

รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการศึกษากระบวนการพัฒนานโยบายการบริหารจัดการ
ระบบหลักประกันสุขภาพ ในรูปแบบคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา
เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัย และค่าบริการทางการแพทย์

A Study on the Efficacy of Health care Management under
the Committee on Drugs and Health Care Reimbursement
System Management

เสนอต่อ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

โดย

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

มีนาคม 2557

คณะผู้วิจัย

ดร. อัมมาร	สยามวาตา	ที่ปรึกษาโครงการ
ดร. เตือนเด่น	นิคมบริรักษ์	หัวหน้าโครงการ
วีรวัลย์	ไพบูลย์จิตต์อารี	นักวิจัยอาวุโส
ธารทิพย์	ศรีสุวรรณเกษ	นักวิจัย
ธิปไตร	แสงวงค์	นักวิจัย

นิยามศัพท์

1. ภารกิจระดับ “ปฏิบัติ” หรือ “เชิงปฏิบัติการ” หมายถึง การนำแนวคิดไปสู่การปฏิบัติโดยมีเจตจำนงที่จะปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงปัญหาที่เกิดขึ้นในระบบประกันสุขภาพ มักอยู่ในรูปแบบของคณะทำงาน หรือคณะอนุกรรมการภายใต้คณะกรรมการ
2. ภารกิจระดับ “นโยบาย” หรือ “เชิงนโยบาย” หมายถึง การกำหนดแนวทางอย่างกว้างๆ เพื่อเป็นตัวชี้้นสำหรับการบริหารงานต่างๆ ซึ่งหมายถึงการตัดสินใจในภาพใหญ่ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศ

บทสรุปผู้บริหาร

1. การบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ

ในอดีตการพัฒนาด้านสุขภาพเน้นการควบคุมโรค การขยายสถานพยาบาล และขยายบุคลากรทางการแพทย์เป็นหลัก เพื่อครอบคลุมการบริการทางการแพทย์ให้ทั่วถึง ในปี พ.ศ. 2543 สมัยรัฐบาลคุณชวน-หลีกภัย ได้เกิดแนวคิดในการปฏิรูประบบสุขภาพ ได้มีการจัดทำร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ... เพื่อเป็นกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพ จนกระทั่งปี พ.ศ. 2550 สภานิติบัญญัติแห่งชาติได้ผ่านร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ กฎหมายฉบับนี้ได้ให้ความสำคัญแก่การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในสังคมมาทำงานด้านสุขภาพ ผลจาก พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ซึ่งทำหน้าที่ในการเสนอแนะและให้คำปรึกษาแก่คณะรัฐมนตรีเกี่ยวกับนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีการกำหนดให้มีการจัดทำ “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ” เพื่อใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพของประเทศ รวมทั้งให้มีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้เป็นกระบวนการที่ให้ทุกฝ่ายได้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ หลังจากนั้นในปี พ.ศ. 2553 สมัยรัฐบาลคุณอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ (คพคส.) ซึ่งคณะกรรมการชุดนี้เกิดจากมติของ “สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ”¹ ที่ต้องการให้ระบบสุขภาพทุกระบบเกิดความเท่าเทียมกัน ทั้งด้านค่าใช้จ่าย และสิทธิประโยชน์ต่างๆ

คณะกรรมการ คพคส. ถูกแต่งตั้งขึ้นมาเพื่อปฏิรูประบบสุขภาพในภาพกว้าง โดยมีแนวคิดในการอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพในอนาคต 2 แนวทาง คือ 1) การสร้างระบบประกันสุขภาพใหม่ โดยรวบรวมทุกกองทุนประกันสุขภาพทั้งหมด เพื่อให้มีการรวมศูนย์การบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศ ซึ่งจะช่วยให้ประหยัดค่าใช้จ่ายและเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ และ 2) คงโครงสร้างระบบประกันสุขภาพเดิม หากแต่สร้างความเป็นเอกภาพระหว่างกองทุนประกันสุขภาพ ทั้งเรื่องของระบบการเงินการคลัง มาตรฐานของสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานให้เท่าเทียมกันทุกกองทุน การดำเนินงานของคณะกรรมการ คพคส. ยังไม่มีผลงานที่นำมาปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม เนื่องจากช่วงระยะหนึ่งปีที่ผ่านมาได้ให้ความสำคัญแก่การวางกรอบและแผนการทำงาน

2. การบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพในรูปแบบของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัย และค่าบริการทางการแพทย์

ในปี พ.ศ. 2554 มีการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง โดยเปลี่ยนรัฐบาลในการบริหารประเทศเป็นรัฐบาลคุณยิ่งลักษณ์ ชินวัตร และคณะรัฐมนตรีได้มีมติให้ยกเลิกคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ คพคส. และได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าวินิจฉัยและค่าบริการทางการแพทย์ เพื่อมาทำหน้าที่ในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจะกำกับควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้มีความเหมาะสม

¹ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้ให้ความหมายของ “สมัชชาสุขภาพ” ว่าเป็น กระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การ เสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ หรือความมีสุขภาพของประชาชน โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและอย่างมีส่วนร่วมอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง

องค์ประกอบของคณะกรรมการชุดนี้ต่างจากคณะกรรมการ คพคส. ที่ตั้งขึ้นมาสมัยรัฐบาลคุณอภิสิทธิ์ เนื่องจากกรรมการส่วนใหญ่ของ คพคส. เป็นข้าราชการมาจากกระทรวงการคลังและกระทรวงสาธารณสุข และมีบุคคลภายนอก เช่น นักวิชาการที่สังกัดองค์กรเอกชน ตัวแทนภาคประชาชน ลูกจ้างในระบบประกันสังคม ลูกจ้างนอกระบบประกันสังคม เป็นต้น ความแตกต่างของโครงสร้างของคณะกรรมการสองชุดนี้ ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากที่มาแตกต่างกัน โดยคณะกรรมการ คพคส. เกิดจากมติของ “สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ” ซึ่งมีเป้าหมายในการปฏิรูประบบประกันสุขภาพในภาพกว้างอย่างเป็นระบบ เนื่องจากสมัชชาสุขภาพมีผู้ที่มีส่วนได้เสียเข้ามามีส่วนรวมในการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากหลากหลายภาคส่วน ดังนั้น โครงสร้างของคณะกรรมการ คพคส. จึงสะท้อนกระบวนการดังกล่าวซึ่งให้ความสำคัญแก่การมีส่วนร่วมของประชาชน

ในทางตรงกันข้าม คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ได้ถูกจัดตั้งขึ้นมาเพื่อเป้าประสงค์ในการปรับปรุงประสิทธิภาพและผลิตภาพในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศตามที่เป็นอยู่ ซึ่งเป็นการมองในเชิงธุรกิจ จึงให้ความสำคัญแก่หน่วยงานที่ปฏิบัติหน้าที่โดยตรงกับการบริหารจัดการระบบสุขภาพเท่านั้น เนื่องจากมองว่าเป็นการปรับปรุงกระบวนการในการบริหารจัดการ “ภายใน” เท่านั้น มิได้เกี่ยวข้องกับบุคคลภายนอกแต่อย่างใด ทั้งนี้ ได้มีข้อวิจารณ์ว่า การที่คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ มีเฉพาะบุคคลที่เป็นข้าราชการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยตรง ซึ่งไม่รวมถึงผู้ที่ได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาล มีทั้งข้อดีและข้อเสีย ข้อดี คือ การดำเนินนโยบายมีความชัดเจนและสามารถดำเนินการได้อย่างรวดเร็ว แต่ข้อเสีย คือ ขาดการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้เสีย และผู้เชี่ยวชาญที่เป็นบุคคลภายนอก ซึ่งอาจทำให้การดำเนินการหรือนโยบายที่กำหนดขึ้นขาดการกลั่นกรองและอาจทำให้มาตรการดังกล่าวไม่สมบูรณ์เท่าที่ควร

หลักทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียในกระบวนการกำหนดนโยบายด้านสาธารณสุขยังไม่มีคำตอบที่ชัดเจนเท่าใดนัก เนื่องจากในแต่ละประเทศจะมีรูปแบบที่แตกต่างกัน Craig Milton et al (2009) ได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนได้เสียในการกำหนดนโยบาย โดยเฉพาะนโยบายด้านสาธารณสุข ผลการศึกษา พบว่า รัฐบาลส่วนมากเล็งเห็นประโยชน์จากการแลกเปลี่ยนข้อมูลและความคิดเห็นกับกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียในการกำหนดนโยบายที่มีผลกระทบต่องานในวงกว้าง โดยเครื่องมือที่ใช้มีหลากหลาย แต่มีแนวโน้มชัดเจนที่จะใช้รูปแบบของการอภิปรายเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล (deliberation) มากขึ้น และมีการจัดอภิปรายดังกล่าวเป็นระยะๆ อย่างไรก็ดี ยังไม่มีข้อมูลเชิงประจักษ์ที่บ่งชี้ว่า การจัดเวทีเพื่อรับฟังและแลกเปลี่ยนข้อมูลและความคิดเห็นนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในการตัดสินใจเชิงนโยบายหรือการจัดสรรทรัพยากรในทางปฏิบัติ อย่างไรก็ตาม โครงสร้างของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ที่ไม่มีบุคคลภายนอกเข้ามาร่วมเป็นกรรมการนั้นไม่ขัดกับหลักการที่เป็นสากล หากมองว่าคณะกรรมการชุดนี้มีภารกิจในระดับ “ปฏิบัติ”² มากกว่าในระดับ “นโยบาย”³

การบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศในภาพรวมที่คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ กำหนดไว้มี 3 แนวทางหลัก คือ 1) การควบคุมกำกับการใช้ยาให้เป็นไปอย่างเหมาะสมและคุ้มค่าในระบบประกันสุขภาพ 2) การพัฒนาบัญชียาและหัตถยามาตรฐานเพื่อสนับสนุนการบริหารเวชภัณฑ์ และ 3) การปรับอัตราค่าจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมให้เป็นเอกภาพระหว่างกองทุน

² ภารกิจในระดับ “ปฏิบัติ” หรือ “เชิงปฏิบัติการ” หมายถึง การนำแนวคิดไปสู่การปฏิบัติโดยมีเจตจำนงที่จะปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงปัญหาที่เกิดขึ้นในระบบประกันสุขภาพ

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

การควบคุมกำกับการใช้ยาให้เป็นไปอย่างเหมาะสมและคุ้มค่าในระบบประกันสุขภาพนั้น เนื่องจากสถานการณ์การใช้ยาในประเทศไทยมีมูลค่าเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมูลค่าการใช้ยาทั้งหมดเป็นการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ นอกจากนี้ยาส่วนใหญ่เป็นกลุ่มยานำเข้ามาจากต่างประเทศ ทำให้เกิดการสูญเสียรายได้ของประเทศ ดังนั้น การควบคุมและกำกับการใช้ยาจึงจำเป็นต้องมีมาตรการที่รอบคอบเพื่อควบคุมปริมาณยา ชนิดของยา รวมทั้งอัตราค่าบริการจ่ายค่ายา โดย

- (1) กำหนดให้มีกลไกกลางในการเจรจาต่อรองราคาที่มีราคาแพง โดยเฉพาะรายการยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีราคาแพงและมีผู้จำหน่ายรายเดียว
- (2) ควบคุมการกำกับการเบิกจ่ายค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติและยาต้นแบบในระบบประกันสุขภาพ ได้แก่ การกำหนดเป้าหมายการลดค่าใช้จ่าย การกำหนดอัตราอ้างอิง การเบิกจ่ายยา กลุ่มเป้าหมาย การปรับโครงสร้างชดเชยค่ายาและค่าบริการ ระบบสารสนเทศข้อมูลการเบิกจ่าย และการส่งจ่ายยา
- (3) ส่งเสริมการใช้ยาในบัญชียาหลักและยาชื่อสามัญ ได้แก่ การกำหนดเป้าหมายการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ/ยาชื่อสามัญ การมีระบบประกันคุณภาพยา ชื่อสามัญที่มีจำหน่ายในท้องตลาด การสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ประชาชน
- (4) กำหนดแนวเวชปฏิบัติและข้อบ่งชี้การใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติในยาในกลุ่มเป้าหมายที่มีมูลค่าการใช้จ่ายสูง รวมถึงข้อบ่งชี้การตรวจวินิจฉัยโรคและการรักษาด้วยเทคโนโลยีราคาแพง
- (5) กำหนดกลไกกลางในการตรวจสอบการเบิกจ่ายและการจ่ายยา

สัดส่วนค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น ส่วนหนึ่งเกิดจากการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสม มีการเบิกจ่ายยาอย่างฟุ่มเฟือยเกินความจำเป็น แต่รัฐยังไม่มีกลไกในการกำกับ ติดตามและตรวจสอบที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากยังไม่มีบัญชีข้อมูลยาและรหัสยามาตรฐานที่จะสามารถนำมาอ้างอิงเพื่อใช้ในการติดตามและตรวจสอบ คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ จึงมีนโยบายให้มีการพัฒนาบัญชียาและรหัสยามาตรฐานยา โดยมอบหมายให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเป็นแกนในการพัฒนาร่วมกับศูนย์พัฒนามาตรฐานระบบข้อมูลสุขภาพไทย ให้ดำเนินการ 1) พัฒนาต่อยอดบัญชียาในบัญชียาหลักแห่งชาติและรหัสยามาตรฐาน ให้ครอบคลุมทั้งในส่วนของการรายการยา และรายละเอียดในรายการยาให้เพียงพอกับระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายในระดับรายการยา (drug item) 2) พัฒนาออกแบบโครงสร้างรหัสยามาตรฐานใหม่ที่สามารถใช้งานได้หลายระบบงานโดยสอดคล้องกับมาตรฐานสากล และ 3) ศึกษากลไกกลางที่ทำหน้าที่พัฒนาบำรุงรักษา และบริการข้อมูลบัญชีและรหัสยามาตรฐานให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระบบบริการสุขภาพ และประชาชน

ทั้งนี้ คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ได้มีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการเพื่อดำเนินการตามมาตรการดังกล่าวทั้งหมด 7 คณะ คือ

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

นอกจากการกำกับควบคุมการใช้ยาให้เหมาะสม รวมถึงการพัฒนาบัญชียาและรหัสมาตรฐานยาเพื่อให้มีระบบการติดตามและตรวจสอบการเบิกจ่ายค่ายาให้มีประสิทธิภาพแล้ว คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ยังกำหนดให้มีการปรับอัตราการจัดจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ให้เป็นเอกภาพระหว่างกองทุน เนื่องจากระบบประกันสุขภาพแต่ละระบบมีการคำนวณต้นทุนและกำหนดอัตราการจัดจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในตามประเภทของโรคที่รักษาแตกต่างกัน ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการใช้วิธีตกลงราคาล่วงหน้าในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่โรงพยาบาล โดยอัตราที่เบิกจ่ายของแต่ละกลุ่มโรคจะคำนวณตามอัตราฐานคูณด้วยค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW)⁴ และอัตราการเบิกจ่ายดังกล่าวยังแตกต่างกันในแต่ละสถานพยาบาล เนื่องจากวิธีการรักษา ในขณะที่กองทุนประกันสุขภาพอีกสองระบบ คือ ระบบประกันสังคม และระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ แม้จะใช้วิธีการ “เหมาจ่ายรายหัว” ในการจัดสรรงบประมาณให้แก่สถานพยาบาลแต่ละแห่ง แต่ก็มี การจ่ายเงินเพิ่มในการรักษาผู้ป่วยในรูปแบบของการจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมสำหรับโรคร้ายแรงหรือโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูง ในกรณีของสองกองทุนนี้ อัตราการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมเท่ากันในทุกโรงพยาบาล เพื่อให้อัตราการจ่ายเงินของทุกกองทุนเป็นมาตรฐานเดียวกันจึงได้กำหนดให้มีการปรับ อัตราการเบิกจ่ายให้เป็นเอกภาพ โดยมีการแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อปรับปรุงกลไกการจ่ายเงินด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรค ร่วมให้ทุกกองทุนเป็นรูปแบบเดียวกัน นอกจากนี้ยังมีมาตรการกำกับดูแลค่าใช้จ่ายด้านยาของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเป็นการเฉพาะอีกด้วย โดยมีมอบหมายให้กรมบัญชีกลางเป็นผู้ดำเนินการ

หากพิจารณาในภาพรวมแล้ว พบว่า อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ มีความซ้ำซ้อนกับคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ซึ่งจัดตั้งขึ้นโดยระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วย คณะกรรมการระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2551 ซึ่งมีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดนโยบายแห่งชาติด้านยาและแผน ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ รวมถึงจัดทำบัญชียาหลักแห่งชาติ และกำหนดราคากลางยาในการจัดซื้อ ของหน่วยงานของรัฐ และส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ซึ่งความซ้ำซ้อนดังกล่าวทำให้เกิดความสับสนของ ขั้นตอนและกระบวนการดำเนินงานสำหรับหน่วยงานระดับปฏิบัติการ ตัวอย่างเช่น ในกรณีที่คณะกรรมการ กำหนดระบบบริหารยาฯ ได้ดำเนินการเจรจาต่อรองราคายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ และเสนอราคากลางให้ กรมบัญชีกลางนำไปดำเนินการประกาศเป็นหลักเกณฑ์ในการเบิกจ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติในระบบ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ แต่เนื่องจากหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายของกรมบัญชีกลาง จะต้องเบิกจ่ายค่ายา ตามหลักเกณฑ์ของคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติเท่านั้น ดังนั้น กรมบัญชีกลางจึงต้องส่งราคากลางที่ คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ เสนอให้แก่คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติพิจารณาเพื่อปรับราคา กลางใหม่ เป็นต้น

อย่างไรก็ดี แม้ภาพรวมการดำเนินงานของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ จะซ้ำซ้อนกับ คณะทำงานอื่นๆ อยู่บ้าง แต่จะเห็นได้ว่า มีความพยายามที่จะดึงบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่อยู่เดิมเข้ามาใน โครงสร้างของอนุกรรมการที่แต่งตั้งขึ้นมา เช่นในกรณีที่มีการดึงตัวคณะทำงานเจรจาต่อรองราคาของกระทรวง สาธารณสุขเข้ามาเป็นอนุกรรมการเจรจาต่อรองราคาฯ หรือดึงคณะทำงานในการตรวจสอบ ภายใต้ คณะกรรมการประสานความร่วมมือระหว่างกรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม (สปส.) และสำนักงาน

⁴ RW มาจากคำว่า Relative Weight หรือน้ำหนักสัมพัทธ์ หมายถึง ค่าเฉลี่ยของการใช้ทรัพยากรในการรักษาผู้ป่วยตาม DRG นั้น เป็นการเทียบกับ ต้นทุนเฉลี่ยของการรักษาผู้ป่วยทั้งหมด

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข⁵ เข้ามาปฏิบัติหน้าที่เป็น อนุกรรมการพัฒนาระบบการตรวจสอบการรักษาพยาบาลและ การเบิกจ่าย ในลักษณะเดียวกันกับการพัฒนากลไก การจ่ายเงินโดยกลุ่มวินิจัยโรคร่วม เป็นมาตรการที่คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ต้องการให้ทุก กองทุนมีมาตรฐานในการเบิกจ่ายเหมือนกัน จึงมีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการปรับปรุงกลไกการจ่ายเงินโดยกลุ่ม วินิจัยโรคร่วมเพื่อมาดำเนินการดังกล่าว แม้ว่าศูนย์พัฒนากลุ่มโรคร่วมไทยจะดำเนินการอยู่ก่อนแล้ว แต่ คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ได้แต่งตั้งให้อำนาจการพัฒนาศูนย์โรคร่วมไทยเข้าร่วมทำงาน เพื่อพัฒนากลไกดังกล่าวด้วย

การที่คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ เลือกที่จะดึงบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การปรับปรุงระบบการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่เดิมเข้ามาในคณะอนุกรรมการชุดต่างๆ ที่ตั้ง ขึ้นมา อาจมองได้ว่า คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ มิได้ต้องการดำเนินการกิจที่ซ้ำซ้อนกับหน่วยงานอื่นๆ ที่ดำเนินการอยู่แล้ว หากแต่ต้องการที่จะบูรณาการงานต่างๆ ที่กระจัดกระจายอยู่ภายใต้หน่วยงานต่างๆ หรือ กองทุนประกันสุขภาพต่างๆ เพื่อที่จะสามารถติดตามและตรวจสอบการดำเนินงาน (Monitor) ของคณะกรรมการ หรือคณะทำงานที่เคยมีอยู่เดิมได้อย่างเป็นระบบ เพื่อที่จะสามารถปฏิรูประบบสาธารณสุขในภาพรวมได้

จากการประเมินผลการดำเนินงานตามมาตรการของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ จะเห็นได้ ว่า การดำเนินการส่วนใหญ่ยังเป็นเพียงการทำงานด้านนโยบาย ยังไม่ได้ดำเนินการไปสู่ระดับปฏิบัติการจริง ไม่ว่าจะ เป็นมาตรการควบคุมกำกับค่าใช้จ่ายให้เป็นไปอย่างเหมาะสมและคุ้มค่าในระบบประกันสุขภาพ ซึ่งมาตรการ ดังกล่าวยังเป็นเพียงการวางหลักเกณฑ์สำหรับการเบิกจ่ายยา กล่าวคือ ยังอยู่ในขั้นตอนของการเจรจาต่อรอง ราคายา 9 กลุ่มที่มีค่าใช้จ่ายสูง แม้จะมีการเจรจาราคายาบางกลุ่มแล้วเสร็จ แต่ในทางปฏิบัติยังไม่มี การประกาศใช้ราคากลาง ดังนั้น จึงไม่สามารถวัดได้ว่ามาตรการดังกล่าวทำให้มูลค่าการใช้จ่ายจริงลดปริมาณลงไป มากน้อยเพียงใด มีเพียงมูลค่าที่มีการคาดการณ์ว่าจะสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านการใช้จ่าย ในขณะที่มาตรการ พัฒนาบัญชียาและรหัสยามาตรฐานเพื่อสนับสนุนการบริหารเวชภัณฑ์ และมาตรการปรับอัตราค่าจ่ายตามกลุ่ม โรคร่วมให้เป็นเอกภาพให้ระหว่างกองทุนนั้น แม้จะได้มีการดำเนินการไปเกือบเสร็จสิ้นแล้วก็ตาม แต่ก็ยังไม่ได้มี การนำไปปฏิบัติจริง จึงไม่สามารถประเมินได้ว่าการดำเนินการตามมาตรการดังกล่าวทำให้เกิดประสิทธิภาพมาก น้อยเพียงใด

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 โครงสร้างองค์กรของหน่วยงานที่บริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศแบบบูรณาการ

เนื่องจากประเทศไทยมีกองทุนประกันสุขภาพหลัก 3 กองทุน ซึ่งมีการบริหารจัดการแยกกันอย่างเป็น เอกเทศ ทำให้ระบบประกันสุขภาพไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร เนื่องจากมีการบริหารงานที่ซ้ำซ้อนกันโดยไม่ จำเป็น เช่น การตรวจสอบการเบิกจ่าย การตรวจสอบคุณภาพของบริการ การคำนวณอัตราค่า เบิกจ่ายค่า รักษาพยาบาลสำหรับโรคต่างๆ เป็นต้น ทำให้ต้นทุนในการบริหารจัดการและกำกับดูแลระบบประกันสุขภาพของ ประเทศสูงเกินควร

⁵ คณะกรรมการประสานความร่วมมือระหว่างกรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม (สปส.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ใน การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข แต่งตั้งตามคำสั่งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ 1/2547 เมื่อวันที่ 19 กรกฎาคม 2547 และมีการ ยกเลิกคำสั่งเดิม พร้อมออกคำสั่งแต่งตั้งใหม่ ลงวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2555

นอกจากนี้แล้ว ยังมีวิธีการบริหารจัดการที่ต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นกรอบความคุ้มครองที่ต่างกัน อัตราการจ่ายตามกลุ่มโรคร่วม (DRG) ที่ไม่เหมือนกัน แบบฟอร์มข้อมูลการรักษาพยาบาลและการเบิกจ่ายที่ต่างกัน ฯลฯ ซึ่งล้วนสร้างภาระในเชิงบริหารจัดการของสถานพยาบาลโดยไม่จำเป็น

ความพยายามในการมีองค์กรที่เข้ามาบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพในภาพรวมมีมาโดยตลอด หากแต่มีลักษณะของการจัดตั้งคณะกรรมการเฉพาะกิจที่ขึ้นตรงต่อนายกรัฐมนตรีหรือรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข มิได้มีการวางโครงสร้างองค์กรและวิธีการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศแบบบูรณาการและมีลักษณะถาวร ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงคณะกรรมการ ดังกล่าวบ่อยครั้งเมื่อมีการเปลี่ยนรัฐบาลทำให้การทำงานต้องชะงักอยู่เป็นระยะๆ ขาดความต่อเนื่อง ทำให้การนำผลงานของคณะกรรมการไปปฏิบัติมีจำกัด

นอกจากนี้แล้ว การบูรณาการการบริหารจัดการทั้งสามกองทุนในรูปแบบของคณะกรรมการ ที่มีได้อำนาจทางกฎหมายรองรับ หากแต่อิงกับอำนาจของ “การเมือง” ในเวลานั้นๆ ทำให้ความสำเร็จในแต่ละยุคสมัยขึ้นอยู่กับโครงสร้างอำนาจทางการเมืองว่าแข็งแกร่งและมีเอกภาพพอที่จะผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ เพราะกองทุนแต่ละกองทุนต่างก็มีผลประโยชน์ของตนเองที่ต้องการปกป้องทำให้กรอบในการร่วมมือกันระหว่างกันมีจำกัดจึงเห็นได้ว่าที่ผ่านมาความร่วมมือระหว่างสามกองทุนที่ได้รับความสำเร็จจะเกิดขึ้นเฉพาะโครงการขนาดเล็กๆ ที่มีผลประโยชน์ร่วมกันหรือไม่ทำให้ฝ่ายใดเสียประโยชน์เท่านั้นไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ตลอดจนการจัดตั้ง National Clearing House เพื่อเป็นศูนย์กลางข้อมูลในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลก็ดี แต่การบูรณาการระบบประกันสุขภาพที่มีความสำคัญ เช่น การพัฒนาระบบการเบิกจ่ายกลาง (Payment Clearing House) การปรับค่า DRG ของทั้งสามกองทุนให้เท่าเทียมกัน เป็นต้น ยังคงเป็นประเด็นที่ผลักดันได้ยาก

ล่าสุด กระทรวงสาธารณสุขได้มีแนวคิดจัดตั้งเป็นคณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ(National Health Authority: NHA) ขึ้น ทำหน้าที่กรองข้อเสนองานของหน่วยงานต่างๆ ด้านสุขภาพ เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) กระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และมีรัฐมนตรีกระทรวงต่างๆ เป็นกรรมการ เพื่อกำหนดทิศทางนโยบายสุขภาพของประเทศ ให้สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันกับนโยบายรัฐบาล แต่การจัดตั้งคณะกรรมการดังกล่าวยังมีความไม่ชัดเจนว่าจะเป็นภารกิจในระดับนโยบายหรือในระดับปฏิบัติ หากเป็นภารกิจในระดับนโยบายก็จะซ้ำซ้อนกับคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติซึ่งมี พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และหากเป็นคณะกรรมการในระดับการบริหารจัดการหรือการกำกับดูแลก็ต้องเป็นข้อเสนอของการปฏิรูประบบประกันสุขภาพของประเทศมิใช่การปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุขเนื่องจากระบบสุขภาพของประเทศไทยเกี่ยวข้องกับกระทรวงมากกว่าหนึ่งกระทรวง

คณะผู้วิจัยเห็นว่าภารกิจในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยมีความสำคัญยิ่ง จึงควรมีองค์กรที่เข้ามารับผิดชอบในลักษณะถาวร และควรมีการออกกฎหมายว่าด้วยระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ เนื่องจาก พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 กำหนดกรอบและหลักเกณฑ์ในการกำหนดนโยบายสุขภาพเท่านั้น มิได้มีรายละเอียดเกี่ยวกับการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยที่กระจัดกระจาย จากกรณีศึกษาในต่างประเทศ พบว่า ประเทศที่มีกองทุนสุขภาพ (sickness funds) หลายแห่ง เช่น เยอรมนี เบลเยียม อิสราเอล เป็นต้น ล้วนมีกฎหมายว่าด้วยประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health insurance act) ซึ่งกำหนดโครงสร้างสถาบันในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพในภาพรวม รวมทั้งการกำหนดสิทธิประโยชน์ ค่าใช้จ่ายใน

การรักษาพยาบาล ตลอดจนระบบในการเบิกจ่าย และในการตรวจสอบความถูกต้องของการเบิกจ่ายและคุณภาพของการรักษาพยาบาลที่เป็นมาตรฐานกลาง

กฎหมายว่าด้วยระบบประกันสุขภาพแห่งชาติดังกล่าวจะกำหนดโครงสร้างสถาบันที่รับผิดชอบในการกำหนดนโยบายและในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพที่เป็นแบบบูรณาการ เพราะการเจรจาต่อรองเพื่อหารูปแบบที่ทั้งสามกองทุนพอใจนั้นนอกจากจะไม่ง่ายแล้ว กองทุนสุขภาพแต่ละกองทุนต่างก็มีผลประโยชน์เข้ามาเกี่ยวข้อง และอาจไม่เป็นรูปแบบที่สร้างผลประโยชน์สูงสุดให้แก่ประเทศชาติอีกด้วย

คณะผู้วิจัยเห็นว่า โครงสร้างการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศควรจะต้องผ่านการพิจารณาของกระบวนการนิติบัญญัติในรูปแบบของพระราชบัญญัติมิใช่กำหนดขึ้นมาโดยฝ่ายบริหารฝ่ายเดียว ซึ่งอาจไม่แน่นอน มีการเปลี่ยนแปลงตามการเมือง กฎหมายว่าด้วยการบริหารจัดการกองทุนสุขภาพแห่งชาติอย่างน้อยควรมีบทบัญญัติที่สำคัญดังนี้

- **กำหนดโครงสร้างและอำนาจหน้าที่ขององค์กรที่จะเข้ามาบริหารจัดการและกำกับระบบประกันสุขภาพของประเทศ**

คณะกรรมการดังกล่าวอาจมีสองชุด คือ (1) คณะกรรมการนโยบายระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ และ (2) คณะกรรมการบริหารระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการชุดแรกจะมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และมีรัฐมนตรีกระทรวงการสาธารณสุข กระทรวงแรงงาน และ กระทรวงการคลังซึ่งเป็นสามกระทรวงที่มีกองทุนสุขภาพร่วมเป็นกรรมการ นอกจากนี้ อาจมีกรรมการที่เป็นตัวแทนของระบบประกันสุขภาพของรัฐวิสาหกิจ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระบบประกันภัยอุบัติเหตุรถยนต์อีกด้วย คณะกรรมการชุดนี้มีภารกิจและอำนาจหน้าที่ในการกำหนดกรอบแนวทางในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศในภาพรวมเท่านั้น โดยไม่เข้ามายุ่งเกี่ยวในระดับปฏิบัติ เช่น ประเด็นเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ว่าจำเป็นต้องมีชุดสิทธิประโยชน์ “กลาง” หรือไม่ ประเด็นเกี่ยวกับกำหนดอัตราค่าเบิกจ่ายในการรักษาพยาบาลจะต้องเป็นอัตราเดียวทุกกองทุนหรือไม่ เป็นต้น อนึ่ง การกำหนดนโยบายของคณะกรรมการชุดนี้จะต้องเป็นไปตามกรอบของนโยบายสุขภาพแห่งชาติที่กำหนดขึ้นโดยคณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติซึ่งมาจากสมาชิกสภาสุขภาพแห่งชาติ

ส่วนคณะกรรมการบริหารระบบประกันสุขภาพแห่งชาติจะเป็นผู้นำนโยบายของคณะกรรมการนโยบายไปปฏิบัติ ในลักษณะที่คล้ายคลึงกับ National Institute for Health and Disability Insurance ในประเทศเบลเยียม หรือ Central Social Insurance Medical Council ในประเทศญี่ปุ่น แต่จะต่างกันตรงที่หน่วยงานในต่างประเทศมักเป็นหน่วยงานที่อยู่ในสังกัดของกระทรวงใดกระทรวงหนึ่งที่รับผิดชอบระบบประกันสุขภาพของประเทศ เช่น ในกรณีของเบลเยียมคือกระทรวงสวัสดิการสังคม ในขณะที่ในประเทศญี่ปุ่นคือ กระทรวงสาธารณสุข แรงงานและสวัสดิการสังคม เป็นต้น แต่ในกรณีของประเทศไทยนั้น คณะผู้วิจัยเห็นว่า คณะกรรมการบริหารระบบประกันสุขภาพแห่งชาติควรเป็นหน่วยงานที่อยู่ภายใต้สำนักนายกรัฐมนตรีเพื่อให้มีการดำเนินการในลักษณะของการบูรณาการข้ามกระทรวง เนื่องจากกฎหมายฉบับนี้มีการบัญญัติขึ้นหลังจากที่มีการจัดตั้งกองทุนต่างๆ ขึ้นมาแล้วจึงต้องมีรูปแบบที่แตกต่างไปจากในประเทศต่างๆ ที่มีการออกกฎหมายเพื่อกำหนดโครงสร้างของระบบประกันสุขภาพในภาพรวมก่อนที่จะมีออกกฎหมายรองรับอำนาจหน้าที่ของกองทุนแต่ละแห่งขึ้นมา ทั้งนี้ สำนักเลขานุการของคณะกรรมการบริหาร อาจเป็นหน่วยงานมหาชนที่ทำหน้าที่ในเชิงวิชาการภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวนมากที่มีองค์ความรู้และความเชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขและระบบประกันสุขภาพอย่างดี

องค์ประกอบของคณะกรรมการชุดนี้อาจประกอบด้วยตัวแทนหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับงานด้านการบริหารระบบประกันสุขภาพเท่านั้น ไม่มีนักการเมืองเข้ามาเกี่ยวข้องยกเว้นประธานกรรมการที่ดำรง

ตำแหน่งรองนายกรัฐมนตรีที่รับผิดชอบด้านสาธารณสุข โดยมีรองประธานเป็นปลัดของสามกระทรวง ได้แก่ กระทรวงการคลัง กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงแรงงาน คณะกรรมการชุดนี้มีอำนาจทางกฎหมาย ในการสั่งการให้กองทุนสุขภาพต่างๆ ต้องดำเนินการเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพของระบบประกันสุขภาพของ ประเทศตามกรอบแนวทางที่คณะกรรมการนโยบายกำหนด

อนึ่ง คณะผู้วิจัยขอชี้ว่า เนื่องจากคณะกรรมการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพมีภารกิจในระดับ “ปฏิบัติ” มิใช่ระดับ “นโยบาย” จึงไม่จำเป็นต้องมีกรรมการที่มาจากผู้มีส่วนได้เสียในวงกว้างดังเช่น คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ อย่างไรก็ตาม หากในการกำกับหรือบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ คณะกรรมการควรมีการออกกฎระเบียบใดๆ ที่มีผลกระทบต่อสิทธิในการรักษาพยาบาลของผู้ประกันตน จะต้อง มีกระบวนการและขั้นตอนในการรับฟังความคิดเห็นที่มีประสิทธิภาพ จากการศึกษาระเบียบว่าด้วยการรับฟัง ความเห็นสาธารณะในต่างประเทศ พบว่า กระบวนการที่ดีนั้นจะต้องมีลักษณะของการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่าง สองฝ่ายมิใช่เป็นเพียงการนำเสนอกฎระเบียบที่คณะกรรมการได้กำหนดขึ้นเรียบร้อยแล้ว ในส่วนนี้อาจมี การศึกษาแบบอย่างในประเทศที่มีการพัฒนากระบวนการรับฟังความเห็นสาธารณะที่ทันสมัยก็ได้เพื่อนำมา ประยุกต์ใช้ในการเขียนข้อบัญญัติในกฎหมาย

• **กำหนดกรอบอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการนโยบายฯ และคณะกรรมการฯ ดังนี้**

คณะกรรมการนโยบาย

- กำหนดแนวทางและเป้าหมายในการลดความเหลื่อมล้ำของสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของกองทุนสุขภาพต่างๆ
- กำหนดรูปแบบของระบบข้อมูลเบิกจ่าย (Data Standard Maintenance Organization – DSMO) การบริหารจัดการข้อมูลค่าบริการและการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Data Centre and Clearing House) รวมทั้งพัฒนาเครื่องมือคำนวณการเบิกจ่ายค่าบริการ (Case-Mix Centre)
- กำหนดระบบการตรวจสอบข้อมูลการเบิกจ่าย และคุณภาพในการรักษาพยาบาล (financial and clinical audit)
- กำหนดหลักการในการกำหนดราคากลางค่ารักษาพยาบาลและค่ายา
- กำหนดแนวทางในการพัฒนาระบบการชื้อยาและเวชภัณฑ์ รวมถึงระบบการต่อรองราคา ยา ทั้งในและนอกบัญชียาหลักที่เป็นแบบบูรณาการ
- กำหนดแนวทางในการติดตาม ตรวจสอบระบบประกันสุขภาพและเสนอแนะแนวทางในการปรับปรุงกฎ ระเบียบที่เกี่ยวข้อง

คณะกรรมการบริหาร

- ศึกษาและประเมินในรายละเอียดการดำเนินนโยบายหรือมาตรการตามที่ คณะกรรมการนโยบายกำหนด
- ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (เช่น กองทุนสุขภาพทั้งสามกองทุน หน่วยงานที่ทำ หน้าที่สนับสนุนด้านข้อมูลและด้านวิชาการ เป็นต้น) เพื่อออกแบบวิธีการในการนำนโยบาย ไปปฏิบัติ
- ออกกฎระเบียบหรือประกาศเพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการตามแนวนโยบายที่ กำหนดโดยคณะกรรมการนโยบาย
- ติดตามและตรวจสอบความคืบหน้าของนโยบาย

บทคัดย่อ

การบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยเป็นปัญหาที่ท้าทายรัฐบาลทุกสมัย เนื่องจากประเทศไทยมีกองทุนประกันสุขภาพที่หลากหลาย ได้แก่ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว การประกันสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และรัฐวิสาหกิจที่บริหารจัดการกองทุนรักษายาบาลเอง โดยแต่ละกองทุนมีการบริหารจัดการแบบแยกส่วนทำให้เกิดปัญหาความลักลั่นของสิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตนที่เป็นสมาชิกของแต่ละกองทุน รวมทั้งปัญหาของการขาดระบบหรือมาตรฐานกลางในการบริหารจัดการ เช่น การบริหารฐานข้อมูลผู้ป่วย วิธีการและขั้นตอนในการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาล การตรวจสอบการเบิกจ่ายและคุณภาพของการรักษายาบาล ฯลฯ ทำให้มีต้นทุนในการดำเนินการที่สูงเกินควร

รัฐบาลทุกรัฐบาลที่ผ่านมามีความพยายามที่จะให้การบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยซึ่งอยู่ภายใต้การกำกับของ 3 กระทรวง ได้แก่ กระทรวงการคลัง กระทรวงแรงงาน และ กระทรวงสาธารณสุขเป็นไปอย่างบูรณาการ หากแต่รูปแบบที่ใช้ในดำเนินการล้วนใช้วิธีการจัดตั้ง “คณะกรรมการเฉพาะกิจ” จากมติคณะรัฐมนตรี ตัวอย่างเช่น สมัยรัฐบาลนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ (คพคส.) ซึ่งมีการกิจในการออกแบบการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพที่บูรณาการทั้ง 3 กองทุน แต่ต่อมารัฐบาลนางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร ได้ยกเลิกคณะกรรมการ คพคส. ดังกล่าว และแต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าวินิจฉัยและค่าบริการทางการแพทย์ขึ้นมาแทน โดยคณะกรรมการดังกล่าวมีวัตถุประสงค์หลักในการควบคุมค่าใช้จ่ายของระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยโดยเฉพาะค่ายา

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและวิธีการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพสาธารณสุขของประเทศไทยที่ผันแปรไปตามทิศทางของการเมืองทำให้เกิดคำถามว่า โครงสร้างองค์กรที่แต่ละรัฐบาลตั้งขึ้นมานั้นมีประสิทธิภาพในการบรรลุเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้มากน้อยเพียงใดหากพิจารณาจากผลงานเชิงประจักษ์ และโครงสร้างองค์กรที่เหมาะสมคืออะไร

การศึกษาชิ้นนี้ได้วิเคราะห์โครงสร้าง ภารกิจ และวิธีการปฏิบัติหน้าที่ รวมทั้งผลงานของคณะกรรมการทั้งสองคณะที่กล่าวมา พบว่า คณะกรรมการที่แต่งตั้งขึ้นมาในแต่ละยุคแต่ละสมัยต่างมีที่มาและเป้าประสงค์ที่ต่างกัน คณะกรรมการ คพคส. ซึ่งตั้งขึ้นมาสมัยรัฐบาลอภิสิทธิ์นั้นมาจากข้อเสนอแนะของสมัชชาสุขภาพให้มีความคณะกรรมการที่เข้ามาดูแลระบบการเงินการคลังของระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ในขณะที่คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ มาจากการผลักดันของฝ่ายการเมืองที่ต้องการลดค่าใช้จ่ายของระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย โดยมุ่งเป้าไปที่ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงสุด

ด้วยเหตุผลดังกล่าว องค์ประกอบของกรรมการทั้งสองคณะจึงแตกต่างกัน คณะกรรมการ คพคส. ซึ่งจัดตั้งขึ้นตามข้อเสนอแนะของสมัชชาสุขภาพมีตัวแทนจากหลายภาคส่วน เช่น ผู้แทนของประชาชน กลุ่มผู้บริโภค กลุ่มแรงงานนอกระบบ รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นนักวิชาการที่เกี่ยวข้องกับนโยบายสาธารณสุขจำนวนมาก เป็นต้น ในขณะที่องค์ประกอบของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ประกอบด้วย ผู้แทนจากกระทรวงต่างๆ และผู้แทนกลุ่มวิชาชีพเป็นหลัก ซึ่งเกี่ยวข้องโดยตรงกับการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย

หากพิจารณาจากผลงานแล้ว พบว่า คณะกรรมการ คพคส. มีผลงานระดับนโยบายในระดับหนึ่ง เช่น การออกแบบระบบสาธารณสุขและระบบการเงินการคลังที่พึงปรารถนา การกำหนดแนวทางในการบริหารจัดการ

ยาบัญชี จ(2)⁶ และการบูรณาการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน จนกระทั่งเกิดการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมมาจนถึงปัจจุบัน ในขณะที่คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ นั้นมีผลงานในระดับปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมในช่วงแรก เช่น การจัดทำโครงการนำร่องในการตรวจสอบคุณภาพของการรักษาพยาบาลร่วม 3 กองทุน การจัดทำบัญชีข้อมูลยาและรหัสยามาตรฐานรวมทั้งการพัฒนาโปรแกรมเชื่อมโยงรหัสยามาตรฐานกับรหัสยาของโรงพยาบาล การพัฒนาหน่วยงานกลางในการรับส่งข้อมูลบริการทางการแพทย์ เป็นต้น

อนึ่งการดำเนินงานของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการต่อรองราคายา การตรวจสอบคุณภาพในการรักษาพยาบาล การพัฒนาระบบรับส่งข้อมูลทางการแพทย์กลาง ฯลฯ เป็น การดำเนินงานที่สานต่อจากกิจกรรมต่างๆ ที่ดำเนินการอยู่เดิมในหลากหลายหน่วยงาน เพียงแต่เป็นการ “รวบ” เอากิจกรรมเหล่านั้นมาอยู่ภายใต้กรอบภารกิจของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ เท่านั้น มิได้เป็น การเริ่มกิจกรรมใหม่ๆ จึงอาจกล่าวได้ว่า การพัฒนาระบบการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศใน ระดับปฏิบัตินั้นมีความต่อเนื่องแม้จะมีการเปลี่ยนแปลงในระดับนโยบาย

แต่ต่อมาโครงสร้างของคณะกรรมการที่มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานและอธิบดี กรมบัญชีกลางเป็นเลขานุการซึ่งดูเหมือนจะช่วยให้มีการประสานงานอย่างใกล้ชิดระหว่างสองกระทรวงนี้ก็เริ่มมี ปัญหา เนื่องจากมีการสังขรระหว่างรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขกับกรมบัญชีกลาง รวมทั้งมีการรายงาน ความคืบหน้าของการดำเนินการของข้าราชการที่รับผิดชอบในระดับปฏิบัติโดยตรงต่อประธานกรรมการ คือ รว. สาธารณสุข เพื่อความสะดวกรวดเร็ว ทำให้คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ มีบทบาทน้อยลงในทางปฏิบัติ

คณะผู้วิจัยเห็นว่าหลักการและแนวทางในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศต้องการความ ชัดเจนและความต่อเนื่องในการดำเนินการจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมียุทธศาสตร์ที่เข้ามารับผิดชอบในลักษณะถาวร โดยมีการออกกฎหมายว่าด้วยระบบประกันสุขภาพของประเทศ เพื่อกำหนดรูปแบบและโครงสร้างของระบบ ประกันสุขภาพที่พึงปรารถนาในภาพรวม และกำหนดฐานอำนาจของหน่วยงานที่ได้รับมอบภารกิจดังกล่าวใน การสั่งการเพื่อให้ทั้งสามกองทุนดำเนินการตามแนวทางหรือมาตรการต่างๆ เพื่อบูรณาการการบริหารจัดการ มิใช่ “การขอความร่วมมือ” ดังเช่นที่ผ่านมา ซึ่งทำให้นโยบายและมาตรการใดๆ ที่อาจขัดกับผลประโยชน์ของกองทุน ใดกองทุนหนึ่งไม่ได้รับการตอบสนองเท่าที่ควร แม้การดำเนินการนั้นจะเป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม

อนึ่ง หน่วยงานกลางดังกล่าวควรขึ้นตรงกับนายกรัฐมนตรีโดยสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรีเพื่อที่จะมิให้ กระทรวงใดกระทรวงหนึ่งมีอำนาจเบ็ดเสร็จในการกำหนดทิศทางการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของ ประเทศซึ่งเกี่ยวข้องกับภารกิจและอำนาจหน้าที่ของหลายกระทรวง โครงสร้างของหน่วยงานดังกล่าว ประกอบด้วยคณะกรรมการ 2 ชุด คือ คณะกรรมการนโยบายระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการ บริหารระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อแยกงานในระดับนโยบายกับงานในระดับปฏิบัติซึ่งจะมีโครงสร้างของ กรรมการและอำนาจหน้าที่ที่แตกต่างกัน

⁶ ยาบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2551 บัญชี จ (2) หมายถึง รายการยาสำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นเฉพาะ ความเหมาะสมที่จะใช้เพียงบางข้อบ่งใช้ ซึ่งเป็นยาที่มีราคาสูงมาก ส่งผลกระทบอย่างมากต่อความสามารถ ในการจ่าย ทั้งของสังคมและผู้ป่วย จำเป็นต้องมีระบบกำกับและอนุมัติการสั่งใช้ยา (authorized system)

Abstract

Managing public health system in Thailand has been a challenging mission of many governments. The system comprises various health insurance programs such as the civil service welfare system for civil servants, the social security scheme, the universal healthcare coverage, the health insurance fund for foreign workers, as well as the independently managed health care funds for local governments and state-owned enterprises. Each program has separated management system. This leads to an overlap between the benefits of each fund, and the lack of standard of operation in many ways such as managing patients' data system and claimant procedure, as well as evaluating disbursement and treatment quality. These problems incur inappropriately high cost.

Every previous government has attempted to integrate the national health care system which has traditionally been under the management of three state departments namely Ministry of Finance, Ministry of Labor, and Ministry of Public Health. However, these attempts resulted in the form of *ad-hoc* committees appointed by the cabinet resolutions. For example, the Abhisit government appointed the National Health Care Financing Development Committee (NHFDC) to design an integrated public health system. Later the Yingluck administration cancelled the NHFC and replaced it with the Committee on Drugs and Health Care Reimbursement System Management (CDHRM). The committee was assigned to control the expenses in the national healthcare system, especially the medicine price.

The change in structure and management in Thailand's health care system as a result of the shift in political situation raised a question of whether the appointed committees are capable of fulfilling their objectives if being evaluated by empirical evidences, and what should be the appropriate structure of such agency.

This study analyses the structure, mission, operation procedure, and performance of the two committees. It finds that the two committees which were appointed at different times had each own origin and objective. The NHFDC was appointed according to the recommendation of the Health Assembly in order to improve the efficiency of national healthcare financing system, while the CDHRM originated from political pressure which sought to reduce the cost of national health system by focusing on the welfare for civil servants system.

For these reasons, the structure of each committee differs. The NHFDC comprised representatives from many sectors such as people's representatives, consumers group, informal workforce group, as well as distinguished health scholars. On another hand, most of the members of CDHRM are from government departments and professional organizations relating to the national health management.

In term of performance, the NHFDC had some policy achievements such as designing the desirable health and financing system, issuing the directive for the Jor(2) medicine list,⁷ and integrating the emergency system which led to the current practical operation. The CDHRM also demonstrated some distinct performances during its first phrase; for example, it initiated a project to evaluate the quality of integrated healthcare funds, produced the medicine database and codes for standard medicines, developed a program that links the codes for standard medicines with the codes in hospitals, as well as an agency overseeing the information system about medical services.

Nevertheless, the CDHRM's achievements such as negotiating the medicine price, evaluating the quality of medical services, and developing the information system are essentially the tasks that had previously been handled by other agencies. The committee simply took over these continuous works as its missions. Therefore, it could be said that there is continuity in the practical level, despite the shift in main policy.

However, the committee's structure which features the Health Minister as the President and the Comptroller-General as the Secretariat-General – which helps smoothen communication between the two departments – became problematic. As the Minister and Comptroller-General can directly give order to the responsible agents, who can also directly report the work progress to the two commanders, the practical roles of the committee are reduced.

This research team argues that the principle and direction of the national health system management need clarity and continuity and hence must be permanently managed by an agency, by enacting a law governing the national health system in order to lay out the form and structure of the desirable health system. The law shall also identify the authority that will direct the three health care funds integrally – instead of “asking for collaboration” as traditionally done – which resulted in some policies or measures that might have conflict of interest with one of the funds being ignored, even though they might be beneficial to the society.

The proposed agency should report directly to the Prime Minister and work under the Office of the Prime Minister. This is to prevent any state department from dictating the direction of health system management which involves many national departments. The structure of this agency should comprise two sets of committee namely the health system policy committee, and the health system management committee in order to separate the policy work from practical function, each of which requires a different set of committee members and form of authority.

⁷ The National List of Essential Medicine B.E.2551 (2008) Jor(2) refers to the list of medicines for patients with specific needs. The medicines are highly priced and significantly affect the ability of the society and individual to afford them. As a result, the medicines in this list are under regulated and authorized system.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	xi
ABSTRACT.....	xv
สารบัญ.....	xix
สารบัญตาราง.....	xv
สารบัญรูปภาพ.....	xv
บทที่ 1 บทนำ.....	1-1
1.1 หลักการและเหตุผล.....	1-1
1.2 วัตถุประสงค์.....	1-2
1.3 ขอบเขตและวิธีการศึกษา.....	1-3
1.4 ระยะเวลาในการดำเนินการ.....	1-6
1.5 ผลผลิต.....	1-6
บทที่ 2 การบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ.....	2-1
2.1 การบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพแบบบูรณาการในอดีต.....	2-1
2.2 คณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ (คพคส.).....	2-3
2.3 คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัย และค่าบริการทางการแพทย์.....	2-6
2.4 ความซ้ำซ้อนและความต่อเนื่องของการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ.....	2-12
2.5 วิเคราะห์และสรุปผลการศึกษา.....	2-17
บทที่ 3 การบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพในรูปแบบของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์	
 การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัย และค่าบริการ ทางทางการแพทย์.....	3-1
3.1 ชุดนโยบายหรือมาตรการของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์	
การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัย และค่าบริการทางการแพทย์.....	3-1
3.2 การติดตามผลการดำเนินงานตามมาตรการ.....	3-4
3.3 ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของมาตรการในการบริหารจัดการ	
ในรูปแบบของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าวินิจฉัย.....	3-14
3.4 รูปแบบความร่วมมือระหว่าง 3 กองทุนที่ประสบความสำเร็จ.....	3-14
3.5 สรุปผลการศึกษา.....	3-15
บทที่ 4 สรุปและข้อเสนอแนะ.....	4-1
4.1 สรุปผลการศึกษา.....	4-1
4.2 ข้อเสนอแนะ.....	4-7
บรรณานุกรม.....	ป-1

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

ภาคผนวกที่ 1	โครงสร้างคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.....	ผ1-1
ภาคผนวกที่ 2	โครงสร้างคณะกรรมการพิจารณาปรับปรุงระบบค่าใช้จ่ายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลข้าราชการ ลูกจ้าง และพนักงานของรัฐ.....	ผ2-1
ภาคผนวกที่ 3	โครงสร้างคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ	ผ3-1
ภาคผนวกที่ 4	โครงสร้างคณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ (คพคส.).....	ผ4-1
ภาคผนวกที่ 5	โครงสร้างคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัย และค่าบริการทางการแพทย์	ผ5-1
ภาคผนวกที่ 6	คณะกรรมการ/คณะทำงาน ในระบบประกันสุขภาพ	ผ6-1
ภาคผนวกที่ 7	คณะกรรมการภายใต้คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัย และค่าบริการทางการแพทย์	ผ7-1
ภาคผนวกที่ 8	แผนการดำเนินงานของคณะกรรมการภายใต้คณะกรรมการ กำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัยและค่าบริการทางการแพทย์.....	ผ8-1
ภาคผนวกที่ 9	ผลการดำเนินงานของคณะกรรมการภายใต้คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าวินิจฉัยและค่าบริการทางการแพทย์.....	ผ9-1

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1	เปรียบเทียบโครงสร้างอนุกรรมการภายใต้คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ และคณะทำงาน/ กรอบนโยบายที่เคยมีอยู่เดิม.....
ตารางที่ 3.1	การประชุมของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ.....
ตารางที่ 3.2	ประมาณการต้นทุนที่จะสามารถประหยัดได้.....
ตารางที่ 3.3	จำนวนการประชุมของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ.....

สารบัญรูปภาพ

รูปที่ 2.1	คณะทำงาน/คณะกรรมการเจรจาต่อรองราคายาในประเทศไทย.....
รูปที่ 3.1	แนวทางการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการเจรจาต่อรองราคายาฯ.....
รูปที่ 3.2	การทำหน้าที่ NATIONAL CLEARING HOUSE ของ สปสช.....

บทที่ 1

บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผล

ประเทศไทยมีระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมประชาชนทุกคน (Universal health care) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 หากแต่ระบบดังกล่าวประกอบด้วยกองทุนที่หลากหลาย ได้แก่ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ กองทุนประกันสังคม กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กองทุนประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว รวมถึงการประกันสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และรัฐวิสาหกิจที่บริหารจัดการกองทุนรักษายาบาลเอง ความหลากหลายดังกล่าวทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำของสิทธิประโยชน์ ในการได้รับการรักษายาบาลของสมาชิกแต่ละกองทุน รวมทั้งการบริหารจัดการที่ซ้ำซ้อนทำให้มีต้นทุนสูงเกินควร เช่น การตรวจสอบการเบิกจ่าย การตรวจสอบคุณภาพในการรักษายาบาล เป็นต้น

รัฐบาลนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ และนางสาว ยิ่งลักษณ์ ชินวัตร ได้มีความพยายามที่จะลดความเหลื่อมล้ำดังกล่าวโดยการตั้งคณะกรรมการร่วมสามกองทุนหลัก อันได้แก่ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นอกจากนี้แล้วค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลภายใต้ระบบประกันสุขภาพของภาครัฐทั้งสามที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทำให้การปฏิรูปการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศกลายเป็นวาระเร่งด่วน

เมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม พ.ศ. 2555 คณะรัฐมนตรี (ครม.) ของรัฐบาลนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ ได้มีมติแต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัยและค่าบริการทางการแพทย์ขึ้น (ต่อจากนี้จะใช้ว่า คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ) ซึ่งประกอบด้วย (1) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน (2) นพ.ประดิษฐ สินธวณรงค์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านบริการ (3) นายคณิต แสงสุพรรณ ผู้อำนวยการ สถาบันวิจัยนโยบายเศรษฐกิจการคลัง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านเศรษฐศาสตร์ (4) อธิบดีกรมบัญชีกลาง เป็นกรรมการและเลขานุการ และ (5) นพ. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์ดี ผู้อำนวยการสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย เป็นกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่หลักสองประการ ได้แก่

- (1) จัดทำข้อเสนอระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าวินิจฉัยและค่าบริการทางการแพทย์ ต่อ ครม. เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบและมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานประกันสังคม (สปส.) และกรมบัญชีกลาง ดำเนินการต่อไป
- (2) จัดทำข้อเสนอแนะระบบตรวจสอบติดตามในการเบิกจ่ายยาเวชภัณฑ์ ค่าตรวจวินิจฉัยและค่าบริการทางการแพทย์ที่เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและมีความยั่งยืนต่อ ครม. เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบและมอบให้ สปสช. สำนักงานประกันสังคม และกรมบัญชีกลาง ดำเนินการต่อไป

คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ มาจากการริเริ่มของฝ่ายการเมืองซึ่งต่างจากคณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ (คพคส.) ภายใต้รัฐบาลนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ ซึ่งมาจากมติ

ของสมัชชาสุขภาพ⁸ ทั้งนี้ ก่อนที่จะมีการจัดตั้งคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ได้มีการยุบเลิกคณะกรรมการ คพคส. ในปี พ.ศ. 2555

การที่ฝ่ายการเมืองเข้ามามีบทบาทโดยตรงในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศอาจมีทั้งข้อดีและข้อด้อย ข้อดี คือ การดำเนินการตามนโยบายหรือมาตรการที่คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ เสนอแนะ น่าจะได้รับการตอบรับและการสนับสนุนจากรัฐบาลเป็นอย่างดี เนื่องจากรัฐบาลเป็นผู้ริเริ่มเอง แต่ในขณะเดียวกัน การที่ฝ่ายการเมืองเข้ามามีบทบาทมากขึ้นอาจทำให้การบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศเกี่ยวโยงกับผลประโยชน์ทางการเมืองมากกว่าผลประโยชน์ของประชาชน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับว่านักการเมืองมีวาระซ่อนเร้นหรือไม่

การศึกษานี้จะวิเคราะห์ว่าคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ที่ฝ่ายบริหารจัดการตั้งขึ้นมานั้นมีการทำงานที่มีประสิทธิภาพเพียงใด และมาตรการหรือนโยบายที่กำหนดขึ้นมานั้นสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงและเป็นประโยชน์ต่อประชาชนหรือไม่ โดยการพิจารณาถึงประเด็นปัญหาที่เป็นข้อก้ำกั้วของผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่หรือผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขอื่นๆ (โดยมีข้อมูลสนับสนุน) การเลือกเครื่องมือที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว (บนพื้นฐานของการทบทวนความรู้อย่างเป็นระบบ) การใช้กลไกและองค์กรที่เหมาะสมในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (โดยคำนึงถึงบทบาทและศักยภาพ) ตลอดจนการสนับสนุนทรัพยากรอย่างเพียงพอทั้งในกระบวนการพัฒนานโยบายและดำเนินการ เพื่อที่จะใช้ผลการศึกษาในการปรับปรุง การออกแบบโครงสร้างองค์กร ระบบอภิบาลองค์กร ตลอดจน การกำหนดชุดนโยบายในการบริหารจัดการระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัยและค่าบริการทางการแพทย์ในอนาคต

1.2. วัตถุประสงค์

โครงการนี้มีวัตถุประสงค์หลัก 4 ข้อดังต่อไปนี้

1.2.1. ศึกษาวิเคราะห์แนวคิด และเหตุผลในการจัดตั้งคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัยและค่าบริการทางการแพทย์

ศึกษาวิเคราะห์แนวคิด และเหตุผลในการจัดตั้งคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาเวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัยและค่าบริการทางการแพทย์ เพื่อที่จะเข้าใจถึงบริบทในการปฏิบัติหน้าที่ของคณะกรรมการ และผลงานที่คาดหวัง

1.2.2. วิเคราะห์ชุดนโยบาย หรือ มาตรการที่คณะกรรมการกำหนดขึ้นมา

วิเคราะห์ชุดนโยบาย หรือ มาตรการที่คณะกรรมการกำหนดขึ้นมา โดยวิเคราะห์แหล่งที่มา และมีพัฒนาการในการจัดทำอย่างไรเพื่อเป็นบทเรียนในการพัฒนาข้อเสนอในอนาคต และ วิเคราะห์ ประเด็นที่อาจเป็นปัญหาทั้งในเชิงวิชาการและในทางปฏิบัติที่สมควรมีการวิเคราะห์และพิจารณาเพิ่มเติมหรือไม่เพื่อนำเสนอต่อคณะกรรมการฯ เพื่อทบทวนหรือปรับปรุงชุดนโยบายให้มีความครบถ้วนสมบูรณ์มากขึ้น

⁸ “สมัชชาสุขภาพ” เป็น กระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่ การ เสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ หรือความมีสุขภาพของประชาชน โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและอย่างมีส่วนร่วมอย่างน้อย ปีละหนึ่งครั้ง

1.2.3. ศึกษาและวิเคราะห์ลักษณะของความสัมพันธ์ในเชิงโครงสร้าง การประสานงาน และความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการนำนโยบายหรือมาตรการที่คณะกรรมการกำหนดไปดำเนินการ

ศึกษาและวิเคราะห์ลักษณะของความสัมพันธ์ในเชิงโครงสร้าง การประสานงาน และความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการนำนโยบายหรือมาตรการที่คณะกรรมการกำหนดไปดำเนินการ ได้แก่ กรมบัญชีกลาง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสังกัดกระทรวงการคลัง กระทรวงแรงงาน หรือกระทรวงสาธารณสุข เพื่อที่จะประเมินประสิทธิภาพของโครงสร้างในลักษณะของการบูรณาการข้ามกระทรวง โดยเปรียบเทียบกับคณะกรรมการชุดอื่นๆ เช่น คณะกรรมการ 3 กองทุน เพื่อพัฒนาระบบบริการรักษาพยาบาลให้เป็นมาตรฐานเดียวกันซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานกรรมการ เป็นต้น

1.2.4. ติดตามและประเมินผลการนำนโยบายไปปฏิบัติว่ามีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากน้อยเพียงใด

การประเมินประสิทธิภาพ หมายถึง การบรรลุเป้าประสงค์ของชุดนโยบายหรือมาตรการตามเป้าหมายและภายใต้กรอบระยะเวลาที่กำหนดไว้ และการประเมินประสิทธิผล หมายถึง การประเมินผลกระทบต่อประชาชน ประโยชน์ที่สังคมได้รับจากนโยบายดังกล่าว รวมทั้งศึกษาวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ที่เป็นอุปสรรคปัญหาในการดำเนินการตามแผน และการบรรลุเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้ด้วย

1.3. ขอบเขตและวิธีการศึกษา

1.3.1. ศึกษาวิเคราะห์แนวคิด และเหตุผลในการจัดตั้งคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัยและค่าบริการทางการแพทย์ เพื่อที่จะเข้าใจถึงบริบทในการปฏิบัติหน้าที่ของคณะกรรมการ และผลงานที่คาดหวัง

เนื่องจากการจัดตั้งคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัยและค่าบริการทางการแพทย์ ริเริ่มและแต่งตั้งโดยฝ่ายการเมือง การศึกษาในส่วนนี้จะพิจารณาถึงสาเหตุ ปัจจัยหรือแรงจูงใจในการดำเนินการ เช่น ประเด็นปัญหาทางด้านงบประมาณ (fiscal space) ที่ทำให้มีความจำเป็นที่จะต้องมีการดำเนินการควบคุมค่าใช้จ่าย เป็นต้น

นอกจากนี้แล้ว คณะผู้วิจัยจะทำการศึกษาและวิเคราะห์ สาเหตุที่มีการยกเลิกระบบการทำงานที่เคยมีอยู่ เช่น การยกเลิกคณะกรรมการ คพคส. ซึ่งสำนักงานพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ (สพคส.) จัดตั้งขึ้นตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2553 หน่วยงานดังกล่าวได้ถูกออกแบบมาเพื่อเป็นกลไกระดับชาติทำหน้าที่วางแผนการเงินการคลังด้านสุขภาพของประเทศในระยะยาว การเข้าใจถึงสาเหตุหรือปัญหาที่ทำให้มีการยกเลิกคณะกรรมการ คพคส. ดังกล่าวจะเป็นข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการกำหนดแนวทางหรือบทเรียนในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ต่อไป

เนื่องจากประเด็นในการศึกษาภายใต้หัวข้อนี้มีความอ่อนไหวสูง คณะผู้วิจัยจะใช้วิธีการสัมภาษณ์รายบุคคล โดยจะเริ่มจากผู้ที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศที่ไม่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบาย รวมทั้งอดีตกรรมการของ คณะกรรมการ คพคส. เพื่อที่จะได้มุมมองที่มีความเป็นกลาง และมุมมองที่หลากหลายก่อนที่จะเข้าสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรงในการจัดตั้งคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ เมื่อคณะผู้วิจัยได้รับข้อมูลจากหลายฝ่าย และจะทำการตรวจสอบหลักฐาน ข้อเท็จจริงของข้อมูลที่ได้มา เพื่อนำมาวิเคราะห์และประมวลเป็นรายงานวิจัย

นอกจากนี้แล้ว คณะผู้วิจัยจะทำการประเมินผลกระทบของการยกเลิกคณะกรรมการ คพคส. ว่ามีข้อดี ข้อด้อยอย่างไร โดยอิงกับหลักฐานในเชิงประจักษ์

1.3.2. วิเคราะห์ชุดนโยบาย หรือ มาตรการที่คณะกรรมการกำหนดขึ้นมามีประเด็นที่อาจเป็น ปัญหาทั้งในเชิงวิชาการและในทางปฏิบัติที่สมควรมีการวิเคราะห์และพิจารณาเพิ่มเติมหรือไม่โดยการ รวบรวมและประมวลข้อมูล จากความเห็นของผู้เชี่ยวชาญและฝ่ายปฏิบัติที่เกี่ยวข้องเพื่อนำเสนอต่อคณะ กรรมการฯ ในการทบทวนหรือปรับปรุงชุดนโยบายให้มีความครบถ้วนสมบูรณ์มากขึ้น

การศึกษาในส่วนนี้จะทำการศึกษา รวบรวม และวิเคราะห์นโยบายหรือมาตรการที่คณะกรรมการมี การกำหนดขึ้น โดยมีวิธีการดังต่อไปนี้

1.3.2.1. รวบรวม และประมวลข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายหรือมาตรการที่คณะกรรมการกำหนดระบบ บริหารยาฯ กำหนด จากเอกสารที่เกี่ยวข้องที่ได้รับจากสำนักงานเลขาธิการฯ (เช่น รายงานการประชุม คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ที่มีการแลกเปลี่ยนความเห็นของกรรมการ ข้อมูล และเหตุผลที่ คณะกรรมการฯ ใช้ในการกำหนดนโยบาย หรือ มาตรการดังกล่าว เป็นต้น) และข้อมูลจากหน่วยงานอื่นๆ ที่ เกี่ยวข้อง

1.3.2.2. สัมภาษณ์ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญและผู้ที่มีหน้าที่นำนโยบายหรือมาตรการไปปฏิบัติใน รายบุคคล เกี่ยวกับความเหมาะสมในเชิงวิชาการและความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติของมาตรการหรือนโยบายที่ คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ กำหนด

1.3.2.3. เก็บหรือประมวลข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อที่จะยืนยัน ข้อคิดเห็น รายละเอียดหรือข้อมูลที่ได้รับ จากการสัมภาษณ์ รวมทั้งข้อมูลอื่นๆ ที่เป็นประโยชน์ในการประเมินมาตรการหรือนโยบาย ทั้งนี้ คณะผู้วิจัยอาจ ว่าจ้างหน่วยงานที่เป็นเจ้าของข้อมูลในการดำเนินการดังกล่าวหากไม่สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลได้เอง

1.3.2.4. จัดประชุมระดมสมองระหว่างกลุ่มผู้ที่มีความรู้ และความเชี่ยวชาญในกรณีที่มาตรการหรือนโยบายมีความซับซ้อนและมีความเห็นที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มบุคคลต่างๆ ที่คณะผู้วิจัยได้สัมภาษณ์มา เพื่อที่จะได้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล และ ความคิดเห็นในเชิงลึก และนำมาวิเคราะห์และประมวลผลเพื่อหาข้อสรุป

1.3.2.5. สรุปประเด็นที่เป็นข้อกังวลของผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อนำเสนอต่อ คณะกรรมการกำหนดระบบบริหาร ยาฯ

1.3.3. ศึกษาและวิเคราะห์ลักษณะของความสัมพันธ์ในเชิงโครงสร้าง การประสานงาน และความ ร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการนำนโยบายหรือมาตรการที่คณะกรรมการกำหนดไปดำเนินการ ได้แก่ กรมบัญชีกลาง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม และหน่วยงานอื่นๆ ที่ เกี่ยวข้องซึ่งสังกัดกระทรวงการคลัง กระทรวงแรงงาน หรือกระทรวงสาธารณสุข เพื่อที่จะประเมิน ประสิทธิภาพของโครงสร้างในลักษณะของการบูรณาการข้ามกระทรวง

การศึกษาในส่วนนี้สามารถแยกเป็น 4 ส่วนได้แก่

1.3.3.1. การศึกษาความสัมพันธ์ในเชิงโครงสร้างทางกฎหมาย และการประสานงานในทางปฏิบัติของ หน่วยงานต่างกระทรวงที่เกี่ยวข้องในกิจกรรมที่เกี่ยวกับงานด้านสุขภาพ

1.3.3.2. การศึกษา วิเคราะห์รูปแบบของการบริหารระบบประกันสุขภาพแบบบูรณาการในอดีต รวมถึง คณะกรรมการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ 3 กองทุน และกรรมการ คพคส. และประเมินผลงานที่ผ่านมาของ คณะกรรมการเหล่านี้

1.3.3.3. การศึกษามาตรการในการให้สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลร่วม 3 กองทุนที่ผ่านมามีประสิทธิภาพในการนำไปปฏิบัติตามแผนงาน และมีประสิทธิผลในการให้การรักษายาบาลแก่ผู้ที่ใช้สิทธิจริงมาน้อยเพียงใด (เช่น ความสามารถในการใช้บริการได้ทุกโรงพยาบาล รวมถึงโรงพยาบาลเอกชนนอกเครือข่ายของทั้ง 3 กองทุน โดยไม่ถามสิทธิ และไม่ต้องสำรองจ่าย รวมถึงมีการส่งต่อผู้ป่วยแบบ “ไร้รอยต่อ” เป็นต้น) รวมทั้งวิเคราะห์ประเด็นปัญหาในการดำเนินการด้วย เช่น ในกรณีของบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน หรือบริการรักษาโรคเอดส์ และไตวายเรื้อรัง ที่ใช้มาตรฐานเดียวทั้ง 3 กองทุน เป็นต้น

1.3.3.4. การศึกษาและประเมินประสิทธิภาพในการนำมาตรการและนโยบายของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ไปปฏิบัติ โดยอาจเปรียบเทียบกับกรณีของคณะกรรมการชุดอื่นๆ และมาตรการอื่นๆ ว่าแตกต่างกันอย่างไร เพราะเหตุใด เพื่อที่จะเป็นประโยชน์ในการออกแบบโครงสร้างการประสานงานกันระหว่าง 3 กองทุน

การศึกษาในส่วนนี้จะใช้ข้อมูลทุติยภูมิและข้อมูลปฐมภูมิที่ได้จากการ (1) สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง และผู้ที่มีบทบาทในการนำมาตรการหรือนโยบายไปปฏิบัติ (2) การเก็บข้อมูลเชิงประจักษ์

1.3.4. ติดตามและประเมินผลการนำนโยบายไปปฏิบัติว่ามีประสิทธิภาพ คือ การดำเนินงานตามแผนและประสิทธิผล ซึ่งหมายถึงการบรรลุเป้าประสงค์ของชุดนโยบายหรือมาตรการตามที่กำหนดไว้มากน้อยเพียงใด รวมทั้งศึกษาวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ที่เป็นอุปสรรคปัญหา

ในส่วนนี้คณะผู้วิจัยจะทำการศึกษาวัตถุประสงค์และเป้าหมายของแต่ละมาตรการหรือนโยบายที่คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ กำหนดขึ้น โดยการกำหนดดัชนีชี้วัดของแต่ละนโยบายหรือมาตรการก่อนที่จะมีการนำไปปฏิบัติ เพื่อใช้ในการติดตามและประเมินผลของการดำเนินงานว่ามีประสิทธิภาพและประสิทธิผลตามเป้าประสงค์หรือไม่ ทั้งนี้ หากคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ไม่มีการกำหนดตัวชี้วัดที่เป็นรูปธรรม คณะผู้วิจัยจะจัดทำข้อเสนอเพื่อให้ฝ่ายเลขานุการนำเสนอตัวชี้วัดที่สะท้อนประสิทธิภาพในการนำนโยบายไปปฏิบัติ และการประเมินผลกระทบต่อประชาชนแก่คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ด้วย

1.4.ระยะเวลาในการดำเนินการ

โครงการนี้ใช้ระยะเวลาในการดำเนินงานทั้งสิ้น 12 เดือน คือ เริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2556 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557

การดำเนินงาน	มี.ค. 56	เม.ย. 56	พ.ค. 56	มิ.ย. 56	ก.ค. 56	ส.ค. 56	ก.ย. 56	ต.ค. 56	พ.ย. 56	ธ.ค. 56	ม.ค. 57	ก.พ. 57
1.4.1 ศึกษาวิเคราะห์แนวคิด และ เหตุผลในการจัดตั้งคณะกรรมการ กำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การ เบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัยและค่าบริการ ทางการแพทย์		→										
1.4.2 ศึกษาและวิเคราะห์เนื้อหาตาม วัตถุประสงค์ในการศึกษาหัวข้อ 2.2- 2.4 สำหรับชุดมาตรการหรือนโยบาย ในช่วงเดือนที่ 1-4 ของโครงการ					→							
1.4.3 จัดทำรายงานความก้าวหน้า ที่ 1 จำนวน 10 ฉบับ ซึ่งมีเนื้อหาตามข้อ 2					√							
1.4.4 ศึกษาและวิเคราะห์เนื้อหาตาม วัตถุประสงค์ในการศึกษาหัวข้อ 2.2- 2.4 สำหรับชุดมาตรการ/นโยบาย ในช่วงเดือนที่ 5-7 ของโครงการ							→					
1.4.5 จัดทำรายงานความก้าวหน้า ที่ 2 จำนวน 10 ฉบับ ซึ่งมีเนื้อหาตามข้อ 4								√				
1.4.6 ศึกษาและวิเคราะห์เนื้อหาตาม วัตถุประสงค์ในการศึกษาหัวข้อ 2.2- 2.4 สำหรับชุดมาตรการ/นโยบาย ในช่วงเดือนที่ 8-10 ของโครงการ										→		
1.4.7 จัดทำรายงานความก้าวหน้า ที่ 3 จำนวน 10 ฉบับ ซึ่งมีเนื้อหาตามข้อ 6											√	
1.4.8 จัดทำร่างรายงานฉบับสมบูรณ์ ซึ่งมีเนื้อหาตามรายงานความก้าวหน้า ครั้งที่ 1-3 รวมทั้งการประมวลผล การศึกษาในภาพรวม และ จัดทำ บทสรุปผู้บริหาร จำนวน 30 ฉบับ												√
1.4.9 จัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์ จำนวน 30 ฉบับ												√

1.5 ผลผลิต

รายงานนี้จะให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการกำหนดนโยบายสาธารณะดังนี้

1.5.1 ลักษณะโครงสร้างการบริหารจัดการกองทุนประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุนแบบบูรณาการ ที่มีประสิทธิภาพโดยอิงจากผลการศึกษาและวิเคราะห์รูปแบบและผลการดำเนินงานของคณะกรรมการต่างๆ ที่มีการจัดตั้งขึ้นในอดีตจวบจนปัจจุบัน

1.5.2 ความเหมาะสมและครบถ้วนของนโยบายหรือมาตรการ ที่มีการนำเสนอของคณะกรรมการ กำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจและวินิจฉัย และค่าบริการทางการแพทย์

1.5.3 อุปสรรคและข้อจำกัดในการดำเนินการตามนโยบายหรือมาตรการในทางปฏิบัติ ทั้งในเชิงกฎหมาย สถาบัน และอื่นๆ

1.5.4 ผลประโยชน์ที่ประชาชนได้รับจริงจากการดำเนินนโยบายหรือมาตรการ ที่คณะกรรมการ กำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจและวินิจฉัย และค่าบริการทางการแพทย์ที่กำหนดขึ้นมา

บทที่ 2

การบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ

การศึกษาในส่วนนี้แบ่งการศึกษาออกเป็น 5 ส่วน โดยการศึกษาส่วนแรกเป็นการศึกษารูปแบบการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพแบบบูรณาการในอดีต ส่วนที่สอง เป็นการศึกษาการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพในรูปแบบของคณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ ส่วนที่สาม เป็นการศึกษาการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพในรูปแบบของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัย และค่าบริการทางการแพทย์ โดยเป็นวิเคราะห์แนวคิด เหตุผลในการจัดตั้งคณะกรรมการ และวิเคราะห์โครงสร้างคณะกรรมการ เพื่อที่จะเข้าใจถึงบริบทในการในการปฏิบัติหน้าที่ ส่วนที่สี่ เป็นการวิเคราะห์ความซับซ้อนของการบริหารจัดการและความต่อเนื่องของนโยบายในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพในประเทศ และส่วนที่ห้าเป็นการสรุปผลการศึกษาของเนื้อหาในบทนี้ทั้งหมด

2.1 การบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพแบบบูรณาการในอดีต

ระบบสุขภาพเป็นระบบพื้นฐานที่ต้องพัฒนาควบคู่ไปกับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม นโยบายด้านสุขภาพของรัฐบาลแต่ละสมัย จึงจำเป็นต้องเปลี่ยนไปตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติแต่ละฉบับ เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจและสังคมในแต่ละช่วง อดีตการพัฒนาด้านสุขภาพเน้นการควบคุมโรค การขยายสถานพยาบาล และขยายบุคลากรทางการแพทย์เป็นหลัก เพื่อครอบคลุมการบริการทางการแพทย์ให้ทั่วถึง

ในปี พ.ศ. 2543 สมัยรัฐบาลคุณชวน หลีกภัย ได้เกิดแนวคิดในการปฏิรูประบบสุขภาพ จึงได้ออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ เพื่อตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) ซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และตั้งสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ภายใต้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานเลขานุการเพื่อผลักดันการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ โดยการจัดทำร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. เพื่อให้เป็นกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพ กระบวนการในการจัดทำร่างกฎหมายดังกล่าวซึ่งใช้เวลาถึง 8 ปี ได้มีการประสานงานกับทุกภาคส่วนของสังคม จนกระทั่ง ในปี พ.ศ. 2550 สภานิติบัญญัติแห่งชาติได้ผ่านร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. กฎหมายดังกล่าวให้ความสำคัญแก่การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในสังคมมาทำงานด้านสุขภาพ

พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ฉบับนี้ได้มีการขยายขอบเขตสุขภาพออกไปกว้างกว่าเรื่องการแพทย์และการสาธารณสุข โดยให้หมายถึงภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต สังคม และปัญญา ที่เชื่อมโยงกันอย่างสมดุล นอกจากนี้ยังได้กำหนดให้

1) มีคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.)⁹ มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และกรรมการมาจากทั้งภาคราชการ นักวิชาการ วิชาชีพด้านสาธารณสุข และภาคประชาชน ทำหน้าที่เสนอแนะและให้คำปรึกษาแก่คณะรัฐมนตรีเกี่ยวกับนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ และยังมีหน้าที่ดูแลให้มี

⁹ โครงสร้างคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รายละเอียดตามภาคผนวกที่ 1

การจัดทำ “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ” เพื่อใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศที่ทุกฝ่ายในสังคมจะได้ใช้ร่วมกัน

2) มีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้เป็นกระบวนการที่ให้ทุกฝ่ายได้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ทั้งนี้ ได้มีการจัดทำ “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552” ซึ่งผ่านการเห็นชอบของคณะรัฐมนตรีแล้ว เพื่อใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพของประเทศ รวมถึงการวางนโยบายเพื่อการบูรณาการระบบประกันสุขภาพหลายระบบ ให้มีความสอดคล้อง มีความเท่าเทียมกัน

เนื่องจากคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติมีภารกิจในการเสนอแนะนโยบายในด้านสุขภาพในภาพรวม อันได้มาจากการการประมวลผลจาก (1) มติสมัชชาสุขภาพ (2) ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ และ (3) การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (Health Impact Assessment) ในระดับโครงการให้แก่รัฐบาลเท่านั้น มิได้มีอำนาจในการกำหนดนโยบายตามกฎหมาย จึงได้มีการตั้งคณะกรรมการชุดอื่นๆ ขึ้นมาเพื่อศึกษาลักษณะของปัญหาที่เกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพในระดับปฏิบัติโดยเฉพาะในประเด็นของค่าใช้จ่ายซึ่งมีแนวโน้มที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2550 คณะรัฐมนตรีมีมติให้ตั้งคณะกรรมการพิจารณาปรับปรุงระบบค่าใช้จ่ายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลข้าราชการ ลูกจ้าง และพนักงานของรัฐ¹⁰ เพื่อทำหน้าที่ในการ

1) ศึกษาวิเคราะห์แนวทางการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลข้าราชการ ลูกจ้าง และพนักงานของรัฐ

2) จัดทำข้อเสนอแนวทางการปรับปรุงระบบการจัดสรรงบประมาณให้แก่กองทุนสุขภาพทั้งสอง กองทุน เนื่องจากค่าใช้จ่ายของกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและกองทุนสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี

ต่อมาในปี พ.ศ. 2551 ได้มีการตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ¹¹ สมัยนายกรัฐมนตรี นายสมชาย วงศ์สวัสดิ์ มาทำหน้าที่ในการกำหนดนโยบายแห่งชาติด้านยาและแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ รวมถึงจัดทำบัญชียาหลักแห่งชาติ และกำหนดราคากลางยาในการจัดซื้อของหน่วยงานของรัฐ รวมทั้งส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เนื่องจากค่าใช้จ่ายด้านยาเพิ่มสูงขึ้นมาก โดยเฉพาะในกรณีของกองทุนสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ

หลังจากนั้น ได้มีการตั้งคณะกรรมการชุดต่างๆ ขึ้นมาอีกหลายคณะเพื่อตอบโจทย์ด้านระบบสุขภาพที่รัฐบาลแต่ละยุคแต่ละสมัยให้ความสำคัญ ในช่วงปี พ.ศ. 2552-2554 ภายใต้รัฐบาล นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ ได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ (คพคส.) ในขณะที่รัฐบาลของนางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร ได้จัดตั้งคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัย และค่าบริการทางการแพทย์ (ในที่นี้จะขอใช้คำย่อเป็น “คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ) โดยรายละเอียดของคณะกรรมการ คพคส. และคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ จะกล่าวถึงในรายละเอียดในหัวข้อถัดไป

¹⁰ โครงสร้างคณะกรรมการพิจารณาปรับปรุงระบบค่าใช้จ่ายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลข้าราชการ ลูกจ้าง และพนักงานของรัฐ รายละเอียดตามภาคผนวกที่ 2

¹¹ โครงสร้างคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ รายละเอียดตามภาคผนวกที่ 3

2.2 คณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ (คพคส.)

คณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติแต่งตั้งตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2553 โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน มีกรรมการมาจากภาครัฐ ภาควิชาการ และภาคประชาชน รวมทั้งสิ้น 30 คน¹² มีการจัดตั้งสำนักงานพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติเพื่อเป็นสำนักงานเลขานุการ

คณะกรรมการชุดนี้จัดตั้งขึ้นตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 หมวด 12 ว่าด้วยเรื่องการเงินการคลังด้านสุขภาพ ข้อ 111 ซึ่งเสนอให้ “รัฐจัดให้มีกลไกระดับชาติทำหน้าที่วางแผนการเงินการคลังด้านสุขภาพของประเทศในระยะยาว ติดตามประเมินผล รวมถึงสนับสนุนการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง” คณะกรรมการดังกล่าวมีอำนาจหน้าที่ในการจัดทำข้อเสนอการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพเพื่อให้ระบบมีความยั่งยืนในระยะยาว และปรับปรุงนโยบายโครงสร้าง และระบบการบริหารจัดการที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ ได้แก่ ข้อมูลระบบสารสนเทศ ระบบจ่ายเงิน ระบบตรวจสอบ เป็นต้น เพื่อให้ระบบเกิดประสิทธิภาพ

เนื่องจากคณะกรรมการ คพคส. เกิดจากสมัชชาสุขภาพ ที่ต้องการให้ระบบสุขภาพทุกระบบเกิดความเท่าเทียมกัน ทั้งด้านค่าใช้จ่าย และสิทธิประโยชน์ต่างๆ คณะกรรมการชุดนี้จึงถูกแต่งตั้งขึ้นมาเพื่อปฏิรูประบบสุขภาพในภาพกว้าง โดยมีแนวคิดในการอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพในอนาคต 2 แนวดังนี้

1) สร้างระบบประกันสุขภาพใหม่ โดยการรวบรวมกองทุนประกันสุขภาพทั้งหมด เพื่อที่จะให้มีการรวมศูนย์การบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศ อันจะช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายและเพิ่มประสิทธิภาพ

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

การดำเนินงานของคณะกรรมการ คพคส.¹³ ยังไม่มีผลงานที่นำมาปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม เนื่องจากช่วงระยะหนึ่งปีที่ดำเนินการนั้นได้ให้ความสำคัญแก่การวางกรอบและแผนการทำงานของคณะกรรมการทั้งในระยะสั้นและในระยะยาว โดยมีการจัดทำร่างระบบสุขภาพที่พึงปรารถนา ซึ่งประกอบด้วย ระบบบริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์ ระบบการเงินการคลังที่เอื้อต่อการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์ และระบบการอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพในอนาคต

นอกจากการออกแบบระบบสาธารณสุขที่พึงปรารถนาในภาพรวมแล้ว คณะกรรมการ คพคส. ยังได้ดำเนินการเพื่อให้การบริหารจัดการกองทุนสุขภาพต่างๆ มีเอกภาพมากขึ้นตามแนวคิดใน

¹² โครงสร้างคณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ (คพคส.) รายละเอียดตามภาคผนวกที่ 4

¹³ คณะกรรมการ คพคส. แต่งตั้งเมื่อ วันที่ 19 มกราคม พ.ศ. 2554 และยกเลิกเมื่อ วันที่ 24 เมษายน พ.ศ. 2555

การอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพในอนาคตแบบที่สองที่ได้กล่าวมาแล้ว โดยมีหารือร่วมกับ คณะกรรมการประสานความร่วมมือระหว่างกรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม (สปส.) และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข¹⁴ และผู้แทนของ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน เพื่อหาแนวทางในการบริหารจัดการยาบัญชี จ(2)¹⁵ และการบูรณา การระบบการแพทย์ฉุกเฉิน จนกระทั่งเกิดการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมมาจนถึงปัจจุบัน

ต่อมาคณะรัฐมนตรีในรัฐบาลนางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร ได้มีมติเห็นชอบให้ยกเลิกระเบียบสำนัก นายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2553 ในวันที่ 24 เมษายน พ.ศ. 2555 และได้มีการตั้งคณะกรรมการชุดใหม่ขึ้นตามมติของคณะรัฐมนตรี ในวันที่ 20 พฤษภาคม พ.ศ. 2555 คือ คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัย และค่าบริการทางการแพทย์¹⁶ เพื่อทำหน้าที่ในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพต่อจากคณะกรรมการ ชุดเดิม

อนึ่ง คณะกรรมการ คพคส. หรือคณะกรรมการชุดเดิมได้มีข้อเสนอให้คณะกรรมการชุดใหม่ สานต่อแนวทางในการพัฒนาคลังกลางในการบริหารจัดการระบบการคลังด้านสุขภาพ (National Information Clearing House) เพื่อให้ระบบการเบิกจ่ายค่าบริการรักษาพยาบาลให้เป็นมาตรฐาน เดียวกัน ระบบดังกล่าวจะต้องมีหน่วยงานที่ต้องจัดตั้งขึ้นมาเพื่อปฏิบัติภารกิจดังกล่าว 4 หน่วยงาน ได้แก่

- หน่วยงานกลางบริหารจัดการข้อมูลค่าบริการและการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Data Center and Clearing House)
- หน่วยงานกลางบริหารมาตรฐานระบบข้อมูลเบิกจ่าย (Data Standard Maintenance Organization-DSMO) และ
- หน่วยงานกลางพัฒนาเครื่องมือคำนวณการจ่ายค่าบริการสำหรับระบบประกัน สุขภาพ (Case-Mix Center) และ
- หน่วยงานกลางตรวจสอบข้อมูลการเบิกจ่าย (financial audit)

อย่างไรก็ตาม จากการติดตามผลการดำเนินงานของคณะกรรมการชุดใหม่ พบว่า ได้มีการสาน ต่อแนวทางในการพัฒนาคลังกลางดังกล่าว โดย 1) แต่งตั้งคณะกรรมการระบบข้อมูลบริการทาง การแพทย์ เพื่อดำเนินการพัฒนาระบบข้อมูลการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ (Claim Data) ออกแบบกลไกในการรวบรวมข้อมูลการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ (National Health Care Information) และออกแบบกลไกกลางในการบริหารการเรียกเก็บค่าบริการของประเทศ (National Clearing House) 2) แต่งตั้งคณะกรรมการปรับปรุงกลไกการจ่ายเงินโดยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม

¹⁴ คณะกรรมการประสานความร่วมมือระหว่างกรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม (สปส.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข แต่งตั้งตามคำสั่งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ 1/2547 เมื่อวันที่ 19 กรกฎาคม 2547 และมีการยกเลิกคำสั่งเดิม พร้อมออกคำสั่งแต่งตั้งใหม่ ลงวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2555

¹⁵ ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2551 บัญชี จ (2) หมายถึง รายการยาสำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นเฉพาะ ความเหมาะสมที่จะใช้เพียง บางข้อบ่งใช้ ซึ่งเป็นยาที่มีราคาสูงมาก ส่งผลกระทบอย่างมากต่อความสามารถ ในการจ่าย ทั้งของสังคมและผู้ป่วย จำเป็นต้องมีระบบกำกับ และอนุมัติการสั่งใช้ยา (authorized system)

¹⁶ โครงสร้างคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัยและค่าบริการทางการแพทย์ รายละเอียดตาม ภาคผนวกที่ 5

เพื่อดำเนินงานในการพัฒนาเครื่องมือคำนวณการจ่ายค่าบริการสำหรับระบบประกันสุขภาพ (Case-Mix Center) โดยปรับปรุงการจ่ายเงินโดยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมให้เป็นเอกภาพระหว่างกองทุน และ 3) แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษาพยาบาลและการเบิกจ่าย เพื่อพัฒนาระบบและแนวทางการตรวจสอบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่เป็นมาตรฐานสำหรับทุกกองทุน และพัฒนาระบบการตรวจสอบการรักษาพยาบาล การตรวจวินิจฉัย และการใช้ยาในระบบประกันสุขภาพให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน หากแต่การสานต่อแนวทางดังกล่าวยังอยู่ในขั้นตอนของการศึกษาและพัฒนาในเชิงนโยบาย ยังมีได้นำไปสู่การปฏิบัติ ดังนั้นจึงไม่สามารถประเมินได้ว่าจะเกิดประสิทธิผลมากน้อยเพียงใด

นอกจากการสานต่อแนวทางในการพัฒนาหลักกลางจากคณะกรรมการ คพคส. ชุดเดิมแล้ว รัฐบาลคุณยิ่งลักษณ์ ชินวัตรได้มีการสานต่อแนวคิดการบูรณาการระบบประกันสุขภาพ 3 กองทุน ร่วมกับคณะกรรมการประสานความร่วมมือระหว่างกรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม (สปส.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งคณะกรรมการประสานงานความร่วมมือฯ ดังกล่าวมีความพยายามที่จะรวมศูนย์การบริหารจัดการกองทุนสุขภาพ เพื่อประหยัดทรัพยากรและสร้างมาตรฐานกลางสิทธิประโยชน์และคุณภาพในการรักษาพยาบาล เป็นที่น่าสังเกตว่า คณะกรรมการชุดนี้มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 แม้จะมีการเปลี่ยนแปลงรัฐบาลถึง 4 ชุดก็ตาม เนื่องจากองค์ประกอบของคณะกรรมการดังกล่าวได้มีการเปลี่ยนแปลงตำแหน่งตามโครงสร้างการแบ่งส่วนราชการ จึงได้มีการยกเลิกคำสั่งแต่งตั้งเดิม และออกคำสั่งแต่งตั้งใหม่ในปี พ.ศ. 2555 เพื่อให้การประสานความร่วมมือของทั้งสามหน่วยงานมีทิศทางที่ชัดเจนมากขึ้น โดยคณะกรรมการประสานความร่วมมือฯ มีผลงานที่เป็นรูปธรรมดังนี้

- (1) การตรวจสอบ (audit): คณะกรรมการประสานความร่วมมือฯ ได้มีการแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาการตรวจสอบและควบคุมกำกับารชดเชยค่าบริการและคุณภาพการรักษาพยาบาลร่วมกันระหว่าง 3 กองทุน โดยเป็นการตรวจสอบทั้งในเรื่องการเงิน (financial audit) และคุณภาพในการรักษาพยาบาล (clinical audit) อนึ่ง คณะทำงานดังกล่าวได้รับการแต่งตั้งให้เป็นกรรมการในคณะกรรมการพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษาพยาบาล และการเบิกจ่าย ภายใต้ คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา โดยมีการเพิ่มกรอบในการตรวจสอบให้ครอบคลุมยากลุ่มต่างๆ เช่น ยาต้านมะเร็ง เป็นต้น
- (2) การจ่ายยา: ได้มีการลงนามความร่วมมือ (MOU) ในวันที่ 21 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2555 เพื่อจัดทำราคากลางยาและเครื่องมือแพทย์ ให้เป็นมาตรฐานในการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลที่ให้บริการผู้ป่วยซึ่งอยู่ในความดูแลของ 3 หน่วยงาน
- (3) การบูรณาการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ได้มีการให้สิทธิในการได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินในสถานบริการสุขภาพได้ทุกที่ทั้งรัฐและเอกชน โดยผู้ป่วยไม่มีภาระที่ต้องสำรองจ่าย ซึ่งหน่วยงานสามกองทุน และได้เริ่มดำเนินการไปตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2555

จากโครงการประเมินการให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินร่วมสามกองทุนภายใต้นโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ที่ถึงทุกคน”¹⁷ ในปี พ.ศ. 2555 พบว่า ประชาชนทุกสิทธิเข้าถึงบริการใน

¹⁷ จัดทำโดย สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) เครือสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ภาวะฉุกเฉินของโรงพยาบาลเอกชนนอกระบบการเบิกจ่ายเดิมมากขึ้น แต่ในทางปฏิบัติจำนวนผู้ป่วยในเพิ่มจำนวนมากขึ้นสวนทางกับจำนวนผู้ป่วยนอกที่ลดลง ซึ่งน่าจะเกิดจากอัตราการรักษาค่าบริการผู้ป่วยนอกไม่จูงใจ นอกจากนี้ ผู้ป่วยฉุกเฉินที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเอกชน ล้วนต้องสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลล่วงหน้า ในด้านการตรวจสอบคุณภาพบริการ พบว่า ระบบสารสนเทศในปัจจุบันไม่เพียงพอที่จะรองรับการประเมินคุณภาพบริการ และการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นยัง unsure แน่ชัดว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมเพียงใด เพราะยังไม่มีระบบสารสนเทศรองรับการเกาะรอยผู้ป่วยตั้งแต่จุดเกิดเหตุไปจนถึงสิ้นสุดการรักษา ดังนั้น การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบการให้บริการต่อไป เพื่อให้เกิดการบูรณาการอย่างมีประสิทธิภาพ

2.3 คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัย และค่าบริการทางการแพทย์

ในหัวข้อนี้จะเป็นการวิเคราะห์ถึงแนวคิดและเหตุผลในการจัดตั้งคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ รวมถึงวิเคราะห์โครงสร้างของคณะกรรมการ เพื่อจะเข้าใจถึงบทบาท อำนาจหน้าที่ในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศ

2.3.1 แนวคิด และเหตุผลในการจัดตั้งคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัย และค่าบริการทางการแพทย์

ในอดีตที่ผ่านมา มีการจัดตั้งคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับระบบประกันสุขภาพของประเทศขึ้นมาหลายคณะ โดยวัตถุประสงค์หลักของคณะกรรมการเหล่านั้นก็เพื่อที่จะควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายสำหรับระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ซึ่งเป็นการใช้งบประมาณปลายเปิดที่จ่ายตามค่ารักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ (fee for service) ทำให้ภาระทางการคลังเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง

เริ่มตั้งแต่ในปี พ.ศ. 2549 ภายใต้กระทรวงการคลัง โดยรองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง ณ เวลานั้น คือ ม.ร.ว. ปรีดียัตร์ เทวกุล ในรัฐบาลปฏิบัติของ พลเอก สุรยุทธ์ จุลานนท์ ได้มีการจัดตั้งเพื่อศึกษาแนวทางในการจัดสรรงบประมาณสำหรับกองทุนทั้งสองที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น คณะกรรมการดังกล่าวมีนายอัมมาร สยามวาลา นักวิชาการจากสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทยเป็นประธานและมีข้าราชการจากกระทรวงการคลัง สำนักงานงบประมาณ และกลุ่มแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพจำนวนหนึ่ง และมีสำนักงานงบประมาณเป็นสำนักงานเลขานุการ (ดูรายละเอียดโครงสร้างคณะกรรมการดังกล่าวได้ในภาคผนวก 1) คณะกรรมการดังกล่าวได้จัดทำรายงานข้อเสนอแนะแนวทางในการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้แก่ รมว. คลัง เช่น การควบคุมการใช้นายนอกบัญชีหลักแห่งชาติ การเปลี่ยนจากระบบจ่ายตามจริงเป็นระบบเหมาจ่ายในลักษณะค่อยเป็นค่อยไป เป็นต้น

ต่อมาในปี พ.ศ. 2553 ภายใต้รัฐบาลนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ ได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ (คพคส.) ซึ่งมาจากมติของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ แม้เป้าหมายประสงค์ของคณะกรรมการชุดนี้ คือ การลดความเหลื่อมล้ำของทั้งสิทธิประโยชน์และการเบิกจ่ายระหว่างกองทุนสุขภาพทั้งสามกองทุน แต่ประเด็นหลักก็ยังคงเป็นเรื่องระบบการเงินการคลังของทั้งสามกองทุน โดยโจทย์ที่สำคัญ คือ ทำอย่างไรให้มีการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน คณะกรรมการดังกล่าวมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน (เพื่อที่จะสามารถสั่งการข้ามกระทรวงได้ เนื่องจาก

กองทุนประกันสังคม สังกัดกระทรวงแรงงาน) และมีสำนักงานพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ (สพคส.) ซึ่งเป็นหน่วยงานในสังกัดสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เป็นสำนักงานเลขานุการ (ดูรายละเอียดโครงสร้างคณะกรรมการดังกล่าวได้ในภาคผนวก 4) ผลงานหลักของคณะกรรมการดังกล่าว คือ การผลักดันให้เกิดหน่วยงานกลางในการรวบรวมข้อมูลของโรงพยาบาลต่างๆ ด้านค่าใช้จ่ายที่นำมาวิเคราะห์ เพื่อกำหนดมาตรฐานค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลตามโรคนั้นๆ แทนการจ่ายเบิกเป็นรายหัวหรือนำยอดไปเบิกจ่าย ซึ่งจะเป็นการช่วยลดความเหลื่อมล้ำด้านการรักษาพยาบาลระหว่างทั้งสามกองทุน

เมื่อพรรคเพื่อไทยชนะการเลือกตั้งในเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2554 ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงกลุ่มบุคคลที่รัฐบาลต้องการให้เข้ามาดูแลเรื่องการรักษาพยาบาล ในเบื้องต้นมีการตั้งคณะกรรมการร่วม 3 กองทุน ซึ่งมี นายกฯ ยิ่งลักษณ์ เป็นประธานซึ่งแสดงให้เห็นว่า พรรคเพื่อไทยให้ความสำคัญแก่ประเด็นของการสร้างกลไกกลางที่จะเข้ามาบริหารจัดการกองทุนสุขภาพทั้งสามกองทุนอย่างบูรณาการ เป้าหมายหลักของคณะกรรมการดังกล่าวจะคล้ายคลึงกับเป้าหมายของคณะกรรมการ คพคส. ซึ่งจัดตั้งขึ้นในสมัยรัฐบาลอภิสิทธิ์ คือ การลดความเหลื่อมล้ำของสิทธิในการได้รับการรักษาพยาบาลระหว่างสามกองทุน โดยเฉพาะกลุ่มโรคราคาแพง จากการรวมศูนย์ระบบการเบิกจ่ายของ 3 กองทุน ซึ่งจะช่วยควบคุมค่าใช้จ่ายได้ด้วย ผลงานที่โดดเด่นของคณะกรรมการชุดนี้ คือ การกำหนดสิทธิในการได้รับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลเอกชนในกรณีฉุกเฉินที่เหมือนกันทั้งสามกองทุน แต่หลังจากการออกมาตรการดังกล่าว คณะกรรมการชุดนี้ก็ได้มีนโยบายหรือมาตรการอื่นๆ ออกมาอีก ซึ่งอาจจะสืบเนื่องมาจากการที่มีการแต่งตั้งคณะกรรมการอีกชุดที่มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานตามที่กล่าวไว้ในรายละเอียดในย่อหน้าต่อไปเข้ามาดำเนินการแทน

เมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม พ.ศ. 2555 ครม.ของรัฐบาล นายกฯ ยิ่งลักษณ์ ได้มีมติแต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาเวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัยและค่าบริการทางการแพทย์ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดทิศทาง กลไก ระบบยาในภาพรวมของประเทศจากข้อเท็จจริง เพื่อให้มีภาพชัดเจน และใช้กำหนดทิศทางให้สอดคล้องกับนโยบายรัฐบาลที่จะพัฒนาระบบยาให้เป็นเอกภาพเดียวกัน รวมถึงควบคุมการคลังของประเทศเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพื่อให้มีเสถียรภาพและมีความยั่งยืน

การจัดตั้งคณะกรรมการกำหนดระบบบริการยาฯ สะท้อนแนวนโยบายของรัฐบาลที่ให้ความสำคัญแก่การควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะในส่วนของการเบิกจ่ายค่ายาภายใต้ระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการดังจะเห็นได้จาก โครงสร้างของคณะกรรมการดังกล่าวที่มีกรมบัญชีกลางเป็นสำนักงานเลขานุการ แม้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขจะเป็นประธานกรรมการ และจากกิจกรรมของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาเป็นหลัก ไม่ว่าจะเป็น การเจรจาต่อรองราคายา การส่งเสริมการใช้ยาจากบัญชียาหลักแห่งชาติ การกำหนดแนวเวชปฏิบัติข้อบ่งชี้การใช้ยา ฯลฯ การจัดตั้งคณะกรรมการชุดนี้มีเป้าประสงค์ที่จะ “รวมศูนย์” กิจกรรมเหล่านี้ซึ่งกระจัดกระจายอยู่ภายใต้การดำเนินการของกองทุนทั้งสามกองทุน ทำให้ไม่เป็นไปอย่างบูรณาการและบางทีซ้ำซ้อนกัน รัฐบาลชุดนี้เห็นว่าหากมีการดำเนินการร่วมกันทั้งสามกองทุนแล้ว จะช่วยประหยัดงบประมาณได้มาก เช่นในกรณีของการต่อรองราคายานั้น หากทั้งสามกองทุนสามารถตกลงร่วมกันได้ก็จะสามารถวางระบบในการจัดซื้อยาแบบรวมศูนย์อันจะสร้างอำนาจต่อรองให้ภาครัฐในฐานะผู้ซื้อรายใหญ่ได้

2.3.2 โครงสร้างของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ

ตามที่ได้กล่าวมาแล้วเบื้องต้นเกี่ยวกับแนวคิดในการจัดตั้งคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ว่าคณะกรรมการชุดดังกล่าวมาจากการแต่งตั้งโดยมติคณะรัฐมนตรี ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการจัดทำข้อเสนอระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัยและค่าบริการทางการแพทย์ และจัดทำข้อเสนอระบบตรวจสอบ ติดตามในการเบิกจ่ายยา เวชภัณฑ์ ค่าตรวจวินิจฉัยและค่าบริการทางการแพทย์ที่เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และมีความยั่งยืนต่อคณะรัฐมนตรี เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ และมอบให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปเป็นแนวทางในการดำเนินการปฏิบัติต่อไป

จากโครงสร้างคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ (ภาคผนวกที่ 5) จะเห็นได้ว่า รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการ และมีกรมบัญชีกลางเป็นสำนักงานเลขานุการ การที่ประธานกรรมการและสำนักงานเลขานุการสังกัดกระทรวงที่แตกต่างกันนั้นเป็นโครงสร้างที่ไม่เคยเกิดขึ้น แต่เนื่องจากรัฐมนตรีทั้งสองกระทรวงมาจากพรรคเพื่อไทย การประสานงานระหว่างสองกระทรวงจึงสามารถดำเนินการได้ เหตุผลที่ให้กรมบัญชีกลางเป็นสำนักงานเลขานุการน่าจะสืบเนื่องมาจากรื่องการควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพราะระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการเป็นระบบปลายเปิดดังที่ได้กล่าวมาแล้ว และที่ผ่านมามีกรมบัญชีกลางก็ได้มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องเพื่อที่จะควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลข้าราชการ ไม่ว่าจะเป็นการนำระบบ DRG มาใช้กับผู้ป่วยใน การออกกฎเกณฑ์ในการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ หรือการตรวจสอบความถูกต้องของการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของสถานพยาบาล

องค์ประกอบของคณะกรรมการชุดนี้ต่างจากคณะกรรมการ คพคส. (ภาคผนวกที่ 4) ที่ตั้งขึ้นมาสมัยรัฐบาลอภิสิทธิ์ เนื่องจากกรรมการส่วนใหญ่ของ คพคส. เป็นข้าราชการจากกระทรวงการคลังและกระทรวงสาธารณสุข และมีบุคคลภายนอก เช่น นักวิชาการที่สังกัดองค์กรเอกชน ตัวแทนภาคประชาชน ลูกจ้างในระบบประกันสังคม ลูกจ้างนอกระบบประกันสังคม เป็นต้น

ความแตกต่างของโครงสร้างของคณะกรรมการสองชุดมีเหตุผลจากการมีที่มาแตกต่างกัน คณะกรรมการ คพคส. เกิดจากข้อเสนอแนะของ “สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ”¹⁸ ซึ่งมีเป้าหมายในการปฏิรูประบบประกันสุขภาพในภาพกว้างอย่างเป็นระบบ เนื่องจากสมัชชาสุขภาพมีผู้ที่มีส่วนได้เสียเข้ามามีส่วนรวมในการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากหลากหลายภาคส่วน โครงสร้างของคณะกรรมการ คพคส. จึงสะท้อนกระบวนการดังกล่าวซึ่งให้ความสำคัญแก่การมีส่วนร่วมของประชาชน

ในทางตรงกันข้าม คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ได้ถูกจัดตั้งขึ้นมาเพื่อเป้าประสงค์ในการปรับปรุงประสิทธิภาพและผลผลิตในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศตามที่เป็นอยู่ ซึ่งเป็นการมองในเชิงธุรกิจ จึงให้ความสำคัญแก่หน่วยงานที่ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพเท่านั้นเนื่องจากมองว่าเป็นการปรับปรุงกระบวนการในการบริหารจัดการ “ภายใน” เท่านั้นเกี่ยวข้องกับบุคคลภายนอก ทั้งนี้ ได้มีข้อวิจารณ์ว่า การที่คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ดังกล่าว มีเฉพาะคนในที่เป็นข้าราชการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยตรง ไม่รวมถึงผู้ที่ได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาล มีทั้งข้อดีและข้อเสีย ข้อดี คือ การดำเนิน

¹⁸ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้ให้ความหมายของ “สมัชชาสุขภาพ” ว่าเป็น กระบวนการที่ประชาชนและหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การ เสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ หรือความมีสุขภาพของประชาชน โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและอย่างมีส่วนร่วมอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง

นโยบายมีความชัดเจนและสามารถดำเนินการได้อย่างรวดเร็ว ข้อเสีย คือ ขาดการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้เสียและผู้เชี่ยวชาญที่เป็นคนนอก ซึ่งอาจทำให้การดำเนินการหรือนโยบายที่กำหนดขึ้นขาดการกลั่นกรองและอาจทำให้มาตรการดังกล่าวไม่สมบูรณ์เท่าที่ควร

หลักทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียในกระบวนการในการกำหนดนโยบายด้านสาธารณสุขยังไม่มี ความชัดเจนเท่าใดนัก เนื่องจากแต่ละประเทศมีรูปแบบที่แตกต่างกัน บทความของ Craig Milton et al (2009)¹⁹ ได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนได้เสียในการกำหนดนโยบาย โดยเฉพาะนโยบายด้านสาธารณสุข ผลการศึกษา พบว่า รัฐบาลส่วนมากเห็นประโยชน์จากการแลกเปลี่ยนข้อมูลและความคิดเห็นกับกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียในการกำหนดนโยบายที่มีผลกระทบต่อสังคมในวงกว้าง โดยเครื่องมือที่ใช้มีหลากหลาย แต่มีแนวโน้มชัดเจนที่จะใช้รูปแบบของการอภิปรายเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล (deliberation) มากขึ้น และมีการจัดอภิปรายดังกล่าวเป็นระยะๆ อย่างไรก็ดี ยังไม่มีข้อมูลเชิงประจักษ์ที่บ่งชี้ว่า การจัดเวทีเพื่อรับฟังและแลกเปลี่ยนข้อมูลและความคิดเห็นนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในการตัดสินใจเชิงนโยบายหรือการจัดสรรทรัพยากรในทางปฏิบัติ

การมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการกำหนดนโยบายหรือมาตรการของภาครัฐอาจมีลักษณะที่ต่างกัน 3 มิติ ได้แก่ 1. ระดับของการตัดสินใจ 2. ลักษณะของกลุ่มประชาชนที่เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย และ 3. รูปแบบของการมีส่วนร่วม ซึ่งจะอธิบายในรายละเอียดในส่วนต่อไป

2.3.2.1 ระดับของการตัดสินใจ

ระดับของการตัดสินใจสามารถแบ่งได้เป็น 3 ระดับได้แก่

(1) ระดับบน ซึ่งหมายถึงการตัดสินใจในภาพใหญ่ เช่น การจัดลำดับความสำคัญของนโยบายหรือมาตรการด้านสุขภาพในภาพรวม การจัดสรรงบประมาณแก่โครงการที่เกี่ยวข้อง หรือการปฏิรูประบบประกันสุขภาพของประเทศ เป็นต้น คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ หรือ คณะกรรมการระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพซึ่งมีเป้าประสงค์ในการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศ นับได้ว่าเป็นคณะกรรมการที่มีอำนาจในการตัดสินใจในระดับบน

(2) ระดับกลาง หมายถึงการตัดสินใจที่เกี่ยวกับนโยบายหรือมาตรการหนึ่งใดเฉพาะ เช่น นโยบายการลดความเหลื่อมล้ำของสิทธิประโยชน์ของสมาชิกภายใต้ระบบประกันสุขภาพทั้งสามกองทุน เป็นต้น การดำเนินการในส่วนนี้มักอยู่ในรูปแบบของคณะกรรมการเฉพาะกิจที่รัฐบาลมักตั้งขึ้นมา เช่น คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ และคณะกรรมการประสานงาน 3 กองทุน เป็นต้น

(3) ระดับปฏิบัติ เช่น แนวทางในการออกแบบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ หรือ การตรวจสอบคุณภาพของการรักษาพยาบาล เป็นต้น การกิจในระดับปฏิบัติมักอยู่ในรูปแบบของคณะทำงาน หรือ คณะอนุกรรมการภายใต้คณะกรรมการซึ่งมีหน้าที่ในการกำหนดนโยบาย เช่น คณะอนุกรรมการเจรจาต่อรองราคายา คณะอนุกรรมการกำหนดแนวเวชปฏิบัติ เป็นต้น

¹⁹ Craig Milton et al (2009), Public Participation in Healthcare Priority Setting: A Scoping View, Health Policy 9(2009), หน้า 219-228

การรวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์พบว่า การมีส่วนร่วมของสาธารณชนนั้น ส่วนมากจะอยู่ใน การกำหนดนโยบายในระดับบน เนื่องจากการกำหนดนโยบายในระดับบนมักมีทั้งมิติในเชิงเทคนิคและ มิติในเชิงการเมือง ข้อมูลและข้อคิดเห็นของผู้มีส่วนได้เสียจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างยิ่งในการจัดทำชุด นโยบายที่อิงข้อมูลเชิงประจักษ์ (evidence-based policy making)²⁰ นอกจากนี้แล้ว ความยั่งยืนของ นโยบายสุขภาพยังขึ้นอยู่กับการยอมรับของผู้มีส่วนได้เสียทุกภาคส่วนอีกด้วย²¹

การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียในการกำหนดนโยบายในระดับบนนั้นมีรูปแบบที่หลากหลาย มิได้จำกัดเฉพาะการให้ผู้มีส่วนได้เสียเข้ามาเป็นกรรมการในคณะกรรมการที่กำหนดนโยบายโดยตรง เท่านั้น หากแต่อาจหมายถึงการที่บุคคลภายนอกหรือผู้มีส่วนได้เสียสามารถให้ข้อมูลและความคิดเห็น ต่อคณะกรรมการในเวทีการระดมสมอง การจัดอภิปราย หรือ การทำประชาพิจารณ์ก็ได้

แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมดังกล่าวสามารถอธิบายโครงสร้างของคณะกรรมการ คพคส. และ คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ที่แตกต่างกัน กรรมการชุดแรกเป็นคณะกรรมการที่ดูแล นโยบายในระดับบน ซึ่งเหมาะกับการมีส่วนร่วมของบุคคลภายนอก อันได้แก่ ผู้แทนผู้ที่ได้รับสิทธิภายใต้ กองทุนสุขภาพทั้งสามแห่ง ผู้ทรงคุณวุฒิจากภายนอก สื่อมวลชน ฯลฯ ในขณะที่คณะกรรมการกำหนด ระบบบริหารยาฯ มีการกิจเฉพาะเจาะจงในการปรับปรุงประสิทธิภาพในการบริหารค่าใช้จ่ายของระบบ ประกันสุขภาพจึงประกอบด้วย ฝ่ายบริหารและข้าราชการประจำที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการระบบ ประกันสุขภาพเท่านั้น

จากการศึกษาโครงสร้างของคณะกรรมการกำหนดนโยบายสุขภาพในระดับบนในประเทศที่มี ระดับการพัฒนาเศรษฐกิจที่ใกล้เคียงกับประเทศไทย ได้แก่ ไต้หวันและเกาหลีใต้ พบว่า คณะกรรมการ ประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance Committee) และคณะกรรมการนโยบาย ประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance Policy) ของประเทศดังกล่าวตามลำดับ มี ตัวแทนของกลุ่มผู้ได้รับสิทธิ เช่น สหภาพแรงงาน กลุ่มวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ ตัวแทนกลุ่ม ผู้ให้บริการรักษาพยาบาล เป็นต้น ในกรณีของไต้หวันนั้น จะมีตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วย ในขณะที่เกาหลีใต้มีตัวแทนสมาคมยา และตัวแทนองค์กรภาคประชาชนด้วย

2.3.2.2 ลักษณะของกลุ่มบุคคลภายนอกที่เข้าร่วมในกระบวนการกำหนดนโยบาย

การมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการกำหนดนโยบายของภาครัฐ แตกต่างกันใน แต่ละประเทศ โดยทั่วไปแล้ว กลุ่มผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสามารถแบ่งได้เป็นสามกลุ่ม ได้แก่

- กลุ่มที่ 1: ผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ ตลอดจนประชาชนทั่วไปที่ต้องการแสดงความเห็น ส่วนตัว
- กลุ่มที่ 2: ตัวแทนสมาคมหรือกลุ่มผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้องการนโยบายสาธารณสุข เช่น สมาคมโรงพยาบาลเอกชน เป็นต้น ซึ่งแสดงความเห็นหรือจุดยืนของสมาชิก
- กลุ่มที่ 3: พนักงาน ผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล ฯลฯ ซึ่งจะนำเสนอประสบการณ์ส่วนตัว ซึ่งมีนัยสำคัญต่อนโยบายสาธารณะ

²⁰ Lavis, John N. (2009), How can we support the use of systematic reviews in policy making? PLoS Med Vol 66. No. 11

²¹ World Health Organization (1993), Evaluation of Recent Changes in the Financing of Health Services.

การสำรวจรูปแบบการมีส่วนร่วมของบุคคลภายนอกในกระบวนการกำหนดนโยบายของภาครัฐ โดย Craig Milton et al (2009) พบว่า 167 จาก 190 กรณีที่สำรวจเปิดให้ กลุ่มที่ 3 คือ กลุ่มผู้ป่วย พนักงาน หรือผู้ที่มีประสบการณ์โดยตรงได้มีโอกาสในการแสดงความคิดเห็นจากประสบการณ์ส่วนตัว ซึ่งมีนัยสำคัญเชิงนโยบาย และเกือบครึ่งหนึ่งเปิดโอกาสให้บุคคลทั้งสามกลุ่มสามารถแสดงความคิดเห็นหรือให้ข้อมูลได้ ทั้งนี้ มีเพียง 20 กรณีเท่านั้นที่เปิดโอกาสให้เฉพาะกลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มตัวแทนสมาคมหรือกลุ่มผลประโยชน์ได้นำเสนอความเห็นและข้อมูล จึงเห็นได้ว่า กระบวนการในการรับฟังความคิดเห็นที่เป็นสากลในปัจจุบัน จะให้ความสำคัญแก่ผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรงมาเล่าประสบการณ์ส่วนตัว นอกจากนี้แล้ว การศึกษายังพบว่า กลุ่มผู้พิการ ผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ หรือเด็กก็มักจะได้รับการส่งเสริมให้มีตัวแทนในกระบวนการในการกำหนดนโยบาย โดยมีกระบวนการในการคัดเลือกตัวแทนของกลุ่มบุคคลเหล่านี้ ซึ่งมีการพัฒนาขึ้นมา

2.3.2.3 รูปแบบหรือวิธีการในการมีส่วนร่วม

วิธีการในการรับฟังความเห็นหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้กำหนดนโยบายกับบุคคลอื่น ๆ มีรูปแบบของการปฏิสัมพันธ์ที่แตกต่างกันโดยสามารถแบ่งความเข้มข้นเป็น 3 ระดับดังนี้

- ระดับที่ 1: การสื่อสาร (communication) เป็นการสื่อสารข้อมูลจากผู้กำหนดนโยบายไปสู่สาธารณะเพื่อทราบฝ่ายเดียว
- ระดับที่ 2: การปรึกษาหารือ (consultation) เป็นการสื่อสารความเห็นและข้อมูลจากสาธารณะไปสู่ผู้กำหนดนโยบายด้านเดียว
- ระดับที่ 3: การมีส่วนร่วม (participation) เป็นการแลกเปลี่ยนและตอบโต้ความเห็น ข้อซักถาม และข้อมูลระหว่างผู้กำหนดนโยบายและประชาชน ตลอดจนการต่อรองอันมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงนโยบายในทางปฏิบัติโดยวิธีการที่มีการใช้อย่างแพร่หลายมากที่สุด คือ การจัดเวทีอภิปราย (deliberative engagement process)

คณะผู้วิจัยขอตั้งข้อสังเกตว่า ประเทศไทยยังไม่มีกระบวนการและขั้นตอนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในรูปแบบอื่นๆ นอกเหนือจากการที่บุคคลภายนอกเข้ามามีส่วนร่วมโดยตรงในการกำหนดนโยบายโดยการเข้ามาเป็นกรรมการในคณะกรรมการ เท่าที่ควร ยกเว้นในกระบวนการและขั้นตอนของ “สมัชชาสุขภาพ” ตามที่ได้กล่าวมาแล้ว หากแต่ข้อเสนอหรือมติของสมัชชาสุขภาพก็มิได้มีผลผูกพันต่อรัฐบาลในการกำหนดนโยบายด้านสาธารณสุขแต่อย่างใด

กระบวนการสื่อสารข้อมูลข่าวสารของรัฐบาลและหน่วยงานราชการต่อสาธารณชนโดยทั่วไปแล้วยังมีจำกัดเนื่องจากกฎหมายว่าด้วยวิธีการปฏิบัติราชการทางปกครองของประเทศไทยยังไม่มี การกำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับออกกฎ กติกาทางปกครองของหน่วยงานของภาครัฐ และภาครัฐเองก็ มักไม่ให้ความสำคัญแก่การแลกเปลี่ยนข้อมูลและความคิดเห็นกับบุคคลภายนอก

ที่ผ่านมา การทำ “ประชาพิจารณ์” เพื่อรับฟังความเห็นตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการรับฟังความคิดเห็นสาธารณะโดยวิธีการประชาพิจารณ์ พ.ศ. 2539 ก็มีลักษณะของการสื่อสารด้านเดียวเป็นส่วนใหญ่ (ระดับที่ 1 หรือ 2 จากรูปแบบการมีส่วนร่วมสามประเภทที่ได้กล่าวมาแล้ว) เนื่องจากการจัดทำกระบวนการดังกล่าวเกิดขึ้นหลังจากที่หน่วยงานราชการได้มีการตัดสินใจเรียบร้อยแล้ว ความคิดเห็นหรือข้อมูลที่ประชาชนแสดงในเวทีประชาพิจารณ์จึงมักไม่มีผลใดๆ ต่อการตัดสินใจในเชิงนโยบายในทางปฏิบัติ

กล่าวโดยสรุป โครงสร้างของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ที่ไม่มีบุคคลภายนอกเข้าร่วมเป็นกรรมการนั้นไม่ขัดกับหลักการที่เป็นสากล หากมองว่าคณะกรรมการชุดนี้มีภารกิจในระดับ “ปฏิบัติ” มากกว่าในระดับ “นโยบาย” อย่างไรก็ตาม โครงสร้างที่มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานและอธิบดีกรมบัญชีกลางเป็นเลขานุการและกรมบัญชีกลางเป็นสำนักงานเลขานุการนั้นมีปัญหาในทางปฏิบัติบางประการ

ประการแรกเนื่องจาก ประเด็นที่มีการหารือกันในคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ส่วนมากเกี่ยวกับการแพทย์ ซึ่งอธิบดีและสำนักงานกรมบัญชีกลางขาดข้อมูลและความรู้ความเชี่ยวชาญเรื่องดังกล่าวจึงปฏิบัติภารกิจได้ไม่เต็มความสามารถ ทำให้ต้องมีการประสานงานเพื่อขอข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สปสช. ในกรณีของข้อมูลที่เกี่ยวข้องยาที่ต้องการเจรจาต่อรอง และการดำเนินการบางครั้งต้องส่งเรื่องต่อให้สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) ช่วยดำเนินการต่อ และส่งข้อมูลทั้งหมดกลับมาเพื่อให้กรมบัญชีกลางเป็นผู้เสนอต่อคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ

ประการที่สอง การที่กรมบัญชีกลางเป็นสำนักงานเลขานุการทำให้มีขั้นตอนทางราชการเพิ่มขึ้นมา เนื่องจากการดำเนินการใดๆ ต้องรอการอนุมัติตามสายงาน ได้แก่ อธิบดี รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงการคลัง และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง ซึ่งอาจใช้เวลานานนับหลายสัปดาห์ โดยเฉพาะเมื่อการดำเนินการดังกล่าวอยู่ภายใต้การกำกับของรัฐมนตรีอีกกระทรวงหนึ่งทำให้เส้นทางการสั่งงานไม่ชัดเจน

ประการที่สาม โครงสร้างที่มีรัฐมนตรีเป็นประธานนั้นเหมาะสำหรับงานในระดับนโยบายมิใช่ งานในระดับปฏิบัติที่มีรายละเอียดมากมายที่ต้องใช้เวลาในการพิจารณา เนื่องจากรัฐมนตรีมีภารกิจที่หลากหลายจึงไม่สามารถเรียกประชุมได้ ทำให้งานไม่คืบหน้าเนื่องจากคณะกรรมการฯ จะประชุมเมื่อมีการกำหนดวันประชุมของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ เพื่อที่จะสามารถรายงานความก้าวหน้าให้แก่ที่ประชุมได้

ประการที่สี่ สืบเนื่องจากปัญหาประการที่สาม เมื่อไม่มีการประชุมจึงมักมีการสั่งงานโดยตรงโดยไม่ผ่านคณะกรรมการระบบบริหารยาฯ เช่น รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขมักจะเลือกที่จะติดต่อสื่อสารโดยตรงกับอธิบดีกรมการแพทย์ หรือ แม้กระทั่งกรมบัญชีกลาง ทำให้คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ไม่มีความหมาย

ประการที่ห้า เนื่องจากคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ มีรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการและกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลังเป็นเลขานุการ การดำเนินการจึงไม่ได้รับความร่วมมือจากสำนักงานประกันสังคมเท่าใดนัก

2.4 ความซ้ำซ้อนและความต่อเนื่องของการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ

การตั้งคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ขึ้นมาเพื่อศึกษาปัญหาค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวกับยา โดยเฉพาะของกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการซึ่งกรมบัญชีกลางเป็นผู้ดูแล คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ได้มีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการเพื่อบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพทั้งหมด 7 คณะ (รายละเอียดคณะอนุกรรมการดูได้จากภาคผนวกที่ 7) ได้แก่

- 1) คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ และยาชื่อสามัญ
- 2) คณะอนุกรรมการเจรจาต่อรองราคา

- 3) คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาและรหัสยามาตรฐานเพื่อสนับสนุนการบริหารเวชภัณฑ์
- 4) คณะอนุกรรมการกำหนดแนวทางเวชปฏิบัติ ข้อบ่งชี้การใช้ยา การตรวจวินิจฉัยโรค และการรักษาพยาบาล
- 5) คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษาพยาบาล และการเบิกจ่าย
- 6) คณะอนุกรรมการปรับปรุงกลไกการจ่ายเงินโดยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม
- 7) คณะอนุกรรมการรวบรวมและจัดการระบบข้อมูลการบริการทางการแพทย์ให้เป็นเอกภาพระหว่างกองทุน

การปฏิบัติภารกิจของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ในภาพรวมมีความซ้ำซ้อนกับคณะกรรมการบริหารระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ซึ่งมีรองปลัดกระทรวงการคลังเป็นประธาน คณะกรรมการดังกล่าวมีอำนาจหน้าที่ในการบริหารจัดการระบบสวัสดิการข้าราชการอยู่แล้ว และมีศักดิ์เทียบเท่ากับคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ เพราะแต่งตั้งจากมติคณะรัฐมนตรีเช่นเดียวกัน จึงทำให้เกิดความสับสนในขั้นตอนการดำเนินงาน นอกจากนี้แล้ว การดำเนินการของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ยังซ้ำซ้อนกับของ คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ซึ่งจัดตั้งขึ้นโดยระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2551 ซึ่งมีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์และการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ รวมทั้งมีหน้าที่ในการจัดทำบัญชียาหลักแห่งชาติ และกำหนดราคากลางยาในการจัดซื้อของหน่วยงานของรัฐ อีกด้วย

การทับซ้อนของอำนาจหน้าที่ดังกล่าวทำให้เกิดความสับสนของขั้นตอนและกระบวนการ ตัวอย่างเช่น ในกรณีที่คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ได้ดำเนินการเจรจาต่อรองราคายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ และได้ใช้ราคาที่ต่อรองได้ให้กรมบัญชีกลางประกาศเป็นราคากลางของยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ แต่เนื่องจากตามหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ายาของกรมบัญชีกลาง ฝ่ายพัสดุจะต้องเบิกจ่ายค่ายาตามหลักเกณฑ์ของคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ กรมบัญชีกลางจึงต้องส่งราคากลางที่คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ เสนอให้แก่คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติพิจารณาเพื่อปรับราคากลางใหม่

หากพิจารณาอำนาจหน้าที่ในระดับของอนุกรรมการที่แต่งตั้งขึ้นภายใต้คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ พบว่า ในภาพรวมภารกิจในการดำเนินงานมีความซ้ำซ้อนกับภารกิจของคณะทำงานที่เคยมีอยู่เดิม (ตารางที่ 2.1) เช่นในกรณีของคณะอนุกรรมการเจรจาต่อรองราคายา ภายใต้คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ มีหน้าที่ในการดำเนินการเจรจาต่อรองราคายาเช่นเดียวกับคณะทำงานที่เคยมีอยู่เดิม 3 คณะ (ตามรูปที่ 2.1) ได้แก่

- 1) คณะทำงานต่อรองราคายาเพื่อบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติ ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ
- 2) คณะทำงานเจรจาต่อรองราคายาของกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้คณะกรรมการดำเนินการจัดซื้อยาโดยการทำสัญญาจะซื้อจะขายแบบปรับราคาได้²² ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขจัดตั้งขึ้นมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 คณะทำงานชุดนี้มีเป้าหมายในการต่อรองราคายาเฉพาะสำหรับยาที่มีปริมาณการใช้

²² กระทรวงสาธารณสุข ได้มีคำสั่งที่ 243/2551 ลงวันที่ 5 มีนาคม พ.ศ. 2551 แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินการจัดซื้อยาโดยการทำสัญญาจะซื้อจะขายแบบปรับราคาได้ ตามมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 13 มีนาคม พ.ศ. 2550

ประจำเป็นจำนวนมาก หรือยาที่มีราคาต่อหน่วยสูง และยาที่มีผู้ผลิตน้อยรายทำให้ผู้ขายมีอำนาจต่อรองสูงเมื่อเทียบกับผู้ซื้อที่เป็นโรงพยาบาลของภาครัฐ อนึ่ง คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ได้ให้คณะทำงานเจรจาต่อรองราคาฯ ชุดนี้ปฏิบัติหน้าที่ในอนุกรรมการต่อรองราคาฯ ที่ตั้งขึ้นมา โดยขยายกรอบการเจรจาต่อรองราคาฯ ให้ครอบคลุมกลุ่มยานอกบัญชียาหลัก 9 กลุ่มที่มีการเบิกจ่ายสูงในระบบสวัสดิการข้าราชการ

3) คณะทำงานเจรจาต่อรองราคาฯ ของ สปสช. มีภารกิจในการต่อรองราคาฯ ในการจัดซื้อยาเพื่อใช้ในโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นรายการยาและเวชภัณฑ์ที่มีการใช้ในหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนในสังกัด สปสช.

อย่างไรก็ดี แม้ภาพรวมของอำนาจหน้าที่ในการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการเจรจาต่อรองราคาฯ ภายใต้คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ เข้าซ้อนทับกับคณะทำงานทั้ง 3 คณะ หากแต่พิจารณารายละเอียดและขั้นตอนในการดำเนินงาน จะพบว่า คณะทำงานทั้ง 3 คณะ รวมถึงคณะอนุกรรมการเจรจาต่อรองราคาฯ กลับมีบทบาทหน้าที่ในการเจรจาต่อรองราคาฯ ที่แตกต่างกัน กล่าวคือ คณะเจรจาต่อรองราคาฯ ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาระบบแห่งชาติ จะทำหน้าที่ในการเจรจาต่อรองราคาฯ สำหรับรายการยาที่จะนำเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติเท่านั้น ในขณะที่คณะเจรจาต่อรองราคาฯ ของ สปสช. จะทำหน้าที่เจรจาต่อรองราคาหรือเวชภัณฑ์เฉพาะรายการที่ สปสช. ซื้อ เช่น วัคซีนน้ำยาล้างไต เป็นต้น ซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับบัญชียาหลัก และคณะอนุกรรมการเจรจาต่อรองราคาฯ ภายใต้คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ มีบทบาทในการเจรจาต่อรองราคาฯ ในกลุ่มยาที่มีมูลค่าการใช้สูง 9 กลุ่มโรค ซึ่งเป็นรายการยาที่มีการเบิกจ่ายในระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ

ตารางที่ 2.1 เปรียบเทียบโครงสร้างอนุกรรมการภายใต้คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ และคณะทำงาน/กรอบนโยบายที่เคยมีอยู่เดิม

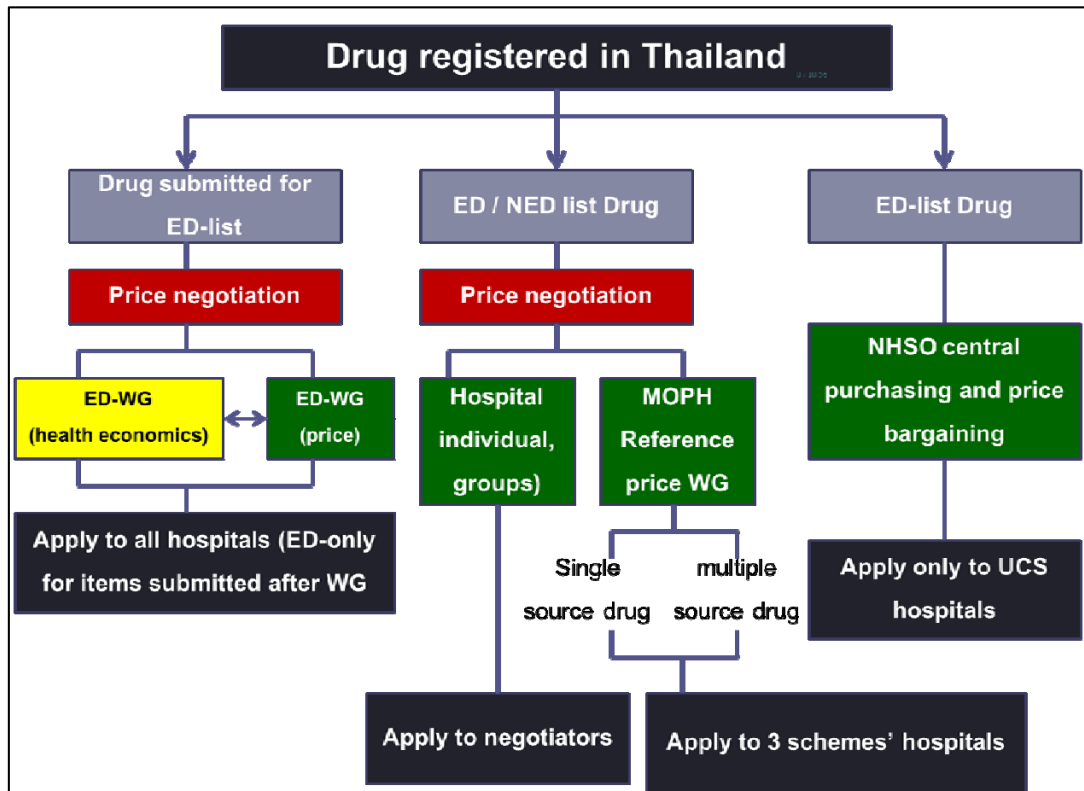
คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ	คพคส.	คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ	กระทรวงสาธารณสุข	สปสช.
อนุกรรมการเจรจาต่อรองราคาฯ	-	คณะอนุกรรมการพิจารณากำหนดราคากลางยา	คณะทำงานเจรจาต่อรองราคาฯ สำนักงานปลัดกระทรวง	คณะทำงานเจรจาต่อรองราคาฯ
อนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาในบัญชียาหลักฯ	-	• คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	-	-
อนุกรรมการพัฒนาบัญชียาและรหัสยามาตรฐานฯ	-	คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	-
อนุกรรมการกำหนดแนวเวชปฏิบัติ ข้อบ่งชี้	-	-	กรมการแพทย์	-

คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ	คพคส.	คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ	กระทรวงสาธารณสุข	สปสช.
อนุกรรมการพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษา	หน่วยงานกลางตรวจสอบข้อมูลการเบิกจ่าย*	-	-	-
อนุกรรมการปรับปรุงกลไกการจ่ายเงินโดย DRG	หน่วยงานกลางพัฒนาเครื่องมือคำนวณการจ่ายค่าบริการ*	-	-	-
อนุกรรมการระบบข้อมูลบริการทางการแพทย์	หน่วยงานกลางบริหารจัดการข้อมูลค่าบริการฯ (Data Center & Clearing House)*	-	-	-

หมายเหตุ: * ยังไม่มีการจัดตั้งที่เป็นรูปธรรม เป็นเพียงนโยบายที่กำหนดไว้ ของ คณะกรรมการ คพคส.

ที่มา : จากการรวบรวมของคณะผู้วิจัย

รูปที่ 2.1 คณะทำงาน/คณะกรรมการเจรจาต่อรองราคายาในประเทศไทย



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

สำหรับการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษายาและการเบิกจ่าย คณะอนุกรรมการปรับปรุงกลไกการจ่ายเงินโดยกลุ่มวินิจัยโรคร่วม และคณะอนุกรรมการระบบข้อมูลบริการทางการแพทย์ ถูกแต่งตั้งขึ้นมาเพื่อสานต่อแนวทางในการพัฒนากลไกกลางในการบริหารจัดการระบบการคลังด้านสุขภาพ (National Information Clearing House) ของคณะกรรมการ คพคส. ที่ถูกยกเลิกไป โดยกลไกกลางดังกล่าวต้องมี 1) หน่วยงานกลางบริหารจัดการข้อมูลค่าบริการและการเบิกจ่ายค่ารักษายา (Data Center and Clearing House) 2) หน่วยงานกลางบริหารมาตรฐานระบบข้อมูลเบิกจ่าย (Data Standard Maintenance Organization-DSMO) 3) หน่วยงานกลางพัฒนาเครื่องมือคำนวณการจ่ายค่าบริการสำหรับระบบประกันสุขภาพ (Case-Mix Center) และ 4) หน่วยงานกลางตรวจสอบข้อมูลการเบิกจ่าย (financial audit) คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา จึงได้มีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมทั้ง 3 คณะขึ้นมาเพื่อมาดำเนินการสานต่อนโยบาย

อย่างไรก็ตาม แม้ในภาพรวมของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา จะมีความซ้ำซ้อนกับของคณะทำงานอื่นๆ อยู่บ้าง แต่พิจารณาจากโครงสร้างของคณะอนุกรรมการทั้ง 7 คณะ จะเห็นได้ว่ามีความพยายามที่จะดึงบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่อยู่เดิมเข้ามาในโครงสร้างของอนุกรรมการที่แต่งตั้งขึ้นมา เช่น ในกรณีที่มีการดึงตัวคณะทำงานเจรจาต่อรองราคายาของกระทรวงสาธารณสุขเข้ามาเป็นกรรมการในอนุกรรมการเจรจาต่อรองราคายา หรือ คณะทำงานในการตรวจสอบการเบิกจ่ายและคุณภาพในการรักษายา ภายใต้คณะกรรมการประสานความร่วมมือระหว่างกรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม และ สปสช. เข้ามาปฏิบัติหน้าที่ในอนุกรรมการพัฒนาระบบการตรวจสอบการรักษายา และการเบิกจ่าย ในลักษณะเดียวกันกับการพัฒนากลไกการจ่ายเงินโดยกลุ่มวินิจัยโรค

ร่วม มีการตั้งผู้อำนวยการศูนย์พัฒนากลุ่มโรคร่วมไทยให้เข้ามาเป็นคณะกรรมการปรับปรุงกลไกการจ่ายเงินโดยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ดำเนินงานเกี่ยวกับมาตรการดังกล่าว

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

2.5 วิเคราะห์และสรุปผลการศึกษา

ในช่วง 6-7 ปีที่ผ่านมา รัฐบาลทุกสมัยให้ความสำคัญแก่การกำหนดนโยบายและบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศซึ่งประกอบด้วยกองทุนขนาดใหญ่ 3 กองทุนภายใต้การกำกับของ 3 กระทรวงให้เป็นไปอย่างบูรณาการ เพื่อที่จะลดต้นทุนในการบริหารจัดการที่ซ้ำซ้อน กำหนดกระบวนการและขั้นตอนในการเบิกจ่ายที่เป็นมาตรฐานกลาง ตลอดจนลดความเหลื่อมล้ำของสิทธิประโยชน์ระหว่างกองทุนประกันสุขภาพทั้งสาม

ที่ผ่านมา กลไกที่สร้างขึ้นมามีอยู่ในรูปแบบของคณะกรรมการที่จัดตั้งขึ้นมาโดยระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี แม้กลไกในรูปแบบของคณะกรรมการเหล่านี้จะสามารถจัดตั้งขึ้นมาได้อย่างรวดเร็ว แต่เนื่องจากขาดอำนาจในการสั่งการทางกฎหมาย จึงต้องอาศัยการผลักดันในระดับการเมืองเพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในกระทรวงการคลังและกระทรวงสาธารณสุข ตลอดจนสำนักงานประกันสังคมสามารถดำเนินการตามข้อเสนอของคณะกรรมการในทางปฏิบัติ

นอกจากนี้แล้ว การที่คณะกรรมการเหล่านี้มีนายกรัฐมนตรี หรือรัฐมนตรีเป็นประธานกรรมการวาระการประชุมจึงเป็นไปตามดุลยพินิจของนักการเมือง และเมื่อมีการเปลี่ยนรัฐบาลก็มีการเปลี่ยนคณะกรรมการในการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ และเปลี่ยนรูปแบบการบริหารจัดการ ซึ่งอาจทำให้งานทั้งในระดับนโยบายและในระดับปฏิบัติขาดความต่อเนื่องได้ เช่นเดียวกับคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัย และค่าบริการทางการแพทย์ ซึ่งแต่งตั้งขึ้นมาแทนคณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ และเปลี่ยนรูปแบบการบริหารจัดการใหม่ หากแต่เป็นการบริหารจัดการในรูปแบบเบ็ดเสร็จ โดยการรวบรวมคณะกรรมการ คณะทำงาน หรือหน่วยงานที่เคยดำเนินงานอยู่ก่อนแล้วเพื่อมาดำเนินการต่อตามมาตรการหรือนโยบายให้ครอบคลุมงานที่มีอยู่เดิม

อนึ่ง มาตรา 9 และ 10 แห่ง พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้กำหนดให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเจรจากับรัฐบาลกลาง รัฐบาลท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ ตลอดจนสำนักงานประกันสังคมเพื่อที่จะขยายสิทธิในการได้รับการรักษาพยาบาลภายใต้กฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อย่างไรก็ดี เนื่องจากประเด็นเรื่องการรวบรวมกองทุนประกันสุขภาพนั้นเป็นประเด็นในระดับนโยบายของประเทศจึงต้องการความชัดเจนของนโยบายจากฝ่ายการเมือง ว่าควรจะมีการรวบรวมกองทุนหรือไม่ และวิธีการ ขั้นตอน ตลอดจนเงื่อนไขต่างๆ ในการรวบรวมจะเป็นอย่างไร เช่น จำเป็นต้องมีการกำหนดสิทธิประโยชน์ที่เท่าเทียมกันทั้งสามกองทุนหรือไม่ การบริหารจัดการการเงินกองทุนจะดำเนินการอย่างไร เป็นต้น เนื่องจากทั้งสามกองทุนต่างถือกฎหมายคนละฉบับ

จึงยากที่จะคาดหวังว่าจะ “สมัครงใจ” ที่จะควมบรมกัณเองได้โดยปราศจากแรงผลักดันจากระดับนโยบาย แต่ที่ผ่านมา มีการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองบ่อยครั้งทำให้การดำเนินการเพื่อบูรณาการการบริหาร จัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศขาดความต่อเนื่องและไร้ทิศทาง

บทที่ 3

การบริการจัดการระบบประกันสุขภาพในรูปแบบของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัย และค่าบริการทางการแพทย์

การศึกษาในบทนี้จะเป็นการศึกษารูปแบบการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ โดยแบ่งการศึกษาดังกล่าวออกเป็น 5 ส่วน คือ ส่วนแรก เป็นการศึกษานโยบายหรือมาตรการที่กำหนดขึ้น ส่วนที่สอง เป็นการติดตามผลการดำเนินงานของนโยบายและมาตรการต่างๆ ส่วนที่สาม เป็นการวิเคราะห์ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของมาตรการที่กำหนดขึ้น ส่วนที่สี่ เป็นการศึกษารูปแบบความร่วมมือระหว่าง 3 กองทุนสุขภาพที่ประสบความสำเร็จ และส่วนที่ 5 เป็นการสรุปผลการศึกษา

3.1 ขุนโยบายหรือมาตรการของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัย และค่าบริการทางการแพทย์

ในการประชุมคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัย และค่าบริการทางการแพทย์ ครั้งที่ 1/2555 เมื่อวันที่ 6 มิถุนายน พ.ศ. 2555 มีมติเห็นชอบในการกำหนดมาตรการเกี่ยวกับระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัย และค่าบริการทางการแพทย์ รวมทั้งมอบหมายหน่วยงานเพื่อรับผิดชอบมาตรการที่ได้กำหนดขึ้น ดังนี้

3.1.1 การควบคุมกำกับการใช้ยาให้เป็นไปอย่างเหมาะสมและคุ้มค่าในระบบประกันสุขภาพ

จากสถานการณ์การใช้ยาในประเทศไทยมีมูลค่าเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2551 มูลค่าการใช้ยาสูงถึง 1.5 แสนล้านบาทในราคาขายส่ง หรือประมาณ 2.7 แสนล้านบาทในราคาท้องตลาด ซึ่งมูลค่าการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติสูงถึงร้อยละ 65 ของมูลค่าการใช้ยาทั้งหมด นอกจากนี้ ค่าใช้จ่ายยาส่วนใหญ่มาจากยาที่นำเข้า ทำให้เกิดการสูญเสียรายได้ของประเทศ ดังนั้น การควบคุมและกำกับการใช้ยาในระบบสุขภาพจำเป็นต้องมีมาตรการที่รอบด้านเพื่อควบคุมปริมาณยา ชนิดของยา รวมทั้งอัตราการใช้ยา

คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ได้กำหนดมาตรการควบคุมและกำกับการใช้ยาทั้งระยะสั้นและระยะยาว มาตรการในระยะยาวนั้นจำเป็นต้องมีรูปแบบการเบิกจ่ายแบบปลายปิดและตกลงราคาล่วงหน้า (รายครั้ง/รายคน) ในปัจจุบันระบบประกันสังคมและระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใช้รูปแบบดังกล่าวในการเบิกจ่ายค่ายา แต่ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการยังคงใช้รูปแบบการเบิกจ่ายตามจริง ดังนั้น จึงต้องพัฒนารูปแบบการเบิกจ่ายยาของระบบสวัสดิการข้าราชการให้สอดคล้องกับทั้งสองระบบ เพื่อให้ระบบการเบิกจ่ายยามีมาตรฐานเดียวกัน ในส่วนของมาตรการการควบคุมกำกับการใช้ยาในระยะสั้นนั้น คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ได้กำหนดแนวทางในการดำเนินงานดังต่อไปนี้

- (1) กำหนดให้มีกลไกกลางในการเจรจาต่อรองราคายาที่มีราคาแพง โดยเฉพาะรายการยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีราคาแพงและมีผู้จำหน่ายรายเดียว
- (2) ควบคุมการกำกับการใช้ยาของรายการยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติและยาต้นแบบในระบบประกันสุขภาพ ได้แก่ การกำหนดเป้าหมายการลดค่าใช้จ่าย การกำหนดอัตราอ้างอิง การเบิกจ่ายยา

กลุ่มเป้าหมาย การปรับโครงสร้างขดเคยค่ายาและค่าบริการ ระบบสารสนเทศข้อมูลการเบิกจ่าย และการส่งจ่ายยา

- (3) ส่งเสริมการใช้ยาในบัญชียาหลักและยาชื่อสามัญ ได้แก่ การกำหนดเป้าหมายการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ/ยาชื่อสามัญ การมีระบบประกันคุณภาพยา ชื่อสามัญที่มีจำหน่ายในท้องตลาด การสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ประชาชน
- (4) กำหนดแนวเวชปฏิบัติและข้อบ่งชี้การใชยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติในยากลุ่มเป้าหมายที่มีมูลค่าการใช้จ่ายสูง รวมถึงข้อบ่งชี้การตรวจวินิจฉัยโรคและการรักษาด้วยเทคโนโลยีราคาแพง
- (5) กำหนดกลไกกลางในการตรวจสอบการเบิกจ่ายและการจ่ายยา

มาตรการดังกล่าวคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ได้มีการมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปดำเนินการ อาทิเช่น ศูนย์พัฒนาโรคร่วมไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กรมการแพทย์ องค์การเภสัชกรรม เป็นต้น เพื่อนำไปสู่แนวทางในการปฏิบัติสำหรับหน่วยบริการต่อไป

3.1.2 การพัฒนาบัญชียาและรหัสยามาตรฐานเพื่อสนับสนุนการบริหารเวชภัณฑ์

สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลที่สูงขึ้น ส่วนหนึ่งเกิดจากการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสม มีการเบิกจ่ายยาอย่างฟุ่มเฟือยเกินความจำเป็น แต่รัฐยังไม่มีกลไกในการกำกับ ติดตามและตรวจสอบที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากยังไม่มีบัญชีข้อมูลยาและรหัสยามาตรฐานที่จะสามารถนำมาอ้างอิงเพื่อใช้ในการติดตาม และตรวจสอบ ที่ผ่านมามีเพียงบัญชีและรหัสมาตรฐานยา 24 หลัก²³ และระบบมาตรฐานรหัสยา GS1²⁴ ที่มีการนำมาใช้ หากแต่ยังขาดความสมบูรณ์ที่สามารถนำมาใช้กับระบบบริหารยาและเวชภัณฑ์ และการเบิกจ่ายของระบบประกันสุขภาพ เนื่องจากบัญชียาขาดข้อมูลสำคัญ เช่น ขนาดบรรจุ ขนาดที่ใช้ เป็นต้น โครงสร้างรหัสยามีข้อจำกัดและไม่ยืดหยุ่นพอสำหรับการนำไปใช้เบิกจ่ายยา และยังขาดระบบบำรุงรักษาบัญชียา

เพื่อที่จะให้มีการติดตามและตรวจสอบการเบิกจ่ายค่ายาอย่างมีประสิทธิภาพ คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ จึงมีนโยบายให้มีการพัฒนาบัญชียาและรหัสยามาตรฐานยา โดยมอบหมายให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) เป็นแกนในการพัฒนาร่วมกับศูนย์พัฒนามาตรฐานระบบข้อมูลสุขภาพไทย (คมส.) โดยให้ดำเนินการ ดังนี้

- (1) พัฒนาต่อยอดบัญชียาในบัญชียาหลักแห่งชาติและรหัสยามาตรฐาน 24 หลักให้ครอบคลุมทั้งในส่วนของรายการยา และรายละเอียดในรายการยาให้เพียงพอกับระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายในระดับรายการยา (drug item)
- (2) พัฒนาออกแบบโครงสร้างรหัสยามาตรฐานใหม่ที่สามารถใช้งานได้หลายระบบงานโดยสอดคล้องกับมาตรฐานสากล
- (3) ศึกษากลไกกลางที่ทำหน้าที่พัฒนาบำรุงรักษา และบริการข้อมูลบัญชีและรหัสยามาตรฐานให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระบบบริการสุขภาพ และประชาชน

²³ มาตรฐานรหัสยา 24 หลัก เป็นบัญชีข้อมูลและรหัสยาพัฒนาโดยกระทรวงสาธารณสุข

²⁴ มาตรฐานรหัส GS1 เป็นระบบรหัสสินค้าและบริการที่พัฒนาเพื่อใช้กับระบบโลจิสติกส์และใช้ได้กับสินค้าทุกชนิด มีความเป็นสากล และมาตรฐานระบบ GS1 เป็นระบบรหัสที่กลุ่ม Healthcare Logistics Cluster มหาวิทยาลัยมหิดล ศึกษาและพัฒนาระบบโลจิสติกส์ทางการแพทย์ (Healthcare logistics) เสนอให้มีการนำมาใช้ในประเทศไทย

3.1.3 การปรับอัตราการจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมให้เป็นเอกภาพระหว่างกองทุน

ระบบประกันสุขภาพแต่ละระบบมีการคำนวณต้นทุนและกำหนดอัตราการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในแยกตามประเภทของโรคที่รักษาแตกต่างกัน ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการใช้วิธีคิดกลางราคาล่วงหน้าในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่โรงพยาบาล โดยใช้วิธีการเบิกจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG)²⁵ โดยอัตราที่เบิกจ่ายของแต่ละกลุ่มโรคนั้นจะคำนวณตามอัตราฐานคูณด้วยค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW)²⁶ ซึ่งสะท้อนความรุนแรงของโรคในกลุ่มโรคนั้นๆ ทั้งนี้ อัตราการเบิกจ่ายดังกล่าวแตกต่างกันในแต่ละสถานพยาบาลเนื่องจากวิธีการรักษายาบาล

สำหรับกองทุนประกันสุขภาพอีกสองระบบ คือ ระบบประกันสังคม และระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ แม้จะใช้วิธีการ “เหมาจ่ายรายหัว” ในการจัดสรรงบประมาณให้แก่สถานพยาบาลแต่ละแห่ง แต่ก็มีมีการจ่ายเงินเพิ่มในการรักษายาบาลผู้ป่วยใน ในรูปแบบของการจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมสำหรับโรคร้ายแรงหรือเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูงเป็นพิเศษ ซึ่งอัตราการจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของสองกองทุนนี้จะเท่ากันทุกโรงพยาบาลสำหรับการรักษาในกลุ่มโรคเดียวกัน แต่อัตราการจ่ายของระบบประกันสังคมและระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับวิธีการคำนวณต้นทุนในการรักษาของแต่ละกองทุน ดังนั้น เพื่อให้อัตราการจ่ายเงินของกองทุนสุขภาพทุกกองทุนเป็นมาตรฐานเดียวกัน คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ได้กำหนดนโยบายในการปรับอัตราการจ่ายเงินตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมให้เป็นเอกภาพระหว่างกองทุน โดยมีการตั้งคณะทำงานเพื่อปรับปรุงกลไกการจ่ายเงินด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ให้ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน และมีคณะกรรมการของแต่ละกองทุนประกันสุขภาพ นักวิชาการ ราชวิทยาลัย รวมถึงสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อพิจารณาแนวทางในการจ่ายเงิน และให้กำหนดราคาการจ่ายเงินโดยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของทุกกองทุนเป็นรูปแบบเดียวกัน

นอกจากนี้ คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ยังได้มีมาตรการกำกับดูแลค่าใช้จ่ายด้านยาของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเป็นการเฉพาะอีกด้วย ซึ่งได้มอบหมายให้กรมบัญชีกลางดำเนินการจากข้อมูลของกรมบัญชีกลาง พบว่า ปัจจัยหลักที่ทำให้ค่ารักษายาบาลเพิ่มสูงขึ้นมี 3 ประการได้แก่²⁷

- 1) กลุ่มข้าราชการสูงอายุเพิ่มมากขึ้น และบิดามารดาสูงอายุเพิ่มมากขึ้น
- 2) ราคายาสูงขึ้น โดยเฉพาะยาที่เป็นต้นแบบ และ
- 3) การเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังมีจำนวนมากขึ้น

นอกจากนี้ ยังพบว่าการส่งจ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติในกลุ่มผู้ป่วยนอกของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายสูงถึงร้อยละ 65 ของค่าใช้จ่ายยาโดยรวม กลุ่มยาที่มีการเบิกจ่ายมูลค่าสูง มี 9 กลุ่มได้แก่

- 1) กลุ่มยาลดการเป็นแผลและเลือดออกในกระเพาะอาหาร
- 2) กลุ่มยาด้านอวัยวะที่มีไขสันหลัง

²⁵ DRG มาจากคำว่า Diagnostic related group หรือกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม คือระบบการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยในอย่างหนึ่ง (Patient Classification System) ที่อาศัยข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลัก โรคร่วม และภาวะแทรกซ้อนไม่มากนัก มาจัดกลุ่มผู้ป่วยเพื่อบอกว่า ผู้ป่วยในกลุ่มเดียวกันจะใช้เวลานานในโรงพยาบาลใกล้เคียงกัน และสิ้นเปลืองค่ารักษาหรือทรัพยากรใกล้เคียงกัน

²⁶ RW มาจากคำว่า Relative Weight หรือน้ำหนักสัมพัทธ์ หมายถึง ค่าเฉลี่ยของการใช้ทรัพยากรในการรักษาผู้ป่วยตาม DRG ซึ่ง เป็นการเทียบกับต้นทุนเฉลี่ยของการรักษาผู้ป่วยทั้งหมด

²⁷ อ้างอิงจากรายงานการประชุมของคณะกรรมการเจรจาต่อรองราคาและเวชภัณฑ์ ครั้งที่ 1/2555

- 3) กลุ่มยาลดไขมันในเลือด
- 4) กลุ่มยาเบื้องต้นในการรักษาความดันโลหิตสูงและภาวะหัวใจล้มเหลวแบบเลือดคั่ง
- 5) กลุ่มยาลดความดันโลหิตสูง
- 6) กลุ่มยาป้องกันการเกาะตัวของเกล็ดเลือด
- 7) ยาลดอาการข้อเข่าเสื่อม
- 8) ยาป้องกันโรคกระดูกพรุน
- 9) กลุ่มยารักษาโรคมะเร็ง

ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติใน 9 กลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นยาที่มีผู้จำหน่ายรายเดียว จึงมีราคายาค่อนข้างสูง ดังนั้น คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ จึงให้กรมบัญชีกลางดำเนินการกำกับดูแลค่าใช้จ่ายด้านยาดังกล่าวให้เป็นไปอย่างเหมาะสม

จากการวิเคราะห์ชุดนโยบายข้างต้น อาจกล่าวได้ว่า คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ให้ความสำคัญในเรื่องของการกำกับและควบคุมการใช้ยา โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการใช้ยาในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ซึ่งแตกต่างจากกรอบนโยบายของคณะกรรมการ คพคส. ที่มองภาพกว้างในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพไม่ได้เน้นเฉพาะการจัดการด้านการเงินการคลังแต่มองภาพของการบูรณาการกองทุนสุขภาพของประเทศ เช่น การอภิบาลระบบประกันสุขภาพ เป็นต้น หากแต่มาตรการของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ อาจมีรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจนและสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้มากกว่านโยบายของคณะกรรมการ คพคส. เนื่องจากมาตรการที่คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ กำหนดขึ้นมานั้นมิใช่มาตรการใหม่ หากแต่เป็นมาตรการที่หน่วยงานต่างๆ ดำเนินการอยู่แล้ว หากแต่ตั้งเรื่องและบุคลากรที่เกี่ยวข้องเข้ามาอยู่ภายใต้คณะกรรมการฯ เท่านั้น เพื่อที่จะกำกับ ติดตาม และตรวจสอบความคืบหน้าได้อย่างเป็นระบบ ดังที่ได้กล่าวมาแล้วก่อนหน้านี้

3.2 การติดตามผลการดำเนินงานตามมาตรการ

เนื้อหาในส่วนนี้จะเป็นการติดตามผลการดำเนินงานตามมาตรการของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ โดยการรวบรวมจากสรุปรายงานการประชุมคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ²⁸ ที่มีการประชุมไปแล้วทั้งหมด 10 ครั้ง ที่แสดงไว้ในตารางที่ 3.1 ด้านล่าง ซึ่งสังเกตได้ว่า ในปีแรกที่มีการแต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ได้มีการตื่นตัวในการดำเนินการ โดยมีการประชุมเพื่อติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานทุกเดือน และประธานกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ มีการเข้าร่วมประชุมในทุกครั้ง ซึ่งแสดงให้เห็นว่า รัฐบาลนี้ให้ความสำคัญกับมาตรการในการควบคุมค่าใช้จ่ายเป็นอย่างมาก อย่างไรก็ตาม การประชุมติดตามความก้าวหน้าทุกระยะนั้น เป็นการกระตุ้นให้คณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลให้มาตรการหรือนโยบายในการพัฒนาระบบประกันสุขภาพของประเทศมีความชัดเจนมากขึ้น

²⁸ สรุปรายงานการประชุมคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ตามภาคผนวกที่ 9

ตารางที่ 3.1 การประชุมของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา

การประชุมครั้งที่	กำหนดการ	ประธานการประชุม	วาระการประชุม
1	6 มิถุนายน พ.ศ. 2555	นายวิทยา บุรณศิริ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข	1. แต่งตั้งหน่วยงานที่ของคณะกรรมการ 2. กำหนดมาตรการในการดำเนินงาน
2	13 กรกฎาคม พ.ศ. 2555	นายวิทยา บุรณศิริ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข	1. แจ้งคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการฯ 6 คณะ 2. แก้ไข/เพิ่มเติมมาตรการในการดำเนินงาน 3. นำเสนอแผนปฏิบัติการของคณะกรรมการ ทั้ง 6 คณะ และรายงานความคืบหน้าใน การดำเนินงาน
3	15 สิงหาคม พ.ศ. 2555	นายวิทยา บุรณศิริ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข	1. รายงานความคืบหน้าการดำเนินการของ คณะกรรมการ
4	11 กันยายน พ.ศ. 2555	นายวิทยา บุรณศิริ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข	1. รายงานความคืบหน้าการดำเนินการของ คณะกรรมการ 2. เพิ่มหน้าที่คณะกรรมการกำหนดระบบ บริหารยา
5	10 ตุลาคม พ.ศ. 2555	นายวิทยา บุรณศิริ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข	1. ประธานแจ้งให้คณะกรรมการทุกชุด กำหนดเป้าหมายการดำเนินงานให้ชัดเจน 2. รายงานความคืบหน้าการดำเนินการของ คณะกรรมการ
6	19 พฤศจิกายน พ.ศ. 2555	นายแพทย์ประดิษฐ สินธวณรงค์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข	1. รายงานความคืบหน้าการดำเนินการของ คณะกรรมการ
7	17 ธันวาคม พ.ศ. 2555	นายแพทย์ประดิษฐ สินธวณรงค์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข	1. สรุปผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ ชุดต่างๆ ในรอบครึ่งปีที่ผ่านมา 2. รายงานความคืบหน้าการดำเนินการของ คณะกรรมการ และกรมบัญชีกลาง
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. เสนอสถานการณ์การเบิกจ่ายค่ายาผู้ป่วย นอกของระบบสวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ 2. รายงานความคืบหน้าการดำเนินงานของ คณะกรรมการ และกรมบัญชีกลาง

ที่มา : จากการรวบรวมของคณะผู้วิจัย

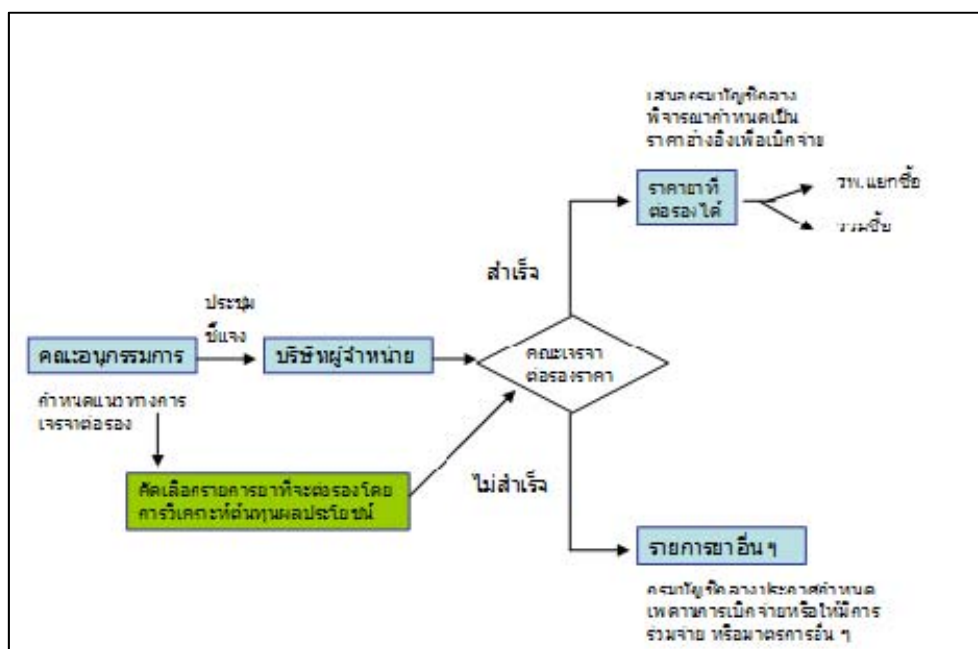
นอกจากการติดตามผลการดำเนินงานจากสรุปรายงานการประชุมดังกล่าวแล้ว คณะผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์อนุกรรมการที่แต่งตั้งขึ้นภายใต้คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา ดังนั้น คณะผู้วิจัยจะกล่าวถึงกรอบการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการที่แต่งตั้งขึ้น รวมทั้งติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินการของคณะอนุกรรมการดังกล่าว

3.2.1 คณะอนุกรรมการเจรจาต่อรองราคาและเวชภัณฑ์

จากนโยบายที่ต้องการควบคุมกำกับการใช้ยาให้เป็นไปอย่างเหมาะสมและคุ้มค่านั้น คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา ได้กำหนดให้มีกลไกกลางในการเจรจาต่อรองราคาที่มีราคาแพง โดยเฉพาะยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ และยาที่มีผู้จำหน่ายรายเดียว เพื่อลดค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โดยแต่งตั้งคณะอนุกรรมการเจรจาและเวชภัณฑ์ เพื่อทำหน้าที่เจรจาต่อรองราคา และให้กรมบัญชีกลางนำราคาที่ได้จากการเจรจา ไปกำหนดหลักเกณฑ์เป็นราคากลางในการเบิกจ่ายค่ายาต่อไป

ในช่วงแรกของการดำเนินการได้มีการวางแผนทางในการเจรจาต่อรอง (แสดงตามรูปที่ 3.1) โดยกำหนดยากลุ่มเป้าหมายที่มีมูลค่าการใช้สูงของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และพิจารณาคัดเลือกรายการยาที่ต้องมีการเจรจาต่อรองราคาโดยเรียงตามลำดับความสำคัญตามมูลค่าการใช้ นอกจากนี้ได้คณะอนุกรรมการเจรจาต่อรองราคาฯ ได้ประเมินมูลค่าการใช้ระหว่างเดือนกรกฎาคม 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 3.2)

รูปที่ 3.1 แนวทางการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการเจรจาต่อรองราคา



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

จากกรอบในการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการเจรจาต่อรองราคาและเวชภัณฑ์ตามรูปที่ 3.1 นั้น ในระยะแรกของการดำเนินงานคณะอนุกรรมการเจรจาต่อรองราคาฯ ได้มีการคัดเลือกกรรายการยาที่จะต่อรองโดยการวิเคราะห์ต้นทุนจากการใช้ยาของโรงพยาบาล 31 แห่ง จากนั้นได้มีการนัดหมายบริษัทผู้จำหน่ายยา

ดังกล่าว เพื่อมารับฟังข้อเสนอในการเจรจา โดยมีการวางเป้าหมายสำหรับการเจรจา 2 แนวทาง คือ 1) หากการเจรจาสำเร็จ ราคาที่ต่อรองได้จะเสนอต่อกรมบัญชีกลางให้พิจารณากำหนดเป็นราคาอ้างอิงเพื่อเบิกจ่าย ซึ่งอาจให้โรงพยาบาลในหน่วยบริการแยกซื้อยาตามราคาที่ได้มีการประกาศ หรืออาจมีการรวมกันซื้อและให้องค์การเภสัชกรรมเป็นผู้รับผิดชอบ และ 2) หากการเจรจาไม่สำเร็จ จะเสนอให้กรมบัญชีกลางประกาศกำหนดราคาเพดานการเบิกจ่าย หรือให้มีการร่วมจ่ายจากผู้ให้บริการ

ตารางที่ 3.2 ประมาณการต้นทุนที่จะสามารถประหยัดได้

ร้อยละของราคาขายที่ลดลง	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 : รายงานการประชุมคณะกรรมการเจรจาต่อรองราคายาและเวชภัณฑ์ ครั้งที่ 1/2555

ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า ได้มีการต่อรองราคายาจำนวนทั้งสิ้น 271 รายการ และได้จัดส่งรายการยาและราคาที่ได้มีการเจรจาต่อรองแล้วจำนวน 774 รายการ (ซึ่งรวมรายการยาที่คณะทำงานเจรจาต่อรองราคาสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้มีการเจรจาต่อรองมาแล้วตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553) ให้กรมบัญชีกลางพิจารณาเพื่อออกประกาศกำหนดราคาอ้างอิงในการเบิกจ่ายตามความเหมาะสม อย่างไรก็ตาม การประกาศหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายยาจากกรมบัญชีกลางนั้น ต้องอ้างอิงการเบิกจ่ายตามราคากลางที่ประกาศจากคณะกรรมการกำหนดราคากลางซึ่งอยู่ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ดังนั้น กรมบัญชีกลางจึงจำเป็นต้องส่งราคาที่ได้รับจากคณะกรรมการเจรจาต่อรองราคายาฯ ภายใต้คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ให้คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติพิจารณาก่อน จึงทำให้เกิดความล่าช้าในการประกาศราคากลาง คณะอนุกรรมการเจรจาต่อรองราคายาจึงได้จัดทำหนังสือแจ้งเวียนราคายาที่ต่อรองได้ จำนวน 271 รายการให้โรงพยาบาลต่างๆ ทราบ เพื่อใช้เป็นราคาอ้างอิงในการจัดซื้อยาในระหว่างที่รอกรมบัญชีกลางประกาศเป็นราคาอ้างอิงเพื่อการเบิกจ่าย

นอกจากนี้ คณะอนุกรรมการเจรจาต่อรองราคายาและเวชภัณฑ์ยังได้กำหนดราคาอ้างอิงเพื่อการเบิกจ่ายยาสามัญให้แก่อธิบดีกรมบัญชีกลาง (รายละเอียดเพิ่มเติมตามภาคผนวกที่ 9) แต่การส่งใช้ยาสามัญนั้นให้เป็นไปตามแนวทางที่ราชวิทยาลัยกำหนด และคณะอนุกรรมการเจรจาต่อรองราคายากำลังอยู่ระหว่างการพิจารณากลุ่มยาเป้าหมายที่จะดำเนินการต่อรองราคาต่อไป โดยเฉพาะกลุ่มยามะเร็ง

อย่างไรก็ตาม กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินการจัดซื้อยาพร้อมในระดับเขตสุขภาพไปแล้วจำนวน 6 เขต และอยู่ระหว่างดำเนินการให้ครบทุกเขต ซึ่งคาดว่าจะช่วยประหยัดงบประมาณสำหรับการจัดซื้อได้ 113 ล้านบาท สำหรับการจัดซื้อยาที่มีมูลค่าการใช้สูงซึ่งองค์การเภสัชกรรมเป็นผู้รับผิดชอบนั้น ได้มีการขึ้นทะเบียนนำเข้ายา generic ไปแล้วจำนวน 3 รายการ เพื่อนำมาจำหน่ายให้โรงพยาบาลทุกแห่ง หากโรงพยาบาลดำเนินการจัดซื้อยาจากองค์การเภสัชกรรม คาดว่าจะช่วยประหยัดงบประมาณในการจัดซื้อได้จำนวน 238 ล้านบาท

3.2.2 คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ และยาชื่อสามัญ

มาตรการในการควบคุมกำกับการใช้ยาให้เป็นไปอย่างเหมาะสมและคุ้มค่าในระบบประกันสุขภาพนั้น นอกจากจะกำหนดให้มีกลไกในการเจรจาต่อรองราคายาที่มีราคาแพง โดยเฉพาะยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติแล้ว

ยังกำหนดให้มีมาตรการในการส่งเสริมการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติและยาชื่อสามัญ โดยกำหนดเป้าหมายการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ยาชื่อสามัญ และให้มีระบบการประกันคุณภาพยาเพื่อสร้างความมั่นใจในการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ รวมถึงการสร้างความรู้ความเข้าใจให้แก่ประชาชนเกี่ยวกับยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ จากการวิเคราะห์ของนักวิจัยมองว่าหากมีสัดส่วนการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติเพิ่มสูงขึ้น จะทำให้สัดส่วนการใช้นอกบัญชียาหลักลดลงและส่งผลให้ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับยาลดลงด้วย คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ จึงได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการส่งเสริมการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ และยาชื่อสามัญขึ้นเพื่อดำเนินการตามมาตรการดังกล่าว

คณะกรรมการชุดนี้ได้จัดทำแผนการส่งเสริมการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติและยาชื่อสามัญ ซึ่งได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารระบบยาฯ แผนดังกล่าวประกอบด้วยแผนงานของกระทรวงสาธารณสุข แผนงานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และแผนงานของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ออกมาตรการนำร่องเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารเวชภัณฑ์ของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีการกำหนดสัดส่วนการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติต่อสัดส่วนการใช้นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งกำหนดให้โรงพยาบาลศูนย์ต้องมีสัดส่วน 70:30 โรงพยาบาลทั่วไปมีสัดส่วน 80:20 และโรงพยาบาลชุมชนมีสัดส่วน 90:10 นอกจากนี้ ยังได้มอบนโยบายให้เขตและจังหวัดพิจารณาดำเนินการนโยบาย One Generic One Brand และนโยบาย Generics Substitution โดยพิจารณาตามสภาพปัญหาและความเหมาะสม อีกทั้งกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับกรมบัญชีกลาง และกระทรวงการคลัง ยังได้กำหนดมาตรการจูงใจในการใช้ยาสามัญโดยมีการกำหนดอัตราการเบิกจ่ายของยาสามัญเพิ่มขึ้นอีกด้วย

ในขณะที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้ดำเนินการตามแผนส่งเสริมการใช้ยาชื่อสามัญและยาในบัญชียาหลัก โดยได้พัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติให้เป็นปัจจุบัน ซึ่งประกอบด้วย บัญชียาสำหรับโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุข จำนวน 676 รายการ และบัญชียาจากสมุนไพร จำนวน 74 รายการ ซึ่งได้มีการประกาศใช้อย่างเป็นทางการ จากคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2556 เมื่อวันที่ 7 สิงหาคม พ.ศ. 2556 นอกจากนี้ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยายังส่งเสริมให้มีการผลิตและใช้ยาสามัญใหม่ทดแทนยาต้นแบบเพิ่มขึ้น โดยมีการอนุญาตทะเบียนตำรับยาสามัญใหม่เพิ่มไปจำนวน 109 รายการ

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์เองได้เริ่มดำเนินการส่งเสริมการใช้ยาชื่อสามัญและยาในบัญชียาหลัก โดยจัดทำโครงการประกันคุณภาพยาที่กรมบัญชีกลางประกาศควบคุมค่าใช้จ่ายในปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 ทั้งยังดำเนินการประกันคุณภาพยาที่เก็บตัวอย่างจากร้านยา โดยเริ่มตรวจวิเคราะห์ยา 2 รายการ คือ Paracetamol และ Atorvastatin รวมทั้งดำเนินการประกันคุณภาพยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีมูลค่าการใช้สูงที่มียาชื่อสามัญจำหน่ายแล้ว โดยคัดเลือกรายการยาร่วมกับโรงพยาบาลในเครือข่ายกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย

3.2.3 คณะอนุกรรมการกำหนดแนวเวชปฏิบัติ ข้อบ่งชี้การใช้ยา การตรวจวินิจฉัยโรคและการรักษาพยาบาล

เนื่องจากมาตรการที่เป็นการจำกัดการใช้นอกบัญชียาหลักแห่งชาติอาจต้องเผชิญกับกระแสต่อต้านจากกลุ่มข้าราชการที่เห็นว่า มาตรการดังกล่าวเป็นการริดรอนสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลอันพึงมีของตน คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ จึงจำเป็นต้องมีมาตรการอื่นในการดำเนินการเพื่อควบคุมการใช้ยา กลุ่มเป้าหมาย โดยอนุญาตให้มีการเบิกจ่ายได้ แต่ต้องเป็นไปตามแนวเวชปฏิบัติ และข้อบ่งชี้การใช้ยา ด้วยเหตุผลดังกล่าว คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ จึงกำหนดให้มีการจัดทำแนวเวชปฏิบัติและข้อบ่งชี้การใช้นอก

บัญชียาหลักแห่งชาติ และการตรวจวินิจฉัยโรคและการรักษาด้วยเทคโนโลยีที่มีราคาสูง จึงได้มีการแต่งตั้ง คณะอนุกรรมการเพื่อกำหนดดำเนินการ ซึ่งได้มีการจัดทำแนวเวชปฏิบัติและข้อบ่งชี้ทั้งหมด 4 ฉบับ คือ

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

สำหรับแนวเวชปฏิบัติและข้อบ่งชี้ทั้ง 4 ด้านที่ได้มีการจัดทำแล้วนั้น กำลังอยู่ในระหว่างการจัดทำประชาพิจารณ์เพื่อพิจารณาความครอบคลุมและความเหมาะสมจากข้อมูลการเบิกจ่ายค่ายาในสถานบริการ

ในการจัดทำประชาพิจารณ์นั้น ประชากรกลุ่มเป้าหมายเป็นสถานบริการสุขภาพในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาลจำนวน 168 แห่ง จัดส่งเอกสารจำนวน 3 เล่ม คือ คำแนะนำข้อบ่งชี้การใช้ยากลุ่มยาที่มีราคาแพง บัญชีรายการศัลยกรรมที่มี ค่าใช้จ่ายสูง และคำแนะนำข้อบ่งชี้ด้านรังสีวินิจฉัยที่มีค่าใช้จ่ายสูง ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่ 2 เป็นสถานพยาบาล จำนวน 168 แห่งเช่นเดียวกัน แต่มีการจัดส่งเอกสารเพียง 1 เล่ม คือ คำแนะนำข้อบ่งชี้ด้านรังสีรักษาที่มี ค่าใช้จ่ายสูง

3.2.4 คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษาพยาบาลและการเบิกจ่าย

คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา กำหนดให้มีกลไกกลางในการตรวจสอบการเบิกจ่ายและการจ่าย ยาเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และได้ตั้งคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบระบบการรักษาพยาบาล และการเบิกจ่ายขึ้น โดยมีเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นประธาน คณะอนุกรรมการ ดังกล่าวมีอำนาจหน้าที่ในการพัฒนาระบบและแนวทางการตรวจสอบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่เป็น มาตรฐานสำหรับทุกกองทุน รวมทั้งพัฒนาระบบและแนวทางการตรวจสอบการรักษาพยาบาล การตรวจวินิจฉัย และการใช้ยาในระบบประกันสุขภาพให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

ในระยะแรกของการดำเนินการคณะอนุกรรมการได้กำหนดกรอบในการดำเนินการ โดยจัดทำร่างแบบ แผนการตรวจสอบการรักษาพยาบาลและการเบิกจ่ายกรณีการใช้ยาในระบบประกันสุขภาพ โดยเน้นเรื่อง การHarmonized ระบบตรวจสอบทั้ง 3 กองทุนและระบบตรวจสอบควรเป็น Community Improvement Pathways คือ ตรวจสอบตั้งแต่การวินิจฉัย การรักษา การให้ยา รวมถึงผลลัพธ์ที่ได้จากการรักษาของแต่ละโรค และควรมีระบบเสนอแนะแนวทางแก้ไขให้แก่ระบบบริการ Audit Feedback Facilitate โดยเลือกกลุ่มโรคที่มี การวินิจฉัยราคาสูง ใช้ยาราคาแพง หรือการใช้ยาที่ไม่สมเหตุผล เป็นจุดเริ่มต้นในการทำงานร่วมกันเป็น เครือข่ายกับคณะอนุกรรมการทั้ง 6 คณะและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

คณะอนุกรรมการเห็นว่า การตรวจสอบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลอาจไม่ได้รับการตอบรับที่ดีจาก สถานพยาบาลเนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ “จับผิด” จึงเห็นว่า ควรมุ่งเป้าไปที่การตรวจสอบคุณภาพของ การรักษาพยาบาลมากกว่า ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ทั้งสามกองทุนได้ประโยชน์ร่วมกันจากการที่มีการใช้ทรัพยากร ร่วมกันในการดำเนินการ ทั้งนี้ ได้มีการกำหนดสถานพยาบาลเป้าหมายที่จะทำการตรวจสอบ โดยในระยะแรกจะ ทำการตรวจสอบสถานพยาบาลประมาณ 30 แห่ง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่จะสมัครใจจะเข้าร่วมโครงการ และได้มี การกำหนดกลุ่มโรคเป้าหมายที่จะทำการตรวจสอบ ซึ่งจะต้องเป็นกลุ่มโรคที่ทั้งสามกองทุนให้สิทธิประโยชน์ที่ ไกล่เคียงกัน ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (end of life care) โรคมะเร็ง Colorectal, HIV, Metabolic disease (DM, HT, Hyperlipidemia) และโรคไตวายเรื้อรัง

คณะกรรมการพัฒนาระบบตรวจสอบฯ ได้มีการนำร่องการทดสอบความเป็นไปได้ของการตรวจประเมินสัดส่วนการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติต่อการใชยานอกบัญชียาหลัก และการใช้ยาชื่อสามัญในผู้ป่วยที่ใช้สิทธิภายใต้กองทุนประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุน ณ หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และได้เริ่มโครงการพัฒนาระบบตรวจสอบคุณภาพการรักษายาบาล กลุ่มโรคเมเร็งในผู้ป่วย 3 กองทุนสุขภาพแล้ว โดยเริ่มตรวจคุณภาพการรักษาโรคเมเร็งเด้านมทั้ง 3 กองทุน มีการตรวจเวชระเบียนไปแล้วจำนวน 1,217 ฉบับจากโรงพยาบาลทั้งหมด 10 แห่ง (ข้อมูล ณ กันยายน พ.ศ. 2556) และขณะนี้กำลังอยู่ในระหว่างดำเนินการของการตรวจสอบรอบที่ 2 ซึ่งคาดว่าจะมีการตรวจสอบเวชระเบียนอีกจำนวน 5,000 ฉบับ นอกจากนี้ยังได้มีการนำร่องการตรวจสอบการส่งจ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติให้เป็นไปตามระเบียบกระทรวงการคลัง ว.111 เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบตรวจสอบการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลให้มีประสิทธิภาพต่อไป

3.2.5 คณะกรรมการพัฒนาบัญชียาและรหัสยามาตรฐาน เพื่อสนับสนุนการบริหารเวชภัณฑ์

คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ กำหนดให้มีกลไกกลางในการตรวจสอบการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาล และค่าใช้จ่ายจากการใช้ยา หากแต่ในระบบประกันสุขภาพยังไม่มีกลไกสำคัญที่จะตอบสนองต่อระบบการตรวจสอบได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากรัฐไม่มีกลไกระบบข้อมูลสารสนเทศด้านยาในการกำกับติดตาม และตรวจสอบ ซึ่งหมายถึงยังไม่มีบัญชีข้อมูลยาและรหัสยามาตรฐานในระดับประเทศที่สามารถตอบสนองต่อระบบข้อมูลสารสนเทศด้านยาและการรักษายาบาล คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ จึงได้แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาบัญชียาและรหัสยามาตรฐาน เพื่อดำเนินการพัฒนาบัญชีข้อมูลยาและรหัสยามาตรฐานของไทย (Thai Medicines Terminology – TMT) เพื่อให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้บัญชียาและรหัสยามาตรฐานเดียวกัน

ระยะแรกของการดำเนินงานคณะกรรมการจะมีการพัฒนาต่อยอดบัญชียาในระบบรหัสบัญชียา และรหัสยามาตรฐาน 24 หลัก ให้ครอบคลุมทั้งในส่วนของรายการยาและข้อมูลยาที่จำเป็นก่อน ซึ่งรหัสยามาตรฐาน 24 หลัก²⁹ เป็นบัญชีข้อมูลและรหัสยา ที่กระทรวงสาธารณสุขพัฒนาขึ้นเพื่อการบริหารจัดการสินค้าคงคลังในระดับโรงพยาบาลและในส่วนกลาง หากแต่ยังขาดข้อมูลรายการยาหลายรายการที่ไม่มีในระบบทะเบียนขององค์การอาหารและยา และข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับรายการยาบางอย่าง เช่น ข้อมูลขนาดบรรจุ (packaging) ขนาดที่ใช้ เป็นต้น จากนั้นจะมีการพัฒนาออกแบบโครงสร้างรหัสยามาตรฐานใหม่ที่สามารถใช้งานได้หลายระบบงานให้สอดคล้องกับมาตรฐานสากล รวมทั้งจะมีการพัฒนาบัญชีข้อมูลยาและรหัสยา ตอบสนองต่อการใช้งานเพื่อเบิกจ่ายและติดตามประเมินผลการใช้ยาในกลุ่มยาเป้าหมาย 9 กลุ่มที่มีมูลค่าการใช้สูง ซึ่งเป็นกลุ่มยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีการเบิกจ่ายในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

คณะกรรมการได้มีการจัดทำบัญชียาและรหัสยามาตรฐานฉบับที่ 1 เรียบร้อย โดยดำเนินการจัดทำรหัสยาแล้วเสร็จทั้งสิ้น 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) ยาน้ำรับประทาน ยาเฉพาะที่ และยาอื่นๆ จำนวน 7,572 รายการ

²⁹ กระทรวงสาธารณสุขได้มีความพยายามที่จะจัดทำรหัสยามาตรฐานมาตั้งแต่ประมาณปี พ.ศ. 2529 เพื่อใช้เป็นรหัสกลางสำหรับโรงพยาบาล/หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการกำหนดรหัสตามชื่อสามัญ (generic name) ของยาสำหรับรายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ แต่ไม่ได้นำไปใช้อย่างแพร่หลาย เนื่องจากข้อจำกัดต่าง ๆ ได้แก่ ความไม่ครอบคลุมรายการที่มีความแรงและขนาดบรรจุต่าง ๆ กัน/รายการที่อยู่นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ รวมถึงกรณีที่มีการปรับปรุงบัญชียาหลักแห่งชาติ

นอกจากนี้ คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาและรหัสยามาตรฐานฯ ได้มีการจัดทำบัญชีข้อมูลรายการยาและรหัสยามาตรฐานของยาที่มีมูลค่าสูง 9 กลุ่มโรค ฉบับที่ 2 จำนวน 4,563 รายการ รวมทั้งได้มีการจัดทำบัญชีข้อมูลยาและรหัสยามาตรฐานของยาเพิ่มเติม นอกเหนือจากยา 9 กลุ่มไปแล้ว รวมทั้งสิ้น 20,866 รายการ และได้มีการพัฒนาต้นแบบกลไกการให้บริการข้อมูลและตอบปัญหาบัญชีข้อมูลยาและรหัสยามาตรฐานไทย (TMT) และโปรแกรมการเชื่อมโยงรหัสยามาตรฐาน (TMT) กับรหัสยาของโรงพยาบาล หากแต่มาตรการดังกล่าวยังไม่ได้มีการนำไปใช้จริง เนื่องจากต้องให้มีการประกาศอย่างเป็นทางการ ซึ่งคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาและรหัสยามาตรฐานฯ เสนอให้คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ พิจารณาออกประกาศโดยมติคณะรัฐมนตรี หรือกระทรวงสาธารณสุข หรือกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร เพื่อให้มาตรการดังกล่าวสามารถนำไปดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.2.6 คณะอนุกรรมการปรับปรุงกลไกการจ่ายเงินโดยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม

คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ มีเจตนารมณ์ที่ต้องการให้ระบบการเบิกจ่ายของทุกกองทุนเป็นเอกภาพเดียวกัน จึงแต่งตั้งคณะอนุกรรมการปรับปรุงกลไกการจ่ายเงินโดยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมขึ้น โดยมีปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานคณะอนุกรรมการ คณะอนุกรรมการดังกล่าวมีอำนาจหน้าที่ดังนี้

- กำหนดรายการบริการรักษาพยาบาลที่อยู่นอกเหนือกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของทุกกองทุน
- กำหนดอัตราค่ารักษาพยาบาลตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของทุกกองทุนให้เป็นรูปแบบเดียวกัน อนึ่ง การดำเนินการดังกล่าวนี้ คณะอนุกรรมการฯ จำเป็นต้องพัฒนาข้อมูลค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลที่เชื่อถือได้ พร้อมทั้งต้องมีการทดลองนำร่องการใช้ระบบ DRG ที่เป็นมาตรฐานเดียวกันหมดในกลุ่มโรงพยาบาลในระดับเดียวกัน ก่อนในเบื้องต้นเพื่อวิเคราะห์ปัญหาในระดับปฏิบัติเพื่อที่จะจัดทำต้นแบบขั้นตอนและวิธีการจ่ายเงินชดเชยค่ารักษาพยาบาลภายใต้ระบบ DRG และจัดทำประชาพิจารณ์เกี่ยวกับระบบต้นแบบ DRG ต่อไป

อย่างไรก็ดี คณะอนุกรรมการปรับปรุงกลไกการจ่ายเงินโดยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ได้มีการแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาระบบการจ่ายเงินแบบ DRG ซึ่งได้จัดทำข้อเสนอเกี่ยวกับรูปแบบและอัตราค่ารักษาพยาบาลแบบ DRG เสร็จเรียบร้อยแล้ว แต่อยู่ในระหว่างดำเนินการนำเสนอให้คณะอนุกรรมการปรับปรุงกลไกการจ่ายเงินโดยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมให้ความเห็นชอบ

3.2.7 คณะอนุกรรมการระบบข้อมูลบริการทางการแพทย์

การบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพเพื่อให้มีความเป็นเอกภาพเดียวกันนั้น จำเป็นต้องมีการกลไกกลางในการกำกับดูแล รวมถึงต้องมีการควบคุม และตรวจสอบเพื่อให้มีมาตรฐานเดียวกัน หากแต่ระบบประกันสุขภาพของประเทศยังไม่มีกลไกเกี่ยวกับข้อมูลสารสนเทศของการบริการด้านสุขภาพที่ดีพอ เพราะกองทุนสุขภาพของประเทศมีการบริหารจัดการกันแบบแยกส่วน ดังนั้น คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ จึงได้มีการตั้งคณะอนุกรรมการระบบข้อมูลบริการทางการแพทย์ขึ้นเพื่อดำเนินการรวบรวมและจัดการระบบข้อมูลการบริการทางการแพทย์ให้เป็นเอกภาพระหว่างกองทุน

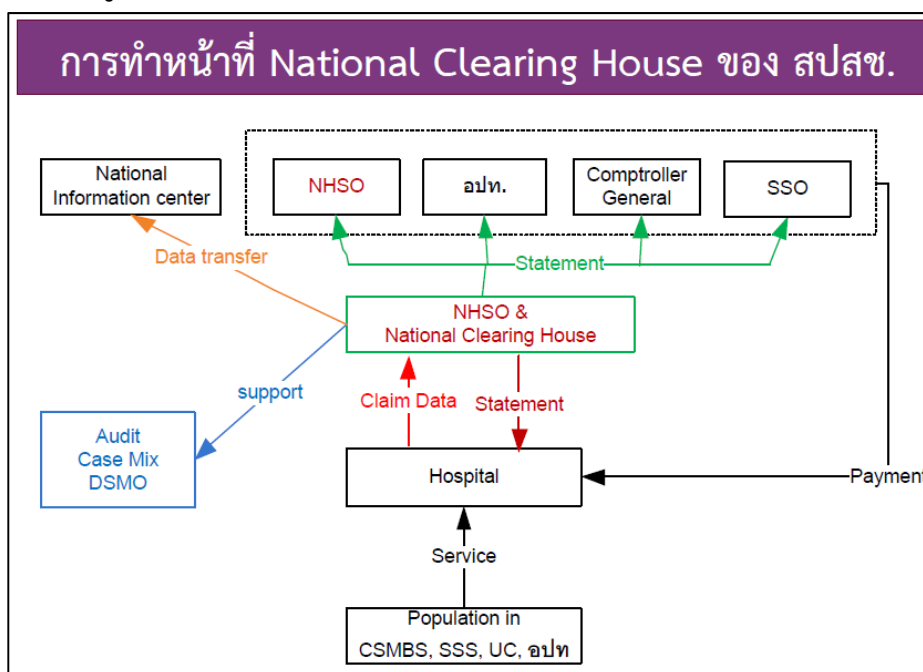
คณะอนุกรรมการชุดนี้มีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

- 1) ศึกษาและพัฒนาข้อเสนอระบบข้อมูลการเรียกเก็บเงินค่าบริการทางการแพทย์ (Claim Data)
- 2) ศึกษาและพัฒนาข้อเสนอการออกแบบระบบและกลไกในการรวบรวมข้อมูลการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ (National Health Care Information)

3) ศึกษาและพัฒนาข้อเสนอการออกแบบระบบและกลไกกลางในการบริหารการเรียกเก็บค่าบริการของประเทศ (National Clearing House)

คณะกรรมการระบบข้อมูลบริการทางการแพทย์ ได้จัดตั้งคณะทำงานขึ้นมา 2 ชุด เพื่อมาช่วยปฏิบัติการกิจดังกล่าว ได้แก่ คณะทำงาน National Clearing House และคณะทำงาน National Health Care Information สำหรับการดำเนินงานตามนโยบายในขั้นต้นนั้นสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จะทำหน้าที่เป็นหน่วยงานกลางในการรับส่งข้อมูลบริการทางการแพทย์ หรือ National Clearing House ก่อนที่จะมีการจัดตั้งหน่วยงานกลางขึ้นมาเพื่อทำหน้าที่นี้โดยเฉพาะ³⁰ ทั้งนี้ สปสช. จะเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการพัฒนาระบบการเบิกจ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาล ให้กับระบบสวัสดิการข้าราชการ ระบบประกันสังคม และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ตามรูปที่ 3.2) โดยได้เริ่มดำเนินการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เก็บรวบรวมสิทธิประโยชน์ พร้อมกับออกแบบระบบการเบิกชดเชยค่าบริการ รวมถึงการจัดอบรมบุคลากรและเจ้าหน้าที่ของ สปสช. และโรงพยาบาลทุกแห่งทั่วประเทศ เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับระบบและโปรแกรมการเบิกชดเชยค่าบริการ พร้อมรับฟังปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานดังกล่าว

รูปที่ 3.2 การทำหน้าที่ National Clearing House ของ สปสช.



ที่มา : เอกสารประกอบการนำเสนอ National Clearing House การบูรณาการข้อมูลธุรกรรม และการบริหารสวัสดิการโรงพยาบาล สปท.

อย่างไรก็ดี กระทรวงสาธารณสุขได้มีความพยายามที่จะดำเนินการจัดตั้งศูนย์สารสนเทศกลาง เพื่อการจัดการข้อมูลหลักประกันสุขภาพ (National Data Clearing House : NDCH) เพื่อทำหน้าที่เป็น “หน่วยงานกลางในการประมวลผลสารสนเทศเพื่อการจ่ายชดเชยค่าบริการรักษาพยาบาล” รวมทั้งภารกิจอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น จัดทำมาตรฐานข้อมูล (Data standard) เพื่อให้สถานพยาบาลจัดทำ รวบรวม และจัดส่งข้อมูลตามมาตรฐานที่กำหนดเดียวกัน จัดการและประมวลผลข้อมูลเพื่อใช้ในการจ่ายชดเชยการให้บริการรักษาพยาบาล (National

³⁰ รายงานการประชุมคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัยและค่าบริการทางการแพทย์ ครั้งที่ 1/2556 เมื่อวันที่ 2 เมษายน พ.ศ. 2556 และครั้งที่ 2/2556 เมื่อวันที่ 27 พฤษภาคม พ.ศ. 2556

data clearing house) ตรวจสอบความถูกต้องและคุณภาพบริการ (Financial and Medical Audit) และสร้างคลังข้อมูลระดับประเทศ (National healthcare data repository) เพื่อใช้ประโยชน์ในการติดตามประเมินผลและการวิจัย โดยครอบคลุมทั้งการเบิกจ่ายค่าบริการตามสิทธิประโยชน์ภายใต้ 3 กองทุนหลัก และสามารถขยายไปยังรัฐวิสาหกิจ องค์กรอิสระและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีการบริหารจัดการงบประมาณสวัสดิการรักษายาบาลของตนเอง ทั้งนี้ การดำเนินงานดังกล่าวยังอยู่ในขั้นตอนของการศึกษาและพัฒนาข้อเสนอในการจัดทำรูปแบบองค์กร ขอบเขต บทบาท ภารกิจ โครงสร้าง กลไก และความเชื่อมโยงของหน่วยงานศูนย์สารสนเทศกลางเพื่อการจัดการหลักประกันสุขภาพ

3.2.8 การดำเนินการอื่นๆ

นอกจากการดำเนินงานของคณะอนุกรรมดังกล่าวแล้ว คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ได้มีมาตรการกำกับดูแลค่าใช้จ่ายด้านยาของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โดยมอบให้กรมบัญชีกลางดำเนินการ ในปี พ.ศ. 2553 – 2554 มีการขอความร่วมมือในการดำเนินงานกับโรงพยาบาลนาร่อง 34 แห่ง ซึ่งมีผู้ป่วยเกินกว่าหนึ่งแสนครั้งต่อปี และมีการพัฒนาระบบข้อมูลการติดตามกำกับการใช้ยา³¹ โดยปีแรกมีการสำรวจข้อมูลการส่งจ่ายยากลุ่มเป้าหมาย และในปีที่สองมีการกำหนดให้โรงพยาบาล 34 แห่งส่งฐานข้อมูลการส่งยาประกอบการเบิกจ่ายรักษายาบาลผู้ป่วยนอกในระบบเบิกจ่ายตรง ซึ่งต้องแจ้งชื่อแพทย์ผู้ส่งจ่ายยาเพื่อที่จะสามารถตรวจสอบความเหมาะสมของการจ่ายยา

ในระยะต่อมาได้มีการขยายจำนวนโรงพยาบาลนาร่องเป็น 168 แห่ง พร้อมกันนั้นได้เริ่มดำเนินการกำกับการใช้ยาใน 9 กลุ่มหลัก โดยเลือกยาในกลุ่มโคซามินหรือยารักษาอาการข้อเข่าเสื่อมขึ้นมาทำก่อน เพราะมีข้อถกเถียงเรื่องประสิทธิผลและความคุ้มค่า ในสหรัฐอเมริกาจัดให้โคซามินเป็นอาหารเสริม ซึ่งไม่มีผลในการรักษาโรค กรมบัญชีกลางจึงได้ห้ามการเบิกจ่ายยาโคซามินซัลเฟต แต่การยกเลิกการจ่ายยาดังกล่าวมีแรงต้านอย่างมากจากข้าราชการในช่วงแรก จึงต้องอนุญาตให้มีการเบิกจ่ายยาโคซามินใหม่ แต่การจ่ายยาจะต้องเป็นไปตามเงื่อนไขที่กำหนดขึ้นโดยราชวิทยาลัย แนวทางดังกล่าว ทำให้ยอดการส่งจ่ายยาโคซามินเหลือเพียง 10 ล้านบาทต่อปี จากเดิมที่เคยมีมูลค่าสูงถึง 600 ล้านบาทต่อปี³²

นโยบายของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ได้มอบหมายให้กรมบัญชีกลางรับผิดชอบในเรื่องการควบคุมการค่าใช้จ่ายยา กรมบัญชีกลางจึงได้ดำเนินการต่อเนื่อง โดยกำหนดเป้าหมายในการลดค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยนอกในปี พ.ศ. 2556 ลง 5,000 ล้านบาท³³ และวางกรอบในการกำกับการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ พร้อมทั้งดำเนินการตรวจสอบค่าใช้จ่ายในระบบเบิกจ่ายตรงของผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง รวมถึงดำเนินการต่อรองราคาอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค เพื่อนำราคาต่อรองที่ได้มากำหนดเป็นอัตราเพื่อเบิกจ่ายเงิน อย่างไรก็ตาม ในปี พ.ศ. 2556 มีการเบิกจ่ายรักษายาบาลทั้งสิ้น 59,861 ล้านบาท เมื่อเปรียบเทียบการเบิกจ่ายในปี พ.ศ. 2555 จำนวน 61,587 ล้านบาท พบว่า อัตราการเบิกจ่ายรักษายาบาลลดลงเพียงร้อยละ 2.8 เท่านั้น ในขณะที่มูลค่าการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติดังกล่าวยังมีสัดส่วนถึงร้อยละ 60 และส่วนใหญ่เป็นยา single source

³¹ นพ.สมเกียรติ ศรีธำรงค์สวัสดิ์ การเดินทางสู่การควบคุมค่ายาในระบบสวัสดิการข้าราชการ จุลสาร HSRI Forum ฉบับที่ 5 ประจำเดือนตุลาคม พ.ศ. 2555

³² นพ.สมเกียรติ ศรีธำรงค์สวัสดิ์ การเดินทางสู่การควบคุมค่ายาในระบบสวัสดิการข้าราชการ จุลสาร HSRI Forum ฉบับที่ 5 ประจำเดือนตุลาคม พ.ศ. 2555

³³ รายงานการประชุมคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัยและค่าบริการทางการแพทย์ ครั้งที่ 7/2555 วันที่ 17 ธันวาคม พ.ศ. 2555

3.3 ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของมาตรการในการบริหารจัดการ ในรูปแบบของ คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าวินิจฉัย

การติดตามผลการดำเนินงานตามมาตรการของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ จะเห็นได้ว่าการดำเนินการส่วนใหญ่ยังเป็นเพียงการทำงานด้านนโยบาย ยังไม่ได้ดำเนินการไปสู่ระดับปฏิบัติการ ไม่ว่าจะเป็นมาตรการควบคุมกำกับการใช้ยาให้เป็นไปอย่างเหมาะสมและคุ้มค่าในระบบประกันสุขภาพ ซึ่งมาตรการดังกล่าวยังเป็นเพียงการวางหลักเกณฑ์สำหรับการเบิกจ่ายยา กล่าวคือ ยังอยู่ในขั้นตอนของการเจรจาต่อรองราคา 9 กลุ่มที่มีค่าใช้จ่ายสูง แม้จะมีการเจรจาราคายาบางกลุ่มแล้วเสร็จ แต่ในทางปฏิบัติยังไม่มีมีการประกาศใช้ราคากลาง ดังนั้น จึงไม่สามารถวัดได้ว่ามาตรการดังกล่าวทำให้มูลค่าการใช้จ่ายจริงลดปริมาณลงไปมากน้อยเพียงใด มีเพียงมูลค่าที่มีการคาดการณ์ว่าจะสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านการใช้จ่าย

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

อย่างไรก็ตาม มีข้อสังเกตในประเด็นของการต่อรองราคา ยา กล่าวคือ การเจรจาต่อรองราคาของคณะอนุกรรมการเจรจาต่อรองราคาฯ อาจมีข้อจำกัดเนื่องจากไม่มีอำนาจซื้อที่สามารถใช้ในการเจรจาต่อรอง การเจรจาต่อรองราคาของคณะอนุกรรมการเจรจาต่อรองราคาฯ เป็นการเจรจาต่อรอง เพื่อให้โรงพยาบาลทั่วประเทศซื้อในราคาเดียวกัน และบริษัทยาฯ ยังไม่มีความมั่นใจว่าโรงพยาบาลทุกแห่งจะมีการสั่งซื้อจริงหรือไม่ ซึ่งต่างจากกรณีของ สปสช. ที่มีการเจรจา มีการสั่งซื้อจริงและสั่งในปริมาณมากเพื่อจัดส่งไปให้โรงพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการทั่วประเทศ หรือแม้แต่การต่อรองราคาของคณะกรรมการต่อรองราคาฯ เพื่อบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งสามารถใช้การบรรจุยาเข้าในบัญชียาหลักแห่งชาติเป็นข้อต่อรอง เพราะหมายถึงยอดขายของยาดังกล่าวจะเพิ่มขึ้นอย่างมากเนื่องจากเป็นยาที่สามารถเบิกจ่ายได้ สำหรับมาตรการอื่นๆ ยังอยู่ในขั้นตอนของการดำเนินการในระดับนโยบายยังไม่มีมีการนำไปสู่การปฏิบัติจริง จึงไม่สามารถประเมินผลการดำเนินการได้เช่นกัน

3.4 รูปแบบความร่วมมือระหว่าง 3 กองทุนที่ได้รับความสำเร็จ

การศึกษาวិเคราะห์ที่ผ่านมาแสดงให้เห็นถึงอุปสรรคนานาประการในการบริหารจัดการกองทุนสุขภาพ ทั้ง 3 กองทุน ซึ่งอาจเกิดจากการที่แนวคิดและผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้องไม่ตรงกัน โดยเฉพาะในประเด็นที่มีผลกระทบต่อสิทธิประโยชน์ในการได้รับการรักษาพยาบาลของสมาชิกกองทุน เช่น การกำหนดอัตราการเบิกจ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ หรือการกำหนดค่า DRG ของกลุ่มโรคให้เหมือนกัน ซึ่งหมายความว่าสมาชิกของกองทุนที่ต้องปรับลดค่า DRG อาจไม่ได้รับการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพเช่นเดิม

ที่ผ่านมาทั้งสามกองทุนพร้อมที่จะให้ความร่วมมือระหว่างกันในกรณีที่ทุกฝ่ายได้ผลประโยชน์ร่วมกัน เช่น การบำบัดทดแทนไต การให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นต้น สำหรับการดำเนินการบำบัดทดแทนไตร่วมกันทั้ง 3 กองทุนนั้นเป็นโครงการบูรณาการสิทธิบำบัดทดแทนไต ของกองทุนหลักประกันสุขภาพภาครัฐ 3

กองทุน ซึ่งเป็นหนึ่งในนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาล โดยมีการบูรณาการใน 3 ด้าน ได้แก่ 1) เกณฑ์/มาตรฐานเดียวกัน 2) เปลี่ยนสิทธิโดยไม่กระทบการรักษา และ 3) บริหารข้อมูลร่วมกัน โดยทั้งสามกองทุนจะใช้เกณฑ์มาตรฐานทางการแพทย์ของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ในการวินิจฉัยให้สิทธิการบำบัดทดแทนไต รวมทั้งจัดให้มีเกณฑ์การตรวจประเมินขึ้นทะเบียนหน่วยบริการร่วมกัน มีการตรวจสอบคุณภาพการให้บริการ และความถูกต้องในการจ่ายชดเชยในการให้บริการผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมร่วมกัน และมีการลงทะเบียนในฐานข้อมูลเดียวกัน แม้จะมีการโอนย้ายสิทธิจากกองทุนหนึ่งไปกองทุนอื่นก็ตาม ผู้ป่วยสามารถเลือกที่รับ การบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีเดิม หรือเลือกที่จะรับการรักษาภายใต้ระบบบริการของกองทุนที่ย้ายเข้าไปใหม่ได้ ซึ่งหน่วยบริการจะได้รับชดเชยค่าบริการและเวชภัณฑ์ตามระเบียบของกองทุนที่ผู้ป่วยย้ายเข้าใหม่

สำหรับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินและอุบัติเหตุ ที่ดำเนินการร่วมกันทั้งสามกองทุน เป็นนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาลคุณยิ่งลักษณ์ ชินวัตร ที่ต้องการจะลดความเหลื่อมล้ำระหว่างกองทุน ซึ่งมีเป้าประสงค์ที่เป็นรูปธรรม คือ ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องได้รับการโดยไม่มีการถามสิทธิภายใต้มาตรฐานเดียวกัน เมื่อได้รับอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินระดับวิกฤตหรือเร่งด่วน ให้สามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลที่อยู่นอกกองทุนของตนเอง จนถึงระยะพ้นวิกฤตแล้วหรือทุเลากลับบ้านได้ โรงพยาบาลที่ให้การรักษาส่งไปเบิกค่าบริการทางการแพทย์จากหน่วยงานกลาง (Clearing house) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในระบบ EMCO (Emergency Claim Online) ซึ่งกำหนดอัตราการจ่ายในอัตรา 10,500 บาทต่อ AdjRW³⁴ กรณีผู้ป่วยในทุโรค โดยสมาชิกแต่ละกองทุนไม่ต้องจ่ายรักษายาพยาบาลให้กับโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษาโดยตรง ซึ่งเป็นการลดภาระการสำรองจ่ายของสมาชิก และได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที อย่างเท่าเทียมกันในทุกสิทธิ ซึ่งถือว่าการสร้างเอกภาพให้เกิดขึ้นในระบบสุขภาพกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินของประเทศไทย อย่างไรก็ตาม แม้ในภาพรวมการบริหารจัดการบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกันระหว่างสามกองทุนจะสามารถดำเนินการได้เป็นอย่างดี แต่จากการประเมินมาตรการการให้บริการทางการแพทย์กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินตามนโยบายบริหารจัดการร่วมสามกองทุนของสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) พบว่า มาตรการดังกล่าวยังขาดกลไกการบังคับใช้ของกฎหมายในส่วนของการให้บริการของสถานพยาบาลเอกชน เนื่องจากที่ผ่านมาเน้นมาตรการดังกล่าวเป็นเพียง “การขอความร่วมมือ” จากโรงพยาบาลเอกชนให้ดำเนินการตามนโยบายของรัฐบาล แต่อัตราการจ่ายค่าบริการอยู่ในอัตราที่ต่ำกว่าต้นทุนของสถานพยาบาลเอกชนมากกว่าร้อยละ 50 ซึ่งสถานพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่จึงปฏิเสธการดำเนินงานตามมาตรการดังกล่าว โดยมีการเรียกเก็บเงินจากผู้ป่วยก่อน แล้วให้ผู้ป่วยไปดำเนินการเพื่อเบิกค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ซึ่งค่าใช้จ่ายดังกล่าวเป็นอัตราการรักษาที่สูงมาก ในขณะที่สามารถเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลคืนได้เพียงอัตราที่แต่ละกองทุนกำหนดเท่านั้น

3.5 สรุปผลการศึกษา

นโยบายหรือมาตรการของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ โดยภาพรวมแล้วเน้นมิติของการควบคุมค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นของระบบประกันสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ ไม่ว่าจะเป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการใช้ยานอกบัญชียาหลัก ค่าใช้จ่ายจากยาและเวชภัณฑ์ที่มีมูลค่าแพง แม้แต่ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการรักษาพยาบาล แม้รัฐบาลที่ผ่านมาจะมีนโยบายในการควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล แต่มาตรการในการดำเนินงานยังไม่ชัดเจนเช่นรัฐบาลในยุคปัจจุบัน

³⁴ AdjRW หมายถึง คำนวณน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามค่าวันนอนจริง

สาเหตุที่ทำให้คณะกรรมการชุดนี้มีเป้าหมายและวิธีการดำเนินการในการควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ชัดเจนมีหลากหลาย **ประการแรก** สถานภาพทางการคลังของประเทศที่ถดถอยจากการใช้จ่ายที่สูง โดยเฉพาะในส่วนของโครงการจำนำข้าว กอปรกับการลดภาษีรายได้นิติบุคคล ซึ่งทำให้รายได้ลดลง ทำให้รัฐบาลต้องมีแนวทางในการลดค่าใช้จ่ายและกลายเป็นวาระเร่งด่วน **ประการที่สอง** รัฐบาลโดยฝ่ายการเมืองได้มีการศึกษาและจัดทำชุดมาตรการในการควบคุมค่าใช้จ่ายที่ต้องการจะผลักดันล่วงหน้า โดยอิงกับชิ้นงานที่มีการดำเนินการอยู่เดิม แต่กระจัดกระจายภายใต้หลายหน่วยงานภายใต้กองทุนประกันสุขภาพทั้งสามกองทุน การ “รวบ” ชิ้นงานทั้งหมดมาอยู่ภายใต้การกำกับของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา ที่มีรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน และกรมบัญชีกลางเป็นสำนักงานเลขานุการทำให้สามารถจัดลำดับความสำคัญของงานต่างๆ **ประการที่สาม** ความเป็นเอกภาพของรัฐมนตรีของกระทรวงที่เกี่ยวข้องกับมาตรการดังกล่าว ทำให้บทบาทในการดำเนินงานตามมาตรการในการควบคุมค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพค่อนข้างชัดเจน แม้จะมีปัญหาเกี่ยวกับกฎ ระเบียบในการดำเนินงานข้ามกระทรวงแต่ก็ได้เป็นปัญหาในการประสานงานข้ามกระทรวงหรือข้ามหน่วยงานแต่อย่างใด

ในขณะเดียวกัน การปฏิบัติหน้าที่ของคณะกรรมการกำหนดระบบการบริหารยา มีอุปสรรคบางประการทั้งในเชิงโครงสร้างและในแนวทางการปฏิบัติ **ประการแรก** โครงสร้างของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา ที่กำหนดให้กรมบัญชีกลางเป็นสำนักงานเลขานุการนั้น แม้จะไม่มีปัญหาการสั่งการข้ามกระทรวง แต่กรมบัญชีกลางขาดความรู้ ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับประเด็นทางการแพทย์ทำให้ปฏิบัติหน้าที่ได้ไม่เต็มประสิทธิภาพ

ประการที่สอง อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา ในบางเรื่องไม่สามารถดำเนินการโดยตรง เช่น การกำหนดราคากลางยา เป็นต้น ทำให้หน่วยงานที่ต้องปฏิบัติตามข้อเสนอของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เกิดความสับสน เช่น ในกรณีของกรมบัญชีกลางที่ต้องประกาศราคากลางในการเบิกจ่ายยา แม้ว่าคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา ได้ดำเนินการเจรจาต่อรองราคายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ และส่งมอบราคากลางที่ต่อรองได้ให้กรมบัญชีกลางประกาศเป็นหลักเกณฑ์ในการเบิกจ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ แต่ตามหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ายาของกรมบัญชีกลางต้องเบิกจ่ายตามหลักเกณฑ์ของคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ กรมบัญชีกลางจึงต้องส่งราคากลางที่คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เสนอให้แก่คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติพิจารณาเพื่อปรับราคากลางใหม่ จากกระบวนการดำเนินงานดังกล่าวจะเห็นได้ว่า เกิดความยุ่งยากซับซ้อนของกระบวนการในการทำงาน ทำให้การประกาศราคากลางต้องล่าช้า เนื่องจากต้องรอให้คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติพิจารณา และอนุมัติราคากลางใหม่ก่อน จึงจะสามารถนำมาใช้เป็นหลักเกณฑ์ในการเบิกจ่ายสำหรับกรมบัญชีกลางได้

ประการที่สาม คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา จะมีการจัดทำมาตรการบ้างแล้ว แต่ยังไม่มีการนำเสนอให้คณะรัฐมนตรีเห็นชอบ จึงยังไม่มีผลผูกพันต่อกองทุนประกันสุขภาพทั้งสามกองทุนเนื่องจากคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา ไม่มีอำนาจในการสั่งการตามกฎหมาย นอกจากนี้แล้ว คณะกรรมการของแต่ละกองทุนก็อาจไม่เห็นด้วยกับข้อเสนอของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เช่น ในกรณีของราคากลางที่คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา ได้มีการเจรจานั้น คณะกรรมการบริหารระบบสวัสดิการักษาพยาบาลข้าราชการเห็นว่าราคากลางเสนอให้มันยังสูงเกินไป เนื่องจากโรงพยาบาลบางแห่งสามารถจัดซื้อยาดังกล่าวในราคาที่ต่ำกว่าราคากลาง เนื่องมาจากการที่คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา มิได้เป็นหน่วยงานที่จัดซื้อยาโดยตรงจึงไม่มีอำนาจต่อรองกับบริษัทผู้ผลิตยา

ประการสุดท้าย จากการประชุมของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ที่มีความถี่น้อยลงอย่างชัดเจน (ตารางที่ 3.3) เนื่องจากประธานกรรมการ คือ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขไม่ว่าง ทำให้เกิดคำถามว่า รัฐบาลยังคงให้ความสำคัญแก่คณะกรรมการชุดนี้อยู่หรือไม่ โดยเฉพาะที่ผ่านมา มีการสื่อสารเกี่ยวกับมาตรการในการควบคุมและกำกับการเบิกจ่ายยา เช่น การกำหนดอัตราการเบิกจ่ายค่ายาของกรมบัญชีกลาง โดยมีการสั่งตรงให้กรมบัญชีกลางดำเนินการกำหนดหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ายา ให้สถานพยาบาลเบิกจ่ายยา Generic Drugs โดยมีสัดส่วนการ Mark Up จากราคากลางที่สูงกว่าค่ายา Original Drugs เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้มีแนวคิดในการรวมศูนย์การบริหารจัดการเกี่ยวกับการพัฒนาระบบ โดยมีแนวคิดในการจัดตั้งสำนักพัฒนาระบบยาขึ้น ซึ่งอยู่ภายใต้โครงสร้างสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อต้องการบูรณาการงานด้านต่างๆ เกี่ยวกับการพัฒนาระบบยาทั้งหมดของประเทศ เช่นเดียวกับการจัดตั้งคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ หากแต่แนวคิดในการจัดตั้งสำนักพัฒนาระบบยาดังกล่าวต้องชะงักลง เนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองทำให้ไม่สามารถผลักดันนโยบายดังกล่าวต่อไปได้

ตารางที่ 3.3 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

บทที่ 4

สรุปและข้อเสนอแนะ

การศึกษาในบทนี้จะเป็นการสรุปผลการศึกษเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนานโยบายการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในรูปแบบคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัย และค่าบริการทางการแพทย์ โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนแรกจะเป็นการสรุปผลการศึกษาของเนื้อหาทั้งหมด และส่วนที่สอง เป็นข้อเสนอแนะเกี่ยวกับโครงสร้างองค์กรของหน่วยงานที่บริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศแบบบูรณาการ

4.1 สรุปผลการศึกษา

ในอดีตการพัฒนาด้านสุขภาพเน้นการควบคุมโรค การขยายสถานพยาบาล และขยายบุคลากรทางการแพทย์เป็นหลัก เพื่อครอบคลุมการบริการทางการแพทย์ให้ทั่วถึง ในปี พ.ศ. 2543 สมัยรัฐบาลคุณชวน หลีกภัย ได้เกิดแนวคิดในการปฏิรูประบบสุขภาพ ได้มีการจัดทำร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ... เพื่อเป็นกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพ จนกระทั่งปี พ.ศ. 2550 สภานิติบัญญัติแห่งชาติได้ผ่าน ร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ กฎหมายฉบับนี้ได้ให้ความสำคัญแก่การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในสังคมมาทำงานด้านสุขภาพ ผลจาก พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ซึ่งทำหน้าที่ในการเสนอแนะและให้คำปรึกษาแก่คณะรัฐมนตรีเกี่ยวกับนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีการกำหนดให้มีการจัดทำ “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ” เพื่อใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพของประเทศ รวมทั้งให้มีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้เป็นกระบวนการที่ให้ทุกฝ่ายได้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ หลังจากนั้นในปี พ.ศ. 2553 สมัยรัฐบาลคุณอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ (คพคส.) ซึ่งคณะกรรมการชุดนี้เกิดจากมติของ “สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ”³⁵ ที่ต้องการให้ระบบสุขภาพทุกระบบเกิดความเท่าเทียมกัน ทั้งด้านค่าใช้จ่าย และสิทธิประโยชน์ต่างๆ

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

ในปี พ.ศ. 2554 มีการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง โดยเปลี่ยนรัฐบาลในการบริหารประเทศเป็นรัฐบาลคุณยิ่งลักษณ์ ชินวัตร คณะรัฐมนตรีได้มีมติให้ยกเลิกคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ คพคส. และได้มีการแต่งตั้ง

³⁵ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้ให้ความหมายของ “สมัชชาสุขภาพ” ว่าเป็น กระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การ เสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ หรือความมีสุขภาพของประชาชน โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและอย่างมีส่วนร่วมอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง

คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าวินิจฉัยและค่าบริการทางการแพทย์ เพื่อมาทำหน้าที่ในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจะกำกับควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้มีความเหมาะสม

องค์ประกอบของคณะกรรมการชุดนี้ต่างจากคณะกรรมการ คพคส. ที่ตั้งขึ้นมาสมัยรัฐบาลคุณอภิสิทธิ์ เนื่องจากกรรมการส่วนใหญ่ของ คพคส. เป็นข้าราชการมาจากกระทรวงการคลังและกระทรวงสาธารณสุข และมีบุคคลภายนอก เช่น นักวิชาการที่สังกัดองค์กรเอกชน ตัวแทนภาคประชาชน ลูกจ้างในระบบประกันสังคม ลูกจ้างนอกระบบประกันสังคม เป็นต้น ความแตกต่างของโครงสร้างของคณะกรรมการสองชุดนี้ ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากที่มาที่แตกต่างกัน โดยคณะกรรมการ คพคส. เกิดจากมติของ “สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ” ซึ่งมีเป้าหมายในการปฏิรูประบบประกันสุขภาพในภาพกว้างอย่างเป็นระบบ เนื่องจากสมัชชาสุขภาพมีผู้ที่มีส่วนได้เสียเข้ามามีส่วนรวมในการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากหลากหลายภาคส่วน ดังนั้น โครงสร้างของคณะกรรมการ คพคส. จึงสะท้อนกระบวนการดังกล่าวซึ่งให้ความสำคัญแก่การมีส่วนร่วมของประชาชน

ในทางตรงกันข้าม คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ได้ถูกจัดตั้งขึ้นมาเพื่อเป้าประสงค์ในการปรับปรุงประสิทธิภาพและผลผลิตภาพในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศตามที่เป็นอยู่ ซึ่งเป็นการมองในเชิงธุรกิจ จึงให้ความสำคัญแก่หน่วยงานที่ปฏิบัติหน้าที่โดยตรงกับการบริหารจัดการระบบสุขภาพเท่านั้น เนื่องจากมองว่าเป็นการปรับปรุงกระบวนการในการบริหารจัดการ “ภายใน” เท่านั้น มิได้เกี่ยวข้องกับบุคคลภายนอกแต่อย่างใด ทั้งนี้ ได้มีข้อวิจารณ์ว่า การที่คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ มีเฉพาะบุคคลที่เป็นข้าราชการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยตรง ซึ่งไม่รวมถึงผู้ที่ได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาล มีทั้งข้อดีและข้อเสีย ข้อดี คือ การดำเนินนโยบายมีความชัดเจนและสามารถดำเนินการได้อย่างรวดเร็ว แต่ข้อเสีย คือ ขาดการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้เสีย และผู้เชี่ยวชาญที่เป็นบุคคลภายนอก ซึ่งอาจทำให้การดำเนินการหรือนโยบายที่กำหนดขึ้นขาดการกลั่นกรองและอาจทำให้มาตรการดังกล่าวไม่สมบูรณ์เท่าที่ควร

หลักทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียในกระบวนการกำหนดนโยบายด้านสาธารณสุขยังไม่มีคำตอบที่ชัดเจนเท่าใดนัก เนื่องจากในแต่ละประเทศจะมีรูปแบบที่แตกต่างกัน Craig Milton et al (2009) ได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนได้เสียในการกำหนดนโยบาย โดยเฉพาะนโยบายด้านสาธารณสุข ผลการศึกษา พบว่า รัฐบาลส่วนมากเล็งเห็นประโยชน์จากการแลกเปลี่ยนข้อมูลและความคิดเห็นกับกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียในการกำหนดนโยบายที่มีผลกระทบต่อสังคมในวงกว้าง โดยเครื่องมือที่ใช้มีหลากหลาย แต่มีแนวโน้มชัดเจนที่จะใช้รูปแบบของการอภิปรายเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล (deliberation) มากขึ้น และมีการจัดอภิปรายดังกล่าวเป็นระยะๆ อย่างไรก็ดี ยังไม่มีข้อมูลเชิงประจักษ์ที่บ่งชี้ว่า การจัดเวทีเพื่อรับฟังและแลกเปลี่ยนข้อมูลและความคิดเห็นนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในการตัดสินใจเชิงนโยบายหรือการจัดสรรทรัพยากรในทางปฏิบัติ อย่างไรก็ตาม โครงสร้างของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ที่ไม่มีบุคคลภายนอกเข้ามาร่วมเป็นกรรมการนั้นไม่ขัดกับหลักการที่เป็นสากล หากมองว่าคณะกรรมการชุดนี้มีภารกิจในระดับ “ปฏิบัติ” มากกว่าในระดับ “นโยบาย”

การบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศในภาพรวมที่คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ กำหนดไว้มี 3 แนวทางหลัก คือ 1) การควบคุมกำกับการใช้ยาให้เป็นไปอย่างเหมาะสมและคุ้มค่าในระบบประกันสุขภาพ 2) การพัฒนาบัญชียาและรหัสยามาตรฐานเพื่อสนับสนุนการบริหารเวชภัณฑ์ และ 3) การปรับอัตราค่าจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมให้เป็นเอกภาพระหว่างกองทุน

การควบคุมกำกับการใช้ยาให้เป็นไปอย่างเหมาะสมและคุ้มค่าในระบบประกันสุขภาพนั้น เนื่องจากสถานการณ์การใช้ยาในประเทศไทยมีมูลค่าเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมูลค่าการใช้ยาทั้งหมดเป็นการใช้ยานอก

บัญชียาหลักแห่งชาติ นอกจากนี้ยาส่วนใหญ่เป็นกลุ่มยานำเข้ามาจากต่างประเทศ ทำให้เกิดการสูญเสียรายได้ของประเทศ ดังนั้น การควบคุมและกำกับการใช้ยาจึงจำเป็นต้องมีมาตรการที่รอบคอบเพื่อควบคุมปริมาณยาชนิดของยา รวมทั้งอัตราการเบิกจ่ายค่ายา โดยกำหนดแนวทางในการดำเนินงานดังนี้

- (1) กำหนดให้มีกลไกกลางในการเจรจาต่อรองราคายาที่มีราคาแพง โดยเฉพาะรายการยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีราคาแพงและมีผู้จำหน่ายรายเดียว
- (2) ควบคุมการกำกับและการเบิกจ่ายค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติและยาต้นแบบในระบบประกันสุขภาพ ได้แก่ การกำหนดเป้าหมายการลดค่าใช้จ่าย การกำหนดอัตราอ้างอิง การเบิกจ่ายยา กลุ่มเป้าหมาย การปรับโครงสร้างชดเชยค่ายาและค่าบริการ ระบบสารสนเทศข้อมูล การเบิกจ่ายและการส่งจ่ายยา
- (3) ส่งเสริมการใช้ยาในบัญชียาหลักและยาชื่อสามัญ ได้แก่ การกำหนดเป้าหมายการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ/ยาชื่อสามัญ การมีระบบประกันคุณภาพยา ชื่อสามัญที่มีจำหน่ายในท้องตลาด การสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ประชาชน
- (4) กำหนดแนวเวชปฏิบัติและข้อบ่งชี้การใช้นอกบัญชียาหลักแห่งชาติในยาในกลุ่มเป้าหมายที่มีมูลค่าการใช้จ่ายสูง รวมถึงข้อบ่งชี้การตรวจวินิจฉัยโรคและการรักษาด้วยเทคโนโลยีราคาแพง
- (5) กำหนดกลไกกลางในการตรวจสอบการเบิกจ่ายและการจ่ายยา

สัดส่วนค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น ส่วนหนึ่งเกิดจากการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสม มีการเบิกจ่ายยาอย่างฟุ่มเฟือยเกินความจำเป็น แต่รัฐยังไม่มีกลไกในการกำกับ ติดตามและตรวจสอบที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากยังไม่มีบัญชีข้อมูลยาและรหัสยามาตรฐานที่จะสามารถนำมาอ้างอิงเพื่อใช้ในการติดตามและตรวจสอบ คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ จึงมีนโยบายให้มีการพัฒนาบัญชียาและรหัสยามาตรฐานยา โดยมอบหมายให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเป็นแกนในการพัฒนาร่วมกับศูนย์พัฒนามาตรฐานระบบข้อมูลสุขภาพไทย ให้ดำเนินการ 1) พัฒนาต่อยอดบัญชียาในบัญชียาหลักแห่งชาติและรหัสยามาตรฐาน ให้ครอบคลุมทั้งในส่วนของการรายการยา และรายละเอียดในรายการยาให้เพียงพอกับระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายในระดับรายการยา (drug item) 2) พัฒนาออกแบบโครงสร้างรหัสยามาตรฐานใหม่ที่สามารถใช้งานได้หลายระบบงานโดยสอดคล้องกับมาตรฐานสากล และ 3) ศึกษากลไกกลางที่ทำหน้าที่พัฒนาบำรุงรักษา และบริการข้อมูลบัญชียาและรหัสยามาตรฐานให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระบบบริการสุขภาพ และประชาชน

ทั้งนี้ คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ได้มีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการเพื่อมาดำเนินการตามมาตรการดังกล่าวทั้งหมด 7 คณะ คือ

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

นอกจากการกำกับควบคุมการใช้ยาให้เหมาะสม รวมถึงการพัฒนาบัญชียาและรหัสยามาตรฐานยาเพื่อให้มีระบบการติดตามและตรวจสอบการเบิกจ่ายค่ายาให้มีประสิทธิภาพแล้ว คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ

ยังกำหนดให้มีการการปรับอัตราการจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ให้เป็นเอกภาพระหว่างกองทุน เนื่องจากระบบประกันสุขภาพแต่ละระบบมีการคำนวณต้นทุนและกำหนดอัตราการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในแยกตามประเภทของโรคที่รักษาแตกต่างกัน ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการใช้วิธีตกลงราคาล่วงหน้าในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่โรงพยาบาล โดยอัตราที่เบิกจ่ายของแต่ละกลุ่มโรคจะคำนวณตามอัตราฐานคูณด้วยค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW)³⁶ และอัตราการเบิกจ่ายดังกล่าวยังแตกต่างกันในแต่ละสถานพยาบาล เนื่องจากระบบการรักษา ในขณะที่กองทุนประกันสุขภาพอีกสองระบบ คือ ระบบประกันสังคม และระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ แม้จะใช้วิธีการ “เหมาจ่ายรายหัว” ในการจัดสรรงบประมาณให้แก่สถานพยาบาลแต่ละแห่ง แต่ก็มีมีการจ่ายเงินเพิ่มในการรักษาผู้ป่วยใน ในรูปแบบของการจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมสำหรับโรคร้ายแรงหรือโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูง ในกรณีของสองกองทุนนี้ อัตราการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมเท่ากันในทุกโรงพยาบาล เพื่อให้อัตราการจ่ายเงินของทุกกองทุนเป็นมาตรฐานเดียวกันจึงได้กำหนดให้มีการปรับอัตราการเบิกจ่ายให้เป็นเอกภาพ โดยมีการแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อปรับปรุงกลไกการจ่ายเงินด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมให้ทุกกองทุนเป็นรูปแบบเดียวกัน นอกจากนี้ยังมีมาตรการกำกับดูแลค่าใช้จ่ายด้านยาของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเป็นการเฉพาะอีกด้วย โดยมีมอบหมายให้กรมบัญชีกลางเป็นผู้ดำเนินการ

หากพิจารณาการปฏิบัติการกิจของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ในภาพรวมแล้ว พบว่าเข้าช้อนกับคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ซึ่งจัดตั้งขึ้นโดยระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2551 ซึ่งมีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดนโยบายแห่งชาติด้านยาและแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ รวมถึงจัดทำบัญชียาหลักแห่งชาติ และกำหนดราคากลางยาในการจัดซื้อของหน่วยงานของรัฐ รวมทั้งส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล การทับซ้อนของอำนาจหน้าที่ดังกล่าวทำให้เกิดความสับสนของขั้นตอนและกระบวนการดำเนินงาน ตัวอย่างเช่น กรณีที่คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ได้ดำเนินการเจรจาต่อรองราคายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ และเสนอให้กรมบัญชีกลางนำราคายาดังกล่าว ประกาศเป็นหลักเกณฑ์ในการเบิกจ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติสำหรับระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ แต่การเบิกจ่ายของกรมบัญชีกลางจะต้องเบิกจ่ายค่ายาตามหลักเกณฑ์ของคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ดังนั้น กรมบัญชีกลางจึงต้องส่งราคากลางที่คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ เสนอให้แก่คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติพิจารณาเพื่อปรับราคากลางใหม่ เป็นต้น

อย่างไรก็ดี ภาพรวมของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ จะมีความเข้าช้อนกับของคณะทำงานอื่นๆ จะเห็นได้ว่า คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ มีความพยายามที่จะดึงบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่อยู่เดิมเข้ามาในโครงสร้างของอนุกรรมการที่แต่งตั้งขึ้นมา เช่นในกรณีที่มีการดึงตัวคณะทำงานเจรจาต่อรองราคายาของกระทรวงสาธารณสุขเข้ามาเป็นอนุกรรมการเจรจาต่อรองราคายา หรือดึงคณะทำงานในการตรวจสอบ ภายใต้คณะกรรมการประสานความร่วมมือ 3 กองทุนสุขภาพ เข้ามาปฏิบัติหน้าที่เป็นอนุกรรมการพัฒนาระบบการตรวจสอบการรักษายาบาลและการเบิกจ่าย ในลักษณะเดียวกันการพัฒนาการจ่ายเงินโดยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม เป็นมาตรการที่คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ต้องการให้ทุกกองทุนมีมาตรฐานในการเบิกจ่ายเหมือนกัน จึงมีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการปรับปรุงกลไกการจ่ายเงินโดยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมเพื่อบำบัดการดังกล่าว แม้ว่าศูนย์พัฒนากลุ่มโรคร่วมไทยจะดำเนินการอยู่ก่อนแล้ว แต่คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ได้แต่งตั้งให้ผู้อำนวยการพัฒนาศูนย์โรคร่วมไทยเข้าร่วมทำงานเพื่อพัฒนากลไกดังกล่าว

³⁶ RW มาจากคำว่า Relative Weight หรือน้ำหนักสัมพัทธ์ หมายถึง ค่าเฉลี่ยของการใช้ทรัพยากรในการรักษาผู้ป่วยตาม DRG นั้น เป็นการเทียบกับต้นทุนเฉลี่ยของการรักษาผู้ป่วยทั้งหมด

การที่คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ เลือกที่จะดึงบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปรับปรุงระบบการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่เดิมเข้ามาในคณะกรรมการชุดต่างๆ ที่ตั้งขึ้นมา อาจมองได้ว่า คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ มิได้ต้องการดำเนินการกิจที่ซ้ำซ้อนกับหน่วยงานอื่นๆ ที่ดำเนินการอยู่ แต่ต้องการที่จะบูรณาการงานต่างๆ ที่กระจัดกระจายอยู่ภายใต้หน่วยงานต่างๆ หรือกองทุนประกันสุขภาพต่างๆ เพื่อที่จะสามารถติดตามและตรวจสอบการดำเนินงาน (Monitor) ของคณะกรรมการหรือคณะทำงานที่เคยมีอยู่เดิมได้อย่างเป็นระบบ เพื่อที่จะสามารถปฏิรูประบบสาธารณสุขในภาพรวมได้

จากการติดตามการดำเนินงานตามมาตรการที่ได้กำหนดไว้ พบว่า มาตรการควบคุมกำกับการใช้ยาให้เป็นไปอย่างเหมาะสมและคุ้มค่า นั้น เป็นการดำเนินงานในระดับนโยบาย โดยเป็นเพียงการวางกรอบแนวทางเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติต่อไป กล่าวคือ

- 1) การกำหนดให้มีกลไกกลางในการเจรจาต่อรองราคายาที่มีราคาแพง โดยมีการแต่งตั้ง คณะอนุกรรมการเจรจาต่อรองราคาฯ เพื่อมาทำหน้าที่ดังกล่าว และได้มีการเจรจาต่อรองราคาไปแล้วทั้งสิ้นจำนวน 271 รายการ มีการส่งมอบรายการยาจำนวน 774 รายการ ซึ่งรวมรายการยาที่คณะทำงานเจรจาต่อรองราคาของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ได้ดำเนินการไว้ส่งมอบให้กรมบัญชีกลางเพื่อประกาศเป็นราคากลางในการเบิกจ่าย และในระหว่างที่รอให้มีการประกาศราคากลาง คณะอนุกรรมการเจรจาต่อรองราคาฯ ได้ดำเนินการจัดส่งหนังสือแจ้งเวียนราคากลางให้โรงพยาบาลทุกแห่งเพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการจัดซื้อยา ในขณะที่กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการนำร่องจัดซื้อยาร่วมกันในระดับเขตแล้วจำนวน 6 เขต เพื่อลดต้นทุนและช่วยประหยัดงบประมาณในการจัดซื้อยา
- 2) การควบคุมกำกับการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติและยาต้นแบบ ซึ่งคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ได้มอบหมายให้กรมบัญชีกลางเป็นผู้รับผิดชอบนั้น นั้นหมายถึงให้มีการควบคุมกำกับการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เพราะระบบประกันสุขภาพแห่งชาติและระบบประกันสังคมสามารถเบิกจ่ายยาได้เพียงยาในบัญชียาหลักแห่งชาติเท่านั้น และจากมาตรการดังกล่าว พบว่า ในปี พ.ศ. 2556 ในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติมีสัดส่วนถึงร้อยละ 60 ของมูลค่าการเบิกจ่ายยาทั้งหมด และยาส่วนใหญ่ที่มีการเบิกจ่ายเป็นยา single source นอกจากนี้ แพทย์ได้มีการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 24
- 3) การส่งเสริมการใช้ยาในบัญชียาหลักและยาชื่อสามัญ คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาในบัญชียาหลักฯ ได้มีการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติให้เป็นปัจจุบัน โดยมีการประกาศบัญชียาสำหรับโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุข จำนวน 676 รายการ และบัญชียาสมุนไพร จำนวน 74 รายการ นอกจากนี้ยังได้มีการส่งเสริมให้มีการผลิตและใช้ยาสามัญใหม่ทดแทนยาต้นแบบ โดยการอนุญาตทะเบียนตำรับสามัญใหม่เพิ่มขึ้นอีกจำนวน 109 รายการ รวมทั้งกระทรวงสาธารณสุขได้ออกมาตรการนำร่องเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารเวชภัณฑ์ของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีการกำหนดสัดส่วนการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติต่อสัดส่วนการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งกำหนดให้โรงพยาบาลศูนย์ต้องมีสัดส่วน 70:30 โรงพยาบาลทั่วไปมีสัดส่วน 80:20 และโรงพยาบาลชุมชนมีสัดส่วน 90:10 อีกทั้งยังได้มอบนโยบายให้เขตและจังหวัดพิจารณาดำเนินการนโยบาย One Generic One Brand และนโยบาย Generics Substitution โดยพิจารณาตามสภาพปัญหาและความเหมาะสม รวมถึงกำหนดมาตรการจูงใจในการใช้ยาสามัญโดยมีการกำหนดอัตราการใช้ยาสามัญเพิ่มขึ้นอีกด้วย

- 4) การกำหนดแนวเวชปฏิบัติและข้อบ่งชี้การใช้นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ได้แต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดแนวเวชปฏิบัติฯ เพื่อดำเนินงานดังกล่าว โดยมีการจัดทำแนวเวชปฏิบัติและข้อบ่งชี้ทั้งหมด 4 ด้าน คือ แนวเวชปฏิบัติและข้อบ่งชี้ด้านรังสีรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูง ด้านศัลยกรรมที่มีค่าใช้จ่ายสูง ด้านรังสีวินิจฉัยที่มีค่าใช้จ่ายสูง และแนวเวชปฏิบัติและข้อบ่งชี้การใช้นอกบัญชียาในกลุ่มยาที่มีราคาแพง อย่างไรก็ตาม คณะอนุกรรมการกำหนดแนวเวชปฏิบัติฯ กำลังดำเนินการจัดทำประชาพิจารณ์เพื่อพิจารณาความครอบคลุมและความเหมาะสมจากข้อมูลการเบิกจ่ายค่ายาในสถานบริการ
- 5) การกำหนดกลไกกลางในการตรวจสอบการเบิกจ่ายและการจ่ายยา คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ได้มีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษาพยาบาล และการเบิกจ่าย โดยตั้งคณะทำงานประสานความร่วมมือ 3 กองทุนสุขภาพ ที่เคยมีอยู่เพื่อให้มาทำหน้าที่ดังกล่าว อย่างไรก็ตาม คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบตรวจสอบฯ ได้มีการนำร่องดำเนินการตรวจสอบคุณภาพการรักษาพยาบาลกลุ่มโรคมะเร็ง โดยดำเนินการตรวจสอบการรักษามะเร็งเต้านมทั้ง 3 กองทุน มีการตรวจเวชระเบียนไปแล้วทั้งสิ้นจำนวน 1,217 ฉบับ จากโรงพยาบาล 10 แห่ง และคาดว่าจะดำเนินการตรวจสอบเพิ่มเติมอีกจำนวน 5,000 ฉบับ นอกจากนี้ยังได้นำร่องการตรวจสอบการจ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติให้ไปเป็นไปตามระเบียบกระทรวงการคลัง รวมถึงได้ดำเนินการตรวจสอบสัดส่วนการใช้นอกบัญชียาหลักแห่งชาติต่อการใช้นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการตรวจสอบต่อไป

สำหรับมาตรการพัฒนาบัญชียาและรหัสยามาตรฐานเพื่อสนับสนุนการบริหารเวชภัณฑ์ 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 และได้มีการพัฒนาด้านแบบกลไกการให้บริการข้อมูลและตอบปัญหาบัญชีข้อมูลยาและรหัสยามาตรฐานไทย (TMT) และโปรแกรมการเชื่อมโยงรหัสยามาตรฐาน (TMT) กับรหัสยาของโรงพยาบาล ในขณะที่มาตรการปรับอัตราการจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมให้เป็นเอกภาพระหว่างกองทุน คณะทำงานได้จัดทำรูปแบบและอัตราการจ่ายเงิน โดยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมเรียบร้อยแล้ว แต่ยังคงอยู่ระหว่างดำเนินการนำเสนอให้คณะอนุกรรมการปรับปรุงอัตราการจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมพิจารณา

จากการประเมินผลการดำเนินงานตามมาตรการของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ จะเห็นได้ว่า การดำเนินการส่วนใหญ่ยังเป็นเพียงการทำงานด้านนโยบาย ยังไม่ได้ดำเนินการไปสู่ระดับปฏิบัติการจริง ไม่ว่าจะเป็นมาตรการควบคุมกำกับกับการใช้ยาให้เป็นไปอย่างเหมาะสมและคุ้มค่าในระบบประกันสุขภาพ ซึ่งมาตรการดังกล่าวยังเป็นเพียงการวางหลักเกณฑ์สำหรับการเบิกจ่ายยา กล่าวคือ ยังอยู่ในขั้นตอนของการเจรจาต่อรองราคายา 9 กลุ่มที่มีค่าใช้จ่ายสูง แม้จะมีการเจรจาราคายาบางกลุ่มแล้วเสร็จ แต่ในทางปฏิบัติยังไม่มี การประกาศใช้ราคากลาง จึงไม่สามารถวัดได้ว่ามาตรการดังกล่าวทำให้มูลค่าการใช้ยาจริงลดปริมาณลงไปมากน้อยเพียงใด มีเพียงมูลค่าที่มีการคาดการณ์ว่าจะสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านการใช้นอกบัญชียาในขณะที่มีมาตรการพัฒนาบัญชียาและรหัสยามาตรฐานเพื่อสนับสนุนการบริหารเวชภัณฑ์ หรือแม้แต่การปรับอัตราการจ่ายตามกลุ่มโรคร่วมให้เป็นเอกภาพให้ระหว่างกองทุนนั้น แม้จะได้มีการดำเนินการไปเกือบเสร็จสิ้นแล้วก็ตาม แต่ก็ยังไม่ได้มีการนำไปปฏิบัติจริง จึงไม่สามารถประเมินได้ว่าการดำเนินการตามมาตรการดังกล่าวทำให้เกิดประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด

4.2 ข้อเสนอแนะ

4.2.1 โครงสร้างองค์กรของหน่วยงานที่บริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศแบบบูรณาการ

เนื่องจากประเทศไทยมีกองทุนประกันสุขภาพหลัก 3 กองทุน ซึ่งมีการบริหารจัดการที่แยกกันอย่างเป็นเอกเทศ ทำให้ระบบประกันสุขภาพไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร เนื่องจากมีการบริหารงานที่ซ้ำซ้อนกันโดยไม่จำเป็น เช่น การตรวจสอบการเบิกจ่าย การตรวจสอบคุณภาพของบริการ การคำนวณอัตราค่าการเบิกจ่าย ค่ารักษาพยาบาลสำหรับโรคต่างๆ เป็นต้น ทำให้ต้นทุนในการบริหารจัดการและกำกับดูแลระบบประกันสุขภาพของประเทศสูงเกินควร

นอกจากนี้แล้ว ยังมีวิธีการบริหารจัดการที่ลักลั่นกัน ไม่ว่าจะเป็นการมีกรอบความคุ้มครองที่ต่างกัน อัตราการจ่ายตามกลุ่มโรครวม (DRG) ที่ไม่เหมือนกัน แบบฟอร์มข้อมูลการรักษาพยาบาลและการเบิกจ่ายที่ต่างกัน ฯลฯ ซึ่งล้วนสร้างภาระในเชิงบริหารจัดการของสถานพยาบาลโดยไม่จำเป็น

ความพยายามในการมีองค์กรที่เข้ามาบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพในภาพรวมมีมาโดยตลอด หากแต่มีลักษณะของการจัดตั้งคณะกรรมการเฉพาะกิจที่ขึ้นตรงต่อนายกรัฐมนตรีหรือรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข มิได้มีการวางโครงสร้างองค์กรและวิธีการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศที่หลายส่วนแบบบูรณาการที่มีลักษณะถาวร ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงคณะกรรมการในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพดังกล่าวบ่อยครั้ง เมื่อมีการเปลี่ยนรัฐบาลทำให้การทำงานต้องชะงักอยู่เป็นระยะๆ ขาดความต่อเนื่อง ทำให้การนำผลงานของคณะกรรมการไปปฏิบัติซึ่งต้องใช้เวลานั้นมีจำกัด

นอกจากนี้แล้ว การบูรณาการการบริหารจัดการทั้งสามกองทุนในรูปแบบของคณะกรรมการที่มีได้มีอำนาจทางกฎหมายรองรับ หากแต่อิงกับอำนาจของ “การเมือง” ในเวลานั้นๆ ทำให้ความสำเร็จในแต่ละยุคสมัยขึ้นอยู่กับโครงสร้างอำนาจทางการเมืองว่าแข็งแกร่งและมีเอกภาพพอที่จะผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ เพราะกองทุนแต่ละกองทุนต่างก็มีผลประโยชน์ของตนเองที่ต้องการปกป้องทำให้กรอบในการร่วมมือกันระหว่างกันมีจำกัด ดังจะเห็นได้ว่าที่ผ่านมาความร่วมมือระหว่างสามกองทุนที่ได้รับความสำเร็จจะเกิดขึ้นเฉพาะโครงการขนาดเล็กๆ ที่มีผลประโยชน์ร่วมกัน หรือไม่ทำให้ฝ่ายใดเสียประโยชน์เท่านั้น ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ตลอดจนการจัดตั้ง National Clearing House เพื่อเป็นศูนย์กลางข้อมูลในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลก็ดี แต่การบูรณาการระบบประกันสุขภาพที่มีความสำคัญยังคงเป็นประเด็นที่ผลักดันได้ยาก เช่น การพัฒนาระบบการเบิกจ่ายกลาง (Payment Clearing House) การปรับค่า DRG ของทั้งสามกองทุนให้เท่าเทียมกัน เป็นต้น

ล่าสุด กระทรวงสาธารณสุขได้มีแนวคิดจัดตั้งเป็นคณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ(National Health Authority: NHA) ขึ้น ทำหน้าที่กรองข้อเสนอของหน่วยงานต่างๆ ด้านสุขภาพ เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) กระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงต่างๆ เป็นกรรมการ เพื่อกำหนดทิศทางนโยบายสุขภาพของประเทศ ให้สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันกับนโยบายรัฐบาล แต่การจัดตั้งคณะกรรมการดังกล่าวยังมีความไม่ชัดเจนว่าจะเป็นภารกิจในระดับนโยบายหรือในระดับปฏิบัติ หากเป็นภารกิจในระดับนโยบายก็จะซ้ำซ้อนกับคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติซึ่งมี พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และหากเป็นคณะกรรมการในระดับการบริหารจัดการหรือการกำกับดูแลก็จะต้องเป็นข้อเสนอของการปฏิรูประบบประกันสุขภาพของประเทศ มิใช่การปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุขเนื่องจากระบบสุขภาพของประเทศไทยเกี่ยวข้องกับกระทรวงมากกว่าหนึ่งกระทรวง

คณะผู้วิจัยเห็นว่าภารกิจในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศมีความสำคัญยิ่ง จึงควรมีองค์กรที่เข้ามารับผิดชอบในลักษณะถาวร และควรมีการออกกฎหมายว่าด้วยระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ เนื่องจาก พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 กำหนดกรอบและหลักเกณฑ์ในการกำหนดนโยบายสุขภาพเท่านั้น ไม่ได้มีรายละเอียดเกี่ยวกับการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศที่กระจัดกระจาย จากกรณีศึกษาในต่างประเทศ พบว่า ประเทศที่มีกองทุนสุขภาพ (sickness funds) หลายแห่ง เช่น เยอรมนี เบลเยียม อิสราเอล เป็นต้น ล้วนมีกฎหมายว่าด้วยประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health insurance act) ซึ่งกำหนดโครงสร้างสถาบันในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพในภาพรวม รวมทั้งการกำหนดสิทธิประโยชน์ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ตลอดจนระบบในการเบิกจ่าย และในการตรวจสอบความถูกต้องของการเบิกจ่ายและคุณภาพของการรักษาพยาบาลที่เป็นมาตรฐานกลาง

กฎหมายว่าด้วยระบบประกันสุขภาพแห่งชาติดังกล่าวจะกำหนดโครงสร้างสถาบันที่รับผิดชอบในการกำหนดนโยบายและในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพที่เป็นบูรณาการเพราะการเจรจาต่อรองเพื่อหารูปแบบที่ทั้งสามกองทุนพอใจนั้นนอกจากจะไม่ง่ายแล้ว กองทุนสุขภาพแต่ละกองทุนต่างก็มีผลประโยชน์เข้ามาเกี่ยวข้อง และอาจไม่เป็นรูปแบบที่สร้างผลประโยชน์สูงสุดให้แก่ประเทศชาติอีกด้วย

คณะผู้วิจัยเห็นว่า โครงสร้างการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศควรจะต้องผ่านการพิจารณาของกระบวนการนิติบัญญัติในรูปแบบของพระราชบัญญัติมิใช่กำหนดขึ้นมาโดยฝ่ายบริหารฝ่ายเดียว ซึ่งอาจไม่แน่นอน มีการเปลี่ยนแปลงตามการเมือง กฎหมายว่าด้วยการบริหารจัดการกองทุนสุขภาพแห่งชาติอย่างน้อยควรมีบทบัญญัติที่สำคัญดังนี้

- **กำหนดโครงสร้างและอำนาจหน้าที่ขององค์กรที่จะเข้ามาบริหารจัดการและกำกับระบบประกันสุขภาพของประเทศ**

คณะกรรมการดังกล่าวอาจมีสองชุด คือ (1) คณะกรรมการนโยบายระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ และ (2) คณะกรรมการบริหารระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการชุดแรกจะมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และมีรัฐมนตรีกระทรวงการสาธารณสุข กระทรวงแรงงาน และกระทรวงการคลังซึ่งเป็นสามกระทรวงที่มีกองทุนสุขภาพร่วมเป็นกรรมการ นอกจากนี้แล้ว อาจมีกรรมการที่เป็นตัวแทนของระบบประกันสุขภาพของรัฐวิสาหกิจ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระบบประกันภัยอุบัติเหตุการรถยนต์ร่วมด้วย คณะกรรมการชุดนี้มีภารกิจและอำนาจหน้าที่ในการกำหนดกรอบแนวทางในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศในภาพรวมเท่านั้นโดยไม่เข้ามายุ่งเกี่ยวในระดับปฏิบัติ เช่น ประเด็นเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ว่าจำเป็นต้องมีชุดสิทธิประโยชน์ “กลาง” หรือไม่ ประเด็นเกี่ยวกับกำหนดอัตราค่าเบิกจ่ายในการรักษาพยาบาลว่าจะต้องเป็นอัตราเดียวทุกกองทุนหรือไม่ เป็นต้น อนึ่ง การกำหนดนโยบายของคณะกรรมการ ชุดนี้จะต้องเป็นไปตามกรอบของนโยบายสุขภาพแห่งชาติที่กำหนดขึ้นโดยคณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติซึ่งมาจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ส่วนคณะกรรมการบริหารระบบประกันสุขภาพแห่งชาติจะเป็นผู้นำนโยบายของคณะกรรมการนโยบายฯ ไปปฏิบัติ ในลักษณะที่คล้ายคลึงกับ National Institute for Health and Disability Insurance ในประเทศเบลเยียม หรือ Central Social Insurance Medical Council ในประเทศญี่ปุ่น แต่จะต่างกันตรงที่หน่วยงานในต่างประเทศมักเป็นหน่วยงานที่อยู่ในสังกัดของกระทรวงใดกระทรวงหนึ่งที่ได้รับผิดชอบระบบประกันสุขภาพของประเทศ เช่น ในกรณีของเบลเยียมคือกระทรวงสวัสดิการสังคม ในขณะที่ในประเทศญี่ปุ่นคือ กระทรวงสาธารณสุข แรงงานและสวัสดิการสังคม เป็นต้น แต่ในกรณีของประเทศไทยนั้น คณะผู้วิจัยเห็นว่า คณะกรรมการบริหารระบบประกันสุขภาพแห่งชาติควรเป็นหน่วยงานที่อยู่ภายใต้สำนักนายกรัฐมนตรีเพื่อให้มีการดำเนินการในลักษณะของการบูรณาการข้ามกระทรวงเนื่องจากกฎหมายฉบับนี้มีการบัญญัติขึ้นหลังจากที่มีการจัดตั้งกองทุน

ต่างๆ ขึ้นมาแล้วจึงต้องมีรูปแบบที่แตกต่างไปจากในประเทศต่างๆ ที่ศึกษาที่มีการออกกฎหมายเพื่อกำหนดโครงสร้างของระบบประกันสุขภาพในภาพรวมก่อนที่จะมีออกกฎหมายรองรับอำนาจหน้าที่ของกองทุนแต่ละแห่งขึ้นมา ทั้งนี้ สำนักเลขานุการของคณะกรรมการบริหาร อาจเป็นหน่วยงานมหาชนที่ทำหน้าที่ในเชิงวิชาการภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวนมากที่มีองค์ความรู้และความเชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขและระบบประกันสุขภาพอย่างดี

องค์ประกอบของคณะกรรมการชุดนี้อาจประกอบด้วยตัวแทนหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับงานด้านการบริหารระบบประกันสุขภาพเท่านั้น ไม่มีนักการเมืองเข้ามาเกี่ยวข้องยกเว้นประธานกรรมการที่ดำรงตำแหน่งรองนายกรัฐมนตรีที่รับผิดชอบด้านสาธารณสุข โดยมีรองประธานเป็นปลัดของสามกระทรวง ได้แก่ กระทรวงการคลัง กระทรวงสาธารณสุข และ กระทรวงแรงงาน คณะกรรมการชุดนี้มีอำนาจทางกฎหมายในการสั่งการให้กองทุนสุขภาพต่างๆ ต้องดำเนินการเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพของระบบประกันสุขภาพของประเทศตามกรอบแนวทางที่คณะกรรมการนโยบายกำหนด

อนึ่ง คณะผู้วิจัยย้ำว่า เนื่องจากคณะกรรมการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพมีภารกิจในระดับ “ปฏิบัติ” มิใช่ระดับ “นโยบาย” จึงไม่จำเป็นต้องมีกรรมการที่มาจากผู้มีส่วนได้เสียในวงกว้างดังเช่น คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ อย่างไรก็ตาม หากในการกำกับหรือบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ คณะกรรมการมีการออกกฎระเบียบใดๆ ที่มีผลกระทบต่อสิทธิในการรักษาพยาบาลของผู้ประกันตน จะต้องมีการถ่วงดุลและขั้นตอนในการรับฟังความคิดเห็นที่มีประสิทธิภาพ จากการศึกษาเปรียบเทียบว่าด้วยการรับฟังความเห็นสาธารณะในต่างประเทศ พบว่า กระบวนการที่ดีนั้นจะต้องมีลักษณะของการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสองฝ่ายมิใช่เป็นเพียงการนำเสนอกฎระเบียบที่คณะกรรมการได้กำหนดขึ้นเรียบร้อยแล้ว ในส่วนนี้อาจมีการศึกษาแบบอย่างในประเทศที่มีการพัฒนาระบบการรับฟังความเห็นสาธารณะที่ทันสมัย เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการเขียนข้อบัญญัติในกฎหมาย

• กำหนดกรอบอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการนโยบายฯ และคณะกรรมการ ดังนี้

คณะกรรมการนโยบาย

- กำหนดแนวทางและเป้าหมายในการลดความเหลื่อมล้ำของสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของกองทุนสุขภาพต่างๆ
- กำหนดรูปแบบของระบบข้อมูลเบิกจ่าย (Data Standard Maintenance Organization – DSMO) การบริหารจัดการข้อมูลค่าบริการและการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Data Centre and Clearing House) พัฒนาเครื่องมือคำนวณการเบิกจ่ายค่าบริการ (Case-Mix Centre)
- กำหนดระบบการตรวจสอบข้อมูลการเบิกจ่าย และคุณภาพในการรักษาพยาบาล (financial and clinical audit)
- กำหนดหลักการในการกำหนดราคากลางค่านักงพยาบาลและค่ายา
- กำหนดแนวทางในการพัฒนาระบบการชื้อยาและเวชภัณฑ์ รวมถึงระบบการต่อรองราคายาทั้งในและนอกบัญชียาหลักที่เป็นบูรณาการ
- กำหนดแนวทางในการติดตาม ตรวจสอบระบบประกันสุขภาพและเสนอแนะแนวทางในการปรับปรุงกฎ ระเบียบที่เกี่ยวข้อง
- ฯลฯ

คณะกรรมการบริหาร

- ศึกษาและประเมินในรายละเอียดการดำเนินนโยบายหรือมาตรการตามที่คณะกรรมการนโยบายกำหนด
- ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (เช่น กองทุนสุขภาพทั้งสามกองทุน และหน่วยงานที่ทำหน้าที่สนับสนุนด้านข้อมูลและด้านวิชาการ เป็นต้น) เพื่อออกแบบวิธีการในการนำนโยบายไปปฏิบัติ
- ออกกฎระเบียบหรือประกาศเพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการตามแนวนโยบายที่กำหนดโดยคณะกรรมการนโยบาย
- ติดตามและตรวจสอบความคืบหน้าของนโยบาย
- ฯลฯ

บรรณานุกรม

- กิตติ พิทักษ์นิตินันท์ และคณะ. การพัฒนาและดำเนินการระบบการต่อรองราคาที่มีผู้จำหน่ายรายเดียวของ
หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. ในเอกสารกรรมคลินิก ปีที่ 19 ฉบับที่ 2-3. พิมพ์ครั้งที่ 1. เพชรบุรี.
บริษัท เพชรภูมิการพิมพ์ จำกัด. 2555
- ภญ. เนตรนภิศ สุขนวนิช. เอกสารประกอบการนำเสนอ เรื่อง ราคายาและการเข้าถึง. สำนักงานหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ. 4 กรกฎาคม 2556
- รายงานการประชุมคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัยและค่าบริการ
ทางการแพทย์ ครั้งที่ 1/2555. 6 มิถุนายน 2555
- รายงานการประชุมคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัยและค่าบริการ
ทางการแพทย์ ครั้งที่ 2/2555. 13 กรกฎาคม 2555
- รายงานการประชุมคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัยและค่าบริการ
ทางการแพทย์ ครั้งที่ 3/2555. 15 สิงหาคม 2555
- รายงานการประชุมคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัยและค่าบริการ
ทางการแพทย์ ครั้งที่ 4/2555. 11 กันยายน 2555
- รายงานการประชุมคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัยและค่าบริการ
ทางการแพทย์ ครั้งที่ 5/2555. 10 ตุลาคม 2555
- รายงานการประชุมคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัยและค่าบริการ
ทางการแพทย์ ครั้งที่ 6/2555. 19 พฤศจิกายน 2555
- รายงานการประชุมคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัยและค่าบริการ
ทางการแพทย์ ครั้งที่ 7/2555. 17 ธันวาคม 2555
- รายงานการประชุมคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัยและค่าบริการ
ทางการแพทย์ ครั้งที่ 8 (1/2556). 2 เมษายน 2556
- รายงานการประชุมคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัยและค่าบริการ
ทางการแพทย์ ครั้งที่ 9 (2/2556). 27 พฤษภาคม 2556
- รายงานการประชุมคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัยและค่าบริการ
ทางการแพทย์ ครั้งที่ 10 (3/2556). 30 ตุลาคม 2556
- รายงานการประชุมคณะกรรมการเจรจาต่อรองราคายาและเวชภัณฑ์ ครั้งที่ 1/2555. 11 กรกฎาคม 2555
- รายงานการประชุมคณะกรรมการเจรจาต่อรองราคายาและเวชภัณฑ์ ครั้งที่ 1/2556. 5 ตุลาคม 2555
- รายงานการประชุมคณะกรรมการเจรจาต่อรองราคายาและเวชภัณฑ์ ครั้งที่ 2/2556. 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

รายงานการประชุมคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษาพยาบาลและการเบิกจ่าย ครั้งที่ 2/2555. 9
กรกฎาคม 2555

รายงานการประชุมคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษาพยาบาลและการเบิกจ่าย ครั้งที่ 3/2555.
10 สิงหาคม 2555

รายงานการประชุมคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษาพยาบาลและการเบิกจ่าย ครั้งที่ 1/2555.
20 กันยายน 2555

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

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

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

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

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. เอกสารประกอบการประชุมระดมสมองและรับฟังความคิดเห็นต่อภาพ
ที่พึงประสงค์การพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ. 23 สิงหาคม 2554

ภาคผนวกที่ 1

โครงสร้างคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

รายชื่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

1. นายพงศ์เทพ เทพกาญจนา	ประธานกรรมการ
ประธานกรรมการที่นายกรัฐมนตรีมอบหมาย	
2. นายแพทย์ประดิษฐ สินธวณรงค์	รองประธานกรรมการ
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข	
3. นางปวีณา หงสกุล	กรรมการ
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์	
4. นายยุคล ลิ้มแหลมทอง	กรรมการ
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงเกษตรและสหกรณ์	
5. นายวิเชษฐ์ เกษมทองศรี	กรรมการ
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม	
6. นายจรรพพงศ์ เรืองสุวรรณ	กรรมการ
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย	
7. นายจาตุรนต์ ฉายแสง	กรรมการ
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงศึกษาธิการ	
8. นายโอภาส เตพลกุล	กรรมการ
ประธานสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	
9. ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีกฎหมายจัดตั้งขึ้นเป็นการเฉพาะ	กรรมการ
10. ผู้แทนนายกเทศมนตรี	กรรมการ
11. ผู้แทนนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด	กรรมการ
12. ผู้แทนนายกองค์การบริหารส่วนตำบล	กรรมการ
13. ผู้แทนนายกแพทยสภา	กรรมการ
14. ผู้แทนสภาการพยาบาล	กรรมการ
15. ผู้แทนทันตแพทยสภา	กรรมการ
16. ผู้แทนสภาเภสัชกรรม	กรรมการ
17. ผู้แทนสภาเทคนิคการแพทย์	กรรมการ
18. ผู้แทนสภากายภาพบำบัด	กรรมการ
19. กรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย	กรรมการ
20. ผู้ทรงคุณวุฒิกลุ่มนโยบายสาธารณะ รัฐศาสตร์ นิติศาสตร์	กรรมการ
21. ผู้ทรงคุณวุฒิกลุ่มการบริหาร เศรษฐศาสตร์ การต่างประเทศ	กรรมการ
22. ผู้ทรงคุณวุฒิกลุ่มธุรกิจ	กรรมการ
23. ผู้ทรงคุณวุฒิกลุ่มสื่อสารมวลชน เทคโนโลยีสารสนเทศ	กรรมการ
24. ผู้ทรงคุณวุฒิกลุ่มพัฒนาประชาชนกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ	กรรมการ
25. ผู้ทรงคุณวุฒิกลุ่มการพัฒนาสังคมและชุมชนท้องถิ่น	กรรมการ
26. ผู้แทนองค์กรภาคเอกชน เขต 1	กรรมการ
27. ผู้แทนองค์กรภาคเอกชน เขต 2	กรรมการ

- | | |
|--------------------------------------|----------------------------|
| 28. ผู้แทนองค์กรภาคเอกชน เขต 3 | กรรมการ |
| 29. ผู้แทนองค์กรภาคเอกชน เขต 4 | กรรมการ |
| 30. ผู้แทนองค์กรภาคเอกชน เขต 5 | กรรมการ |
| 31. นางกรรณิการ์ บรรเทิงจิตร์ | |
| รองเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ | กรรมการและผู้ช่วยเลขาธิการ |

ภาคผนวกที่ 2

โครงสร้างคณะกรรมการพิจารณาปรับปรุงระบบค่าใช้จ่ายการสร้าง
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลข้าราชการ
ลูกจ้าง และพนักงานของรัฐ

**รายชื่อคณะกรรมการพิจารณาระบบค่าใช้จ่ายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและ
ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลข้าราชการ และพนักงานของรัฐ**

1. นายอัมมาร สยามวาลา	ประธานกรรมการ
2. นางดวงสมร วรฤทธิ	กรรมการ
3. นางอรรวรรณ ชยางกูร	กรรมการ
4. นายมนัส แจ่มเวหา	กรรมการ
5. นายเดชา ดีผดุง	กรรมการ
6. นายแพทย์สุชาติ สรณสถาพร	กรรมการ
7. นายแพทย์สมฤทธิ ศรีธำรงสวัสดิ์	กรรมการ
8. แพทย์หญิงสาวิตรี เมหาพิกุลไพโรจน์	กรรมการ
9. นายแพทย์พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข	กรรมการ
10. นางสาวสุวิภา สุขวณิชนันท์	กรรมการ
11. นางชุมศรี พจนปรีชา	กรรมการและเลขานุการ
12. นางสาวทวีศรี กรีทอง	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ภาคผนวกที่ 3

โครงสร้างคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ

โครงสร้างคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ

1. นายกรัฐมนตรีหรือรองนายกรัฐมนตรี	ประธานกรรมการ
2. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข	รองประธานกรรมการ
3. ปลัดกระทรวงการคลัง	กรรมการ
4. ปลัดกระทรวงการต่างประเทศ	กรรมการ
5. ปลัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์	กรรมการ
6. ปลัดกระทรวงพาณิชย์	กรรมการ
7. ปลัดกระทรวงแรงงาน	กรรมการ
8. ปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
9. ปลัดกระทรวงอุตสาหกรรม	กรรมการ
10. เลขาธิการคณะกรรมการกฤษฎีกา	กรรมการ
11. เลขาธิการคณะกรรมการการอุดมศึกษา	กรรมการ
12. อธิบดีกรมการค้าภายใน	กรรมการ
13. อธิบดีกรมบัญชีกลาง	กรรมการ
14. อธิบดีกรมปศุสัตว์	กรรมการ
15. อธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	กรรมการ
16. อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	กรรมการ
17. เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม	กรรมการ
18. เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	กรรมการ
19. นายกแพทยสภา	กรรมการ
20. นายกสภาเภสัชกรรม	กรรมการ
21. นายกทันตแพทยสภา	กรรมการ
22. นายกสัตวแพทยสภา	กรรมการ
23. นายกสภาการพยาบาล	กรรมการ
24. ตัวแทนคณบดีคณะแพทยศาสตร์ของสถาบันอุดมศึกษา	กรรมการ
25. ตัวแทนคณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์ของสถาบันอุดมศึกษา	กรรมการ
26. ตัวแทนคณบดีคณะเภสัชศาสตร์ของสถาบันอุดมศึกษา	กรรมการ
27. ตัวแทนคณบดีคณะสัตวแพทยศาสตร์ของสถาบันอุดมศึกษา	กรรมการ
28. ตัวแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ของสถาบันอุดมศึกษา	กรรมการ
29. ผู้ทรงคุณวุฒิจากผู้แทนองค์กรภาคเอกชนไม่แสวงหาผลกำไร 10 คน	กรรมการ
30. ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์	กรรมการ
31. ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์แผนไทยหรือการแพทย์ทางเลือก	กรรมการ
32. ผู้เชี่ยวชาญด้านทันตกรรม	กรรมการ
33. ผู้เชี่ยวชาญด้านเภสัชกรรม	กรรมการ
34. ผู้เชี่ยวชาญด้านสัตวแพทย์	กรรมการ
35. ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข	กรรมการ

- | | |
|------------------------------------|---------|
| 36. ผู้เชี่ยวชาญด้านเศรษฐศาสตร์ | กรรมการ |
| 37. ผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมาย กรรมการ | กรรมการ |

ภาคผนวกที่ 4

โครงสร้างคณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ
(คพคส.)

คำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรี ที่ 1/2554

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ

- | | |
|--|------------------|
| 1. นายกรัฐมนตรี | ประธานกรรมการ |
| 2. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง | รองประธานกรรมการ |
| 3. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข | รองประธานกรรมการ |
| 4. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงาน | รองประธานกรรมการ |
| 5. ศาสตราจารย์อัมมาร สยามวาลา
ผู้ทรงคุณวุฒิด้านเศรษฐศาสตร์ | รองประธานกรรมการ |
| 6. เลขาธิการคณะกรรมการพัฒนา
การเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ | กรรมการ |
| 7. ผู้อำนวยการสำนักงานงบประมาณ | กรรมการ |
| 8. เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ | กรรมการ |
| 9. เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม | กรรมการ |
| 10. เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ | กรรมการ |
| 11. เลขาธิการคณะกรรมการกำกับและส่งเสริม
การประกอบธุรกิจประกันภัย | กรรมการ |
| 12. อธิบดีกรมบัญชีกลาง | กรรมการ |
| 13. ผู้อำนวยการสำนักงานเศรษฐกิจการคลัง | กรรมการ |
| 14. นายจาตุร อภิชาติบุตร
ผู้แทนข้าราชการประเภทต่างๆ | กรรมการ |
| 15. นายธัญศักดิ์ แสงศรีจันทร์
ผู้แทนพนักงานส่วนท้องถิ่น | กรรมการ |
| 16. รองศาสตราจารย์จิราพร ลิ้มปานานนท์
ผู้แทนผู้บริโภคร | กรรมการ |
| 17. ศาสตราจารย์วิริยะ นามศิริพงษ์พันธุ์
ผู้แทนประชาชนกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ | กรรมการ |
| 18. นายสรรพสิทธิ์ คุมประพันธ์
ผู้แทนประชาชนกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ | กรรมการ |
| 19. นายสุธรรม เจริญพรวัฒนา
ผู้แทนฝ่ายนายจ้างตามระบบประกันสังคม | กรรมการ |
| 20. นางสาววิไลวรรณ แซ่เตีย
ผู้แทนฝ่ายลูกจ้างตามระบบประกันสังคม | กรรมการ |
| 21. นางสุนทรี เสงี่ยม
ผู้แทนฝ่ายลูกจ้างนอกระบบประกันสังคม | กรรมการ |
| 22. นายวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร | |

ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการเงินการคลัง	กรรมการ
23. นายสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ	
ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพ	กรรมการ
24. นายณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา	
ผู้ทรงคุณวุฒิด้านบริหาร	กรรมการ
25. นายจรัส สุวรรณมาลา	
ผู้ทรงคุณวุฒิด้านรัฐศาสตร์	กรรมการ
26. ศาสตราจารย์บรรเจิด สิงคนเติ	
ผู้ทรงคุณวุฒิด้านนิติศาสตร์	กรรมการ
27. นายภัทร คำพิทักษ์	
ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสื่อสารมวลชน	กรรมการ
28. นายพิภพ ธงไชย	
ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสังคมศาสตร์	กรรมการ
29. ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	กรรมการ
30. ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนา	
ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ	กรรมการและเลขานุการ

สั่ง ณ วันที่ 19 มกราคม พ.ศ. 2554

นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ

นายกรัฐมนตรี

ภาคผนวกที่ 5

โครงสร้างคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่า
ตรวจวินิจฉัยและค่าบริการทางการแพทย์

**คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัย
และค่าบริการทางการแพทย์**

- | | |
|--|----------------------------|
| 1. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข | ประธานกรรมการ |
| 2. นายนิวัฒน์ธำรง บุญทรงไพศาล
รัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี | รองประธานกรรมการ |
| 3. เลขาธิการนายกรัฐมนตรี | กรรมการ |
| 4. ปลัดกระทรวงการคลัง | กรรมการ |
| 5. ปลัดกระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| 6. ปลัดกระทรวงแรงงาน | กรรมการ |
| 7. ปลัดกระทรวงกลาโหม | กรรมการ |
| 8. เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ | กรรมการ |
| 9. เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม | กรรมการ |
| 10. อธิบดีกรมการแพทย์ | กรรมการ |
| 11. เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา | กรรมการ |
| 12. รองปลัดกระทรวงการคลังที่ได้รับมอบหมาย | กรรมการ |
| 13. รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับมอบหมาย | กรรมการ |
| 14. ประธานกรรมการองค์การเภสัชกรรม | กรรมการ |
| 15. ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม | กรรมการ |
| 16. เลขาธิการกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย | กรรมการ |
| 17. นายคณิต แสงสุพรรณ
ผู้ทรงคุณวุฒิด้านเศรษฐศาสตร์ | กรรมการ |
| 18. นายประดิษฐ์ สินธวันรงค์
ผู้ทรงคุณวุฒิด้านบริหาร | กรรมการ |
| 19. นายณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา
ผู้ทรงคุณวุฒิด้านบริหาร | กรรมการ |
| 20. อธิบดีกรมบัญชีกลาง | กรรมการและเลขานุการ |
| 21. ผู้อำนวยการสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนา
หลักประกันสุขภาพไทย | กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |

ภาคผนวกที่ 6

คณะกรรมการ/คณะทำงาน ในระบบประกันสุขภาพ

คณะกรรมการบริหารระบบประกันสุขภาพของไทย

คณะกรรมการ	ประธานกรรมการ	รัฐบาล	การแต่งตั้ง	บทบาทอำนาจหน้าที่
1. คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	นายกรัฐมนตรี	พลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์	พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550	1. จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเสนอคณะรัฐมนตรีพิจารณาให้ความเห็นชอบ 2. เสนอแนะหรือให้คำปรึกษาต่อคณะรัฐมนตรีเกี่ยวกับนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ และติดตามผลการดำเนินงานตามที่ได้เสนอแนะหรือให้คำปรึกษาดังกล่าว พร้อมเปิดเผยให้สาธารณชนทราบด้วย 3. จัดให้มีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และสนับสนุนในการจัดให้มีสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น 4. จัดให้มี หรือส่งเสริม สนับสนุนให้มีกระบวนการในการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพเพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย 5. กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการติดตาม และประเมินผลเกี่ยวกับระบบสุขภาพแห่งชาติ และผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นจากนโยบายสาธารณะ ทั้งระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ 6. เสนอแนะหรือให้คำปรึกษาในการแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัตินี้ หรือการออกกฎกระทรวงตามพระราชบัญญัตินี้ 7. กำหนดนโยบาย และกำกับดูแลการดำเนินการของคณะกรรมการบริหาร และสำนักงาน
2. คณะกรรมการพิจารณาปรับปรุงระบบค่าใช้จ่ายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และค่าใช้จ่ายใน	ดร.อัมมาร สยามวาลา	พลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์	ตามมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 16 มกราคม พ.ศ. 2550	1. ศึกษาวิเคราะห์แนวทางสนับสนุนและจัดสรรค่าใช้จ่ายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการรักษาพยาบาลข้าราชการ ลูกจ้าง และพนักงานของรัฐ 2. จัดทำข้อเสนอแนวทางการปรับปรุงระบบการจัดสรร

คณะกรรมการ	ประธานกรรมการ	รัฐบาล	การแต่งตั้ง	บทบาทอำนาจหน้าที่
การรักษาพยาบาล ข้าราชการ ลูกจ้าง และ พนักงานของรัฐ				งบประมาณของทั้ง 2 ระบบ
3. คณะกรรมการพัฒนาระบบ ยาแห่งชาติ	นายกรัฐมนตรี หรือรอง นายกรัฐมนตรีที่ได้รับ มอบหมาย	คุณสมชาย วงศ์สวัสดิ์	ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วย คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2551	- กำหนดนโยบายแห่งชาติด้านยาและแผนยุทธศาสตร์ การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ - ติดตาม ประเมินผลการปฏิบัติตามนโยบายแห่งชาติ ด้านยา และแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยา แห่งชาติ แก้ไขปัญหา รวมทั้งเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อ พิจารณาปัญหาจากการปฏิบัติงานของส่วนราชการ ต่างๆ ซึ่งปฏิบัติตามกฎหมายหรือกฎระเบียบของแต่ ละหน่วยงานในส่วนที่เกี่ยวข้อง - จัดทำบัญชียาหลักแห่งชาติ และกำหนดราคากลางยา ในการจัดซื้อของหน่วยงานของรัฐ พัฒนากลไกและ มาตรการในการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ และการ กำหนดราคากลางยาดังกล่าวให้ทันสมัย รวมทั้ง ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล - ประสานและส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการบริหาร และจัดการเกี่ยวกับยาในระบบประกันสุขภาพ แห่งชาติ ระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการให้มีความคุ้มค่า สอดคล้อง กับสภาพเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งให้ผู้ป่วยที่มี ความจำเป็นจำเพาะสามารถเข้าถึงยาได้อย่างยั่งยืน และเป็นธรรม - กำหนดมาตรการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกิด จากการใช้ยา หรือการดื้อยาของเชื้อก่อโรค - ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์และข้อมูลของระบบ ยา เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ

คณะกรรมการ	ประธานกรรมการ	รัฐบาล	การแต่งตั้ง	บทบาทอำนาจหน้าที่
คณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ	นายกรัฐมนตรี	คุณอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ	ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2553	1. เสนอแนะและให้คำปรึกษาแก่คณะรัฐมนตรีในการจัดทำข้อเสนอการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ ที่สามารถจัดการกับภาระการเงินการคลังในระบบประกันสุขภาพและบริการสาธารณสุข เพื่อให้ระบบมีความยั่งยืนในระยะยาว 2. เสนอแนะต่อคณะรัฐมนตรีให้มีการปรับปรุงนโยบายโครงสร้าง และระบบบริหารจัดการที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ ได้แก่ ข้อมูลระบบสารสนเทศ ระบบจ่ายเงิน ระบบตรวจสอบ เป็นต้น เพื่อให้ระบบเกิดประสิทธิภาพ 3. จัดทำข้อเสนอต่อคณะรัฐมนตรี เพื่อยกร่าง ปรับปรุงแก้ไขกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้อง 4. สนับสนุนการศึกษาวิจัย และจัดการความรู้ เพื่อสนับสนุนการจัดทำข้อเสนอและทางเลือกต่างๆ ในการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ 5. จัดให้มีข้อมูลข่าวสาร การประชาสัมพันธ์และสื่อสารทางสังคม เพื่อให้สาธารณชนได้รับทราบ ได้เข้าใจ และสามารถมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ 6. ดำเนินการทางสังคม เพื่อให้ประชาชนทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาข้อเสนอ ร่วมเรียนรู้ และร่วมขับเคลื่อนตลอดขั้นตอนกระบวนการพัฒนานโยบาย
คณะกรรมการประสานความร่วมมือระหว่างกรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการพัฒนาระบบ	ผู้บริหารของทั้งสามหน่วยงานผลัดเปลี่ยนกันเป็นประธานตามวาระหน่วยงานละ 1 ปี	พ.ต.ท. ทักษิณ ชินวัตร	• คำสั่ง คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ 1/2547 ลงวันที่ 19 กรกฎาคม พ.ศ. 2547 • ยกเลิกคำสั่งเดิม ลงวันที่ 27 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2555	1. ประสานการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขให้เป็นไปในทิศทางที่เกื้อหนุนซึ่งกันและกัน ลดความเหลื่อมล้ำ และมีคุณภาพมาตรฐาน เช่น สิทธิประโยชน์ การไปใช้บริการของผู้มีสิทธิ และระบบบริการรองรับต่างๆ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนผู้มีสิทธิและ

คณะกรรมการ	ประธานกรรมการ	รัฐบาล	การแต่งตั้ง	บทบาทอำนาจหน้าที่
บริการสาธารณสุข			คำสั่ง คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ 3/2555 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการประสานความร่วมมือระหว่างกรมบัญชีกลาง สำนักงานหลักประกันสังคม และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการพัฒนาระบบบริหารสาธารณสุข	ระบบบริการสาธารณสุขในภาพรวมของประเทศ 2. สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาระบบบริหารจัดการของทั้ง 3 ระบบประกันสุขภาพให้มีความเป็นเอกภาพ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการและเกิดประโยชน์ต่อระบบในภาพรวม ประกอบด้วย (1) โครงสร้างพื้นฐานของระบบข้อมูลและการบริหารจัดการสารสนเทศในระบบบริการสาธารณสุข (2) ระบบฐานข้อมูลผู้มีสิทธิ และการเปลี่ยนแปลงสิทธิของบุคคลระหว่างระบบต่างๆ (3) ระบบการเบิกจ่ายเงินให้สถานพยาบาล (4) ระบบตรวจสอบการจ่ายชดเชยค่าบริการและคุณภาพบริการ (5) หลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนและมาตรฐานสถานพยาบาล 3. สนับสนุนให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลการเบิกชดเชยค่าบริการ รายงานทางการเงินประจำปีของสถานพยาบาล และเชื่อมโยงระบบการตรวจสอบการจ่ายชดเชยค่าบริการและระบบตรวจสอบคุณภาพบริการ เพื่อให้ได้ข้อมูลภาพรวมของระบบและนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาต่อไป โดยให้มีการจัดทำระบบป้องกันและคุ้มครองข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลในการดำเนินการดังกล่าว

คณะกรรมการสังกัดหน่วยงานอื่นๆ ในระบบประกันสุขภาพ

คณะกรรมการ	สังกัด	การแต่งตั้ง	อำนาจหน้าที่
คณะกรรมการดำเนินการจัดซื้อยาโดยการ การทำสัญญาจะซื้อจะขายแบบปรับราคาได้	กระทรวงสาธารณสุข	คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 419/2548 ลงวันที่ 3 พฤษภาคม พ.ศ. 2548	1. พิจารณากำหนดแนวทางการดำเนินการจัดซื้อยา ตามมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 9 กันยายน พ.ศ. 2546 ในกรณีที่มีผู้แทนจำหน่ายน้อยราย และต้องนำส่งเข้าจากต่างประเทศ 2. กำหนดรายการยาที่จะดำเนินการจัดซื้อโดยการทำสัญญาจะซื้อจะขายแบบปรับราคาได้ ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข
คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545	1. กำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ และกำหนดมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้มีประสิทธิภาพ 2. กำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตและอัตราค่าบริการสาธารณสุขตามมาตรา 5 3. กำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน 4. ออกระเบียบเกี่ยวกับการรับเงิน การจ่ายเงิน และการรักษาเงินกองทุน รวมทั้งการจัดหาผลประโยชน์ตามมาตรา 40

คณะกรรมการ	สังกัด	การแต่งตั้ง	อำนาจหน้าที่
			5. กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลโดยหาผู้กระทำผิดมิได้ หรือหาผู้กระทำผิดได้ แต่ผู้รับบริการไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควรตามมาตรา 41 6. สนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงาน และบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสมและความต้องการ เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่ตามมาตรา 47 7. สนับสนุนและกำหนดหลักเกณฑ์ให้องค์กรชุมชน องค์กรเอกชนและภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร ดำเนินงาน และบริการจัดการเงินทุนในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่ตามมาตรา 47 8. กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการและ

คณะกรรมการ	สังกัด	การแต่งตั้ง	อำนาจหน้าที่
			ผู้รับบริการเพื่อประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข 9. กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการลงโทษปรับทางปกครองและการเพิกถอนการขึ้นทะเบียน 10. จัดทำรายงานเกี่ยวกับผลงานและอุปสรรคในการดำเนินงาน รวมทั้งบัญชีและการเงินทุกประเภทของคณะกรรมการ แล้วรายงานต่อคณะรัฐมนตรี สภาผู้แทนราษฎร และวุฒิสภาเป็นประจำทุกปีภายในหกเดือนนับแต่วันสิ้นปีงบประมาณ 11. จัดประชุมเพื่อให้คณะกรรมการรับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไปจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการเป็นประจำทุกปี
คณะกรรมการประกันสังคม	สำนักงานประกันสังคม	พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533	1. เสนอความเห็นต่อรัฐมนตรีเกี่ยวกับนโยบายและมาตรการในการประกันสังคมตามพระราชบัญญัตินี้ 2. พิจารณาให้ความเห็นต่อรัฐมนตรีในการตราพระราชกฤษฎีกา การออกกฎกระทรวง และระเบียบต่างๆ เพื่อดำเนินการตามพระราชบัญญัตินี้ 3. วางระเบียบโดยความเห็นชอบของกระทรวงการคลังเกี่ยวกับการรับเงิน การจ่ายเงินและการเก็บรักษาเงินของกองทุน

คณะกรรมการ	สังกัด	การแต่งตั้ง	อำนาจหน้าที่
			4. วางระเบียบโดยความเห็นชอบของกระทรวงการคลังเกี่ยวกับการจัดหาผลประโยชน์ของกองทุน 5. พิจารณางบดุลและรายงานการรับจ่ายเงินของกองทุน และรายงานผลการปฏิบัติงานประจำปีของสำนักงานในส่วนที่เกี่ยวกับการประกันสังคมตามพระราชบัญญัตินี้ 6. ให้คำปรึกษาและแนะนำแก่คณะกรรมการอื่นหรือสำนักงาน
คณะกรรมการบริหารระบบสวัสดิการข้าราชการ	ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง	มติคณะรัฐมนตรี วันที่ 20 กันยายน พ.ศ. 2554	1. จัดทำข้อเสนอเกี่ยวกับนโยบายด้านการเงินการคลัง และการบริหารจัดการระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เพื่อเป็นกรอบให้กระทรวงการคลังถือปฏิบัติ 2. จัดทำข้อเสนอเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของผู้มีสิทธิในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการภายใต้กรอบพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล เพื่อให้กรมบัญชีกลางพิจารณากำหนดหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลจากทางราชการ

ภาคผนวกที่ 7

คณะอนุกรรมการภายใต้คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์
การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัย และค่าบริการทางการแพทย์

ภาคผนวกที่ 8

แผนการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการภายใต้คณะกรรมการกำหนดระบบ
บริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัยและค่าบริการทางการแพทย์

แผนการดำเนินการของคณะกรรมการทั้ง 7 คณะ

คณะกรรมการ	แผนการดำเนินการ	เป้าหมาย / ตัวชี้วัด ¹
1. คณะอนุกรรมการเจรจาต่อรองราคายาและเวชภัณฑ์	- กำหนดแนวทางการต่อรองราคายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ และยาที่มีผู้จำหน่ายเพียงรายเดียวซึ่งมีราคาแพงตามหลักเกณฑ์ ดังนี้ - ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ที่มีคุณภาพผ่านหลักเกณฑ์ของการเข้าเป็นยาในบัญชียาหลักในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย แต่มีราคาสูงจึงไม่ได้เข้าอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ - ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่กรมบัญชีกลางให้เบิกจากทางราชการได้ - ยาที่มีมูลค่าการใช้สูง - กำหนดผลการเจรจา - หากการเจรจาประสบผลสำเร็จจะเสนอให้กรมบัญชีกลางพิจารณากำหนดเป็นราคาอ้างอิง - หากการเจรจาไม่ประสบผลสำเร็จจะเสนอให้กรมบัญชีกลางกำหนดเพดานการเบิกจ่ายให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมจ่าย หรือให้องค์การเภสัชกรรมเป็นผู้ผลิต (เป็นมาตรการขั้นรุนแรง)	หากสามารถต่อรองราคาลงได้ร้อยละ 40 จะประหยัดได้ประมาณ 1,868 ล้านบาท (ประมาณการจากการวิเคราะห์ข้อมูลยาที่มีผู้จำหน่ายรายเดียวจากโรงพยาบาล 31 แห่ง เบิกจ่ายจากสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ)
2. คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ และยาชื่อสามัญ	- ส่งเสริมการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ - กำหนดสัดส่วนการใช้ยาบัญชียาหลักแห่งชาติในโรงพยาบาล - พัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติให้เป็นปัจจุบัน - ประชาสัมพันธ์สร้างความรู้ ความเข้าใจต่อการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ - สร้างความเชื่อมั่นและส่งเสริมต่อการใช้ยาสามัญและยาสมุนไพร - กำหนดมาตรการให้มีการสั่งใช้ยาชื่อสามัญ และให้กำหนดแนวทางสำหรับห้องจ่ายยาของโรงพยาบาล	- ส่งเสริมการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ - กำหนดสัดส่วนการใช้ยาบัญชียาหลักแห่งชาติในโรงพยาบาลให้มีสัดส่วนเพิ่มขึ้น 80:20 - ตรวจสอบและติดตามผล ทุก 6 เดือน - พัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติให้เป็นปัจจุบัน อย่างน้อย 1 ฉบับต่อ 3 เดือน - ประชาสัมพันธ์สร้างความเข้าใจ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง - สร้างความเชื่อมั่นและส่งเสริมต่อการใช้ยาสามัญและยาสมุนไพร

คณะกรรมการ	แผนการดำเนินการ	เป้าหมาย / ตัวชี้วัด ¹
	○ มีกลไกเพื่อสร้างความเชื่อมั่นต่อการใช้จ่ายและสมุนไพรที่ผลิตในประเทศทั้งด้านประสิทธิภาพความปลอดภัยและคุณภาพ ○ พยายามเพิ่มรายการยาสามัญใหม่ทดแทนยาต้นแบบ โดยการยอมรับ BE ต่างประเทศเร่งรัดส่งเสริมการผลิตยาสามัญทดแทนยาต้นแบบที่หมดอายุสิทธิบัตร ○ กำหนดมาตรการจูงใจการใช้จ่ายซื้อสามัญ โดยอาจเป็นการกำหนดเป็นค่าตอบแทน หรือค่าชดเชยให้กับโรงพยาบาล 3. สร้างหลักประกันคุณภาพและมาตรฐานบริการด้านยา (ขยายขอบข่าย) ○ เผยแพร่ Green book ซึ่งระบุรายการยาตามชื่อสามัญที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ประชาสัมพันธ์เผยแพร่เพื่อสร้างความเชื่อมั่นได้เนื่องจากเป็นข้อมูลที่เชื่อถือได้เพราะตรวจสอบคุณภาพโดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ○ จัดประชุมสัมมนา “หนึ่งทศวรรษการประกันคุณภาพยาสามัญ” เพื่อสร้างความมั่นใจให้โรงพยาบาล ○ คัดเลือกข้อมูลยาจาก 8 กลุ่มที่มีมูลค่าการใช้สูงสุดที่กรมวิทยาศาสตร์ตรวจสอบคุณภาพแล้วเพื่อจัดทำสารสนเทศเผยแพร่ข้อมูลยาที่ตรวจสอบคุณภาพแล้ว ผ่านสื่อต่างๆ ให้ถึงผู้ใช้ยาโดยตรง เพื่อให้เกิดความมั่นใจ	1) สัดส่วนมูลค่าการใช้จ่ายซื้อสามัญเทียบกับยาต้นแบบในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น 2) มีกลไกเพื่อสร้างความเชื่อมั่นต่อการใช้จ่ายและสมุนไพรที่ผลิตในประเทศ ● ร้อยละของบุคลากรทางการแพทย์ที่สำรวจมีทัศนคติและความเชื่อมั่นต่อยาและสมุนไพรที่ผลิตในประเทศ อย่างน้อยร้อยละ 80 ● ร้อยละของประชาชนที่สำรวจมีทัศนคติและความเชื่อมั่นต่อยาและสมุนไพรที่ผลิตในประเทศ อย่างน้อยร้อยละ 80 3) เพิ่มรายการยาสามัญใหม่ทดแทนยาต้นแบบไม่น้อยกว่า 100 รายการ 4) ให้มีการกำหนดมาตรการจูงใจการใช้จ่ายสามัญ โดยให้มีการจ่ายค่าตอบแทน ค่าชดเชย ย้อนกลับให้กับโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น
3. คณะอนุกรรมการกำหนดแนวเวชปฏิบัติ ข้อบ่งชี้การใช้จ่าย การตรวจวินิจฉัยโรคและการรักษาพยาบาล	1. กำหนดแนวเวชปฏิบัติและข้อบ่งชี้ด้านการใช้นอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีราคาแพง 2. พัฒนาแนวเวชปฏิบัติและข้อบ่งชี้ด้านศัลยกรรมที่มีค่าใช้จ่ายสูง 3. พัฒนาแนวเวชปฏิบัติและข้อบ่งชี้ด้านรังสีวินิจฉัยที่มีค่าใช้จ่ายสูง 4. พัฒนาแนวเวชปฏิบัติและข้อบ่งชี้ด้านรังสีรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูง	
4. คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบตรวจสอบ การรักษาพยาบาลและการเบิกจ่าย	1. พัฒนาระบบการตรวจสอบคุณภาพการรักษาพยาบาล 2. พัฒนาระบบการตรวจสอบการใช้จ่ายปฏิชีวนะที่ไม่เหมาะสม 1) ประเด็น : การใช้จ่ายปฏิชีวนะที่รักษาโรคติดเชื้อแบคทีเรีย	1. แนวทางการพัฒนาระบบการตรวจสอบคุณภาพการรักษาพยาบาล 1) เป้าหมาย : เพื่อตรวจสอบคุณภาพการรักษาพยาบาลให้ได้ผลลัพธ์ทางสุขภาพตามมาตรฐานแนวเวชปฏิบัติ และภายใต้การ

คณะอนุกรรมการ	แผนการดำเนินการ	เป้าหมาย / ตัวชี้วัด ¹
	MRSA (Methicillin Resistant Staphylococcus Aureus) 2) โรคติดเชื้อเฉียบพลัน จะดำเนินการตรวจสอบโดยใช้แนวทางการใช้ยาที่นักวิชาการได้ดำเนินการร่วมกับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	ใช้ทรัพยากรที่เหมาะสม 2) สถานพยาบาลเป้าหมายในการตรวจสอบ : ในระยะแรกของการดำเนินการตรวจสอบจะต้องกำหนดขนาดของโรงพยาบาล เช่น โรงพยาบาลระดับ 150 เตียงขึ้นไป ในระยะแรกประมาณ 30 โรงพยาบาล และเป็นภาคสมัครใจ 3) โรค กลุ่มโรคเป้าหมาย ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (end of life care) โรคมะเร็ง Colorectal, HIV, Metabolic disease (DM, HT, Hyperlipidemia) และโรคไตวายเรื้อรัง
5. คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาและรหัสยามาตรฐาน เพื่อสนับสนุนการบริหารเวชภัณฑ์	1. พัฒนาบัญชีข้อมูลยาและรหัสยามาตรฐาน ให้ครอบคลุมเพียงพอกับระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายในระดับรายการ และสอดคล้องกับมาตรฐานสากล • ในระยะแรกต่อยอดพัฒนาบัญชียาในบัญชีและรหัสยามาตรฐาน 24 หลัก ให้ครอบคลุมทั้งในส่วนของรายการยาและข้อมูลยาที่เป็น • พัฒนาโครงสร้างรหัสยามาตรฐานใหม่ • ศึกษากลไกกลางที่ทำหน้าที่พัฒนาบำรุงรักษา และบริการข้อมูลบัญชีและรหัสยามาตรฐาน 2. พัฒนาบัญชีข้อมูลยา และรหัสยา ตอบสนองต่อการใช้งานเพื่อการเบิกจ่าย และติดตามประเมินผลการใช้ยาราคาสูงใน 9 กลุ่ม	1. รูปแบบและโครงสร้างบัญชีข้อมูล และรหัสยามาตรฐาน แล้วเสร็จภายในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2555 2. บัญชีข้อมูลยา และรหัสยามาตรฐาน สำหรับการเบิกจ่ายของโรงพยาบาล และกองทุนสุขภาพในยา 9 กลุ่ม ที่มีค่าใช้จ่ายสูง โดยเริ่มในโรงพยาบาลนำร่อง 168 แห่ง 3. มีการ implementation เพื่อบูรณาการให้เข้าสู่ระบบของโรงพยาบาลในทุกกองทุน ภายในปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 4. ศึกษากลไกเพื่อเป็นข้อเสนอทางเลือกในการจัดตั้งศูนย์บำรุงรักษาและบริการข้อมูลบัญชีข้อมูล และรหัสยามาตรฐานในอนาคต ภายในปีงบประมาณ พ.ศ. 2556
6. คณะอนุกรรมการปรับปรุงกลไกการจ่ายเงินโดยกลุ่มวินิจัยโรคร่วม	1. พัฒนารอบแนวคิดการจ่ายที่ทำให้ระบบการจ่ายแบบ DRG สำหรับสามกองทุนมีมาตรฐานเดียวกัน 2. พัฒนาข้อมูลการจ่ายที่เชื่อถือได้ของโรงพยาบาลที่ส่งให้เพื่อการวิเคราะห์ค่า DRG ที่แม่นยำถูกต้อง 3. ทดลองนำร่องการใช้ระบบ DRG ในกลุ่มโรงพยาบาลระดับเดียวกัน เพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อการจ่าย 4. จัดทำต้นแบบการจ่ายระบบ DRG	1. ทดลองนำร่องการใช้ระบบ DRGs ในกลุ่มโรงพยาบาลระดับเดียวกัน เพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อการจ่าย ภายในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2555 2. จัดทำต้นแบบการจ่ายระบบ DRGs ให้แล้วเสร็จในเดือนกันยายน พ.ศ. 2555 3. ประชาพิจารณาระบบต้นแบบทั่วประเทศ ประมาณต้นปี พ.ศ. 2556

คณะอนุกรรมการ	แผนการดำเนินการ	เป้าหมาย / ตัวชี้วัด ¹
	5. จัดทำแผนประชาพิจารณ์ระบบต้นแบบทั่วประเทศ	
7. คณะอนุกรรมการระบบข้อมูลบริการทางการแพทย์	1. ศึกษาและพัฒนาข้อเสนอระบบข้อมูลการเรียนรู้เก็บเงินค่าบริการทางการแพทย์ (Claim Data) 2. ศึกษาและพัฒนาข้อเสนอการออกแบบระบบและกลไกในการรวบรวมข้อมูลการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ (National Health Care Information) 3. ศึกษาและพัฒนาข้อเสนอการออกแบบระบบและกลไกกลางในการบริหารการเรียกเก็บค่าบริการของประเทศ (National Clearing House)	รวบรวมและจัดการระบบข้อมูลบริการทางการแพทย์ให้เป็นเอกภาพระหว่างกองทุน
8. มาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา (กรมบัญชีกลาง)	1. กำกับค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลภายในวงเงินงบประมาณที่ได้รับ 2. กำกับการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติและยาต้นแบบ โดยออกหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายระบุเหตุผลความจำเป็น โดยให้การดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2555 เป็นต้นไป ขณะนี้อยู่ระหว่างการประสานกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาหาแนวทางเพื่อสร้างความเข้าใจให้กับโรงพยาบาล 3. หลังจากคณะอนุกรรมการที่มีการดำเนินงานในเรื่องกำหนดข้อบ่งชี้การใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ กรมบัญชีกลางจะนำมาตรการที่ได้ประกาศเป็นหลักเกณฑ์ และการกำหนดอัตราอ้างอิงการเบิกจ่าย 4. จัดทำระบบสารสนเทศการเบิกจ่ายและการส่งจ่ายยาของแพทย์ในโรงพยาบาลจากโรงพยาบาลนาร่อง 34 แห่ง ขยายเป็น 168 แห่ง	ลดค่าใช้จ่ายบริการ ผู้ป่วยนอก ในปี พ.ศ. 2556 ลง 5,000 ล้านบาท

หมายเหตุ : 1 เป้าหมาย/ตัวชี้วัด ที่มาจากรายงานการประชุมคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัย และค่าบริการทางการแพทย์ ครั้งที่ 7/2555

ที่มา : รวบรวมจากสรุปรายงานการประชุมคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัยและค่าบริการทางการแพทย์ ครั้งที่ 2

ภาคผนวกที่ 9

ผลการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการภายใต้คณะกรรมการกำหนดระบบ
บริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าวินิจฉัยและค่าบริการทางการแพทย์

ผลการดำเนินงานของคณะกรรมการและกรมบัญชีกลาง

คณะกรรมการ	ปี พ.ศ. 2555 (มิถุนายน 2555 – ธันวาคม พ.ศ. 2555)	ปี พ.ศ. 2556 (ข้อมูล ณ เดือนตุลาคม พ.ศ. 2556)
1. คณะกรรมการเจรจาต่อรองราคายาและเวชภัณฑ์	1. ต่อรองราคายา 9 กลุ่ม, ยานำเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติ, ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ จำนวนทั้งสิ้น 271 รายการ 2. จัดส่งรายการและราคาที่ได้ต่อรองราคาเรียบร้อยแล้วจำนวนทั้งสิ้น 774 รายการ ให้กรมบัญชีกลางพิจารณากำหนดราคาอ้างอิงการเบิกจ่ายตามความเหมาะสม 3. กำหนดราคาอ้างอิงเพื่อการเบิกจ่ายของยากลูโคซามีน โดยการสั่งใช้ยากลูโคซามีน ให้เป็นไปตามแนวทางที่ราชวิทยาลัยกำหนด ● ยากลูโคซามีน – 250 (ความแรงระหว่าง 314.00-315.23 มิลลิกรัม/แคปซูล) ให้เบิกราคาต่อหน่วยตามราคาต้นทุนยาที่จัดซื้อจริง แต่ไม่เกิน 3 บาท ● ยากลูโคซามีน – 500 (ความแรงระหว่าง 628.00-664.05 มิลลิกรัม/แคปซูล) ให้เบิกราคาต่อหน่วยตามราคาต้นทุนยาที่จัดซื้อจริง แต่ไม่เกิน 5 บาท ● ยากลูโคซามีน – 1500 (ความแรงระหว่าง 1884-1997.67 มิลลิกรัม/เม็ด หรือซอง) ให้เบิกราคาต่อหน่วยตามราคาต้นทุนยาที่จัดซื้อจริง แต่ไม่เกิน 15 บาท	1. อยู่ระหว่างพิจารณากลุ่มยาเป้าหมายที่จะดำเนินการต่อรองราคา โดยเฉพาะกลุ่มยามะเร็ง 2. จัดทำหนังสือแจ้งเวียนราคายาที่ต่อรองได้ จำนวน 271 รายการ ให้โรงพยาบาลต่างๆ ทราบ เพื่อใช้เป็นราคาในการจัดซื้อต่อไป ในระหว่างที่รอกกรมบัญชีกลางประกาศเป็นราคาอ้างอิงเพื่อการเบิกจ่าย
2. คณะกรรมการส่งเสริมการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ และยาชื่อสามัญ	1. สำนวจสถานการณ์การใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติและยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ 2. ดำเนินการขออนุญาตขึ้นทะเบียนยาชื่อสามัญ และได้รับอนุญาตจาก อย. แล้วจำนวน 133 รายการ 3. ดำเนินการสร้างหลักประกันคุณภาพและมาตรฐานบริการด้านยา โดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีแผนวิเคราะห์คุณภาพยา 56 รายการ 4. กำหนดแผนการประชาสัมพันธ์ส่งเสริมการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ และยาชื่อสามัญในกลุ่มแพทย์ผู้สั่งใช้ยา และกลุ่มประชาชน	1. กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนส่งเสริมการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยกำหนดสัดส่วนการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติสำหรับ กำหนดให้โรงพยาบาลศูนย์ต้องมีสัดส่วน 70:30 โรงพยาบาลทั่วไปมีสัดส่วน 80:20 และโรงพยาบาลชุมชนมีสัดส่วน 90:10 นอกจากนี้ ยังได้มอบนโยบายให้เขตและจังหวัดพิจารณาดำเนินการนโยบาย One Generic One Brand และนโยบาย Generics Substitution โดยพิจารณาตามสภาพปัญหาและความเหมาะสม อีกทั้งยังกำหนดมาตรการจูงใจในการใช้ยาสามัญโดยมีการกำหนดอัตราการเบิกจ่ายของยาสามัญ

คณะอนุกรรมการ	ปี พ.ศ. 2555 (มิถุนายน 2555 – ธันวาคม พ.ศ. 2555)	ปี พ.ศ. 2556 (ข้อมูล ณ เดือนตุลาคม พ.ศ. 2556)
		เพิ่มขึ้น 2. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้ดำเนินการตามแผนการส่งเสริมการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งได้มีการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติให้เป็นปัจจุบัน ประกอบด้วย บัญชียาสำหรับโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุข จำนวน 676 รายการ และบัญชียาจากสมุนไพร จำนวน 74 รายการ ซึ่งได้มีการประกาศใช้อย่างเป็นทางการ จากคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2556 เมื่อวันที่ 7 สิงหาคม พ.ศ. 2556 3. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาส่งเสริมให้มีการผลิตและใช้ยาสามัญใหม่ทดแทนยาต้นแบบเพิ่มขึ้น โดยมีการอนุญาตทะเบียนตำรับยาสามัญใหม่เพิ่มไปแล้ว จำนวน 109 รายการ 4. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์เองได้เริ่มดำเนินการส่งเสริมการใช้ยาชื่อสามัญและยาในบัญชียาหลัก โดยจัดทำโครงการประกันคุณภาพที่กรมบัญชีกลางประกาศควบคุมค่าใช้จ่ายในปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 อีกทั้งยังดำเนินการประกันคุณภาพที่เก็บตัวอย่างจากร้านยา โดยเริ่มตรวจวิเคราะห์ยา 2 รายการ คือ Paracetamol และ Atorvastatin รวมทั้งดำเนินการประกันคุณภาพนอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีมูลค่าการใช้สูงที่มียาชื่อสามัญจำหน่ายแล้ว โดยคัดเลือกรายการยาร่วมกับโรงพยาบาลในเครือข่ายกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย
3. คณะอนุกรรมการกำหนดแนวเวชปฏิบัติ ข้อบ่งชี้การใช้ยา การตรวจวินิจฉัยโรค และการรักษาพยาบาล	1. จัดทำแนวเวชปฏิบัติและข้อบ่งชี้ด้านรังสีรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูง 2. จัดทำร่างแนวเวชปฏิบัติและข้อบ่งชี้ด้านศัลยกรรมที่มีค่าใช้จ่ายสูง 3. จัดทำร่างแนวเวชปฏิบัติและข้อบ่งชี้ด้านรังสีวินิจฉัยที่มีค่าใช้จ่ายสูง 4. อยู่ระหว่างจัดทำ “แนวเวชปฏิบัติและข้อบ่งชี้การใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติของยากลุ่มเป้าหมาย 5 กลุ่ม”	1. จัดทำแนวเวชปฏิบัติและข้อบ่งชี้แล้วเสร็จทั้ง 4 ด้าน (ผ่าตัด รังสีวินิจฉัย รังสีรักษาโรค และยาเป้าหมาย 5 กลุ่ม) และอยู่ในระหว่างการทำประชาพิจารณ์เพื่อพิจารณาความครอบคลุมและความเหมาะสมจากข้อมูลการเบิกจ่ายค่ายาในสถานบริการ

คณะอนุกรรมการ	ปี พ.ศ. 2555 (มิถุนายน 2555 – ธันวาคม พ.ศ. 2555)	ปี พ.ศ. 2556 (ข้อมูล ณ เดือนตุลาคม พ.ศ. 2556)
4. คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษาพยาบาลและการเบิกจ่าย	- นำร่องการทดสอบความเป็นไปได้ของการตรวจประเมินการใช้จ่ายในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ED)/ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (NED) และการใช้จ่ายซื้อสามัญ ในผู้ป่วยที่ใช้สิทธิทั้ง 3 กองทุน ณ หน่วยบริการในสังกัด สธ. (โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน ระดับละ 1 แห่ง) ใน จ.สระบุรี - วิเคราะห์ข้อมูลการใช้จ่ายที่หน่วยบริการส่งเข้าในระบบของ สปสช. เพื่อประเมินสัดส่วนการใช้จ่าย ED/NED ในผู้ป่วยที่ใช้สิทธิทั้ง 3 กองทุน	- ลงพื้นที่ตรวจติดตามการประเมินการใช้จ่าย NED ในผู้ป่วยที่ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการ ร่วมกับสำนักพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษาพยาบาล (สพตร.) - ครั้งที่ 1 วันที่ 17 – 18 เม.ย. พ.ศ. 2556 ตรวจ ณ หน่วยบริการ ใน จ.นครศรีธรรมราช - ครั้งที่ 2 วันที่ 21 พ.ค. 2556 ณ หน่วยบริการใน กทม. - พัฒนาระบบตรวจสอบคุณภาพการรักษาพยาบาล กลุ่มโรคมะเร็งในผู้ป่วย 3 กองทุน โดยตรวจสอบการรักษาพยาบาลกลุ่มโรคมะเร็งเต้านม ดำเนินการตรวจสอบเวชระเบียนไปแล้วจำนวน 1,217 ฉบับ จากโรงพยาบาล 10 แห่ง และกำลังดำเนินการตรวจเวชระเบียนเพิ่มเติม ซึ่งคาดว่าจะอีกประมาณ 5,000 ฉบับ - นำร่องตรวจสอบการส่งจ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติให้เป็นไปตามระเบียบกระทรวงการคลัง
5. คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาและรหัสยามาตรฐาน เพื่อสนับสนุนการบริหารเวชภัณฑ์	- จัดทำรหัสยาจำนวน 35,871 รายการ และอยู่ระหว่างดำเนินการอีกจำนวน 7,572 รายการ - ดำเนินการจัดประชุมชี้แจง “การพัฒนาบัญชียาและรหัสยามาตรฐาน” ให้กับโรงพยาบาล ผู้พัฒนาโปรแกรมของโรงพยาบาลและผู้เกี่ยวข้อง ในวันที่ 21 ธันวาคม พ.ศ. 2555 ณ โรงแรมริชมอนด์ นนทบุรี	- ดำเนินการจัดทำบัญชียาและรหัสยานับที่ 1 เรียบร้อยแล้ว เสนอให้คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ให้ความเห็นชอบ เพื่อนำไปสู่แนวทางปฏิบัติ - จัดทำบัญชีข้อมูลรายการยาและรหัสยามาตรฐานที่มีมูลค่าสูง 9 กลุ่มโรค version 2 จำนวน 4,563 รายการ - จัดทำบัญชียาและรหัสยาเพิ่มเติม นอกเหนือจากยา 9 กลุ่มไปแล้ว รวมทั้งสิ้น 20,866 รายการ - พัฒนาโปรแกรมการเชื่อมโยงรหัสยามาตรฐาน TMT กับรหัสยาโรงพยาบาล
6. คณะอนุกรรมการปรับปรุงกลไกการจ่ายเงินโดยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม	- รูปแบบและอัตราการจ่ายสำหรับผู้ป่วยใน ยังอยู่ในระหว่างการวิเคราะห์ข้อมูลการจ่ายแบบ DRG การจ่ายนอก DRG / ต้นทุนต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ DRG - รูปแบบและอัตราการจ่ายสำหรับผู้ป่วยนอก กำลังศึกษาและพัฒนา	จัดทำข้อเสนอรูปแบบและอัตราการจ่ายเงินโดยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมแล้วเสร็จ อยู่ระหว่างดำเนินการนำเสนอคณะอนุกรรมการให้ความเห็นชอบ

คณะกรรมการ	ปี พ.ศ. 2555 (มิถุนายน 2555 – ธันวาคม พ.ศ. 2555)	ปี พ.ศ. 2556 (ข้อมูล ณ เดือนตุลาคม พ.ศ. 2556)
7. คณะกรรมการระบบข้อมูลบริการทางการแพทย์	แต่งตั้งเมื่อวันที่ 28 ธันวาคม พ.ศ. 2556	1. จัดตั้งคณะทำงาน 2 ชุด คือ คณะทำงาน National Clearing House และคณะทำงาน National Health Care Information 2. กรมบัญชีกลางจัดทำบันทึกความร่วมมือกับ สปสช. ในการพัฒนากลไกกลางในการจัดการระบบข้อมูลบริการสาธารณสุข โดยให้ สปสช. เป็นทำหน้าที่รับ-ส่งข้อมูลบริการสาธารณสุขของสถานพยาบาลที่ส่งเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลในระบบเบิกจ่ายตรงกับกรมบัญชีกลาง 3. ครม. มีมติให้ สปสช. ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานกลางรับส่งข้อมูลบริการทางการแพทย์ (National Clearing House) 4. สปสช. เริ่มดำเนินการ เป็นหน่วยงานกลางในการรับส่งข้อมูลบริการทางการแพทย์ให้กับระบบสวัสดิการข้าราชการ ระบบประกันสังคม และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งเก็บรวบรวมสิทธิประโยชน์ และออกแบบระบบการเบิกชดเชยค่ารักษาพยาบาล 5. สปสช. จัดอบรมบุคลากรและเจ้าหน้าที่ของ สปสช. และโรงพยาบาลทุกแห่งทั่วประเทศเพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับระบบการเบิกค่าชดเชยค่าบริการ พร้อมทั้งเปิดรับฟังปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน
8. มาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายยา (กรมบัญชีกลาง)	1. ขยายโรงพยาบาลเป้าหมายการดำเนินงานจาก 34 แห่ง เป็น 168 แห่ง 2. กำหนดให้ รพ. ต้องระบุเหตุผลในการส่งใข้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติในการเบิกจ่ายตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2555 3. ยกเลิกการผ่อนปรนการเบิกยากลุ่มโคซาอิมินตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2555 และต่อมาชะลอการห้ามเบิกจ่ายและให้เบิกจ่ายได้ตามแนวทางการใช้ยาของราชวิทยาลัยออร์โธปิดิกส์ฯ จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2555 4. อยู่ระหว่างการปรับโครงสร้างการจ่ายชดเชยค่ายาและค่าบริการใหม่เพื่อไม่ให้มุ่งเน้นการส่งยาราคาแพง และชดเชยส่วนต่างให้ รพ.	1. กรมบัญชีกลาง กำหนดหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ายาให้กับสถานพยาบาลสามารถเบิกจ่ายค่ายา Generic Drugs โดยมีสัดส่วนการ Mark up จากราคากลางที่สูงกว่ายา Original Drugs เพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจให้สถานพยาบาลใช้ยา Generic Drugs หากแต่ยังไม่มีผลบังคับใช้อย่างเป็นทางการ

คณะกรรมการ	ปี พ.ศ. 2555 (มิถุนายน 2555 – ธันวาคม พ.ศ. 2555)	ปี พ.ศ. 2556 (ข้อมูล ณ เดือนตุลาคม พ.ศ. 2556)
	5. พัฒนาอัตราราคาอ้างอิงชดเชยค่ายานอกบัญชียาหลักเป้าหมาย	

ที่มา : รายงานการประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษาพยาบาลและการเบิกจ่าย ครั้งที่ 1 – 4 / 2555 และสรุปผลการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษาพยาบาลและการเบิกจ่าย

: รายงานการประชุมคณะกรรมการเจรจาต่อรองราคายาและเวชภัณฑ์ ครั้งที่ 1/2555, ครั้งที่ 1 – 6 / 2556

: รายงานการประชุมคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัย และค่าบริการทางการแพทย์ ครั้งที่ 1 - 9

