกันโรค โดยให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบ ถึงแม้ว่าจะมีการออกแบบการเงินการคลังสุขภาพอย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นไปตาม**ตัวชี้วัดที่ 14** แต่ยังคงเป็นความท้าทายในการสร้างความเป็นธรรมในกลุ่มประชากรดังกล่าว เนื่องจากสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทุกคน โดยมีสาเหตุมาจากการพึ่งพาระบบประกันสุขภาพภาคสมัครใจหรือการจัดตั้งกองทุนขนาดเล็กเพื่อดูแลชั่วคราว ซึ่งไม่สามารถยืนยันได้ว่าแรงงานข้ามชาติหรือผู้ที่ไม่ใช่เลขประจำตัว 13 หลัก จะสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างยั่งยืน<sup>[13]</sup>



## ด้านความมีประสิทธิภาพ



ระบบสุขภาพภาครัฐของประเทศไทย มีกลไกและมาตรการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบหลายด้าน โดยมีรายละเอียดของตัวชี้วัดด้านความมีประสิทธิภาพ ดังนี้

### ตัวชี้วัดที่ 15.1



ให้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบ ใช้ระบบงบประมาณปลายปิด ซึ่งพบว่าการดำเนินงานยังไม่เป็นไปตามตัวชี้วัด เนื่องจากมีเพียงระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและระบบประกันสังคมที่ใช้ระบบงบประมาณปลายปิด ส่วนระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ใช้ระบบงบประมาณปลายเปิด จึงไม่มีการควบคุมงบประมาณให้อยู่ในวงเงินที่กำหนด

### ตัวชี้วัดที่ 15.2



ให้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบ มีมาตรการและกลไกการเฝ้าระวังราคาและการควบคุมราคาการเบิกจ่ายของกองทุน และราคาค่าบริการยา และเทคโนโลยี ที่มีประสิทธิภาพ พบว่าการดำเนินมาตรการเป็นไปตามตัวชี้วัด เนื่องจากระบบประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามระบบมีกลไกการเฝ้าระวังและควบคุมราคา เช่น การกำหนดราคาหรือเพดานการเบิกตามรายการระบบ preauthorization เป็นต้น แต่ไม่มีกลไกกลางที่ใช้ร่วมกัน

### ตัวชี้วัดที่ 15.3



ให้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบใช้อำนาจในการซื้อร่วมกัน พบว่าการดำเนินงานไม่ผ่านตามตัวชี้วัดที่กำหนด โดยระบบประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบ มีการซื้อบริการสุขภาพโดยทั่วไปแยกจากกัน สำหรับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ร่วมระดับประเทศ แต่ไม่มีการจัดซื้อร่วมกันระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ

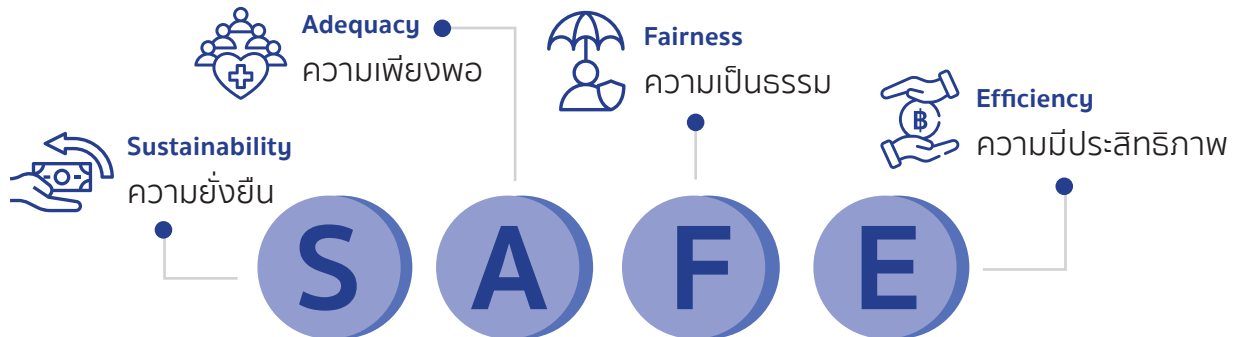
### ตัวชี้วัดที่ 15.4




มีการใช้มาตรการของรัฐบาลอย่างเหมาะสม พบว่า การดำเนินงานเป็นไปตามตัวชี้วัด เนื่องจากรัฐบาลมีการใช้มาตรการที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพอื่นๆ เช่น การใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยา การมีบัญชียาหลักที่ส่งเสริมการใช้ยา โดยคำนึงถึงความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ การกำหนดราคากลาง การจัดซื้อยาร่วมระดับเขต/จังหวัด การจัดซื้อยาเข้าโรงพยาบาล โดยพิจารณาจากการแข่งขันด้านราคาและคุณภาพ เป็นต้น



การทบทวนสถานการณ์การเงินการคลังสุขภาพของประเทศไทย ในปี 2567 ตามเป้าประสงค์ S-A-F-E จากทั้งหมด 15 ตัวชี้วัด ชี้ให้เห็นว่า ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการบรรลุเป้าหมายและเป้าประสงค์ 9 ตัวชี้วัด และยังไม่บรรลุเป้าหมายอีก 6 ตัวชี้วัด นับเป็นความท้าทายในการดำเนินงานเพื่อการบรรลุเป้าประสงค์ โดยผลการทบทวนตัวชี้วัดดังกล่าว สามารถสรุปได้ดังนี้





ความยั่งยืน


มี 2 ตัวชี้วัด

✓ ผ่าน 2

✗ ไม่ผ่าน 0

---

รัฐบาลมั่นใจได้ว่าการเงินการคลังสุขภาพอยู่ในวิสัยที่ลงทุนได้ในระยะยาว อย่างไรก็ตามผลกระทบจากวิกฤติโรคโควิด 19 ทำให้ต้องตระหนักในการลงทุน เพื่อเตรียมพร้อมกับการรับมือวิกฤติต่างๆ ทั้งนี้ อาจพิจารณาแหล่งเงินอื่นๆ เพิ่มเติม



ความเพียงพอ

มี 6 ตัวชี้วัด

✓ ผ่าน 4

✗ ไม่ผ่าน 2

---

รัฐบาลควรมีการลงทุนด้านสุขภาพให้เพียงพอต่อการพัฒนาระบบสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่จำเป็นและมีคุณภาพอย่างเป็นธรรม ทั้งนี้ ควรต้องคำนึงถึงการลงทุนในระบบสุขภาพ เพื่อเตรียมพร้อมและตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว เช่น สังคมผู้สูงอายุ วิกฤติ และภัยพิบัติต่างๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชน



## ความเป็นธรรม

มี 6 ตัวชี้วัด

ผ่าน 3  ไม่ผ่าน 3

รัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดให้มีการจัดระบบการเงินการคลัง  
สุขภาพ เพื่อทุกคนบนพื้นแผ่นดินไทย โดยพัฒนากลไกเพื่อสร้างความเป็น  
ธรรมระหว่างระบบประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก อีกทั้งสร้างความเป็น  
ธรรมในการเก็บเงินสมทบของระบบประกันสังคม และสร้างระบบประกัน  
สุขภาพภาคบังคับให้ครอบคลุมคนต่างด้าว ทั้งที่เป็นแรงงานและที่ไม่ใช่  
แรงงาน



## ความมี ประสิทธิภาพ

มี 1 ตัวชี้วัด

ผ่าน 0  ไม่ผ่าน 1

รัฐบาลควรมีมาตรการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบหลักประกันสุขภาพ  
ทั้งสามระบบ เช่น การควบคุมค่าใช้จ่ายให้อยู่ในวงเงินที่กำหนดและมีความ  
เป็นธรรม โดยเฉพาะระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กลไกกลาง  
ในการควบคุมราคาค่าบริการเบิกจ่าย โดยให้แต่ละระบบไม่มีความแตกต่างกัน  
และมีมาตรการในการจัดซื้อร่วมกัน เป็นต้น



# 15 ตัวชี้วัด

ประสบความสำเร็จในการบรรลุเป้าหมาย  
และเป้าประสงค์ 9 ตัวชี้วัด  
และยังไม่บรรลุเป้าหมายอีก 6 ตัวชี้วัด



1. ราชกิจจานุเบกษา. ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565. 2566. Available from: <https://www.nationalhealth.or.th/th/node/4261>
2. คณะกรรมการจัดทำแนวทางการระดมทรัพยากรเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ข้อเสนอการคลังสุขภาพเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป้าประสงค์ ตัวชี้วัด และเป้าหมาย. 2559. Available from: <https://www.resourceihpp.com/site/materialdetailuniversal/6488b063-850e-4d44-9ab0-e34a6a9ea1bc>
3. International Health Policy Program Foundation. Thai National Health Accounts 2020-2021 and projection of health expenditure 2022-2024. 2023. Available from: <https://ihppthaigov.net/publication/thainationalhealthaccounts2020-2021>
4. มูนิธิเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. การเงินการคลังสุขภาพเพื่อการเตรียมความพร้อม การป้องกัน และการตอบสนองโรคระบาด: บทเรียนจากโควิด 19 ในประเทศไทย. 2567.
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2566. 2566. Available from: [https://www.nhso.go.th/operating\\_results/63](https://www.nhso.go.th/operating_results/63)
6. มูนิธิเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานโครงการประเมินความเป็นธรรมการเข้าถึงบริการสุขภาพ และความเป็นธรรมทางด้านการเงินการคลังสุขภาพ ปีงบประมาณ 2565. 2565.
7. ประกาศคณะกรรมการค่าจ้าง. เรื่อง อัตราค่าจ้างขั้นต่ำ (ฉบับที่ 12) 8 ธันวาคม 2566. 2566. Available from: <https://shorturl.at/jb2C3>
8. Hfocus. สปสช.แจงปม “ร่วมจ่าย” ทำได้บางกรณี แต่ต้องไม่ขัดเจตนาารมณ พสบ.หลักประกันสุขภาพฯ. 2567. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2024/08/31360>
9. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายบริการสาธารณสุขภายใต้งบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2567. Available from: [https://www.nhso.go.th/page/nhso\\_payment\\_condition](https://www.nhso.go.th/page/nhso_payment_condition)
10. ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม. เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยมิใช่เนื่องจากการทำงาน. 2566. Available from: [https://www.sso.go.th/wpr/assets/upload/files\\_storage/sso\\_th/1bd08f56e4e25c61988d6e3624e9e107.pdf](https://www.sso.go.th/wpr/assets/upload/files_storage/sso_th/1bd08f56e4e25c61988d6e3624e9e107.pdf)
11. กรมบัญชีกลาง. การเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยในตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs). 2560. Available from: [https://saraban-law.cgd.go.th/easinetimage/inetdoc?id=show\\_CGD.A.22458\\_1\\_BCS\\_1\\_pdf](https://saraban-law.cgd.go.th/easinetimage/inetdoc?id=show_CGD.A.22458_1_BCS_1_pdf)
12. Tangcharoensathien V, Witthayapipopsakul W, Panichkriangkrai W, et al. Health systems development in Thailand: a solid platform for successful implementation of universal health coverage. Lancet 2018;391(10126):1205-23.
13. Mathauer I KJ, Organization WH. Voluntary health insurance: potentials and limits in moving towards UHC: World Health Organization. 2018. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HGF-Health-Financing-Policy-Brief-18.5>

## จัดทำโดย

สมรณีк โชติช่วงจิตรชัย, จิณณพัต สุวรรณเกตตะ,  
วรรณิ์ วิทยาพิภพสกุล, ชาฮีดา วิริยาทร, ธนินทร์ พัฒนศิริ,  
มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ



พฤศจิกายน 2567

## ได้รับการสนับสนุนจาก

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

