



ความพยายามและความสำเร็จของ

คณะกรรมการกำหนด ระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัย และค่าบริการทางการแพทย์



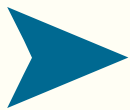
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ความพยายามและความสำเร็จของ
คณะกรรมการกำหนด
ระบบบริหารยา เวชภัณฑ์
การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัย
และค่าบริการทางการแพทย์

เรียบเรียงจากต้นฉบับรายงานวิจัยเรื่อง
“กระบวนการพัฒนานโยบายการบริหารจัดการ
ระบบหลักประกันสุขภาพ ในรูปแบบคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์
การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัย และค่าบริการทางการแพทย์”
สนับสนุนโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ความพยายามและความสำเร็จของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัย และค่าบริการทางการแพทย์

เลขมาตรฐานสากล	978-974-299-223-1
พิมพ์ครั้งที่ 1	กันยายน 2558 จำนวน 500 เล่ม
ที่ปรึกษา	นพ.พีรพล สุทธิวิเศษศักดิ์
บรรณาธิการ	ผศ.ดร.จรวรพร ศรีศัลลักษณ์ สายสิริ อิศราญวานิชย์
ผู้วิจัย	ดร.เดือนเด่น นิคมบริรักษ์ และคณะ
ประสานงาน	ฉัตรทิพย์ วงษ์ปิ่นแก้ว
ศิลปกรรม	บริษัท บี เอส อาร์ มีเดีย แอนด์ มาร์เก็ตติ้ง จำกัด
จัดพิมพ์และเผยแพร่	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ชั้น 4 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ซ.สาธารณสุข 6 ถ.ติวานนท์ 14 อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 0 2832 9200 โทรสาร 0 2832 9201-2 www.hsri.or.th



คำนำ

การบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยเป็นปัญหาที่ท้าทายรัฐบาลทุกสมัย เนื่องจากประเทศไทยมีกองทุนประกันสุขภาพที่หลากหลาย เช่น กองทุนสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว การประกันสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และรัฐวิสาหกิจ ที่บริหารจัดการกองทุนรักษาพยาบาลเอง เป็นต้น โดยแต่ละกองทุนมีการบริหารจัดการแบบแยกส่วน ทำให้เกิดปัญหาความลักลั่นของสิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตนที่เป็นสมาชิกของแต่ละกองทุน รวมทั้งปัญหาของการขาดระบบหรือมาตรฐานกลางในการบริหารจัดการ เช่น การบริหารฐานข้อมูลผู้ป่วย วิธีการและขั้นตอนในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล การตรวจสอบการเบิกจ่าย และคุณภาพของการรักษาพยาบาล ฯลฯ ทำให้มีต้นทุนในการดำเนินการที่สูงเกินควร

รัฐบาลทุกรัฐบาลที่ผ่านมา มีความพยายามที่จะให้การบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศ ซึ่งอยู่ภายใต้การกำกับของ 3 กระทรวง ได้แก่ กระทรวงการคลัง กระทรวงแรงงาน และ กระทรวงสาธารณสุข เป็นไปอย่างบูรณาการ หากแต่รูปแบบที่ใช้ในดำเนินการล้วนใช้วิธีการจัดตั้ง “คณะกรรมการเฉพาะกิจ” จากมติคณะรัฐมนตรี ตัวอย่างเช่น สมัยรัฐบาลนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ (คพคส.) ซึ่งมีภารกิจในการออกแบบการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพที่บูรณาการทั้ง 3 กองทุน แต่ต่อมารัฐบาลนางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร ได้ยกเลิกคณะกรรมการ คพคส. ดังกล่าว และแต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าวินิจฉัยและค่าบริการทางการแพทย์ขึ้นมาแทน โดยคณะกรรมการดังกล่าวมีวัตถุประสงค์หลักในการควบคุมค่าใช้จ่ายของระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย โดยเฉพาะค่ายา การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและวิธีการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพสาธารณสุขของประเทศไทยที่ผันแปรไปตามทิศทางของการเมือง ทำให้เกิดคำถามว่าโครงสร้างองค์กรกลไกที่แต่ละรัฐบาลตั้งขึ้นมานั้นมีประสิทธิภาพในการบรรลุเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้มากน้อยเพียงใด และโครงสร้างองค์กรที่เหมาะสมคืออะไร

การศึกษาชิ้นนี้ได้วิเคราะห์โครงสร้างภารกิจและวิธีการปฏิบัติหน้าที่ รวมทั้งผลงานของคณะกรรมการทั้ง 2 คณะที่กล่าวมา ได้เล็งเห็นความเหมือน ความต่าง จุดแข็ง จุดอ่อน และโอกาสในการพัฒนาในมิติต่างๆ จนกระทั่งได้จัดทำข้อเสนอแนะสำหรับการจัดโครงสร้างกลไกการพัฒนาระบบประกันสุขภาพแห่งชาติในอนาคต

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เห็นว่า งานวิจัยชิ้นนี้มีคุณค่าทั้งในเชิงวิชาการ และเชิงบริหาร จึงจัดพิมพ์หนังสือเล่มนี้ขึ้นเพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยให้กว้างขวาง เพื่อหวังประโยชน์ “คุ้มค่า” กับ “คุณค่า” ที่นักวิจัยและผู้เกี่ยวข้องได้ทุ่มเทให้กับงานชิ้นนี้ หากผู้อ่านมีข้อเสนอแนะ ประการใด โปรดติดต่อ สวรส. เพื่อร่วมกันพัฒนาระบบประกันสุขภาพเพื่อคนไทยและสังคมไทยต่อไป

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

กันยายน 2558

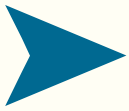


สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข





คำนำ	5
เรื่องย่องานวิจัย	8
บทที่ 1 เกี่ยวกับงานวิจัย	19
บทที่ 2 ภาพรวมของกลไกเพื่อการพัฒนาการบริหารจัดการระบบ ประกันสุขภาพ	27
บทที่ 3 เจาะลึกกลไกคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ	47
บทที่ 4 ผลการดำเนินงานตามมาตรการของคณะกรรมการ พัฒนาระบบบริหารยาฯ	55
บทที่ 5 บทวิเคราะห์ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของ มาตรการต่างๆ เพื่อการพัฒนาระบบบริหารจัดการระบบ ประกันสุขภาพ และความสำเร็จที่ผ่านมา	71
บทที่ 6 สรุปและข้อเสนอแนะ	79
บรรณานุกรม	93



เรื่องย่องานวิจัย

งานวิจัยเรื่อง “กระบวนการพัฒนานโยบายการบริหารจัดการ ระบบหลักประกันสุขภาพ ในรูปแบบคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัย และค่าบริการทางการแพทย์” เป็นการศึกษาความพยายามที่จะพัฒนากลไก เพื่อพัฒนาระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ในรูปแบบคณะกรรมการคณะหนึ่ง ซึ่งนักวิจัยได้ติดตามศึกษาที่มา และผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ พร้อมทั้งเสนอแนะแนวทางการพัฒนาในอนาคต โดยมีสาระสำคัญดังนี้

จากการปฏิรูประบบสุขภาพยุคเริ่มแรกถึงคณะกรรมการ คพคส.

ในปี พ.ศ. 2543 รัฐบาลในขณะนั้นได้สนับสนุนแนวคิดในการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ โดยมีการตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) ขึ้น เพื่อทำหน้าที่หลักในการจัดทำร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ... เพื่อเป็นกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพ และขับเคลื่อนให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมซึ่งนับได้ว่าเป็นการก้าวเข้าสู่ยุคของการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติอย่างเป็นทางการ คู่ขนานกันนั้น ก็มีการจัดทำและผลักดันพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้สำเร็จในปี 2545 เป็นก้าวสำคัญอย่างยิ่งของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการจัดการการเงินการคลังด้านสุขภาพครั้งใหญ่ เกิดสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นองค์กรใหม่ที่เข้ามารับผิดชอบบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการสุขภาพ (Purchaser) แยกออกจากกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการสุขภาพ (Provider) แก่ประชาชน ในส่วนของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ที่จะเป็นร่มใหญ่ของระบบนั้น การผลักดันมาประสบความสำเร็จได้ในปี พ.ศ. 2550 โดยสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ผ่านร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ กฎหมายฉบับนี้ได้ให้ความสำคัญแก่การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในสังคมมาทำงานด้านสุขภาพ ผลจาก พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ซึ่งทำหน้าที่ในการเสนอแนะและให้คำปรึกษาแก่คณะรัฐมนตรีเกี่ยวกับนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีการกำหนดให้มีการจัดทำ “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ” เพื่อใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพของประเทศ รวมทั้งให้มีการจัด “สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ” เพื่อให้เป็นกระบวนการที่ทุกฝ่ายได้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

ในส่วนของการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพนั้น ได้มีการพัฒนามาตามลำดับ โดยในภาพรวมนั้น มีกองทุนหลักประกันสุขภาพหลักแยกเป็น 3 กองทุน คือ 1) กองทุน

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2) กองทุนประกันสังคม และ 3) ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ทั้ง 3 กองทุนมีความแตกต่างกันในรายละเอียดการบริหารจัดการ และสิทธิประโยชน์ที่ประชาชนผู้มีสิทธิได้รับด้วยเหตุที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมีความประสงค์ที่จะเพิ่มประสิทธิภาพของการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศโดยภาพรวม จึงเกิดความพยายามที่จะพัฒนาระบบการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ โดยการสร้างกลไกคณะกรรมการต่างๆ ขึ้นมาตามลำดับ คณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ (คพคส.) เป็นกลไกแรกตั้งขึ้นใน ในปี พ.ศ. 2553 ตามมติของ “สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ”¹ ที่ต้องการให้ระบบสุขภาพทุกระบบเกิดความเท่าเทียมกัน ทั้งด้านค่าใช้จ่ายและสิทธิประโยชน์ต่างๆ ทั้งนี้ คพคส. ถูกแต่งตั้งขึ้นมาเพื่อปฏิรูประบบสุขภาพในภาพกว้าง เพื่อพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพโดยเน้นในด้านการจัดการการเงินการคลังแต่มองเป็นระบบใหญ่ครอบคลุมทุกมิติ คพคส. มีแนวคิดในการอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพในอนาคต 2 แนวทาง คือ

1) การสร้างระบบประกันสุขภาพใหม่โดยควรรวมทุกกองทุนประกันสุขภาพทั้งหมด เพื่อให้มีการรวมศูนย์การบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศ ซึ่งจะช่วยให้ประหยัดค่าใช้จ่ายและเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ

2) คงโครงสร้างระบบประกันสุขภาพเดิม หากแต่สร้างความเป็นเอกภาพระหว่างกองทุนประกันสุขภาพ ทั้งเรื่องของระบบการเงินการคลัง และมาตรฐานของสิทธิประโยชน์ขึ้นพื้นฐานให้เท่าเทียมกันทุกกองทุน อย่างไรก็ตาม หนึ่งปีให้หลังการดำเนินงานของคณะกรรมการ คพคส. ยังไม่มีผลงานที่นำมาปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม เนื่องจากให้ความสำคัญแก่การวางกรอบและแผนการทำงานแต่เกิดการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองขึ้นเสียก่อน

ปี พ.ศ. 2554 ยกเลิก คพคส. กำหนดคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา

ในปี พ.ศ. 2554 รัฐบาลนางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร ได้ยกเลิกคำสั่งแต่งตั้ง คพคส. และแต่งตั้งคณะกรรมการชุดใหม่ขึ้นมา เรียกว่า “คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าวินิจฉัยและค่าบริการทางการแพทย์” เพื่อมาทำหน้าที่ในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจะกำกับควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลให้มีความเหมาะสม องค์ประกอบของคณะกรรมการชุดนี้ต่างจาก คพคส. เนื่องจาก คพคส. เป็นกลไกที่มีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดย คพคส. ประกอบด้วยข้าราชการกระทรวงการคลังและกระทรวงสาธารณสุข และมีบุคคลภายนอกเข้ามามีส่วนร่วมจำนวนมาก เช่น นักวิชาการจากองค์กรเอกชน ตัวแทนภาคประชาชน ลูกจ้างในระบบประกันสังคม ลูกจ้างนอกระบบประกันสังคม เป็นต้น ทั้งนี้ เพราะ คพคส. เกิดจากมติของ “สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ” ซึ่งมีเป้าหมายในการปฏิรูประบบประกันสุขภาพในภาพกว้างอย่างเป็นระบบ เน้นให้มีผู้ที่มีส่วนได้เสียเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ดังนั้น โครงสร้างของ คพคส. จึงสะท้อนกระบวนการซึ่งให้ความ

¹พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้ให้ความหมายของ “สมัชชาสุขภาพ” ว่าเป็นกระบวนการที่ประชาชนและหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ หรือความมีสุขภาพของประชาชน โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและอย่างมีส่วนร่วมอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง

สำคัญแก่การมีส่วนร่วมของประชาชน ในทางตรงกันข้าม คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ได้ถูกตั้งขึ้นมาเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพและผลผลิตภาพในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศ ซึ่งเป็นการมองในเชิงความคุ้มค่าทางเศรษฐกิจ จึงให้ความสำคัญแก่หน่วยงานที่ปฏิบัติหน้าที่โดยตรงกับการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ และมุ่งเน้นการปรับปรุงกระบวนการในการบริหารจัดการ “ภายใน” เท่านั้น ทั้งนี้ ได้มีข้อวิจารณ์ว่า การที่คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ มีเฉพาะบุคคลที่เป็นข้าราชการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยตรง ไม่มีส่วนร่วมจากภาคประชาชนและภาคส่วนอื่นๆ นั้น มีทั้งข้อดีและข้อเสีย ข้อดี คือ การดำเนินนโยบายมีความชัดเจนและสามารถดำเนินการได้อย่างรวดเร็ว แต่ข้อเสีย คือ ขาดการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้เสียและผู้เชี่ยวชาญที่เป็นบุคคลภายนอก ซึ่งอาจทำให้การดำเนินการหรือนโยบายที่กำหนดขึ้นขาดการกลั่นกรอง และอาจทำให้มาตรการดังกล่าวไม่สมบูรณ์เท่าที่ควร ทั้งนี้ จากการทบทวนหลักทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียในกระบวนการกำหนดนโยบายด้านสาธารณสุขทั่วโลกนั้นพบว่ายังไม่มีคำตอบที่ชัดเจนเท่าใดนัก เนื่องจากในแต่ละประเทศจะมีรูปแบบที่แตกต่างกัน จึงอาจกล่าวได้ว่า โครงสร้างของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ที่ไม่มีบุคคลภายนอกเข้าร่วมนั้นไม่ขัดกับหลักการที่เป็นสากล โดยเฉพาะหากมองว่าคณะกรรมการชุดนี้มีภารกิจในระดับ “ปฏิบัติ”² มากกว่าในระดับ “นโยบาย”³

แนวทางการทำงานของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ

การบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศที่คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ กำหนดไว้มี 3 แนวทางหลัก คือ

- 1) การควบคุมกำกับการใช้ยาให้เป็นไปอย่างเหมาะสมและคุ้มค่าในระบบประกันสุขภาพ
- 2) การพัฒนาบัญชียาและรหัสยามาตรฐานเพื่อสนับสนุนการบริหารเวชภัณฑ์
- 3) การปรับอัตราการจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมให้เป็นเอกภาพระหว่างกองทุน

การควบคุมกำกับการใช้ยาให้เป็นไปอย่างเหมาะสมและคุ้มค่าในระบบประกันสุขภาพ

เนื่องจากสถานการณ์การใช้ยาในประเทศไทยมีมูลค่าเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมูลค่าการใช้ยาทั้งหมดเป็นการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ นอกจากนี้ยาส่วนใหญ่เป็นกลุ่มยานำเข้ามาจากต่างประเทศ ทำให้เกิดการสูญเสียรายได้ของประเทศ ดังนั้น การควบคุมและกำกับการใช้ยาจึงจำเป็นต้องมีมาตรการที่รอบคอบเพื่อควบคุมปริมาณยา ชนิดของยา รวมทั้งอัตราการเบิกจ่ายค่ายา โดย

- 1) กำหนดให้มีกลไกกลางในการเจรจาต่อรองราคายาที่มีราคาแพง โดยเฉพาะรายการยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีราคาแพง และมีผู้จำหน่ายรายเดียว
- 2) ควบคุมการกำกับกำกับการเบิกจ่ายค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติและยาต้นแบบในระบบ

²ภารกิจในระดับ “ปฏิบัติ” หรือ “เชิงปฏิบัติการ” หมายถึง การนำแนวคิดไปสู่การปฏิบัติโดยมีเจตจำนงที่จะปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงปัญหาที่เกิดขึ้นในระบบประกันสุขภาพ

³ภารกิจในระดับ “นโยบาย” หรือ “เชิงนโยบาย” หมายถึง การกำหนดแนวทางอย่างกว้างๆ เพื่อเป็นตัวชี้้นำสำหรับการบริหารงานต่างๆ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศ

ประกันสุขภาพ ได้แก่ การกำหนดเป้าหมายการลดค่าใช้จ่าย การกำหนดอัตราอ้างอิง การเบิกจ่ายยาในกลุ่มเป้าหมาย การปรับโครงสร้างชดเชยค่ายาและค่าบริการ ระบบสารสนเทศข้อมูลการเบิกจ่ายและการส่งจ่ายยา

3) ส่งเสริมการใช้จ่ายในบัญชียาหลักและยาชื่อสามัญ ได้แก่ การกำหนดเป้าหมายการใช้จ่ายในบัญชียาหลักแห่งชาติ/ยาชื่อสามัญ การมีระบบประกันคุณภาพยา ชื่อสามัญที่มีจำหน่ายในท้องตลาด การสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ประชาชน

4) กำหนดแนวเวชปฏิบัติและข้อบ่งชี้การใช้นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ในยาในกลุ่มเป้าหมายที่มีมูลค่าการใช้จ่ายสูง รวมถึงข้อบ่งชี้การตรวจวินิจฉัยโรคและการรักษาด้วยเทคโนโลยีราคาแพง

5) กำหนดกลไกกลางในการตรวจสอบการเบิกจ่ายและการจ่ายยา

การพัฒนาบัญชียาและรหัสยามาตรฐานเพื่อสนับสนุนการบริหารเวชภัณฑ์

สัดส่วนค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นส่วนหนึ่งเกิดจากการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสม มีการเบิกจ่ายยาอย่างฟุ่มเฟือยเกินความจำเป็น แต่รัฐยังไม่มีกลไกในการกำกับติดตามและตรวจสอบที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากยังไม่มีบัญชีข้อมูลยาและรหัสยามาตรฐานที่จะสามารถนำมาอ้างอิงเพื่อใช้ในการติดตามและตรวจสอบ คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ จึงมีนโยบายให้มีการพัฒนาบัญชียา และรหัสยามาตรฐานโดยมอบหมายให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเป็นแกนในการพัฒนาร่วมกับศูนย์พัฒนามาตรฐานระบบข้อมูลสุขภาพไทย ให้ดำเนินการ ดังนี้

1) พัฒนาต่อยอดบัญชียาในบัญชียาหลักแห่งชาติและรหัสยามาตรฐานให้ครอบคลุมทั้งในส่วนของการรายการยา และรายละเอียดในรายการยาให้เพียงพอกับระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายในระดับรายการยา (drug item)

2) พัฒนาออกแบบโครงสร้างรหัสยามาตรฐานใหม่ที่สามารถใช้งานได้หลายระบบงาน โดยสอดคล้องกับมาตรฐานสากล

3) ศึกษากลไกกลางที่ทำหน้าที่พัฒนาบำรุงรักษา และบริการข้อมูลบัญชียาและรหัสยามาตรฐานให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระบบบริการสุขภาพ และประชาชน ทั้งนี้ คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ได้มีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการเพื่อกำหนดดำเนินการตามมาตรการดังกล่าวทั้งหมด 7 คณะ คือ

(1) คณะอนุกรรมการเจรจาต่อรองราคาและเวชภัณฑ์

(2) คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้จ่ายในบัญชียาหลักแห่งชาติ และยาชื่อสามัญ

(3) คณะอนุกรรมการกำหนดแนวเวชปฏิบัติ ข้อบ่งชี้การใช้จ่าย การตรวจวินิจฉัยโรคและการรักษาพยาบาล

(4) คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษาพยาบาลและการเบิกจ่าย

- (5) คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาและรหัสยามาตรฐาน เพื่อสนับสนุนการบริหารเวชภัณฑ์
- (6) คณะอนุกรรมการปรับปรุงกลไกการจ่ายเงินโดยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม
- (7) คณะอนุกรรมการระบบข้อมูลบริการทางการแพทย์

การปรับอัตราการจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมให้เป็นเอกภาพระหว่างกองทุน

นอกจากการกำกับควบคุมการใช้ยาให้เหมาะสม รวมถึงการพัฒนาบัญชียาและรหัสยามาตรฐานยา เพื่อให้มีระบบการติดตามและตรวจสอบการเบิกจ่ายค่ายาให้มีประสิทธิภาพแล้ว คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ยังกำหนดให้มีการปรับอัตราการจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ให้เป็นเอกภาพระหว่าง 3 กองทุน เนื่องจากระบบประกันสุขภาพแต่ละระบบมีการคำนวณต้นทุนและกำหนดอัตราการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในตามประเภทของโรคที่รักษาแตกต่างกัน เพื่อให้อัตราการจ่ายเงินของทุกกองทุนเป็นมาตรฐานเดียวกัน จึงได้กำหนดให้มีการปรับอัตราการเบิกจ่ายให้เป็นเอกภาพ โดยมีการแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อปรับปรุงกลไกการจ่ายเงินด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมให้ทุกกองทุนเป็นรูปแบบเดียวกัน นอกจากนี้ยังมีมาตรการกำกับดูแลค่าใช้จ่ายด้านยาของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเป็นการเฉพาะอีกด้วย โดยมีเป้าหมายให้กรมบัญชีกลางเป็นผู้ดำเนินการ

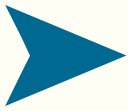
ปัญหา อุปสรรค และข้อจำกัดของผลการดำเนินงานของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ

ในภาพรวมแล้วพบว่า อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ มีความซ้ำซ้อนกับคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ซึ่งจัดตั้งขึ้นโดยระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2551 ความซ้ำซ้อนดังกล่าวทำให้เกิดความสับสนของขั้นตอนและกระบวนการดำเนินงานสำหรับหน่วยงานระดับปฏิบัติการ อย่างไรก็ตามแม้ภาพรวมการดำเนินงานของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ จะซ้ำซ้อนกับคณะทำงานอื่นๆ อยู่บ้างแต่จะเห็นได้ว่ามีความพยายามที่จะดึงบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่อยู่เดิมเข้ามาในโครงสร้างของอนุกรรมการที่แต่งตั้งขึ้นมา จึงอาจมองได้ว่า คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ มิได้ต้องการดำเนินการกิจที่ซ้ำซ้อนกับหน่วยงานอื่นๆ ที่ดำเนินการอยู่แล้ว หากแต่ต้องการที่จะบูรณาการงานต่างๆ ที่กระจัดกระจายอยู่ภายใต้หน่วยงานต่างๆ หรือกองทุนประกันสุขภาพต่างๆ เพื่อที่จะสามารถติดตามและตรวจสอบการดำเนินงาน (Monitor) ของคณะกรรมการหรือคณะทำงานที่เคยมีอยู่เดิมได้อย่างเป็นระบบ เพื่อที่จะสามารถปฏิรูประบบสาธารณสุขในภาพรวมได้

จากการประเมินผลการดำเนินงานตามมาตรการของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ จะเห็นได้ว่า การดำเนินการส่วนใหญ่ยังเป็นเพียงการทำงานด้านนโยบาย ยังไม่ได้ดำเนินการไปสู่ระดับปฏิบัติการจริง ไม่ว่าจะเป็นมาตรการควบคุมกำกับการใช้ยาให้เป็นไปอย่างเหมาะสม

และคุ่มค่าในระบบประกันสุขภาพ ซึ่งมาตรการดังกล่าวยังเป็นเพียงการวางหลักเกณฑ์สำหรับการเบิกจ่ายยา กล่าวคือ ยังอยู่ในขั้นตอนของการเจรจาต่อรองราคายา 9 กลุ่มที่มีค่าใช้จ่ายสูง แม้จะมีการเจรจาราคายาบางกลุ่มแล้วเสร็จ แต่ในทางปฏิบัติยังไม่มีการประกาศใช้ราคากลาง ดังนั้น จึงไม่สามารถวัดได้ว่ามาตรการดังกล่าวทำให้มูลค่าการใช้ยาจริงลดปริมาณลงไปมากน้อยเพียงใด มีเพียงมูลค่าที่มีการคาดการณ์ว่าจะสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านการใช้ยา ในขณะที่มาตรการพัฒนาบัญชียาและรหัสยามาตรฐานเพื่อสนับสนุนการบริหารเวชภัณฑ์ และมาตรการปรับอัตราค่าจ่ายตามกลุ่มโรคร่วมให้เป็นเอกภาพให้ระหว่างกองทุนนั้น แม้จะได้มีการดำเนินการไปเกือบเสร็จสิ้นแล้วก็ตาม แต่ก็ยังไม่ได้มีการนำไปปฏิบัติจริง จึงไม่สามารถประเมินได้ว่าการดำเนินการตามมาตรการดังกล่าวทำให้เกิดประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด





ข้อเสนอแนะต่อการจัดโครงสร้าง

บริหารจัดการระบบประกันสุขภาพในอนาคต

ควรจัดตั้งหน่วยงานบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศแบบบูรณาการที่เป็นองค์กรถาวรไม่ใช่เฉพาะกิจ

เนื่องจากประเทศไทยมีกองทุนประกันสุขภาพหลัก 3 กองทุน ซึ่งมีการบริหารจัดการแยกกันอย่างเป็นเอกเทศ ทำให้ระบบประกันสุขภาพไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร เนื่องจากมีการบริหารงานที่ซ้ำซ้อนกันโดยไม่จำเป็น เช่น การตรวจสอบการเบิกจ่าย การตรวจสอบคุณภาพของบริการ การคำนวณอัตราค่ารักษาพยาบาลสำหรับโรคต่างๆ เป็นต้น ทำให้ต้นทุนในการบริหารจัดการและกำกับดูแลระบบประกันสุขภาพของประเทศสูงเกินควร

นอกจากนี้แล้วยังมีวิธีการบริการจัดการที่ลักลั่นกัน ไม่ว่าจะเป็นกรอบความคุ้มครองที่ต่างกัน อัตราการจ่ายตามกลุ่มโรคร่วม (DRG) ที่ไม่เหมือนกัน แบบฟอร์มข้อมูลการรักษาพยาบาล และการเบิกจ่ายที่ต่างกัน ฯลฯ ซึ่งล้วนสร้างภาระในเชิงบริหารจัดการของสถานพยาบาลโดยไม่จำเป็น

การจัดตั้งคณะกรรมการเฉพาะกิจที่ขึ้นตรงต่อนายกรัฐมนตรีหรือรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข มิได้มีการวางโครงสร้างองค์กร และวิธีการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศแบบบูรณาการและมีลักษณะถาวร ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงเมื่อมีการเปลี่ยนรัฐบาลทำให้การทำงานต้องชะงักอยู่เป็นระยะๆ ขาดความต่อเนื่อง ทำให้การนำผลงานของคณะกรรมการไปปฏิบัติมีจำกัด

นอกจากนี้แล้ว การบูรณาการการบริหารจัดการทั้ง 3 กองทุนในรูปแบบของคณะกรรมการที่มีได้อำนาจทางกฎหมายรองรับ หากแต่อิงกับอำนาจของ “การเมือง” ในเวลานั้นๆ ทำให้ความสำเร็จในแต่ละยุคสมัยขึ้นอยู่กับโครงสร้างอำนาจทางการเมืองว่าแข็งแกร่ง และมีเอกภาพพอที่จะผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ เพราะกองทุนแต่ละกองทุนต่างก็มีผลประโยชน์ของตนเองที่ต้องการปกป้องทำให้กรอบในการร่วมมือกันระหว่างกันมีจำกัด ดังจะเห็นได้ว่า ที่ผ่านมามีความร่วมมือระหว่าง 3 กองทุนที่ประสบความสำเร็จ จะเกิดขึ้นเฉพาะโครงการขนาดเล็กๆ ที่มีผลประโยชน์ร่วมกัน หรือไม่ทำให้ฝ่ายใดเสียประโยชน์เท่านั้น ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ตลอดจนการจัดตั้ง National Clearing House เพื่อเป็นศูนย์กลางข้อมูลในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลก็ดี แต่การบูรณาการระบบประกันสุขภาพที่มีความสำคัญ เช่น การพัฒนาระบบการเบิกจ่ายกลาง (Payment Clearing House) การปรับค่า DRG ของทั้ง 3 กองทุนให้เท่าเทียมกันยังคงเป็นประเด็นที่ผลักดันได้ยาก คณะผู้วิจัยเห็นว่าภารกิจในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศ

มีความสำคัญยิ่ง จึงควรมีองค์กรที่เข้ามารับผิดชอบในลักษณะถาวร

เสนอออกกฎหมายว่าด้วยระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health insurance act)

เนื่องจาก พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 กำหนดกรอบและหลักเกณฑ์ในการกำหนดนโยบายสุขภาพเท่านั้น มิได้มีรายละเอียดเกี่ยวกับการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศที่กระจัดกระจาย จากกรณีศึกษาในต่างประเทศ พบว่า ประเทศที่มีกองทุนสุขภาพ (sickness funds) หลายแห่ง เช่น เยอรมนี เบลเยียม อิสราเอล เป็นต้น ล้วนมีกฎหมายว่าด้วยประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health insurance act) ซึ่งกำหนดโครงสร้างสถาบันในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพในภาพรวม รวมทั้งการกำหนดสิทธิประโยชน์ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ตลอดจนระบบในการเบิกจ่ายและในการตรวจสอบความถูกต้องของการเบิกจ่าย และคุณภาพของการรักษาพยาบาลที่เป็นมาตรฐานกลาง กฎหมายว่าด้วยระบบประกันสุขภาพแห่งชาติดังกล่าวจะกำหนดโครงสร้างสถาบันที่รับผิดชอบในการกำหนดนโยบาย และในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพที่เป็นแบบบูรณาการ เพราะการเจรจาต่อรองเพื่อหารูปแบบที่ทั้ง 3 กองทุนพอใจนั้น นอกจากจะไม่ง่ายแล้ว กองทุนสุขภาพแต่ละกองทุนต่างก็มีผลประโยชน์เข้ามาเกี่ยวข้อง และอาจไม่เป็นรูปแบบที่สร้างผลประโยชน์สูงสุดให้แก่ประเทศชาติอีกด้วย

คณะผู้วิจัยเห็นว่า โครงสร้างการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศควรจะต้องผ่านการพิจารณาของกระบวนการนิติบัญญัติในรูปแบบของพระราชบัญญัติ มิใช่กำหนดขึ้นมาโดยฝ่ายบริหารฝ่ายเดียวซึ่งอาจไม่แน่นอนเพราะมีการเปลี่ยนแปลงตามการเมือง

กฎหมายว่าด้วยการบริหารจัดการกองทุนสุขภาพแห่งชาติ อย่างน้อยควรมีบทบัญญัติที่สำคัญอย่างน้อย 2 ประการ คือ

- 1) กำหนดโครงสร้างและอำนาจหน้าที่ขององค์กรที่จะเข้ามาบริหารจัดการ และกำกับระบบประกันสุขภาพของประเทศ
- 2) กำหนดกรอบอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการนโยบายฯ และคณะกรรมการบริหารฯ

ข้อเสนอแนะต่อโครงสร้างและอำนาจหน้าที่ขององค์กรที่จะเข้ามาบริหารจัดการ และกำกับระบบประกันสุขภาพของประเทศ

คณะกรรมการดังกล่าวอาจมี 2 ชุด คือ

- 1) คณะกรรมการนโยบายระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการชุดแรกนี้จะมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการสาธารณสุข กระทรวงแรงงานและกระทรวงการคลัง ซึ่งเป็น 3 กระทรวงที่มีกองทุนสุขภาพร่วมเป็นกรรมการ นอกจากนี้ยังมีกรรมการที่เป็นตัวแทนของระบบประกันสุขภาพของรัฐวิสาหกิจ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระบบประกันภัยอุบัติเหตุรถยนต์อีกด้วย

คณะกรรมการชุดนี้มีภารกิจและอำนาจหน้าที่ในการกำหนดกรอบแนวทางในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศในภาพรวมเท่านั้น โดยไม่เข้ามายุ่งเกี่ยวในระดับปฏิบัติ เช่น ประเด็นเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ว่าจำเป็นต้องมีชุดสิทธิประโยชน์ “กลาง” หรือไม่ ประเด็นเกี่ยวกับกำหนดอัตราค่าเบิกจ่ายในการรักษาพยาบาลว่าจะต้องเป็นอัตราเดียวทุกกองทุนหรือไม่ เป็นต้น อนึ่งการกำหนดนโยบายของคณะกรรมการชุดนี้จะต้องเป็นไปตามกรอบของนโยบายสุขภาพแห่งชาติ ที่กำหนดขึ้นโดยคณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติซึ่งมาจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

2) คณะกรรมการบริหารระบบประกันสุขภาพแห่งชาติจะเป็นผู้นำนโยบายของคณะกรรมการนโยบายไปปฏิบัติ ในลักษณะที่คล้ายคลึงกับ National Institute for Health and Disability Insurance ในประเทศเบลเยียม หรือ Central Social Insurance Medical Council ในประเทศญี่ปุ่น แต่จะต่างกันตรงที่หน่วยงานในต่างประเทศมักเป็นหน่วยงานที่อยู่ในสังกัดของกระทรวงใดกระทรวงหนึ่งที่รับผิดชอบระบบประกันสุขภาพของประเทศ เช่น ในกรณีของเบลเยียมคือกระทรวงสวัสดิการสังคม ในขณะที่ในประเทศไทยนั้น คณะผู้วิจัยเห็นว่า คณะกรรมการบริหารระบบประกันสุขภาพแห่งชาติควรเป็นหน่วยงานที่อยู่ภายใต้สำนักนายกรัฐมนตรี เพื่อให้มีการดำเนินการในลักษณะของการบูรณาการข้ามกระทรวง องค์ประกอบของคณะกรรมการชุดนี้อาจประกอบด้วยตัวแทนหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับงานด้านการบริหารระบบประกันสุขภาพเท่านั้นไม่มีนักการเมืองเข้ามาเกี่ยวข้อง ยกเว้นประธานกรรมการที่ดำรงตำแหน่งรองนายกรัฐมนตรีซึ่งรับผิดชอบด้านสาธารณสุข โดยมีรองประธานเป็นปลัดของ 3 กระทรวง ได้แก่ กระทรวงการคลัง กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงแรงงาน คณะกรรมการชุดนี้มีอำนาจทางกฎหมายในการสั่งการให้กองทุนสุขภาพต่างๆ ต้องดำเนินการเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพของระบบประกันสุขภาพของประเทศ ตามกรอบแนวทางที่คณะกรรมการนโยบายกำหนด

อนึ่ง คณะผู้วิจัยขอย้ำว่า เนื่องจากคณะกรรมการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพมีภารกิจในระดับ “ปฏิบัติ” มิใช่ระดับ “นโยบาย” จึงไม่จำเป็นต้องมีกรรมการที่มาจากผู้มีส่วนได้เสียในวงกว้าง ดังเช่นคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ อย่างไรก็ตาม หากในการกำกับหรือบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ คณะกรรมการควรมีการออกกฎระเบียบใดๆ ที่มีผลกระทบต่อสิทธิในการรักษาพยาบาลของผู้ประกันตน จะต้องมีการขออนุญาตและขั้นตอนในการรับฟังความคิดเห็นที่มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะต่อกรอบอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการนโยบายฯ และคณะกรรมการบริหารฯ

คณะกรรมการนโยบายฯ

- กำหนดแนวทางและเป้าหมายในการลดความเหลื่อมล้ำของสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของกองทุนสุขภาพต่างๆ
- กำหนดรูปแบบของระบบข้อมูลเบิกจ่าย (Data Standard Maintenance Organization-DSMO) การบริหารจัดการข้อมูลค่าบริการ และการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Data Centre and Clearing House) รวมทั้งพัฒนาเครื่องมือคำนวณการเบิกจ่ายค่าบริการ (Case-Mix Centre)
- กำหนดระบบการตรวจสอบข้อมูลการเบิกจ่าย และคุณภาพในการรักษาพยาบาล (financial and clinical audit)
- กำหนดหลักการในการกำหนดราคากลางค่ารักษาพยาบาลและค่ายา
- กำหนดแนวทางในการพัฒนาระบบการชื้อยาและเวชภัณฑ์ รวมถึงระบบการต่อรองราคายาทั้งในและนอกบัญชียาหลักที่เป็นแบบบูรณาการ
- กำหนดแนวทางในการติดตามตรวจสอบระบบประกันสุขภาพ และเสนอแนะแนวทางในการปรับปรุงกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง

คณะกรรมการบริหารฯ

- ศึกษาและประเมินในรายละเอียดการดำเนินนโยบาย หรือมาตรการตามที่คณะกรรมการนโยบายกำหนด
- ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กองทุนสุขภาพทั้ง 3 กองทุน หน่วยงานที่ทำหน้าที่สนับสนุนด้านข้อมูลและด้านวิชาการ เป็นต้น เพื่อออกแบบวิธีการในการนำนโยบายไปปฏิบัติ
- ออกกฎระเบียบหรือประกาศเพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการตามแนวนโยบายที่กำหนดโดยคณะกรรมการนโยบาย
- ติดตามและตรวจสอบความคืบหน้าของนโยบาย



บทที่ 1

เกี่ยวกับงานวิจัย

เกี่ยวกับงานวิจัย

1.1 หลักการและเหตุผล

ประเทศไทยมีระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมประชาชนทุกคน (Universal health care) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 หากแต่ระบบดังกล่าวประกอบด้วยกองทุนที่หลากหลาย ได้แก่ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กองทุนประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว รวมถึงการประกันสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และรัฐวิสาหกิจที่บริหารจัดการกองทุนรักษายาบาลเอง ความหลากหลายดังกล่าวทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำของสิทธิประโยชน์ในการได้รับการรักษายาบาลของสมาชิกแต่ละกองทุน รวมทั้งการบริหารจัดการที่ซ้ำซ้อนทำให้มีต้นทุนสูงเกินควร เช่น การตรวจสอบการเบิกจ่าย การตรวจสอบคุณภาพในการรักษายาบาล เป็นต้น ประกอบกับพบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลภายใต้ระบบประกันสุขภาพของภาครัฐทั้ง 3 เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้การปฏิรูปการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพกลายเป็นวาระเร่งด่วน

รัฐบาลและเครือข่ายสุขภาพทุกภาคส่วนได้มีความพยายามที่จะแก้ปัญหาดังกล่าว โดยเสนอแนะและผลักดันให้รัฐบาลตั้งกลไกต่างๆ ขึ้นมาตามลำดับ โดยมุ่งหมายให้เป็นการตั้งคณะกรรมการร่วม 3 กองทุนหลัก (กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) เพื่อจะแก้ไขปัญหาาร่วมกัน เริ่มจากคณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ (คพคส.) ภายใต้รัฐบาลนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ ซึ่งมาจากมติของสมัชชาสุขภาพ⁴ ต่อมาเมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม พ.ศ. 2555 คณะรัฐมนตรี (ครม.) ของรัฐบาลนางสาวยิ่งลักษณ์ ได้มีการยุบเลิกคณะกรรมการ คพคส. และแต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัยและค่าบริการทางการแพทย์ขึ้นมาแทน (ต่อจากนี้จะใช้ว่า คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ) จึงกล่าวได้ว่า คณะกรรมการชุดนี้มาจากการริเริ่มของฝ่ายการเมืองซึ่งต่างจาก คพคส.

รายชื่อคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ เช่น

- 1) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน
- 2) นพ.ประดิษฐ สินธวณรงค์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านบริการ
- 3) นายคณิศ แสงสุพรรณ ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยนโยบายเศรษฐกิจการคลัง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านเศรษฐศาสตร์
- 4) อธิบดีกรมบัญชีกลางเป็นกรรมการและเลขานุการ
- 5) นพ.สมฤทธิ ศรีธำรงค์ดี ผู้อำนวยการสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย เป็นกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

⁴“สมัชชาสุขภาพ” เป็น กระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ หรือความมีสุขภาพของประชาชน โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและอย่างมีส่วนร่วมอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง

บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ

คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ มีบทบาทหน้าที่หลัก 2 ประการ ได้แก่

1) จัดทำข้อเสนอระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าวินิจฉัยและค่าบริการทางการแพทย์ต่อ ครม. เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ และมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานประกันสังคม (สปส.) และกรมบัญชีกลาง ดำเนินการต่อไป

2) จัดทำข้อเสนอแนะระบบตรวจสอบติดตามในการเบิกจ่ายยาเวชภัณฑ์ ค่าตรวจวินิจฉัยและค่าบริการทางการแพทย์ที่เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและมีความยั่งยืนต่อ ครม. เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบและมอบให้ สปสช. สำนักงานประกันสังคม และกรมบัญชีกลาง ดำเนินการต่อไป

คณะผู้วิจัยมองว่า การที่ฝ่ายการเมืองเข้ามามีบทบาทโดยตรงในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศ อาจมีทั้งข้อดีและข้อด้อย ข้อดี คือ การดำเนินการตามนโยบายหรือมาตรการที่คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ เสนอแนะ น่าจะได้รับการตอบรับและการสนับสนุนจากรัฐบาลเป็นอย่างดี เนื่องจากรัฐบาลเป็นผู้ริเริ่มเอง แต่ในขณะเดียวกัน การที่ฝ่ายการเมืองเข้ามามีบทบาทมากขึ้นอาจทำให้การบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศเกี่ยวโยงกับผลประโยชน์ทางการเมืองมากกว่าผลประโยชน์ของประชาชน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับว่านักการเมืองมีวาระซ่อนเร้นหรือไม่

การศึกษานี้จะวิเคราะห์ว่าคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ที่ฝ่ายบริหารจัดการตั้งขึ้นมานั้น มีการทำงานที่มีประสิทธิภาพเพียงใด และมาตรการหรือนโยบายที่กำหนดขึ้นมานั้นสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง และเป็นประโยชน์ต่อประชาชนหรือไม่ โดยการพิจารณาถึงประเด็นปัญหาที่เป็นข้อกังวลของผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ หรือผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขอื่นๆ (โดยมีข้อมูลสนับสนุน) การเลือกเครื่องมือที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว (บนพื้นฐานของการทบทวนความรู้อย่างเป็นระบบ) การใช้กลไกและองค์กรที่เหมาะสมในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (โดยคำนึงถึงบทบาทและศักยภาพ) ตลอดจนการสนับสนุนทรัพยากรอย่างเพียงพอ ทั้งในกระบวนการพัฒนานโยบายและดำเนินการ เพื่อที่จะใช้ผลการศึกษาในการปรับปรุง การออกแบบโครงสร้างองค์กร ระบบอภิบาลองค์กร ตลอดจนการกำหนดชุดนโยบายในการบริหารจัดการระบบบริหารยาเวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัยและค่าบริการทางการแพทย์ในอนาคต

1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.2.1) ศึกษาวิเคราะห์แนวคิด และเหตุผลในการจัดตั้งคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาเวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัยและค่าบริการทางการแพทย์ เพื่อที่จะเข้าใจถึงบริบทใน

การปฏิบัติหน้าที่ของคณะกรรมการ และผลงานที่คาดหวัง

1.2.2) วิเคราะห์ชุดนโยบาย หรือมาตรการที่คณะกรรมการกำหนดขึ้นมาวิเคราะห์ชุดนโยบาย หรือมาตรการที่คณะกรรมการกำหนดขึ้นมา โดยวิเคราะห์แหล่งที่มา และมีพัฒนาการในการจัดทำอย่างไรเพื่อเป็นบทเรียนในการพัฒนาข้อเสนอในอนาคต และวิเคราะห์ประเด็นที่อาจเป็นปัญหาทั้งในเชิงวิชาการและในทางปฏิบัติ ที่สมควรมีการวิเคราะห์และพิจารณาเพิ่มเติมหรือไม่ เพื่อนำเสนอต่อคณะกรรมการฯ เพื่อทบทวนหรือปรับปรุงชุดนโยบายให้มีความครบถ้วนสมบูรณ์มากขึ้น

1.2.3) ศึกษาและวิเคราะห์ลักษณะของความสัมพันธ์ในเชิงโครงสร้าง การประสานงาน และความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการนำนโยบายหรือมาตรการที่คณะกรรมการกำหนดไปดำเนินการศึกษาและวิเคราะห์ลักษณะของความสัมพันธ์ในเชิงโครงสร้างการประสานงาน และความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการนำนโยบายหรือมาตรการที่คณะกรรมการกำหนดไปดำเนินการ ได้แก่ กรมบัญชีกลาง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคมและหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสังกัดกระทรวงการคลัง กระทรวงแรงงานหรือกระทรวงสาธารณสุข เพื่อที่จะประเมินประสิทธิภาพของโครงสร้างในลักษณะของการบูรณาการข้ามกระทรวง โดยเปรียบเทียบกับคณะกรรมการชุดอื่นๆ เช่น คณะกรรมการ 3 กองทุน เพื่อพัฒนาระบบบริการรักษาพยาบาลให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานกรรมการ เป็นต้น

1.2.4) ติดตามและประเมินผลการนำนโยบายไปปฏิบัติว่ามีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากน้อยเพียงใด การประเมินประสิทธิภาพ หมายถึง การบรรลุเป้าประสงค์ของชุดนโยบายหรือมาตรการตามเป้าหมายภายใต้กรอบระยะเวลาที่กำหนดไว้และการประเมินประสิทธิผล หมายถึง การประเมินผลกระทบต่อประชาชน ประโยชน์ที่สังคมได้รับจากนโยบายดังกล่าว รวมทั้งศึกษาวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ที่เป็นอุปสรรคปัญหาในการดำเนินการตามแผนและการบรรลุเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้ด้วย

1.3 ขอบเขตและวิธีการศึกษา

1.3.1) ศึกษาวิเคราะห์แนวคิด และเหตุผลในการจัดตั้งคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาเวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัยและค่าบริการทางการแพทย์ เพื่อที่จะเข้าใจถึงบริบทในการปฏิบัติหน้าที่ของคณะกรรมการและผลงานที่คาดหวัง เนื่องจากการจัดตั้งคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัยและค่าบริการทางการแพทย์ ริเริ่มและแต่งตั้งโดยฝ่ายการเมือง การศึกษาในส่วนนี้จะพิจารณาถึงสาเหตุ ปัจจัยหรือแรงจูงใจในการดำเนินการ เช่น ประเด็นปัญหาทางด้านงบประมาณ (fiscal space) ที่ทำให้มีความจำเป็นที่จะต้องมีการในการควบคุมค่าใช้จ่าย เป็นต้น

นอกจากนี้ คณะผู้วิจัยได้ทำการศึกษาและวิเคราะห์สาเหตุที่มีการยกเลิกระบบการทำงานที่เคยมีอยู่ เช่น การยกเลิกคณะกรรมการ คพคส. ซึ่งสำนักงานพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ (สพคส.) จัดตั้งขึ้นตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2553 หน่วยงานดังกล่าวได้ถูกออกแบบมาเพื่อเป็นกลไกระดับชาติ ทำหน้าที่วางแผนการเงินการคลังด้านสุขภาพของประเทศในระยะยาว การเข้าใจถึงสาเหตุหรือปัญหาที่ทำให้มีการยกเลิกคณะกรรมการ คพคส. ดังกล่าว จะเป็นข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการกำหนดแนวทาง หรือบทเรียนในการติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ต่อไป

เนื่องจากประเด็นในการศึกษาภายใต้หัวข้อนี้มีความอ่อนไหวสูง คณะผู้วิจัยจะใช้วิธีการสัมภาษณ์รายบุคคล โดยจะเริ่มจากผู้ที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศที่ไม่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบาย รวมทั้งอดีตกรรมการของคณะกรรมการ คพคส. เพื่อที่จะได้มุมมองที่มีความเป็นกลาง และมุมมองที่หลากหลาย ก่อนที่จะเข้าสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรงในการจัดตั้งคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ เมื่อคณะผู้วิจัยได้รับข้อมูลจากหลายฝ่าย และจะทำการตรวจสอบหลักฐาน ข้อเท็จจริงของข้อมูลที่ได้มา เพื่อนำมาวิเคราะห์และประมวลเป็นรายงานวิจัย

นอกจากนี้แล้ว คณะผู้วิจัยได้ทำการประเมินผลกระทบของการยกเลิกคณะกรรมการ คพคส. ว่ามีข้อดี ข้อด้อยอย่างไร โดยอิงกับหลักฐานในเชิงประจักษ์

1.3.2) วิเคราะห์ชุดนโยบาย หรือมาตรการที่คณะกรรมการกำหนดขึ้นมามีประเด็นที่อาจเป็นปัญหาทั้งในเชิงวิชาการ และในทางปฏิบัติที่สมควรมีการวิเคราะห์และพิจารณาเพิ่มเติมหรือไม่โดยการรวบรวมและประมวลข้อมูล จากความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ และฝ่ายปฏิบัติที่เกี่ยวข้องเพื่อนำเสนอต่อคณะกรรมการฯ ในการทบทวนหรือปรับปรุงชุดนโยบายให้มีความครบถ้วนสมบูรณ์มากขึ้น การศึกษาในส่วนนี้ได้ทำการศึกษา รวบรวม และวิเคราะห์นโยบายหรือมาตรการที่คณะกรรมการมีการกำหนดขึ้น โดยมีวิธีการดังต่อไปนี้

1.3.2.1) รวบรวมและประมวลข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายหรือมาตรการที่คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ กำหนด จากเอกสารที่เกี่ยวข้องที่ได้รับจากสำนักงานเลขานุการฯ เช่น รายงานการประชุมคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ที่มีการแลกเปลี่ยนความเห็นของกรรมการ ข้อมูล และเหตุผลที่คณะกรรมการฯ ใช้ในการกำหนดนโยบาย หรือมาตรการดังกล่าว เป็นต้น และข้อมูลจากหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

1.3.2.2) สัมภาษณ์ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญและผู้ที่มีหน้าที่น่านโยบายหรือมาตรการไปปฏิบัติในรายบุคคลเกี่ยวกับความเหมาะสมในเชิงวิชาการและความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติของมาตรการหรือนโยบายที่คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ กำหนด

1.3.2.3) เก็บหรือประมวลข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อที่จะยืนยันข้อคิดเห็น ราย

ละเอียดยหรือข้อมูลที่ได้รับจากการสัมภาษณ์ รวมทั้งข้อมูลอื่นๆ ที่เป็นประโยชน์ในการประเมิน มาตรการหรือนโยบาย

1.3.2.4) จัดประชุมระดมสมองระหว่างกลุ่มผู้ที่มีความรู้และความเชี่ยวชาญใน กรณีที่มาตรการหรือนโยบายมีความซับซ้อนและมีความเห็นที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มบุคคลต่างๆ ที่คณะผู้วิจัยได้สัมภาษณ์มา เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลและความคิดเห็นในเชิงลึก เพื่อนำมาวิเคราะห์ และประมวลผลเพื่อหาข้อสรุป

1.3.2.5) สรุปประเด็นที่เป็นข้อกังวลของผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อนำเสนอต่อคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ

1.3.3) ศึกษาและวิเคราะห์ลักษณะของความสัมพันธ์ในเชิงโครงสร้าง การประสานงาน และความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการนำนโยบายหรือมาตรการที่คณะกรรมการ กำหนดไปดำเนินการ ได้แก่ กรมบัญชีกลาง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงาน ประกันสังคม และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสังกัดกระทรวงการคลัง กระทรวงแรงงาน หรือ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อที่จะประเมินประสิทธิภาพของโครงสร้างในลักษณะของการบูรณาการ ข้ามกระทรวง การศึกษาในส่วนนี้สามารถแยกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

1.3.3.1) การศึกษาความสัมพันธ์ในเชิงโครงสร้างทางกฎหมาย และการประสาน งานในทางปฏิบัติของหน่วยงานต่างกระทรวงที่เกี่ยวข้องในกิจกรรมที่เกี่ยวกับงานด้านสุขภาพ

1.3.3.2) การศึกษา วิเคราะห์รูปแบบของการบริหารระบบประกันสุขภาพแบบ บูรณาการในอดีต รวมถึงคณะกรรมการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ 3 กองทุน และกรรมการ คพคส. และประเมินผลงานที่ผ่านมาของคณะกรรมการเหล่านี้

1.3.3.3) การศึกษามาตรการในการให้สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลร่วม 3 กองทุนที่ผ่านมาว่า มีประสิทธิภาพในการนำไปปฏิบัติตามแผนงาน และมีประสิทธิผลในการ ให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ที่ใช้สิทธิจริงมากน้อยเพียงใด เช่น ความสามารถในการใช้บริการได้ทุก โรงพยาบาล รวมถึงโรงพยาบาลเอกชนนอกเครือข่ายของทั้ง 3 กองทุน โดยไม่ถามสิทธิ และไม่ ต้องสำรองจ่าย รวมถึงมีการส่งต่อผู้ป่วยแบบ “ไร้รอยต่อ” เป็นต้น รวมทั้งวิเคราะห์ประเด็นปัญหา ในการดำเนินการด้วย เช่น ในกรณีของบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน หรือบริการรักษาโรคเอดส์และไตวาย เรื้อรัง ที่ใช้มาตรฐานเดียวกันทั้ง 3 กองทุน เป็นต้น

1.3.3.4) การศึกษาและประเมินประสิทธิภาพในการนำมาตรการและนโยบาย ของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ไปปฏิบัติ โดยอาจเปรียบเทียบกับกรณีของคณะ กรรมการชุดอื่นๆ และมาตรการอื่นๆ ว่าแตกต่างกันอย่างไร เพราะเหตุใด เพื่อที่จะเป็นประโยชน์ ในการออกแบบโครงสร้างการประสานงานกันระหว่าง 3 กองทุน การศึกษาในส่วนนี้ใช้ข้อมูลทุติย ภูมิและข้อมูลปฐมภูมิที่ได้จากการ 1) สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง และผู้ที่มีบทบาทในการนำ มาตรการหรือนโยบายไปปฏิบัติ 2) การเก็บข้อมูลเชิงประจักษ์

1.3.4) ติดตามและประเมินผลการนำนโยบายไปปฏิบัติว่ามีประสิทธิภาพ คือ การดำเนินงานตามแผนและประสิทธิผล ซึ่งหมายถึงการบรรลุเป้าประสงค์ของชุดนโยบายหรือมาตรการตามที่กำหนดไว้มากน้อยเพียงใด รวมทั้งศึกษาวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ที่เป็นอุปสรรคปัญหา

ในส่วนนี้คณะผู้วิจัยได้ทำการศึกษาวัตถุประสงค์และเป้าหมายของแต่ละมาตรการ หรือนโยบายที่คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารฯ กำหนดขึ้น โดยการกำหนดดัชนีชี้วัดของแต่ละนโยบายหรือมาตรการ ก่อนที่จะมีการนำไปปฏิบัติ เพื่อใช้ในการติดตามและประเมินผลของการดำเนินงานว่ามีประสิทธิภาพและประสิทธิผลตามเป้าประสงค์หรือไม่





บทที่ 2

ภาพรวมของกลไกเพื่อการพัฒนาการบริหาร จัดการระบบประกันสุขภาพ

ภาพรวมของกลไกเพื่อการพัฒนาการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ

เนื่องจากประเทศไทยมีระบบประกันสุขภาพที่หลากหลายที่เป็นระบบหลัก มี 3 ระบบ คือ

- 1) ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- 2) ระบบประกันสังคม
- 3) ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น เริ่มดำเนินการมาประมาณ ปี พ.ศ. 2545 ส่วนระบบประกันสังคมและสวัสดิการข้าราชการนั้นมีมานานกว่า 30 ปี แล้ว ต่างมีองค์กรรับผิดชอบที่มีระบบงานและโครงสร้างที่ซับซ้อน ยากที่จะขมวดรวมเข้าด้วยกันเป็นระบบเดียว การสร้างกลไกพัฒนาการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพในภาพรวมจึงนับเป็นทางเลือกเชิงนโยบายที่จะช่วยให้เกิดการบูรณาการระหว่างระบบและกองทุนต่างๆ ที่มีมาก่อนแล้ว เพื่อให้การบริหารจัดการและการเงินการคลังด้านสุขภาพมีประสิทธิภาพมากที่สุด โดยแนวคิดนี้ได้รับผลมาจากหลายด้าน เช่น แนวคิดเรื่องการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ แนวคิดเรื่องความร่วมมือในการบริหารจัดการระบบสุขภาพ และแนวคิดเรื่องประสิทธิภาพและผลิตภาพ เป็นต้น

เนื่องจากคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติมีภารกิจเฉพาะในการเสนอแนะนโยบายในด้านสุขภาพในภาพรวมในระดับโครงการให้แก่รัฐบาลเท่านั้น มิได้มีอำนาจในการกำหนดนโยบายตามกฎหมาย ทั้งนี้ข้อเสนอได้มาจากการประมวลผลจาก

- 1) มติสมัชชาสุขภาพ
- 2) ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ
- 3) การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (Health Impact Assessment)

ดังนั้น จึงได้มีการตั้งคณะกรรมการชุดอื่นๆ ขึ้นมา เพื่อศึกษาลักษณะของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับระบบประกันสุขภาพในระดับปฏิบัติ โดยเฉพาะในประเด็นของค่าใช้จ่ายซึ่งมีแนวโน้มที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในที่นี้ขอกล่าวถึงคณะกรรมการ 3 คณะ ที่ถูกแต่งตั้งขึ้นด้วยวัตถุประสงค์เดียวกัน แต่มีแนวคิดและการทำงานที่ต่างกันไป ดังนี้

2.1 คณะกรรมการพิจารณาปรับปรุงระบบค่าใช้จ่ายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลข้าราชการ ลูกจ้างและพนักงานของรัฐ

ในปี พ.ศ. 2550 คณะรัฐมนตรีมีมติให้ตั้งคณะกรรมการพิจารณาปรับปรุงระบบค่าใช้จ่ายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลข้าราชการ ลูกจ้าง และพนักงานของรัฐ เพื่อทำหน้าที่ ดังนี้

- 1) ศึกษาวิเคราะห์แนวทางการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และค่าใช้จ่ายการรักษายาบาลข้าราชการ ลูกจ้าง และพนักงานของรัฐ
- 2) จัดทำข้อเสนอแนวทางการปรับปรุงระบบการจัดสรรงบประมาณให้แก่กองทุนสุขภาพ

ทั้ง 2 กองทุน เนื่องจากค่าใช้จ่ายของกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี

ต่อมาในปี พ.ศ. 2551 ได้มีการตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ สมัยนายกรัฐมนตรี นายสมชาย วงศ์สวัสดิ์ มาทำหน้าที่ในการกำหนดนโยบายแห่งชาติด้านยาและแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ รวมถึงจัดทำบัญชียาหลักแห่งชาติและกำหนดราคากลางยาในการจัดซื้อของหน่วยงานของรัฐ รวมทั้งส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล เนื่องจากค่าใช้จ่ายด้านยาเพิ่มสูงขึ้นมาก โดยเฉพาะในกรณีของกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

หลังจากนั้นได้มีการตั้งคณะกรรมการชุดต่างๆ ขึ้นมาอีกหลายคณะเพื่อตอบโจทย์ด้านระบบสุขภาพที่รัฐบาลแต่ละยุคแต่ละสมัยให้ความสำคัญ ในช่วงปี พ.ศ. 2552-2554 ภายใต้รัฐบาลนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ ได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ (คพคส.) ในขณะที่รัฐบาลของนางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร ได้จัดตั้งคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัย และค่าบริการทางการแพทย์ (ในที่นี้จะขอใช้คำย่อเป็น “คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา”)

ในบทนี้จะเจาะลึกรายละเอียดของคณะกรรมการ คพคส. และคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ จะกล่าวถึงในรายละเอียดในหัวข้อถัดไป

2.2 คณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ (คพคส.)

คณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ (คพคส.) แต่งตั้งตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2553 โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน มีกรรมการมาจากภาครัฐ ภาควิชาการ และภาคประชาชน รวมทั้งสิ้น 30 คน มีการจัดตั้งสำนักงานพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติเพื่อเป็นสำนักงานเลขานุการ

คณะกรรมการชุดนี้จัดตั้งขึ้นตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 หมวด 12 ว่าด้วยเรื่องการเงินการคลังด้านสุขภาพ ข้อ 111 ซึ่งเสนอให้ “รัฐจัดให้มีกลไกระดับชาติ ทำหน้าที่วางแผนการเงินการคลังด้านสุขภาพของประเทศในระยะยาว ติดตามประเมินผล รวมถึงสนับสนุนการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง” คณะกรรมการดังกล่าวมีอำนาจหน้าที่ในการจัดทำข้อเสนอการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ เพื่อให้ระบบมีความยั่งยืนในระยะยาว และปรับปรุงนโยบายโครงสร้างและระบบการบริหารจัดการที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ ได้แก่ ข้อมูลระบบสารสนเทศ ระบบจ่ายเงิน ระบบตรวจสอบ เป็นต้น เพื่อให้ระบบเกิดประสิทธิภาพ

เนื่องจากคณะกรรมการ คพคส. เกิดจากสมัชชาสุขภาพ ที่ต้องการให้ระบบสุขภาพทุกระบบเกิดความเท่าเทียมกัน ทั้งด้านค่าใช้จ่าย และสิทธิประโยชน์ต่างๆ คณะกรรมการชุดนี้จึงถูก

แต่งตั้งขึ้นมาเพื่อปฏิรูประบบประกันสุขภาพในภาพกว้าง โดยมีแนวคิดในการอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพในอนาคต 2 แนวทาง ดังนี้

1) สร้างระบบประกันสุขภาพใหม่ โดยการรวบรวมกองทุนประกันสุขภาพทั้งหมด เพื่อให้ให้มีการรวมศูนย์การบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศ อันจะช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายและเพิ่มประสิทธิภาพ

2) คงโครงสร้างระบบประกันสุขภาพเดิม โดยไม่ยุบรวมกองทุนสุขภาพต่างๆ หากแต่สร้างความเป็นเอกภาพของระบบการเงินการคลัง (harmonization) และสร้างมาตรฐานของสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานให้เท่าเทียมกันทุกกองทุน (standardization) เนื่องจาก ทางเลือกที่ 1 อาจมีแรงต้านจากผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมและสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เนื่องจากเกรงว่าจะกระทบสิทธิและคุณภาพของการรักษายาบาลที่ได้รับ

การดำเนินงานของคณะกรรมการ คพคส.⁵ ยังไม่มีผลงานที่นำมาปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม เนื่องจากช่วงระยะหนึ่งปีที่ผ่านมาได้ให้ความสำคัญแก่การวางกรอบและแผนการทำงานของคณะกรรมการทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยมีการจัดทำร่างระบบสุขภาพที่พึงปรารถนา ซึ่งประกอบด้วย ระบบบริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์ ระบบการเงินการคลังที่เอื้อต่อการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์ และระบบการอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพในอนาคต

นอกจากการออกแบบระบบสาธารณสุขที่พึงปรารถนาในภาพรวมแล้ว คณะกรรมการ คพคส. ยังได้ดำเนินการเพื่อให้การบริหารจัดการกองทุนสุขภาพต่างๆ มีเอกภาพมากขึ้น ตามแนวคิดในการอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพในอนาคตแบบที่ 2 ที่ได้กล่าวมาแล้ว โดยมีหรือร่วมกับคณะกรรมการประสานความร่วมมือระหว่างกรมบัญชีกลางสำนักงานประกันสังคม (สปส.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข⁶ และผู้แทนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน เพื่อหาแนวทางในการบริหารจัดการยาบัญชี จ(2)⁷ และการบูรณาการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน จนกระทั่งเกิดการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมมาจนถึงปัจจุบัน

ต่อมาคณะรัฐมนตรีในรัฐบาลนางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร ได้มีมติเห็นชอบให้ยกเลิกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2553 ในวันที่ 24 เมษายน พ.ศ. 2555 และได้มีการตั้งคณะกรรมการชุดใหม่ขึ้นตามมติของคณะรัฐมนตรี ในวันที่ 20 พฤษภาคม พ.ศ. 2555 คือ คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัย และค่าบริการทางแพทย์ เพื่อทำหน้าที่ในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพต่อจากคณะกรรมการชุดเดิม อนึ่ง คณะกรรมการ คพคส. หรือคณะกรรมการชุดเดิมได้มีข้อเสนอให้คณะกรรมการชุดใหม่สานต่อแนวทางในการพัฒนากลไกกลางในการบริหารจัดการระบบการคลังด้านสุขภาพ (National Information Clearing House) เพื่อให้ระบบการเบิกจ่ายค่าบริการรักษายาบาลให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ระบบดังกล่าวจะต้องมีหน่วยงานที่ต้องจัดตั้ง

⁵ คณะกรรมการ คพคส. แต่งตั้งเมื่อ วันที่ 19 มกราคม พ.ศ. 2554 และยกเลิกเมื่อ วันที่ 24 เมษายน พ.ศ. 2555

⁶ คณะกรรมการประสานความร่วมมือระหว่างกรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม (สปส.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข แต่งตั้งตามคำสั่งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ 1/2547 เมื่อวันที่ 19 กรกฎาคม 2547 และมีการยกเลิกคำสั่งเดิม พร้อมออกคำสั่งแต่งตั้งใหม่ ลงวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2555

⁷ ยาบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2551 บัญชี จ (2) หมายถึง รายการยาสำหรับผู้ที่มีความจำเป็นเฉพาะ ความเหมาะสมที่จะใช้เพียงบางข้อบ่งชี้ ซึ่งเป็นยาที่มีราคาสูงมาก ส่งผลกระทบอย่างมากต่อความสามารถในการจ่าย ทั้งของสังคมและผู้ป่วย จำเป็นต้องมีระบบกำกับและอนุมัติการใช้ยา (authorized system)

ขึ้นมาเพื่อปฏิบัติการกิจดังกล่าว 4 หน่วยงาน ได้แก่

- 1) หน่วยงานกลางบริหารจัดการข้อมูลค่าบริการและการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Data Center and Clearing House)
- 2) หน่วยงานกลางบริหารมาตรฐานระบบข้อมูลเบิกจ่าย (Data Standard Maintenance Organization-DSMO)
- 3) หน่วยงานกลางพัฒนาเครื่องมือคำนวณการจ่ายค่าบริการสำหรับระบบประกันสุขภาพ (Case-Mix Center)
- 4) หน่วยงานกลางตรวจสอบข้อมูลการเบิกจ่าย (financial audit)

อย่างไรก็ตาม จากการติดตามผลการดำเนินงานของคณะกรรมการชุดใหม่พบว่า ได้มีการสานต่อแนวทางในการพัฒนากลไกกลางดังกล่าว โดย

- 1) แต่งตั้งคณะกรรมการระบบข้อมูลบริการทางการแพทย์ เพื่อดำเนินการพัฒนาระบบข้อมูลการเรียกเก็บเงินค่าบริการทางการแพทย์ (Claim Data) ออกแบบกลไกในการรวบรวมข้อมูลการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ (National Health Care Information) และออกแบบกลไกกลางในการบริหารการเรียกเก็บค่าบริการของประเทศ (National Clearing House)
- 2) แต่งตั้งคณะกรรมการปรับปรุงกลไกการจ่ายเงินโดยกลุ่มวินิจัยโรคร่วม เพื่อดำเนินงานในการพัฒนาเครื่องมือคำนวณการจ่ายค่าบริการสำหรับระบบประกันสุขภาพ (Case-Mix Center) โดยปรับปรุงการจ่ายเงินโดยกลุ่มวินิจัยโรคร่วมให้เป็นเอกภาพระหว่างกองทุน
- 3) แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษาพยาบาลและการเบิกจ่าย เพื่อพัฒนาระบบและแนวทางการตรวจสอบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่เป็นมาตรฐานสำหรับทุกกองทุน และพัฒนาระบบการตรวจสอบการรักษาพยาบาล การตรวจวินิจัย และการใช้จ่ายในระบบประกันสุขภาพให้เป็นมาตรฐานเดียวกันหากแต่การสานต่อแนวทางดังกล่าวยังอยู่ในขั้นตอนของการศึกษาและพัฒนาในเชิงนโยบาย ยังมีได้นำไปสู่การปฏิบัติ ดังนั้นจึงไม่สามารถประเมินได้ว่าจะเกิดประสิทธิผลมากน้อยเพียงใด

นอกจากการสานต่อแนวทางในการพัฒนากลไกกลางจากคณะกรรมการ คพคส. ชุดเดิมแล้ว รัฐบาลนางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร ได้มีการสานต่อแนวคิดการบูรณาการระบบประกันสุขภาพ 3 กองทุน ร่วมกับคณะกรรมการประสานความร่วมมือระหว่างกรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม (สปส.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งคณะกรรมการประสานงานความร่วมมือฯ ดังกล่าวมีความพยายามที่จะรวมศูนย์การบริหารจัดการกองทุนสุขภาพ เพื่อประหยัดทรัพยากรและสร้างมาตรฐานกลางสิทธิประโยชน์และคุณภาพในการรักษาพยาบาล เป็นที่น่าสังเกตว่า คณะกรรมการชุดนี้มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 แม้จะมีการเปลี่ยนแปลงรัฐบาลถึง 4 ชุดก็ตาม เนื่องจากองค์ประกอบของคณะกรรมการดังกล่าว ได้มีการเปลี่ยนแปลงตำแหน่งตามโครงสร้างการแบ่งส่วน

ราชการ จึงได้มีการยกเลิกคำสั่งแต่งตั้งเดิม และออกคำสั่งแต่งตั้งใหม่ในปี พ.ศ. 2555 เพื่อให้การประสานความร่วมมือของทั้งสามหน่วยงานมีทิศทางที่ชัดเจนมากขึ้น โดยคณะกรรมการประสานความร่วมมือฯ มีผลงานที่เป็นรูปธรรมดังนี้

1) การตรวจสอบ (audit) คณะกรรมการประสานความร่วมมือฯ ได้มีการแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาการตรวจสอบ และควบคุมกำกับารชดเชยค่าบริการและคุณภาพการรักษาพยาบาลร่วมกันระหว่าง 3 กองทุน โดยเป็นการตรวจสอบทั้งในเรื่องการเงิน (financial audit) และคุณภาพในการรักษาพยาบาล (clinical audit) อนึ่ง คณะทำงานดังกล่าวได้รับการแต่งตั้งให้เป็นกรรมการในคณะกรรมการพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษาพยาบาล และการเบิกจ่าย ภายใต้ คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ โดยมีการเพิ่มกรอบในการตรวจสอบให้ครอบคลุมยากลุ่มต่างๆ เช่น ยาต้านมะเร็ง เป็นต้น

2) การจ่ายยา ได้มีการลงนามความร่วมมือ (MOU) ในวันที่ 21 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2555 เพื่อจัดทำราคากลางยาและเครื่องมือแพทย์ให้เป็นมาตรฐาน ในการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาล ที่ให้บริการผู้ป่วยซึ่งอยู่ในความดูแลของ 3 หน่วยงาน

3) การบูรณาการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ได้มีการให้สิทธิในการได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินในสถานบริการสุขภาพได้ทุกที่ ทั้งรัฐและเอกชน โดยผู้ป่วยไม่มีภาระที่ต้องสำรองจ่าย ซึ่งหน่วยงาน 3 กองทุน และได้เริ่มดำเนินการไปตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2555 จากโครงการประเมินการให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินร่วมสามกองทุนภายใต้นโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทั่วถึงทุกคน”⁸ ในปี พ.ศ. 2555 พบว่า ประชาชนทุกสิทธิเข้าถึงบริการในภาวะฉุกเฉินของโรงพยาบาลเอกชนนอกกระบวนการเบิกจ่ายเดิมมากขึ้น แต่ในทางปฏิบัติ จำนวนผู้ป่วยในเพิ่มจำนวนมากขึ้นสวนทางกับจำนวนผู้ป่วยนอกที่ลดลง ซึ่งน่าจะเกิดจากอัตราการรักษาผู้ป่วยนอกไม่พอใจ นอกจากนี้ ผู้ป่วยฉุกเฉินที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเอกชนล้วนต้องสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลล่วงหน้า ในด้านการตรวจสอบคุณภาพบริการพบว่า ระบบสารสนเทศในปัจจุบันไม่เพียงพอที่จะรองรับการประเมินคุณภาพบริการ และการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นยังไม่รู้แน่ชัดว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมเพียงใด เพราะยังไม่มีระบบสารสนเทศรองรับการแกะรอยผู้ป่วยตั้งแต่จุดเกิดเหตุไปจนถึงสิ้นสุดการรักษา ดังนั้น การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบการให้บริการต่อไป เพื่อให้เกิดการบูรณาการอย่างมีประสิทธิภาพ

ต่อไปเป็นการวิเคราะห์ถึงแนวคิดและเหตุผลในการจัดตั้งคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ รวมถึงวิเคราะห์โครงสร้างของคณะกรรมการ เพื่อจะเข้าใจถึงบทบาท อำนาจหน้าที่ในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศ

⁸จัดทำโดย สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) เครือสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

2.3 คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา ฯ

2.3.1) แนวคิดและเหตุผลในการจัดตั้งคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ

ในอดีตเคยมีการจัดตั้งคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับระบบประกันสุขภาพของประเทศขึ้นมาหลายคณะ โดยวัตถุประสงค์หลักของคณะกรรมการเหล่านั้นก็เพื่อที่จะควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายสำหรับระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ซึ่งเป็นการใช้งบประมาณปลายเปิดที่จ่ายตามค่ารักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ (fee for service) ทำให้ภาระทางการคลังเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ในปี พ.ศ. 2549 รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง ณ เวลานั้นคือ ม.ร.ว. ปรีดียาธร เทวกุล ในรัฐบาลปฎิวัติของ พลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์ ได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการขึ้นมาชุดหนึ่ง เพื่อศึกษาแนวทางในการจัดสรรงบประมาณสำหรับกองทุนทั้ง 2 ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น คณะกรรมการดังกล่าวมีนายอัมมาร สยามวาลา นักวิชาการจากสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทยเป็นประธาน และมีข้าราชการจากกระทรวงการคลัง สำนักงานงบประมาณ และกลุ่มแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพจำนวนหนึ่ง และมีสำนักงานงบประมาณเป็นสำนักงานเลขานุการ คณะกรรมการดังกล่าวได้จัดทำรายงานข้อเสนอแนวทางในการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้แก่ รมว. คลัง มีสาระสำคัญ เช่น การควบคุมการใช้นายอกบัญชียาหลักแห่งชาติ การเปลี่ยนจากระบบจ่ายตามจริงเป็นระบบเหมาจ่ายในลักษณะค่อยเป็นค่อยไป เป็นต้น

ต่อมาในปี พ.ศ. 2553 ภายใต้รัฐบาลนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ ได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ (คพคส.) ซึ่งมาจากมติของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ แม้เป้าประสงค์ของคณะกรรมการชุดนี้คือการลดความเหลื่อมล้ำของทั้งสิทธิประโยชน์และการเบิกจ่ายระหว่างกองทุนสุขภาพทั้ง 3 กองทุน แต่ประเด็นหลักก็ยังคงเป็นเรื่องระบบการเงินการคลังของทั้ง 3 กองทุน โดยโจทย์ที่สำคัญคือทำอย่างไรให้มีการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน คณะกรรมการดังกล่าวมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน (เพื่อที่จะสามารถสั่งการข้ามกระทรวงได้ เนื่องจากกองทุนประกันสังคม สังกัดกระทรวงแรงงาน) และมีสำนักงานพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ (สพคส.) ซึ่งเป็นหน่วยงานในสังกัดสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เป็นสำนักงานเลขานุการ ผลงานหลักของคณะกรรมการดังกล่าวคือ การผลักดันให้เกิดหน่วยงานกลางในการรวบรวมข้อมูลของโรงพยาบาลต่างๆ ด้านค่าใช้จ่ายที่นำมาวิเคราะห์ เพื่อกำหนดมาตรฐานค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลตามโรคนั้นๆ แทนการจ่ายเบิกเป็นรายหัวหรือนายอดไปเบิกจ่าย ซึ่งจะเป็นการช่วยลดความเหลื่อมล้ำด้านการรักษาพยาบาลระหว่างทั้ง 3 กองทุน

เมื่อพรรคเพื่อไทยชนะการเลือกตั้งในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2554 ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงกลุ่มบุคคลที่รัฐบาลต้องการให้เข้ามาดูแลเรื่องการรักษาพยาบาล ในเบื้องต้นมีการตั้งคณะ

กรรมการร่วม 3 กองทุน ซึ่งมี นายกฯ ยิ่งลักษณ์ เป็นประธาน แสดงให้เห็นว่า พรรคเพื่อไทยให้ความสำคัญแก่ประเด็นของการสร้างกลไกกลางที่จะเข้ามาบริหารจัดการกองทุนสุขภาพทั้ง 3 กองทุนอย่างบูรณาการ เป้าหมายหลักของคณะกรรมการดังกล่าวจะคล้ายคลึงกับเป้าหมายของคณะกรรมการ คพคส. ซึ่งจัดตั้งขึ้นในสมัยรัฐบาลอภิสิทธิ์ คือ การลดความเหลื่อมล้ำของสิทธิในการได้รับการรักษาพยาบาลระหว่าง 3 กองทุน โดยเฉพาะกลุ่มโรคราคาแพง จากการรวมศูนย์ระบบการเบิกจ่ายของ 3 กองทุนซึ่งจะช่วยควบคุมค่าใช้จ่ายได้ด้วย ผลงานที่โดดเด่นของคณะกรรมการชุดนี้ คือ การกำหนดสิทธิในการได้รับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลเอกชนในกรณีฉุกเฉินที่เหมือนกันทั้ง 3 กองทุน แต่หลังจากการออกมาตรการดังกล่าว คณะกรรมการชุดนี้ก็มิได้มีนโยบายหรือมาตรการอื่นๆ ออกมาอีก ซึ่งอาจจะสืบเนื่องมาจากการที่มีการแต่งตั้งคณะกรรมการอีกชุดที่มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน ตามที่จะกล่าวในรายละเอียดในย่อหน้าต่อไป เข้ามาดำเนินการแทน

เมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม พ.ศ. 2555 ครม.ของรัฐบาล นายกฯ ยิ่งลักษณ์ ได้มีมติแต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัยและค่าบริการทางการแพทย์ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดทิศทาง กลไก ระบบยาในภาพรวมของประเทศ จากข้อเท็จจริง เพื่อให้มีภาพชัดเจน และใช้กำหนดทิศทางให้สอดคล้องกับนโยบายรัฐบาล ที่จะพัฒนาระบบยาให้เป็นเอกภาพเดียวกัน รวมถึงควบคุมการคลังของประเทศเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เพื่อให้มีเสถียรภาพและมีความยั่งยืน

การจัดตั้งคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ สะท้อนแนวนโยบายของรัฐบาลที่ให้ความสำคัญแก่การควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะในส่วนของการเบิกจ่ายค่ายาภายใต้ระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ดังจะเห็นได้จากโครงสร้างของคณะกรรมการดังกล่าวที่มีกรมบัญชีกลางเป็นสำนักงานเลขานุการ แม้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขจะเป็นประธานกรรมการ และจากกิจกรรมของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาเป็นหลัก ไม่ว่าจะเป็นการเจรจาต่อรองราคายา การส่งเสริมการใช้ยาจากบัญชียาหลักแห่งชาติ การกำหนดแนวเวชปฏิบัติ ข้อบ่งชี้การใช้ยา ฯลฯ การจัดตั้งคณะกรรมการชุดนี้มีเป้าประสงค์ที่จะ “รวมศูนย์” กิจกรรมเหล่านี้ ซึ่งกระจัดกระจายอยู่ภายใต้การดำเนินการของกองทุนทั้ง 3 กองทุน ทำให้ไม่เป็นอย่างบูรณาการและมีการซ้ำซ้อนกันในส่วน รัฐบาลชุดนี้เห็นว่า หากมีการดำเนินการร่วมกันทั้ง 3 กองทุนแล้ว จะช่วยประหยัดงบประมาณได้มาก เช่นในกรณีของการต่อรองราคายานั้น หากทั้ง 3 กองทุนสามารถตกลงร่วมกันได้ก็จะสามารถวางระบบในการจัดซื้อยาแบบรวมศูนย์ อันจะสร้างอำนาจต่อรองให้ภาครัฐในฐานะผู้ซื้อรายใหญ่ได้

โครงสร้างของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา^๙

ตามที่ได้กล่าวมาแล้วเบื้องต้นเกี่ยวกับแนวคิดในการจัดตั้งคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา ว่าคณะกรรมการชุดดังกล่าวมาจากการแต่งตั้งโดยมติคณะรัฐมนตรี ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการจัดทำข้อเสนอระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัยและค่าบริการทางการแพทย์ และจัดทำข้อเสนอระบบตรวจสอบ ติดตามในการเบิกจ่ายยา เวชภัณฑ์ ค่าตรวจวินิจฉัย และค่าบริการทางการแพทย์ที่เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และมีความยั่งยืนต่อคณะรัฐมนตรี เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ และมอบให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปเป็นแนวทางในการดำเนินการปฏิบัติต่อไป

จากโครงสร้างคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ จะเห็นได้ว่ารัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการ และมีกรมบัญชีกลางเป็นสำนักงานเลขานุการ การที่ประธานกรรมการและสำนักงานเลขานุการสังกัดกระทรวงที่แตกต่างกันนั้น เป็นโครงสร้างที่ไม่เคยเกิดขึ้น แต่เนื่องจากรัฐมนตรีทั้ง 2 กระทรวงมาจากพรรคเพื่อไทย การประสานงานระหว่าง 2 กระทรวงจึงสามารถดำเนินการได้ เหตุผลที่ให้กรมบัญชีกลางเป็นสำนักงานเลขานุการน่าจะสืบเนื่องมาจากเรื่องการควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เพราะระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการเป็นระบบปลายเปิดดังที่ได้กล่าวมาแล้ว และที่ผ่านมามีกรมบัญชีกลางก็ได้มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพื่อที่จะควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลข้าราชการ ไม่ว่าจะเป็นการนำระบบ DRG มาใช้กับผู้ป่วยใน การออกกฎเกณฑ์ในการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ หรือการตรวจสอบความถูกต้องของการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของสถานพยาบาล

องค์ประกอบของคณะกรรมการชุดนี้ต่างจากคณะกรรมการ คพคส. ที่ตั้งขึ้นมาสสมัยรัฐบาลนายอภิสิทธิ์ เนื่องจากกรรมการส่วนใหญ่ของ คพคส. เป็นข้าราชการจากกระทรวงการคลังและกระทรวงสาธารณสุข และมีบุคคลภายนอก เช่น นักวิชาการที่สังกัดองค์กรเอกชน ตัวแทนภาคประชาชน ลูกจ้างในระบบประกันสังคม ลูกจ้างนอกระบบประกันสังคม เป็นต้น

ความแตกต่างของโครงสร้างของคณะกรรมการ 2 ชุดมีเหตุผลจากการมีที่มาแตกต่างกัน คณะกรรมการ คพคส. เกิดจากข้อเสนอแนะของ “สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ”^๙ ซึ่งมีเป้าหมายในการปฏิรูประบบประกันสุขภาพในภาพกว้างอย่างเป็นระบบ เนื่องจากสมัชชาสุขภาพมีผู้ที่มีส่วนได้เสียเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากหลากหลายภาคส่วน โครงสร้างของคณะกรรมการ คพคส. จึงสะท้อนกระบวนการดังกล่าวซึ่งให้ความสำคัญแก่การมีส่วนร่วมของประชาชน

ในทางตรงกันข้ามคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ได้ถูกจัดตั้งขึ้นมาเพื่อเป้าประสงค์ในการปรับปรุงประสิทธิภาพ และผลิตภาพในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศตามที่เป็นอยู่ ซึ่งเป็นการมองในเชิงธุรกิจ จึงให้ความสำคัญแก่หน่วยงานที่ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพเท่านั้น เนื่องจากมองว่าเป็นการ

^๙พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้ให้ความหมายของ “สมัชชาสุขภาพ” ว่าเป็นกระบวนการที่ประชาชนและหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การ เสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ หรือความมีสุขภาพของประชาชน โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและอย่างมีส่วนร่วมอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง

ปรับปรุงกระบวนการในการบริหารจัดการ “ภายใน” เท่านั้นไม่เกี่ยวข้องกับบุคคลภายนอก ทั้งนี้ ได้มีข้อวิจารณ์ว่า การที่คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ดังกล่าว มีเฉพาะคนในที่เป็นข้าราชการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยตรง ไม่รวมถึงผู้ที่ได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาล มีทั้งข้อดีและข้อเสีย ข้อดี คือ การดำเนินนโยบายมีความชัดเจนและสามารถดำเนินการได้อย่างรวดเร็ว ข้อเสีย คือ ขาดการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้เสียและผู้เชี่ยวชาญที่เป็นคนนอก ซึ่งอาจทำให้การดำเนินการหรือนโยบายที่กำหนดขึ้นขาดการถ่วงถ่วง และอาจทำให้มาตรการดังกล่าวไม่สมบูรณ์เท่าที่ควร

2.3.2) ทบทวนแนวคิดการมีส่วนร่วมตามหลักสากล

หลักทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียในกระบวนการ ในการกำหนดนโยบายด้านสาธารณสุขยังไม่มี ความชัดเจนเท่าใดนัก เนื่องจากแต่ละประเทศมีรูปแบบที่แตกต่างกัน บทความของ Craig Milton et al (2009)¹⁰ ได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนได้เสียในการกำหนดนโยบาย โดยเฉพาะนโยบายด้านสาธารณสุข ผลการศึกษาพบว่า รัฐบาลส่วนมากเล็งเห็นประโยชน์จากการแลกเปลี่ยนข้อมูลและความคิดเห็นกับกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียในการกำหนดนโยบายที่มีผลกระทบต่อสังคมในวงกว้าง โดยเครื่องมือที่ใช้มีหลากหลาย แต่มีแนวโน้มชัดเจนที่จะใช้รูปแบบของการอภิปรายเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล (deliberation) มากขึ้น และมีการจัดอภิปรายดังกล่าวเป็นระยะๆ อย่างไรก็ดี ยังไม่มีข้อมูลเชิงประจักษ์ที่บ่งชี้ว่าการจัดเวทีเพื่อรับฟังและแลกเปลี่ยนข้อมูลและความคิดเห็นนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในการตัดสินใจเชิงนโยบาย หรือการจัดสรรทรัพยากรในทางปฏิบัติ

การมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการกำหนดนโยบายหรือมาตรการของภาครัฐ อาจมีลักษณะที่แตกต่างกันใน 3 มิติ ได้แก่ 1) ระดับของการตัดสินใจ 2) ลักษณะของกลุ่มประชาชนที่เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย และ 3) รูปแบบของการมีส่วนร่วม ซึ่งจะอธิบายในรายละเอียดในส่วนต่อไป

2.3.2.1) ระดับของการตัดสินใจ

ระดับของการตัดสินใจสามารถแบ่งได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่

(1) ระดับบน ซึ่งหมายถึงการตัดสินใจในภาพใหญ่ เช่น การจัดลำดับความสำคัญของนโยบายหรือมาตรการด้านสุขภาพในภาพรวม การจัดสรรงบประมาณแก่โครงการที่เกี่ยวข้อง หรือการปฏิรูประบบประกันสุขภาพของประเทศ เป็นต้น คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ หรือคณะกรรมการระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ ซึ่งมีเป้าประสงค์ในการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศ นับได้ว่าเป็นคณะกรรมการที่มีอำนาจในการตัดสินใจในระดับบน

(2) ระดับกลาง หมายถึงการตัดสินใจที่เกี่ยวกับนโยบายหรือมาตรการหนึ่งใดเฉพาะ เช่น นโยบายการลดความเหลื่อมล้ำของสิทธิประโยชน์ของสมาชิกภายใต้ระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุน เป็นต้น การดำเนินการในส่วนนี้มักอยู่ในรูปแบบของคณะกรรมการเฉพาะกิจที่รัฐบาล

¹⁰Craig Milton et al (2009), Public Participation in Healthcare Priority Setting: A Scoping View, Health Policy 9(2009), หน้า 219-228

มักตั้งขึ้นมา เช่น คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ และคณะกรรมการประสานงาน 3 กองทุน เป็นต้น

(3) ระดับปฏิบัติ เช่น แนวทางในการออกแบบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ หรือ การตรวจสอบคุณภาพของการรักษาพยาบาล เป็นต้น การกิจในระดับปฏิบัติ มักอยู่ในรูปแบบของคณะทำงาน หรือคณะอนุกรรมการภายใต้คณะกรรมการ ซึ่งมีหน้าที่ในการกำหนดนโยบาย เช่น คณะอนุกรรมการเจรจาต่อรองราคายา คณะอนุกรรมการกำหนดแนวเวชปฏิบัติ เป็นต้น

การรวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์พบว่า การมีส่วนร่วมของสาธารณชนนั้น ส่วนมากจะอยู่ในการกำหนดนโยบายในระดับบน เนื่องจากการกำหนดนโยบายในระดับบนมักมีทั้งมิติในเชิงเทคนิคและมิติในเชิงการเมือง ข้อมูลและข้อคิดเห็นของผู้มีส่วนได้เสียจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างยิ่ง ในการจัดทำชุดนโยบายที่อิงข้อมูลเชิงประจักษ์ (evidence-based policy making)¹¹ นอกจากนี้แล้วความยั่งยืนของนโยบายสุขภาพยังขึ้นอยู่กับที่ยอมรับของผู้มีส่วนได้เสียทุกภาคส่วนอีกด้วย¹²

การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียในการกำหนดนโยบายในระดับบนนั้นมีรูปแบบที่หลากหลาย มิได้จำกัดเฉพาะการให้ผู้มีส่วนได้เสียเข้ามาเป็นกรรมการในคณะกรรมการที่กำหนดนโยบายโดยตรงเท่านั้น หากแต่อาจหมายถึงการที่บุคคลภายนอกหรือผู้มีส่วนได้เสียสามารถให้ข้อมูลและความคิดเห็นต่อคณะกรรมการในเวทีการระดมสมอง จัดอภิปราย หรือทำประชาพิจารณ์ก็ได้

แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมดังกล่าวสามารถอธิบายโครงสร้างของคณะกรรมการคพคส. และคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ที่แตกต่างกัน กรรมการชุดแรกเป็นคณะกรรมการที่ดูแลนโยบายในระดับบน ซึ่งเหมาะกับการมีส่วนร่วมของบุคคลภายนอก อันได้แก่ผู้แทนผู้ที่ได้รับสิทธิภายใต้กองทุนสุขภาพทั้ง 3 แห่งผู้ทรงคุณวุฒิจากภายนอก สื่อมวลชน ฯลฯ ในขณะที่คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ มีภารกิจเฉพาะเจาะจงในการปรับปรุงประสิทธิภาพในการบริหารค่าใช้จ่ายของระบบประกันสุขภาพเท่านั้น องค์ประกอบของกรรมการประกอบด้วย ฝ่ายบริหารและข้าราชการประจำที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพเท่านั้น

จากการศึกษาโครงสร้างของคณะกรรมการกำหนดนโยบายสุขภาพในระดับบนในประเทศที่มีระดับการพัฒนาเศรษฐกิจที่ใกล้เคียงกับประเทศไทย ได้แก่ ไต้หวันและเกาหลีใต้ พบว่า คณะกรรมการประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance Committee) และคณะกรรมการนโยบายประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance Policy) ของประเทศดังกล่าวตามลำดับ มีตัวแทนของกลุ่มผู้ได้รับสิทธิ เช่น สหภาพแรงงาน กลุ่มวิชาชีพที่เกี่ยวกับการแพทย์ ตัวแทนกลุ่มผู้ให้บริการรักษาพยาบาล เป็นต้น ในกรณีของไต้หวันนั้น จะมีตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วย ในขณะที่เกาหลีใต้มีตัวแทนสมาคมยา และตัวแทนองค์กรภาคประชาชนด้วย

¹¹Lavis, John N. (2009), How can we support the use of systematic reviews in policy making? PLoS Med Vol 66. No. 11

¹²World Health Organization (1993), Evaluation of Recent Changes in the Financing of Health Services.

2.3.2.2) ลักษณะของกลุ่มบุคคลภายนอกที่เข้าร่วมในกระบวนการกำหนดนโยบาย การมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการกำหนดนโยบายของภาครัฐ แตกต่างกันในแต่ละ ประเทศ โดยทั่วไปแล้ว กลุ่มผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 ผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ ตลอดจนประชาชนทั่วไปที่ต้องการแสดงความเห็นส่วนตัว

กลุ่มที่ 2 ตัวแทนสมาคม หรือกลุ่มผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้องการนโยบายสาธารณะ เช่น สมาคมโรงพยาบาลเอกชน เป็นต้น ซึ่งแสดงความเห็นหรือจุดยืนของสมาชิก

กลุ่มที่ 3 พนักงาน ผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล ฯลฯ ซึ่งจะนำเสนอประสบการณ์ส่วนตัวซึ่งมี นัยสำคัญต่อนโยบายสาธารณะ

อนึ่ง การสำรวจรูปแบบการมีส่วนร่วมของบุคคลภายนอกในกระบวนการกำหนดนโยบาย ของภาครัฐ โดย Craig Milton et al (2009) พบว่า 167 จาก 190 กรณีที่สำรวจเปิดให้ กลุ่มที่ 3 คือ กลุ่มผู้ป่วย พนักงาน หรือผู้ที่มีประสบการณ์โดยตรงได้มีโอกาสในการแสดงความคิดเห็น จากประสบการณ์ส่วนตัว ซึ่งมีนัยสำคัญเชิงนโยบาย และเกือบครึ่งหนึ่งเปิดโอกาสให้บุคคลทั้ง 3 กลุ่มสามารถแสดงความเห็นหรือให้ข้อมูลได้ ทั้งนี้ มีเพียง 20 กรณีเท่านั้นที่เปิดโอกาสให้เฉพาะ กลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มตัวแทนสมาคมหรือกลุ่มผลประโยชน์ได้นำเสนอความเห็นและข้อมูล จึงเห็นได้ ว่า กระบวนการในการรับฟังความคิดเห็นที่เป็นสากลในปัจจุบัน จะให้ความสำคัญแก่ผู้ที่ได้รับ ผลกระทบโดยตรงมาเล่าประสบการณ์ส่วนตัว นอกจากนี้แล้ว การศึกษายังพบว่า กลุ่มผู้พิการ ผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ หรือเด็กมักจะได้รับการส่งเสริมให้มีตัวแทนในกระบวนการในการกำหนด นโยบาย โดยมีกระบวนการในการคัดเลือกตัวแทนของกลุ่มบุคคลเหล่านี้ซึ่งมีการพัฒนาขึ้นมา

2.3.2.3) รูปแบบหรือวิธีการในการมีส่วนร่วม

วิธีการในการรับฟังความเห็นหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้กำหนดนโยบายกับบุคคล อื่นๆ มีรูปแบบของการปฏิสัมพันธ์ที่แตกต่างกันโดยสามารถแบ่งความเข้มข้นเป็น 3 ระดับดังนี้

ระดับที่ 1 การสื่อสาร (communication) เป็นการสื่อสารข้อมูลจากผู้กำหนดนโยบาย ไปสู่สาธารณะเพื่อทราบฝ่ายเดียว

ระดับที่ 2 การปรึกษาหารือ (consultation) เป็นการสื่อสารความเห็นและข้อมูล จากสาธารณะไปสู่ผู้กำหนดนโยบายด้านเดียว

ระดับที่ 3 การมีส่วนร่วม (participation) เป็นการแลกเปลี่ยนและตอบโต้ความเห็น ข้อ ชักถาม และข้อมูลระหว่างผู้กำหนดนโยบายและประชาชน ตลอดจนการต่อรองอันมีผลให้เกิด การเปลี่ยนแปลงในเชิงนโยบายในทางปฏิบัติโดยวิธีการที่มีการใช้อย่างแพร่หลายมากที่สุดคือ การ จัดเวทีอภิปราย (deliberative engagement process)

คณะผู้วิจัยขอตั้งข้อสังเกตว่า ประเทศไทยยังไม่มีการพัฒนาเท่าที่ควรในเรื่องของ กระบวนการ และขั้นตอนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในรูปแบบอื่นๆ นอกเหนือจากการที่

บุคคลภายนอกเข้ามามีส่วนร่วมโดยตรงในการกำหนดนโยบาย โดยการเข้ามาเป็นกรรมการในคณะกรรมการ ยกเว้นในกระบวนการและขั้นตอนของ “สมัชชาสุขภาพ” ตามที่ได้กล่าวมาแล้ว หากแต่ข้อเสนอหรือมติของสมัชชาสุขภาพก็มีได้มีผลผูกพันต่อรัฐบาล ในการกำหนดนโยบายด้านสาธารณสุขแต่อย่างใด

กระบวนการสื่อสารข้อมูลข่าวสารของรัฐบาล และหน่วยงานราชการต่อสาธารณชนโดยทั่วไปแล้วยังมีข้อจำกัด เนื่องจากกฎหมายว่าด้วยวิธีการปฏิบัติราชการทางปกครองของประเทศไทยยังไม่ได้มีการกำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับออกกฎ กติกาทางปกครองของหน่วยงานของภาครัฐ และภาครัฐเองก็มักไม่ให้ความสำคัญแก่การแลกเปลี่ยนข้อมูลและความคิดเห็นกับบุคคลภายนอก

ที่ผ่านมาการทำ “ประชาพิจารณ์” เพื่อรับฟังความเห็นตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการรับฟังความคิดเห็นสาธารณะโดยวิธีการประชาพิจารณ์ พ.ศ. 2539 ก็มีลักษณะของการสื่อสารด้านเดียวเป็นส่วนใหญ่ (ระดับที่ 1 หรือ 2 จากรูปแบบการมีส่วนร่วม 3 ประเภทที่ได้กล่าวมาแล้ว) เนื่องจากการจัดทำกระบวนการดังกล่าวเกิดขึ้นหลังจากที่หน่วยงานราชการได้มีการตัดสินใจเรียบร้อยแล้ว ความคิดเห็นหรือข้อมูลที่ประชาชนแสดงในเวทีประชาพิจารณ์จึงมักไม่มีผลใดๆ ต่อการตัดสินใจในเชิงนโยบายในทางปฏิบัติ

ประเด็นปัญหาในทางบริหารของคณะกรรมการกำหนดระบบยาฯ

กล่าวโดยสรุป โครงสร้างของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ที่ไม่มีบุคคลภายนอกเข้าร่วมเป็นกรรมการนั้นไม่ขัดกับหลักการที่เป็นสากล หากมองว่าคณะกรรมการชุดนี้มีภารกิจในระดับ “ปฏิบัติ” มากกว่าในระดับ “นโยบาย” อย่างไรก็ดี โครงสร้างที่มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน และอธิบดีกรมบัญชีกลางเป็นเลขานุการ และกรมบัญชีกลางเป็นสำนักงานเลขานุการนั้นมีปัญหาในทางปฏิบัติบางประการ

ประการแรก เนื่องจากระเบียบที่มีการหารือกันในคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ส่วนมากเกี่ยวกับการแพทย์ ซึ่งอธิบดีและสำนักงานกรมบัญชีกลางขาดข้อมูลและความรู้ความเชี่ยวชาญเรื่องดังกล่าว จึงปฏิบัติภารกิจได้ไม่เต็มความสามารถ ทำให้ต้องมีการประสานงานเพื่อขอข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สปสช. ในกรณีของข้อมูลที่เกี่ยวข้องยาที่ต้องการเจรจาต่อรองและการดำเนินการ บางครั้งต้องส่งเรื่องต่อให้สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) ช่วยดำเนินการต่อ และส่งข้อมูลทั้งหมดกลับมาเพื่อให้กรมบัญชีกลางเป็นผู้เสนอต่อคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ

ประการที่สอง การที่กรมบัญชีกลางเป็นสำนักงานเลขานุการทำให้มีขั้นตอนทางราชการเพิ่มขึ้นมา เนื่องจากการดำเนินการใดๆ ต้องรอการอนุมัติตามสายงาน ได้แก่ อธิบดี รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง ซึ่งอาจใช้เวลานานนับหลายสัปดาห์

โดยเฉพาะเมื่อการดำเนินการดังกล่าวอยู่ภายใต้การกำกับของรัฐมนตรีอีกกระทรวงหนึ่ง ทำให้เส้นทางการส่งงานไม่ชัดเจน

ประการที่สาม โครงสร้างที่มีรัฐมนตรีเป็นประธานนั้นเหมาะสำหรับงานในระดับนโยบาย มีใช้งานในระดับปฏิบัติที่มีรายละเอียดมากมายที่ต้องใช้เวลาในการพิจารณา เนื่องจากรัฐมนตรีมีภารกิจที่หลากหลายจึงไม่สามารถเรียกประชุมได้ ทำให้งานไม่คืบหน้าเนื่องจากคณะกรรมการฯ จะประชุมเมื่อมีการกำหนดวันประชุมของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ เพื่อที่จะสามารถรายงานความก้าวหน้าให้แก่ที่ประชุมได้

ประการที่สี่ สืบเนื่องจากปัญหาประการที่ 3 เมื่อไม่มีการประชุมจึงมักมีการสั่งงานโดยตรงซึ่งไม่ผ่านคณะกรรมการระบบบริหารยาฯ เช่น รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขมักจะเลือกที่จะติดต่อสื่อสารโดยตรงกับอธิบดีกรมการแพทย์ หรือแม้กระทั่งกรมบัญชีกลาง ทำให้คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ไม่มีความหมาย

ประการที่ห้า เนื่องจากคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการและกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลังเป็นเลขานุการ การดำเนินการจึงไม่ได้รับความร่วมมือจากสำนักงานประกันสังคมเท่าใดนัก

ประเด็นความซ้ำซ้อนและความต่อเนื่องของการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ

การตั้งคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ขึ้นมาเพื่อศึกษาปัญหาค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับยา โดยเฉพาะของกองทุนสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ซึ่งกรมบัญชีกลางเป็นผู้ดูแลคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพทั้งหมด 7 คณะ ได้แก่

- 1) คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้จ่ายในบัญชียาหลักแห่งชาติ และยาซื้อสามัญ
- 2) คณะอนุกรรมการเจรจาต่อรองราคายา
- 3) คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาและรหัสยามาตรฐานเพื่อสนับสนุนการบริหารเวชภัณฑ์
- 4) คณะอนุกรรมการกำหนดแนวทางเวชปฏิบัติ ข้อบ่งชี้การใช้จ่าย การตรวจวินิจฉัยโรค และการรักษาพยาบาล
- 5) คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษาพยาบาล และการเบิกจ่าย
- 6) คณะอนุกรรมการปรับปรุงกลไกการจ่ายเงินโดยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม
- 7) คณะอนุกรรมการรวบรวมและจัดการระบบข้อมูลการบริการทางการแพทย์ให้เป็นเอกภาพระหว่างกองทุน

การปฏิบัติภารกิจของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ในภาพรวมมีความซ้ำซ้อนกับคณะกรรมการบริหารระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ซึ่งมีรองปลัดกระทรวงการคลังเป็นประธานคณะกรรมการดังกล่าว มีอำนาจหน้าที่ในการบริหารจัดการระบบสวัสดิการข้าราชการอยู่แล้ว และมีศักดิ์เทียบเท่ากับคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ เพราะแต่งตั้งจากมติคณะ

รัฐมนตรีเช่นเดียวกัน จึงทำให้เกิดความสับสนในขั้นตอนการดำเนินงาน นอกจากนี้แล้ว การดำเนินการของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ยังซ้ำซ้อนกับของคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ซึ่งจัดตั้งขึ้นโดยระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยคณะกรรมการระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2551 ซึ่งมีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ และการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ รวมทั้งมีหน้าที่ในการจัดทำบัญชียาหลักแห่งชาติ และกำหนดราคากลางยาในการจัดซื้อของหน่วยงานของรัฐอีกด้วย

การทับซ้อนของอำนาจหน้าที่ดังกล่าวทำให้เกิดความสับสนของขั้นตอนและกระบวนการ ตัวอย่างเช่น ในกรณีที่คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ได้ดำเนินการเจรจาต่อรองราคายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ และได้ใช้ราคาที่ต่อรองได้ให้กรมบัญชีกลางประกาศเป็นราคากลางของยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ แต่เนื่องจากตามหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ายาของกรมบัญชีกลางฝ่ายพัสดุจะต้องเบิกจ่ายค่ายาตามหลักเกณฑ์ของคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ กรมบัญชีกลางจึงต้องส่งราคากลางที่คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ เสนอให้แก่คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติพิจารณาเพื่อปรับราคากลางใหม่

หากพิจารณาอำนาจหน้าที่ในระดับของอนุกรรมการที่แต่งตั้งขึ้นภายใต้คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ พบว่า ในภาพรวมภารกิจในการดำเนินงานมีความซ้ำซ้อนกับภารกิจของคณะทำงานที่เคยมีอยู่เดิม (ตารางที่ 1) เช่นในกรณีของคณะอนุกรรมการเจรจาต่อรองราคายา ภายใต้คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ มีหน้าที่ในการดำเนินการเจรจาต่อรองราคายาเช่นเดียวกับคณะทำงานที่เคยมีอยู่เดิม 3 คณะ (ตามรูปที่ 1) ได้แก่

1) คณะทำงานต่อรองราคายาเพื่อบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติ ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ

2) คณะทำงานเจรจาต่อรองราคายาของกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้คณะกรรมการดำเนินการจัดซื้อยา โดยการทำสัญญาจะซื้อจะขายแบบปรับราคาได้¹³ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขจัดตั้งขึ้นมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2551 คณะทำงานชุดนี้มีเป้าหมายในการต่อรองราคายาเฉพาะสำหรับยาที่มีปริมาณการใช้ประจำเป็นจำนวนมาก หรือยาที่มีราคาต่อหน่วยสูง และยาที่มีผู้ผลิตน้อยราย ทำให้ผู้ขายมีอำนาจต่อรองสูงเมื่อเทียบกับผู้ซื้อที่เป็นโรงพยาบาลของภาครัฐ อนึ่งคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ได้ให้คณะทำงานเจรจาต่อรองราคายาชุดนี้ปฏิบัติหน้าที่ในอนุกรรมการต่อรองราคายาที่จัดตั้งขึ้นโดยขยายกรอบการเจรจาต่อรองราคายาให้ครอบคลุมกลุ่มยานอกบัญชียาหลัก 9 กลุ่มที่มีการเบิกจ่ายสูงในระบบสวัสดิการข้าราชการ

3) คณะทำงานเจรจาต่อรองราคายาของ สปสช. มีภารกิจในการต่อรองราคายาในการจัดซื้อยาเพื่อใช้ในโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นรายการยาและเวชภัณฑ์ที่มีการใช้ในหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนในสังกัด สปสช.

¹³กระทรวงสาธารณสุข ได้มีคำสั่งที่ 243/2551 ลงวันที่ 5 มีนาคม พ.ศ. 2551 แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินการจัดซื้อยาโดยการทำสัญญาจะซื้อจะขายแบบปรับราคาได้ ตามมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 13 มีนาคม พ.ศ. 2550

อย่างไรก็ดี แม้ภาพรวมของอำนาจหน้าที่ในการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการเจรจาต่อรองราคายาภายใต้คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ เข้าซ้อนทับกับคณะทำงานทั้ง 3 คณะ หากแต่พิจารณารายละเอียดและขั้นตอนในการดำเนินงานจะพบว่า คณะทำงานทั้ง 3 คณะ รวมถึงคณะอนุกรรมการเจรจาต่อรองราคายากลับมีบทบาทหน้าที่ในการเจรจาต่อรองราคาที่แตกต่างกัน กล่าวคือ คณะเจรจาต่อรองราคายาภายใต้คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ จะทำหน้าที่ในการเจรจาต่อรองราคา สำหรับรายการยาที่จะนำเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติเท่านั้น ในขณะที่คณะเจรจาต่อรองราคายาของ สปสช. จะทำหน้าที่เจรจาต่อรองราคา หรือเวชภัณฑ์เฉพาะรายการที่ สปสช. ซื้อ เช่น วัคซีน น้ำยาล้างไต เป็นต้น ซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับบัญชียาหลัก และคณะอนุกรรมการเจรจาต่อรองราคายาภายใต้คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ มีบทบาทในการเจรจาต่อรองราคายาในกลุ่มยาที่มีมูลค่าการใช้สูง 9 กลุ่มโรค ซึ่งเป็นรายการยาที่มีการเบิกจ่ายในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

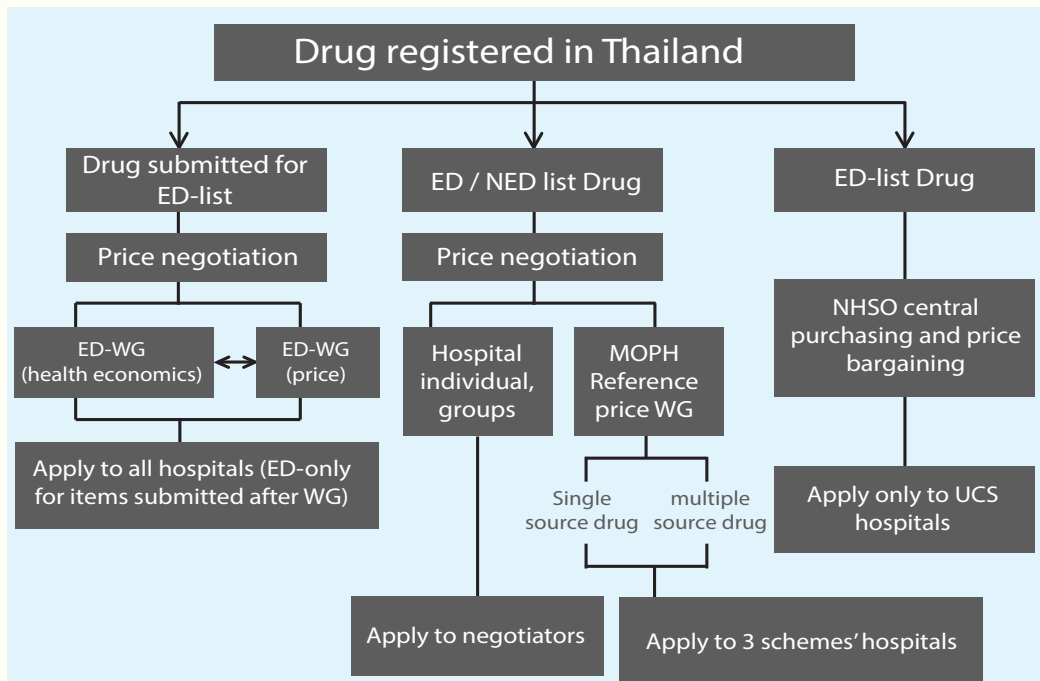
ตารางที่ 1 เปรียบเทียบโครงสร้างอนุกรรมการภายใต้คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ และคณะทำงาน/กรอบนโยบายที่เคยมีอยู่เดิม

คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ	คพคส.	คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ	กระทรวงสาธารณสุข	สปสช.
อนุกรรมการเจรจาต่อรองราคายา	-	คณะอนุกรรมการพิจารณากำหนดราคากลางยา	คณะทำงานเจรจาต่อรองราคายา สำนักงานปลัดกระทรวง	คณะทำงานเจรจาต่อรองราคายา
อนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาในบัญชียาหลักฯ	-	คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	-	-
อนุกรรมการพัฒนาบัญชียาและรหัสยามาตรฐานฯ	-	คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	-
อนุกรรมการกำหนดแนวเวชปฏิบัติ ข้อบ่งชี้	-	-	กรมการแพทย์	-
อนุกรรมการพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษา	หน่วยงานกลางตรวจสอบข้อมูลการเบิกจ่าย*	-	-	-
อนุกรรมการปรับปรุงกลไกการจ่ายเงินโดย DRG	หน่วยงานกลางพัฒนาเครื่องมือคำนวณการจ่ายค่าบริการฯ*	-	-	-
อนุกรรมการระบบข้อมูลบริการทางการแพทย์	หน่วยงานกลางบริหารจัดการข้อมูลค่าบริการฯ (Data Center & Clearing House)*	-	-	-

หมายเหตุ: * ยังไม่มีการจัดตั้งที่เป็นรูปธรรม เป็นเพียงนโยบายที่กำหนดไว้ ของ คณะกรรมการ คพคส.

ที่มา : จากการรวบรวมของคณะผู้วิจัย

รูปที่ 1 คณะทำงาน/คณะกรรมการเจรจาต่อรองราคายาในประเทศไทย



ที่มา : เอกสารประกอบการนำเสนอ “ราคายาและการเข้าถึงยา” สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 4 กรกฎาคม พ.ศ. 2556

ประเด็นการตั้ง 3 อนุกรรมการ สานต่อนโยบายของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา

คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา ได้มีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมทั้ง 3 คณะขึ้นมาเพื่อดำเนินการสานต่อนโยบาย ประกอบด้วย

- 1) คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษาพยาบาลและการเบิกจ่าย
- 2) คณะอนุกรรมการปรับปรุงกลไกการจ่ายเงินโดยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม
- 3) คณะอนุกรรมการระบบข้อมูลบริการทางการแพทย์

อนุกรรมการเหล่านี้ถูกแต่งตั้งขึ้นมาเพื่อสานต่อแนวทางในการพัฒนากลไกกลางในการบริหารจัดการระบบการคลังด้านสุขภาพ (National Information Clearing House) ของคณะกรรมการ คพคส. ที่ถูกยกเลิกไป โดยมีแนวคิดที่ว่า กลไกกลางดังกล่าวต้องมียอดประกอบหลัก ได้แก่

- 1) หน่วยงานกลางบริหารจัดการข้อมูลค่าบริการและการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล (DataCenter and Clearing House)
- 2) หน่วยงานกลางบริหารมาตรฐานระบบข้อมูลเบิกจ่าย (Data Standard Maintenance Organization–DSMO)
- 3) หน่วยงานกลางพัฒนาเครื่องมือคำนวณการจ่ายค่าบริการสำหรับระบบประกันสุขภาพ (Case-Mix Center)

4) หน่วยงานกลางตรวจสอบข้อมูลการเบิกจ่าย (financial audit) ใช้คนเดิมในกลไกใหม่ ทำให้เกิดความต่อเนื่องระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตาม แม้ในภาพรวมของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ จะมีความซ้ำซ้อนกับของคณะทำงานอื่นๆ อยู่บ้าง แต่พิจารณาจากโครงสร้างของคณะกรรมการทั้ง 7 คณะ จะเห็นได้ว่า มีความพยายามที่จะดึงบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่อยู่เดิมเข้ามาในโครงสร้างของอนุกรรมการที่แต่งตั้งขึ้นมา เช่น ในกรณีที่มีการดึงตัวคณะทำงานเจรจาต่อรองราคาของกระทรวงสาธารณสุขเข้ามาเป็นกรรมการในอนุกรรมการเจรจาต่อรองราคาฯ หรือ คณะทำงานในการตรวจสอบการเบิกจ่ายและคุณภาพในการรักษาพยาบาล ภายใต้คณะกรรมการประสานความร่วมมือระหว่างกรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม และ สปสช. เข้ามาปฏิบัติหน้าที่ในอนุกรรมการพัฒนาระบบการตรวจสอบการรักษาพยาบาล และการเบิกจ่ายในลักษณะเดียวกัน การพัฒนากลไกการจ่ายเงินโดยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม มีการดึงผู้อำนวยการศูนย์พัฒนากลุ่มโรคร่วมไทยให้เข้ามาเป็นคณะอนุกรรมการปรับปรุงกลไกการจ่ายเงิน โดยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ดำเนินงานเกี่ยวกับมาตรการดังกล่าว

การที่คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ เลือกที่จะดึงบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปรับปรุงระบบการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพอยู่เดิมเข้ามาในคณะกรรมการชุดต่างๆ ที่ตั้งขึ้นมา อาจมองได้ว่า คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ มิได้ต้องการดำเนินการกิจที่ซ้ำซ้อนกับหน่วยงานอื่นๆ ที่ดำเนินการอยู่แล้ว หากแต่ต้องการที่จะบูรณาการงานต่างๆ ที่กระจัดกระจายอยู่ภายใต้หน่วยงานต่างๆ ภายใต้กองทุนประกันสุขภาพต่างๆ เพื่อที่จะสามารถติดตามและตรวจสอบการดำเนินงาน (Monitor) ของคณะกรรมการหรือคณะทำงานที่เคยมีอยู่เดิมได้อย่างเป็นระบบ เพื่อที่จะสามารถปฏิรูประบบสาธารณสุขในภาพรวมได้

บทวิเคราะห์และสรุปผลการศึกษา

ในช่วง 6 - 7 ปีที่ผ่านมา รัฐบาลทุกสมัยให้ความสำคัญแก่การกำหนดนโยบายและบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศ ซึ่งประกอบด้วยกองทุนขนาดใหญ่ 3 กองทุนภายใต้การกำกับของ 3 กระทรวงให้เป็นไปอย่างบูรณาการ เพื่อที่จะลดต้นทุนในการบริหารจัดการที่ซ้ำซ้อน กำหนดกระบวนการและขั้นตอนในการเบิกจ่ายที่เป็นมาตรฐานกลาง ตลอดจนลดความเหลื่อมล้ำของสิทธิประโยชน์ระหว่างกองทุนประกันสุขภาพทั้ง 3 ที่ผ่านมา กลไกที่สร้างขึ้นมามีแนวโน้มอยู่ในรูปแบบของคณะกรรมการที่จัดตั้งขึ้นมาโดยระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี แม้กลไกในรูปแบบของคณะกรรมการเหล่านี้จะสามารถจัดตั้งขึ้นมาได้อย่างรวดเร็ว แต่เนื่องจากขาดอำนาจในการสั่งการทางกฎหมาย จึงต้องอาศัยการผลักดันในระดับการเมือง เพื่อที่จะให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในกระทรวงการคลังและกระทรวงสาธารณสุข ตลอดจนสำนักงานประกันสังคม สามารถดำเนินการตามข้อเสนอของคณะกรรมการในทางปฏิบัติ

นอกจากนั้น การที่คณะกรรมการเหล่านี้มีนายกรัฐมนตรี หรือรัฐมนตรีเป็นประธาน

กรรมการ วาระการประชุมจึงเป็นไปตามดุลยพินิจของนักการเมือง และเมื่อมีการเปลี่ยนรัฐบาล ก็มีการเปลี่ยนคณะกรรมการในการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ และเปลี่ยนรูปแบบการบริหารจัดการ ซึ่งอาจทำให้งานทั้งในระดับนโยบายและในระดับปฏิบัติขาดความต่อเนื่อง ได้ เช่นเดียวกับคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัย และ ค่าบริการทางการแพทย์ ซึ่งแต่งตั้งขึ้นมาแทนคณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ และเปลี่ยนรูปแบบการบริหารจัดการใหม่ หากแต่เป็นการบริหารจัดการในรูปแบบเบ็ดเสร็จ โดยการรวบรวมคณะกรรมการ คณะทำงาน หรือหน่วยงานที่เคยดำเนินงานอยู่ก่อนแล้วเพื่อมาดำเนินการต่อตามมาตรการหรือนโยบาย ให้ครอบคลุมงานที่มีอยู่เดิม อนึ่ง มาตรา 9 และ 10 แห่ง พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้กำหนดให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเจรจากับรัฐบาลกลาง รัฐบาลท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ ตลอดจนสำนักงานประกันสังคม เพื่อที่จะขยายสิทธิในการได้รับการรักษาพยาบาลภายใต้กฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อย่างไรก็ดี เนื่องจากประเด็นเรื่องการควมรวมกองทุนประกันสุขภาพนั้นเป็นประเด็นในระดับนโยบายของประเทศ จึงต้องการความชัดเจนของนโยบายจากฝ่ายการเมืองว่า ควรจะมีการควมรวมกองทุนหรือไม่ และวิธีการ ขั้นตอน ตลอดจนเงื่อนไขต่างๆ ในการควมรวมจะเป็นอย่างไร เช่น จำเป็นต้องมีการกำหนดสิทธิประโยชน์ที่เท่าเทียมกันทั้ง 3 กองทุนหรือไม่ การบริหารจัดการเงินกองทุนจะดำเนินการอย่างไร เป็นต้น เนื่องจากทั้งสามกองทุนต่างถือกฎหมายคนละฉบับจึงยากที่จะคาดหวังว่าจะ “สมัครใจ” ที่จะควมรวมกันเองได้โดยปราศจากแรงผลักดันจากระดับนโยบาย แต่ที่ผ่านมา มีการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองบ่อยครั้ง ทำให้การดำเนินการเพื่อบูรณาการการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศขาดความต่อเนื่องและไร้ทิศทาง





บทที่ 3

เจาะลึกกลไกคณะกรรมการ กำหนดระบบบริหารยาฯ

เจาะลึกกลไกคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา

ในบทนี้จะกล่าวถึงรายละเอียดของกลไกการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ เกี่ยวกับสถานะการดำเนินงานหรือมาตรการของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ

คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัยและค่าบริการทางการแพทย์ มีการประชุม ครั้งที่ 1/2555 เมื่อวันที่ 6 มิถุนายน พ.ศ. 2555 มีมติเห็นชอบในการกำหนดมาตรการเกี่ยวกับระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัยและค่าบริการทางการแพทย์ รวมทั้งมอบหมายหน่วยงานเพื่อรับผิดชอบมาตรการที่ได้กำหนดขึ้นแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

- 3.1) การควบคุมกำกับการใช้ยาให้เป็นไปอย่างเหมาะสมและคุ้มค่าในระบบประกันสุขภาพ
- 3.2) การพัฒนาปัญญาและรหัสยามาตรฐานเพื่อสนับสนุนการบริหารเวชภัณฑ์
- 3.3) การปรับอัตราการจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมให้เป็นเอกภาพระหว่างกองทุน

3.1) การควบคุมกำกับการใช้ยาให้เป็นไปอย่างเหมาะสมและคุ้มค่าในระบบประกันสุขภาพ

สถานการณ์	จากสถานการณ์การใช้ยาในประเทศไทยมีมูลค่าเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2551 มูลค่าการใช้ยาสูงถึง 1.5 แสนล้านบาทในราคาขายส่ง หรือประมาณ 2.7 แสนล้านบาทในราคาท้องตลาด ซึ่งมูลค่าการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติสูงถึงร้อยละ 65 ของมูลค่าการใช้ยาทั้งหมด นอกจากนี้ ค่าใช้จ่ายค่ายาส่วนใหญ่มาจากยาที่นำเข้า ทำให้เกิดการสูญเสียรายได้ของประเทศ ดังนั้น การควบคุมและกำกับการใช้ยาในระบบสุขภาพจำเป็นต้องมีมาตรการที่รอบด้าน เพื่อควบคุมปริมาณยา ชนิดของยา รวมทั้งอัตราการเบิกจ่ายค่ายา
มาตรการ	คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ได้กำหนดมาตรการควบคุมและกำกับการใช้ยาทั้งระยะสั้นและระยะยาว มาตรการในระยะยาวนั้นจำเป็นต้องมีรูปแบบการเบิกจ่ายแบบปลายปิด และตกลงราคาล่วงหน้า (รายครั้ง/รายคน) ในปัจจุบันระบบประกันสังคมและระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใช้รูปแบบดังกล่าวในการเบิกจ่ายค่ายา แต่ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการยังคงใช้รูปแบบการเบิกจ่ายตามจริง ดังนั้น จึงต้องพัฒนารูปแบบการเบิกจ่ายยาของระบบสวัสดิการข้าราชการให้สอดคล้องกับทั้ง 2 ระบบ เพื่อให้ระบบการเบิกจ่ายยามีมาตรฐานเดียวกัน ในส่วนของมาตรการการควบคุมกำกับการใช้ยาในระยะสั้นนั้น คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ได้กำหนดแนวทางในการดำเนินงานดังต่อไปนี้ 1) กำหนดให้มีกลไกกลางในการเจรจาต่อรองราคายาที่มีราคาแพง โดยเฉพาะรายการยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีราคาแพง และมีผู้จำหน่ายรายเดียว 2) ควบคุมการกำกับการเบิกจ่ายค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ และยาต้นแบบในระบบประกันสุขภาพ ได้แก่ การกำหนดเป้าหมายการลดค่าใช้จ่าย การกำหนดอัตราอ้างอิง การเบิกจ่ายยากลุ่มเป้าหมาย การปรับโครงสร้างชดเชยค่ายาและค่าบริการ ระบบสารสนเทศข้อมูลการเบิกจ่ายและการส่งจ่ายยา 3) ส่งเสริมการใช้ยาในบัญชียาหลักและยาชื่อสามัญ ได้แก่ การกำหนดเป้าหมายการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ/ยาชื่อสามัญ การมีระบบประกันคุณภาพยา ชื่อสามัญที่มีจำหน่ายในท้องตลาด การสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ประชาชน 4) กำหนดแนวเวชปฏิบัติและข้อบ่งชี้การใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติในยากลุ่มเป้าหมายที่มีมูลค่าการใช้จ่ายสูง รวมถึงข้อบ่งชี้การตรวจวินิจฉัยโรคและการรักษาด้วยเทคโนโลยีราคาแพง 5) กำหนดกลไกกลางในการตรวจสอบการเบิกจ่ายและการจ่ายยา ทั้งนี้ มาตรการดังกล่าวคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ได้มีการมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปดำเนินการ เช่น ศูนย์พัฒนาโรคร่วมไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กรมการแพทย์ องค์การเภสัชกรรม เป็นต้น เพื่อนำไปสู่แนวทางในการปฏิบัติสำหรับหน่วยบริการต่อไป

3.2) การพัฒนาบัญชียาและรหัสยามาตรฐานเพื่อสนับสนุนการบริหารเวชภัณฑ์

สถานการณ์	สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลที่สูงขึ้น ส่วนหนึ่งเกิดจากการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสม มีการเบิกจ่ายยาอย่างฟุ่มเฟือยเกินความจำเป็น แต่รัฐยังไม่มีกลไกในการกำกับ ติดตาม และตรวจสอบที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากยังไม่มีบัญชีข้อมูลยา และรหัสยามาตรฐานที่จะสามารถนำมาอ้างอิงเพื่อใช้ในการติดตามและตรวจสอบ ที่ผ่านมามีเพียงบัญชีและรหัสมาตรฐานยา 24 หลัก¹⁴ และระบบมาตรฐานรหัสยา GS1¹⁵ ที่มีการนำมาใช้ หากแต่ยังขาดความสมบูรณ์ที่สามารถนำมาใช้กับระบบบริหารยาและเวชภัณฑ์ และการเบิกจ่ายของระบบประกันสุขภาพ เนื่องจากบัญชียาขาดข้อมูลสำคัญ เช่น ขนาดบรรจุ ขนาดที่ใช้ เป็นต้น โครงสร้างรหัสยามีข้อจำกัดและไม่ยืดหยุ่นพอสำหรับการนำไปใช้เบิกจ่ายยา และยังขาดระบบบำรุงรักษาบัญชียา
มาตรการ	เพื่อให้จะมีการติดตามและตรวจสอบการเบิกจ่ายค่ายาอย่างมีประสิทธิภาพ คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ จึงมีนโยบายให้มีการพัฒนาบัญชียาและรหัสมาตรฐานยา โดยมอบหมายให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) เป็นแกนในการพัฒนาร่วมกับศูนย์พัฒนามาตรฐานระบบข้อมูลสุขภาพไทย (คมส.) โดยให้ดำเนินการ ดังนี้ 1) พัฒนาต่อยอดบัญชียาในบัญชียาหลักแห่งชาติและรหัสยามาตรฐาน 24 หลักให้ครอบคลุม ทั้งในส่วนของรายการยา และรายละเอียดในรายการยา ให้เพียงพอกับระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายในระดับรายการยา (drug item) 2) พัฒนาออกแบบโครงสร้างรหัสยามาตรฐานใหม่ที่สามารถใช้งานได้หลายระบบงานโดยสอดคล้องกับมาตรฐานสากล 3) ศึกษากลไกกลางที่ทำหน้าที่พัฒนาบำรุงรักษา และบริการข้อมูลบัญชีและรหัสยามาตรฐานให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระบบบริการสุขภาพและประชาชน

¹⁴มาตรฐานรหัสยา 24 หลัก เป็นบัญชีข้อมูลและรหัสยาพัฒนาโดยกระทรวงสาธารณสุข

¹⁵มาตรฐานรหัส GS1 เป็นระบบรหัสสินค้าและบริการที่พัฒนาเพื่อใช้กับระบบโลจิสติกส์ และใช้ได้กับสินค้าทุกชนิด มีความเป็นสากล และมาตรฐานระบบ GS1 เป็นระบบรหัสในกลุ่ม Healthcare Logistics Cluster มหาวิทยาลัยมหิดล ศึกษาและพัฒนาระบบโลจิสติกส์ทางการแพทย์ (Healthcare logistics) เสนอให้มีการนำมาใช้ในประเทศไทย

3.3) การปรับอัตราการจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมให้เป็นเอกภาพระหว่างกองทุน

สถานการณ์	ระบบประกันสุขภาพแต่ละระบบ มีการคำนวณต้นทุนและกำหนดอัตราการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในแยกตามประเภทของโรคที่รักษาแตกต่างกัน ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการใช้วิธีตกลงราคาล่วงหน้าในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่โรงพยาบาล โดยใช้วิธีการเบิกจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG)¹⁶ โดยอัตราที่เบิกจ่ายของแต่ละกลุ่มโรคนั้นจะคำนวณตามอัตราฐานคูณด้วยค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW)¹⁷ ซึ่งสะท้อนความรุนแรงของโรคในกลุ่มโรคนั้นๆ ทั้งนี้ อัตราการเบิกจ่ายดังกล่าวแตกต่างกันในแต่ละสถานพยาบาลเนื่องจากวิธีการรักษาพยาบาลสำหรับกองทุนประกันสุขภาพอีกสองระบบ คือ ระบบประกันสังคม และระบบประกันสุขภาพแห่งชาติแม้จะใช้วิธีการ “เหมาจ่ายรายหัว” ในการจัดสรรงบประมาณให้แก่สถานพยาบาลแต่ละแห่ง แต่ก็มีการจ่ายเงินเพิ่มในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน ในรูปแบบของการจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมสำหรับโรคร้ายแรงหรือเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูงเป็นพิเศษ ซึ่งอัตราการจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของสองกองทุนนี้จะเท่ากันทุกโรงพยาบาลสำหรับการรักษาในกลุ่มโรคเดียวกัน แต่อัตราการจ่ายของระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับราคาคำนวณต้นทุนในการรักษาของแต่ละกองทุน
มาตรการ	ดังนั้น เพื่อให้อัตราการจ่ายเงินของกองทุนสุขภาพทุกกองทุนมีมาตรฐานเดียวกัน คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ได้กำหนดนโยบายในการปรับอัตราการจ่ายเงินตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมให้เป็นเอกภาพระหว่างกองทุน โดยมีการตั้งคณะทำงานเพื่อปรับปรุงกลไกการจ่ายเงินด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ให้ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน และมีคณะกรรมการของแต่ละกองทุนประกันสุขภาพ นักวิชาการ ราชวิทยาลัย รวมถึงสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อพิจารณาแนวทางในการจ่ายเงิน และให้กำหนดราคาการจ่ายเงินโดยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของทุกกองทุนเป็นรูปแบบเดียวกัน นอกจากนี้คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ยังได้มีมาตรการกำกับดูแลค่าใช้จ่ายด้านยาของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเป็นการเฉพาะอีกด้วย ซึ่งได้มอบหมายให้กรมบัญชีกลางดำเนินการ จากข้อมูลของกรมบัญชีกลาง พบว่า ปัจจัยหลักที่ทำให้ค่ารักษายาบาลเพิ่มสูงขึ้นมี 3 ประการได้แก่¹⁸ 1) กลุ่มข้าราชการสูงอายุเพิ่มมากขึ้น และบิดามารดาสูงอายุเพิ่มมากขึ้น 2) ราคายาสูงขึ้น โดยเฉพาะยาที่เป็นต้นแบบ 3) การเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังมีจำนวนมากขึ้น ทั้งนี้ ยังพบว่าการส่งจ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติในกลุ่มผู้ป่วยนอกของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายสูงถึงร้อยละ 65 ของค่าใช้จ่ายยาโดยรวม กลุ่มยาที่มีการเบิกจ่ายมูลค่าสูง มี 9 กลุ่ม ส่วนใหญ่เป็นยาที่มีผู้จำหน่ายรายเดียว จึงมีราคายาค่อนข้างสูง ดังนั้น คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ จึงให้กรมบัญชีกลางดำเนินการกำกับดูแลค่าใช้จ่ายด้านยาดังกล่าวให้เป็นไปอย่างเหมาะสม

¹⁶DRG มาจากคำว่า Diagnostic related group หรือกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม คือระบบการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยในอย่างหนึ่ง (Patient Classification System) ที่อาศัยข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลัก โรคร่วม และภาวะแทรกซ้อนไม่มากนัก มาจัดกลุ่มผู้ป่วยเพื่อบอกว่า ผู้ป่วยในกลุ่มเดียวกันจะใช้เวลานานในโรงพยาบาลใกล้เคียงกัน และสิ้นเปลืองค่ารักษาหรือทรัพยากรใกล้เคียงกัน

¹⁷RW มาจากคำว่า Relative Weight หรือน้ำหนักสัมพัทธ์ หมายถึง ค่าเฉลี่ยของการใช้ทรัพยากรในการรักษาผู้ป่วยตาม DRG ซึ่งเป็นการเทียบกับต้นทุนเฉลี่ยของการรักษาผู้ป่วยทั้งหมด

¹⁸อ้างอิงจากรายงานการประชุมของคณะกรรมการเจรจาต่อรองราคาและเวชภัณฑ์ ครั้งที่ 1/2555

ทั้งนี้ ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติในกลุ่มผู้ป่วยนอกของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ที่มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายสูงถึงร้อยละ 65 ของค่าใช้จ่ายยาโดยรวม คือ กลุ่มยาที่มีการเบิกจ่ายมูลค่าสูง มี 9 กลุ่ม ได้แก่

- 1) กลุ่มยาลดการเป็นแผลและเลือดออกในกระเพาะอาหาร
- 2) กลุ่มยาด้านอวัยวะที่มีไซโตไคน์
- 3) กลุ่มยาลดไขมันในเลือด
- 4) กลุ่มยาเบื้องต้นในการรักษาความดันโลหิตสูงและภาวะหัวใจล้มเหลวแบบเลือดคั่ง
- 5) กลุ่มยาลดความดันโลหิตสูง
- 6) กลุ่มยาป้องกันการเกาะตัวของเกล็ดเลือด
- 7) ยาลดอาการข้อเข่าเสื่อม
- 8) ยาป้องกันโรคกระดูกพรุน
- 9) กลุ่มยารักษาโรคเมเร็ง

จากการวิเคราะห์ชุดนโยบายข้างต้นอาจกล่าวได้ว่า คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ให้ความสำคัญในเรื่องของการกำกับและควบคุมการใช้ยา โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการใช้ยาในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ซึ่งแตกต่างจากกรอบนโยบายของคณะกรรมการคพคส. ที่มองภาพกว้างในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ ไม่ได้เน้นเฉพาะการจัดการด้านการเงินการคลัง แต่มองภาพของการบูรณาการกองทุนสุขภาพของประเทศ เช่น การอภิบาลระบบประกันสุขภาพ เป็นต้น หากแต่มาตรการของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ อาจมีรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจนและสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้มากกว่านโยบายของคณะกรรมการคพคส. เนื่องจากมาตรการที่คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ กำหนดขึ้นมานั้นมีใช้มาตรการใหม่ หากแต่เป็นมาตรการที่หน่วยงานต่างๆ ดำเนินการอยู่แล้ว เพียงแต่ตั้งเรื่องและบุคลากรที่เกี่ยวข้องเข้ามาอยู่ภายใต้คณะกรรมการฯ เท่านั้น เพื่อที่จะกำกับ ติดตาม และตรวจสอบความคืบหน้าได้อย่างเป็นระบบ ดังที่ได้กล่าวมาแล้วก่อนหน้านี้





บทที่ 4

ผลการดำเนินงานตามมาตรการ
ของคณะกรรมการพัฒนาระบบบริหารยาฯ

ผลการดำเนินงานตามมาตรการของคณะกรรมการพัฒนาระบบบริหารยาฯ

คณะนักวิจัยได้ทำการรวบรวมสรุปรายงานการประชุมคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ¹⁹ ที่มีการประชุมไปทั้งหมด 10 ครั้ง ดังตารางที่ 2 สังเกตได้ว่า ในปีแรกที่มีการแต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ได้มีการตื่นตัวในการดำเนินการ โดยมีการประชุมเพื่อติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานทุกเดือน และประธานกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ มีการเข้าร่วมประชุมในทุกครั้ง ซึ่งแสดงให้เห็นว่า รัฐบาลนี้ให้ความสำคัญกับมาตรการในการควบคุมค่าใช้จ่ายเป็นอย่างมาก อย่างไรก็ตาม การประชุมติดตามความก้าวหน้าทุกระยะนั้น เป็นการกระตุ้นให้คณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลให้มาตรการหรือนโยบายในการพัฒนาระบบประกันสุขภาพของประเทศมีความชัดเจนมากขึ้น

ตารางที่ 2 การประชุมของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ

การประชุมครั้งที่	กำหนดการ	ประธานการประชุม	วาระการประชุม
1	6 มิถุนายน พ.ศ. 2555	นายวิทยา บุรณศิริ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข	1. แจ้งบทบาทอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการ 2. กำหนดมาตรการในการดำเนินงาน
2	13 กรกฎาคม พ.ศ. 2555	นายวิทยา บุรณศิริ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข	1. แจ้งคำสั่งแต่งตั้งคณะอนุกรรมการฯ 6 คณะ 2. แก้ไข/เพิ่มเติมมาตรการในการดำเนินงาน 3. นำเสนอแผนปฏิบัติการของคณะ อนุกรรมการทั้ง 6 คณะ และรายงานความ คืบหน้าในการดำเนินงาน
3	15 สิงหาคม พ.ศ. 2555	นายวิทยา บุรณศิริ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข	1. รายงานความคืบหน้าการดำเนินการของ คณะอนุกรรมการ
4	11 กันยายน พ.ศ. 2555	นายวิทยา บุรณศิริ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข	1. รายงานความคืบหน้าการดำเนินการของ คณะอนุกรรมการ 2. เพิ่มหน้าที่คณะกรรมการกำหนดระบบ บริหารยาฯ
5	10 ตุลาคม พ.ศ. 2555	นายวิทยา บุรณศิริ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข	1. ประสานแจ้งให้คณะอนุกรรมการทุกชุด กำหนดเป้าหมายการดำเนินงานให้ชัดเจน 2. รายงานความคืบหน้าการดำเนินการของ คณะอนุกรรมการ
6	19 พฤศจิกายน พ.ศ. 2555	นายแพทย์ประดิษฐ สินธวณรงค์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข	1. รายงานความคืบหน้าการดำเนินการของ คณะอนุกรรมการ
7	17 ธันวาคม พ.ศ. 2555	นายแพทย์ประดิษฐ สินธวณรงค์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข	1. สรุปผลการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการ ชุดต่างๆ ในรอบครึ่งปีที่ผ่านมา 2. รายงานความคืบหน้าการดำเนินการของ คณะอนุกรรมการ และกรมบัญชีกลาง

¹⁹ สรุปรายงานการประชุมคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ

ตารางที่ 2 การประชุมของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ (ต่อ)

การประชุมครั้งที่	กำหนดการ	ประธานการประชุม	วาระการประชุม
8	2 เมษายน พ.ศ. 2556	นายแพทย์ประดิษฐ สินธวณรงค์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข	1. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการระบบข้อมูล การบริการทางการแพทย์ 2. รายงานความคืบหน้าการดำเนินการของ คณะกรรมการ และกรมบัญชีกลาง
9	27 พฤษภาคม พ.ศ. 2556	นายแพทย์ประดิษฐ สินธวณรงค์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข	1. รายงานความคืบหน้าการดำเนินการของ คณะกรรมการ และกรมบัญชีกลาง 2. ความก้าวหน้าการดำเนินการควบคุมการใช้ ยา สถานพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม
10	30 ตุลาคม พ.ศ. 2556	นายแพทย์ประดิษฐ สินธวณรงค์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข	1. เสนอสถานการณ์การเบิกจ่ายค่ายผู้ป่วย นอกของระบบสวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ 2. รายงานความคืบหน้าการดำเนินงานของ คณะกรรมการ และกรมบัญชีกลาง

ที่มา : จากการรวบรวมของคณะผู้วิจัย

ทั้งนี้ คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่มา
ดำเนินการตามมาตรการดังกล่าวทั้งหมด 7 คณะ คือ

- 1) คณะอนุกรรมการเจรจาต่อรองราคาและเวชภัณฑ์
- 2) คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ และยาชื่อสามัญ
- 3) คณะอนุกรรมการกำหนดแนวเวชปฏิบัติ ข้อบ่งชี้การใช้ยา การตรวจวินิจฉัยโรคและ
การรักษายาบาล
- 4) คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษายาบาลและการเบิกจ่าย
- 5) คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาและรหัสยามาตรฐาน เพื่อสนับสนุนการบริหาร
เวชภัณฑ์
- 6) คณะอนุกรรมการปรับปรุงกลไกการจ่ายเงินโดยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม
- 7) คณะอนุกรรมการระบบข้อมูลบริการทางการแพทย์

ดังนั้น นอกจากการติดตามผลการดำเนินงานจากสรุปรายงานการประชุมดังกล่าวแล้ว
คณะผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์อนุกรรมการที่แต่งตั้งขึ้นภายใต้คณะกรรมการ
กำหนดระบบบริหารยาฯ พบว่ามีกรอบการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการและความก้าวหน้า
ในการดำเนินการของคณะอนุกรรมการทั้ง 7 คณะ ที่น่าสนใจอย่างยิ่ง ดังนี้

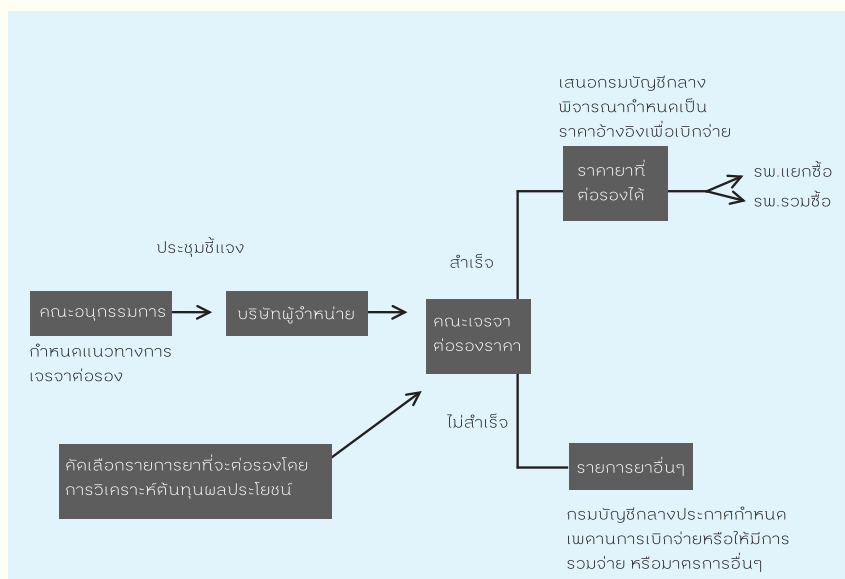
4.1 คณะอนุกรรมการเจรจาต่อรองราคายาและเวชภัณฑ์

4.1.1) เจรจาต่อรองราคายาที่มีราคาแพง 271 รายการ

จากนโยบายที่ต้องการควบคุมค่ากับการใช้ยาให้เป็นไปอย่างเหมาะสมและคุ้มค่านั้น คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ได้กำหนดให้มีกลไกกลางในการเจรจาต่อรองราคายาที่มีราคาแพง โดยเฉพาะยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ และยาที่มีผู้จำหน่ายรายเดียว เพื่อลดค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โดยแต่งตั้งคณะอนุกรรมการเจรจาและเวชภัณฑ์ เพื่อทำหน้าที่เจรจาต่อรองราคาและให้กรมบัญชีกลางนำราคาที่ได้จากการเจรจาไปกำหนดหลักเกณฑ์เป็นราคากลางในการเบิกจ่ายค่ายาต่อไป

ในช่วงแรกของการดำเนินการได้มีการวางแผนงานในการเจรจาต่อรอง (แสดงตามรูปที่ 2) โดยกำหนดยากลุ่มเป้าหมายที่มีมูลค่าการใช้สูงของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และพิจารณาคัดเลือกรายการยาที่ต้องมีการเจรจาต่อรองราคาโดยเรียงตามลำดับความสำคัญตามมูลค่าการใช้ นอกจากนี้ คณะอนุกรรมการเจรจาต่อรองราคาฯ ได้ประเมินมูลค่าการใช้ยาระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2554 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2555 จากโรงพยาบาล 31 แห่ง พบว่า ต้นทุนการซื้อยาของโรงพยาบาล 31 แห่ง มีมูลค่ารวมกันสูงถึง 4.6 พันล้านบาท ทั้งนี้ คณะอนุกรรมการฯ ได้ประมาณการต้นทุนยาที่สามารถประหยัดได้จากการเจรจาต่อรองสูงถึง 694 - 1,868 ล้านบาทต่อปีหากสามารถเจรจาต่อรองให้ราคายาลดลงได้ร้อยละ 15 ถึงร้อยละ 40 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

รูปที่ 2 แนวทางการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการเจรจาต่อรองราคายาฯ



ที่มา : รายงานการประชุมคณะอนุกรรมการเจรจาต่อรองราคาและเวชภัณฑ์ ครั้งที่ 1/2555 วันพุธที่ 11 กรกฎาคม พ.ศ. 2555

จากกรอบในการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการเจรจาต่อรองราคาฯ และเวชภัณฑ์ตามรูปที่ 2 นั้น ในระยะแรกของการดำเนินงาน คณะอนุกรรมการเจรจาต่อรองราคาฯ ได้มีการคัดเลือกรายการยาที่จะต่อรอง โดยการวิเคราะห์ต้นทุนจากการใช้ยาของโรงพยาบาล 31 แห่ง จากนั้นได้มีการนัดหมายบริษัทผู้จำหน่ายยาดังกล่าว เพื่อมารับฟังข้อเสนอในการเจรจา โดยมีการวางเป้าหมายสำหรับการเจรจา 2 แนวทาง คือ 1) หากการเจรจาสำเร็จ ราคาที่ต่อรองได้จะเสนอต่อกรมบัญชีกลางให้พิจารณากำหนดเป็นราคาอ้างอิงเพื่อเบิกจ่าย ซึ่งอาจให้โรงพยาบาลในหน่วยบริการแยกซื้อยาตามราคาที่ได้มีการประกาศ หรืออาจมีการรวมกันซื้อและให้องค์การเภสัชกรรมเป็นผู้รับผิดชอบ และ 2) หากการเจรจาไม่สำเร็จ จะเสนอให้กรมบัญชีกลางประกาศกำหนดราคาเพดานการเบิกจ่าย หรือให้มีการร่วมจ่ายจากผู้ให้บริการ ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาแสดงว่า ได้มีการต่อรองราคาฯ จำนวนทั้งสิ้น 271 รายการ

ตารางที่ 3 ประมาณการต้นทุนที่จะสามารถประหยัดได้

ร้อยละของราคาฯ ที่ลดลง	ต้นทุนยาที่ประหยัดได้ (บาท)
ต้นทุนยา (31 โรงพยาบาล)	4,632,334,838.48
15	694,850,225.92
20	926,466,967.90
25	1,158,083,709.87
30	1,389,700,451.84
35	1,635,317,193.80
40	1,868,934,935.80

ที่มา : รายงานการประชุมคณะอนุกรรมการเจรจาต่อรองราคาฯ และเวชภัณฑ์ ครั้งที่ 1/2555

4.1.2) จัดทำข้อเสนอราคากลางให้แก่คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ และจัดทำราคาอ้างอิงในการจัดซื้อยาให้แก่ รพ.ทั่วประเทศ

คณะอนุกรรมการฯ ได้จัดส่งรายการยาและราคาที่ได้มีการเจรจาต่อรองแล้วจำนวน 774 รายการ (ซึ่งรวมรายการยาที่คณะทำงานเจรจาต่อรองราคาสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้มีการเจรจาต่อรองมาแล้วตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553) ให้กรมบัญชีกลางพิจารณา เพื่อออกประกาศกำหนดราคาอ้างอิงในการเบิกจ่ายตามความเหมาะสม อย่างไรก็ตาม การประกาศหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายยาจากกรมบัญชีกลางนั้น ต้องอ้างอิงการเบิกจ่ายตามราคากลางที่ประกาศจากคณะอนุกรรมการกำหนดราคากลางซึ่งอยู่ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ดังนั้น กรมบัญชีกลางจึงจำเป็นต้องส่งราคาที่ได้รับจากคณะอนุกรรมการเจรจาต่อรองราคาฯ ภายใต้คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ให้คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติพิจารณาก่อน จึงทำให้เกิดความล่าช้าในการประกาศราคากลาง คณะอนุกรรมการเจรจาต่อรองราคาฯ จึงได้จัดทำหนังสือ

แจ้งเวียนราคายาที่ต่อรองได้ จำนวน 271 รายการ ให้โรงพยาบาลต่างๆ ทราบ เพื่อใช้เป็นราคาอ้างอิงในการจัดซื้อยาในระหว่างที่รอกกรมบัญชีกลางประกาศเป็นราคาอ้างอิงเพื่อการเบิกจ่าย

4.1.3) กำหนดราคาอ้างอิงเพื่อการเบิกจ่ายยากฎโคซามีนให้แก่กรมบัญชีกลาง

คณะกรรมการการเจรจาต่อรองราคาและเวชภัณฑ์ยังได้กำหนดราคาอ้างอิงเพื่อการเบิกจ่ายยากฎโคซามีนให้แก่กรมบัญชีกลาง แต่การสั่งใช้ยากฎโคซามีนนั้นให้เป็นไปตามแนวทางที่ราชวิทยาลัยกำหนด และคณะกรรมการการเจรจาต่อรองราคายากำลังอยู่ระหว่างการพิจารณา กลุ่มยาเป้าหมายที่จะดำเนินการต่อรองราคาต่อไป โดยเฉพาะกลุ่มยามะเร็ง

4.1.4) กระตุ้นให้เกิดการจัดซื้อยารวมประหยัดค่ายากว่า 100 ล้านบาท

ผลพวงจากการเสนอแนะและประชุมร่วมกัน ทำให้กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินการจัดซื้อยารวมในระดับเขตสุขภาพไปแล้วจำนวน 6 เขต และอยู่ระหว่างดำเนินการให้ครบทุกเขต ซึ่งคาดว่าจะช่วยประหยัดงบประมาณสำหรับการจัดซื้อลงได้ 113 ล้านบาท สำหรับการจัดซื้อยาที่มีมูลค่าการใช้สูงซึ่งองค์การเภสัชกรรมเป็นผู้รับผิดชอบนั้น ได้มีการขึ้นทะเบียนนำเข้ายา generic ไปแล้วจำนวน 3 รายการ เพื่อนำมาจำหน่ายให้โรงพยาบาลทุกแห่ง หากโรงพยาบาลดำเนินการจัดซื้อยาจากองค์การเภสัชกรรม คาดว่าจะช่วยประหยัดงบประมาณในการจัดซื้อได้จำนวน 238 ล้านบาท

4.2 คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ และยาชื่อสามัญ

มาตรการในการควบคุมกำกับการใช้ยาให้เป็นไปอย่างเหมาะสมและคุ้มค่าในระบบประกันสุขภาพนั้น นอกจากจะกำหนดให้มีกลไกในการเจรจาต่อรองราคาที่มีราคาแพง โดยเฉพาะยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติแล้ว ยังกำหนดให้มีมาตรการในการส่งเสริมการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติและยาชื่อสามัญ โดยกำหนดเป้าหมายการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ยาชื่อสามัญ และให้มีระบบการประกันคุณภาพยาเพื่อสร้างความมั่นใจในการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ รวมถึงการสร้างความรู้ความเข้าใจให้แก่ประชาชนเกี่ยวกับยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ จากการวิเคราะห์ของนักวิจัยมองว่าหากมีสัดส่วนการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติเพิ่มสูงขึ้น จะทำให้สัดส่วนการใช้ยานอกบัญชียาหลักลดลง และส่งผลให้ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับยาลดลงด้วย คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ จึงได้มีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติและยาชื่อสามัญขึ้น เพื่อดำเนินการตามมาตรการดังกล่าว ผลการดำเนินของคณะอนุกรรมการชุดนี้ได้ส่งผลดีต่อหลายด้าน เช่น

4.2.1) จัดทำแผนการส่งเสริมการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ และยาชื่อสามัญ

คณะอนุกรรมการชุดนี้ได้จัดทำแผนการส่งเสริมการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติและยาชื่อสามัญซึ่งได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารระบบยาฯ แผนดังกล่าวประกอบด้วยแผนงานของกระทรวงสาธารณสุข แผนงานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และแผนงาน

ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ออกมาตรการนำร่องเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารเวชภัณฑ์ของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีการกำหนดสัดส่วนการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ต่อสัดส่วนการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งกำหนดให้โรงพยาบาลศูนย์ต้องมีสัดส่วน 70:30 โรงพยาบาลทั่วไปมีสัดส่วน 80:20 และโรงพยาบาลชุมชนมีสัดส่วน 90:10

4.2.2) เสนอแนบนโยบาย One Generic One Brand และนโยบาย Generics Substitution

มอบนโยบายให้เขตและจังหวัดพิจารณาดำเนินการนโยบาย One Generic One Brand และนโยบาย Generics Substitution โดยพิจารณาตามสภาพปัญหาและความเหมาะสม อีกทั้งกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับกรมบัญชีกลาง และกระทรวงการคลัง ยังได้กำหนดมาตรการจูงใจในการใช้ยาสามัญโดยมีการกำหนดอัตราการเบิกจ่ายของยาสามัญเพิ่มขึ้นอีกด้วย

4.2.3) เกิดการพัฒนาบัญชียาหลักให้เป็นปัจจุบัน ทั้งแผนปัจจุบันและยาจากสมุนไพร

ในขณะที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้ดำเนินการตามแผนส่งเสริมการใช้ยาชื่อสามัญและยาในบัญชียาหลัก โดยได้พัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติให้เป็นปัจจุบัน ซึ่งประกอบด้วย บัญชียาสำหรับโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุข จำนวน 676 รายการ และบัญชียาจากสมุนไพร จำนวน 74 รายการ ซึ่งได้มีการประกาศใช้อย่างเป็นทางการจากคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่องบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2556 เมื่อวันที่ 7 สิงหาคม พ.ศ. 2556 นอกจากนี้ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยายังส่งเสริมให้มีการผลิตและใช้ยาสามัญใหม่ทดแทนยาต้นแบบเพิ่มขึ้น โดยมีการอนุญาตทะเบียนต้นตำรับยาสามัญใหม่เพิ่มไป จำนวน 109 รายการ

4.2.4) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ร่วมส่งเสริมการใช้ยาชื่อสามัญและยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ได้เริ่มดำเนินการส่งเสริมการใช้ยาชื่อสามัญและยาในบัญชียาหลักโดยจัดทำโครงการประกันคุณภาพยา ที่กรมบัญชีกลางประกาศควบคุมค่าใช้จ่ายในปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 ทั้งยังดำเนินการประกันคุณภาพยาที่เก็บตัวอย่างจากร้านยา โดยเริ่มตรวจวิเคราะห์ยา 2 รายการ คือ Paracetamol และ Atorvastatin รวมทั้งดำเนินการประกันคุณภาพยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีมูลค่าการใช้สูงที่มียาชื่อสามัญจำหน่ายแล้ว โดยคัดเลือกรายการยาร่วมกับโรงพยาบาลในเครือข่ายกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย

4.3 คณะอนุกรรมการกำหนดแนวเวชปฏิบัติ ข้อบ่งชี้การใช้ยา การตรวจวินิจฉัยโรคและการรักษาพยาบาล

4.3.1) กำหนดให้มีการจัดทำแนวเวชปฏิบัติและข้อบ่งชี้การใช้นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ การตรวจวินิจฉัยโรคและการรักษาด้วยเทคโนโลยีที่มีราคาสูง รวม 4 ฉบับ

เนื่องจกามาตรการที่เป็นการจำกัดการใช้นอกบัญชียาหลักแห่งชาติอาจต้องเผชิญกับกระแสดต่อต้านจากกลุ่มข้าราชการที่เห็นว่า มาตรการดังกล่าวเป็นการลิดรอนสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลอันพึงมีของตน ดังนั้น คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ จึงจำเป็นต้องมีมาตรการอื่นในการดำเนินการเพื่อควบคุมการใช้จ่ายกลุ่มเป้าหมาย โดยอนุญาตให้มีการเบิกจ่ายได้ แต่ต้องเป็นไปตามแนวเวชปฏิบัติ และข้อบ่งชี้การใช้ยา ด้วยเหตุผลดังกล่าว คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ จึงกำหนดให้มีการจัดทำแนวเวชปฏิบัติและข้อบ่งชี้การใช้นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ การตรวจวินิจฉัยโรคและการรักษาด้วยเทคโนโลยีที่มีราคาสูง จึงได้มีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการเพื่อกำหนดดำเนินการ ซึ่งได้มีการจัดทำแนวเวชปฏิบัติและข้อบ่งชี้ทั้งหมด 4 ฉบับ คือ

- (1) แนวเวชปฏิบัติและข้อบ่งชี้ด้านด้านรังสีรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูง
- (2) แนวเวชปฏิบัติและข้อบ่งชี้ด้านศัลยกรรมที่มีค่าใช้จ่ายสูง
- (3) แนวเวชปฏิบัติและข้อบ่งชี้ด้านรังสีวินิจฉัยที่มีค่าใช้จ่ายสูง
- (4) แนวเวชปฏิบัติและข้อบ่งชี้ด้านการใช้ยาในกลุ่มยาที่มีราคาแพง

สำหรับแนวเวชปฏิบัติและข้อบ่งชี้ทั้ง 4 ด้านที่ได้มีการจัดทำแล้วนั้น กำลังอยู่ในระหว่างการจัดทำประชาพิจารณ์เพื่อพิจารณาความครอบคลุม และความเหมาะสมจากข้อมูลการเบิกจ่ายค่ายาในสถานบริการ

ในการจัดทำประชาพิจารณ์นั้น ประชากรกลุ่มเป้าหมายเป็นสถานบริการสุขภาพในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาลจำนวน 168 แห่ง จัดส่งเอกสารจำนวน 3 เล่ม คือ คำแนะนำข้อบ่งชี้การใช้ยากลุ่มยาที่มีราคาแพง บัญชีรายการศัลยกรรมที่มีค่าใช้จ่ายสูง และคำแนะนำข้อบ่งชี้ด้านรังสีวินิจฉัยที่มีค่าใช้จ่ายสูง ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่ 2 เป็นสถานพยาบาลจำนวน 168 แห่งเช่นเดียวกัน แต่มีการจัดส่งเอกสารเพียง 1 เล่ม คือ คำแนะนำข้อบ่งชี้ด้านรังสีรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูง

4.4 คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษาพยาบาลและการเบิกจ่าย

4.4.1) พัฒนาระบบตรวจสอบการรักษาพยาบาลภายใต้ 3 กองทุน

คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ กำหนดให้มีกลไกกลางในการตรวจสอบการเบิกจ่ายและการจ่ายยา เพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และได้ตั้งคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการรักษาพยาบาลและการเบิกจ่ายขึ้น โดยมีเลขาธิการสำนักงานหลักประกัน

สุขภาพแห่งชาติเป็นประธาน คณะอนุกรรมการดังกล่าวมีอำนาจหน้าที่ในการพัฒนาระบบและแนวทางการตรวจสอบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่เป็นมาตรฐานสำหรับทุกกองทุน รวมทั้งพัฒนาระบบและแนวทางการตรวจสอบการรักษาพยาบาล การตรวจวินิจฉัยและการใช้ยาในระบบประกันสุขภาพให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

ในระยะแรกของการดำเนินการคณะอนุกรรมการ ได้กำหนดกรอบในการดำเนินการ โดยจัดทำร่างแบบแผนการตรวจสอบการรักษาพยาบาลและการเบิกจ่าย กรณีการใช้ยาในระบบประกันสุขภาพ โดยเน้นเรื่องการสร้างสอดคล้อง (Harmonization) ระหว่างระบบตรวจสอบทั้ง 3 กองทุน และระบบตรวจสอบควรเป็นไปในลักษณะ Community Improvement Pathways คือ ตรวจสอบตั้งแต่การวินิจฉัย การรักษา การให้ยา รวมถึงผลลัพธ์ที่ได้จากการรักษาของแต่ละโรค และควรมีระบบเสนอแนะแนวทางแก้ไขให้แก่ระบบบริการ Audit Feedback Facilitate โดยเลือกกลุ่มโรคที่มีการวินิจฉัยราคาสูง ใช้ยาราคาแพง หรือการใช้ยาที่ไม่สมเหตุผลผล เป็นจุดเริ่มต้นในการทำงานร่วมกันเป็นเครือข่ายกับคณะอนุกรรมการทั้ง 6 คณะ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คณะอนุกรรมการเห็นว่า การตรวจสอบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลอาจไม่ได้รับการตอบรับที่ดีจากสถานพยาบาล เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ “จับผิด” จึงเห็นว่า ควรมุ่งเป้าไปที่การตรวจสอบคุณภาพของการรักษาพยาบาลมากกว่า ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ทั้ง 3 กองทุนได้ประโยชน์ร่วมกันจากการที่มีการใช้ทรัพยากรร่วมกันในการดำเนินการ ทั้งนี้ได้มีการกำหนดสถานพยาบาลเป้าหมายที่จะทำการตรวจสอบ โดยในระยะแรกจะทำการตรวจสอบสถานพยาบาลประมาณ 30 แห่ง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่จะสมัครใจจะเข้าร่วมโครงการ และได้มีการกำหนดกลุ่มโรคเป้าหมายที่จะทำการตรวจสอบ ซึ่งจะต้องเป็นกลุ่มโรคที่ทั้งสามกองทุนให้สิทธิประโยชน์ที่ใกล้เคียงกัน ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (end of life care) โรคมะเร็ง Colorectal, HIV, Metabolic disease (DM, HT, Hyperlipidemia) และโรคไตวายเรื้อรัง

คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบตรวจสอบฯ ได้มีการนำร่องการทดสอบความเป็นไปได้ของการตรวจประเมินสัดส่วนการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ต่อการใชยานอกบัญชียาหลัก และการใช้ยาซื้อสามัญในผู้ป่วยที่ใช้สิทธิภายใต้กองทุนประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุน ณ หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และได้เริ่มโครงการพัฒนาระบบตรวจสอบคุณภาพการรักษาพยาบาลกลุ่มโรคมะเร็งในผู้ป่วย 3 กองทุนสุขภาพแล้ว โดยเริ่มตรวจคุณภาพการรักษาโรคมะเร็งเต้านมทั้ง 3 กองทุน มีการตรวจเวชระเบียนไปแล้วจำนวน 1,217 ฉบับ จากโรงพยาบาลทั้งหมด 10 แห่ง (ข้อมูล ณ กันยายน พ.ศ. 2556) และขณะนี้กำลังอยู่ในระหว่างดำเนินการของการตรวจสอบรอบที่ 2 ซึ่งคาดว่าจะมีการตรวจสอบเวชระเบียนอีกจำนวน 5,000 ฉบับ นอกจากนี้ยังได้มีการนำร่องการตรวจสอบการส่งจ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติให้เป็นไปตามระเบียบกระทรวงการคลัง ว.111 เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบตรวจสอบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้มีประสิทธิภาพต่อไป

4.5 คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาและรหัสยามาตรฐาน เพื่อสนับสนุนการบริหารเวชภัณฑ์

4.5.1) จัดทำบัญชียาและรหัสยามาตรฐานในระดับประเทศ

คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ กำหนดให้มีกลไกกลางในการตรวจสอบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล และค่าใช้จ่ายจากการใช้ยา หากแต่ในระบบประกันสุขภาพยังไม่มีกลไกสำคัญที่จะตอบสนองต่อระบบการตรวจสอบได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากรัฐไม่มีกลไกระบบข้อมูลสารสนเทศด้านยาในการกำกับ ติดตาม และตรวจสอบ ซึ่งหมายถึงยังไม่มีบัญชีข้อมูลยาและรหัสยามาตรฐานในระดับประเทศ ที่สามารถตอบสนองต่อระบบข้อมูลสารสนเทศด้านยาและการรักษาพยาบาล คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ จึงได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาและรหัสยามาตรฐาน เพื่อดำเนินการพัฒนาบัญชียาและรหัสยามาตรฐานของไทย (Thai Medicines Terminology – TMT) เพื่อให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้บัญชียาและรหัสยามาตรฐานเดียวกัน

ระยะแรกของการดำเนินงานคณะอนุกรรมการจะมีการพัฒนาต่อยอดบัญชียาในระบบรหัสบัญชียา และรหัสยามาตรฐาน 24 หลัก ให้ครอบคลุมทั้งในส่วนของการยาและข้อมูลยาที่เป็นมาก่อน ซึ่งรหัสยามาตรฐาน 24 หลัก²⁰ เป็นบัญชียาข้อมูลและรหัสยาที่กระทรวงสาธารณสุขพัฒนาขึ้น เพื่อการบริหารจัดการสินค้าคงคลังในระดับโรงพยาบาลและในส่วนกลาง หากแต่ยังขาดข้อมูลรายการยาหลายรายการที่ไม่มีในระบบทะเบียนขององค์การอาหารและยา และข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับรายการยาบางอย่าง เช่น ข้อมูลขนาดบรรจุ (packaging) ขนาดที่ใช้ เป็นต้น จากนั้นจะมีการพัฒนาออกแบบโครงสร้างรหัสยามาตรฐานใหม่ ที่สามารถใช้งานได้หลายระบบงานให้สอดคล้องกับมาตรฐานสากล รวมทั้งจะมีการพัฒนาบัญชียาข้อมูลยาและรหัสยา ตอบสนองต่อการใช้งานเพื่อเบิกจ่ายและติดตามประเมินผลการใช้ยาในกลุ่มยาเป้าหมาย 9 กลุ่มที่มีมูลค่าการใช้สูง ซึ่งเป็นกลุ่มยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีการเบิกจ่ายในระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ คณะอนุกรรมการได้มีการจัดทำบัญชียาและรหัสยามาตรฐานฉบับที่ 1 เรียบร้อย โดยดำเนินการจัดทำรหัสยาแล้วเสร็จ ทั้งสิ้น 35,871 รายการ ประกอบด้วย 1) ยาเม็ด 22,181 รายการ 2) ยาฉีด 5,257 รายการ 3) ยาหยอดตา หู 596 รายการ 4) ยาเหน็บ 245 รายการ และ 5) ยาฉีดรับประทาน ยาเฉพาะที่ และยาอื่นๆ จำนวน 7,572 รายการ

4.5.2) จัดทำบัญชียาข้อมูลรายการยาและรหัสยามาตรฐานของยาที่มีมูลค่าสูง 9 กลุ่มโรค

คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาและรหัสยามาตรฐานฯ ได้มีการจัดทำบัญชียาข้อมูลรายการยาและรหัสยามาตรฐานของยาที่มีมูลค่าสูง 9 กลุ่มโรค ฉบับที่ 2 จำนวน 4,563 รายการ รวมทั้งได้มีการจัดทำบัญชียาข้อมูลยาและรหัสยามาตรฐานของยาเพิ่มเติม นอกเหนือจากยา 9 กลุ่มไปแล้ว รวมทั้งสิ้น 20,866 รายการ และได้มีการพัฒนาด้านแบบกลไกการให้บริการข้อมูลและตอบปัญหาบัญชียาข้อมูลยาและรหัสยามาตรฐานไทย (TMT) รวมถึงโปรแกรมการเชื่อมโยงรหัสยามาตรฐาน

²⁰กระทรวงสาธารณสุขได้มีความพยายามที่จะจัดทำรหัสยามาตรฐานมาตั้งแต่ประมาณปี พ.ศ. 2529 เพื่อใช้เป็นรหัสกลางสำหรับโรงพยาบาล/หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการกำหนดรหัสตามชื่อสามัญ (generic name) ของยาสำหรับรายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ แต่ไม่ได้นำไปใช้อย่างแพร่หลาย เนื่องจากข้อจำกัดต่างๆ ได้แก่ ความไม่ครอบคลุมรายการที่มีความแรงและขนาดบรรจุต่าง ๆ กัน/รายการที่อยู่นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ รวมถึงกรณีที่มีการปรับปรุงบัญชียาหลักแห่งชาติ

(TMT) กับรหัสยาของโรงพยาบาล หากแต่มาตรการดังกล่าวยังไม่ได้มีการนำไปใช้จริง เนื่องจากต้องให้มีการประกาศอย่างเป็นทางการ ซึ่งคณะกรรมการพัฒนาบัญชียาและรหัสยามาตรฐานฯ เสนอให้คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ พิจารณาออกประกาศโดยมติคณะรัฐมนตรี หรือกระทรวงสาธารณสุข หรือกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร เพื่อให้มาตรการดังกล่าวสามารถนำไปดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.6 คณะอนุกรรมการปรับปรุงกลไกการจ่ายเงินโดยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม

4.6.1) จัดทำข้อเสนอเกี่ยวกับรูปแบบและอัตราการจ่ายเงินแบบ DRG

คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ มีเจตนารมณ์ที่ต้องการให้ระบบการเบิกจ่ายของทุกกองทุนเป็นเอกภาพเดียวกัน จึงแต่งตั้งคณะอนุกรรมการปรับปรุงกลไกการจ่ายเงินโดยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมขึ้น โดยมีปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานคณะอนุกรรมการ คณะอนุกรรมการดังกล่าวมีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

- กำหนดรายการบริการรักษาพยาบาลที่อยู่นอกเหนือกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของทุกกองทุน
- กำหนดอัตราการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของทุกกองทุนให้

เป็นรูปแบบเดียวกัน อนึ่ง การดำเนินการดังกล่าวนี้ คณะอนุกรรมการฯ จำเป็นต้องพัฒนาข้อมูลค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลที่เชื่อถือได้ พร้อมทั้งต้องมีการทดลองนำร่องการใช้ระบบ DRG ที่เป็นมาตรฐานเดียวกันหมดในกลุ่มโรงพยาบาลในระดับเดียวกันก่อนในเบื้องต้นเพื่อวิเคราะห์ปัญหาในระดับปฏิบัติ เพื่อที่จะจัดทำต้นแบบขั้นตอนและวิธีการจ่ายเงินชดเชยค่ารักษาพยาบาลภายใต้ระบบ DRG และจัดทำประชาพิจารณ์เกี่ยวกับระบบต้นแบบ DRG ต่อไป

อย่างไรก็ดี คณะอนุกรรมการปรับปรุงกลไกการจ่ายเงินโดยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมได้มีการแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาระบบการจ่ายเงินแบบ DRG ซึ่งได้จัดทำข้อเสนอเกี่ยวกับรูปแบบและอัตราการจ่ายเงินแบบ DRG เสร็จเรียบร้อยแล้ว แต่อยู่ในระหว่างดำเนินการนำเสนอให้คณะอนุกรรมการปรับปรุงกลไกการจ่ายเงินโดยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมให้ความเห็นชอบ

4.7 คณะอนุกรรมการระบบข้อมูลบริการทางการแพทย์

4.7.1) พัฒนาระบบการเบิกจ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาลของ 3 กองทุน

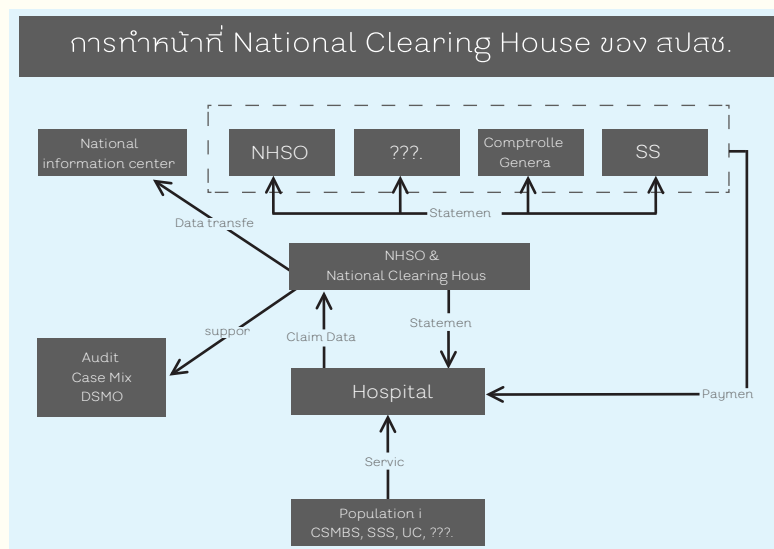
การบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพเพื่อให้มีความเป็นเอกภาพเดียวกันนั้น จำเป็นต้องมีการกลไกกลางในการกำกับดูแล รวมถึงต้องมีการควบคุมและตรวจสอบ เพื่อให้มีมาตรฐานเดียวกัน หากแต่ระบบประกันสุขภาพของประเทศยังไม่มีกลไกเกี่ยวกับข้อมูลสารสนเทศของการบริการด้านสุขภาพที่ดีพอ เพราะกองทุนสุขภาพของประเทศมีการบริหารจัดการกันแบบแยกส่วน ดังนั้น คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ จึงได้มีการตั้งคณะอนุกรรมการระบบข้อมูลบริการทางแพทย์ขึ้น เพื่อดำเนินการ รวบรวม และจัดการระบบข้อมูลการบริการทางแพทย์ให้เป็น

เอกภาพระหว่างกองทุน คณะอนุกรรมการชุดนี้มีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

- 1) ศึกษาและพัฒนาข้อเสนอระบบข้อมูลการเรียกเก็บเงินค่าบริการทางการแพทย์(Claim Data)
- 2) ศึกษาและพัฒนาข้อเสนอการออกแบบระบบและกลไกในการรวบรวมข้อมูลการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ (National Health Care Information)
- 3) ศึกษาและพัฒนาข้อเสนอการออกแบบระบบและกลไกกลางในการบริหารการเรียกเก็บค่าบริการของประเทศ (National Clearing House)

คณะอนุกรรมการระบบข้อมูลบริการทางการแพทย์ ได้จัดตั้งคณะทำงานขึ้นมา 2 ชุด เพื่อมาช่วยปฏิบัติการกิจดังกล่าว ได้แก่ คณะทำงาน National Clearing House และคณะทำงาน National Health Care Information สำหรับดำเนินงานตามนโยบายในขั้นต้นนั้น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จะทำหน้าที่เป็นหน่วยงานกลางในการรับส่งข้อมูลบริการทางการแพทย์ หรือ National Clearing House ก่อนที่จะมีการจัดตั้งหน่วยงานกลางขึ้นมาเพื่อทำหน้าที่นี้โดยเฉพาะ²¹ ทั้งนี้ สปสช. จะเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการพัฒนาระบบการเบิกจ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาลให้กับระบบสวัสดิการข้าราชการ ระบบประกันสังคม และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ตามรูปที่ 3) โดยได้เริ่มดำเนินการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เก็บรวบรวมสิทธิประโยชน์ พร้อมกับการออกแบบระบบการเบิกชดเชยค่าบริการ รวมถึงการจัดอบรมบุคลากรและเจ้าหน้าที่ของ สปสช. และโรงพยาบาลทุกแห่งทั่วประเทศ เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับระบบและโปรแกรมการเบิกชดเชยค่าบริการ พร้อมรับฟังปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานดังกล่าว

รูปที่ 3 การทำหน้าที่ National Clearing House ของ สปสช.



ที่มา : เอกสารประกอบการนำเสนอ National Clearing House การบูรณาการข้อมูลธุรกรรม และการบริหารสวัสดิการรักษายาบาล สปท.

²¹รายงานการประชุมคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัยและค่าบริการทางการแพทย์ ครั้งที่ 1/2556 เมื่อวันที่ 2 เมษายน พ.ศ. 2556 และครั้งที่ 2/2556 เมื่อวันที่ 27 พฤษภาคม พ.ศ. 2556

อย่างไรก็ดี กระทรวงสาธารณสุขได้มีความพยายามที่จะดำเนินการจัดตั้งศูนย์สารสนเทศกลาง เพื่อการจัดการข้อมูลหลักประกันสุขภาพ (National Data Clearing House : NDCH) เพื่อทำหน้าที่เป็น “หน่วยงานกลางในการประมวลผลสารสนเทศ เพื่อการจ่ายชดเชยค่าบริการรักษาพยาบาล” รวมทั้งภารกิจอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น จัดทำมาตรฐานข้อมูล (Data standard) เพื่อให้สถานพยาบาลจัดทำ รวบรวม และจัดส่งข้อมูลตามมาตรฐานที่กำหนดเดียวกัน จัดการและประมวลผลข้อมูลเพื่อใช้ในการจ่ายชดเชยการให้บริการรักษาพยาบาล (National data clearing house) ตรวจสอบความถูกต้องและคุณภาพบริการ (Financial and Medical Audit) และสร้างคลังข้อมูลระดับประเทศ (National healthcare data repository) เพื่อใช้ประโยชน์ในการติดตามประเมินผล และการวิจัย โดยครอบคลุมทั้งการเบิกจ่ายค่าบริการตามสิทธิประโยชน์ภายใต้ 3 กองทุนหลัก และสามารถขยายไปยังรัฐวิสาหกิจ องค์กรอิสระ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการบริหารจัดการงบประมาณสวัสดิการรักษายาพยาบาลของตนเอง

4.8 การดำเนินการอื่นๆ

4.8.1) เร่งรัดมาตรการกำกับดูแลค่าใช้จ่ายด้านยาของระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ

นอกจากการดำเนินงานของคณะอนุกรรมดังกล่าวแล้ว คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา ได้มีมาตรการกำกับดูแลค่าใช้จ่ายด้านยาของระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ โดยมอบให้กรมบัญชีกลางดำเนินการ ในปี พ.ศ. 2553 – 2554 มีการขอความร่วมมือในการดำเนินงานกับโรงพยาบาลนาร่อง 34 แห่ง ซึ่งมีผู้ป่วยเกินกว่าหนึ่งแสนครั้งต่อปี และมีการพัฒนาระบบข้อมูลการติดตามกำกับการใช้ยา²² โดยปีแรกมีการสำรวจข้อมูลการส่งจ่ายยากลุ่มเป้าหมาย และในปีที่สองมีการกำหนดให้โรงพยาบาล 34 แห่ง ส่งฐานข้อมูลการส่งยาประกอบการเบิกค่ารักษายาพยาบาลผู้ป่วยนอกในระบบเบิกจ่ายตรง ซึ่งต้องแจ้งชื่อแพทย์ผู้ส่งจ่ายยาเพื่อที่จะสามารถตรวจสอบความเหมาะสมของการจ่ายยา

ในระยะต่อมาได้มีการขยายจำนวนโรงพยาบาลนาร่องเป็น 168 แห่ง พร้อมกันนั้นได้เริ่มดำเนินการกำกับการใช้ยาใน 9 กลุ่มหลัก โดยเลือกยาในกลุ่มโรคเบาหวาน หรือยารักษาอาการข้อเข่าเสื่อม ขึ้นมาทำก่อน เพราะมีข้อถกเถียงเรื่องประสิทธิผลและความคุ้มค่า ในสหรัฐอเมริกาจัดให้กลูโคซามีนเป็นอาหารเสริม ซึ่งไม่มีผลในการรักษาโรค กรมบัญชีกลางจึงได้ห้ามการเบิกจ่ายยาในกลุ่มโรคข้อเข่าเสื่อม แต่การยกเลิกการจ่ายยาดังกล่าวมีแรงต้านอย่างมากจากข้าราชการในช่วงแรก จึงต้องอนุญาตให้มีการเบิกจ่ายยาในกลุ่มโรคเบาหวานใหม่ แต่การจ่ายยาจะต้องเป็นไปตามเงื่อนไขที่กำหนดขึ้น โดยราชวิทยาลัย แนวทางดังกล่าวทำให้ยอดการส่งจ่ายยาในกลุ่มโรคเบาหวานเหลือเพียง 10 ล้านบาทต่อปี จากเดิมที่เคยมีมูลค่าสูงถึง 600 ล้านบาทต่อปี²³

²² นพ.สมฤทธิ ศรีธำรงค์สวัสดิ์ การเดินทางสู่การควบคุมค่ายาในระบบสวัสดิการข้าราชการ จุลสาร HSRI Forum ฉบับที่ 5 ประจำเดือนตุลาคม พ.ศ. 2555

²³ นพ.สมฤทธิ ศรีธำรงค์สวัสดิ์ การเดินทางสู่การควบคุมค่ายาในระบบสวัสดิการข้าราชการ จุลสาร HSRI Forum ฉบับที่ 5 ประจำเดือนตุลาคม พ.ศ. 2555

นโยบายของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ได้มอบหมายให้กรมบัญชีกลางรับผิดชอบในเรื่องการควบคุมการค่าใช้จ่ายยา กรมบัญชีกลางจึงได้ดำเนินการต่อเนื่อง โดยกำหนดเป้าหมายในการลดค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยนอกในปี พ.ศ. 2556 ลง 5,000 ล้านบาท²⁴ และวางกรอบในการกำกับค่าใช้จ่ายนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ พร้อมทั้งดำเนินการตรวจสอบค่าใช้จ่ายในระบบเบิกจ่ายตรงของผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง รวมถึงดำเนินการต่อรองราคาอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค เพื่อนำราคาต่อรองที่ได้มากำหนดเป็นอัตราเพื่อเบิกจ่ายเงิน อย่างไรก็ตาม ในปี พ.ศ. 2556 มีการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลทั้งสิ้น 59,861 ล้านบาท

เมื่อเปรียบเทียบการเบิกจ่ายในปี พ.ศ. 2555 จำนวน 61,587 ล้านบาท พบว่า อัตราการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลลดลงเพียงร้อยละ 2.8 เท่านั้น ในขณะที่มูลค่าการใช้นอกบัญชียาหลักแห่งชาติยังมีสัดส่วนถึงร้อยละ 60 และส่วนใหญ่เป็นยา single source

²⁴รายงานการประชุมคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัยและค่าบริการทางการแพทย์ ครั้งที่ 7/2555 วันที่ 17 ธันวาคม พ.ศ. 2555





บทที่ 5

บทวิเคราะห์ความเหมาะสม
และความเป็นไปได้ของมาตรการต่างๆ
เพื่อการพัฒนากระบวนการจัดการ
ระบบประกันสุขภาพ
และความสำเร็จที่ผ่านมา

บทวิเคราะห์ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของมาตรการต่างๆ เพื่อการพัฒนากระบวนการจัดการระบบประกันสุขภาพและความสำเร็จที่ผ่านมา

จากการศึกษาโดยละเอียดทุกแง่มุม สามารถสรุปวิเคราะห์ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของมาตรการต่างๆ เพื่อการพัฒนากระบวนการจัดการระบบประกันสุขภาพ ในรูปแบบของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ดังนี้

5.1 ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของมาตรการในการบริหารจัดการ ในรูปแบบของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ

การติดตามผลการดำเนินงานตามมาตรการของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ จะเห็นได้ว่า การดำเนินการส่วนใหญ่ยังเป็นเพียงการทำงานด้านนโยบาย ยังไม่ได้ดำเนินการไปสู่ระดับปฏิบัติการ ไม่ว่าจะเป็นมาตรการควบคุมกำกับการใช้ยาให้เป็นไปอย่างเหมาะสมและคุ้มค่าในระบบประกันสุขภาพ ซึ่งมาตรการดังกล่าวยังเป็นเพียงการวางหลักเกณฑ์สำหรับการเบิกจ่ายยา กล่าวคือ ยังอยู่ในขั้นตอนของการเจรจาต่อรองราคายา 9 กลุ่มที่มีค่าใช้จ่ายสูง แม้จะมีการเจรจาราคายาบางกลุ่มแล้วเสร็จ แต่ในทางปฏิบัติยังไม่มีมีการประกาศใช้ราคากลาง ดังนั้น จึงไม่สามารถวัดได้ว่ามาตรการดังกล่าวทำให้มูลค่าการใช้ยาจริงลดปริมาณลงไปมากน้อยเพียงใด มีเพียงมูลค่าที่มีการคาดการณ์ว่าจะสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านการใช้ยา

ในขณะที่มาตรการปรับอัตราการจ่ายตามกลุ่มโรคร่วมให้เป็นเอกภาพระหว่างกองทุน แม้คณะทำงานจะได้มีการจัดทำข้อเสนอแนะและรูปแบบการปรับปรุงอัตราการจ่ายตามกลุ่มโรคร่วมแล้วเสร็จ แต่ยังคงรอให้คณะอนุกรรมการปรับปรุงอัตราการจ่ายตามกลุ่มโรคร่วมพิจารณาให้ความเห็นชอบ ทำให้มาตรการดังกล่าวยังไม่ได้มีการนำมาปฏิบัติจริง และในส่วนของมาตรการพัฒนาบัญชียาและรหัสยามาตรฐานเพื่อสนับสนุนการบริหารเวชภัณฑ์ แม้จะได้มีการจัดทำบัญชียาและรหัสยามาตรฐานไปบ้างแล้ว หากแต่ยังไม่ได้มีการประกาศใช้อย่างเป็นทางการ โดยคณะกรรมการพัฒนาบัญชียาและรหัสยามาตรฐานฯ ได้เสนอให้คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ออกประกาศโดยมติคณะรัฐมนตรี หรือกระทรวงสาธารณสุข หรือกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร เพื่อให้การดำเนินการตามมาตรการดังกล่าวมีประสิทธิภาพมากขึ้น

อย่างไรก็ตาม มีข้อสังเกตในประเด็นของการต่อรองราคายา กล่าวคือ การเจรจาต่อรองราคายาของคณะอนุกรรมการเจรจาต่อรองราคายาฯ อาจมีข้อจำกัด เนื่องจากไม่มีอำนาจซื้อที่สามารถใช้ในการเจรจาต่อรองราคาของคณะอนุกรรมการเจรจาต่อรองราคายาฯ เป็นการเจรจาต่อรองเพื่อให้โรงพยาบาลทั่วประเทศซื้อในราคาเดียวกัน และบริษัทยายังไม่มีความมั่นใจว่าโรงพยาบาลทุกแห่งจะมีการสั่งซื้อจริงหรือไม่ ซึ่งต่างจากกรณีของ สปสช. ที่มีการเจรจา มีการสั่งซื้อจริงและสั่งในปริมาณมาก เพื่อจัดส่งไปให้โรงพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการทั่วประเทศ หรือแม้แต่การต่อรองราคายาของคณะกรรมการต่อรองราคายาเพื่อบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่ง

สามารถใช้การบรรจุยาเข้าในบัญชียาหลักแห่งชาติเป็นข้อต่อรอง เพราะหมายถึงยอดขายของยาดังกล่าวจะเพิ่มขึ้นอย่างมากเนื่องจากเป็นยาที่สามารถเบิกจ่ายได้ สำหรับมาตรการอื่นๆ ยังอยู่ในขั้นตอนของการดำเนินการในระดับนโยบาย ยังไม่มีการนำไปสู่การปฏิบัติจริง จึงไม่สามารถประเมินผลการดำเนินการได้เช่นกัน

5.2 บทเรียนจากแนวคิดเชิงนโยบายสู่การปฏิบัติ

นโยบายหรือมาตรการของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ โดยภาพรวมแล้วเน้นมิติของการควบคุมค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นของระบบประกันสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ ไม่ว่าจะเป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการใช้ยานอกบัญชียาหลัก ค่าใช้จ่ายจากยาและเวชภัณฑ์ที่มีมูลค่าแพง แม้แต่ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการรักษาพยาบาล แม้รัฐบาลที่ผ่านมามีนโยบายในการควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล แต่มาตรการในการดำเนินงานยังไม่ชัดเจนเช่นรัฐบาลในยุคปัจจุบัน

ที่มาของแนวคิดเชิงนโยบาย

สาเหตุที่ทำให้คณะกรรมการชุดนี้มีเป้าหมาย และวิธีการดำเนินการในการควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ชัดเจนมีหลากหลาย

ประการแรก สถานภาพทางการเมืองของประเทศที่ถดถอยจากการใช้จ่ายที่สูง โดยเฉพาะในส่วนของการนำเข้า กอปรกับการลดภาษีรายได้นิติบุคคลซึ่งทำให้รายได้ลดลง ทำให้รัฐบาลต้องมีแนวทางในการลดค่าใช้จ่ายและกลายเป็นวาระเร่งด่วน

ประการที่สอง รัฐบาลโดยฝ่ายการเมืองได้มีการศึกษาและจัดทำชุดมาตรการในการควบคุมค่าใช้จ่ายที่ต้องการจะผลักดันล่วงหน้า โดยอิงกับชิ้นงานที่มีการดำเนินการอยู่เดิม แต่กระจัดกระจายภายใต้หลายหน่วยงานภายใต้กองทุนประกันสุขภาพทั้งสามกองทุน การ “รวบ” ชิ้นงานทั้งหมดมาอยู่ภายใต้การกำกับของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ที่มีรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน และกรมบัญชีกลางเป็นสำนักงานเลขานุการทำให้สามารถจัดลำดับความสำคัญของงานต่างๆ

ประการที่สาม ความเป็นเอกภาพของรัฐมนตรีของกระทรวงที่เกี่ยวข้องกับมาตรการดังกล่าว ทำให้บทบาทในการดำเนินงานตามมาตรการในการควบคุมค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพค่อนข้างชัดเจน แม้จะมีปัญหาเกี่ยวกับกฎ ระเบียบในการดำเนินงานข้ามกระทรวง แต่ก็มิได้เป็นปัญหาในการประสานงานข้ามกระทรวงหรือข้ามหน่วยงานแต่อย่างใด

ปัญหาอุปสรรคในเชิงปฏิบัติ

ในขณะเดียวกัน การปฏิบัติหน้าที่ของคณะกรรมการกำหนดระบบการบริหารยาฯ มีอุปสรรคบางประการทั้งในเชิงโครงสร้างและในแนวทางการปฏิบัติ

ประการแรก โครงสร้างของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ที่กำหนดให้กรมบัญชีกลางเป็นสำนักงานเลขานุการนั้น แม้จะไม่มีปัญหาการสั่งการข้ามกระทรวง แต่กรมบัญชีกลางขาดความรู้ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับประเด็นทางการแพทย์ทำให้ปฏิบัติหน้าที่ได้ไม่เต็มประสิทธิภาพ

ประการที่สอง อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ในบางเรื่องไม่สามารถดำเนินการโดยตรง เช่น การกำหนดราคากลางยา เป็นต้น ทำให้หน่วยงานที่ต้องปฏิบัติตามข้อเสนอของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ เกิดความสับสน เช่นในกรณีของกรมบัญชีกลางที่ต้องประกาศราคากลางในการเบิกจ่ายยา แม้ว่าคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ได้ดำเนินการเจรจาต่อรองราคายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ และส่งมอบราคากลางที่ต่อรองได้ให้กรมบัญชีกลางประกาศเป็นหลักเกณฑ์ในการเบิกจ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ แต่ตามหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ายาของกรมบัญชีกลาง ต้องเบิกจ่ายตามหลักเกณฑ์ของคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ กรมบัญชีกลางจึงต้องส่งราคากลางที่คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ เสนอให้แก่คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติพิจารณาเพื่อปรับราคากลางใหม่ จากกระบวนการดำเนินงานดังกล่าวจะเห็นได้ว่า เกิดความยุ่งยากซ้ำซ้อนของกระบวนการในการทำงาน ทำให้การประกาศราคากลางต้องล่าช้า เนื่องจากต้องรอให้คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติพิจารณา และอนุมัติราคากลางใหม่ก่อน จึงจะสามารถนำมาใช้เป็นหลักเกณฑ์ในการเบิกจ่ายสำหรับกรมบัญชีกลางได้

ประการที่สาม คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ จะมีการจัดทำมาตรการบ้างแล้ว แต่ยังไม่มีการนำเสนอให้คณะรัฐมนตรีเห็นชอบ จึงยังไม่มีผลผูกพันต่อกองทุนประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุน เนื่องจากคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ไม่มีอำนาจในการสั่งการตามกฎหมาย นอกจากนี้แล้ว คณะกรรมการของแต่ละกองทุนก็อาจไม่เห็นด้วยกับข้อเสนอของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ เช่น ในกรณีของราคากลางยาที่คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ได้มีการเจรจานั้น คณะกรรมการบริหารระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเห็นว่าราคากลางเสนอให้มันั้นยังสูงเกินไป เนื่องจากโรงพยาบาลบางแห่งสามารถจัดซื้อยาดังกล่าวในราคาที่ต่ำกว่าราคากลาง เนื่องมาจากการที่คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ มิได้เป็นหน่วยงานที่จัดซื้อยาโดยตรงจึงไม่มีอำนาจต่อรองกับบริษัทผู้ผลิตยา

ประการสุดท้าย จากการประชุมของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ที่มีความถี่น้อยลงอย่างชัดเจน (ตารางที่ 4) เนื่องจากประธานกรรมการ คือ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขไม่ว่าง ทำให้เกิดคำถามว่า รัฐบาลยังคงให้ความสำคัญแก่คณะกรรมการชุดนี้อยู่หรือไม่ โดยเฉพาะที่ผ่านมา มีการสื่อสารเกี่ยวกับมาตรการในการควบคุมและกำกับการเบิกจ่ายยา เช่น การกำหนดอัตราการเบิกจ่ายค่ายาของกรมบัญชีกลาง โดยมีการสั่งตรงให้กรมบัญชีกลางดำเนินการกำหนดหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ายา ให้สถานพยาบาลเบิกจ่าย Generic Drugs โดยมีสัดส่วนการ Mark Up จากราคากลางที่สูงกว่าค่ายา Original Drugs เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้มีแนวคิดในการรวมศูนย์การบริหารจัดการเกี่ยวกับการพัฒนาระบบ โดยมีแนวคิดในการจัดตั้งสำนักพัฒนาระบบยาขึ้น ซึ่งอยู่ภายใต้โครงสร้างสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อต้องการบูรณาการงานด้านต่างๆ เกี่ยวกับการพัฒนาระบบยาทั้งหมดของประเทศ เช่นเดียวกับการจัดตั้งคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ หากแต่แนวคิดในการจัดตั้งสำนักพัฒนาระบบยาดังกล่าวต้องชะงักลง เนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองทำให้ไม่สามารถผลักดันนโยบายดังกล่าวต่อไป

ตารางที่ 4 จำนวนการประชุมของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ

ปี	จำนวนการประชุม (ครั้ง)	วันที่จัดประชุม
2556	7	6 มิถุนายน พ.ศ. 2555
		13 กรกฎาคม พ.ศ. 2555
		15 สิงหาคม พ.ศ. 2555
		11 กันยายน พ.ศ. 2555
		10 ตุลาคม พ.ศ. 2555
		19 พฤศจิกายน พ.ศ. 2555
		17 ธันวาคม พ.ศ. 2555
2557	3	2 เมษายน พ.ศ. 2556
		27 พฤษภาคม พ.ศ. 2556
		10 ตุลาคม พ.ศ. 2556

ที่มา : จากการรวบรวมของคณะผู้วิจัย

5.3 ตัวอย่างรูปแบบความร่วมมือระหว่าง 3 กองทุนที่ประสบความสำเร็จ

การศึกษาวិเคราะห์ที่ผ่านมาแสดงให้เห็นถึงอุปสรรคนานาประการในการบริหารจัดการกองทุนสุขภาพทั้ง 3 กองทุน ซึ่งอาจเกิดจากการที่แนวคิดและผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้องไม่ตรงกัน โดยเฉพาะในประเด็นที่มีผลกระทบต่อสิทธิประโยชน์ในการได้รับการรักษาพยาบาลของสมาชิกกองทุน เช่น การกำหนดอัตราค่าบริการจ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ หรือการกำหนดค่า DRG ของกลุ่มโรคให้เหมือนกัน ซึ่งหมายความว่าสมาชิกของกองทุนที่ต้องปรับลดค่า DRG อาจไม่ได้รับการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพเช่นเดิม

ที่ผ่านมาทั้ง 3 กองทุนพร้อมที่จะให้ความร่วมมือระหว่างกันในกรณีที่ทุกฝ่ายได้ผลประโยชน์ร่วมกัน ตัวอย่างรูปธรรมของความร่วมมือ เช่น

การบำบัดทดแทนไต

สำหรับการดำเนินการบำบัดทดแทนไตร่วมกันทั้ง 3 กองทุนนั้น เป็นโครงการบูรณาการสิทธิบำบัดทดแทนไตของกองทุนหลักประกันสุขภาพภาครัฐ 3 กองทุน ซึ่งเป็นหนึ่งในนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาล โดยมีการบูรณาการใน 3 ด้าน ได้แก่ 1) เกณฑ์/มาตรฐานเดียวกัน 2) เปลี่ยนสิทธิโดยไม่กระทบการรักษา และ 3) บริหารข้อมูลร่วมกัน โดยทั้ง 3 กองทุนจะใช้เกณฑ์มาตรฐานทางการแพทย์ของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ในการวินิจฉัยให้สิทธิการบำบัดทดแทนไต รวมทั้งจัดให้มีเกณฑ์การตรวจประเมินขึ้นทะเบียนหน่วยบริการร่วมกัน มีการตรวจสอบคุณภาพการให้บริการ และความถูกต้องในการจ่ายชดเชยในการให้บริการผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมร่วมกัน และมีการลงทะเบียนในฐานข้อมูลเดียวกัน แม้จะมีการโอนย้ายสิทธิจากกองทุนหนึ่งไปกองทุนอื่นก็ตาม ผู้ป่วยสามารถเลือกที่รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีเดิม หรือเลือกที่จะรับการรักษาภายใต้ระบบบริการของกองทุนที่ย้ายเข้าไปใหม่ได้ ซึ่งหน่วยบริการจะได้รับชดเชยค่าบริการและเวชภัณฑ์ตามระเบียบของกองทุนที่ผู้ป่วยย้ายเข้าใหม่

บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินและอุบัติเหตุ

สำหรับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินและอุบัติเหตุ ที่ดำเนินการร่วมกันทั้ง 3 กองทุน เป็นนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาลนางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร ที่ต้องการจะลดความเหลื่อมล้ำระหว่างกองทุน ซึ่งมีเป้าประสงค์ที่เป็นรูปธรรม คือ ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องได้รับการบริการโดยไม่มีการถามสิทธิภายใต้มาตรฐานเดียวกันเมื่อได้รับอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉินระดับวิกฤตหรือเร่งด่วน ให้สามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลที่อยู่นอกกองทุนของตนเองจนถึงระยะพ้นวิกฤตแล้ว หรือทุเลากลับบ้านได้ โรงพยาบาลที่ให้การรักษายื่นเบิกค่าใช้จ่ายจากหน่วยงานกลาง (Clearing house) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในระบบ EMCO (Emergency Claim Online) ซึ่งกำหนดอัตราการจ่ายในอัตรา 10,500 บาทต่อ AdjRW²⁵ กรณีผู้ป่วยในทุกโรค โดยสมาชิกแต่ละกองทุนไม่ต้องจ่ายรักษาพยาบาลให้กับโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษาโดยตรง ซึ่งเป็นการลดภาระการสำรองจ่ายของสมาชิก และได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีอย่างเท่าเทียมกันในทุกสิทธิ ซึ่งถือว่าเป็นการสร้างเอกภาพให้เกิดขึ้นในระบบสุขภาพ กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินของประเทศไทย

อย่างไรก็ดี แม้ในภาพรวม การบริหารจัดการบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกันระหว่าง 3 กองทุนจะสามารถดำเนินการได้เป็นอย่างดี แต่จากการประเมินมาตรการการให้บริการทางการแพทย์กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน ตามนโยบายบริหารจัดการร่วม 3 กองทุนของสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) พบว่า มาตรการดังกล่าวยังขาดกลไกการบังคับใช้ของกฎหมายในส่วนของการให้บริการของสถานพยาบาลเอกชน เนื่องจากที่ผ่านมานั้น มาตรการดังกล่าวเป็นเพียง “การขอความร่วมมือ” จากโรงพยาบาลเอกชนให้ดำเนินการตามนโยบายของรัฐบาล แต่อัตราการจ่ายค่าบริการอยู่ในอัตราที่ต่ำกว่าต้นทุนของสถานพยาบาลเอกชนมากกว่า

²⁵ AdjRW หมายถึง คำนวณน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามค่าวันนอนจริง

ร้อยละ 50 สถานพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่จึงปฏิเสธการดำเนินงานตามมาตรการที่ขอความร่วมมือ โดยมักมีการเรียกเก็บเงินจากผู้ป่วยก่อนแล้วให้ผู้ป่วยไปดำเนินการเบิกค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากระบบ EMCO เอง ซึ่งค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลเอกชนมีอัตราค่ารักษาที่สูงมาก ในขณะที่ผู้ป่วยสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลคืนได้ในอัตราที่แต่ละกองทุนกำหนดเท่านั้น





บทที่ 6

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุปและข้อเสนอแนะ

บทนี้เป็นการสรุปผลการศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนานโยบายการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพ ในรูปแบบคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัย และค่าบริการทางการแพทย์ โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนแรกจะเป็นการสรุปผลการศึกษาของเนื้อหาทั้งหมด และส่วนที่สอง เป็นข้อเสนอแนะเกี่ยวกับโครงสร้างองค์กรของหน่วยงานที่บริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศแบบบูรณาการ

6.1 สรุปผลการศึกษา

ในอดีตการพัฒนาด้านสุขภาพเน้นการควบคุมโรค การขยายสถานพยาบาล และขยายบุคลากรทางการแพทย์เป็นหลัก เพื่อครอบคลุมการบริการทางการแพทย์ให้ทั่วถึง ในปี พ.ศ. 2543 สมัยรัฐบาลนายชวน หลีกภัย ได้เกิดแนวคิดในการปฏิรูประบบสุขภาพ ได้มีการจัดทำร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ... เพื่อเป็นกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพ คู่ขนานกันมีการผลักดัน พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้สำเร็จในปี พ.ศ. 2545 ในสมัยรัฐบาลพันตำรวจโททักษิณ ชินวัตร และมีการตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ขึ้น เพื่อเป็นองค์กรบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งในช่วงแรกๆ เรียกว่า “นโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค” อันเป็นระบบประกันสุขภาพที่ใหญ่ และดูแลคนมากที่สุดถึง 48 ล้านคน ในขณะที่ก่อนหน้านี้ประเทศไทยมีระบบประกันสุขภาพสำหรับลูกจ้างของภาคเอกชน คือ กองทุนประกันสังคม และ ระบบสิทธิและสวัสดิการข้าราชการ มาก่อนแล้วหลายสิบปี

ต่อมาปี พ.ศ. 2550 สภานิติบัญญัติแห่งชาติได้ประกาศใช้ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 กฎหมายฉบับนี้ได้ให้ความสำคัญแก่การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในสังคมมาทำงานด้านสุขภาพ ผลจาก พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ซึ่งทำหน้าที่ในการเสนอแนะและให้คำปรึกษาแก่คณะรัฐมนตรีเกี่ยวกับนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีการกำหนดให้มีการจัดทำ “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ” เพื่อใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพของประเทศ รวมทั้งให้มีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้เป็นกระบวนการที่ให้ทุกฝ่ายได้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

ความเชื่อมโยงระหว่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 กับระบบประกันสุขภาพแห่งชาติเกิดขึ้นเป็นรูปธรรม ในปี พ.ศ. 2553 ในสมัยรัฐบาลนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ (คพคส.) ซึ่งคณะกรรมการชุดนี้เกิดจากมติของ “สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ” ที่ต้องการให้ระบบสุขภาพทุกระบบเกิดความเท่าเทียมกัน ทั้งด้านค่าใช้จ่าย และสิทธิประโยชน์ต่างๆ

คณะกรรมการ คพคส. ถูกแต่งตั้งขึ้นมาเพื่อปฏิรูประบบประกันสุขภาพในภาพกว้าง โดยมีแนวคิดในการอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพในอนาคต 2 แนวทาง คือ 1) การสร้างระบบประกันสุขภาพใหม่ โดยรวบรวมทุกกองทุนประกันสุขภาพทั้งหมด เพื่อให้มีการรวมศูนย์การบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศ ซึ่งจะช่วยให้ประหยัดค่าใช้จ่ายและเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ และ 2) คงโครงสร้างระบบประกันสุขภาพเดิม แต่สร้างความเป็นเอกภาพระหว่างกองทุนประกันสุขภาพ ทั้งเรื่องของระบบการเงินการคลัง มาตรฐานของของสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานให้เท่าเทียมกันทุกกองทุน การดำเนินงานของคณะกรรมการ คพคส. ยังไม่มีผลงานที่นำมาปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม เนื่องจากช่วงระยะหนึ่งปีที่ผ่านมาได้ให้ความสำคัญแก่การวางกรอบและแผนการทำงาน

ต่อมาปี พ.ศ. 2554 มีการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง โดยเปลี่ยนรัฐบาลในการบริหารประเทศเป็นรัฐบาลนางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร คณะรัฐมนตรีได้มีมติให้ยกเลิกคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ คพคส. และได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าวินิจฉัยและค่าบริการทางการแพทย์ เพื่อมาทำหน้าที่ในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจะกำกับควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้มีความเหมาะสม

องค์ประกอบของคณะกรรมการชุดนี้ต่างจากคณะกรรมการ คพคส. เนื่องจากกรรมการส่วนใหญ่ของ คพคส. เป็นข้าราชการมาจากกระทรวงการคลังและกระทรวงสาธารณสุข และมีบุคคลภายนอก เช่น นักวิชาการที่สังกัดองค์กรเอกชน ตัวแทนภาคประชาชน ลูกจ้างในระบบประกันสังคม ลูกจ้างนอกระบบประกันสังคม เป็นต้น ความแตกต่างของโครงสร้างของคณะกรรมการ 2 ชุดนี้ ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากที่มาที่แตกต่างกัน โดยคณะกรรมการ คพคส. เกิดจากมติของ “สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ” ซึ่งมีเป้าหมายในการปฏิรูประบบประกันสุขภาพในภาพกว้างอย่างเป็นระบบ เนื่องจากสมัชชาสุขภาพมีผู้ที่มีส่วนได้เสียเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากหลากหลายภาคส่วน ดังนั้น โครงสร้างของคณะกรรมการ คพคส. จึงสะท้อนกระบวนการดังกล่าว ซึ่งให้ความสำคัญแก่การมีส่วนร่วมของประชาชน

ในทางตรงกันข้าม คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ได้ถูกจัดตั้งขึ้นมาเพื่อเป้าประสงค์ในการปรับปรุงประสิทธิภาพ และผลิตภาพในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศตามที่เป็นอยู่ ซึ่งเป็นการมองในเชิงธุรกิจ จึงให้ความสำคัญแก่หน่วยงานที่ปฏิบัติหน้าที่โดยตรงกับการบริหารจัดการระบบสุขภาพเท่านั้น เนื่องจากมองว่าเป็นการปรับปรุงกระบวนการในการบริหารจัดการ “ภายใน” เท่านั้น มิได้เกี่ยวข้องกับบุคคลภายนอกแต่อย่างใด ทั้งนี้ ได้มีข้อวิจารณ์ว่า การที่คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ มีเฉพาะบุคคลที่เป็นข้าราชการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยตรง ซึ่งไม่รวมถึงผู้ที่ได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาล มีทั้งข้อดีและข้อเสีย ข้อดีคือ การดำเนินนโยบายมีความชัดเจนและสามารถดำเนินการได้อย่างรวดเร็ว แต่ข้อเสีย คือ ขาด

การมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้เสีย และผู้เชี่ยวชาญที่เป็นบุคคลภายนอก ซึ่งอาจทำให้การดำเนินการหรือนโยบายที่กำหนดขึ้นขาดการกลั่นกรอง และอาจทำให้มาตรการดังกล่าวไม่สมบูรณ์เท่าที่ควร

จากการทบทวนหลักทฤษฎี และแนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียในกระบวนการกำหนดนโยบายด้านสาธารณสุขพบว่ายังไม่มีคำตอบชัดเจนเท่าใดนัก เนื่องจากในแต่ละประเทศจะมีรูปแบบที่แตกต่างกัน Craig Milton et al (2009) ได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนได้เสียในการกำหนดนโยบาย โดยเฉพาะนโยบายด้านสาธารณสุข ผลการศึกษาพบว่า รัฐบาลส่วนมากเล็งเห็นประโยชน์จากการแลกเปลี่ยนข้อมูลและความคิดเห็นกับกลุ่มผู้มีส่วนได้เสีย ในการกำหนดนโยบายที่มีผลกระทบต่อสังคมในวงกว้าง โดยเครื่องมือที่ใช้มีหลากหลาย แต่มีแนวโน้มชัดเจนที่จะใช้รูปแบบของการอภิปรายเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล (deliberation) มากขึ้น และมีการจัดอภิปรายดังกล่าวเป็นระยะๆ อย่างไรก็ดี ยังไม่มีข้อมูลเชิงประจักษ์ที่บ่งชี้ว่า การจัดเวทีเพื่อรับฟัง และแลกเปลี่ยนข้อมูลและความคิดเห็นนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในการตัดสินใจเชิงนโยบายหรือการจัดสรรทรัพยากรในทางปฏิบัติ อย่างไรก็ตาม โครงสร้างของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา ที่ไม่มีบุคคลภายนอกเข้าร่วมเป็นกรรมการนั้นไม่ขัดกับหลักการที่เป็นสากล หากมองว่าคณะกรรมการชุดนี้มีภารกิจในระดับ “ปฏิบัติ” มากกว่าในระดับ “นโยบาย”

การบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศในภาพรวมที่คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา กำหนดไว้มี 3 แนวทางหลัก คือ

- 1) การควบคุมกำกับการใช้ยาให้เป็นไปอย่างเหมาะสมและคุ้มค่าในระบบประกันสุขภาพ
- 2) การพัฒนาบัญชียาและรหัสยามาตรฐานเพื่อสนับสนุนการบริหารเวชภัณฑ์
- 3) การปรับอัตราการจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมให้เป็นเอกภาพระหว่างกองทุน

การควบคุมกำกับการใช้ยาให้เป็นไปอย่างเหมาะสมและคุ้มค่าในระบบประกันสุขภาพนั้น เนื่องจากสถานการณ์การใช้ยาในประเทศไทยมีมูลค่าเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมูลค่าการใช้ยาทั้งหมดเป็นการใช้นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ นอกจากนี้ยาส่วนใหญ่เป็นกลุ่มยานำเข้ามาจากต่างประเทศ ทำให้เกิดการสูญเสียรายได้ของประเทศ ดังนั้น การควบคุมและกำกับการใช้ยาจึงจำเป็นต้องมีมาตรการที่รอบคอบเพื่อควบคุมปริมาณยา ชนิดของยา รวมทั้งอัตราการเบิกจ่ายค่ายา โดยกำหนดแนวทางในการดำเนินงาน ดังนี้

1) กำหนดให้มีกลไกกลางในการเจรจาต่อรองราคายาที่มีราคาแพง โดยเฉพาะรายการยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีราคาแพงและมีผู้จำหน่ายรายเดียว

2) ควบคุมการกำกับกำกับการเบิกจ่ายค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติและยาต้นแบบในระบบประกันสุขภาพ ได้แก่ การกำหนดเป้าหมายการลดค่าใช้จ่าย การกำหนดอัตราอ้างอิง การเบิกจ่ายยา กลุ่มเป้าหมาย การปรับโครงสร้างชดเชยค่ายาและค่าบริการ ระบบสารสนเทศข้อมูลการเบิกจ่ายและการส่งจ่ายยา

3) ส่งเสริมการใช้ยาในบัญชียาหลักและยาชื่อสามัญ ได้แก่ การกำหนดเป้าหมายการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ/ยาชื่อสามัญ การมีระบบประกันคุณภาพยาชื่อสามัญที่มีจำหน่ายในท้องตลาด การสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ประชาชน

4) กำหนดแนวเวชปฏิบัติและข้อบ่งชี้การใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ในยากลุ่มเป้าหมายที่มีมูลค่าการใช้จ่ายสูง รวมถึงข้อบ่งชี้การตรวจวินิจฉัยโรค และการรักษาด้วยเทคโนโลยีราคาแพง

5) กำหนดกลไกกลางในการตรวจสอบการเบิกจ่ายและการจ่ายยา

ทั้งนี้สัดส่วนค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น ส่วนหนึ่งเกิดจากการใช้ยาไม่เหมาะสม มีการเบิกจ่ายยาอย่างฟุ่มเฟือยเกินความจำเป็น แต่รัฐยังไม่มีกลไกในการกำกับ ติดตามและตรวจสอบที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากยังไม่มีบัญชีข้อมูลยาและรหัสยามาตรฐาน ที่จะสามารถนำมาอ้างอิงเพื่อใช้ในการติดตามและตรวจสอบ คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ จึงมีนโยบายให้มีการพัฒนาบัญชียาและรหัสมาตรฐานยา โดยมอบหมายให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเป็นแกนในการพัฒนา ร่วมกับศูนย์พัฒนามาตรฐานระบบข้อมูลสุขภาพไทยดำเนินการ ดังนี้

1) พัฒนาต่อยอดบัญชียาในบัญชียาหลักแห่งชาติและรหัสยามาตรฐานให้ครอบคลุม ทั้งในส่วนของการรายการยา และรายละเอียดในรายการยาให้เพียงพอกับระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายในระดับรายการยา (drug item)

2) พัฒนาออกแบบโครงสร้างรหัสยามาตรฐานใหม่ที่สามารถใช้งานได้หลายระบบงาน โดยสอดคล้องกับมาตรฐานสากล

3) ศึกษากลไกกลางที่ทำหน้าที่พัฒนา บำรุงรักษา และบริการข้อมูลบัญชีและรหัสยามาตรฐานให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในระบบบริการสุขภาพและประชาชน

ทั้งนี้ คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ได้มีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการเพื่อกำหนดการตามมาตรการดังกล่าวทั้งหมด 7 คณะ คือ

- 1) คณะอนุกรรมการเจรจาต่อรองราคายาและเวชภัณฑ์
- 2) คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ และยาชื่อสามัญ
- 3) คณะอนุกรรมการกำหนดแนวเวชปฏิบัติ ข้อบ่งชี้การใช้ยา การตรวจวินิจฉัยโรคและการรักษาพยาบาล
- 4) คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษาพยาบาลและการเบิกจ่าย
- 5) คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาและรหัสยามาตรฐาน เพื่อสนับสนุนการบริหารเวชภัณฑ์
- 6) คณะอนุกรรมการปรับปรุงกลไกการจ่ายเงินโดยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม
- 7) คณะอนุกรรมการระบบข้อมูลบริการทางการแพทย์

นอกจากการกำกับควบคุมการใช้ยาให้เหมาะสม รวมถึงการพัฒนาบัญชียาและรหัสมาตรฐานยาเพื่อให้มีระบบการติดตาม และตรวจสอบการเบิกจ่ายค่ายาให้มีประสิทธิภาพแล้ว คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ยังกำหนดให้มีการการปรับอัตราการจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ให้เป็นเอกภาพระหว่างกองทุน

เนื่องจากระบบประกันสุขภาพแต่ละระบบมีการคำนวณต้นทุน และกำหนดอัตราการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในแยกตามประเภทของโรคที่รักษาแตกต่างกัน ระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการใช้วิธีตกลงราคาล่วงหน้าในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่โรงพยาบาล โดยอัตราที่เบิกจ่ายของแต่ละกลุ่มโรคจะคำนวณตามอัตราฐานคูณด้วยค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW)²⁶ และอัตราการเบิกจ่ายดังกล่าวยังแตกต่างกันในแต่ละสถานพยาบาลเนื่องจากวิธีการรักษา ในขณะที่กองทุนประกันสุขภาพอีกสองระบบ คือ ระบบประกันสังคม และระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ แม้จะใช้วิธีการ “เหมาจ่ายรายหัว” ในการจัดสรรงบประมาณให้แก่สถานพยาบาลแต่ละแห่ง แต่ก็มีมีการจ่ายเงินเพิ่มในการรักษาผู้ป่วยใน ในรูปแบบของการจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมสำหรับโรคร้ายแรง หรือโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูง ในกรณีของ 2 กองทุนนี้ อัตราการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมเท่ากันในทุกโรงพยาบาล เพื่อให้อัตราการจ่ายเงินของทุกกองทุนเป็นมาตรฐานเดียวกัน จึงได้กำหนดให้มีการปรับอัตราการเบิกจ่ายให้เป็นเอกภาพ โดยมีการแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อปรับปรุงกลไกการจ่ายเงินด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ให้ทุกกองทุนเป็นรูปแบบเดียวกัน นอกจากนี้ยังมีมาตรการกำกับดูแลค่าใช้จ่ายด้านยาของระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการเป็นการเฉพาะอีกด้วย โดยมีมอบหมายให้กรมบัญชีกลางเป็นผู้ดำเนินการ

หากพิจารณาการปฏิบัติการกิจของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ในภาพรวมแล้วพบว่า ขัดแย้งกับคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ซึ่งจัดตั้งขึ้นโดยระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2551 ซึ่งมีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดนโยบายแห่งชาติด้านยา และแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ รวมถึงจัดทำบัญชียาหลักแห่งชาติ และกำหนดราคากลางยาในการจัดซื้อของหน่วยงานของรัฐ รวมทั้งส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล การทับซ้อนของอำนาจหน้าที่ดังกล่าว ทำให้เกิดความสับสนของขั้นตอนและกระบวนการดำเนินงาน ตัวอย่างเช่น กรณีที่คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ได้ดำเนินการเจรจาต่อรองราคายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ และเสนอให้กรมบัญชีกลางนำราคายาดังกล่าว ประกาศเป็นหลักเกณฑ์ในการเบิกจ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติสำหรับระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ แต่การเบิกจ่ายของกรมบัญชีกลางจะต้องเบิกจ่ายค่ายาตามหลักเกณฑ์ของคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ดังนั้น กรมบัญชีกลางจึงต้องส่งราคากลางที่คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ เสนอให้แก่คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติพิจารณาเพื่อปรับราคากลางใหม่ เป็นต้น

²⁶RW มาจากคำว่า Relative Weight หรือน้ำหนักสัมพัทธ์ หมายถึง ค่าเฉลี่ยของการใช้ทรัพยากรในการรักษาผู้ป่วยตาม DRG นั้น เป็นการเทียบกับต้นทุนเฉลี่ยของการรักษาผู้ป่วยทั้งหมด

อย่างไรก็ดี ภาพรวมของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ จะมีความซ้ำซ้อนกับของ คณะทำงานอื่นๆ จะเห็นได้ว่า คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ มีความพยายามที่จะดึง บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่อยู่เดิมเข้ามาในโครงสร้างของอนุกรรมการที่แต่งตั้งขึ้นมา เช่นในกรณีที่มี การดึงตัวคณะทำงานเจรจาต่อรองราคาของกระทรวงสาธารณสุขเข้ามาเป็นอนุกรรมการเจรจา ต่อรองราคาฯ หรือดึงคณะทำงานในการตรวจสอบ ภายใต้คณะกรรมการประสานความร่วมมือ 3 กองทุนสุขภาพ เข้ามาปฏิบัติหน้าที่เป็นอนุกรรมการพัฒนาระบบการตรวจสอบการรักษา พยาบาลและการเบิกจ่าย ในลักษณะเดียวกัน การพัฒนากลไกการจ่ายเงินโดยกลุ่มวินิจัยโรค ร่วม เป็นมาตรการที่คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ต้องการให้ทุกกองทุนมีมาตรฐานใน การเบิกจ่ายเหมือนกัน จึงมีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการปรับปรุงกลไกการจ่ายเงินโดยกลุ่มวินิจัย โรคร่วมเพื่มาดำเนินการดังกล่าว แม้ว่าศูนย์พัฒนากลุ่มโรคร่วมไทยจะดำเนินการอยู่ก่อนแล้ว แต่ คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ได้แต่งตั้งให้ผู้อำนวยการพัฒนาศูนย์โรคร่วมไทยเข้ามา ร่วมทำงานเพื่อพัฒนากลไกดังกล่าว

การที่คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ เลือกที่จะดึงบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปรับปรุงระบบการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่เดิม เข้ามาในคณะ อนุกรรมการชุดต่างๆ ที่ตั้งขึ้นมา อาจมองได้ว่า คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ มิได้ต้องการ ดำเนินภารกิจที่ซ้ำซ้อนกับหน่วยงานอื่นๆ ที่ดำเนินการอยู่ แต่ต้องการที่จะบูรณาการงานต่างๆ ที่กระจัดกระจายอยู่ภายใต้หน่วยงานต่างๆ หรือกองทุนประกันสุขภาพต่างๆ เพื่อที่จะสามารถ ติดตามและตรวจสอบการดำเนินงาน (Monitor) ของคณะกรรมการ หรือคณะทำงานที่เคยมีอยู่ เดิมได้อย่างเป็นระบบ เพื่อที่จะสามารถปฏิรูประบบสาธารณสุขในภาพรวมได้

จากการติดตามการดำเนินงานตามมาตรการที่ได้กำหนดไว้พบว่า มาตรการควบคุมกำกับ การใช้ยาให้เป็นไปอย่างเหมาะสมและคุ้มค่า นั้น เป็นการดำเนินงานในระดับนโยบาย โดยเป็นเพียง การวางกรอบแนวทางเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติต่อไป กล่าวคือ

- 1) การกำหนดให้มีกลไกกลางในการเจรจาต่อรองราคาที่มีราคาแพง โดยมีการแต่งตั้ง คณะอนุกรรมการเจรจาต่อรองราคาฯ เพื่มาทำหน้าที่ดังกล่าว และได้มีการเจรจาต่อรองราคา ไปแล้วทั้งสิ้นจำนวน 271 รายการ มีการส่งมอบรายการยาจำนวน 774 รายการ ซึ่งรวมรายการ ยาที่คณะทำงานเจรจาต่อรองราคาของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ได้ดำเนินการไว้ ส่ง มอบให้กรมบัญชีกลางเพื่อประกาศเป็นราคากลางในการเบิกจ่าย และในระหว่างที่รอให้มีการ ประกาศราคากลาง คณะอนุกรรมการเจรจาต่อรองราคาฯ ได้ดำเนินการจัดส่งหนังสือแจ้งเวียน ราคากลางให้โรงพยาบาลทุกแห่ง เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการจัดซื้อยา ในขณะที่กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการนำร่อง จัดซื้อยาร่วมกันในระดับเขตแล้วจำนวน 6 เขต เพื่อลดต้นทุนและช่วย ประหยัดงบประมาณในการจัดซื้อยา

- 2) การควบคุมกำกับการเบิกจ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติและยาต้นแบบ ซึ่งคณะ

กรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ได้มอบหมายให้กรมบัญชีกลางเป็นผู้รับผิดชอบนั้น นั้นหมายถึงให้มีการควบคุมกำกับกับการเบิกจ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เพราะระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ และระบบประกันสังคมสามารถเบิกจ่ายยาได้เพียงยาในบัญชียาหลักแห่งชาติเท่านั้น และจากมาตรการดังกล่าวพบว่า ในปี พ.ศ. 2556 ในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ มีสัดส่วนถึงร้อยละ 60 ของมูลค่าการเบิกจ่ายยาทั้งหมด และยาส่วนใหญ่ที่มีการเบิกจ่ายเป็นยา single source นอกจากนี้ แพทย์ได้มีการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 24

3) การส่งเสริมการใช้ยาในบัญชียาหลักและยาชื่อสามัญ คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาในบัญชียาหลักฯ ได้มีการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติให้เป็นปัจจุบัน โดยมีการประกาศบัญชียาสำหรับโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุข จำนวน 676 รายการ และบัญชียาสมุนไพร จำนวน 74 รายการ นอกจากนี้ยังได้มีการส่งเสริมให้มีการผลิตและใช้ยาสามัญใหม่ทดแทนยาต้นแบบ โดยมีการอนุญาตทะเบียนตำรับสามัญใหม่เพิ่มขึ้นอีกจำนวน 109 รายการ รวมทั้งกระทรวงสาธารณสุขได้ออกมาตรการนําร่อง เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารเวชภัณฑ์ของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีการกำหนดสัดส่วนการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ต่อสัดส่วนการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งกำหนดให้โรงพยาบาลศูนย์ต้องมีสัดส่วน 70:30 โรงพยาบาลทั่วไปมีสัดส่วน 80:20 และโรงพยาบาลชุมชนมีสัดส่วน 90:10 อีกทั้งยังได้มอบนโยบายให้เขตและจังหวัดพิจารณาดำเนินการนโยบาย One Generic One Brand และนโยบาย Generics Substitution โดยพิจารณาตามสภาพปัญหาและความเหมาะสม รวมถึงกำหนดมาตรการจูงใจในการใช้ยาสามัญ โดยมีการกำหนดอัตราการใช้ยาของยาสามัญเพิ่มขึ้นอีกด้วย

4) การกำหนดแนวเวชปฏิบัติ และข้อบ่งชี้การใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ได้แต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดแนวเวชปฏิบัติฯ เพื่อมาดำเนินงานดังกล่าว โดยมีการจัดทำแนวเวชปฏิบัติและข้อบ่งชี้ทั้งหมด 4 ด้าน คือ แนวเวชปฏิบัติและข้อบ่งชี้ด้านรังสีรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูง ด้านศัลยกรรมที่มีค่าใช้จ่ายสูง ด้านรังสีวินิจฉัยที่มีค่าใช้จ่ายสูง และแนวเวชปฏิบัติและข้อบ่งชี้การใช้ยาในกลุ่มยาที่มีราคาแพง อย่างไรก็ตาม คณะอนุกรรมการกำหนดแนวเวชปฏิบัติฯ กำลังดำเนินการจัดทำประชาพิจารณ์ เพื่อพิจารณาความครอบคลุมและความเหมาะสมจากข้อมูลการเบิกจ่ายค่ายาในสถานบริการ

5) การกำหนดกลไกกลางในการตรวจสอบการเบิกจ่ายและการจ่ายยา คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษายาบาลและการเบิกจ่าย โดยตั้งคณะทำงานประสานความร่วมมือ 3 กองทุนสุขภาพที่เคยมีอยู่ เพื่อให้มาทำหน้าที่ดังกล่าว อย่างไรก็ตาม คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบตรวจสอบฯ ได้มีการนําร่องดำเนินการตรวจสอบคุณภาพการรักษายาบาลกลุ่มโรคเมร็ง โดยดำเนินการตรวจสอบการรักษาเมร็งเด้านมทั้ง 3 กองทุน มีการตรวจเวชระเบียนไปแล้วทั้งสิ้นจำนวน 1,217 ฉบับ จาก

โรงพยาบาล 10 แห่ง และคาดว่าจะดำเนินการตรวจสอบเพิ่มเติมอีกจำนวน 5,000 ฉบับ นอกจากนี้ยังได้นำร่องการตรวจสอบการจ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติให้ไปเป็นไปตามระเบียบกระทรวงการคลัง รวมถึงได้ดำเนินการตรวจสอบสัดส่วนการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติต่อการจ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการตรวจสอบต่อไป

สำหรับมาตรการพัฒนาบัญชียา และรหัสยามาตรฐานเพื่อสนับสนุนการบริหารเวชภัณฑ์ คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาฯ ได้มีการจัดทำบัญชียาและรหัสยามาตรฐานฉบับที่ 1 เรียบร้อยแล้ว โดยดำเนินการจัดทำรหัสยาแล้วเสร็จ ทั้งสิ้น 35,871 รายการ นอกจากนี้ มีการจัดทำบัญชีข้อมูลรายการยาและรหัสยามาตรฐานของยาที่มีมูลค่าสูง 9 กลุ่มโรค ฉบับที่ 2 จำนวน 4,563 รายการ รวมทั้งได้มีการจัดทำบัญชีข้อมูลยาและรหัสยามาตรฐานของยาเพิ่มเติม นอกเหนือจากยา 9 กลุ่มไปแล้ว รวมทั้งสิ้น 20,866 รายการ และได้มีการพัฒนาต้นแบบกลไกการให้บริการข้อมูลและตอบปัญหาบัญชีข้อมูลยาและรหัสยามาตรฐานไทย (TMT) และโปรแกรมการเชื่อมโยงรหัสยามาตรฐานกับรหัสยาของโรงพยาบาล ในขณะที่ยังมีการปรับอัตราการจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมให้เป็นเอกภาพระหว่างกองทุน คณะทำงานได้จัดทำรูปแบบและอัตราการจ่ายเงินโดยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมเรียบร้อยแล้ว แต่ยังอยู่ระหว่างดำเนินการนำเสนอให้คณะอนุกรรมการปรับปรุงอัตราการจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมพิจารณา

จากการประเมินผลการดำเนินงานตามมาตรการของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ จะเห็นได้ว่า การดำเนินการส่วนใหญ่ยังเป็นเพียงการทำงานด้านนโยบาย ยังไม่ได้ดำเนินการไปสู่ระดับปฏิบัติการจริง ไม่ว่าจะเป็นมาตรการควบคุมกำกับการใช้ยาให้เป็นไปอย่างเหมาะสม และคุ้มค่าในระบบประกันสุขภาพ ซึ่งมาตรการดังกล่าวยังเป็นเพียงการวางหลักเกณฑ์สำหรับการเบิกจ่ายยา กล่าวคือ ยังอยู่ในขั้นตอนของการเจรจาต่อรองราคายา 9 กลุ่มที่มีค่าใช้จ่ายสูง แม้จะมีการเจรจาราคายาบางกลุ่มแล้วเสร็จ แต่ในทางปฏิบัติยังไม่มีมีการประกาศใช้ราคากลาง จึงไม่สามารถวัดได้ว่ามาตรการดังกล่าวทำให้มูลค่าการใช้ยาจริงลดปริมาณลงไปมากน้อยเพียงใด มีเพียงมูลค่าที่มีการคาดการณ์ว่าจะสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านการใช้ยา ในขณะที่มาตรการพัฒนาบัญชียาและรหัสยามาตรฐานเพื่อสนับสนุนการบริหารเวชภัณฑ์ หรือแม้แต่การปรับอัตราการจ่ายตามกลุ่มโรคร่วมให้เป็นเอกภาพให้ระหว่างกองทุนนั้น แม้จะได้มีการดำเนินการไปเกือบเสร็จสิ้นแล้วก็ตาม แต่ก็ยังไม่ได้มีการนำไปปฏิบัติจริง จึงไม่สามารถประเมินได้ว่าการดำเนินการตามมาตรการดังกล่าวทำให้เกิดประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด

6.2 ข้อเสนอแนะโครงสร้างองค์กรของหน่วยงานที่บริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยแบบบูรณาการ

เนื่องจากประเทศไทยมีกองทุนประกันสุขภาพหลัก 3 กองทุน ซึ่งมีการบริหารจัดการที่แยกกันอย่างเป็นเอกเทศ ทำให้ระบบประกันสุขภาพไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร เนื่องจากมีการ

บริหารงานที่ซ้ำซ้อนกันโดยไม่จำเป็น เช่น การตรวจสอบการเบิกจ่าย การตรวจสอบคุณภาพของบริการ การคำนวณอัตราค่าการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับโรคต่างๆ เป็นต้น ทำให้ต้นทุนในการบริหารจัดการ และกำกับดูแลระบบประกันสุขภาพของประเทศสูงเกินควร

นอกจากนี้แล้ว ยังมีวิธีการบริหารจัดการที่ลักลั่นกัน ไม่ว่าจะเป็นการมีกรอบความคุ้มครองที่ต่างกัน อัตราการจ่ายตามกลุ่มโรคร่วม (DRG) ที่ไม่เหมือนกัน แบบฟอร์มข้อมูลการรักษาพยาบาล และการเบิกจ่ายที่ต่างกัน ฯลฯ ซึ่งล้วนสร้างภาระในเชิงบริหารจัดการของสถานพยาบาลโดยไม่จำเป็น

ความพยายามในการมีองค์กรที่เข้ามาบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพในภาพรวมมีมาโดยตลอด หากแต่มีลักษณะของการจัดตั้งคณะกรรมการเฉพาะกิจที่ขึ้นตรงต่อนายกรัฐมนตรีหรือรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข มิได้มีการวางโครงสร้างองค์กรและวิธีการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศที่หลายส่วนเป็นแบบบูรณาการที่มีลักษณะถาวร ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงคณะกรรมการในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพดังกล่าวบ่อยครั้ง เมื่อมีการเปลี่ยนรัฐบาลทำให้การทำงานต้องชะงักอยู่เป็นระยะๆ ขาดความต่อเนื่อง ทำให้การนำผลงานของคณะกรรมการไปปฏิบัติซึ่งต้องใช้เวลานั้นมีจำกัด

นอกจากนี้แล้ว การบูรณาการการบริหารจัดการทั้ง 3 กองทุนในรูปแบบของคณะกรรมการที่มีได้อำนาจทางกฎหมายรองรับ หากแต่อิงกับอำนาจของ “การเมือง” ในเวลานั้นๆ ทำให้ความสำเร็จในแต่ละยุคสมัยขึ้นอยู่กับโครงสร้างอำนาจทางการเมืองว่าแข็งแกร่ง และมีเอกภาพพอที่จะผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ เพราะกองทุนแต่ละกองทุนต่างก็มีผลประโยชน์ของตนเองที่ต้องการปกป้อง ทำให้กรอบในการร่วมมือกันระหว่างกันมีจำกัด ดังจะเห็นได้ว่าที่ผ่านมาความร่วมมือระหว่าง 3 กองทุนที่ประสบความสำเร็จจะเกิดขึ้นเฉพาะโครงการขนาดเล็กๆ ที่มีผลประโยชน์ร่วมกัน หรือไม่ทำให้ฝ่ายใดเสียประโยชน์เท่านั้น ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ตลอดจนการจัดตั้ง National Clearing House เพื่อเป็นศูนย์กลางข้อมูลในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลก็ดี แต่การบูรณาการระบบประกันสุขภาพที่มีความสำคัญยังคงเป็นประเด็นที่ผลักดันได้ยาก เช่น การพัฒนาระบบการเบิกจ่ายกลาง (Payment Clearing House) การปรับค่า DRG ของทั้ง 3 กองทุนให้เท่าเทียมกัน เป็นต้น

ล่าสุด กระทรวงสาธารณสุขได้มีแนวคิดจัดตั้งเป็นคณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ (National Health Authority: NHA) ขึ้น ทำหน้าที่กรองข้อเสนอของหน่วยงานต่างๆ ด้านสุขภาพ เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) กระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงต่างๆ เป็นกรรมการ เพื่อกำหนดทิศทางนโยบายสุขภาพของประเทศให้สอดคล้องไปใน

ทิศทางเดียวกันกับนโยบายรัฐบาล แต่การจัดตั้งคณะกรรมการดังกล่าวยังไม่ชัดเจนว่าจะ เป็นภารกิจในระดับนโยบายหรือในระดับปฏิบัติ หากเป็นภารกิจในระดับนโยบายก็จะซ้ำซ้อนกับ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมี พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และหากเป็นคณะกรรมการในระดับการบริหารจัดการหรือการกำกับดูแล ก็จะต้องเป็นข้อเสนอของการปฏิรูประบบ ประกันสุขภาพของประเทศไทยที่ใช้การปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากระบบสุขภาพของ ประเทศไทยเกี่ยวข้องกับกระทรวงมากกว่าหนึ่งกระทรวง

คณะผู้วิจัยเห็นว่า ภารกิจในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยมีความ สำคัญยิ่ง จึงควรมีองค์กรที่เข้ามารับผิดชอบในลักษณะถาวร และควรมีการออกกฎหมายว่าด้วย ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ เนื่องจาก พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 กำหนดกรอบและ หลักเกณฑ์ในการกำหนดนโยบายสุขภาพเท่านั้น มิได้มีรายละเอียดเกี่ยวกับการบริหารจัดการ ระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยที่กระจัดกระจาย จากกรณีศึกษาในต่างประเทศพบว่า ประเทศ ที่มีกองทุนสุขภาพ (sickness funds) หลายแห่ง เช่น เยอรมนี เบลเยียม อิสราเอล เป็นต้น ล้วน มีกฎหมายว่าด้วยประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health insurance act) ซึ่งกำหนดโครงสร้าง สถาบันในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพในภาพรวม รวมทั้งการกำหนดสิทธิประโยชน์ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ตลอดจนระบบในการเบิกจ่าย และในการตรวจสอบความถูกต้อง ของการเบิกจ่ายและคุณภาพของการรักษาพยาบาลที่เป็นมาตรฐานกลาง

กฎหมายว่าด้วยระบบประกันสุขภาพแห่งชาติดังกล่าว จะกำหนดโครงสร้างสถาบันที่ รับผิดชอบในการกำหนดนโยบาย และในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพที่เป็นบูรณาการ เพราะการเจรจาต่อรองเพื่อหารูปแบบที่ทั้ง 3 กองทุนพอใจนั้นนอกจากจะไม่ง่ายแล้ว กองทุน สุขภาพแต่ละกองทุนต่างก็มีผลประโยชน์เข้ามาเกี่ยวข้อง และอาจไม่เป็นรูปแบบที่สร้างผล ประโยชน์สูงสุดให้แก่ประเทศชาติอีกด้วย

คณะผู้วิจัยเห็นว่า โครงสร้างการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย ควรจะ ต้องผ่านการพิจารณาของกระบวนการนิติบัญญัติในรูปแบบของพระราชบัญญัติมิใช่กำหนดขึ้นมา โดยฝ่ายบริหารฝ่ายเดียว ซึ่งอาจไม่แน่นอน มีการเปลี่ยนแปลงตามการเมือง ดังนั้น กฎหมายว่า ด้วยการบริหารจัดการกองทุนสุขภาพแห่งชาติอย่างน้อยควรมีบทบัญญัติเกี่ยวกับการกำหนด โครงสร้างและอำนาจหน้าที่ขององค์กรที่จะเข้ามาบริหารจัดการ และกำกับระบบประกันสุขภาพ ของประเทศ

คณะกรรมการดังกล่าวอาจมี 2 ชุด คือ 1) คณะกรรมการนโยบายระบบประกันสุขภาพ แห่งชาติ และ 2) คณะกรรมการบริหารระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการชุดแรกจะมี นายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงาน และ กระทรวงการคลัง ซึ่งเป็น 3 กระทรวงที่มีกองทุนสุขภาพร่วมเป็นกรรมการ นอกจากนี้แล้ว อาจ มีกรรมการที่เป็นตัวแทนของระบบประกันสุขภาพของรัฐวิสาหกิจ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

และระบบประกันภัยอุบัติเหตุรถยนต์ร่วมด้วย คณะกรรมการชุดนี้มีภารกิจและอำนาจหน้าที่ในการกำหนดกรอบแนวทางในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศในภาพรวมเท่านั้น โดยไม่เข้ามายุ่งเกี่ยวในระดับปฏิบัติ เช่น ประเด็นเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ว่าจำเป็นต้องมีชุดสิทธิประโยชน์ “กลาง” หรือไม่ ประเด็นเกี่ยวกับกำหนดอัตราค่าเบิกจ่ายในการรักษาพยาบาลว่าจะต้องเป็นอัตราเดียวทุกกองทุนหรือไม่ เป็นต้น อนึ่ง การกำหนดนโยบายของคณะกรรมการชุดนี้จะต้องเป็นไปตามกรอบของนโยบายสุขภาพแห่งชาติ ที่กำหนดขึ้นโดยคณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมาจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ส่วนคณะกรรมการบริหารระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ จะเป็นผู้นำนโยบายของคณะกรรมการนโยบายฯ ไปปฏิบัติ ในลักษณะที่คล้ายคลึงกับ National Institute for Health and Disability Insurance ในประเทศเบลเยียม หรือ Central Social Insurance Medical Council ในประเทศญี่ปุ่น แต่จะต่างกันตรงที่หน่วยงานในต่างประเทศมักเป็นหน่วยงานที่อยู่ในสังกัดของกระทรวงใดกระทรวงหนึ่ง ที่รับผิดชอบระบบประกันสุขภาพของประเทศ เช่น ในกรณีของเบลเยียมคือกระทรวงสวัสดิการสังคม ในขณะที่ในประเทศญี่ปุ่นคือ กระทรวงสาธารณสุข แรงงาน และสวัสดิการสังคม เป็นต้น แต่ในกรณีของประเทศไทยนั้น คณะผู้วิจัยเห็นว่า คณะกรรมการบริหารระบบประกันสุขภาพแห่งชาติควรเป็นหน่วยงานที่อยู่ภายใต้สำนักนายกรัฐมนตรี เพื่อให้มีการดำเนินการในลักษณะของการบูรณาการข้ามกระทรวง เนื่องจากกฎหมายฉบับนี้มีการบัญญัติขึ้นหลังจากที่มีการจัดตั้งกองทุนต่างๆ ขึ้นมาแล้ว จึงต้องมีรูปแบบที่แตกต่างไปจากในประเทศต่างๆ ที่ศึกษา ที่มีการออกกฎหมายเพื่อกำหนดโครงสร้างของระบบประกันสุขภาพในภาพรวมก่อนที่จะมีออกกฎหมายรองรับอำนาจหน้าที่ของกองทุนแต่ละแห่งขึ้นมา ทั้งนี้ สำนักเลขานุการของคณะกรรมการบริหาร อาจเป็นหน่วยงานมหาชนที่ทำหน้าที่ในเชิงวิชาการ ภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวนมาก ที่มีองค์ความรู้และความเชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขและระบบประกันสุขภาพอย่างดี

องค์ประกอบของคณะกรรมการชุดนี้ อาจประกอบด้วยตัวแทนหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับงานด้านการบริหารระบบประกันสุขภาพเท่านั้น ไม่มีนักการเมืองเข้ามาเกี่ยวข้อง ยกเว้นประธานกรรมการที่ดำรงตำแหน่งรองนายกรัฐมนตรีที่รับผิดชอบด้านสาธารณสุข โดยมีรองประธานเป็นปลัดของ 3 กระทรวง ได้แก่ กระทรวงการคลัง กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงแรงงาน คณะกรรมการชุดนี้มีอำนาจทางกฎหมายในการสั่งการให้กองทุนสุขภาพต่างๆ ต้องดำเนินการเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพของระบบประกันสุขภาพของประเทศ ตามกรอบแนวทางที่คณะกรรมการนโยบายกำหนด

อนึ่ง คณะผู้วิจัยขอย้ำว่า เนื่องจากคณะกรรมการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพมีภารกิจในระดับ “ปฏิบัติ” มิใช่ระดับ “นโยบาย” จึงไม่จำเป็นต้องมีกรรมการที่มาจากผู้มีส่วนได้เสียในวงกว้าง ดังเช่นคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ อย่างไรก็ตาม หากในการกำกับหรือบริหาร

จัดการระบบประกันสุขภาพ คณะกรรมการมีการออกกฎระเบียบใดๆ ที่มีผลกระทบต่อสิทธิในการรักษาพยาบาลของผู้ประกันตน จะต้องมีการรับฟังความคิดเห็นที่มีประสิทธิภาพ จากการศึกษาระเบียบว่าด้วยการรับฟังความเห็นสาธารณะในต่างประเทศพบว่า กระบวนการที่ดีนั้นจะต้องมีลักษณะของการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่าง 2 ฝ่าย มิใช่เป็นเพียงการนำเสนอกฎระเบียบที่คณะกรรมการได้กำหนดขึ้นเรียบร้อยแล้ว ในส่วนนี้อาจมีการศึกษาแบบอย่างในประเทศที่มีการพัฒนากระบวนการรับฟังความเห็นสาธารณะที่ทันสมัย เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการเขียนข้อบัญญัติในกฎหมาย โดยกำหนดกรอบอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการนโยบายฯ และคณะกรรมการบริหาร ดังนี้

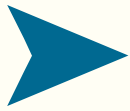
คณะกรรมการนโยบาย

- 1) กำหนดแนวทางและเป้าหมายในการลดความเหลื่อมล้ำของสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของกองทุนสุขภาพต่างๆ
- 2) กำหนดรูปแบบของระบบข้อมูลเบิกจ่าย (Data Standard Maintenance Organization – DSMO) การบริหารจัดการข้อมูลค่าบริการ และการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Data Centre and Clearing House) พัฒนาเครื่องมือคำนวณการเบิกจ่ายค่าบริการ (Case-Mix Centre)
- 3) กำหนดระบบการตรวจสอบข้อมูลการเบิกจ่าย และคุณภาพในการรักษาพยาบาล (financial and clinical audit)
- 4) กำหนดหลักการในการกำหนดราคากลาง ค่ารักษาพยาบาลและค่ายา
- 5) กำหนดแนวทางในการพัฒนาระบบการชื้อยาและเวชภัณฑ์ รวมถึงระบบการต่อรองราคา ยา ทั้งในและนอกบัญชียาหลักที่เป็นบูรณาการ
- 6) กำหนดแนวทางในการติดตาม ตรวจสอบระบบประกันสุขภาพ และเสนอแนะแนวทางในการปรับปรุงกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง
- 7) ฯลฯ

คณะกรรมการบริหาร

- 1) ศึกษาและประเมินในรายละเอียดการดำเนินนโยบาย หรือมาตรการตามที่คณะกรรมการนโยบายกำหนด
- 2) ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กองทุนสุขภาพทั้ง 3 กองทุน และหน่วยงานที่ทำหน้าที่สนับสนุนด้านข้อมูลและด้านวิชาการ เป็นต้น เพื่อออกแบบวิธีการในการนำนโยบายไปปฏิบัติ
- 3) ออกกฎระเบียบ หรือประกาศเพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการตามแนวนโยบายที่กำหนดโดยคณะกรรมการนโยบาย
- 4) ติดตามและตรวจสอบความคืบหน้าของนโยบาย
- 5) ฯลฯ





บรรณานุกรม

กิตติ พิทักษ์นิตินันท์ และคณะ การพัฒนาและดำเนินการระบบการต่อรองราคาที่มีผู้จำหน่ายรายเดียวของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. ในเภสัชกรรมคลินิก ปีที่ 19 ฉบับที่ 2-3. พิมพ์ครั้งที่ 1. เพชรบุรี. บริษัท เพชรภูมิการพิมพ์ จำกัด. 2555

เนตรนภิส สุขนวนิช. เอกสารประกอบการนำเสนอ เรื่อง ราคายาและการเข้าถึง. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 4 กรกฎาคม 2556

รายงานการประชุมคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัยและค่าบริการทางการแพทย์ ครั้งที่ 1/2555. 6 มิถุนายน 2555

รายงานการประชุมคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัยและค่าบริการทางการแพทย์ ครั้งที่ 2/2555. 13 กรกฎาคม 2555

รายงานการประชุมคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัยและค่าบริการทางการแพทย์ ครั้งที่ 3/2555. 15 สิงหาคม 2555

รายงานการประชุมคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัยและค่าบริการทางการแพทย์ ครั้งที่ 4/2555. 11 กันยายน 2555

รายงานการประชุมคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัยและค่าบริการทางการแพทย์ ครั้งที่ 5/2555. 10 ตุลาคม 2555

รายงานการประชุมคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัยและค่าบริการทางการแพทย์ ครั้งที่ 6/2555. 19 พฤศจิกายน 2555

รายงานการประชุมคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัยและค่าบริการทางการแพทย์ ครั้งที่ 7/2555. 17 ธันวาคม 2555

รายงานการประชุมคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัย และค่าบริการทางการแพทย์ ครั้งที่ 8 (1/2556). 2 เมษายน 2556

รายงานการประชุมคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัย และค่าบริการทางการแพทย์ ครั้งที่ 9 (2/2556). 27 พฤษภาคม 2556

รายงานการประชุมคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัย และค่าบริการทางการแพทย์ ครั้งที่ 10 (3/2556). 30 ตุลาคม 2556

รายงานการประชุมคณะกรรมการเจรจาต่อรองราคายาและเวชภัณฑ์ ครั้งที่ 1/2555. 11 กรกฎาคม 2555

รายงานการประชุมคณะกรรมการเจรจาต่อรองราคายาและเวชภัณฑ์ ครั้งที่ 2/2556. 5 ตุลาคม 2555

รายงานการประชุมคณะกรรมการเจรจาต่อรองราคายาและเวชภัณฑ์ ครั้งที่ 3/2556. 14 พฤศจิกายน 2555

รายงานการประชุมคณะกรรมการเจรจาต่อรองราคายาและเวชภัณฑ์ ครั้งที่ 4/2556. 17 มกราคม 2556

รายงานการประชุมคณะกรรมการเจรจาต่อรองราคายาและเวชภัณฑ์ ครั้งที่ 5/2556. 28 มีนาคม 2556

รายงานการประชุมคณะกรรมการเจรจาต่อรองราคายาและเวชภัณฑ์ ครั้งที่ 6/2556. 23 พฤษภาคม 2556

รายงานการประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษาพยาบาลและการเบิกจ่าย ครั้งที่ 1/2555. 15 มิถุนายน 2555

รายงานการประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษาพยาบาลและการเบิกจ่าย ครั้งที่ 2/2555. 9 กรกฎาคม 2555

รายงานการประชุมคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษาพยาบาลและการเบิกจ่าย ครั้งที่ 3/2555. 10 สิงหาคม 2555

รายงานการประชุมคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษาพยาบาลและการเบิกจ่าย ครั้งที่ 4/2555. 20 กันยายน 2555

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. การเดินทางสู่การควบคุมค่ายาในระบบสวัสดิการข้าราชการ. จุลสาร HSRI Forum ฉบับที่ 5 ประจำเดือนตุลาคม 2555. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ. 2555

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ. ความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ. สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์. 2556

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ธรรมนูญว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ. บริษัท วิกี จำกัด. 2553

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ. บริษัท วิกี จำกัด. 2553

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. เอกสารประกอบการประชุมระดมสมองและรับฟังความคิดเห็นต่อภาพที่พึงประสงค์การพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ. 23 สิงหาคม 2554





การเปลี่ยนแปลง โครงสร้างและวิธีการบริหารจัดการ
ระบบประกันสุขภาพสาธารณะของประเทศที่ผันแปร
ไปตามทิศทางของการเมืองทำให้เกิดคำถามว่า
โครงสร้างองค์กรกลไกที่แต่ละรัฐบาลตั้งขึ้นมานั้น
มีประสิทธิภาพในการบรรลุเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้
มากน้อยเพียงใด
และโครงสร้างองค์กรที่เหมาะสมคืออะไร ?

จัดพิมพ์และเผยแพร่โดย
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
ชั้น ๕ อาคารสุขภาพแห่งชาติ ซ.สาธารณสุข ๖ ถ.ติวานนท์ ๑๕
ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐
โทรศัพท์ ๐ ๒๘๓๒ ๔๒๐๐ โทรสาร ๐ ๒๘๓๒ ๔๒๐๑ - ๒
www.hsri.or.th

ดาวน์โหลดหนังสือเล่มนี้และงานวิจัยอื่นๆ ของ สวรส. และเครือข่ายได้ที่
คลังข้อมูลและความรู้ระบบสุขภาพของ สวรส. และองค์กรเครือข่าย <http://kb.hsri.or.th>