

๙. การเงินการคลังด้านสุขภาพ

๙.๑ สถานการณ์ ปัญหาและประเด็นท้าทายของการเงินการคลังด้านสุขภาพ

ประเทศไทยมีการพัฒนาด้านเศรษฐกิจและได้ถูกจัดเป็นประเทศที่มีรายได้ปานกลางชั้นสูง ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๔ โดยมีผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (Gross Domestic Product-GDP) ๓๗๐ พันล้านเหรียญสหรัฐ และได้เพิ่มขึ้นเป็น ๕๔๔ พันล้านล้านเหรียญสหรัฐ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ อย่างไรก็ตามการเติบโตทางเศรษฐกิจมีอัตราการลดลงจากร้อยละ ๔.๒ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ เป็นร้อยละ ๒.๓ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ และด้วยสถานการณ์การระบาดใหญ่ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ได้ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจอย่างรุนแรง ทำให้การเติบโตทางเศรษฐกิจลดลงเหลือร้อยละ -๖.๐ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ ธนาคารโลกประมาณการเศรษฐกิจจะเติบโตร้อยละ ๓.๙ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ และร้อยละ ๔.๓ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๖

คณะกรรมการจัดทำแนวทางการระดมทรัพยากรเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ ได้จัดทำข้อเสนอการคลังสุขภาพ โดยมีเป้าประสงค์ ๔ ประการ ได้แก่ ความยั่งยืน (Sustainability) ความเพียงพอ (Adequacy) ความเป็นธรรม (Fairness) และความมีประสิทธิภาพ (Efficiency) หรือเรียกชื่อย่อว่า S-A-F-E ในการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ สารระสำคัญรายการหมวดการเงินการคลังด้านสุขภาพได้พิจารณาเห็นว่าข้อเสนอ S-A-F-E ยังคงมีความสำคัญอยู่ จึงนำมาปรับใช้ ดังนี้

ด้านความยั่งยืนและความเพียงพอ ประเทศไทยมีรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (Total Health Expenditure-THE) ร้อยละ ๔.๑ ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) โดยรายจ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพ (General Government Health Expenditure-GGHE) คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๕ ของรายจ่ายของรัฐบาลทั้งหมด (General Government Expenditure-GGE) ในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อเสนอ S-A-F-E ได้กำหนดเป้าหมายความยั่งยืนให้ THE ไม่เกินร้อยละ ๕ ของ GDP และมี GGHE ไม่เกินร้อยละ ๒๐ ของ GGE ตัวเลขสถานการณ์ในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ แสดงให้เห็นว่า ประเทศไทยมีรายจ่ายสุขภาพไม่เกินเป้าประสงค์ที่กำหนด ภาครัฐยังมีความสามารถใช้จ่ายด้านสุขภาพมากขึ้นได้ ในขณะที่เป้าหมายความเพียงพอต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน ได้มีการกำหนดให้มี THE ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓.๗ ของ GDP และ GGHE ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๔.๙ ของ GGE จากข้อมูลเปรียบเทียบ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ ซึ่งเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

ด้านความเพียงพอ ยังมีตัวชี้วัดที่สำคัญ ได้แก่ อุบัติการณ์ของครัวเรือนล้มละลายจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (catastrophic health expenditure) ซึ่งหมายถึง รายจ่ายสุขภาพของครัวเรือนเกินกว่าร้อยละ ๑๐ ของรายได้ทั้งครัวเรือน มีแนวโน้มลดลง โดยมีค่าร้อยละ ๑.๙๓ ของครัวเรือนทั้งหมด ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ และอุบัติการณ์ของครัวเรือนที่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจนภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (health impoverishment) มีแนวโน้มลดลงเช่นกัน มีค่าร้อยละ ๐.๒๙ ของครัวเรือนทั้งหมด ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓

โดยมีเป้าหมายให้อุบัติการณ์ของคร้วเรือนล้มละลายจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลลดลงจากร้อยละ ๒.๓ ของคร้วเรือนทั้งหมด และอุบัติการณ์ของคร้วเรือนที่ต้องกลายเป็นคร้วเรือนยากจนภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลลดลงจากร้อยละ ๐.๔๐ ของคร้วเรือนทั้งหมด ซึ่งเป็นข้อมูลในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ ตามข้อเสนอของคณะกรรมการจัดทำแนวทางการระดมทรัพยากรเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ด้านความเป็นธรรม จากข้อมูลในปี พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๖๒ พบว่า การคลังสุขภาพของประเทศไทยในภาพรวมมีลักษณะก้าวหน้า (progressivity) เนื่องจากมีสัดส่วนจากภาษีมาก กล่าวคือ คนรวยเป็นผู้จ่ายเงินเพื่อสุขภาพสูงกว่าคนจน เมื่อเทียบกับความสามารถในการจ่าย คนจนมีสัดส่วนของการได้รับประโยชน์จากการอุดหนุนงบประมาณของภาครัฐในสัดส่วนที่สูงกว่าคนรวยเล็กน้อย ทั้งในบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในในโรงพยาบาลทุกระดับ ยกเว้นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ที่กลุ่มคนรวยได้รับประโยชน์มากกว่า ทั้งในการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

โดยด้านความเป็นธรรม ยังมีตัวชี้วัดที่น่าสนใจ ได้แก่ ความจำเป็นด้านสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (unmet health need) ในบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และทันตกรรม พบว่า มีการเพิ่มขึ้นเล็กน้อย จากร้อยละ ๒.๔ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๔ เป็นร้อยละ ๒.๘ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ และลดลงเหลือร้อยละ ๒.๕ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ โดยมีเหตุผล ๓ อันดับแรก คือ รอนาน ไม่มีเวลาไปรับบริการ และเดินทางไม่สะดวก ห่างไกล นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาตามระดับเศรษฐกิจฐานะ พบว่า กลุ่มประชากรที่ยากจนที่สุด (Q1) มีระดับความจำเป็นด้านสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนองที่สูงกว่าประชากรในเศรษฐกิจฐานะอื่นอย่างเห็นได้ชัด โดยในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ ประชากรกลุ่มยากจนที่สุด (Q1) มีระดับความจำเป็นด้านสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนองที่สูงกว่าประชากรกลุ่มที่รวยที่สุด (Q5) ถึงสองเท่า คือ ร้อยละ ๓.๘ และ ๑.๘ ตามลำดับ

นอกจากนี้จากสถานการณ์ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับประชากรไทยยังมีความแตกต่างกันระหว่าง ๓ สิทธิประกันสุขภาพหลัก ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อคนในสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ คิดเป็น ๑๓,๖๐๐ บาทต่อคนต่อปี สิทธิประกันสังคม คิดเป็น ๔,๙๗๖ บาทต่อคนต่อปี และสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) คิดเป็น ๔,๐๕๕ บาทต่อคนต่อปี โดยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) ยังครอบคลุมบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับคนไทยทุกคน ทั้งสามกองทุน ไม่ใช่เฉพาะผู้มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอีกด้วย

สำหรับประเด็นสุขภาพของประชากรข้ามชาติ และผู้ที่ไม่มียุติบัตรประจำตัว ๑๓ หลัก ประเมินการว่ามีจำนวน ๓.๕ ล้านคน การระบาดของใหญ่ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๓ ทำให้เห็นความจำเป็นที่จะต้องให้การดูแลสุขภาพของทุกคนบนพื้นแผ่นดินไทยชัดเจนยิ่งขึ้น เมื่อโรคติดต่อไม่เลือกสัญชาติในการแพร่ระบาด โดยเฉพาะการควบคุมโรค เช่น โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ วัณโรค และการให้วัคซีน เพื่อป้องกันโรคติดต่อต่าง ๆ ในเด็ก การให้บริการส่งเสริมและป้องกันโรค จึงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องกำหนดไว้ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับนี้ ซึ่งปัจจุบันมีระบบหลักประกันสุขภาพ สำหรับประชากรต่างชาติ

๓ ระบบ ได้แก่ ๑) ประกันสังคม สำหรับแรงงานที่ขึ้นทะเบียนตามกฎหมาย ๒) บัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจ สำหรับแรงงานที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคม และ ๓) โครงการกองทุนประกันสุขภาพเพื่อกลุ่มคนต่างชาติในพื้นที่รอยต่อชายแดน เช่น ตาก และสระแก้ว ปัญหาสำคัญคือ กลุ่มแรงงานนอกระบบที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ

การให้บริการสุขภาพแก่ชาวต่างชาติที่มีกำลังซื้อสูงเป็นแหล่งรายได้ของประเทศ นโยบายรัฐบาลเน้นให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (medical hub) ที่ทำให้การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์/สุขภาพ (medical tourism) เติบโตต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๗ จนมีจำนวนนักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ มากถึง ๓.๔๒ ล้านครั้ง ในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ นอกจากนี้ภาครัฐยังมีการสนับสนุนในแผนยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี (๒๕๖๐-๒๕๖๙) ด้วยมาตรการต่าง ๆ เช่น การขยายเวลาในการพำนักในไทยเพื่อการรักษาพยาบาลของชาวต่างชาติ นโยบายเหล่านี้เป็นแรงหนุนให้ผู้ประกอบการโรงพยาบาลเอกชนมีการลงทุนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เพื่อขยายตลาดไปสู่กลุ่มผู้ป่วยต่างชาติ อย่างไรก็ตาม ผลกระทบที่ตามมาอาจทำให้ทรัพยากรบุคคลไหลไปสู่ภาคเอกชนการกระจุกตัวของทรัพยากรทางการแพทย์ในพื้นที่เมืองมากกว่าชนบท และเกิดความเหลื่อมล้ำของการเข้าถึงบริการของประชาชนในที่สุด

๙.๒ เป้าหมายของการเงินการคลังด้านสุขภาพ ในระยะ ๕ ปี ที่มุ่งไปสู่ “ความเป็นธรรม ตอบสนอง ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง”

๙.๒.๑ บูรณาการกองทุนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้มีความเป็นเอกภาพ เป็นธรรม เพียงพอ และการเงินการคลังมีความยั่งยืน

๙.๒.๒ ปรับปรุงระบบการเงินการคลังให้สอดคล้องกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และเป็นรากฐานสำคัญในการพัฒนางานด้านสุขภาพอื่น ๆ ที่ระบุไว้ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับนี้

๙.๒.๓ พัฒนาระบบการเงินการคลังเพื่อให้แรงงานข้ามชาติและผู้ไม่มีเลขประจำตัว ๑๓ หลัก ให้สามารถเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จำเป็น โดยเฉพาะการได้รับวัคซีนวัคซีน และให้มีระบบประกันสุขภาพกรณีการรักษาพยาบาลที่ครอบคลุม โดยมีทางเลือกในรูปแบบต่าง ๆ

๙.๒.๔ สร้างการรับรู้และตระหนักรู้ในหน้าที่ของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง สนับสนุนให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และหลักการ “ทุกนโยบายห่วยใยสุขภาพ” (HiAP) โดยนโยบายสาธารณะของภาคส่วนต่าง ๆ ให้ความสำคัญต่อสุขภาพของประชาชน

๙.๒.๕ พัฒนานโยบายการร่วมจ่ายตามฐานะทางเศรษฐกิจและกำลังจ่ายของประชาชน เพื่อป้องกันมิให้ใช้บริการโดยปราศจากเหตุผล และไม่ใช่อุปสรรคและสร้างความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ

ที่จำเป็น พัฒนานโยบายการร่วมจ่ายจากหน่วยงานองค์กรหรือผู้ประกอบการ รวมภาครัฐและเอกชน ที่สร้างผลกระทบเป็นมลพิษต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพประชาชน

๙.๓ มาตรการเพื่อการเปลี่ยนแปลงของการเงินการคลังด้านสุขภาพ ในระยะ ๕ ปี

๙.๓.๑ การบูรณาการกองทุนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้มีกลไกหลักในการบริหารจัดการทางการเงินการคลังสุขภาพระดับชาติ รวมทั้งชุดสิทธิประโยชน์หลักและกลไกการจ่ายที่ใช้ร่วมกันระหว่างกองทุน และมีการบูรณาการระบบฐานข้อมูลการเบิกจ่ายร่วมกันและมีมาตรฐานเดียว

๙.๓.๒ ในคนต่างด้าวทุกคนที่เข้ามาในประเทศไทย ต้องมีระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ โดยมีทางเลือกรูปแบบต่าง ๆ

๙.๓.๓ มีกลไกการออกแบบเชิงระบบ (system design) ที่เชื่อมโยงประเด็นทางการเงินการคลังเข้ากับระบบสุขภาพ ปัจจัยกำหนดสุขภาพ และการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ

๙.๓.๔ มีกลไกการติดตามตัวชี้วัดตามหลักการ S-A-F-E และการพัฒนาตัวชี้วัด S-A-F-E ไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม

๙.๔ แนวทางการวัดผลสำเร็จของการเงินการคลังด้านสุขภาพ ในระยะ ๕ ปี

ในระยะ ๑ ปี

๑) กำหนด road map เพื่อบูรณาการระบบการเงินการคลังใน ๓ กองทุนของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และระบบประกันสุขภาพสำหรับแรงงานข้ามชาติ

ในระยะ ๓ ปี – ๕ ปี

๒) นำ road map ไปสู่การปฏิบัติ และติดตามเป้าประสงค์ ของกิจกรรมปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพ และกองทุนที่เกี่ยวข้อง

ข้อเสนอตัวชี้วัดของการเงินการคลังด้านสุขภาพ

อ้างอิง ข้อเสนอการคลังสุขภาพเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป้าประสงค์ ตัวชี้วัด และเป้าหมาย (S-A-F-E) ที่ได้จัดทำขึ้นในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ ที่กำหนดตัวชี้วัดจำนวน ๑๑ ตัวชี้วัด และเพิ่มเติมอีก ๔ ตัวชี้วัด (ข้อ ๘, ๙, ๑๐, ๑๔) รวมเป็น ๑๕ ตัวชี้วัด ดังนี้

S - Sustainability ความยั่งยืน

- ๑) ใช้จ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE) ต้องไม่เกินร้อยละ ๕ ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP)
- ๒) ใช้จ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพ (GGHE) ไม่เกินร้อยละ ๒๐ ของรายจ่ายของรัฐบาล (GGE)

A - Adequacy ความเพียงพอ

๓) ใช้จ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE) ต้องไม่น้อยกว่าที่เป็นอยู่ (ปี พ.ศ. ๒๕๖๒) คือ ร้อยละ ๔.๑ ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) (หรือ ใช้จ่ายดำเนินการด้านสุขภาพ (CHE) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓.๙ ของ GDP)

๔) ใช้จ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพ (GGHE) ต่อรายจ่ายของรัฐบาล (GGE) ต้องไม่น้อยกว่าที่เป็นอยู่ คือ ร้อยละ ๑๖.๕ (ปี พ.ศ. ๒๕๖๒) (หรือ ใช้จ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพที่ไม่รวมงบลงทุน (GGHE-D) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๕.๕ ของ GDP)

๕) ใช้จ่ายนอกภาครัฐด้านสุขภาพ ไม่เกินร้อยละ ๒๐ ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE) และ รายจ่ายของครัวเรือนต้องไม่เกินระดับที่เป็นอยู่ คือ ร้อยละ ๘.๗ ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE) (ปี พ.ศ. ๒๕๖๒) (หรือร้อยละ ๘.๕ ของรายจ่ายดำเนินการด้านสุขภาพ (CHE))

๖) Catastrophic อุบัติการณ์ครัวเรือนล้มละลายจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ไม่เกินระดับที่เป็นอยู่ คือ ร้อยละ ๑.๙๗ ของครัวเรือนทั้งหมด (ปี พ.ศ. ๒๕๖๒)

๗) Impoverishment อุบัติการณ์ของครัวเรือนที่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจนภายหลังจาก การจ่ายค่ารักษาพยาบาล ไม่เกินระดับที่เป็นอยู่ คือ ร้อยละ ๐.๒๙ ของครัวเรือนทั้งหมด (ปี พ.ศ. ๒๕๖๒)

๘) ความจำเป็นด้านสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (unmet health need) ของบริการ ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และทันตกรรมโดยรวม ไม่เกินระดับที่เป็นอยู่ คือ ร้อยละ ๒.๖ (ปี พ.ศ. ๒๕๖๒)

F - Fairness ความเป็นธรรม

๙) ความเป็นธรรมด้านการคลังสุขภาพ (Financial incidence analysis-FIA) มีความก้าวหน้า ไม่น้อยกว่าที่เป็นอยู่ (ปี พ.ศ. ๒๕๖๒) ที่มี Kakwani index เมื่อวัดจากรายได้ คือ +๐.๑๑๘๖ และ เมื่อวัดจากรายจ่ายครัวเรือน คือ +๐.๒๑๖๑

๑๐) การวิเคราะห์การได้รับประโยชน์จากการได้รับการอุดหนุนงบประมาณด้านสุขภาพภาครัฐ (Benefit incidence analysis: BIA)

๑๑) เพิ่มความเป็นธรรมของการจ่ายเงินสมทบ ระหว่างผู้มีสิทธิในระบบประกันสังคม ให้ใกล้เคียงกับ ตอนเริ่มต้นระบบประกันสังคมเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๓๔ โดยปรับเพิ่มเพดานเงินเดือนสำหรับการคำนวณเงินสมทบ ของผู้ประกันตน ให้เป็น ๗ เท่าของค่าแรงขั้นต่ำ

๑๒) มีระบบที่สร้างความเป็นธรรมในการร่วมจ่ายตามฐานะทางเศรษฐกิจที่ไม่เป็นหรือสร้างอุปสรรคในการเข้าถึงบริการที่จำเป็นอีกทั้งต้องไม่ก่อให้เกิดผลกระทบหรือความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ

๑๓) บรรลุความเป็นธรรมในการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ

๑๓.๑) รายจ่ายต่อหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ (age adjusted per capita expenditure) ของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ ต้องมีค่าไม่ต่างจากค่าเฉลี่ยทั้งสามระบบหลัก ร้อยละ ± ๑

๑๓.๒) กำหนดให้มีมาตรฐานการจ่ายเงินของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐให้แก่สถานพยาบาลเป็นราคาเดียวกันในทุกประเภทและระดับการบริการ

๑๔) มีการวางแผนออกแบบการเงินการคลังเพื่อดูแรงงานข้ามชาติและผู้ไม่มีเลขประจำตัว ๑๓ หลัก อย่างเป็นระบบ ให้สามารถเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จำเป็น และมีระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุม โดยมีทางเลือกในรูปแบบต่าง ๆ

E - Efficiency ความมีประสิทธิภาพ

๑๕) เพิ่มประสิทธิภาพ โดยต้องคำนึงถึงคุณภาพควบคู่กันไป

๑๕.๑) ให้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบใช้ระบบงบประมาณปลายปิด (close ended budget)

๑๕.๒) ให้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบมีมาตรการและกลไกการเฝ้าระวังราคาและการควบคุมราคาการเบิกจ่ายของกองทุนและราคาค่าบริการ ยา และเทคโนโลยี ที่มีประสิทธิภาพ (efficient reimbursement and price control system)

๑๕.๓) ให้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบใช้อำนาจในการซื้อร่วมกัน (collective purchasing power)

๑๕.๔) มีการใช้มาตรการของรัฐบาล (government intervention) อย่างเหมาะสม