

รายงานการวิจัย เรื่อง

การทบทวนความสำเร็จและโอกาสพัฒนา
ของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ตามกรอบข้อเสนอ
ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ.2544

ผู้รับผิดชอบโครงการ

รศ.นพ. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์

ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

พฤษภาคม 2548

Research Report

Review of Successes and Opportunities for Improvement in the Development of the Universal Health Coverage with reference to The 2001 Health System Research Institute's Proposal on Universal Coverage

Associate Professor Jiruth Sriratanaban, M.D., Ph.D.

Department of Preventive and Social Medicine

Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

Supported by

Health Systems Research Institute

May 2005

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้ให้ข้อคิดเห็น และผู้ที่ได้กรุณาให้ข้อมูลตลอดจนจัดหาเอกสารอ้างอิง ทุกท่านที่กรุณาให้ข้อมูลเพื่อประกอบการเขียนรายงานครั้งนี้ และขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่ได้ให้ความสนับสนุนโครงการ และให้โอกาสแก่ผู้วิจัยในการศึกษา ติดตาม และร่วมในกระบวนการทางวิชาการในการพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตลอดมา

บทคัดย่อ

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นปรากฏการณ์ที่อาจถือเป็นพัฒนาการก้าวล้ำสำคัญของระบบสุขภาพของไทย ซึ่งก่อนถึงจุดเริ่มต้นการขับเคลื่อนนโยบายหลักประกันสุขภาพสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาลในชุดปัจจุบัน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้พัฒนาข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นรายงานการศึกษาประกอบการปฏิรูประบบสุขภาพและการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.... และตีพิมพ์ในปี พ.ศ.2544

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนการดำเนินการ ความสำเร็จและโอกาสพัฒนาของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามกรอบข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่เสนอไว้โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขในรายงานการศึกษา ตลอดจนค้นหาข้ออุปสรรคกับแก่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนางานวิชาการเชิงนโยบายเพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนางานด้านวิชาการของ สวรส. ต่อไป ทั้งนี้โดยใช้วิธีการการทบทวนเอกสารวิชาการ และการรวบรวมข้อมูลจากการประชุมระดมสมอง และ/หรือสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ

ผลการศึกษาตามจุดมุ่งหมายหลัก 4 ประการที่มีการนำเสนอไว้ในรายงานปี 2544 ในเรื่องแรกความเป็นธรรมในการรับภาระค่าใช้จ่าย และความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น พบว่ามีพัฒนาการไปในทิศทางที่ดีขึ้น แต่ในด้านที่สอง เรื่อง ประสิทธิภาพในระบบสุขภาพยังไม่พบผลงานวิจัย หรือเครื่องชี้วัดที่สามารถแสดงการเพิ่มขึ้น หรือลดลง ส่วนประการที่ 3 ที่เชื่อในหลักการที่ว่าทางเลือกในการรับบริการ นำไปสู่คุณภาพของบริการที่ดี ได้มีนโยบายที่ชัดเจนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ผู้มีสิทธิสามารถเลือกหน่วยบริการระดับปฐมภูมิเป็นหน่วยบริการประจำครอบครัวได้ในปัจจุบัน โดยยึดพื้นที่ที่เป็นภูมิลำเนาหรือพื้นที่ใกล้เคียง หรือในกรณีที่มีการพักอาศัยเพื่อการประกอบอาชีพ (มีผู้รับรอง) ทำให้ประชาชนผู้มีสิทธิมีความพึงพอใจมากกว่าที่จะได้เลือกสถานพยาบาลเอง อย่างไรก็ตามยังไม่มีข้อมูลหรือหลักฐานจากการวิจัยใดที่ชี้ว่าการให้ทางเลือกในการรับบริการนำไปสู่คุณภาพของบริการที่ดีขึ้นในด้านอื่นๆ สำหรับประเด็นสุดท้ายเกี่ยวกับการมุ่งสร้างให้มีสุขภาพดีถ้วนหน้า ได้มีนโยบายมีความชัดเจนในเรื่อง “สร้างนำซ่อม” อย่างไรก็ตามผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมดูเหมือนว่ายังขาดความชัดเจน

ข้อเสนอเพื่อให้การคลังของระบบหลักประกันมีเอกภาพ และให้มีงบประมาณอย่างเพียงพอกับการให้บริการอย่างมีมาตรฐาน พบว่าการคลังของหลักประกันสุขภาพยังไม่มีความเป็นเอกภาพ ไม่มีการบริหารทางการเงินการคลังสาธารณสุขในส่วนของหลักประกันสุขภาพในภาพรวม และไม่ได้อยู่บนพื้นฐานของสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพเดียวกัน กองทุนหลักประกันต่างๆ มีแนวทางในการดำเนินงานของตนเอง ส่วนสถานการณ์ทางการเงินงบประมาณที่ผ่านมาชี้ให้เห็นแนวโน้มไปสู่ข้อสรุปที่ว่างบประมาณของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในทางปฏิบัติไม่เพียงพอ

กองทุนหลักประกันสุขภาพของประเทศยังคงแยกเป็น 3 กองทุนหลัก ที่ยังมีความแตกต่างกัน ทั้งในเชิงหลักการ องค์การ สิทธิประโยชน์ และการดำเนินงาน หลักการการแยกความสัมพันธ์เชิงผลประโยชน์ระหว่างผู้ซื้อบริการออกจากผู้ให้บริการ (Purchaser-provider split) ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังไม่ประสบ

ผลสำเร็จ การบริหารจัดการของกระทรวงสาธารณสุขทั้งในส่วนกลาง และระดับพื้นที่ทำให้เกิดความสับสนในการแบ่งส่วนการบริหารกิจกรรมภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเฉพาะทางด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค นอกจากนี้กิจกรรมด้านสาธารณสุขที่ควรเป็นภารกิจของกระทรวงสาธารณสุขอย่างแท้จริง

กองทุนต่างๆ เพื่อหลักประกันถ้วนหน้านำแนวคิดของกลไกการจ่ายเงินแบบปลายปิดมาประยุกต์ใช้อย่างกว้างขวางมากขึ้น ยกเว้นแต่ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ อย่างไรก็ตามวิธีการที่นำมาใช้ยังไม่ใช่แนวทางเดียวกันทั้งหมด และยังไม่สามารถปรับอัตราให้สอดคล้องกับความเสี่ยงของสถานพยาบาลตามสถานะของผู้ป่วยหรือผู้มีสิทธิได้ทั้งหมด การจัดตั้งระบบบัญชีต่างๆ ไม่ได้เป็นไปตามที่เสนอแนะไว้ และไม่มีระบบกระจายความเสี่ยง การติดตามตรวจสอบด้านคุณภาพและการใช้ทรัพยากรยังไม่เป็นรูปธรรมตามที่เสนอเช่นกัน ในขณะที่กระบวนการเปลี่ยนแปลงในระยะเปลี่ยนผ่านเป็นไปอย่างรวดเร็ว จนการเตรียมการต่างๆ ตามแผนงานไม่สามารถดำเนินการได้ทัน แม้จะอาจกล่าวได้ว่าการผลักดันทางการเมืองเป็นปัจจัยให้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประสบความสำเร็จในเชิงระบบตามที่ได้อธิบายไว้ก็ตาม

ข้อเสนอแนะที่สำคัญเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้แก่

- ควรทบทวนความสอดคล้องและเหมาะสมของหลักการแนวคิดกับทรัพยากร การจัดสรรงบประมาณและความสามารถในการจัดระบบบริการ เพื่อเป็นบริการที่ได้รับการยอมรับและยินดีเลือก (Service of choice) หรือเป็นตาข่ายเพื่อความปลอดภัยทางสังคม (Social safety net) โดยดำเนินการในทิศทางที่สะท้อนหลักการว่า การสร้างทางเลือกที่นำไปสู่คุณภาพที่ดีขึ้น อยู่บนพื้นฐานของกลไกการแข่งขันภายใต้ข้อมูลและความรู้ที่เพียงพอของผู้บริโภค หรือต้องเป็นการแข่งขันภายใต้การกำกับดูแลอย่างใกล้ชิด (Managed competition)
- การพัฒนานโยบายบนพื้นฐานของข้อมูลทางสุขภาพและข้อมูลทางระบาดวิทยาในระยะยาว มีการกำหนดเป้าหมายการสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นรูปธรรม เชื่อมโยงกับระบบงบประมาณ การจัดสรรทรัพยากรและการประเมินผลการดำเนินการ
- พัฒนาหลักเกณฑ์ในการคำนวณงบประมาณที่มีความหนักแน่นทางวิชาการ และใช้ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ สนับสนุนการศึกษาบัญชีรายจ่ายประชากรด้านสุขภาพและการศึกษาติดตามที่เกี่ยวข้องกันอย่างต่อเนื่อง พัฒนาระบบบัญชีการเงินและบัญชีต้นทุนของสถานพยาบาลต่างๆ อย่างจริงจัง มีติดตามศึกษาสถานะสุขภาพ ระบาดวิทยาความเจ็บป่วย พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ และการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนอย่างต่อเนื่อง
- ศึกษาการอุดหนุนข้ามระบบทางด้านการคลังของระบบประกันสุขภาพต่างๆ ในระดับของหน่วยบริการ ประเมินผลกระทบและวางแผนทางป้องกันปัญหาทางการเงินของหน่วยบริการ หากมีการปรับอัตราการจ่ายเงินในระบบต่างๆ เป็นมาตรฐานเดียวกัน
- ทบทวนความจำเป็น ข้อดีและข้อจำกัดที่เกิดจากการรวมระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศเป็นกองทุนเดียว ในขณะที่สร้างกลไกการประสานงานใน 3 ระดับ คือ ระดับนโยบาย ระดับบริหาร และระดับเทคนิค เพื่อสร้างความสอดคล้องของหลักการ สิทธิประโยชน์ งบประมาณ ความต้องการด้านสารสนเทศ และการดำเนินงานระหว่าง 3 กองทุนหลัก ปรับเปลี่ยนโครงสร้างของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้

มีนายกรัฐมนตรี (หรือรองนายกรัฐมนตรี) เป็นประธาน และส่งเสริมบทบาทของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข และพัฒนาระบบบริหารงานภายในของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อให้ได้ตามมาตรฐานสากล รวมถึงการพัฒนาสำนักงานหรือกองทุนสาขาของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

- กระทรวงสาธารณสุขควรมีการดำเนินการที่สำคัญดังนี้เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการบริหารงานบุคคล ตลอดจนระบบงบประมาณทั้งงบประมาณและงบดำเนินงาน ปรับปรุงระบบการคำนวณและจัดสรรเงินเดือน แก่บุคลากรสาธารณสุขใหม่ โดยแยกแยะกลุ่มบุคลากร เพื่อให้การจัดสรรงบประมาณในภาพรวมสอดคล้องกับภารกิจ
- พัฒนาและขยายกลไกการจ่ายเงินแบบเหมาเป็นรายโรค ที่มีการคำนวณต้นทุนบนพื้นฐานของข้อกำหนดเชิงคุณภาพที่ชัดเจน (Quality-based purchasing arrangement) เพื่อลดผลกระทบของระบบต่อคุณภาพ และทำให้สามารถประกันคุณภาพของการรักษาที่ต้องใช้ทรัพยากรจำนวนมากได้ พร้อมกับศึกษาและวางแผน ดำเนินการจัดระบบบัญชี หรือกองทุนเพื่อการกระจายความเสี่ยงระหว่างพื้นที่
- ดำเนินการที่เชื่อมโยงความต้องการด้านคุณภาพ กับความต้องการด้านทรัพยากรและงบประมาณ โดยพัฒนา Resource-based practice guidelines พัฒนาระบบในการประเมินคุณภาพของการดูแลสุขภาพ ควบคุมเกี่ยวกับคุณภาพของบริการ การให้ข้อมูลแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และส่งเสริมให้หน่วยบริการมีศักยภาพในการพัฒนาคุณภาพของตนเองอย่างเหมาะสมและรอบคอบ เสริมพลังผู้บริหารในเรื่องคุณภาพเพื่อการตัดสินใจเลือกหน่วยบริการและรับบริการที่ชาญฉลาด และพัฒนาระบบประกันคุณภาพและบริหารในภาพรวมขององค์กรที่ทำหน้าที่บริหารจัดการกองทุนประกันสุขภาพต่างๆ ให้เป็นที่ยอมรับ

ข้อเสนอแนะต่อกระบวนการพัฒนางานวิชาการเชิงนโยบายของ สวรส. เพื่อเป็นแนวคิดสำหรับการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และงานที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพ ได้แก่

- ศึกษาวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเชิงนโยบาย และเพิ่มพูนความสำคัญของกระบวนการวิจัยทางสังคม และเวทีสาธารณะ ในโอกาสต่างๆ เพื่อศึกษาและติดตามมุมมองและแนวคิดของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
- ศึกษาและอภิปรายทบทวนว่าแนวคิดพื้นฐานของหลักการ ทฤษฎีหรือสมมติฐานที่จะนำมาใช้ เช่น การเพิ่มทางเลือกแก่ประชาชน นำสู่การพัฒนาคุณภาพในบริบทของระบบสุขภาพของไทยได้หรือไม่
- ทบทวนการประสานกับทิศทางการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ
- การศึกษาและจัดทำข้อเสนอแนะที่มีการเปลี่ยนแปลง ปรับปรุงหรือปฏิรูป ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการทำงานของส่วนราชการของกระทรวง ทบวง กรมต่างๆ ที่เป็นเรื่องสำคัญ หรือคร่อมสายงาน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขควรมีการจัดทำคณะทำงานเพื่อศึกษาและจัดทำรายงานวิจัยเกี่ยวกับกฎหมาย ระเบียบหรือการปรับเปลี่ยนที่จำเป็นในประเด็นที่อาจเป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อข้อเสนอทางวิชาการไว้ด้วย ดังเช่น การศึกษาวิจัย และพยากรณ์ประเด็นการเปลี่ยนแปลง และผลกระทบของการรวมระบบ 3 กองทุน หรือสถานการณ์และแนวทางในการสร้างสมรรถนะ (Competency) ระดับองค์กรสถานพยาบาล สำหรับการปรับเปลี่ยนระบบบัญชีการเงิน และบัญชีต้นทุน

- ศึกษาวิจัยทางเลือกของการบริหารจัดการความสัมพันธ์ระหว่างผู้ซื้อและผู้ให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพ ทั้งในระดับนโยบาย และการบริหารระบบ
- ศึกษาและทำความเข้าใจกับพลวัตทางการเมืองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ และประเมินผลบทบาทหน้าที่ และการมีส่วนร่วมของกรรมการแต่ละตำแหน่งในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- ประเมินสถานะเดิมของระบบในส่วนที่เกี่ยวข้องกับข้อเสนอทางวิชาการ เพื่อกำหนดประเด็นที่เป็นกุญแจสำคัญสู่ความสำเร็จสำหรับการเปลี่ยนแปลง การพัฒนา หรือการปฏิรูป ในขณะที่กระบวนการพัฒนางานวิชาการ ควรเพิ่มมุมมองในส่วนของข้อจำกัดเชิงระบบ ทั้งทางด้านเทคโนโลยี ตลอดจนวัฒนธรรมการปฏิบัติ เพื่อพัฒนาข้อเสนอที่มีเนื้อหาแนะนำขั้นตอนการดำเนินการเพื่อการเปลี่ยนแปลงให้ประสบความสำเร็จ ระยะเวลาที่อาจจำเป็นต้องใช้ตามข้อสมมติต่างๆ ตลอดจนคาดการณ์ปัญหาอุปสรรคไว้ได้ล่วงหน้า
- ควรมีการประเมินความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลทางการเงิน การใช้บริการ ตลอดจนข้อสมมติในการประมาณการค่าใช้จ่ายอย่างรอบคอบ ประเมินและสอบถามความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างรอบด้าน ก่อนสรุปตัวเลข เพื่อประเมินจุดอ่อนของข้อมูลและแนวคิดในกระบวนการงบประมาณ สนับสนุนกระบวนการศึกษาวิจัยสถานะทางการเงินของโรงพยาบาลและหน่วยบริการต่างๆ เพื่อให้ได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง และเป็นกลาง เชื่อถือได้ และวิจัยสถานการณ์ทางการเงินของหน่วยบริการระดับต่างๆ ภายใต้หลักประกันสุขภาพอย่างใกล้ชิด
- ศึกษาวิจัยและผลักดันการปรับเปลี่ยนให้หน่วยบริการในระบบให้มีทรัพยากร และความสามารถเพียงพอต่อการให้บริการที่มีคุณภาพ ทั้งบริการภายในและระบบการส่งต่อ
- ศึกษาวิจัยและพัฒนาระบบการเผยแพร่ข้อมูลด้านคุณภาพของหน่วยบริการที่เหมาะสมต่อสาธารณะ
- ศึกษาและพัฒนาเครื่องชี้วัดที่สามารถเป็นดัชนีประเมินประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ ไม่ใช่เพียงแต่การติดตามควบคุมค่าใช้จ่าย ทั้งนี้โดยคำนึงถึงผลผลิตภาพและระดับของมาตรฐานการดูแลสุขภาพด้วย
- พิจารณาระบบบริการสุขภาพในเขตกรุงเทพมหานครเป็นกรณีต่างหากจากพื้นที่อื่นๆ ของประเทศ เนื่องจากความแตกต่างเชิงโครงสร้างของระบบบริการ

Abstract

Universal coverage (UC) is a breakthrough improvement of the health system of Thailand. Before the beginning of the UC-policy movement of the present government, the Health Systems Research Institute (HSRI) developed the proposal for the universal coverage for the drafting process of the National Health Act B.E.... It was then published in 2001.

This study aims to review the implementation, successes and opportunities of improvement of the universal coverage with reference to the HSRI proposal and to come up with feedbacks to HSRI on development processes of academic work on policy issues for future application. Information was gathered by reviewing key relevant documents, interviews and brainstorming sessions.

Study findings on the four primary goals of UC as proposed by the 2001 proposal indicated that, firstly, equity in distributing financial burden and health care access to necessary services improved. Secondly, however, there was no study or evidence to show definitely that efficiency in the health care system increased or decreased. Thirdly, regarding the right to choose a provider which was expected to promote quality, there has been a policy from the National Health Security Office to allow its beneficiaries to choose primary care providers in their neighborhood areas or areas around their workplaces. Nevertheless, there was no evidence demonstrating that the right to choose led to better quality. The fourth goal, which was to promote health for all, was realized obviously by the policy "Building health leads fixing health." Nevertheless, concrete outcomes of the policy were still lacking.

Regarding the proposal on system financing which asked for alignment and adequate budget to support standard health care, it was found that the financing was still fragmented. No mechanism overlooked the whole system, which comprised three main funds. The funds had diverse health benefit packages. The financial situation leads to the conclusion that total funding was not adequate.

Health security of the nation remained separated into three schemes, which were different principles, organization, benefit packages and operation. The purchaser-provider-split concept was not evident yet. Management within the Ministry of Public Health confuse management of activities

under the universal coverage program, particularly the distinction of health promotion and disease prevention from public health activities financed by the Ministry.

The health security funds increasingly used close-ended mechanisms for paying providers, except the Civil Servants Medical Benefit Scheme (CSMBS). Nevertheless, the details were not similar, and the rates of payment were not adjusted effectively for financial risk of providers caused by difference in patient status. The organization of funds was not as designed. There was no risk distribution mechanism, either. Quality assurance and utilization review were not in order. The changes during transition were so fast that well-planned preparation was impossible, although the political drive did become the key factor that led to the founding of the UC as suggested in the HSRI proposal.

Based on this study, recommendations regarding further development of UC should include the following:

- Review consistency and appropriateness of principles and resources, budget allocation and service arrangement under UC to be “Service of choice” or “Social safety net”. This is under the assumption that creating choice to lead to better quality should be based on competition and informed consumers, or managed competition.
- Set up new policies based on long-term health and epidemiology information. Set up concrete health promotion goals and associate them with the budget system, resource allocation and operational evaluation.
- Develop academically solid criteria for budget calculation. Support a national health account study and other related studies and develop efficient and valid financial accounting and cost accounting systems for health care providers. Monitor health status, epidemiology of illnesses, health-service seeking behaviors, and self care of the population continuously.
- Study cross-subsidization between health security funds at the level of health care provider. Assess financial impacts and design preventive measures for providers in case payment rates of different funds are standardized.
- Review needs, advantages and disadvantages of fund merging into a single national health security fund. At the same time, develop coordinating mechanisms at three levels—policy, administrative and technical—in order to ensure alignment of principles, benefit package, budget, information requirements and operation between funds. Change the structure of the National Health Security Committee to have the Prime Minister (or his deputy) as Chairman. Enhance the roles of the Health Security Committee and the Quality and Standard Control

Committee, and improve internal management in the National Health Security Office and its branch office to international standard.

- The Ministry of Public Health should spell out its human resources management and budgeting system for both salary and operating budgets. Improve systems for estimating and allocating salary for each group of staff to ensure alignment to missions.
- Develop close-end payments to the disease which calculate cost on basis of quality requirement, that is set up quality-based purchasing arrangement, to reduce impact of the payment on quality of care and enable quality assurance for resource-intensive treatment. Study and plan a risk-distribution fund or account system.
- Link quality requirement with resources and budget need by developing resource-based practice guidelines. Develop quality assessment for health care and services, quality information for continuous quality improvement, and enable health care providers for self improvement. Empower consumers for smart decision making and install quality management systems in all health security fund administrators.

Recommendation for HSRI regarding future development processes of academic work on UC policy and health care reform issues may include the following:

- Analyze policy stakeholders and put more emphasis on social research and public debates to learn more about opinions and suggestions of various stakeholders.
- Study and review principles, theories or hypotheses thoroughly before application, such as an assumption that choices lead to quality.
- Review alignment with the health sector reform movement at large.
- Include studies and suggestions on necessary changes, improvement or reforms for related governmental agencies, particularly when involving important or cross-functional issues. Studies should include laws, regulations, as well as expected problems and obstacles. Certain areas may be changes and impacts if merging the three health funds, situation and competency development for health care providers for successful installation of a new accounting system.
- Research options for managing relationships between purchasers and providers under UC, both at the levels of policy and system administration.
- Study political dynamism of stakeholders under UC and review the roles and participation of each member in the National Health Security Committee.
- Assess accuracy and reliability of financial information, service utilization and assumptions used in expense estimation. Assess and inquire opinions of stakeholders before conclusion in order to learn about weaknesses of information and concepts applied in the budget process. Support

studies on financial statuses of hospitals, as well as other providers so as to have accurate and credible information.

- Study and drive changes such that health care providers have adequate resources and competencies to provide quality care, including referral system.
- Study and develop system for disseminating quality information to the public.
- Study and develop indicators to assess system efficiency, not only for containing cost, but also taking into account productivity and standards of care.
- Consider the health service system of the Bangkok Metropolitan as a special case, differing from other areas in the nation due to different health service structure.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	i
บทคัดย่อ	ii – v
Abstract	vi - ix
สารบัญ	x
บทที่ 1	หลักการและเหตุผล
1 – 4	
บทที่ 2	หลักการพื้นฐาน และรูปธรรมของความสำเเร็จ
5 – 14	
บทที่ 3	งบประมาณและการคลังของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
15 – 24	
บทที่ 4	การจัดการกองทุน การจัดองค์กรและหน่วยงานรองรับ
25 – 38	
	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
บทที่ 5	กลไกการจ่ายเงินและการตรวจสอบ
39 – 58	
	ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
บทที่ 6	การจัดการในระยะเปลี่ยนผ่านสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
59 – 64	
เอกสารอ้างอิง	65 - 66

บทที่ 1

หลักการและเหตุผล

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นปรากฏการณ์ที่อาจถือเป็นพัฒนาการก้าวสำคัญของระบบสุขภาพของไทยในระยะ 3 ปี ที่ผ่านมา เป็นเครื่องมือสำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพซึ่งที่ผ่านมาเหนียวนาให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านสิทธิของประชาชนด้านการรักษาพยาบาล การจัดสรรทรัพยากรสาธารณสุข การบริหารจัดการทางการเงินการคลัง ตลอดจนรูปแบบของการบริการในระดับปฐมภูมิและการส่งต่อผู้ป่วย

ก่อนถึงจุดเริ่มต้นการขับเคลื่อนนโยบายหลักประกันสุขภาพสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาลในชุดปัจจุบัน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้รับมอบหมายจากสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ (สปรส.) ให้พัฒนาข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นรายงานการศึกษาประกอบการปฏิรูประบบสุขภาพและการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.... สวรส. ได้แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ย่อ “คณะทำงานฯ”) ขึ้นเพื่อดำเนินงานวิชาการดังกล่าว ซึ่งได้จัดทำเป็นรายงานการศึกษาเสร็จสิ้นและตีพิมพ์ในปี พ.ศ.2544¹

ที่ผ่านมาภายหลังการเริ่มต้นผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มิงงานวิจัยตลอดจนบทความวิชาการจำนวนมากที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษา ประเมิน หรือให้ข้อมูลต่างๆ แก่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไม่ว่าจะเป็นในด้านการเมือง การเงินการคลัง การจัดการ คุณภาพและความพึงพอใจ ตลอดจนการพัฒนาบริการรูปแบบใหม่ๆ เพื่อรองรับนโยบายดังกล่าว อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีงานวิจัยชิ้นใดที่อาศัยกรอบของรายงานของ สวรส. ดังกล่าวเป็นแนวทางในการประเมินพัฒนาการของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งกระบวนการทำงานของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเพื่อให้ได้มาซึ่งรายงานฉบับดังกล่าวมีการทบทวนทางวิชาการอย่างกว้างขวาง และมีการระดมข้อคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ นักวิชาการผู้เชี่ยวชาญ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วนร่วมในหลายๆ ด้าน

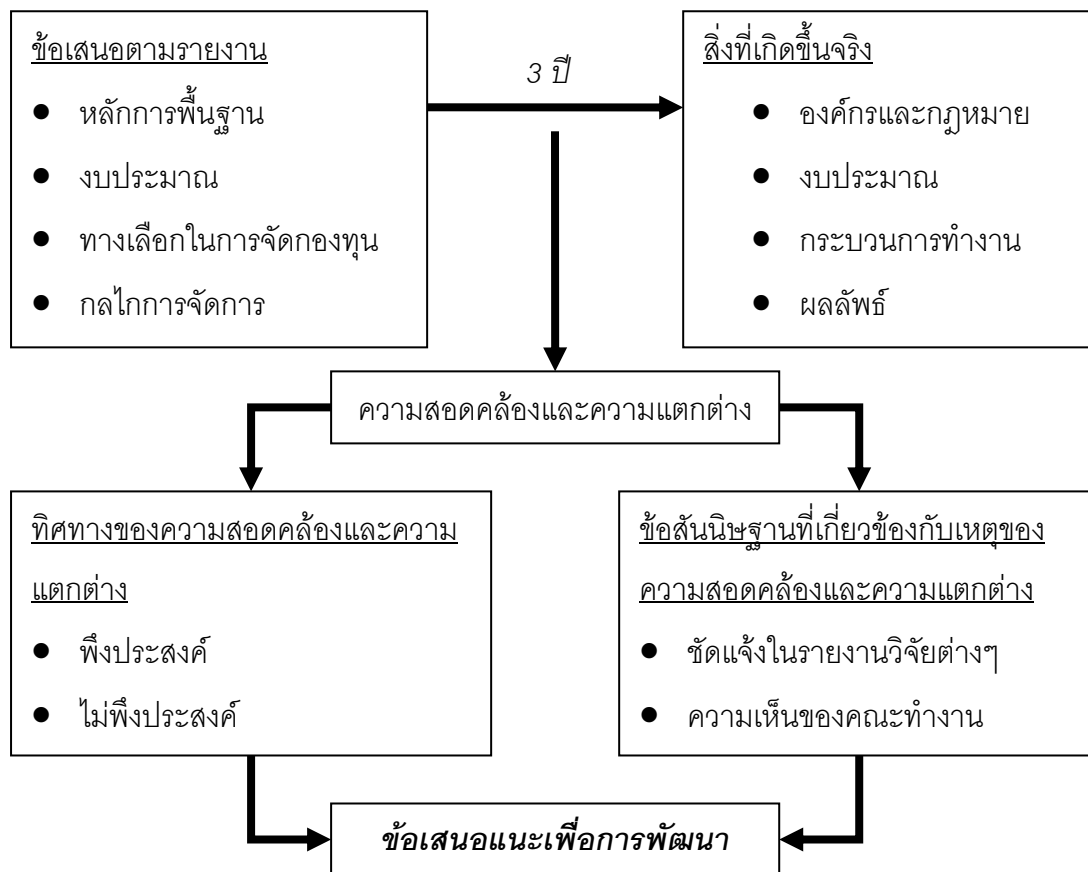
ดังนั้น จึงประเด็นที่น่าสนใจ โดยเฉพาะสำหรับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขที่จะประเมินการดำเนินการในภาพรวมของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ความสำเร็จและโอกาสพัฒนาต่างๆ โดยอาศัยกรอบข้อเสนอที่คณะทำงานของสถาบันเองได้จัดทำไว้ เพื่อทบทวนและเรียนรู้ถึงช่องว่างระหว่างสิ่งที่เป็ข้อเสนอทางวิชาการ และสิ่งที่เกิดขึ้นจริงภายใต้บริบทของระบบสุขภาพของประเทศ เหตุผลของความแตกต่าง และสิ่งที่น่าจะดำเนินการต่อไป ทั้งนี้เพื่อเป็นประโยชน์กับการพัฒนางานวิจัยเชิงนโยบายของสถาบันในอนาคตด้วย

วัตถุประสงค์

- ทบทวนการดำเนินการ ความสำเร็จและโอกาสพัฒนาของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามกรอบข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่เสนอไว้โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขในรายงานการศึกษา

- ค้นหาข้อมูลป้อนกลับแก่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เกี่ยวกับกระบวนการพัฒนางานวิชาการเชิงนโยบาย

กรอบแนวคิดของการวิจัย



ระเบียบวิธีการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

- การทบทวนเอกสารวิชาการ
- การประชุมระดมสมอง และ/หรือสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ

2. ประชากรและตัวอย่าง

- 1) เอกสารงานวิจัย และรายงานทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีการตีพิมพ์ในช่วงภายหลังพฤษภาคม พ.ศ. 2544 ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2547
- 2) สมาชิกของคณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 11 ท่าน และผู้ทรงคุณวุฒิ 14 ท่าน ที่ทำหน้าที่ร่วมกันจัดทำข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถาบันวิจัยสาธารณสุข พ.ศ.2544

3. ตัวแปรและเครื่องมือวัดผล

1) ตัวแปร:

ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง
หลักการพื้นฐาน	ผลลัพธ์ :
	- ความเป็นธรรมในการรับภาระค่าใช้จ่าย และ ความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น
	- ประสิทธิภาพในระบบสุขภาพ ทั้งด้านการจัดสรรทรัพยากร ความคุ้มค่าและเทคนิค
	- ทางเลือกในการรับบริการ นำไปสู่คุณภาพของบริการที่ดี
	- มุ่งสู่การสร้าง ให้มีสุขภาพดีถ้วนหน้า
งบประมาณ	งบประมาณและการประมาณการ
ทางเลือกในการจัดการกองทุน	องค์กรและกฎหมาย
กลไกการจัดการ :	
- การจัดองค์กรและหน่วยงาน	กระบวนการ
- กลไกการจ่ายเงินและการตรวจสอบ	
- การจัดการระยะเปลี่ยนผ่าน	

2) เครื่องมือ: ตารางประมวลผลข้อมูล ดังแสดงในภาคผนวกที่ 1

4. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1) สกัดเนื้อหาสำคัญที่เป็นกรอบในการประมวลผลจากรายงานข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของ สวรส. (พ.ศ.2544)
- 2) ร่วมกับ สวรส. ในการจัดประชุมทบทวนประเด็นสำคัญของรายงานข้อเสนอ เพื่อให้สมาชิกของคณะทำงานฯ ทบทวนและให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม
- 3) ติดต่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เพื่ออำนวยความสะดวกในการรวบรวมรายงานการวิจัยและบทความวิชาการที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนเอกสารทางวิชาการที่สำคัญจาก สปสช.
- 4) ทบทวนเนื้อหาในรายงานตามกรอบแนวคิดของการศึกษา และตัวแปรที่กำหนดไว้ บันทึกข้อมูลเป็นกลุ่ม
- 5) ประมวลและวิเคราะห์ประเด็นสำคัญ เพื่อนำเสนอเบื้องต้นต่อคณะทำงานอ่านทบทวนและให้ข้อคิดเห็น
- 6) ร่วมกับ สวรส. ในการจัดประชุมสมาชิกคณะทำงาน และผู้ทรงคุณวุฒิที่ทำรายงานข้อเสนอระบบ เพื่ออภิปรายสิ่งที่ประมวลผลได้ พร้อมจัดทำข้อเสนอแนะที่สำคัญ
- 7) สรุปและจัดทำรายงานเสนอต่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข โดยมีเนื้อหาครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้

- i. ประเด็นอภิปรายที่เกี่ยวข้องกับความสอดคล้องและความแตกต่าง และข้อสันนิษฐานของเหตุความสอดคล้องและความแตกต่าง
- ii. ข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อ สวรส. ในด้านที่เกี่ยวข้องกับงานวิชาการ
- iii. ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงกระบวนการจัดทำงานวิชาการเชิงนโยบาย

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

เปรียบเทียบข้อเสนอแนะตามรายงานข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขในองค์ประกอบที่สำคัญ กับสิ่งที่เกิดขึ้นจริงภายหลังระยะเวลา 3 ปี ในตัวแปรแต่ละตัว

ข้อจำกัดของงานวิจัย

- 1) การศึกษาที่ใช้กรอบของข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขที่ได้จัดทำขึ้นและตีพิมพ์ในปี พ.ศ.2544 เป็นสำคัญ กรอบดังกล่าวอาจไม่ครอบคลุมการดำเนินการทั้งหมดที่เกิดขึ้นจริงในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งข้อมูลเหล่านั้นผู้วิจัยอาจไม่สามารถนำมาผนวกในรายงานได้ทั้งหมด
- 2) การดำเนินการบางประการตลอดจนผลลัพธ์จากการดำเนินการดังกล่าวในบางเรื่อง อาจเป็นประเด็นที่ต้องใช้ระยะเวลาหนึ่งในการแสดงผลที่เด่นชัด ซึ่งอาจไม่สามารถนำเสนอได้ชัดเจนในการศึกษานี้
- 3) การวิจัยครั้งนี้ใช้ข้อมูลในระดับทุติยภูมิเป็นส่วนใหญ่ โดยข้อมูลจำนวนมาก จะมีได้ดำเนินการเก็บข้อมูลในระดับปฐมภูมิ ผลการศึกษาและข้อสรุปในบางกรณีอาจทำให้เกิดข้อสงสัยเกี่ยวกับแหล่งอ้างอิงของข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยจะพยายามสอดแทรกไว้เป็นข้อสังเกต

บทที่ 2

หลักการพื้นฐาน และรูปธรรมของความสำเเร็จ

1) หลักการและกรอบคิด

องค์ประกอบที่สำคัญของระบบตามรายงานฯ ได้แก่

- หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ใช่บริการสังคมสงเคราะห์ กึ่งสงเคราะห์หรือบริการราคาราถูก
- หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ใช่บริการที่ต้องมีการสมัครจึงจะได้รับสิทธิ
- หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ใช่การทุ่มงบประมาณไปที่กระทรวงใดกระทรวงหนึ่งโดยไม่มีการประกันสิทธิของประชาชน
- วัตถุประสงค์ของการสร้างหลักประกันสุขภาพ เพื่อ
 - ความเสมอภาคทั้งทางกฎหมาย การกระจายภาระค่าใช้จ่ายและการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐาน
 - ประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากรให้เกิดความคุ้มค่า มีระบบบริหารจัดการที่เคร่งครัด และเน้นบริการผ่านเครือข่าย
 - ให้เกิดทางเลือกในการรับบริการ ให้บริการสุขภาพภาคเอกชนเข้ามาแข่งขันให้บริการด้วยกติกาที่เป็นธรรม
 - เน้นการสร้างสุขภาพดีถ้วนหน้า เน้นส่วนบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภัยต่อสุขภาพ โดยเฉพาะที่เป็นบริการสุขภาพส่วนบุคคล
- ข้อพึงระวังที่สำคัญ ได้แก่
 - การแบกรับความเสี่ยงที่ไม่พึงประสงค์ (Adverse selection) ที่ระดับกองทุน และระดับสถานพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการ
 - การใช้บริการเกินจำเป็น (Moral hazard)
 - การให้ความคุ้มครองที่มีข้อจำกัด ที่ควรให้ความสำคัญกับการเจ็บป่วยที่รุนแรง หรือเรื้อรัง และที่ใช้เงินเป็นจำนวนมาก มากกว่าการคุ้มครองค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาพยาบาลเล็กๆ น้อยๆ

2) รูปธรรมของการดำเนินงาน

แสดงได้ดังตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 หลักการพื้นฐานของระบบ และรูปธรรมของสิ่งที่เกิดขึ้น

องค์ประกอบของระบบตามรายงานฯ	รูปธรรมของสิ่งที่เกิดขึ้นในระยะ 4 ปี	แหล่งข้อมูล/เอกสารอ้างอิง
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ใช่บริการสังคม สงเคราะห์ กึ่งสงเคราะห์หรือบริการราคาถูก	- นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้รับการยอมรับว่าเป็นการประกันสิทธิของประชาชนในการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานอย่างถ้วนหน้า โดยมักได้รับการอ้างอิงจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ในมาตรา 52 - ในระยะเปลี่ยนผ่าน ยังคงมีการอภิปรายและแสดงความคิดเห็นของกลุ่มคนบางกลุ่มที่ยังเห็นว่าการจัดบริการสำหรับประชาชนโดยรัฐ น่าจะยังคงเน้นไปที่กลุ่มผู้ยากไร้ และเป็นบริการสงเคราะห์เช่นเดิมอยู่	- คณะทำงานเพื่อพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (2544)² - การติดตามของผู้วิจัย
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ใช่บริการที่ต้องมีการสมัครจึงจะได้รับสิทธิ	- พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ.2545 มาตรา 5 ระบุให้บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนด - บุคคลที่ประสงค์จะใช้สิทธิ ให้ยื่นคำขอลงทะเบียนต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือหน่วยงานที่สำนักงานกำหนด	- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2545)³
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ใช่การทุมงบประมาณไปที่กระทรวงใดกระทรวงหนึ่งโดยไม่มีการประกันสิทธิของประชาชน	- การดำเนินการในระยะแรกในปีงบประมาณ 2544 และ 2545 ก่อนมีการตรา พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 งบประมาณที่ใช้ในระบบได้รับมาจากการแปลงงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข - ในระยะต่อมาเมื่อมีการตรา พรบ. กฎหมายดังกล่าวมีข้อความที่ระบุถึงการประกันสิทธิของประชาชน และระบุให้การคลังของระบบดำเนินการโดยให้จัดตั้งเป็น “กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” ภายใต้การดูแลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่ทั้งนี้ไม่มีบทเฉพาะกาลให้ในระยะเปลี่ยนผ่าน สำนักงานจะจ่ายเงินแก่หน่วยบริการของกระทรวงสาธารณสุขผ่านทางกระทรวงฯ	- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2545)³

องค์ประกอบของระบบตามรายงานฯ	รูปธรรมของสิ่งที่เกิดขึ้นในระยะ 4 ปี	แหล่งข้อมูล/เอกสารอ้างอิง
	- ให้มีการตราพระราชกฤษฎีกา ภายหลังเพื่อผนวกกรรมการคลังเพื่อบริการสาธารณสุขจากระบบประกันสังคมและสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ แต่ถึงขณะนี้ยังไม่มีการดำเนินการ	- การติดตามของผู้วิจัย
วัตถุประสงค์เพื่อความเสมอภาคทั้งทางกฎหมาย การกระจายภาระค่าใช้จ่ายและการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐาน	- มีการออก พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มีเนื้อหาครอบคลุมการประกันสิทธิของประชาชน การคลังของระบบที่ผ่านระบบงบประมาณรายจ่ายประจำปีของรัฐบาลเป็นหลัก ตลอดจนการให้มีกลไกในรูปคณะกรรมการที่มีหน้าที่ส่งเสริมและควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะ - กฎหมายครอบคลุมถึงบทบาทหน้าที่ของหน่วยบริการ หรือสถานพยาบาลที่ให้บริการแก่ประชาชน ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ	- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2545)³
วัตถุประสงค์เพื่อประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากรให้เกิดความคุ้มค่า มีระบบบริหารจัดการที่เคร่งครัด และเน้นบริการผ่านเครือข่าย	- การกำหนดแนวทางการดำเนินงานเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน ครอบคลุมถึงการจัดบริการ - เจตนารมณ์ของ พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 สะท้อนมุมมองเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ โดยครอบคลุมถึงการกำหนดอัตราราคากลางของโรค และการใช้ข้อมูลดังกล่าวเป็นฐานในการจ่ายชดเชยค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการ	- คณะทำงานเพื่อพัฒนาระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (2544)¹ - สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2545)³
วัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดทางเลือกในการรับบริการ ให้บริการสุขภาพภาคเอกชนเข้ามาแข่งขันให้บริการด้วยกติกาที่เป็นธรรม	- การดำเนินการในระยะเปลี่ยนผ่าน ส่งเสริมให้ภาคเอกชนเข้าร่วมในเครือข่ายบริการได้ โดยกำหนดให้โรงพยาบาลเอกชนนั้นจะต้องมีการจัดหน่วยบริการปฐมภูมิตามเกณฑ์มาตรฐาน และผ่านการรับรองเกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำก่อนขึ้นทะเบียน - ในระยะแรกให้ดำเนินการดูแลประชาชนได้เฉพาะในเขตอำเภอที่ตั้ง และอำเภอข้างเคียงเท่านั้น ในระยะดังกล่าวยังมีการกำหนดให้ประชาชนต้องขึ้นทะเบียนกับหน่วยบริการในพื้นที่ ทำให้ไม่ส่งเสริมให้เกิดการแข่งขันเพื่อเป็นทางเลือกในการรับบริการระหว่างหน่วยบริการ	- คณะทำงานเพื่อพัฒนาระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า¹

องค์ประกอบของระบบตามรายงานฯ	รูปธรรมของสิ่งที่เกิดขึ้นในระยะ 4 ปี	แหล่งข้อมูล/เอกสารอ้างอิง
	- ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.2547 ได้มีการนำร่องให้ประชาชนสามารถเลือกหน่วยบริการระดับปฐมภูมิได้ในพื้นที่ 5 จังหวัด รวมทั้งกรุงเทพมหานคร และต่อมาขยายสู่จังหวัดอื่นๆ ทำให้มีสถานพยาบาลภาคเอกชน ทั้งโรงพยาบาลเอกชนและคลินิกแพทย์ที่สมัครเข้าร่วมโครงการในนาม “คลินิกชุมชน” เข้ามาแข่งขันเป็นทางเลือกในการรับบริการให้กับประชาชน - อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อสงสัยถึงกติกาที่เป็นธรรมเพื่อให้เกิดการแข่งขันในการให้บริการระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนว่าสามารถเป็นรูปธรรมได้ อันเนื่องจากกฎระเบียบทางราชการและบทบาทหน้าที่ในฐานะหน่วยงานของรัฐที่กำกับพันธกิจของหน่วยบริการของรัฐ ตลอดจนระบบประกันคุณภาพและติดตามประเมินการให้บริการจริงที่ยังไม่เข้มแข็ง	- จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์และสุรียรัตน์ งามเกียรติไพศาล (2547)⁴
วัตถุประสงค์ที่เน้นการสร้างสุขภาพดีถ้วนหน้า เน้นส่วนบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภัยต่อสุขภาพ โดยเฉพาะที่เป็นบริการสุขภาพส่วนบุคคล	- การดำเนินการตั้งแต่ระยะเปลี่ยนผ่านจนถึงปัจจุบันมีการกำหนดสิทธิประโยชน์ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไว้รวมกับการรักษาพยาบาล - พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ให้นิยามของบริการสาธารณสุข ครอบคลุมถึง การสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ซึ่งให้โดยตรงแก่บุคคล	- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2545)³
ข้อพึงระวัง: การแบกรับความเสี่ยงที่ไม่พึงประสงค์ (Adverse selection) ที่ระดับกองทุน และระดับสถานพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการ	- กำหนดให้มีการจัดกองทุนเพื่อการเบิกจ่ายแตกต่างกันไปในช่วงระยะเปลี่ยนผ่าน ทั้งที่ระดับโรงพยาบาล (ในจังหวัดที่ให้มีการจ่ายแบบ Inclusive capitation) และที่ระดับจังหวัดสำหรับกรณีผู้ป่วยใน (ในจังหวัดที่ให้มีการจ่ายแบบ Exclusive capitation) ทั้งนี้การขึ้นทะเบียนประชาชนผู้มีสิทธิจะยึดตามภูมิลำเนา ทำให้ปัญหาการแบกรับความเสี่ยงที่ไม่พึงประสงค์ไม่น่าจะมีมากนัก - ในกรุงเทพมหานคร มีข้อมูลชี้ให้เห็นความเคลื่อนไหวการโยกย้ายสำมะโนครัวของประชาชนที่เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังหรือรุนแรงเข้ามาอยู่ในเขตพื้นที่ (Catchment area) ของโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิ เช่น โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ แต่ยังไม่พบการวิจัยเกี่ยวกับระดับความรุนแรงของการแบกรับปัญหาความเสี่ยงไม่พึงประสงค์ของโรงพยาบาลต่างๆ ที่ชัดเจน	- ข้อสังเกตของผู้วิจัย - จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์และสุรียรัตน์ งามเกียรติไพศาล (2547)³

องค์ประกอบของระบบตามรายงานฯ	รูปธรรมของสิ่งที่เกิดขึ้นในระยะ 4 ปี	แหล่งข้อมูล/เอกสารอ้างอิง
ข้อพึงระวัง: การใช้บริการเกินจำเป็น (Moral hazard)	- สถิติการใช้บริการในภาพรวมในเครือข่ายบริการของรัฐมีอัตราสูงขึ้น - สถิติจากการสำรวจครัวเรือนพบว่าอัตราการป่วยของประชาชนที่มีการใช้บริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นจาก 4.101 ครั้งต่อคนต่อปี ในปี 2544 เป็น 4.926 ครั้งต่อคนต่อปี ในปี 2546 โดยมีแนวโน้มการให้บริการในสถานพยาบาลเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 69.4 เป็นร้อยละ 72.0 - สถิติการใช้บริการผู้ป่วยนอกในระบบประกันสังคมมีอัตราสูงเพิ่มขึ้นจาก 1.46 ครั้งต่อคนต่อปี ในปี 2541 เป็น 2.55 ครั้งต่อคนต่อปี ในปี 2545 - การกำหนดระดับอัตราการจ่ายร่วม (Co-payment) ที่ 30 บาทต่อครั้ง เป็นการกำหนดที่ไม่ได้อยู่บนพื้นฐานของการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรม และความสามารถในการแบกรับค่าใช้จ่ายของผู้บริโภค	- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2547) ⁵
ข้อพึงระวัง: การให้ความคุ้มครองที่มีข้อจำกัดที่ควรให้ความสำคัญกับการเจ็บป่วยที่รุนแรงหรือเรื้อรัง และที่ใช้เงินเป็นจำนวนมากมากกว่าการคุ้มครองค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาพยาบาลเล็กๆ น้อยๆ	- การให้ความคุ้มครองตามชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมการเจ็บป่วยทุกระดับความรุนแรง ยกเว้นกลุ่มที่ปัจจุบันมีงบประมาณจัดสรรให้เป็นการเฉพาะ เช่น โรคจิตกรณี่ที่ต้องรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในเกินกว่า 15 วัน การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติด ผู้ประสบภัยจากรถ กลุ่มที่เกิดกรอบความจำเป็นพื้นฐาน เช่น การรักษาภาวะมีบุตรยาก การผสมเทียม การเปลี่ยนเพศ การกระทำใดๆ เพื่อความสวยงาม การตรวจวินิจฉัยและรักษาใดๆ โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ตลอดจนโรคที่ต้องใช้ระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทคนไข้ในเกิน 180 วัน ยกเว้นมีความจำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ การรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยการล้างไต ยาต้านไวรัสเอดส์ (ยกเว้นกรณีป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก) และการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ - กรอบสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสังคม มีการปรับขยายเพื่อให้ความคุ้มครองกรณียาต้านไวรัสเอดส์ แต่ยังไม่ครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค - กรอบสิทธิประโยชน์ของระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการยังเป็นไปในแนวทางเดิม มี	- คณะทำงานเพื่อพัฒนาระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (2544)¹ - สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. (2545)⁶

องค์ประกอบของระบบตามรายงานฯ	รูปธรรมของสิ่งที่เกิดขึ้นในระยะ 4 ปี	แหล่งข้อมูล/เอกสารอ้างอิง
	ความคุ้มครองครอบคลุมการตรวจสุขภาพบางรายการ แต่ไม่ครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอื่นๆ	

3) ผลลัพธ์

- ความเป็นธรรมในการรับภาระค่าใช้จ่าย และความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น
ช่องว่างของรายจ่ายสุขภาพต่อรายได้ของครัวเรือนในกลุ่มที่จนที่สุด 1 ใน 10 ลำดับของประเทศ (เดซิล์ที่ 1 ของรายได้) กับกลุ่มที่รวยที่สุด 1 ใน 10 ลำดับ (เดซิล์ที่ 10 ของรายได้) แคลงจาก ร้อยละ 8.17 ต่อร้อยละ 1.27 ในปี พ.ศ.2535 ลดลงเหลือ ร้อยละ 2.77 ต่อร้อยละ 1.71 ในปี 2545⁴
- ประสิทธิภาพในระบบสุขภาพ
ไม่พบผลงานวิจัย หรือเครื่องชี้วัดที่สามารถแสดงการเพิ่มขึ้น หรือลดลงของประสิทธิภาพในระบบสุขภาพของประเทศได้อย่างชัดเจน ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างการคลังของระบบสุขภาพทั้งในระดับมหภาคและระดับจุลภาค โดยยังไม่พบมีการศึกษาใดที่มุ่งประเมินการเปลี่ยนแปลงของประสิทธิภาพในระบบสุขภาพโดยตรง ทั้งที่ชี้ว่าประสิทธิภาพนั้นเพิ่มขึ้นเนื่องจากผลิตภาพเพิ่มขึ้น หรือการใช้ทรัพยากรต่อหน่วยที่น้อยลง
ค่าใช้จ่ายต่อหัวของงบประมาณในส่วนของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่คำนวณไว้ เพิ่มจากค่าเริ่มต้น 1,202 บาทต่อคนต่อปี ในปี 2544 เป็น 1,487 บาทในปี 2548⁴
ค่าใช้จ่ายจริงในระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการยังคงเพิ่มขึ้นจาก 19,181 ล้านบาทในปี 2544 เป็น 22,686 ล้านบาทในปี 2546⁷ หรือในอัตราเฉลี่ยประมาณร้อยละ 9.1 ต่อปี ในขณะที่ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ต่อหัวในระบบประกันสังคมลดลงจาก 1,532 บาทต่อหัว ในปี 2544 เป็น 1,458 บาทต่อหัวในปี 2545
- ทางเลือกในการรับบริการ นำไปสู่คุณภาพของบริการที่ดี
ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีนโยบายที่ชัดเจนให้ผู้มีสิทธิสามารถเลือกหน่วยบริการระดับปฐมภูมิเป็นหน่วยบริการประจำครอบครัวได้ในปัจจุบัน โดยยึดพื้นที่ที่เป็นภูมิลำเนาหรือพื้นที่ใกล้เคียง หรือในกรณีที่มีการพักอาศัยเพื่อการประกอบอาชีพ (มีผู้รับรอง)
ทั้งนี้ผู้มีสิทธิมีแนวโน้มจะไม่เห็นด้วยต่อการกำหนดสถานพยาบาลแบบตายตัวไว้ในบัตรทอง⁸ และมีความพึงพอใจมากกว่าที่จะได้เลือกสถานพยาบาลเอง⁹ อย่างไรก็ตามยังไม่มีข้อมูลหรือหลักฐานจากการวิจัยใดที่ชี้ว่า การให้ทางเลือกในการรับบริการนำไปสู่คุณภาพของบริการที่ดีขึ้นในด้านอื่นๆ โดยเฉพาะผลลัพธ์ต่อสุขภาพ การให้บริการการดูแลสุขภาพ และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการที่หน่วยบริการ และมีแนวโน้มว่าคุณภาพจะได้รับแรงกดดันจากปัญหาด้านทรัพยากรที่จำกัดอันเนื่องมาจากกรอบงบประมาณและกลไกของการจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลมากกว่า¹⁰
สำหรับระบบประกันสังคม ผู้ประกันตนยังคงสามารถไปใช้บริการได้กับโรงพยาบาลคู่สัญญาหลักและเครือข่าย เช่นเดิม ส่วนระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการยังคงให้สถานพยาบาลของรัฐเป็นผู้ให้บริการหลัก ยกเว้นกรณีฉุกเฉินที่ผู้มีสิทธิสามารถไปใช้บริการในภาคเอกชนได้ แต่กำลังมีนโยบายทดลองให้ข้าราชการในบางพื้นที่สามารถไปใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนได้ และมีการติดตามประเมินผล

- มุ่งสู่การสร้าง ให้มีสุขภาพดีถ้วนหน้า

นโยบายมีความชัดเจนในเรื่อง “สร้างนำซ่อม” อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมดูเหมือนว่ายังขาดความชัดเจน ด้วยอย่างไรเสียความต้องการด้านการรักษาพยาบาลคงเป็นประเด็นที่ประชาชนผู้มีสิทธิโดยทั่วไปให้ความสำคัญ ในขณะที่นโยบายดังกล่าวเพียงแต่จะช่วยเพิ่มน้ำหนักความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้มากขึ้นที่เคยเป็นอยู่เดิม การศึกษาเรื่องต้นทุนของการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค¹¹ ซึ่งให้เห็นว่ายังมีช่องว่างของการจัดสรรงบประมาณสำหรับการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามชุดสิทธิประโยชน์ในระดับหนึ่ง ทั้งนี้เนื่องจากการตั้งเป้าความครอบคลุมของการให้บริการ และความตั้งใจในการขยายศักยภาพของบริการให้ได้ตามเป้าหมายความถ้วนหน้าอย่างแท้จริง

4) ประเด็นอภิปรายและข้อเสนอแนะ

แสดงได้ดังตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2 ประเด็นข้อวิเคราะห์วิจารณ์และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับหลักการพื้นฐานของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ประเด็นข้อวิเคราะห์วิจารณ์	ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ข้อเสนอแนะต่อกระบวนการพัฒนางานวิชาการเชิงนโยบายของ สวรส.
ข้อคิดเห็นเรื่องการสงเคราะห์ผู้ยากไร้ และการให้เป็นสิทธิของประชาชน แม้ทิศทางการลดภาระทางการเงินแก่ประชาชนจะชี้ว่าโครงการประสบความสำเร็จในการสร้างความเป็นธรรมได้ในระดับหนึ่ง แต่ยังปรากฏอุปสรรคในการถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ และการยอมรับของผู้ที่เกี่ยวข้องไม่ชัดเจน รูปแบบการใช้บริการยังสะท้อนทิศทางที่แตกต่างกันอยู่	- ทบทวนความสอดคล้องและเหมาะสมของหลักการแนวคิดกับทรัพยากร การจัดสรรงบประมาณและความสามารถในการจัดระบบบริการ - ทบทวนความสอดคล้องของแนวทางการพัฒนาและทรัพยากร กับทางเลือกของการจัดบริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อเป็นบริการที่ได้รับการยอมรับและยินดีเลือก (Service of choice) หรือเป็นตาข่ายเพื่อความปลอดภัยทางสังคม (Social safety net) - สร้างความเข้าใจในเส้นทางการพัฒนาสู่เป้าหมายในเชิงรุกกับกลุ่มผู้กำหนดนโยบาย นักการเมือง และประชาชน	- กระบวนการวิจัยทางสังคม และเวทีสาธารณะ ในโอกาสต่างๆ เพื่อศึกษาและติดตามมุมมองและแนวคิดของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
การตั้งจุดมุ่งหมายว่าการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะช่วยนำไปสู่การเพิ่มประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากรในระบบสุขภาพ เป็นจุดหมายที่ดี แต่ยังขาดหลักฐานที่สามารถแสดงการเพิ่มขึ้น หรือลดลงของประสิทธิภาพในระบบสุขภาพของประเทศได้อย่างชัดเจน	- ทบทวนแนวคิดขององค์ประกอบหลักของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ว่าสามารถนำไปสู่การเพิ่มประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากรได้จริงหรือไม่ ทั้งในระยะสั้น และระยะยาว ทั้งนี้ควรแยกแยะประเด็นของการควบคุมต้นทุน แยกจากประสิทธิภาพที่แท้จริงให้ชัดเจน	- ศึกษาและพัฒนาเครื่องมือวัดที่สามารถเป็นดัชนีประเมินประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ ไม่ใช่เพียงแต่การติดตามควบคุมค่าใช้จ่าย ทั้งนี้โดยคำนึงถึงผลิตภาพและระดับของมาตรฐานการดูแลสุขภาพด้วย
การให้ทางเลือกในการรับบริการ เพื่อนำไปสู่คุณภาพของบริการที่ดี	- ควรดำเนินการในทิศทางที่สะท้อนหลักการว่า การสร้างทางเลือกที่นำไปสู่คุณภาพที่ดีขึ้น อยู่บนพื้นฐานของกลไกการ	- ศึกษาและอภิปรายทบทวนว่าแนวคิดพื้นฐานของหลักการ ทฤษฎีหรือสมมติฐานที่จะนำมาใช้ เช่น

ประเด็นข้อวิเคราะห์วิจารณ์	ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ข้อเสนอแนะต่อกระบวนการพัฒนางานวิชาการ เชิงนโยบายของ สวรส.
ความเป็นจริงในหลายพื้นที่ที่ไม่มีสถานพยาบาลที่สามารถเป็นทางเลือกแก่ประชาชน พื้นที่ที่มีทางเลือกแก่ประชาชนก็ยังไม่มีความมั่นใจว่าทำให้คุณภาพดีขึ้นจริงหรือไม่ และสถานพยาบาลแห่งที่อาจไม่มีคู่แข่งให้เป็นทางเลือกของประชาชน ก็ยังมีการพัฒนาคุณภาพของตนเองอย่างเข้มข้น	แข่งขันภายใต้ข้อมูลและความรู้ที่เพียงพอของผู้บริโภค หรือต้องเป็นการแข่งขันภายใต้การกำกับดูแลอย่างใกล้ชิด (Managed competition) - วิจัยและพัฒนาเครื่องชี้วัดที่สะท้อนและสามารถประเมินระดับของทางเลือก และความสัมพันธ์กับคุณภาพได้	ศึกษาและอภิปรายทบทวนว่า การเพิ่มทางเลือกแก่ประชาชน นำสู่การพัฒนาคุณภาพในบริบทของระบบสุขภาพของไทยได้อย่างแท้จริงหรือไม่ อย่างไร มากน้อยเพียงใด มีปัจจัยร่วมใดที่สำคัญหรือไม่
รูปธรรมของนโยบาย “สร้างนำซ่อม” สุขภาพดีถ้วนหน้า นโยบาย “สร้างนำซ่อม” สามารถปลูกกระแสความสำคัญของงานสร้างเสริมสุขภาพได้ แม้จะยังไม่มีการศึกษาที่เป็นรูปธรรมถึงความสามารถหรือลักษณะตลอดจนความสำเร็จของการ “นำ”	- พัฒนานโยบายบนพื้นฐานของข้อมูลทางสุขภาพและข้อมูลทางระบาดวิทยาในระยะยาว - กำหนดเป้าหมายการสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นรูปธรรม เชื่อมโยงกับระบบงบประมาณ การจัดสรรทรัพยากรและการประเมินผลการดำเนินการ - ส่งเสริมและพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ ในรูปแบบที่ส่งเสริม สนับสนุนและเชื่อมโยงกับการซ่อมสุขภาพได้ - ศึกษาขอบเขตและส่วนผสมของบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพในส่วนของการให้บริการระดับปัจเจก กับระดับบริการสาธารณสุข สัมพันธ์กับระบบการบริหารจัดการ และระบบทางการเงินในหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข ตลอดจนบทบาทที่เกี่ยวข้องและเป็นไปได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วย	- ทบทวนการประสานกับทิศทางการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

บทที่ 3

งบประมาณและการคลังของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1) หลักการและกรอบคิด

- การประมาณการงบประมาณค่าใช้จ่าย คำนวณภายใต้ข้อมูลค่าใช้จ่ายและการให้บริการ และใช้ฐานข้อมูลจากบัญชีรายจ่ายประชาชาติด้านสุขภาพ ปี 2541 เทียบเคียงกับค่าใช้จ่ายต่อหัวที่มีการใช้จ่ายในระบบประกันสังคม ปรับประมาณการตามภาระของระบบที่เพิ่มขึ้นจากกลุ่มผู้สูงอายุ
 - งบลงทุน
 - งบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
 - งบบริหารจัดการ
 - การประมาณการในการจัดหลักประกันสุขภาพ ยากที่จะได้ตัวเลขตายตัว เพราะขึ้นอยู่กับ
 - (1) ระดับสิทธิประโยชน์และเกณฑ์มาตรฐานบริการ และ (2) ระบบบริหารจัดการว่ามีประสิทธิภาพเพียงไร พร้อมทั้งมีระบบการควบคุมค่าใช้จ่าย และควบคุมคุณภาพที่ดีวนเพียงไร
- การประมาณการอยู่บนพื้นฐานของสถานการณ์สมมติพื้นฐาน 2 สถานการณ์
 - (สถานการณ์ที่ 1) การคิดต้นทุนให้บริการบนฐานของสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก
 - (สถานการณ์ที่ 2) ต้นทุนที่คิดตามการเบิกจ่ายของสวัสดิการข้าราชการและให้โอกาสให้บริการเอกชนมากขึ้น

ตามสถานการณ์ดังกล่าว ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า น่าจะอยู่ประมาณ 6.6 หมื่นล้านบาท ถึง 1.2 แสนล้านบาท ตามลำดับ ทั้งนี้จำนวนเงินดังกล่าวเป็นวงเงินที่ไม่รวมรายจ่ายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ซึ่งสำหรับการดูแลสุขภาพระดับบุคคลแล้ว ไม่น่าเกินกว่าร้อยละ 4 ของงบประมาณจากการคำนวณตามบัญชีสุขภาพแห่งชาติ
- ตัวเลขประมาณการดังกล่าวนี้ รวมถึงการคาดการณ์ในอนาคตบนเงื่อนไขที่เป็นข้อสมมติสำคัญว่า
 - มีการจัดการนโยบายหลักประกันสุขภาพที่เป็นเอกภาพ
 - ไม่มีความแตกต่างของผลลัพธ์จากความแตกต่างของกลไกการคลังกรณีที่มีการจัดระบบมากกว่า 1 กองทุน
 - ไม่มีข้อแตกต่างของระบบและวิธีการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการ ในกรณีที่จะมีมากกว่า 1 กองทุน
 - มีการจัดชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานใกล้เคียงกับระบบประกันสังคมในปัจจุบัน ซึ่งไม่รวมบริการทางสุขภาพบางสาขา เช่น บริการสุขภาพจิต การบำบัดผู้ติดยาเสพติด การรักษาพยาบาลด้วยเทคโนโลยีที่มีราคาแพงมากและไม่มีผลต่อการรักษาที่หายขาด เป็นต้น
 - มีการจัดระบบบริการที่มีประสิทธิภาพ และมีระบบประกันคุณภาพให้มีมาตรฐานในการรักษาพยาบาลและการบริการที่เท่าเทียมกันอย่างเคร่งครัด
 - มีการกำหนดความผูกพันกับระบบงบประมาณที่เอื้อให้มีทรัพยากรเพียงพอ ภายใต้มาตรฐานที่กำหนด

- การปรับประมาณการ อาศัยปัจจัยสำคัญในข้อสมมติพื้นฐาน ได้แก่

1. จำนวนประชากร (ล้านคน)	2. % ผู้สูงอายุ
3. จำนวนครั้งผู้ป่วยนอก ล้านครั้ง	4. ต้นทุนผู้ป่วยนอก ล้านบาท
5. จำนวนครั้งผู้ป่วยใน ล้านครั้ง	6. ต้นทุนผู้ป่วยใน ล้านบาท
7. รวมต้นทุนการรักษา ล้านบาท	8. เพิ่มรายจ่ายค่าบริหารกองทุน 5%

- กลไกทางการเงินคลัง
 - รัฐจัดสรรงบประมาณสำหรับผู้มีรายได้น้อยและสังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล ตลอดจนเงินอุดหนุนสำหรับโครงการบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขในอัตราไม่น้อยไปกว่าที่ดำเนินการอยู่
 - โอนเงินที่ใช้ในสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการมาเพื่อให้ระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพบริหาร โดยให้งบประมาณแผ่นดินจ่ายเงินสมทบเท่ากับที่อัตราที่ใช้จ่ายอยู่ในปัจจุบัน
 - โอนวงเงินที่ใช้สำหรับสวัสดิการรักษายาบาลของพนักงานรัฐวิสาหกิจต่างๆ มาให้กองทุนระบบหลักประกันสุขภาพบริหาร โดยรัฐวิสาหกิจจะต้องจ่ายเงินสมทบตามอัตราต่อหัวเท่ากับที่ใช้จ่ายในปัจจุบัน
 - จัดสรรเงินกองทุนเงินทดแทนในส่วนของการรักษายาบาล มาให้ระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพบริหาร โดยการจัดเก็บเงินยังคงเป็นเช่นเดิม สำหรับเงินกองทุนประกันสังคมนั้น จะต้องพิจารณาจากภาพรวมของการระดมเงินโดยรวมของระบบหลักประกันสุขภาพ ซึ่งจะกล่าวถึงในตอนท้ายของบทนี้
 - นำงบประมาณส่วนของการรักษายาบาลที่ใช้จ่ายโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น กรุงเทพมหานครสมทบระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพด้วย
 - ดึงเงินสมทบที่เป็นเบี้ยประกันภัยของกองทุนประกันผู้ประสบภัยจากรถ ตาม พรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ.2535 ทั้งหมด มาเข้าสู่ระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพ โดยการจัดเก็บเงินยังเป็นเช่นเดิม

- แหล่งเงินทางเลือก ได้แก่ การเพิ่มภาษีเฉพาะ ภาษีรายคน (Poll tax) การจ่ายเงินเมื่อรับบริการ และภาษีท้องถิ่นอื่นๆ

2) รูปธรรมของการดำเนินการ

รูปธรรมของการดำเนินการด้านงบประมาณและการคลังในช่วงเวลาปี 2544 ถึง 2547 ตามองค์ประกอบของระบบตามรายงาน ฯ แสดงได้ดังตารางที่ 3.1 ต่อไปนี้

ตารางที่ 3.1 งบประมาณและการคลัง และรูปแบบของสิ่งที่เกิดขึ้น

องค์ประกอบของระบบตามรายงานฯ	รูปแบบของสิ่งที่เกิดขึ้นในระยะ 4 ปี	แหล่งข้อมูล/เอกสารอ้างอิง
งบประมาณและประมาณการค่าใช้จ่าย : - ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลภายใต้การ สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า น่าจะอยู่ที่ วงเงินงบประมาณ 100,000 ล้านบาทในปี 2544 หรือประมาณ 1,515 บาทต่อหัว ประชากร	● งบประมาณต่อหัวที่ได้รับจริงของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ในปีงบประมาณ 2544 คิดเป็น เป็น 1,202 บาท เพื่อใช้จ่ายใน 6 จังหวัดนำร่อง	- ... -
เงื่อนไขในการประมาณการงบประมาณ : - นโยบายหลักประกันสุขภาพเป็นเอกภาพ - ไม่มีข้อแตกต่างของระบบและวิธีการจ่ายเงิน แก่ผู้ให้บริการ ระหว่างกองทุน - มีการจัดชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานใกล้เคียง กับระบบประกันสังคมในช่วงปี 2543 - การจัดระบบบริการมีประสิทธิภาพ และมี ระบบประกันคุณภาพ - มีการกำหนดความผูกพันกับระบบ - งบประมาณที่เอื้อให้มีทรัพยากรเพียงพอ ภายใต้มาตรฐานที่กำหนด	เงื่อนไขในการประมาณการงบประมาณยังไม่เป็นจริง ● นโยบายที่เกี่ยวข้องกับหลักประกันสุขภาพยังไม่เป็นเอกภาพ เนื่องจากยังมีการแยกระบบบริหาร ตั้งแต่ระดับนโยบาย งบประมาณและการบริหารของระบบสำคัญของหลักประกันสุขภาพของ ประเทศจากกันโดยเด็ดขาด ทั้งนี้รวมถึงที่เกี่ยวข้องกับความคุ้มครองตาม พรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัย จากรถ และกองทุนเงินทดแทนด้วย ● มีข้อแตกต่างกันอย่างชัดเจนในวิธีการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการระหว่างกองทุน ● สิทธิประโยชน์ที่เป็นฐานที่แตกต่างกันมากระหว่างระบบคือ บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่ง ปรากฏอยู่อย่างชัดเจนในส่วนของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรคเท่านั้น ● ยังไม่มีข้อสรุปหรือหลักฐานที่บ่งชี้ว่าระบบการบริการมีประสิทธิภาพ และมีระบบประกันคุณภาพที่ เข้มแข็ง ● ยังไม่มีข้อสรุปหรือหลักฐานที่บ่งชี้ว่างบประมาณที่ได้รับเอื้อให้มีทรัพยากรที่เพียงพอภายใต้ มาตรฐานที่กำหนด	ข้อสังเกตของผู้วิจัย

องค์ประกอบของระบบตามรายงานฯ	รูปธรรมของสิ่งที่เกิดขึ้นในระยะ 4 ปี	แหล่งข้อมูล/เอกสารอ้างอิง
วงเงินงบประมาณการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค : ไม่เกินร้อยละ 4 ของงบประมาณ (หรือ 4,000 ล้านบาท)	• วงเงินงบประมาณต่อหัวของงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในช่วงปีงบประมาณ 2545 ประมาณการไว้ที่ 20% ของงบประมาณด้านการรักษาพยาบาล คิดเป็น 175 บาทต่อหัว • การคำนวณจำนวนหัวประชากรใช้จำนวนประชากรทั้งหมดของประเทศไม่ใช่จำนวนผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้น • ยอดเงินงบประมาณปี 2544- 2545 ประมาณ 10,000 ล้านบาท	
การประมาณการการเพิ่มขึ้นของงบประมาณค่าใช้จ่าย (รวมส่งเสริมป้องกัน บริหาร ลงทุน) : ปี 2545 = 133,324 ล้านบาท ปี 2546 = 147,936 ล้านบาท ปี 2547 = 164,267 ล้านบาท	ค่าใช้จ่ายรวม : • ปีงบประมาณ 2545 = 84,281 ล้านบาท (UC: CSMB: SSS = 52,697 : 21,528 : 10,056) และมี Contingency fund จำนวนประมาณ 3,800 ล้านบาท รวมเป็น 88,081 ล้านบาท • ปี 2546 = 91,617 ล้านบาท (UC: CSMB: SSS = 58,056 : 22,686 : 10,875) และมี Contingency fund ที่โอนมาจากงบประมาณอื่นๆ ของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 500 ล้านบาท รวมเป็น 92,117 ล้านบาท • งบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยคณะทำงานของ สปสช. และคณะผู้วิจัยที่ทำงานภายใต้คณะทำงานพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข มีความเห็นสอดคล้องกันที่ระดับงบประมาณประมาณ 2,000 บาทต่อคนต่อปี สำหรับปีงบประมาณ 2548 มีการเสนอผ่านกระบวนการต่อรองเหลือ 1,510 บาทเพื่อเสนอให้แก่วัฒนา ในขณะที่ได้รับอนุมัติงบประมาณที่ระดับ 1,390 บาทต่อคนต่อปี	- ข้อมูลนำเสนอในการประชุมพลังปัญญา: สู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. จัดโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 19-20 กพ. 2547 - สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2547)¹²
เงื่อนไขการปรับเปลี่ยนประมาณการค่าใช้จ่าย : - อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก เพิ่ม 6.5% - อัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน เพิ่ม 5%	การเปลี่ยนแปลงตามข้อสมมติฐาน จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการระหว่างปี 2544-2546 พบว่า: • อัตราผู้ป่วยผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้น 20.1% • อัตราการใช้บริการผู้ป่วยในเพิ่มขึ้น 8.8%	วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ (2547)⁵

องค์ประกอบของระบบตามรายงานฯ	รูปธรรมของสิ่งที่เกิดขึ้นในระยะ 4 ปี	แหล่งข้อมูล/เอกสารอ้างอิง
- ต้นทุนการให้บริการ เพิ่ม 5%	● การเลือกใช้บริการกรณีผู้ป่วยนอก นอกสถานพยาบาลลดลง 8.5% ในสถานพยาบาลเพิ่มขึ้น 3.7% ● การใช้บริการสถานพยาบาลภาครัฐ ผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้น 4.4% ผู้ป่วยใน เพิ่มขึ้น 1.5% ● การใช้บริการสถานพยาบาลภาคเอกชน ผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้น 1.4% ผู้ป่วยใน ลดลง 11.8% ● ต้นทุนการให้บริการจากฐานข้อมูลรายงาน 0110 รง.5 ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพิ่มขึ้นประมาณ 5% ในช่วงปี 2545-46 และประมาณ 20% ในช่วงปี 2546 – 47 งบประมาณของสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการในช่วงปี 2542 – 2546 เพิ่มขึ้นประมาณ 12% ต่อปี	
การรับภาระของภาครัฐและประชาชน - ข้อมูลจากบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติชี้ว่า รายจ่ายภาครัฐ : ภาคประชาชนในปี 2541 อยู่ที่ 62 : 64 พันล้านบาท ซึ่งภายหลังมีหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภาระน่าจะเป็น 100 : 26 พันล้านบาท - ประมาณการมีความไม่แน่นอนสูงเนื่องจากไม่มีฐานข้อมูล	● ข้อมูลบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ ปี 2544 พบว่ารายจ่ายภาครัฐ : ภาคประชาชน เท่ากับ 104:74 พันล้านบาท (58%:42%) ● ข้อมูลประมาณการสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ปี 2548 ประมาณ 230,836 ล้านบาท โดยรายจ่ายนอกภาครัฐ 36.6% ● ข้อมูลงบประมาณด้านสาธารณสุข ทั้งของกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่นๆ เพิ่มขึ้นจาก 66,254 ล้านบาทในปีงบประมาณ 2544 เป็น 94,335 ล้านบาทในปี 2545 และ 95,098 ล้านบาทในปี 2546	- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ (2547) ⁵ - คณะทำงานพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สวรส.
กลไกทางการคลัง : 1) ระบบภาษี - งบประมาณผ่านระบบภาษีทั่วไป ในระบบสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับประชาชน และโครงการบัตรประกันสุขภาพ	● กลไกการคลังในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) ใช้ระบบภาษีทั่วไปเป็นหลัก ยังไม่มีการนำงบประมาณอื่นจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมารวมด้วย ● อย่างไรก็ตาม การจัดสรรงบประมาณในทางปฏิบัติไปสู่หน่วยบริการที่เป็นส่วนราชการอื่น นอกกระทรวงสาธารณสุข จะหักส่วนที่เป็นงบเงินเดือ้นออก	

องค์ประกอบของระบบตามรายงานฯ	รูปธรรมของสิ่งที่เกิดขึ้นในระยะ 4 ปี	แหล่งข้อมูล/เอกสารอ้างอิง
- นำงบประมาณส่วนของการรักษาพยาบาล โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น กทม. มาสบทบกองทุน 2) ระบบเงินสมทบ - รวมวงเงินสวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการ - รวมวงเงินสวัสดิการรักษายาพยาบาลของพนักงานรัฐวิสาหกิจรวมเข้ากองทุน - รวมเงินกองทุนเงินทดแทนและกองทุนประกันสังคมส่วนของการรักษาพยาบาล (ยังคงระบบการจัดเก็บเงิน) โดยขยายระบบประกันสังคมสู่สถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป และให้ครอบคลุมคู่สมรสและบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ - โอนเงินสมทบที่เป็นเบี้ยประกันภัยของกองทุนผู้ประสบภัยจากกรรเข้ากองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ยังคงระบบการจัดเก็บเงิน)	● ระบบเงินสมทบยังคงเป็นเช่นเดิมในส่วนของการประกันสังคม และกองทุนเงินทดแทน เนื่องจากยังไม่มีกรรวมกองทุนหลักประกันสุขภาพเป็นกองทุนเดียว ● ไม่มีการเปลี่ยนแปลงในส่วนของการคลังของสวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการ และกองทุนประกันภัยตาม พรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ.2535	
ทางเลือกของแหล่งเงินเพิ่มเติม : - จัดเก็บภาษีเพิ่ม เช่น VAT หรือเก็บเป็นภาษี	● แหล่งเงินเพิ่มเติม ได้แก่ การร่วมจ่ายเป็น Co-payment สำหรับบริการผู้ป่วยนอก 30 บาท ไม่มีการร่วมจ่ายกรณีผู้ป่วยใน และบริการต่อเนื่องในการเจ็บป่วยครั้งเดียวกัน อย่างไรก็ตามมีการยกเว้นใน	

องค์ประกอบของระบบตามรายงานฯ	รูปธรรมของสิ่งที่เกิดขึ้นในระยะ 4 ปี	แหล่งข้อมูล/เอกสารอ้างอิง
เฉพาะ “Sin tax” - ภาษีรายบุคคลจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น - การร่วมจ่ายเมื่อไปใช้บริการ (OP 30 บาท IP 100 บาท) - เพิ่มเงินสมทบประกันสังคมสำหรับผู้ประกันตนที่มีรายได้มากกว่า 15,000 บาท	กรณีผู้ยากไร้และประชาชนบางกลุ่ม (บัตรที่มี (ท)) ● ยังไม่มีการจัดเก็บภาษีเพิ่มเติมประเภทใดประเภทหนึ่งโดยเฉพาะเพื่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ● ยังไม่มีการเพิ่มเงินสมทบในส่วนของผู้ประกันตน	

3) ผลลัพธ์

การคลังของหลักประกันสุขภาพยังไม่มีความเป็นเอกภาพ ไม่มีการบริหารทางการคลังสาธารณสุขในส่วนหลักประกันสุขภาพในภาพรวม และไม่ได้อยู่บนพื้นฐานของสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพเดียวกัน กองทุนหลักประกันต่างๆ มีแนวทางในการดำเนินงานของตนเอง แม้อาจกล่าวได้ว่าในขณะนี้การคลังสาธารณสุขใช้ระบบภาษีทั่วไปเป็นสำคัญ ยกเว้นในส่วนของกองทุนประกันสังคมที่มีการใช้เงินสมทบของผู้ประกันตนร่วมด้วย แต่ถือเป็นส่วนที่ไม่มากนัก

สถานการณ์ทางการงบประมาณที่ผ่านมาชี้ให้เห็นแนวโน้มไปสู่ข้อสรุปที่ว่างบประมาณของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่เพียงพอ

- การตั้งวงเงินช่วยเหลือโรงพยาบาล (Contingency fund) ของกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการดำเนินการทุกปี ในปี 2545 ประมาณ 3,800 ล้านบาท ปี 2546 ประมาณ 500 ล้านบาท และปี 2547 ประมาณ 700 ล้านบาท ซึ่งในปีแรกเป็นงบประมาณที่ได้รับจัดสรรมาโดยตรง ในขณะที่ปี 2546 – 47 เป็นการโอนงบประมาณจัดสรรภายในกระทรวงสาธารณสุข
- สถานภาพเงินบำรุงของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่โดยเฉลี่ยมีสถานภาพเงินบำรุงลดลงอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะไม่ใช่ทุกแห่ง

4) ประเด็นอภิปรายและข้อเสนอแนะ

แสดงดังตารางที่ 3.2

ตารางที่ 3.2 ประเด็นข้อวิเคราะห์วิจารณ์และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับงบประมาณและการคลังของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ประเด็นข้อวิเคราะห์วิจารณ์	ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ข้อเสนอแนะต่อกระบวนการพัฒนางานวิชาการเชิงนโยบายของ สวรส.
การติดตามการใช้จ่ายทางสุขภาพที่แท้จริงของประชาชน ทั้งในด้านค่าใช้จ่ายและพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชน <i>ปัจจัยที่เป็นตัวหลักดันงบประมาณค่าใช้จ่ายในภาพรวมคือ ต้นทุนบริการ x การใช้บริการ</i>	- สนับสนุนการศึกษาบัญชีรายจ่ายประชาชาติด้านสุขภาพและการศึกษาติดตามที่เกี่ยวข้องกันอย่างต่อเนื่อง - สนับสนุนและส่งเสริมพัฒนาระบบบัญชีการเงินและบัญชีต้นทุนของสถานพยาบาลต่างๆ อย่างจริงจัง - ติดตามศึกษาสภาวะสุขภาพ ระบาดวิทยาความเจ็บป่วย พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ และการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนอย่างต่อเนื่อง	- การประเมินความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลทางการเงิน การใช้บริการตลอดจนข้อสมมติในการประมาณการค่าใช้จ่ายอย่างรอบคอบ - ประเมินและสอบถามความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างรอบด้าน ก่อนสรุปตัวเลข เพื่อประเมินจุดอ่อนของข้อมูล และแนวคิดในกระบวนการงบประมาณ - วิจัยสถานการณ์ทางการเงินของหน่วยบริการระดับต่างๆ ภายใต้หลักประกันสุขภาพอย่างใกล้ชิด
การพัฒนาและจัดทำระบบบัญชีการเงินและบัญชีต้นทุน	- ส่งเสริมและสนับสนุนการทำระบบบัญชีการเงินแบบเกณฑ์พึงรับพึงจ่ายของสถานพยาบาล ทั้งนี้ให้มีการบังคับใช้ในระยะเวลาที่เหมาะสม - สนับสนุนการพัฒนาระบบรายงานต้นทุนการให้บริการของสถานพยาบาลแบบบูรณาการ ทั้งในด้านผลผลิตภาพของการให้บริการ และการรายงานต้นทุนของหน่วยบริการ - ศึกษาการอุดหนุนข้ามระบบทางด้านการคลังของระบบประกันสุขภาพต่างๆ ในระดับของหน่วยบริการ ประเมินผลกระทบและวางแนวทางป้องกันปัญหาทางการเงินของหน่วยบริการ หากมีการปรับอัตราการจัดจ่ายในระบบต่างๆ เป็นมาตรฐานเดียวกัน	- ศึกษาวิจัยปัญหาอุปสรรคด้านกฎระเบียบ ความต้องการเชิงระบบ โครงสร้างพื้นฐาน และการฝึกอบรมบุคลากรด้านการบริหารจัดการการเงิน และบัญชีของระบบบริการสุขภาพของประเทศ

ประเด็นข้อวิเคราะห์วิจารณ์	ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ข้อเสนอแนะต่อกระบวนการพัฒนางานวิชาการ เชิงนโยบายของ สวรส.
ประมาณการงบประมาณในอนาคต	- พัฒนาหลักเกณฑ์ในการคำนวณงบประมาณที่มีความหนักแน่นทางวิชาการ และใช้ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ - สร้างความมุ่งมั่นและการยอมรับเชิงนโยบายเกี่ยวกับยอดวงเงินใช้จ่ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	

บทที่ 4

การจัดการกองทุน การจัดองค์กรและหน่วยงานรองรับ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1) หลักการและกรอบคิด

หลักสำคัญในการพิจารณาทางเลือกในการจัดการกองทุน การจัดองค์กรและหน่วยงาน ได้แก่

- ประเทศต่างๆ ที่จัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้นเป็นผลสำเร็จแล้วนั้น มีลักษณะที่เหมือนกันของทุกประเทศก็คือ การจัดระบบควบคุมตลาด (Market regulation) กล่าวคือ ไม่ปล่อยให้ตลาดบริการสุขภาพทำงานโดยเสรีเพราะจะเกิดภาวะตลาดล้มเหลว (Market failure) ขณะเดียวกันก็ไม่อาจละเว้นบริบทของระบบตลาดซึ่งรวมถึงการมีผู้ให้บริการหลายประเภททั้งที่เป็นของรัฐและสถานบริการเอกชน จึงจำเป็นต้องมีระบบบริหารที่มุ่งควบคุมตลาดอย่างมีประสิทธิภาพ
- หลักสำคัญของระบบบริหารคือการแยกความสัมพันธ์เชิงผลประโยชน์ระหว่างผู้ซื้อบริการออกจากผู้ให้บริการ (Purchaser-provider split) โดยรัฐมักทำหน้าที่ผู้ซื้อบริการรายใหญ่เพื่อควบคุมตลาดผ่านพลังซื้อ (Monopsonistic power) รูปแบบหนึ่งคือการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้น ซึ่งจำเป็นต้องแยกขาดออกจากกระทรวงหรือส่วนราชการที่เป็นเจ้าของสถานพยาบาล เพื่อตัดความสัมพันธ์เชิงผลประโยชน์ เงื่อนไขนี้เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับกองทุนที่จะสามารถรักษาลักษณะของประชาชนด้วยการต่อรองกับผู้ให้บริการทุกประเภทอย่างเป็นธรรม
- ในทางปฏิบัติกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรใกล้ชิดประชาชนพอสมควร จึงควรกระจายการบริหารไปตามพื้นที่ต่างๆ ขนาดของพื้นที่ที่เหมาะสม (มีประสิทธิภาพการบริหารสูงสุด) ควรมีขอบเขตดูแลประชากรราว 3-6 ล้านคน อาจเรียกหน่วยบริหารนี้ว่า “สำนักงานหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่” (Area purchaser) ซึ่งมีจำนวน 10-20 แห่ง สำหรับประเทศไทย
- อย่างไรก็ดี ยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนว่า ประเทศไทยควรมีกองทุนหลักประกันสุขภาพของประเทศเพียงกองทุนเดียวหรือเพียงระบบเดียว หรือดำเนินการเป็นกองทุนคู่ขนานระหว่างภาคการจ้างงานอย่างเป็นทางการ และไม่เป็นทางการ หรือในลักษณะอื่นใด

2) รูปแบบของการดำเนินงาน

แสดงดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 การจัดกองทุนและการจัดองค์กร และรูปธรรมของสิ่งที่เกิดขึ้น

องค์ประกอบของระบบตามรายงานฯ	รูปธรรมของสิ่งที่เกิดขึ้นในระยะ 4 ปี	แหล่งข้อมูลหรือเอกสารอ้างอิง
ทางเลือกในการจัดระบบกองทุน ได้แก่ (1) การขยายระบบสวัสดิการและการประกันสุขภาพที่มีอยู่เดิม (2) การจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยมีกองทุนเดียว (3) การจัดระบบหลักประกันสุขภาพคู่ขนานสำหรับภาคการจ้างงานอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ	- พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ในมาตรา 9 มาตรา 10 และมาตรา 11 แสดงเจตนารมณ์ของกฎหมายที่จะกำหนดให้มีการรวมกองทุนเพื่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนไว้เป็นกองทุนเดียว เป็นกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ - อย่างไรก็ตาม มีบทเฉพาะกาลที่รัฐบาลสามารถพิจารณาการรวมระบบต่างๆ ที่สำคัญได้แก่ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม (เฉพาะในส่วนของการรักษายาบาล) และการประกันภัยภายใต้ พรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ.2535 เป็นกองทุนเดียวเมื่อมีความพร้อม ทั้งนี้โดยให้ตราเป็นพระราชกฤษฎีกา	- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ³
การจัดระบบหลักประกันสุขภาพคู่ขนานประกอบด้วยกองทุนหลักประกันสุขภาพของประชาชนสำหรับภาคการจ้างงานอย่างเป็นทางการ - ข้าราชการและผู้มีสิทธิได้รับเงินอุดหนุนระบบเงินเดือนเพื่อเป็นเงินสมทบเข้าสู่กองทุนหลักประกันสุขภาพ - ผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม จ่ายเงินสมทบในอัตราเดิม - รัฐวิสาหกิจและองค์การมหาชน จ่ายเงินสมทบเข้าสู่กองทุนหลักประกันสุขภาพ	- ในสภาวะปัจจุบันภายหลังการตรา พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ประชาชนคนไทยในภาคการจ้างงานอย่างเป็นทางการยังคงได้รับความคุ้มครองภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ 2 ระบบหลัก ได้แก่ ▪ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ครอบคลุมข้าราชการ ข้าราชการบำนาญ และคู่สมรส บิดามารดา และบุตรอายุไม่เกิน 20 ปี ▪ ระบบประกันสังคม ครอบคลุมลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป - สวัสดิการด้านสุขภาพของพนักงานรัฐวิสาหกิจ และองค์การมหาชน มักได้รับการกล่าวถึงน้อย - การคลังของแต่ละกองทุนยังคงแยกขาดออกจากกัน โดยระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการยังคงเป็นระบบสวัสดิการของรัฐบาลซึ่งใช้เงินภาษี ระบบประกันสังคมมีระบบการคลังแบบไตรภาคี ที่รัฐบาล นายจ้างและลูกจ้างมีส่วนร่วมจ่ายเงินสมทบคนละหนึ่งส่วน	- การสังเกตและติดตามข้อมูลของผู้วิจัย - การสังเกตและติดตามข้อมูลของผู้วิจัย
กองทุนหลักประกันสุขภาพของประชาชน	- ในสภาวะปัจจุบันภายหลังการตรา พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ระบบ	- พรบ. หลักประกันสุขภาพ

องค์ประกอบของระบบตามรายงานฯ	รูปธรรมของสิ่งที่เกิดขึ้นในระยะ 4 ปี	แหล่งข้อมูลหรือเอกสารอ้างอิง
สำหรับภาคการจ้างงานอย่างไม่เป็นทางการ - ครอบคลุมผู้ประกอบการอาชีพอิสระ แรงงานอิสระ เกษตรกร ผู้สูงอายุ พระภิกษุสงฆ์ ผู้พิการ เด็กเล็ก เด็กในวัยเรียน - ผู้เอาประกันในกองทุนสุขภาพประชาชนไม่ต้องจ่ายเงินสมทบ แต่มีส่วนร่วมจ่าย ณ จุดบริการ - มีทางเลือกให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือชุมชนเป็นผู้จ่ายสมทบ	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้ความคุ้มครองครอบคลุมกลุ่มประชากรที่หลุดจากกลุ่มผู้มีสิทธิในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและระบบประกันสังคม นั่นคือ กลุ่มที่ไม่ได้กรจ้างงานอยู่ในระบบการจ้างงานอย่างเป็นทางการ 2 ระบบข้างต้น - การคลังยังผ่านระบบงบประมาณแผ่นดิน และใช้เงินภาษีทั่วไปเป็นหลัก ยังไม่มีการจ่ายเงินสมทบของประชาชนเข้าสู่กองทุน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่มีส่วนร่วมจ่ายเช่นกัน ยกเว้นกรุงเทพมหานครที่เป็นองค์กรหลักที่มีงบประมาณด้านสาธารณสุขค่อนข้างมากที่ยังคงนำมาเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลด้านสาธารณสุข	แห่งชาติ พ.ศ.2545
กลไกสำคัญ ประกอบด้วย ผู้คุมกฎ ผู้จัดเก็บเงินสมทบ ผู้บริหารกองทุน ผู้ซื้อบริการ กลไกสนับสนุน	- กลไกของการประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังกระจายอยู่ใน 3 ระบบหลัก ทั้งผู้คุมกฎ ผู้จัดเก็บเงินสมทบ ผู้บริหารกองทุน ผู้ซื้อบริการ กลไกสนับสนุน เป็นกลไกที่แยกขาดจากกัน และพบว่าไม่มีโดยครบถ้วนในแต่ละระบบแตกต่างกันไป	
ผู้คุมกฎ ได้แก่ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพของประชาชน	- คณะกรรมการระดับชาติตาม พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 2 ชุด ได้แก่ ▪ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (1) ▪ คณะกรรมการควบคุมและกำกับมาตรฐาน (2) - บทเฉพาะกาลของ พรบ. จำกัดอำนาจของคณะกรรมการ (1) และ (2) ในทางปฏิบัติเฉพาะในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้น ไม่ครอบคลุมถึงระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ซึ่งได้แก่ กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง ระบบประกันสังคม ได้แก่ สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน และ พรบ.คุ้มครองผู้ประภัยจากรถ อันได้แก่ กรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์	- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ³
ผู้จัดเก็บเงินสมทบ สำหรับภาคส่วนที่เป็นทางการ ได้แก่ กระทรวงการคลัง สำนักงาน	- การจัดเก็บเงินสมทบในสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ประกันสังคม และ พรบ. คุ้มครองผู้ประภัยจากรถ ยังเป็นเช่นเดิม	

องค์ประกอบของระบบตามรายงานฯ	รูปธรรมของสิ่งที่เกิดขึ้นในระยะ 4 ปี	แหล่งข้อมูลหรือเอกสารอ้างอิง
ประกันสังคม ส่วนที่ไม่เป็นทางการ ได้แก่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีกระทรวงพาณิชย์จัดเก็บเงินสมทบจากประกันภัยผู้ประสบภัยจากรถ (พรบ. 3) สมทบเข้าทั้งสองกองทุน	- ส่วนระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ใช้การระดมทุนผ่านจากภาษีผ่านระบบงบประมาณแผ่นดิน มี สปสช. และสำนักงานประมาณเป็นกลไกหลักในการดำเนินการ - การจัดเก็บโดยองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ยังไม่ได้รับการยอมรับทั้งในด้านหลักการ และความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ซึ่งผูกโยงกับนโยบายและความก้าวหน้าของการกระจายอำนาจของระบบราชการ	
ผู้บริหารกองทุน ได้แก่ สำนักงานประกันสังคม (ส่วนทางการ) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพของประชาชน (ส่วนไม่เป็นทางการ)	- โดยหลักการของกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จะปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้บริหารกองทุนทั้งหมด - ปัจจุบันผู้บริหารกองทุนโดยหลักยังคงแยกเป็น 3 ส่วน ตามระบบหลักประกันสุขภาพ คือ สปสช. สำหรับ UC กรมบัญชีกลาง สำหรับ CSMBs และสำนักงานประกันสังคม สำหรับ SSS - ปัญหาด้านการเมืองของกลุ่มผลประโยชน์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องตลอดจนปัญหาเชิงโครงสร้างและวัฒนธรรมของส่วนราชการ เป็นปัญหาอุปสรรคที่สำคัญที่มักจะถูกอ้างเพื่อต่อต้านการรวมระบบ	- การติดตามของผู้วิจัย
ผู้ซื้อบริการ ได้แก่ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่	- ในระยะเปลี่ยนผ่าน ยังไม่มีการปฏิบัติตามหลักการแยกผู้ซื้อและผู้ให้บริการออกจากกัน เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการ - โดยกฎหมาย พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จะปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการ - ยังไม่มีการจัดตั้งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ ทั้งนี้ให้สาธารณสุขจังหวัดปฏิบัติหน้าที่แทน แต่ไม่เต็มรูปแบบ สำหรับในพื้นที่กรุงเทพมหานคร มี สปสช.กทม. ซึ่งเป็นหน่วยงานในสังกัด สปสช. เป็นผู้ดูแล - อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะมีการแยกบทบาทของ สปสช. ออกจากกระทรวงสาธารณสุขแล้วก็ตาม รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข ยังคงเป็นประธานคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอยู่	- คณะทำงานเพื่อพัฒนาระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (2544)¹ - สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ³

องค์ประกอบของระบบตามรายงานฯ	รูปธรรมของสิ่งที่เกิดขึ้นในระยะ 4 ปี	แหล่งข้อมูลหรือเอกสารอ้างอิง
กลไกสนับสนุน ได้แก่ กองทุนกระจายความเสี่ยง และสำนักงานหลักประกันสุขภาพของประชาชน	- ยังไม่มีการจัดตั้งกองทุนกระจายความเสี่ยง การรองรับปัญหาสถานพยาบาลขาดทุน ดำเนินการผ่านการของบประมาณอุดหนุนเพิ่มเติมเป็นครั้งคราวโดยกระทรวงสาธารณสุข ที่เรียกว่า Contingency fund - สปสช.	
คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพของประชาชน (คปส.) มีอำนาจหน้าที่ 1. วางกรอบสิทธิประโยชน์พื้นฐานทางสุขภาพที่ระบบประกันสุขภาพของประเทศจะต้องให้ความคุ้มครอง ซึ่งควรมีการพิจารณาบทวนตามความเหมาะสม อย่างน้อยทุก 3 ปี 2. กำหนดนโยบายและมาตรฐานของบริการทางสุขภาพ หน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ คู่สัญญา ตลอดจนกำหนดมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการประกันสุขภาพของประชาชน 3. กำหนดนโยบายและหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนประกันสุขภาพ ตลอดจนหลักเกณฑ์ในการจัดสรรงบประมาณหลักประกันสุขภาพแก่พื้นที่ 4. กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการกำหนดอัตราเงินอุดหนุนให้แก่กองทุนหลักประกันสุขภาพที่จะได้รับจากรัฐบาล องค์การ	- คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีหน้าที่ 14 ประการ ตาม พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 1) กำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ และกำหนดมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้มีประสิทธิภาพ 2) ให้คำแนะนำต่อรัฐมนตรีในการแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ ออกกฎกระทรวงหรือประกาศ 3) กำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต และอัตราค่าบริการสาธารณสุข 4) กำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน 5) กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการถอดถอนเลขาธิการ 6) ออกระเบียบเกี่ยวกับการรับเงิน การจ่ายเงิน และการรักษาเงินกองทุน 7) กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น 8) สนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น 9) สนับสนุนและกำหนดหลักเกณฑ์ให้องค์กรชุมชน องค์กรเอกชนและภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร ดำเนินงานและบริหารจัดการเงินทุนในระดับท้องถิ่น โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วม 10) กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการเพื่อประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข 11) กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการลงโทษปรับทางปกครองและการเพิกถอนการขึ้นทะเบียน	- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ³

องค์ประกอบของระบบตามรายงานฯ	รูปธรรมของสิ่งที่เกิดขึ้นในระยะ 4 ปี	แหล่งข้อมูลหรือเอกสารอ้างอิง
ปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องกับการประกันสุขภาพของประชาชน 5. ให้คำแนะนำต่อรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้องในการออกประกาศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย 6. รายงานผลการดำเนินงานของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อสาธารณชน 7. ออกระเบียบในการจัดหาผลประโยชน์ของกองทุนประกันสุขภาพตามที่กฎหมายอนุญาต 8. ควบคุมดูแลสำนักงานหลักประกันสุขภาพของประชาชน ให้ดำเนินกิจการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ รวมถึง 8.1. กำหนดนโยบายในการบริหารงาน และให้ความเห็นชอบแผนการดำเนินงานของสำนักงาน 8.2. อนุมัติแผนการเงินของสำนักงาน 8.3. ควบคุมดูแลการดำเนินงานและการบริหารงานทั่วไป ตลอดจนออกระเบียบข้อบังคับ ประกาศหรือข้อกำหนดเกี่ยวกับสำนักงานตามที่กฎหมายให้อำนาจ	12) จัดทำรายงานเกี่ยวกับผลงานและอุปสรรคในการดำเนินงาน รวมทั้งบัญชีและการเงินทุกประเภทเสนอต่อคณะรัฐมนตรี สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร และวุฒิสภา 13) จัดประชุมเพื่อให้คณะกรรมการรับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไปจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการเป็นประจำ 14) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่กฎหมายกำหนด หรือตามที่คณะรัฐมนตรีมอบหมาย - บทบาทหน้าที่ตามกฎหมายของคณะกรรมการจริงกว้างขวางกว่าตามที่รายงานฯ ได้วางกรอบไว้ ด้วยเหตุผลสำคัญที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นกลไกสูงสุดในระบบ และมีคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ปฏิบัติงานและต้องรายงานต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แตกต่างจากที่ในกรอบรายงานฯ ที่วางระดับของคณะกรรมการทั้งสองไว้ในระนาบเดียวกัน เนื่องจากการวางระบบภายใต้สมมติฐานว่ามีคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ตามร่าง พรบ.สุขภาพแห่งชาติ เกิดขึ้น ซึ่งการนี้มิได้เกิดขึ้นจริงเนื่องจาก ร่าง พรบ. ดังกล่าวยังไม่ผ่านการพิจารณา และตราเป็นกฎหมาย	- คณะทำงานฯ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2544)¹
องค์ประกอบของ คปส. (1) ผู้แทนผู้บริหารนโยบายของรัฐ ซึ่งจำเป็นต้องสะท้อนนโยบายด้านการลงทุนด้านการคลัง นโยบายด้านสวัสดิการของรัฐ และนโยบายด้าน	- องค์ประกอบของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ ประกอบด้วย 6 กลุ่ม ได้แก่ ▪ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ▪ ปลัดกระทรวงที่เกี่ยวข้อง 7 กระทรวงและผู้อำนวยการสำนักงานงบประมาณ ▪ ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ³

องค์ประกอบของระบบตามรายงานฯ	รูปธรรมของสิ่งที่เกิดขึ้นในระยะ 4 ปี	แหล่งข้อมูลหรือเอกสารอ้างอิง
สาธารณสุข (2) ผู้รับสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นผู้รับประโยชน์จากการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศ ซึ่งได้แก่ ประชาชนโดยทั่วไป ลูกจ้าง ข้าราชการ ตลอดจนกลุ่มที่สะท้อนมุมมองของประชาชนบางกลุ่มซึ่งต้องการการดูแลเป็นพิเศษจากสังคม ซึ่งอาจได้มาจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีองค์ประกอบมาจากการเลือกตั้งเป็นตัวแทนของประชาชนในพื้นที่ องค์กรเอกชน (3) ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่จะให้ข้อคิดเห็น และพิจารณาประเด็นต่างๆ จากมุมมองทางวิชาการสหสาขา เพื่อให้การตัดสินใจของกรรมการตามกรอบอำนาจหน้าที่อยู่บนพื้นฐานทางวิชาการที่ชัดเจน รอบคอบและรอบด้าน	■ ผู้แทนองค์กรเอกชน ซึ่งมีวัตถุประสงค์มิใช่เป็นการแสวงหาผลกำไรและดำเนินกิจกรรมเพื่อคนกลุ่มต่างๆ ตามที่ พบ. กำหนดไว้ ■ ผู้แทนผู้ประกอบการด้านสาธารณสุข ได้แก่ ผู้แทนแพทยสภา ผู้แทนสภาการพยาบาล สมาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา และสมาคมโรงพยาบาลเอกชน ■ ผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้รับการแต่งตั้งทางด้านประกันสุขภาพ การแพทย์และสาธารณสุข การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก การเงินการคลัง กฎหมายและสังคมศาสตร์ - คณะกรรมการตามกฎหมาย ขาดในส่วนของผู้รับสิทธิประโยชน์โดยตรง ทั้งนี้เพียงอาศัยกลุ่มผู้แทนจากองค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหาผลกำไร ในขณะที่ให้น้ำหนักกับตัวแทนของส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง และผู้ประกอบการเป็นผู้ให้บริการในสัดส่วนที่มากกว่า	
หน่วยงานด้านบริหาร ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพของประชาชน และสำนักงานควบคุมกำกับคุณภาพและมาตรฐาน	- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพียงสำนักงานเดียว ทำหน้าที่ทั้งด้านการเป็นผู้บริหารเชิงนโยบาย ซึ่บริการ และกำกับคุณภาพ	
คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) มีบทบาทหน้าที่ที่สำคัญดังนี้ 1. บริหารเงินทุนหลักประกันสุขภาพของพื้นที่ เพื่อให้มีการกระจายความเสี่ยงเพียงพอ เกิด	- ในระยะเปลี่ยนผ่าน มีการกำหนดตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข ให้ตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ขึ้น ทั้งนี้โดยอ้างอิง พบ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 เพื่อให้มีหน้าที่ให้คำปรึกษา ในเรื่อง การกำหนดนโยบายและแผนพัฒนาสุขภาพของพื้นที่ จัดทำแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการในการ	- คณะทำงานเพื่อพัฒนาระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (2544)¹

องค์ประกอบของระบบตามรายงานฯ	รูปธรรมของสิ่งที่เกิดขึ้นในระยะ 4 ปี	แหล่งข้อมูลหรือเอกสารอ้างอิง
ความมั่นคงทางการเงิน เกิดการประหยัดเนื่องจากขนาด (Economy of scale) 2. บริหารและเจรจาต่อรองกับผู้ให้บริการ (Providers) ซึ่งมีความหลากหลาย 3. ตรวจสอบการปฏิบัติงานและข้อมูลของการให้บริการของผู้ให้บริการในเครือข่าย 4. ดำเนินการเบิกจ่าย เพื่อให้มีการเบิกจ่ายแก่ผู้ให้บริการที่รับผิดชอบบริการกลุ่มต่างๆได้รับเงินทดแทนตามกติกา มีการเบิกจ่ายข้ามเขตตรงตามธุรกรรมและสอดคล้องกับนโยบายของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 5. การวางแผน ประเมิน และพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ เชื่อมโยงระบบหลักประกันสุขภาพเข้ากับงานด้านสาธารณสุข (Public-health programs) และ จัดเตรียมสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมภายใต้แนวทางที่กำหนดไว้ให้ตรงกับความต้องการของพื้นที่	พัฒนาสุขภาพในพื้นที่ กำหนดหลักเกณฑ์และจัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพให้แก่หน่วยบริการ กำหนดหลักเกณฑ์ในการพิจารณา เลือกลักษณะบริการสุขภาพและจัดสรรงบประมาณให้สถานบริการสุขภาพอย่างเหมาะสม ทั้งถึงและเท่าเทียมกัน กำหนดแนวทางการดำเนินงานบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าในส่วนที่จะถือปฏิบัติในจังหวัด กำกับดูแลการออกบัตรและการกำหนดหน่วยบริการระดับต้น การรับและพิจารณาความเห็นคำร้องเรียนจากผู้มีสิทธิ สถานบริการสุขภาพและหน่วยงานต่างๆ ตลอดจนแต่งตั้งคณะกรรมการหรือคณะทำงานเพื่อปฏิบัติตามนโยบาย - ในหลักการ กสพ. ของกระทรวงสาธารณสุข ที่มีหน้าที่ข้างต้น ไม่ได้มีจุดมุ่งหมายเพื่อปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการหรือตัวแทน แต่อยู่ในฐานะที่ปรึกษาในการบริหารระบบในระดับพื้นที่ - ในทางปฏิบัติ กสพ. เป็นเพียงรูปแบบทดลอง จึงไม่มีอำนาจที่แท้จริง การดำเนินงานในระดับจังหวัดยังคงอาศัยสาธารณสุขจังหวัด เป็นกลไกหลักในการดำเนินงาน มีการปรับโครงสร้างและแต่งตั้งคณะกรรมการต่างๆ เพื่อผลักดันให้มีการดำเนินการตามนโยบายให้เกิดรูปธรรม - จุดเน้นของกลไกเพื่อการดำเนินงานในพื้นที่ ไปอยู่ที่ระดับเครือข่ายบริการปฐมภูมิโดยมีการตั้งเป็นคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิ หรือที่เรียกว่า CUP Board ซึ่งจะทำหน้าที่บริหารระบบในระดับอำเภอ - รูปแบบอื่นๆ ที่เกิดขึ้นเพื่อการบริหารในระดับพื้นที่ ที่แตกต่างไป คือรูปแบบของกรุงเทพมหานคร ที่มีการดำเนินการในรูปของคณะกรรมการ ที่ประกอบด้วยตัวแทนจากผู้ให้บริการสังกัดต่างๆ ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยเดิมมีกรมการแพทย์เป็นผู้ประสานงาน ต่อมาเมื่อมีการก่อตั้ง สปสช. จะมี สปสช.กทม. เป็นผู้ประสานงาน อย่างไรก็ตามคณะกรรมการชุดนี้ ไม่มีตัวแทนจากประชาชนผู้รับบริการเข้ามามีส่วนร่วม	- เกรียงศักดิ์ เอกพงษ์ และวงศา เลานศิริวงศ์ (2547)¹³
องค์ประกอบของ กสพ.	- กสพ. ประกอบด้วย ตัวแทนฝ่ายท้องถิ่น ตัวแทนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตัวแทน	

องค์ประกอบของระบบตามรายงานฯ	รูปธรรมของสิ่งที่เกิดขึ้นในระยะ 4 ปี	แหล่งข้อมูลหรือเอกสารอ้างอิง
1. ตัวแทนของส่วนราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ ได้แก่ ตัวแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และเภสัชกรจังหวัด 2. ตัวแทนภาคประชาชน 3. ผู้เชี่ยวชาญนักวิชาการที่ได้รับการคัดเลือก ใน 4 สาขา เลือกโดยกลุ่มตัวแทนภาคประชาชน เช่น ที่ปรึกษาด้านการแพทย์ ที่ปรึกษาด้านกฎหมาย ที่ปรึกษาด้านสาธารณสุข ที่ปรึกษาด้านประกันสุขภาพ 4. ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ เป็นเลขานุการของคณะกรรมการที่ไม่ใช่กรรมการที่ไม่สิทธิ	สถานพยาบาล ตัวแทนภาคประชาชน โดยมีนายกองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นประธาน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นเลขานุการ	

3) ผลลัพธ์

- กองทุนหลักประกันสุขภาพของประเทศ
ยังคงแยกเป็น 3 กองทุนหลัก ที่ยังมีความแตกต่างกัน ทั้งในเชิงหลักคิด องค์กร สิทธิประโยชน์ และการดำเนินงาน
- หลักการการแยกความสัมพันธ์เชิงผลประโยชน์ระหว่างผู้ซื้อบริการออกจากผู้ให้บริการ (Purchaser-provider split)
ยังไม่ประสบผลสำเร็จในการแยกกลไกในการซื้อบริการ ออกจากผู้ให้บริการได้โดยเด็ดขาด แม้ว่าจะมีการตั้ง สปสช. แต่ยังคงมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีกรรมการผู้เป็นสมาชิกจำนวนมากเป็นตัวแทนของผู้ให้บริการ และยังให้หน่วยงานในส่วนภูมิภาค โดยเฉพาะสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ดำเนินการแทน
นอกจากนี้การบริหารจัดการของกระทรวงสาธารณสุขทั้งในส่วนกลาง และระดับพื้นที่ ทำให้เกิดความสับสนในการแบ่งส่วนการบริหารกิจกรรมภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเฉพาะทางด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ออกจากกิจกรรมด้านสาธารณสุขที่ควรเป็นภารกิจของกระทรวงสาธารณสุขอย่างแท้จริง อิทธิพลของนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ตลอดจนการดำเนินการโครงการต่างๆ ในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ถูกนำมาผูกโยงในด้านการบริหารจัดการเข้ากับกิจกรรมภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จนแทบจะแยกออกจากกันได้ยาก เช่น เมื่อนำอยู่ งานโภชนาการ การรณรงค์การออกกำลังกาย เป็นต้น ทำให้อาจส่งผลกระทบต่อความชัดเจนของการติดตามประเมินผลการดำเนินงานของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับประชาชน
- การกระจายการบริหารของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
การกระจายการบริหารเป็นไปอย่างไม่เป็นทางการ ยังไม่รูปธรรมของระบบบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพที่เป็นองค์กรชัดเจนในระดับพื้นที่

4) ประเด็นอภิปรายและข้อเสนอแนะ

แสดงดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ประเด็นข้อวิเคราะห์วิจารณ์และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการจัดกองทุน และการจัดองค์กร

ประเด็นข้อวิเคราะห์วิจารณ์	ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ข้อเสนอแนะต่อกระบวนการพัฒนางานวิชาการ เชิงนโยบายของ สวรส.
การรวมหลักประกันสุขภาพของประเทศเป็นกองทุนเดียว มีข้อควรคำนึงในแง่ความเป็นไปได้ทางการเมือง แหล่งที่มาของงบประมาณ ระบบบริหารจัดการ ความพร้อมทางเทคนิค อัตราค่าจ้าง ความหลากหลาย ผลกระทบต่อระบบบริการอื่นเนื่องจากผลกระทบเชิงทรัพยากร และการยอมรับของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ	- ทบทวนความจำเป็น ข้อดีและข้อจำกัดที่เกิดจากการรวมระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศเป็นกองทุนเดียว - สร้างกลไกการประสานงานใน 3 ระดับ คือ ระดับนโยบาย ระดับบริหาร และระดับเทคนิคเพื่อสร้างความสอดคล้องของหลักการ สิทธิประโยชน์ งบประมาณ ความต้องการด้านสารสนเทศ และการดำเนินงานระหว่าง 3 กองทุนหลัก	- ศึกษาวิจัย และพยากรณ์ประเด็นการเปลี่ยนแปลงและผลกระทบของการรวมระบบ 3 กองทุน ทั้งในประเด็นเชิงนโยบาย กฎหมาย ระเบียบ องค์กรบริหาร การบริหารและพัฒนาบุคลากร ระบบการจัดการ ความต้องการเชิงงบประมาณ ลำดับขั้นการเปลี่ยนแปลง ตลอดจนผลกระทบต่อผู้มีสิทธิในระบบต่างๆ และผู้ให้บริการ
การแบ่งแยกผู้ซื้อบริการและผู้ให้บริการ ระบบบริการสุขภาพในภาครัฐมีโครงสร้างและความเกี่ยวพันกันที่ซับซ้อนกว่าโครงสร้างที่เป็นทางการ การเปลี่ยนแปลงที่จุดหนึ่ง สามารถส่งผลกระทบต่อจุดอื่นๆ และขยายผลกระทบต่อไปในวงกว้างได้ อันเนื่องมาจากปัจจัยด้านกฎหมาย ระเบียบราชการ ความสามารถและอัตราค่าจ้างของบุคลากรภาครัฐ นอกจากนี้ยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนเพียงพอว่าการแบ่งแยกบทบาทของผู้ซื้อบริการและผู้ให้บริการจะส่งผลในระยะสั้นอย่างไร และระยะยาวอย่างไร ชัดเจน แม้ว่าจะมีการดำเนินการในวงจำกัดอยู่แล้วในระยะหนึ่งในส่วนของระบบประกันสังคม	- ปรับเปลี่ยนโครงสร้างของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้มีนายกรัฐมนตรี (หรือรองนายกรัฐมนตรี) เป็นประธาน เพื่อให้เกิดการประสานงานเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และลดความขัดแย้งเชิงผลประโยชน์ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข	- ศึกษาวิจัยทางเลือกของการบริหารจัดการความสัมพันธ์ระหว่างผู้ซื้อและผู้ให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพ ทั้งในระดับนโยบาย และการบริหารระบบ

ประเด็นข้อวิเคราะห์วิจารณ์	ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ข้อเสนอแนะต่อกระบวนการพัฒนางานวิชาการ เชิงนโยบายของ สวรส.
บทบาทของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการ สาธารณสุข รูปแบบ กลไกและระบบการทำงานของคณะกรรมการทั้งสองมีระบุไว้อย่างชัดเจนตามกฎหมาย อย่างไรก็ตาม บทบาทของคณะกรรมการทั้งสองยังไม่ปรากฏชัดต่อ สาธารณะ ทั้งในด้านการพัฒนานโยบายเชิงรุก และการ ติดตามประเมินผลความก้าวหน้าและความสำเร็จตามที่ระบุ บทบาทหน้าที่ตามกฎหมายไว้ การประสานงานกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติอื่นเป็นองค์กรด้านบริหารเพียงองค์กรเดียว อาจเพิ่ม ความจำเป็นของการมีหน่วยงานด้านการตรวจสอบภายใน (Internal audit) ที่มีความเข้มแข็ง เพื่อให้ข้อมูลป้อนกลับใน การพัฒนาระบบบริหารจัดการ	- ส่งเสริมบทบาทของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติให้โดดเด่นมากขึ้นในการกำกับดูแลหลักประกัน สุขภาพสำหรับประชาชนคนไทยทุกคนอย่างแท้จริง ตาม เจตนารมณ์ของกฎหมาย แม้ว่าโครงสร้างในทางปฏิบัติอาจ มิได้รับผิดชอบบริหารกองทุนด้านการประกันสุขภาพทั้งหมด ตลอดจน กำหนดทิศทางการพัฒนาที่ชัดเจน ประเมิน ความก้าวหน้าเสนอต่อประชาชน - ส่งเสริมบทบาทของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและ มาตรฐานบริการสาธารณสุขให้โดดเด่นมากขึ้นในการพัฒนา นโยบายที่สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ตามกฎหมายให้ สะท้อนทิศทางของการพัฒนาที่ชัดเจน ตลอดจนการประเมิน ความก้าวหน้าเสนอต่อประชาชน เพื่อรับฟังข้อคิดเห็น สาธารณะเป็นประจำ - พัฒนาระบบบริหารงานภายในของสำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติเพื่อให้ได้ตามมาตรฐานสากล	- ศึกษาและทำความเข้าใจกับพลวัตด้านการเมือง ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใต้ระบบหลักประกัน สุขภาพ เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนา กระบวนการวิจัย และพัฒนานโยบายในเรื่อง หลักประกันสุขภาพต่อไปในอนาคต
องค์ประกอบ ที่มาและบทบาทของกรรมการในคณะกรรมการ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ยังไม่มีข้อมูลเชิงประจักษ์ หรือการศึกษาที่ระบุหรือ ติดตามบทบาทของกรรมการแต่ละท่านในคณะกรรมการ	- ปรับเปลี่ยนโครงสร้างของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ ให้มีนายกรัฐมนตรี (หรือรองนายกรัฐมนตรี) เป็น ประธาน เพื่อช่วยให้คณะกรรมการสามารถแสดงบทบาทใน ฐานะที่ดูแลหลักประกันสุขภาพของประชาชนในประเทศไทย	- ศึกษาวิจัยประเมินผลบทบาทหน้าที่ และการมีส่วนร่วม ของกรรมการแต่ละตำแหน่งในคณะกรรมการ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการให้ข้อมูล แสดง ความคิดเห็น เป็นที่ปรึกษาทางเทคนิค การให้ความ

ประเด็นข้อวิเคราะห์วิจารณ์	ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ข้อเสนอแนะต่อกระบวนการพัฒนางานวิชาการ เชิงนโยบายของ สวรส.
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สะท้อนถึงความเหมาะสมขององค์ประกอบและการปฏิบัติงานตามเจตนารมณ์ที่ได้กำหนดไว้ในกำหนด	ทั้งหมด มิใช่แต่เพียงหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากระบบ 30 บาทรักษาทุกคน	ร่วมมือในการประสานงาน และอื่นๆ ตลอดจน ทบทวนการกำหนดโครงสร้างและกระบวนการสรรหากรรมการ
การจัดองค์กรในการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ที่เหมาะสม ทั้งในด้านการนำ ขนาดขอบเขตความรับผิดชอบ การบริหารจัดการ และความสัมพันธ์กับการบริหารงานทางสาธารณสุข การจัดแบ่งงาน งบประมาณและการวางระบบงานบุคลากรจากส่วนกลางสู่ส่วนภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุข ยังมีความไม่ชัดเจนของขอบเขตงานภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กับงานด้านสาธารณสุข นอกจากนี้ขอบเขตพื้นที่ในระดับจังหวัดมักมีขนาดของประชากรเล็กเกินไปสำหรับการกระจายความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ การทำงานในระดับพื้นที่เกิดความขัดแย้งขึ้นบ่อยครั้งในหลายพื้นที่ โดยโครงสร้างที่ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้บริหารกองทุนระดับจังหวัด อาจเนื่องจากสาเหตุต่างๆ ที่เป็นไปได้ดังต่อไปนี้ - การจัดแบ่งงบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัด ไม่เพียงพอกับต้นทุนการดำเนินงานของโรงพยาบาล	- การพัฒนาสำนักงานหรือกองทุนสาขาของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรมีการทบทวนความเป็นไปได้ และการดำเนินงานของกองทุนสาขาในระดับกลุ่มจังหวัดแทนที่ระดับจังหวัด ทั้งนี้ควรให้ครอบคลุมประเด็นด้านโครงสร้างองค์กร การประสานงานและการจัดอัตรากำลังคนด้วย - กระทรวงสาธารณสุขควรมีการดำเนินการที่สำคัญดังนี้เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการบริหารงานบุคคล ตลอดจนระบบงบประมาณทั้งงบเงินเดือนและงบดำเนินงาน ● การจัดระบบงานบุคลากร ตลอดจนงบประมาณ เงินเดือนตามสายงานหลัก สำหรับงานด้านสาธารณสุข และงานบริการสุขภาพ ● ทบทวนความชัดเจนของนโยบายการกระจายอำนาจ	- การศึกษาและจัดทำข้อเสนอแนะที่มีการเปลี่ยนแปลง ปรับปรุงหรือปฏิรูป ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการทำงานของส่วนราชการของกระทรวง ทบวง กรมต่างๆ ที่เป็นเรื่องสำคัญ หรือคร่อมสายงาน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขควรมีการจัดทำคณะทำงานเพื่อศึกษาและจัดทำรายงานวิจัยเกี่ยวกับกฎหมาย ระเบียบหรือการปรับเปลี่ยนที่จำเป็นในประเด็นที่อาจเป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อข้อเสนอทางวิชาการไว้ด้วย ทั้งนี้เพื่อช่วยเหลือในการผลักดันการนำข้อเสนอทางวิชาการสู่การปฏิบัติ โดยเฉพาะประเด็นที่เกี่ยวข้องกับระบบงบประมาณ เงินเดือน การใช้จ่าย โครงสร้างองค์กร บทบาทอำนาจหน้าที่ และระบบบุคลากร

ประเด็นข้อวิเคราะห์วิจารณ์	ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ข้อเสนอแนะต่อกระบวนการพัฒนางานวิชาการ เชิงนโยบายของ สวรส.
- การมีผลประโยชน์ทับซ้อนกัน เพราะอยู่ในฐานะทั้ง ที่เป็นผู้ซื้อและผู้ให้บริการ จำเป็นต้องมีการจัดสรร เพื่อความอยู่รอดของเครือข่ายทั้งหมด		

บทที่ 5

กลไกการจ่ายเงินและการตรวจสอบ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1) หลักการและกรอบคิด

จากผลศึกษาประสบการณ์ของนานาประเทศพอจะสรุปได้ว่า กลไกที่สำคัญที่สุดประการหนึ่งในระบบประกันคือ ระบบการจ่ายเงินแก่สถานบริการ (Payment method) ในประเทศไทยตัวอย่างที่เป็นหลักฐานประจักษ์ คือ ผลของระเบียบการจ่ายเงินของระบบสวัสดิการข้าราชการเปรียบเทียบกับระบบประกันสังคม ซึ่งระบบทั้งสองนี้เป็นแนวทางสุดโต่งสองด้าน ระบบแรกไม่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้เลย ส่วนระบบหลังมีปัญหาด้านคุณภาพบริการ

แนวทางสำคัญของระบบจ่ายเงินใหม่ ได้แก่

- (1) โน้มน้าวให้ผู้ใช้บริการไปหาสถานบริการปฐมภูมิ (Primary care) ก่อน เนื่องจากเป็นบริการที่สร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพด้วยต้นทุนต่ำ รวมทั้งเป็นบริการแบบองค์รวมที่มีทั้งการรักษาพยาบาลและการป้องกันโรค ทั้งนี้โดยการจ่ายเงินส่วนใหญ่ไปยังเครือข่ายสถานบริการปฐมภูมิโดยตรง (ไม่ใช่จ่ายแก่สถานบริการขนาดใหญ่เป็นต้นทางอย่างระบบประกันสังคมปัจจุบัน)

■ แยกการจ่ายเงินให้เหมาะสมกับลักษณะบริการ

การกำหนดกติกาแยกแยะเช่นนี้จะทำให้ผู้ให้บริการแต่ละกลุ่มบริการอยู่ภายใต้แรงจูงใจที่เหมาะสม วิธีการจ่ายเงินตามแนวทางข้างต้นจึงมีผลไม่เพียงต่อการควบคุมค่าใช้จ่ายเท่านั้น แต่ยังก่อให้เกิดระบบเครือข่ายสถานบริการปฐมภูมิ กระตุ้นการแข่งขันระหว่างผู้ให้บริการ อันเป็นเงื่อนไขสำคัญที่จะเพิ่มผลลัพธ์ด้านสุขภาพด้วยต้นทุนต่ำ อีกทั้งยกระดับมาตรฐานบริการให้ดีขึ้นด้วย

2) รูปธรรมของการดำเนินงาน

แสดงได้ดังตารางที่ 5.1

ตารางที่ 5.1 กลไกการจ่ายเงิน การตรวจสอบ และรูปธรรมของสิ่งที่เกิดขึ้น

องค์ประกอบของระบบตามรายงานฯ	รูปธรรมของสิ่งที่เกิดขึ้นในระยะ 4 ปี	แหล่งข้อมูลหรือเอกสารอ้างอิง
หลักการที่สำคัญ (1) สอดคล้องกับเป้าหมายของการสร้างหลักประกันสุขภาพของประเทศ (2) ใช้รูปแบบวิธีการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการผสมผสานร่วมกันหลายวิธี ที่เหมาะสมกับการใช้ทรัพยากรโดยเน้น • การกระตุ้นผู้ให้บริการให้เพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพของการให้บริการ และบริหารจัดการ • การสร้างความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการในระดับที่ยอมรับได้สำหรับคนในสังคม • การเอื้อต่อการพัฒนาบริการให้เกิดความต่อเนื่องใกล้บ้าน ตลอดจนได้รับความสะดวกตามสมควรในการใช้บริการข้ามเขต • การเอื้อให้มีการส่งต่อผู้ป่วยเท่าที่จำเป็นด้วยเหตุผลทางการแพทย์เท่านั้น จะไม่ลดหรือเพิ่มแรงจูงใจทางการเงินให้ส่งต่อน้อยหรือมากกว่าที่ควรด้วยเหตุผลทางการแพทย์ • การสนับสนุนให้เกิดบริการแบบองค์รวม และมีบูรณาการ คือมีบริการทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพในบริบทที่เหมาะสม • การลดความซับซ้อนของวิธีการจ่าย และการ	- ในระยะเปลี่ยนผ่าน กระทรวงสาธารณสุขกำหนดหลักการของระบบการเงินการคลังเพื่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไว้ว่าจะต้องเป็นระบบที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ในระยะยาว และต้องระวังไม่ให้เกิดสภาพที่ประชาชนมาพึ่งบริการมากเกินไปจนเกินความจำเป็น กลไกการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลจะต้องเป็นการจ่ายแบบปลายปิด และเป็นการจ่ายเงินแบบมุ่งเน้นผลลัพธ์การดำเนินงาน (Performance related payment) - ตาม พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ให้เป็นอำนาจของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการกำหนดอัตราค่าบริการสาธารณสุข ซึ่งนัยครอบคลุมชนิดของกลไกการจ่ายเงินแก่หน่วยบริการ - การดำเนินการในระยะต่อมาโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ยังคงหลักการเดิมของกลไกการจ่ายเงินต่อไป ■ ยังไม่พบข้อมูลที่ชัดเจนที่แสดงถึงการติดตามประเมินผลกระทบของกลไกการจ่ายเงินตามจุดมุ่งหมายของกระทรวงสาธารณสุขข้างต้นในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่บูรณาการไว้ระบบการทำงาน ■ กลไกการจ่ายเงินที่นำมาใช้จริง เป็นรูปแบบผสมผสานร่วมกันหลายวิธี ■ การเน้นกลไกการจ่ายเงินแบบปลายปิด น่าจะส่งเสริมให้มีการเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการและบริหารจัดการ อย่างไรก็ตามผลกระทบต่อคุณภาพยังไม่มีข้อมูลชัดเจน ■ หลักการการสนับสนุนให้เกิดบริการแบบองค์รวมและบูรณาการไม่ปรากฏชัดเจน แต่อาจกล่าวได้ว่าแฝงอยู่ในระบบการจ่ายแบบปลายปิดที่เลือกใช้ แต่ยังไม่เห็นหลักฐานหรือข้อมูลจากการวิจัยว่ากลไกดังกล่าวเพียงพอสำหรับการกระตุ้นให้เกิดการบูรณาการของ	- คณะทำงานเพื่อพัฒนาระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (2544)¹

องค์ประกอบของระบบตามรายงานฯ	รูปธรรมของสิ่งที่เกิดขึ้นในระยะ 4 ปี	แหล่งข้อมูลหรือเอกสารอ้างอิง
จัดการข้อมูลเพื่อการเบิกจ่าย ทั้งต่อผู้ให้บริการและผู้ให้บริการ (3) ให้มีส่วนร่วมจ่ายของผู้ให้บริการ ณ จุดการใช้บริการในระดับหนึ่ง เพื่อลดทอนปัญหาการใช้บริการที่ไม่จำเป็น โดยไม่เป็นอุปสรรคทางการเงินต่อการเข้าถึงบริการ (4) สร้างระบบฐานข้อมูลของผู้มีสิทธิเพื่อการจัดสรรทรัพยากร และฐานข้อมูลของการให้บริการและทรัพยากรตลอดจนรูปแบบการเบิกจ่าย สำหรับการวางแผนด้านการเงินการคลังทางสุขภาพและการติดตามตรวจสอบประสิทธิภาพและคุณภาพของผู้ให้บริการ (5) พัฒนากลไกตรวจสอบการเบิกจ่ายและการให้บริการ ควรจัดระบบให้มีการแยกระหว่างผู้ซื้อบริการหรือผู้จ่ายเงิน ออกจากฐานะการเป็นผู้ให้บริการ (Purchaser-provider split) โดยเฉพาะการให้บริการทางสุขภาพบุคคล (Personal health care) (6) สร้างความรับผิดชอบของเครือข่ายบริการต่อการดูแลสุขภาพของประชาชนในระยะยาว	การบริการอย่างชัดเจน นอกเหนือไปจากแนวโน้มการให้บริการของหน่วยบริการของรัฐ ที่มีหน้าที่ให้บริการในด้านต่างๆ ทั้งการรักษาฟื้นฟู ส่งเสริมและป้องกันโรคอยู่แล้ว ■ การมีส่วนร่วมจ่ายของผู้ใช้บริการกำหนดไว้ 30 บาทต่อครั้ง ยกเว้นในกรณีการรักษาต่อเนื่อง การส่งต่อ และกรณีผู้มีสิทธิได้รับการยกเว้น เนื่องจากเป็นผู้ถือบัตร สปร. มา ก่อน (บัตรทองที่มี (ท)) - มีการศึกษาว่ากลไกการจ่ายเงินแบบแยกจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยนอกแบบเหมาจ่ายรายหัวไปยังสถานพยาบาล และการจ่ายผู้ป่วยในโดยใช้งบประมาณรวมที่ระดับจังหวัด เป็นวิธีการที่เอื้อต่อการส่งต่อผู้ป่วยมากกว่า แต่ยังไม่มีการศึกษาลงไปถึงเหตุผลที่เป็นข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ของการส่งต่อ - กลไกการจ่ายแบบปลายปิดช่วยลดความซับซ้อนของวิธีการจ่ายได้ แต่ความถูกต้องของข้อมูลเพื่อการเบิกจ่ายยังคงเป็นโอกาสพัฒนาที่สำคัญ กรณีศึกษาของข้อมูลการเบิกจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยใน มีความคาดเคลื่อนได้ถึงกว่าร้อยละ 30	- ศุภสิทธิ์ พรพรรณารุณทัตย์ (2545)¹⁴ - จเด็จ ธรรมธัชอารี และสาหร่าย เรืองเดช. (2546)¹⁵
สิทธิประโยชน์และความคุ้มครอง (1) กลุ่มบริการทางสุขภาพทั่วไป ได้แก่ บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลและ	- ในระยะเปลี่ยนผ่าน การจัดกลุ่มของสิทธิประโยชน์และความคุ้มครองโดยพื้นฐาน แบ่งเป็น ■ การรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ ประกอบด้วย บริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยใน บริการกรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และการรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง	- คณะทำงานเพื่อพัฒนาระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (2544)¹

องค์ประกอบของระบบตามรายงานฯ	รูปธรรมของสิ่งที่เกิดขึ้นในระยะ 4 ปี	แหล่งข้อมูลหรือเอกสารอ้างอิง
พื้นที่ผสมรรถภาพ ตลอดจน ยาและเวชภัณฑ์ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีการจัดบริการในลักษณะของ (A) บริการในสถานพยาบาลเป็นผู้ป่วยนอก (Ambulatory care) หรือในลักษณะบริการเชิงรุกในชุมชน (Community care) หรือ (B) บริการผู้ป่วยใน (Inpatient care) ที่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานทางสุขภาพและไม่มีภาระบัพได้ โดยเฉพาะในกลุ่มบริการอื่น (2) <u>กลุ่มบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค</u> (3) <u>กลุ่มบริการทันตกรรม</u> (4) <u>กลุ่มบริการอนามัยแม่และเด็ก</u> (5) <u>กลุ่มบริการฉุกเฉินและการส่งต่อกรณีฉุกเฉิน</u> (6) <u>กลุ่มบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงหรือบริการเฉพาะทาง</u> (7) <u>กลุ่มบริการการดูแลฟื้นฟูสุขภาพระยะยาว</u> (8) <u>กลุ่มบริการข้ามเขต</u> (9) <u>กลุ่มบริการยกเว้น</u>	■ บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ประกอบด้วยชุดสิทธิประโยชน์ 10 กลุ่มครอบคลุม การให้แม่และใช้สมุดบันทึกสุขภาพประจำตัว การตรวจและดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพของหญิงมีครรภ์ การดูแลสุขภาพเด็ก พัฒนาการ และภาวะโภชนาการของเด็ก รวมถึงการให้ภูมิคุ้มกันโรค การตรวจสุขภาพประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง การให้ยาต้านไวรัสเอดส์ กรณีเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก การวางแผนครอบครัว การเยี่ยมบ้าน และการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การให้ความรู้ด้านสุขภาพ การให้คำปรึกษา และการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก ■ มีการกำหนดกลุ่มโรคยกเว้น ที่อยู่นอกชุดสิทธิประโยชน์ ได้แก่ กลุ่มที่ปัจจุบันมีงบประมาณจัดสรรให้เป็นการเฉพาะ กลุ่มที่เกินกรอบความจำเป็น และกลุ่มโรคอื่นๆ เช่น อยู่ระหว่างการค้นคว้าทดลอง - พื้นฐานการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ดังกล่าว อยู่บนลักษณะงานเดิมที่สถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการอยู่ มากกว่าหลักวิชาการเกี่ยวกับความต้องการบริการสุขภาพของประชาชน - แนวทางดังกล่าวยังได้รับการยึดถือในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาจนถึงปัจจุบัน (ปีงบประมาณ 2548) - ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ มีการดำเนินการในความพยายามที่จะจัดระบบบริการสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังใหม่ แยกจากบริการทางการแพทย์อื่นๆ ให้มีการลงทะเบียนผู้ป่วย ซึ่งโรงพยาบาลจะมีการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายกับกรมบัญชีกลางตามที่จ่ายจริงโดยตรง - ระบบประกันสังคม ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงสิทธิประโยชน์	- สุชาติ สรณสถาพร (2547)⁷
ความครอบคลุมต้นทุน	- กลไกการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการครอบคลุมในส่วนของค่าวัสดุและค่าแรงเป็นหลัก	

องค์ประกอบของระบบตามรายงานฯ	รูปธรรมของสิ่งที่เกิดขึ้นในระยะ 4 ปี	แหล่งข้อมูลหรือเอกสารอ้างอิง
1) ค่าวัสดุ 2) ค่าแรง 3) ค่าเสื่อมราคาของการลงทุน	- หน่วยบริการที่เป็นสถานพยาบาลของรัฐในกระทรวงสาธารณสุข - หน่วยบริการที่เป็นสถานพยาบาลของรัฐนอกกระทรวงสาธารณสุข - หน่วยบริการที่เป็นเอกชนจะได้รับเงินเป็นเงินเหมาจ่ายรายหัวเต็มจำนวนโดยไม่หักค่าแรงไว้ - ความครอบคลุมในส่วนของค่าเสื่อมราคา จะแยกดำเนินการเป็น 2 ส่วน คือ ■ การชดเชยค่าเสื่อมราคาของสินทรัพย์ ■ การลงทุนใหม่ ซึ่งเน้นไปที่การลงทุนสำหรับการจัดตั้งศูนย์ความเป็นเลิศ	
ทางเลือกของวิธีการจ่ายเงิน 1. การเหมาจ่ายรายหัวปรับตามความเสี่ยง (Risk-adjusted capitation) สำหรับบริการทางสุขภาพทั่วไปกรณีผู้ป่วยนอก (บริการกลุ่ม A) ปัจจัยที่ควรนำมาใช้ในการปรับความเสี่ยงของกลุ่มประชากร ได้แก่ เพศ อายุ พื้นที่ ความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ทั้งนี้โดยมีการหักส่วนเงินค่าตอบแทนจำนวนเล็กน้อยเมื่อมีการส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล (Admission toll) และชดเชยกลับคืนให้แก่ผัฒนกับอัตราการส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยในสัมพันธ์กับค่าเฉลี่ยของประเทศ (Retrospective compensation) และมีส่วนหักกรณีผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนมีการใช้บริการข้ามเขตเกินกว่าเกณฑ์ที่กำหนดโดยไม่เคยมาใช้บริการที่หน่วยบริการคู่สัญญา	- ในระยะเปลี่ยนผ่าน กลไกการจ่ายเงินสำหรับบริการสุขภาพตามสิทธิประโยชน์ประเภทต่างๆ มีการจัดไว้ดังนี้ ■ บริการผู้ป่วยนอก หรือบริการระดับปฐมภูมิ จ่ายเป็นแบบเหมาจ่ายรายหัว ต่อคนต่อปีไปยังหน่วยบริการโดยตรง ยังไม่มีการปรับอัตราตามความเสี่ยง ■ บริการผู้ป่วยใน แยกเป็น 2 วิธีการ ได้แก่ การรวมอยู่กับบริการผู้ป่วยนอก เป็นการเหมาจ่ายรายหัวให้กับหน่วยบริการ (Inclusive capitation) หรือรวมไว้เป็นงบประมาณรวม (Global budget) ที่ระดับจังหวัดและจัดสรรโดยคณะสัมพัทธ์คำนวณโดยใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis-related groups, DRG) ■ บริการกรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ให้มีการจ่ายเป็นรายครั้งของการรับบริการ โดยมีการกำหนดอัตราไถ่ลวงหน้า (Fee schedule) ทั้งการบริการทางการแพทย์กรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน การผ่าตัด การรักษาในห้องผู้ป่วยหนัก และกรณีที่ต้องตรวจรักษาด้วยเทคโนโลยีขั้นสูง เช่น CT scan ■ การรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง จะได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุนบัตรประกันสุขภาพโดยตรง ได้แก่การจ่ายสำหรับการรักษาโรคที่มีราคาแพง การรักษาที่ใช้วัสดุอุปกรณ์ราคาแพง	- คณะทำงานเพื่อพัฒนาระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (2544)¹

องค์ประกอบของระบบตามรายงานฯ	รูปธรรมของสิ่งที่เกิดขึ้นในระยะ 4 ปี	แหล่งข้อมูลหรือเอกสารอ้างอิง
2. การจ่ายค่ายาและเวชภัณฑ์ในกรณีผู้ป่วยนอกตามรายการอัตรากลาง (Price list) การจ่ายโดยงบประมาณรวม จัดสรรตามการรับอยู่โรงพยาบาลโดยใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Global budget with per-admission allocation by DRGs) 3. การจ่ายเป็นรายวัน (Per-diem payment) สำหรับกรณีผู้ป่วยในที่เกิดขึ้นขอเขตของการจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ครอบคลุมต้นทุนค่าวัสดุและค่าแรงเป็นหลัก 4. การเหมาจ่ายรายหัวปรับอัตราตามกลุ่มอายุ (Age-adjusted capitation) สำหรับบริการพื้นฐานทางทันตกรรม 5. การจ่ายตามรายการอัตราค่าบริการ (Fee schedule) สำหรับกลุ่มบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (C) กลุ่มบริการทันตกรรมที่เป็นหัตถการ (D) กลุ่มบริการอนามัยแม่และเด็ก (E) กลุ่มบริการฉุกเฉินและส่งต่อ (F) G, H 6. การจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นรายวัน (Per-diem) เหมาจ่ายสำหรับกลุ่มบริการการดูแลระยะยาว	การรักษาทางเลือกที่มีหลักฐานยืนยันว่ามีผลดี การรักษาที่ต้องใช้เทคโนโลยีเฉพาะ ซึ่งจะต้องได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการก่อน และหน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายตามอัตราค่ารักษาพยาบาลที่กำหนดไว้ อย่างไรก็ตามรูปแบบของการปฏิบัติที่แท้จริงจะครอบคลุมในส่วนของ การรักษาโรคที่มีราคาแพง วัสดุอุปกรณ์ราคาแพงเป็นหลัก เนื่องจากมีการปฏิบัติอยู่ในส่วนของระบบประกันสังคม และสวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการ ■ บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีรูปแบบหลักของการจ่ายเงินเป็นแบบมีรายการอัตราค่าใช้จ่าย (Fee schedule) ตามผลงาน อย่างไรก็ตามรูปแบบและอัตราที่จ่ายมีความแตกต่างกันไปในแต่ละจังหวัด ซึ่งอาจมีการจ่ายแบบเหมาจ่ายเป็นรายหัวไปส่วนหนึ่ง และมีการจ่ายเป็นรายโครงการอีกจำนวนหนึ่ง ■ การจ่ายให้แก่หน่วยบริการภาคเอกชนที่เป็นโรงพยาบาล เป็นแบบ Inclusive capitation - การปรับเปลี่ยนการจ่ายในระยะต่อมา ได้แก่ การยกเลิกการจ่ายแบบ Inclusive capitation ในทุกจังหวัดที่มีการใช้มาก่อน ปรับเป็น Exclusive capitation ทั้งหมด และมีการปรับในเรื่องการจ่ายเงินสำหรับการรักษาโรคที่มีราคาแพง กำหนดโดยใช้ระดับของคะแนนสัมพัทธ์ DRG ซึ่งจะมีการตัดจ่ายจากกองทุนหลักประกันสุขภาพส่วนกลาง แทนกองทุนระดับจังหวัด เพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระความเสี่ยง - ผลกระทบจากวงเงินงบประมาณที่ไม่เพียงพอเทียบกับการเบิกจ่าย ทำให้อัตราการจ่ายเงินต่อ 1 คะแนนสัมพัทธ์ของ DRG อัตรากลางต่อ 1 คะแนนสัมพัทธ์ไม่แน่นอน ในหลายพื้นที่จะคำนวณได้อัตรากลางต่ำกว่าที่มีการคาดประมาณหรือกล่าวอ้างไว้ในช่วงต้นปีงบประมาณมาก โดยเฉพาะการจ่ายเงินสำหรับโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง ในช่วงปีงบประมาณ 2547	- เกียรติศักดิ์ เอกพงษ์ และวงศา เลหาศิริวงศ์ (2547)¹³ - จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์และเจตต์ ธรรมธัชอารี (2547)¹⁶ - ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้บริหาร สปสช. - การติดตามของผู้วิจัย

องค์ประกอบของระบบตามรายงานฯ	รูปธรรมของสิ่งที่เกิดขึ้นในระยะ 4 ปี	แหล่งข้อมูลหรือเอกสารอ้างอิง
	- ในทางปฏิบัติ การกำหนดระดับของอัตราราคากลาง ยังไม่มีการศึกษาถึงต้นทุนที่แท้จริง ทำให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพของการบริการรักษาพยาบาล ระดับสถานะทางการคลังของหน่วยบริการ โดยเฉพาะโรงพยาบาล ทั้งในเชิงบวกที่มากเกินไป และในเชิงลบ ส่งผลให้เป็นเหตุหนึ่งที่ทำให้โรงพยาบาลประสบปัญหาขาดทุนอย่างต่อเนื่อง	- วิโรจน์ ณ ระนอง และคณะ (2545)¹⁷ - จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และเจตต์ ธรรมธัชอารี (2548)¹⁰
โครงสร้างระบบการเงินและบัญชี รายละเอียดดังภาพที่ 5.1	- มีการจัดตั้งกองทุนระดับจังหวัดสำหรับงบประมาณรวมเพื่อการเบิกจ่ายกรณีผู้ป่วยใน และการส่งต่อภายในจังหวัด - ใช้กองทุนระดับประเทศสำหรับการเบิกจ่ายการรักษาพยาบาลกรณีค่าใช้จ่ายสูง และกรณีอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน - ไม่มีการดำเนินการในส่วนของบัญชีกองทุนกระจายความเสี่ยงระหว่างพื้นที่ และบัญชีส่วนหัก	
กองทุนกระจายความเสี่ยงระหว่างพื้นที่ รายละเอียดดังภาพที่ 5.2	- ไม่มีการดำเนินการตามแนวทางที่เสนอ - ในระยะเปลี่ยนผ่าน มีการจัดตั้ง Contingency fund ให้แก่โรงพยาบาลของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ประสบปัญหาขาดทุนและขาดสภาพคล่องเนื่องจากงบประมาณไม่เพียงพอ - กระทรวงสาธารณสุขเปลี่ยนกฎเกณฑ์หันมาตัดวงเงินสำหรับเงินเดือนบุคลากรไว้ก่อนที่ระดับประเทศ ก่อนจะกระจายเงินสู่พื้นที่	
การกำหนดอัตราค่าตอบแทนและเงินอุดหนุน ของวิธีการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวปรับ อัตราตามความเสี่ยง สำหรับกรณีบริการผู้ป่วย นอก โดยคำนวณต้นทุนการให้บริการจาก ฐานข้อมูลการเบิกจ่าย และรายงานการ	- การจ่ายเงินแก่อนุเคราะห์กรณีผู้ป่วยนอกในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ยังคงใช้วิธีการเหมาจ่ายรายหัวในอัตราเดียว ไม่มีการปรับตามระดับความเสี่ยง อย่างไรก็ตามได้มีการผลักดันแนวคิด และทำการศึกษาความเป็นไปได้แล้วในระดับหนึ่ง แต่ยังไม่ได้นำมาสู่การปฏิบัติ - ในระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ มีการพัฒนาแยกระบบการจ่ายเงินกรณีผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง ออกจากกรณีผู้ป่วยนอกอื่นๆ โดยให้มีการเบิกตรงโดยสถานพยาบาลกับ	- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร (2547)⁵ - สุชาติ สรรณสถาพร (2547)⁷

องค์ประกอบของระบบตามรายงานฯ	รูปธรรมของสิ่งที่เกิดขึ้นในระยะ 4 ปี	แหล่งข้อมูลหรือเอกสารอ้างอิง
ศึกษาวิจัย	กรมบัญชีกลาง ทั้งนี้การประมวลสถิติค่าใช้จ่ายดังกล่าวจะเป็นฐานข้อมูลสำหรับจัดทำอัตราเหมาจ่ายรายหัวในโอกาสต่อไปได้ - ระบบประกันสังคม ใช้การเหมาจ่ายรายหัวทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในรวมกัน โดยไม่มีการแยกคำนวณต้นทุน และมีการใช้ระบบคะแนนโรคเรื้อรังกรณีผู้ป่วยนอกใน 8 โรคเรื้อรัง เพื่อเพิ่มเงินชดเชยแบบเหมาจ่ายรายหัวให้แก่สถานพยาบาลคู่สัญญา ทั้งนี้ได้เริ่มใช้มาตั้งแต่ ปี 2545 - มีความพยายามในการศึกษาระบบเพื่อการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคในกรณีผู้ป่วยนอก แต่ยังไม่ได้รับการยอมรับมาใช้จริง - การเหมาจ่ายรายหัวผู้ป่วยนอก รวมกับผู้ป่วยใน ยังคงเป็นวิธีการที่จ่ายให้แก่หน่วยบริการภาคเอกชนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	
การกำหนดอัตราค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนของการจ่ายโดยงบประมาณรวมจัดสรรตามการรับอยู่ในโรงพยาบาลโดยใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม โดยกำหนดวงเงินงบประมาณรวมโดยการศึกษาบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติร่วมกับคำนวณจากฐานข้อมูลการเบิกจ่ายผู้ป่วยใน การคำนวณ Relative Weight (RW) ของ DRG ตามหลักวิชาการ รวมต้นทุนค่าวัสดุ ค่าแรงและค่าเสื่อมราคาของการลงทุนในครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง รวมค่าใช้จ่ายในส่วนของการอยู่โรงพยาบาลและการติดตาม	- การกำหนดอัตราค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนของการจ่ายโดยงบประมาณรวมจัดสรรตามการรับอยู่ในโรงพยาบาลโดยใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ยังคงใช้การศึกษาโครงสร้างต้นทุนของโรงพยาบาล ร่วมกับข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ เพื่อกำหนดจำนวนและสัดส่วนของวงเงินงบประมาณรวมสำหรับกรณีผู้ป่วยใน แต่วงเงินดังกล่าวจะผ่านกระบวนการทางงบประมาณ และถูกต่อรองตัดทอนลงทุกปี สาเหตุการต่อรองตัดทอนงบประมาณตามที่ได้มีผู้ตั้งข้อสังเกตไว้ คือ การตั้งข้อสมมติของข้อมูลในการประมาณการงบประมาณมีหลายประเด็น มักได้รับการกล่าวหาว่าสะท้อนความไม่ถูกต้อง และให้มีการปรับตัวเลขข้อสมมติลง - ตัวเลขต้นทุนมาจากการศึกษาในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งอัตราค่ารักษาพยาบาลที่ตั้งไว้ อาจไม่สะท้อนต้นทุนที่แท้จริง การคำนวณต้นทุนยังคงใช้ข้อมูลอัตราส่วนระหว่างต้นทุนและอัตราเรียกเก็บ (Cost-charge ratio) จากการวิจัยศึกษาด้านทุนโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ได้ดำเนินการไว้ก่อนหน้านี้เป็นสำคัญ	

องค์ประกอบของระบบตามรายงานฯ	รูปธรรมของสิ่งที่เกิดขึ้นในระยะ 4 ปี	แหล่งข้อมูลหรือเอกสารอ้างอิง
ภายหลังจำหน่ายผู้ป่วย (Follow-up) ใน <u>ระยะเวลาอันสมควร</u> Recalibrate DRG RW ทุก 2 ปี	- ค่าใช้จ่ายที่ได้รับการจัดสรรตามระบบ DRG ยังคงไม่รวมถึงค่าใช้จ่ายในการติดตามภายหลังการจำหน่ายผู้ป่วย โดยเฉพาะกรณีผู้ป่วยส่งต่อ ทั้งนี้การตามจ่ายกรณีผู้ป่วยส่งต่อจะขึ้นกับเงื่อนไขที่ระบบไว้นโยบายส่งต่อเป็นสำคัญ และแยกการเรียกชำระค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยนอกเพื่อการติดตามภายหลังจำหน่ายออกมาเป็นรายครั้ง - การจ่ายเงินสำหรับผู้ป่วยในในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระหว่างปีงบประมาณ 2545 – 2547 ยังมีตัวคูณจำนวนเงินให้แก่สถานพยาบาลต่างระดับที่ 1.4 สำหรับโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ รวมถึงโรงพยาบาลเอกชน และ 1.6 สำหรับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เพื่อปรับให้สอดคล้องกับต้นทุน อย่างไรก็ตามที่มาของตัวเลขดังกล่าวได้จากการประมาณการและตกลงกันในภาพรวม และได้ยุติลงในปีงบประมาณ 2548 โดยไม่มีข้อสรุปหรือข้อเสนอแนะทางวิชาการที่ชัดเจน - วิธีการจ่ายของระบบประกันสังคมเป็นแบบเหมาจ่ายรายหัวรวมกับบริการผู้ป่วยนอก โดยมีการปรับอัตราตามความเสี่ยงของผู้ป่วยใน ประเมินโดยภาระรวมอิงตามคะแนนสัมพัทธ์ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม - วิธีการจ่ายเงินในระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการยังคงเป็นแบบการจ่ายตามบริการที่เรียกเก็บ	
การกำหนดอัตราค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนของการจ่ายเป็นรายวันสำหรับโรงพยาบาล โดยคำนวณจากศึกษาต้นทุนค่าวัสดุและค่าแรงเฉลี่ยต่อวันในกลุ่มผู้ป่วยที่นอนนานของวันนอนที่เกินไปจากค่าปกติ	- มีการกำหนดอัตราค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนของการจ่ายเป็นรายวันสำหรับโรงพยาบาล ไว้ให้สำหรับกรณีกลุ่มผู้ป่วยที่นอนนานของวันนอนที่เกินไปจากค่าปกติ ซึ่งรองรับในวิธีการจ่ายเงินผู้ป่วยในที่ใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ทั้งนี้ใช้โดยคำนวณจากฐานข้อมูลการเบิกจ่ายกรณีผู้ป่วยใน	

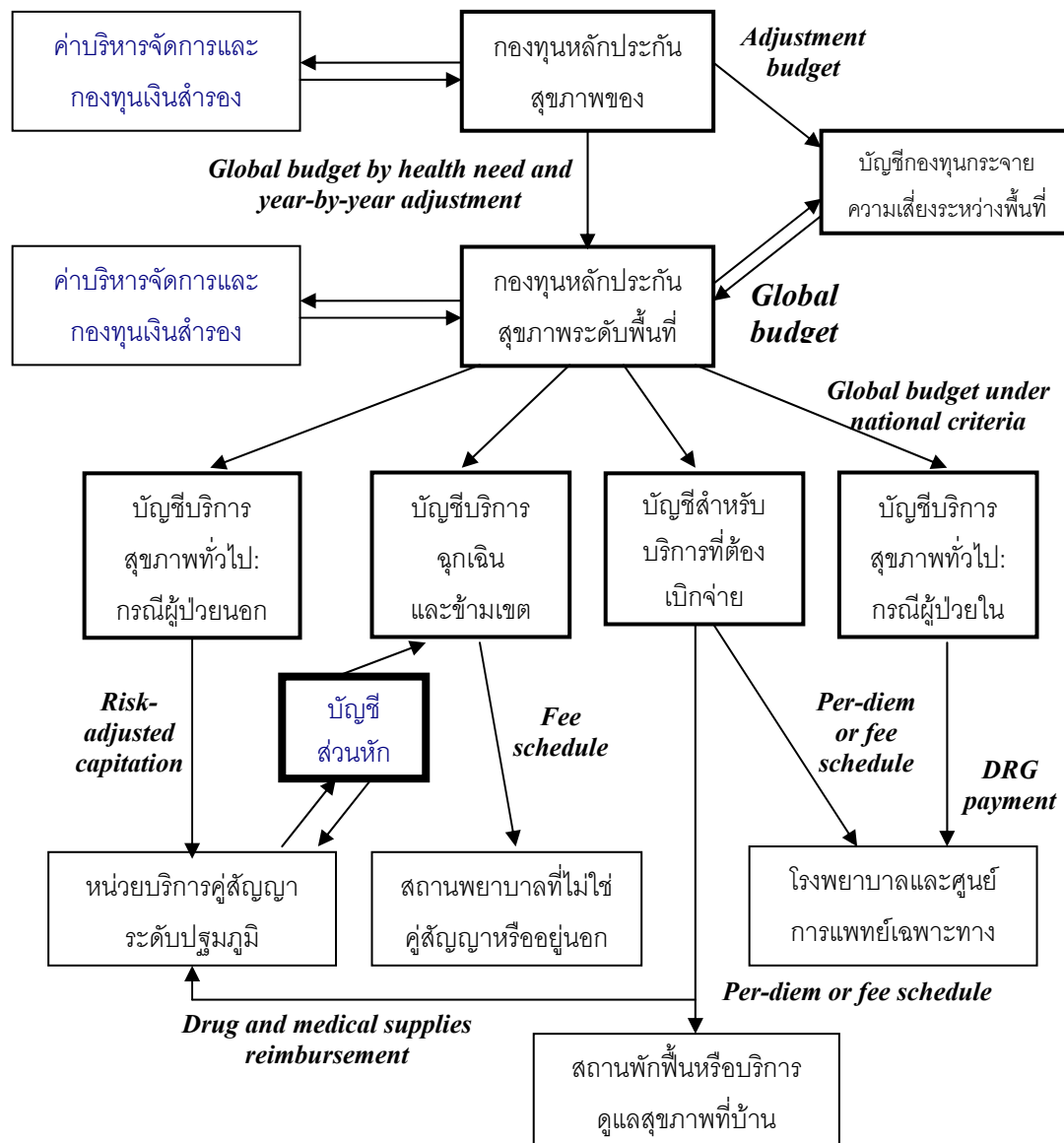
องค์ประกอบของระบบตามรายงานฯ	รูปธรรมของสิ่งที่เกิดขึ้นในระยะ 4 ปี	แหล่งข้อมูลหรือเอกสารอ้างอิง
การกำหนดอัตราค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนของการเหมาจ่ายรายหัวปรับค่าตามกลุ่มอายุ โดยคำนวณต้นทุนการให้บริการจากฐานข้อมูลการเบิกจ่าย และการศึกษาวิจัยสำหรับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	- การกำหนดอัตราค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนสำหรับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากส่วนกลางถึงส่วนภูมิภาค ยังใช้อัตราเหมาจ่ายรายหัวในอัตราเดียว ตามสัดส่วนที่กำหนดไว้ในวงเงินงบประมาณต่อหัว - วิธีการจ่ายและสัดส่วนการจ่ายในแต่ละจังหวัดมีความแตกต่างกันไป ตั้งแต่ การเหมาจ่ายรายหัวไปที่หน่วยบริการทั้งหมด โดยเฉพาะกับหน่วยบริการภาคเอกชน หรืออาจเหมาะจ่ายเป็นรายหัวส่วนหนึ่ง การจ่ายตามผลงานการบริการ การจัดเป็นเงินส่วนกลางเพื่อให้หน่วยบริการทำโครงการมาขออนุมัติเบิกจ่าย	
การกำหนดอัตราค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนของการจ่ายตามรายการอัตราค่าตอบแทนโดยการกำหนดอัตราเป็นไปตามต้นทุนและกลไกตลาด และอัตราต่ำกว่าตลาดกรณีเป็นบริการเสริมจากกลุ่มบริการทางสุขภาพทั่วไป	- การกำหนดอัตราค่าตอบแทนโดยการจ่ายตามรายการ โดยเฉพาะในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อาศัยการอ้างอิงจากระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ หรือระบบประกันสังคม อย่างไรก็ตาม รายการที่มีและอัตราการจ่ายพบว่ายังคงมีความแตกต่างระหว่างระบบต่างๆ ด้วยหลักการแนวคิด และกลไกที่ใช้ในการกำหนดอัตราแตกต่างกัน - กระนั้นยังไม่พบหลักฐานของการปรับอัตราการจ่ายตามรายการ ที่มีการปรับเปลี่ยนตามกลไกตลาดที่ชัดเจน อย่างน้อยในระยะสั้น	
ระบบและกลไกทบทวนการใช้ทรัพยากรในระดับปฐมภูมิ - การรับและจัดการเรื่องร้องเรียน - การทบทวนการส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาคือผู้ป่วยใน (การใช้ Clinical practice guideline) - การทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง - การทบทวนสถิติการเบิกจ่าย	- ยังไม่มีข้อมูลการดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม	

องค์ประกอบของระบบตามรายงานฯ	รูปธรรมของสิ่งที่เกิดขึ้นในระยะ 4 ปี	แหล่งข้อมูลหรือเอกสารอ้างอิง
- การทบทวนหลักฐานข้อบ่งชี้ ระบบและกลไกทบทวนการใช้ทรัพยากร สำหรับการจ่ายเงินแก่โรงพยาบาล - การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลการ เบิกจ่าย - การทบทวนการรับผู้ป่วยใน - การติดตามระยะเวลารักษา - การทบทวนการส่งต่อ และการจำหน่ายผู้ป่วย ใน - การทบทวนข้อบ่งชี้และแนวทางการรักษา ผู้ป่วยใน - การทบทวนสถิติการเบิกจ่าย - การทบทวนหลักฐานข้อบ่งชี้	- มีการติดตามตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลการเบิกจ่ายโดยใช้ DRG ทั้งในส่วนในระบบ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และระบบประกันสังคม โดยสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.) ซึ่งเป็นองค์กรเครือข่ายของสถาบันวิจัย ระบบสาธารณสุข อาศัยกิจกรรมการตรวจสอบเวชระเบียนเป็นสำคัญ - ยังไม่มีข้อมูลของการทำกิจกรรมทบทวนอื่นๆ อย่างเป็นระบบ ตามที่เสนอไว้ว่าเป็นรูปธรรม อาจมีการทำการศึกษาวิจัยเป็นเรื่องๆ ไป เช่น ความเหมาะสมของการส่งต่อผู้ป่วย เป็นต้น	- สุชาติ สรณสถาพร (2547)⁷
ระบบประกันคุณภาพ - การสร้างเครือข่ายหน่วยบริการคู่สัญญา - การประกันคุณภาพเครือข่ายหน่วยบริการ - การประกันคุณภาพการรักษายาบาล ได้แก่ ระบบจัดการเรื่องร้องเรียน การตรวจประเมิน ความถูกต้องของข้อมูลการเบิกจ่าย สถิติการ ใช้บริการ และคุณภาพเวชระเบียน กลไกการ	- ระยะก่อน พรบ.หลักประกันสุขภาพฯ ในช่วง ปี พ.ศ.2544 – 2545 การดำเนินการที่เกี่ยวข้อง กับคุณภาพส่วนใหญ่เป็นเรื่องของการพัฒนาและกำหนดมาตรฐาน ตลอดจนแนวทางในการ จัดบริการของหน่วยบริการเป็นสำคัญ ได้แก่ การกำหนดมาตรฐานของหน่วยคู่สัญญาของ บริการระดับปฐมภูมิ (CUP) ระยะ (แนวทาง) การพัฒนาคุณภาพของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ลักษณะบริการ การจัดเครือข่าย และมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิ / ศูนย์สุขภาพชุมชน และแนวทางการจัดหน่วยบริการ สำหรับโรงพยาบาลคู่สัญญาภาครัฐ โดยมาตรฐานและ แนวทางเหล่านั้นได้รับการปรับปรุงมาเป็นระยะ	- คณะทำงานเพื่อพัฒนาระบบ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (2544)¹ - สำนักงานโครงการปฏิรูประบบ บริการสาธารณสุข (2545)⁶

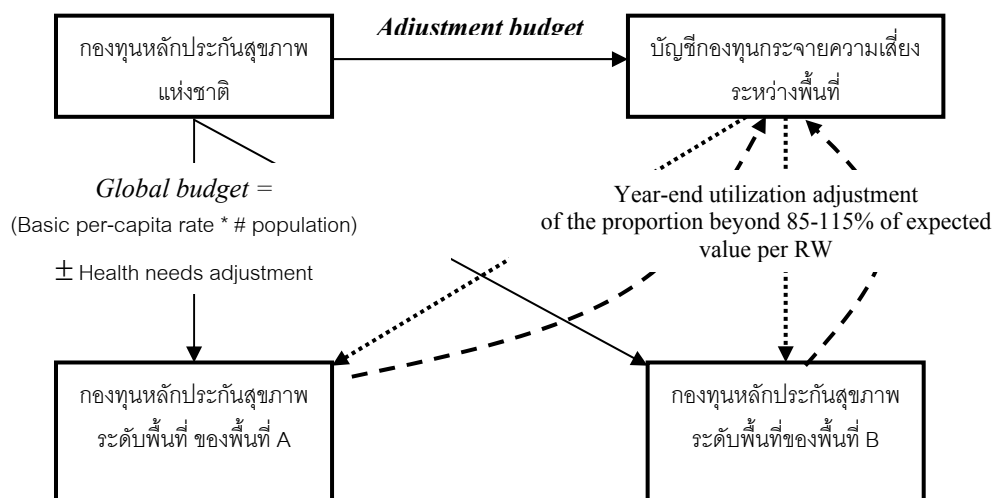
องค์ประกอบของระบบตามรายงานฯ	รูปธรรมของสิ่งที่เกิดขึ้นในระยะ 4 ปี	แหล่งข้อมูลหรือเอกสารอ้างอิง
คัดกรองเพื่อค้นหากรณีที่น่าจะเป็นปัญหาเรื่องคุณภาพ การสำรวจความพึงพอใจ การกำหนดเครื่องชี้วัดคุณภาพของหน่วยบริการ คู่สัญญา ระบบการตรวจสอบและทบทวนการให้บริการทางการแพทย์ และบริการทันตกรรม - การประกันคุณภาพภายในของกองทุน	- การดำเนินการนำมาตรฐานและแนวทางดังกล่าวสู่การปฏิบัติส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับสาธารณสุขจังหวัด ในขณะที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ซึ่งมักได้รับทรัพยากรน้อยลง ต้องมีการปรับตัวเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดค่าใช้จ่าย ผู้บริหารสถานพยาบาลต่างๆ มีความตื่นตัวกับคุณภาพมากขึ้น เนื่องจากความคาดหวังของผู้รับบริการที่สูงขึ้น - การดำเนินการดังกล่าวขาดการวางแผนและติดตามประเมินศักยภาพในการปฏิบัติตามมาตรฐานอย่างเป็นระบบจากส่วนกลาง ความเข้าใจเกี่ยวแนวคิดด้านคุณภาพ การดำเนินการเพื่อประกันคุณภาพ ประเมินระดับการปฏิบัติขึ้นอยู่กับที่สาธารณสุขจังหวัดแตกต่างกันไป นอกจากนี้ ความสับสนและไม่แน่นอนของการจัดการเชิงระบบและการเงินในช่วงเวลาดังกล่าวทำให้เกิดการชะลอตัวของโรงพยาบาลที่มีในกระบวนการพัฒนาคุณภาพด้วย - การดำเนินการด้านคุณภาพเริ่มมีแนวทางที่ชัดเจนมากขึ้นเมื่อมีการตรา พรบ.หลักประกันสุขภาพฯ ซึ่งการบรรจุประเด็นด้านคุณภาพของบริการสาธารณสุข (นิยามตามที่ระบุไว้ใน พรบ.ดังกล่าว) โดยในมาตรา 48 กำหนดให้มี “คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข” ขึ้น และมาตรา 50 - เจตนารมณ์ตามกฎหมาย ชี้ให้เห็นถึงแนวคิดที่มีความก้าวหน้าเกี่ยวกับการจัดการด้านคุณภาพของบริการภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อันได้แก่ การกำหนดมาตรฐาน การส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพ การประเมิน ติดตามและกำกับควบคุมคุณภาพ การให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อการพัฒนา และการสร้างความมีส่วนร่วมด้านคุณภาพตลอดจนการให้ข้อมูลที่จำเป็นเพื่อประกอบการตัดสินใจของประชาชน กระนั้นรูปธรรมของการปฏิบัติยังไม่ปรากฏอย่างเป็นเด่นชัด และเป็นสิ่งที่ต้องติดตามต่อไป - สปสช. มีการดำเนินการเพื่อคุณภาพอยู่ในหลายด้าน สำหรับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเช่น	- อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และประดิษฐ์ วงษ์คนารัตนกุล (2547)¹⁸ - กฤษณ์ พงศ์พิรุณ (2546)¹⁹ - จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และจเด็จ ธรรมธัชอารี (2548)¹⁰

องค์ประกอบของระบบตามรายงานฯ	รูปธรรมของสิ่งที่เกิดขึ้นในระยะ 4 ปี	แหล่งข้อมูลหรือเอกสารอ้างอิง
	■ ให้การสนับสนุนกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation) ที่มีการดำเนินการอยู่โดยสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ■ การสนับสนุนการสำรวจความพึงพอใจของประชาชน ■ การพัฒนามาตรฐานของบริการสุขภาพ ■ อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการด้านการประกันคุณภาพอย่างเป็นระบบครบวงจรในกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ - การดำเนินการยังมีการเปลี่ยนแปลงในระบบประกันสังคม - ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการยังไม่มีดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมในเชิงระบบ แต่มีการตรวจสอบเวชระเบียนในโครงการนำร่องสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	

ภาพที่ 5.1



ภาพที่ 5.2



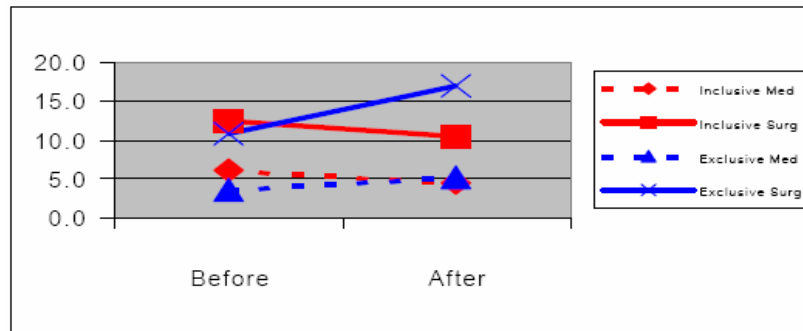
3) ผลลัพธ์

กองทุนต่างๆ เพื่อหลักประกันถ้วนหน้าแนวคิดของกลไกการจ่ายเงินแบบปลายปิดมาประยุกต์ใช้อย่างกว้างขวางมากขึ้น ยกเว้นแต่ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ด้วยติดข้อกำหนดทางกฎหมายการจ่ายเพื่อบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมิติศทางเป็นการจ่ายตามรายการ (Fee schedule) อย่างไรก็ตาม วิธีการที่นำมาใช้ยังไม่ใช่ว่าแนวทางเดียวกันทั้งหมด และยังไม่สามารถปรับอัตราให้สอดคล้องกับความเสี่ยงของสถานพยาบาลตามสถานะของผู้ป่วยหรือผู้มีสิทธิได้ทั้งหมด การจัดตั้งระบบบัญชีต่างๆ ไม่ได้เป็นไปตามที่เสนอแนะไว้ (ภาพที่ 5.1) และไม่มีระบบกระจายความเสี่ยง (ภาพที่ 5.2)

ข้อมูลสถานะทางการเงินของโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขในระยะแรก (2544-2545) พบว่าโดยเฉลี่ยโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีเครื่องชี้วัดทางการเงินที่ประเมินโดยอัตราส่วนสภาพคล่องทางการเงิน (Current ratio) และอัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน (Quick ratio) ในทิศทางที่ลดลงอย่างชัดเจน ต่อมาเมื่อมีการแยกเงินเดือนไว้ที่ส่วนกลางของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าจากปี 2545 – 2547 แนวโน้มเครื่องชี้วัดทางการเงินในกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่เริ่มดีขึ้น แต่โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก ยังคงแนวโน้มที่เลื่อมถอยลงอย่างต่อเนื่อง²⁰

นอกจากนี้การศึกษาที่ผ่านมาในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าชี้ว่า กลไกการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการอาจมีผลต่อพฤติกรรมทำให้บริการของหน่วยบริการต่างๆ ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อกลไกการจ่ายเงินมีลักษณะเป็นเสมือนการเหมาบริการ เช่น การเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) หรือการใช้งบประมาณรวมที่จัดสรรโดยน้ำหนักคะแนนตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Global budget allocated by relative weights based on Diagnosis-related groups) ดังที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน สัญญาดังกล่าวอนุมานได้จากการศึกษาเพื่อติดตามประเมินผลโครงการการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรคในระยะนำร่อง¹⁴ ซึ่งพบว่าสถิติการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาลในพื้นที่ที่มีกลไกการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการที่แตกต่างกัน มีการเปลี่ยนแปลงจากช่วงก่อนและหลังการเริ่มต้นโครงการในทิศทางที่แตกต่างกัน ดังแสดงในภาพที่ 5.3 อย่างไรก็ตาม ถึงขณะนี้เรายังไม่ทราบว่ามีการศึกษาอย่างเป็นระบบที่เจาะจงเพียงพอในการประเมินการเปลี่ยนแปลงการรักษายาบาลผู้ป่วยโรคใดโรคหนึ่งตลอดจนเหตุผลที่ส่งผลหรือผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว โดยเฉพาะ

ภาพที่ 5.3 อัตราการส่งต่อผู้ป่วยก่อนและหลังการเริ่มต้นโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท รักษาทุกคนใน 21 จังหวัดนำร่อง



ที่มา: ศุภสิทธิ์ พรธนนารุณทัย (2545)¹⁴

4) ประเด็นอภิปรายและข้อเสนอแนะ

แสดงดังตารางที่ 5.2

ตารางที่ 5.2 ประเด็นข้อวิเคราะห์วิจารณ์และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกลไกการจ่ายเงิน และการตรวจสอบภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ประเด็นข้อวิเคราะห์วิจารณ์	ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ข้อเสนอแนะต่อกระบวนการพัฒนางานวิชาการ เชิงนโยบายของ สวรส.
การพัฒนาระบบบัญชีการเงินและบัญชีต้นทุนของ บริการ สาธารณสุข ระบบบัญชีการเงินอยู่ระหว่างการพัฒนาตั้งแต่ช่วงก่อน เริ่มต้นระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ยังไม่เสร็จ สมบูรณ์ ยังมีข้อสงสัยเกี่ยวกับความถูกต้องของข้อมูล ระบบบัญชีต้นทุนของบริการยังไม่มีการพัฒนาเป็นรายงาน เพื่อติดตามต้นทุนของการให้บริการอย่างต่อเนื่อง	- เร่งพัฒนาระบบบัญชีการเงิน และบัญชีต้นทุนของ โรงพยาบาลทั้งหมดและหน่วยบริการระดับปฐมภูมิให้มี มาตรฐานเดียวกัน มีระบบการรายงานต้นทุนของค่าใช้จ่าย ที่เบิกจ่ายที่ชัดเจน มีการปรับอัตราค่าบริการและหมวด ค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลในภาครัฐให้สะท้อนต้นทุนที่แท้จริง	- ให้มีการวิจัยและพัฒนาสถานการณ์และแนวทางใน การสร้างสมรรถนะ(Competency) ระดับองค์กร สถานพยาบาล สำหรับการปรับเปลี่ยนระบบบัญชี การเงิน และบัญชีต้นทุน
การจ่ายเงินอุดหนุนสำหรับหน่วยบริการของรัฐ โดยเฉพาะใน ส่วนของเงินเดือน การวางแผนออกแบบระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในระยะแรก มองข้ามความสำคัญของข้อจำกัดทางการ บริหารงบประมาณ โดยเฉพาะในส่วนของภาระเงินเดือนของ บุคลากรในกระทรวงสาธารณสุข ทำให้เกิดความสับสนของ การคำนวณงบประมาณในแต่ละส่วน และใช้งบประมาณเพื่อ งานต่างๆ ในระดับปฏิบัติ การกำหนดวงเงินงบประมาณและจัดสรรงบประมาณ ควรคำนึงถึงภารกิจที่แท้จริง และวางระบบงบประมาณให้ สอดคล้องกับภารกิจที่เปลี่ยนแปลงไป	- ปรับปรุงระบบการคำนวณและจัดสรรเงินเดือนแก่บุคลากร สาธารณสุขใหม่ โดยแยกแยะกลุ่มบุคลากร โดยเฉพาะใน พื้นที่ให้สอดคล้องกับภารกิจ โดยเฉพาะอัตราค่าจ้างกลุ่ม บริการสุขภาพระดับปัจเจก และอัตราค่าจ้างกลุ่มงาน สาธารณสุข แม้ว่าจะมีการปฏิบัติงานในสถานอนามัยหรือ โรงพยาบาล เพื่อให้การจัดสรรงบประมาณในภาพรวม สอดคล้องกับภารกิจ ลดการโยกย้ายทรัพยากรอุดหนุนข้าม กลุ่มงาน และผลกระทบที่มีต่อความไม่พอเพียงของทรัพยากร ในระดับหน่วยบริการ	- การประเมินสถานะเดิมของระบบในส่วนที่เกี่ยวข้อง กับข้อเสนอทางวิชาการ เพื่อกำหนดประเด็นที่เป็น กุญแจสำคัญสู่ความสำเร็จสำหรับการเปลี่ยนแปลง การพัฒนา หรือการปฏิรูป น่าจะเป็นหัวใจสำคัญ ประการหนึ่งของกระบวนการทำงาน แม้ว่าใน ขณะทำงานจะได้มีตัวแทนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แล้ว แต่อาจจะยังไม่เพียงพอที่จะให้ข้อมูลหรือช่วย ผลักดัน

ประเด็นข้อวิเคราะห์วิจารณ์	ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ข้อเสนอแนะต่อกระบวนการพัฒนางานวิชาการ เชิงนโยบายของ สวรส.
กลไกการจ่ายเงินที่เหมาะสมสำหรับการรักษาพยาบาลโรค ราคาแพง หรือโรคที่ต้องใช้เทคโนโลยีสูง ในความเป็นจริง การดูแลรักษาพยาบาลในประเทศยังมี มาตรฐานที่แตกต่างกันในหลายโรคและหัตถการ ส่งผลต่อ ต้นทุนของหน่วยบริการที่แตกต่างกัน การจ่ายด้วยวิธีการ ปลายปิดที่เป็นอัตราเดียว ส่งผลให้หน่วยบริการที่รักษาโรค ด้วยมาตรฐานที่ก้าวหน้ากว่า และมีต้นทุนสูงกว่า ประสบ ความเสี่ยงทางการเงินและปัญหาการขาดทุน มีผลบั่นทอน ศักยภาพในการยกระดับมาตรฐานการรักษาโรคของประเทศ ในอนาคต	- พัฒนาและขยายกลไกการจ่ายเงินแบบเหมาเป็นรายโรค ที่มี การคำนวณต้นทุนบนพื้นฐานของข้อกำหนดเชิงคุณภาพที่ ชัดเจน (Quality-based purchasing arrangement) เพื่อลด ผลกระทบของระบบต่อคุณภาพ และทำให้สามารถประกัน คุณภาพของการรักษาที่ต้องใช้ทรัพยากรจำนวนมากได้	- กระบวนการพัฒนางานวิชาการ ควรเพิ่มมุมมองใน ส่วนของข้อจำกัดเชิงระบบ ทั้งทางด้านเทคโนโลยี ตลอดจนวัฒนธรรมการปฏิบัติ เพื่อพัฒนาข้อเสนอ ที่มีเนื้อหาแนะนำขั้นตอนการดำเนินการเพื่อการ เปลี่ยนแปลงให้ประสบผลสำเร็จ ระยะเวลาที่อาจ จำเป็นต้องใช้ตามข้อสมมติต่างๆ ตลอดจน คาดการณ์ปัญหาอุปสรรคไว้ได้ล่วงหน้า
การจัดตั้งบัญชี หรือกองทุนเพื่อการกระจายความเสี่ยง ระหว่างพื้นที่ การให้มี Contingency fund ที่ได้ดำเนินการมาโดย กระทรวงสาธารณสุขเป็นวิธีการที่เป็นประโยชน์ในการ ช่วยเหลือโรงพยาบาล และผลักดันให้เกิดความมุ่งมั่นหรือ ข้อตกลงในการพัฒนาประสิทธิภาพของโรงพยาบาลเหล่านั้น อย่างไรก็ตามในส่วนของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อาจ พิจารณาได้ว่ายังไม่ใช้หนทางในการแก้ปัญหาเชิงระบบ ขาด ความเชื่อมโยงระหว่างพื้นที่ และมีต้นทุนการบริหารจัดการสูง	- ศึกษาและวางแผนดำเนินการจัดระบบบัญชี หรือกองทุนเพื่อ การกระจายความเสี่ยงระหว่างพื้นที่ ซึ่งน่าจะดำเนินการเป็น กลุ่มจังหวัดมากกว่าเป็นรายจังหวัด ควรกำหนดให้มีเป้าของ ตัวเลขเครื่องชี้วัดทางการเงินเป็นช่วงที่ยอมรับได้ (Acceptable range) เป็นช่วยส่งสัญญาณถึงความไม่ เพียงพอ หรือทรัพยากรคงเหลือที่เกินจำเป็นในด้านต่างๆ ช่วย ให้มีการถ่ายโอนทรัพยากรช่วยเหลือกันระหว่างพื้นที่ที่เป็นไป อย่างมีระบบ และทำให้สามารถใช้ข้อมูลประกอบการ ประเมินสถานการณ์ทางการคลังได้อย่างมีประสิทธิภาพ	- สนับสนุนกระบวนการศึกษาวิจัยสถานะทางการเงิน ของโรงพยาบาลและหน่วยบริการต่างๆ เพื่อให้ได้รับ ข้อมูลที่ถูกต้อง และเป็นกลาง เชื่อถือได้

ประเด็นข้อวิเคราะห์วิจารณ์	ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ข้อเสนอแนะต่อกระบวนการพัฒนางานวิชาการ เชิงนโยบายของ สวรส.
ความจำเป็นและการดำเนินการเกี่ยวกับการทบทวนการใช้ ทรัพยากร กลไกหรือวิธีการจ่ายเงินที่เลือกใช้ ส่งผลต่อพฤติกรรม การใช้ทรัพยากรตลอดจนการถ่ายโอนทรัพยากรของผู้ ให้บริการและเครือข่าย ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการใช้ ทรัพยากรที่เกินจำเป็น น้อยกว่าจำเป็น หรือส่งผลถึงการ เข้าถึงบริการตลอดจนมาตรฐานการตรวจวินิจฉัยและรักษา โรคที่ผู้ป่วยจะได้รับได้	- พัฒนาระบบติดตามทางการเงินและการใช้บริการ เพื่อ ทบทวนการใช้ทรัพยากรอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะประเด็นที่ เป็นจุดเสี่ยงอันเนื่องมาจากวิธีการหรือกลไกการจ่ายเงินที่ เลือกใช้ เพราะจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพของการดูแลสุขภาพที่ผู้มี สิทธิได้รับ ทั้งในภาพรวมและรายกลุ่มโรคหรือหัตถการที่ สำคัญ โดยอาศัยวิธีการและแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย • การส่งต่อผู้ป่วยหรือรักษาเอง • การส่งต่อเพื่อการตรวจวินิจฉัยกรณีผู้ป่วยนอก • การรับผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาล • การได้รับการผ่าตัดหรือทำหัตถการ รวมถึงระยะเวลา การรอคอยกรณีการผ่าตัดหรือหัตถการที่ไม่ฉุกเฉิน • การใช้ยา	- ศึกษาวิจัยนำร่องเกี่ยวกับวิธีการทบทวนการใช้ ทรัพยากรประเภทต่างๆ เพื่อเสนอแนะข้อมูล เกี่ยวกับประสิทธิภาพและประโยชน์ที่ได้รับกับระบบ ในภาพรวม
การติดตามประเมินผลกระทบต่อคุณภาพและระบบประกัน คุณภาพของบริการสาธารณสุข	- ดำเนินการที่เชื่อมโยงความต้องการด้านคุณภาพ กับความ ต้องการด้านทรัพยากรและงบประมาณ • พัฒนา Resource-based practice guidelines - การพัฒนาระบบในการประเมินคุณภาพของการดูแลสุขภาพ ควบคู่ไปกับคุณภาพของบริการ - การให้ข้อมูลแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อการพัฒนาคุณภาพอย่าง ต่อเนื่อง	- ศึกษาวิจัยและผลักดันการปรับเปลี่ยนให้หน่วย บริการในระบบให้มีทรัพยากร และความสามารถ เพียงพอต่อการให้บริการที่มีคุณภาพ ทั้งบริการ ภายในและระบบการส่งต่อ - ศึกษาวิจัยและพัฒนาระบบการเผยแพร่ข้อมูลด้าน คุณภาพของหน่วยบริการที่เหมาะสมต่อสาธารณะ

ประเด็นข้อวิเคราะห์วิจารณ์	ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ข้อเสนอแนะต่อกระบวนการพัฒนางานวิชาการ เชิงนโยบายของ สวรส.
	- ส่งเสริมให้หน่วยบริการมีศักยภาพในการพัฒนาคุณภาพของตนเองอย่างเหมาะสมและรอบคอบ ● สนับสนุนกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ● ให้แรงจูงใจแก่หน่วยงานในการพัฒนาคุณภาพและธำรงรักษาระบบจัดการคุณภาพไว้ - เสริมพลังผู้บริโภคในเรื่องคุณภาพเพื่อการตัดสินใจเลือกหน่วยบริการและรับบริการที่ชาญฉลาด - พัฒนาระบบประกันคุณภาพและบริหารในภาพรวมขององค์กรที่ทำหน้าที่บริหารจัดการกองทุนประกันสุขภาพต่างๆ ให้เป็นที่ยอมรับ	

บทที่ 6

การจัดการในระยะเปลี่ยนผ่านสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1) หลักการและกรอบคิด

1.1) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องเป็นนโยบายของรัฐบาล

1. การประกาศนโยบายของรัฐบาล ควรระบุเงื่อนไขเวลาว่าจะผลักดันให้สำเร็จได้ภายในระยะเวลา 3 ปี
2. ออกมติคณะรัฐมนตรี (เมษายน 44) เพื่อจัดกลไกเริ่มต้น คือ
 - อนุมัติแผนงานแม่บท ที่แสดงเป้าหมายสำคัญพร้อมเงื่อนไขและหน่วยงานที่รับผิดชอบแต่ละส่วน รวมถึงระบุถึงตัวเลขงบประมาณที่จำเป็น
 - อนุมัติมาตรการระยะสั้น ซึ่งเป็นการเตรียมการเฉพาะหน้าของกระทรวงสาธารณสุข
 - เห็นชอบร่างพระราชบัญญัติอย่างน้อยในชั้นหลักการ เพื่อให้มีการเตรียมการทางนิติบัญญัติ
 - เห็นชอบให้ปรับแผนการปฏิรูประบบสวัสดิการข้าราชการ (มติครม. เมื่อตุลาคม 2543) ให้สอดคล้องกับแผนแม่บท โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารและจ่ายเงิน
 - อนุมัติการจัดตั้งหน่วยงานพิเศษเพื่อเตรียมการจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและกองทุนหลักประกันสุขภาพของประชาชน โดยเป็นหน่วยงานในการดูแลของนายกรัฐมนตรี

1.2) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องออกเป็นกฎหมาย

3. เปิดเวทีรับฟังความคิดเห็น (เมษายน – มิถุนายน 44) จากประชาชน สื่อมวลชน นักวิชาการ เพื่อสร้างความเข้าใจร่วม และปรับปรุงร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. เพื่อเสนอต่อรัฐสภา (ตุลาคม 44)
4. ร่าง พรบ. มีผลใช้บังคับ (พฤศจิกายน 44) สอดคล้องกับแผนแม่บท แต่มีบทเฉพาะการสำหรับเตรียมการระยะ 2 ปี
 - 4.1.1. ร่าง พรบ. ใหม่ ตลอดจนศึกษาและปรับแก้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลและการประกันสุขภาพที่มีอยู่ให้สอดคล้อง เช่น พรบ.ประกันสังคม พรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ เป็นต้น (เมษายน – ตุลาคม 44)

1.3) ต้องวางระบบการจัดการ

5. การเตรียมการ ควรครอบคลุมเรื่องสำคัญ ดังนี้
 - 5.1. การจัดเตรียมโครงสร้างพื้นฐาน เพื่อยกระดับประสิทธิภาพภายในระบบ
 - 5.1.1. จัดตั้งคณะทำงานที่จำเป็น และสำนักงานเตรียมการจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในความดูแลของนายกรัฐมนตรี (เมษายน 44)
 - 5.1.2. พัฒนาและจัดระบบสารสนเทศ สำหรับการบริหาร ทะเบียนของประชาชนผู้มีสิทธิ การจ่ายเงินแก่สถานบริการ และการตรวจสอบ (เริ่มพัฒนาได้ภายใน ตุลาคม 44)
 - 5.1.3. สำนักงานประกันสังคมปรับบทบาทขยายความครอบคลุมสู่ครอบครัวผู้ประกันตน และสถานประกอบการขนาดเล็ก (มกราคม 45)

- 5.1.4. ถ่ายโอนการบริหารจัดการระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ และของพนักงาน รัฐวิสาหกิจ สวัสดิการสุขภาพของพนักงานของรัฐ และระบบประกันสังคมให้รวมกันเสมือนเป็น กองทุนเดียวอยู่ภายใต้การดูแลขององค์กรที่ชัดเจน เช่น สำนักงานประกันสังคม ที่บริหารงาน ภายใต้แนวทางของ พรบ.ใหม่ และพรบ. ประกันสังคม ที่ได้รับการปรับปรุง (มกราคม 45)
- 5.1.5. ทดลองระบบจ่ายเงินระบบใหม่ โดยเริ่มจากกลุ่มบริการผู้ป่วยในภายใต้ระบบสวัสดิการสุขภาพ ข้าราชการก่อน (ตุลาคม 44)
- 5.1.6. จัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพของประชาชนนอกภาคการจ้างงาน อยู่ภายใต้การดูแลของ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพของประชาชน (มกราคม 45)
- 5.2. พัฒนาชุดสิทธิประโยชน์มาตรฐาน และเครือข่ายบริการ เพื่อความเป็นธรรม ถือเป็นสิทธิประโยชน์ สำหรับคนไทยทุกคน รวมถึงบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วย
 - 5.2.1. จัดทำชุดสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพของกลุ่มบริการต่างๆ โดยให้มีการดำเนินการอย่างเป็น ระบบและมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและหน่วยงานต่างๆ มีการศึกษาวิเคราะห์ต้นทุน- ประสิทธิภาพหรือผลได้ มีการอ้างอิงความเหมาะสมทางวิชาการ (เมษายน 44 – ตุลาคม 45)
 - 5.2.2. ทบทวนและจัดทำบัญชียาหลักแห่งชาติขึ้นใหม่ ที่สอดคล้องกับแนวทางของระบบหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า มีกลไกและระบบที่จะชัดเจนในการนำไปใช้และปรับปรุงบัญชี (ตุลาคม 45)
 - 5.2.3. กระตุ้นให้มีการรวมตัวเป็นเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary care network) ซึ่งรวมทั้ง สถานพยาบาลของราชการและเอกชน โดยเริ่มจากการปรับเปลี่ยนระบบประกันสังคมและ สวัสดิการข้าราชการให้ใช้ระบบการจ่ายเงินแบบใหม่ตามที่เสนอทั้งระบบ (มกราคม 46)
 - 5.2.4. จัดทำทะเบียนสถานบริการ เครือข่ายบริการปฐมภูมิ และร้านยา ตลอดจนเตรียมการระบบ สารสนเทศที่จำเป็น (เสร็จภายในธันวาคม 46)

1.4) อาศัยกลไกการเงินการคลัง

- 5.3. รัฐบาลจัดหารายได้เพิ่มและจัดสรรเข้ากองทุนหลักประกันสุขภาพตามแผนแม่บทในการขยายงานเขต พื้นที่นำร่อง
- 5.4. รัฐบาลจัดหารายได้เพิ่มราว 30,000 – 40,000 ล้านบาท เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในปีงบประมาณ 2547 โดยบรรจุเข้าในร่างพรบ.งบประมาณเสนอต่อรัฐสภา (ตุลาคม 46)

1.5) ต้องวางระบบการให้ความรู้และสื่อสารข้อมูลแก่ผู้ปฏิบัติและผู้มีสิทธิ

- 5.5. การจัดระบบบริหารจัดการ แบบมีส่วนร่วม โดยจัดตั้งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพของ ประชาชน คณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนสำนักงานต่างๆ (มกราคม 45) และทยอยจัดตั้ง สำนักงานหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่จำนวน 15-20 แห่ง นำร่องการบริหารจัดการตามความพร้อม ของพื้นที่ (ภายในมกราคม 46)
- 5.6. ปรับการทำงานระบบทั้งหมดให้สอดคล้องกันทั้ง พร้อมเปิดระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเต็ม ระบบ (มกราคม 47)

2) รูปธรรมของการดำเนินงาน

แสดงได้ดังตารางที่ 6.1

ตารางที่ 6.1 การจัดการระยะเปลี่ยนผ่าน

องค์ประกอบของระบบตามรายงานข้อเสนอฯ	รูปธรรมของสิ่งที่เกิดขึ้นในระยะ 4 ปี	แหล่งข้อมูลหรือเอกสารอ้างอิง
ต้องเป็นนโยบายของรัฐบาล ผลักดันในระยะเวลา 3 ปี	- หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นนโยบายสำคัญของรัฐบาลที่ใช้ในการหาเสียงกับประชาชน และนำสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมในชื่อ “30 บาทรักษาทุกโรค” ซึ่งได้รับการผลักดันเป็นรูปธรรมอย่างรวดเร็ว จนมีโครงการนำร่องภายในเวลาน้อยกว่า 3 เดือนของการปฏิบัติหน้าที่	การติดตามสถานการณ์ของผู้วิจัย
ต้องออกเป็นกฎหมาย โดยออกเป็นมติคณะรัฐมนตรีในระยะเริ่มต้น ให้มีเวทีสาธารณะและร่างเป็นกฎหมาย พรบ.ต่อไป ทั้งนี้โดยมีบทเฉพาะกาลเพื่อการเตรียมการอย่างน้อย 2 ปี	- มีการร่างและตราพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ซึ่งมีผลใช้บังคับในช่วงปลายปี พ.ศ.2545 หรือประมาณ 1 ปีครึ่งหลังจากได้เริ่มต้นโครงการนำร่อง - ยังไม่มีการผ่านร่างกฎหมาย พรบ.สุขภาพแห่งชาติ ที่เป็นแม่บทของการปฏิรูประบบสุขภาพ และเป็นกรอบในการปฏิรูปด้านการเงินการคลัง	อำพล จินดาวัฒนะ และสุรณี พิพัฒน์โรจนกุล (2547) ²¹
อาศัยกลไกการเงินการคลัง โดยมีการทดลองนำร่องระบบการคลัง กลไกการจ่ายเงินตลอดจนระบบข้อมูลสารสนเทศและระบบการติดตามตรวจสอบที่เกี่ยวข้อง และพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานทางสุขภาพโดยให้มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบและมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและหน่วยงานต่างๆ มีการศึกษาวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลหรือผลได้ มีการอ้างอิงความเหมาะสมทางวิชาการและให้รัฐบาลจัดหาแหล่งรายได้เพิ่มเติม อย่างน้อย 30,000 – 40,000 บาทในปีงบประมาณ 2547 ซึ่งเป็นปีที่เสนอให้มีการเริ่มต้นของโครงการเต็มรูปแบบ	- รัฐบาลและสำนักงานงบประมาณไม่ได้ดำเนินการเกี่ยวกับการเพิ่มรายได้เพื่อรองรับค่าใช้จ่ายสำหรับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยตรง - มีการปรึกษาและพูดคุยถึงทางเลือกต่างๆ เพื่อนำเงินมาใช้เพิ่มขึ้นในโครงการ เช่น การใช้ภาษีเฉพาะ (Earmarked tax) จากเหล้าและบุหรี่ แต่ยังไม่ได้ออกสรุป	การอภิปรายและนำเสนอข้อมูลของคณะทำงานพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

องค์ประกอบของระบบตามรายงานข้อเสนอฯ	รูปธรรมของสิ่งที่เกิดขึ้นในระยะ 4 ปี	แหล่งข้อมูลหรือเอกสารอ้างอิง
ต้องวางระบบการจัดการ โดยให้มีระบบบริหารจัดการ แบบมีส่วนร่วม โดยจัดตั้งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพของประชาชน คณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนสำนักงานต่างๆ และทยอยจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ จำนวน 15-20 แห่ง นำร่องการบริหารจัดการตามความพร้อมของพื้นที่	- การพัฒนานโยบายและนำสู่การปฏิบัติเป็นไปอย่างรวดเร็ว ภายในเวลาน้อยกว่า 3 เดือน ของการทำหน้าที่ของรัฐบาลภายหลังการเลือกตั้ง ก็มีการนำร่องการให้สิทธิของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน 6 จังหวัด ภายใต้การกำกับดูแลระบบของกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้การบริหารผ่านการกำกับโดยตรงของรัฐมนตรี และการใช้การประชุมประสานงานแบบ War Room - พื้นที่ที่พบว่ามีความยุ่งยากซับซ้อนในการบริหารจัดการไม่เหมือนพื้นที่อื่นๆ คือ กรุงเทพมหานคร เนื่องจากโครงสร้างการบริการสาธารณสุขไม่เหมือนจังหวัดอื่นๆ	- การติดตามสถานการณ์ของผู้วิจัย - จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์และสุวิรัตน์ งามเกียรติไพศาล (2547) ¹¹
ต้องวางระบบการให้ความรู้และสื่อสารข้อมูลแก่ผู้ปฏิบัติและผู้มีสิทธิ	- มีการดำเนินการผ่านสื่อต่างๆ เกี่ยวกับการใช้สิทธิตามบัตรทองอย่างต่อเนื่อง	

3) ผลลัพธ์

การปฏิรูปและการเปลี่ยนแปลงเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยใช้ นโยบายของรัฐบาล กฎหมายและมาตรการทางการเงินการคลังเป็นตัวนำส่งผลให้การประกันสิทธิของประชาชน ให้เกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเชิงหลักการ สามารถเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วในเวลาอันสั้น ตลอดจนส่งผล ให้เกิดการเปลี่ยนในระบบและกลไกในการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพอย่างขนานใหญ่

อย่างไรก็ตามการปรับเปลี่ยนอย่างรวดเร็วทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องมีระยะเวลาเตรียมการเพื่อสร้างระบบการ บริหารจัดการต่างๆ รองรับน้อยกว่าที่ได้มีการประมาณการไว้ ขั้นตอนการดำเนินการตามที่เสนอไว้เกือบ ทั้งหมดไม่ได้รับการปฏิบัติ การเตรียมการที่จำเป็นที่เกี่ยวกับระบบข้อมูลสารสนเทศ การเบิกจ่ายเงิน องค์กร และระบบบริหารจัดการ ตลอดจนการประกันคุณภาพต่างๆ ไม่ได้รับการพัฒนาหรือทดลองใช้ให้เกิดความมั่นใจว่าจะไม่เกิดผลกระทบในทางลบ หรือเกิดขึ้นแต่น้อย ประเด็นที่ชัดเจนที่สุด น่าจะได้แก่ กรณียังเงินเดือนและ การจัดสรรอัตรากำลังของบุคลากรสาธารณสุข

4) ประเด็นอภิปรายและข้อเสนอแนะ

แสดงดังตารางที่ 6.2

ตารางที่ 6.2 ประเด็นข้อวิเคราะห์วิจารณ์และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการจัดการในระยะเปลี่ยนผ่าน

ประเด็นข้อวิเคราะห์วิจารณ์	ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ข้อเสนอแนะต่อกระบวนการพัฒนางานวิชาการ เชิงนโยบายของ สวรส.
กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและกลุ่มผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้องและเชื่อมโยงกับระบบประกันสุขภาพและสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลต่างๆ	-	- การศึกษาวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder analysis) และการสร้างความมีส่วนร่วมจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญ ในกระบวนการการพัฒนาข้อเสนอ มีการรับฟังข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเป็นระยะ
ปัญหาและอุปสรรคอันเนื่องมาจากข้อกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้อง	-	- การศึกษาข้อกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้องกับข้อเสนอเชิงระบบ โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการงบประมาณ การเงิน และการบริหารบุคลากร เพื่อคาดการณ์ปัญหา และอุปสรรคในการนำข้อเสนอแนะสู่การปฏิบัติ
การดำเนินการในเขตกรุงเทพมหานคร อันเนื่องมาจากโครงสร้างของหน่วยงานที่รับผิดชอบแตกต่างจากจังหวัดอื่นๆ มีกรุงเทพมหานครเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีโครงสร้างและงบประมาณด้านสาธารณสุขที่ชัดเจน มีโรงพยาบาลสังกัดอื่นๆ ที่ให้บริการแก่ประชาชนจำนวนมาก และมีประชาชนหลากหลายกลุ่ม มีการเคลื่อนย้ายสูง	- ทบทวน ศึกษาและพัฒนากระบวนการสุขภาพสำหรับกรุงเทพมหานครเป็นกรณีพิเศษจากพื้นที่อื่นๆ	- พิจารณากรุงเทพมหานครเป็นกรณีพิเศษในการศึกษาวิจัยด้านบริการสุขภาพในโอกาสต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- ¹ คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. รายงานการศึกษาประกอบการปฏิรูประบบสุขภาพและการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2544.
- ² สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน: ผลสรุปคณะทำงานเพื่อพัฒนาระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์. 2544.
- ³ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๕. 2545.
- ⁴ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์และสุรวิทย์ นามเกียรติไพศาล. โครงการระบบบริการสุขภาพและการเงินที่เหมาะสมในเขตกรุงเทพมหานคร และบทบาทของกรุงเทพมหานครภายใต้การปฏิรูปครั้งที่ 3 ของระบบสุขภาพของประเทศไทย. รายงานวิจัย. คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และกรุงเทพมหานคร. 2547.
- ⁵ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ. การคลังของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปัจจุบันและอนาคต. ใน: เอกสารวิชาการเพื่อนำสู่การแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในการประชุมวิชาการ “พลังปัญญา: สู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ภาคที่ 2 กลไกทางการเงินการคลังด้านประกันสุขภาพของประเทศไทย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2547.
- ⁶ สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน. ฉบับปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติม ครั้งที่ 1 ตามมติที่ประชุมศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์. 2545.
- ⁷ สุชาติ สรณสถาพร. ระบบเบิกค่ารักษา สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ: ความเปลี่ยนแปลงในระบบสารสนเทศการคลังระบบบริการสุขภาพ. ข้อมูลนำเสนอในการประชุมวิชาการ “พลังปัญญา: สู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า”. จัดโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2547.
- ⁸ สุวัฒน์จรรยาเลิศศักดิ์ และคณะ. โครงการติดตามและประเมินหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ครั้งที่ 1: ข้อมูลครัวเรือน. รายงานวิจัย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2546.
- ⁹ สุวัฒน์จรรยาเลิศศักดิ์ และคณะ. การประเมินผลการบริหารและการดำเนินการโครงการนำร่องการให้ประชาชนเลือกสถานบริการสุขภาพโดยสมัครใจ ในพื้นที่ 5 จังหวัด : การศึกษาเชิงคุณภาพ. รายงานวิจัย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2547.
- ¹⁰ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และเจตต์ ธรรมธัชอารี. คุณภาพในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: คุณภาพดี คนมีหรือคนจนก็ต้องได้. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2548.
- ¹¹ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และสุรวิทย์ นามเกียรติไพศาล. รายงานการวิจัยต้นทุนและรูปแบบของการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามชุดสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. 2547.

- ¹² สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานประจำปี 2546 การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. นนทบุรี: สำนักนโยบายและแผน สปสช. 2547.
- ¹³ เกรียงศักดิ์ เอกพงษ์ และวงศา เลหาศิริวงศ์. การบริหารระบบบริการภาครัฐระดับพื้นที่. ใน: เอกสารวิชาการเพื่อนำสู่การแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในการประชุมวิชาการ “พลังปัญญา: สู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ภาคที่ 4 การบริหารระบบ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2547.
- ¹⁴ ศุภสิทธิ์ พรธมนารุณภัย. การติดตามประเมินผล โครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค จังหวัดเชียงใหม่ พิษณุโลก นครราชสีมา ศรีสะเกษ ปทุมธานี สระบุรี ภูเก็ต และภาพรวมการข้ามเขตกับคุณภาพบริการของ 21 จังหวัดนำร่อง ปี 2544 - 2545 (ครึ่งปี). ใน: วิโรจน์ ณ ระนองและคณะ. โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีหนึ่ง (2544-45). รายงานวิจัย. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2545.
- ¹⁵ จเด็จ ธรรมธัชอารี และสาหร่าย เรืองเดช. ตัวชี้วัดคุณภาพ จากข้อมูลผู้ป่วยใน (Administrative data) กับคุณลักษณะของโรงพยาบาล. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2546.
- ¹⁶ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์และจเด็จ ธรรมธัชอารี. การให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. ใน: เอกสารวิชาการเพื่อนำสู่การแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในการประชุมวิชาการ “พลังปัญญา: สู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ภาคที่ 3 พัฒนาการของระบบบริการ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2547.
- ¹⁷ วิโรจน์ ณ ระนองและคณะ. โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีหนึ่ง (2544-45). รายงานวิจัย. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2545.
- ¹⁸ อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล และประติษฐ์ วงษ์คนารัตนกุล. การประกันคุณภาพ. ใน: เอกสารวิชาการเพื่อนำสู่การแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในการประชุมวิชาการ “พลังปัญญา: สู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ภาคที่ 4. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2547.
- ¹⁹ กฤษณ์ พงศ์พิรุณ. การประกันคุณภาพของบริการส่งเสริมสุขภาพในระบบสุขภาพระดับจังหวัด. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2546.
- ²⁰ สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ และคณะ. ระบบบริการสาธารณสุขกับการประกันสุขภาพ: ปัญหาและข้อเสนอในภาพรวม. รายงานการวิจัยสนับสนุนโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2548. เอกสารอัดสำเนา.
- ²¹ อำพล จินดาวัฒนะ และสุรณี พิพัฒน์โรจนกมล. พัฒนาการทางนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย. ใน: เอกสารวิชาการเพื่อนำสู่การแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในการประชุมวิชาการ “พลังปัญญา: สู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ภาคที่ 1. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2547.