

ข้อเสนอ

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
(Universal coverage)

คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สนับสนุนโดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

มีนาคม 2544

คำนำ

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับประชาชนคนไทยทุกคน เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดองค์ประกอบหนึ่งของการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยเฉพาะในด้านการเงินการคลังทางสาธารณสุข เป็นเครื่องมือที่สำคัญในตัวของตัวเองอันจะเอื้ออำนวยให้ประชาชนสามารถใช้สิทธิตามรัฐธรรมนูญของประเทศในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพพื้นฐานที่มีความจำเป็น ในขณะที่การสร้างหลักประกันทางสุขภาพยังเป็นเครื่องมือที่เอื้ออำนวยให้การปฏิรูประบบสุขภาพในด้านอื่นๆ สามารถดำเนินไปได้และประสานกันอย่างประสบความสำเร็จ

คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วยนักวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญและผู้มีประสบการณ์ทางเศรษฐศาสตร์ เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ระบบสุขภาพ ระบบสารสนเทศ วิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข สังคมศาสตร์ ตลอดจนตัวแทนผู้ทรงคุณวุฒิจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการประกันสุขภาพ จึงมีจุดมุ่งหมายในการรวบรวม และประมวลแนวคิด หลักการ ข้อมูลจากการศึกษาวิจัยต่างๆ รวมถึงประสบการณ์ในด้านการสร้างหลักประกันสุขภาพทั้งภายในประเทศและของต่างประเทศที่มี เพื่อพัฒนาข้อเสนอในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้นโดยมุ่งเน้นที่การดูแลสุขภาพส่วนบุคคลเป็นหลัก ข้อเสนอที่ยึดถือเป้าหมายที่สำคัญคือ การสร้างให้เกิดความเป็นธรรม ประสิทธิภาพ คุณภาพและการมุ่งสู่การสร้างสุขภาพสำหรับประชาชนคนไทย เพื่อให้มีการใช้ทรัพยากรของประเทศทางด้านสุขภาพที่มีอยู่อย่างจำกัด ให้ได้เกิดประโยชน์สูงสุด

ข้อสังเกตที่มีต่อระบบสุขภาพ คือ ระบบสุขภาพเป็นระบบที่มีความซับซ้อนมาก มีพลวัตรและการเปลี่ยนแปลงในอัตราที่สูงกว่าระบบทางสังคมและเศรษฐกิจในภาคอื่นๆ มีองค์ประกอบภายในที่ประกอบด้วยทรัพยากรปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิตที่มีความหลากหลายมาก ที่มีปัจจัยทางด้านวิชาชีพ วิชาการ เทคโนโลยี เศรษฐศาสตร์ จริยธรรม มนุษยธรรมและคุณค่าทางสังคมเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย ตลอดจนความเชื่อมโยงกับระบบอื่นๆ ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนเป็นอย่างมาก ดังนั้น การพิจารณาเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงเป็นเรื่องที่มีความซับซ้อนสูงตามไปด้วย ทั้งในระดับของปรัชญาและเป้าหมายของระบบ รูปแบบหลักที่เป็นทางเลือกของการสร้างหลักประกันสุขภาพ การจัดหาทรัพยากรที่เพียงพอ การจัดโครงสร้างองค์กรที่เกี่ยวข้อง การถ่ายทอดนโยบาย กระแสข้อมูลและกระแสเงิน ตลอดจนกลวิธีในการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดการตอบสนองต่อความจำเป็นทางสุขภาพและความต้องการของสังคม มีระบบและกลไกในการตรวจสอบให้เกิดความโปร่งใสในการดำเนินการ

องค์ประกอบที่นำเสนอในรายงานนี้ ทั้งทางด้านโครงสร้าง ระบบและกลไกต่างๆ จะมีความเกี่ยวเนื่องและเชื่อมโยงกัน การปรับระบบสุขภาพไปสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำเป็นต้องคำนึงถึงพลวัตรภายในระบบเอง ตลอดจนส่วนที่ต้องสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ในส่วนอื่นของระบบสุขภาพด้วย การพัฒนาข้อเสนอหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปสู่การปฏิบัติ จึงควรนำข้อเสนอทั้งหมดดังกล่าวไปพิจารณาอย่างครบถ้วนทั้งระบบ ซึ่งอาจปรับองค์ประกอบบางประการเพื่อให้เกิดความเหมาะสมแก่สถานการณ์ในขณะนั้นของระบบสุขภาพ รวมทั้ง คำเรียกชื่อต่างๆ ของโครงสร้าง

หน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ด้วย อย่างไรก็ตามการเลือกนำเสนอเพียงบางประการไปปฏิบัติใน
ขณะที่แยกองค์ประกอบของระบบบางส่วนออกไป อาจทำให้ขาดความต่อเนื่องของนโยบาย ระบบ
และการปฏิบัติ สมดุลของระบบในบางประเด็นในด้านการเงินการคลังทางสุขภาพอาจเสียไปได้ และ
ส่งผลกระทบต่อการปฏิรูประบบสุขภาพในส่วนอื่นๆ ได้ เพราะฉะนั้นการพิจารณาจึงจำเป็นต้องมี
การพิจารณาข้อเสนอทั้งชุดอย่างรอบคอบ เชื่อมโยงกับระบบสาธารณสุข และการปฏิรูประบบสุขภาพ
ในส่วนอื่นๆ เพื่อนำไปสู่การสร้างแผนปฏิบัติงานในรายละเอียดต่อไป

คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

มีนาคม 2544

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคืออะไร

“หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” หมายถึง สิทธิของประชาชนไทยทุกคนที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้า ด้วยเกียรติ ศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยที่ภาระด้านค่าใช้จ่ายไม่เป็นอุปสรรคที่เขาจะได้รับสิทธินั้น

“หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ไม่ใช่สิ่งต่อไปนี้

1. ไม่ใช่ “บริการสงเคราะห์” “บริการกึ่งสงเคราะห์” “บริการราคาถูก” หรือบริการที่เพียงพอแต่สำหรับการแก้ปัญหาสุขภาพแบบเฉพาะหน้าเท่านั้น
2. ไม่ใช่บริการที่ต้องมีการสมัครจึงจะได้รับ หากแต่เป็นสิทธิตามกฎหมายของประชาชนไทยทุกคน
3. ไม่ใช่การทุ่มงบประมาณไปที่กระทรวงใดกระทรวงหนึ่ง โดยขาดการปรับปรุงระบบการบริหารจัดการ และไม่มีการประกันสิทธิของประชาชน

หลักประกันด้านสวัสดิการทางสุขภาพและการประกันสุขภาพเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญของระบบสุขภาพของประเทศ

ทำไมคนไทยจึงต้องมีหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้า?

1. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 52 กำหนดว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการได้รับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน ตามที่กฎหมายกำหนด” ในปัจจุบันยังไม่มีกฎหมายใดกำหนดว่าประชาชนจะได้รับสิทธิเสมอกันดังที่รัฐธรรมนูญระบุไว้ได้อย่างไร
2. เมื่อเจ็บป่วยประชาชนส่วนใหญ่ได้รับความเดือดร้อนด้านค่าใช้จ่ายจนอาจเป็นเหตุให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น ปัจจุบันมีประชาชนอย่างน้อยร้อยละ 30 ของประเทศที่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดเอง ครอบครัวไทยราวร้อยละ 60 เคยประสบความเดือดร้อนทางการเงินในคราวที่เจ็บป่วยหนัก (และในบางกรณี ค่ารักษาพยาบาลทำให้เกิดภาระหนี้สินเกินกว่าที่จะแบกรับได้)
3. ประชาชนไทยจำนวนถึง 20 ล้านคนไม่อยู่ในการดูแลของระบบหลักประกันใดๆเลย ส่วนประชาชนอีก 23 ล้านคนได้รับการดูแลด้วยระบบสงเคราะห์ ซึ่งไม่มีหลักประกันใดๆ ที่จะประกันมาตรฐานคุณภาพของบริการ
4. ประชาชนในระบบสวัสดิการสุขภาพจำนวน 5 ระบบ(รวมถึงระบบสงเคราะห์)ได้รับบริการที่เหลื่อมล้ำ หลายคนไม่พอใจ ประชาชนส่วนใหญ่ที่มีไข้ข้าราชการ ผู้มีประกันสังคม หรือผู้มีฐานะดี

พอจะจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ รู้สึกด้อยศักดิ์ศรี เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีโอกาสดีกว่าเหล่านี้ ซึ่งกลุ่มดังกล่าวรวมกันแล้วมีจำนวนเพียงร้อยละ 20 ของประชาชนทั้งประเทศ

5. ตลาดเสรีขาดประสิทธิภาพในการให้บริการสุขภาพ เนื่องจากประชาชน(ผู้บริโภค)ขาดข้อมูลและความเข้าใจเพียงพอที่จะซื้อบริการอย่างสมเหตุสมผล อีกทั้งประชาชนยังขาดอำนาจต่อรองใดๆ จึงเป็นการยากยิ่งที่ประชาชนแต่ละคนจะรับภาระซื้อบริการสุขภาพโดยไม่มีการจัดระบบที่รัดกุมเพียงพอ ยิ่งถ้าประชาชนมีความต้องการในการได้รับการประกันสุขภาพแล้ว ข้อบกพร่องของกลไกตลาดจะยิ่งประจักษ์ขึ้น ดังจะเห็นได้จากบทบาทที่ค่อนข้างจำกัดของธุรกิจประกันสุขภาพของเอกชน
6. แม้การเพิ่มรายได้แก่ประชาชนจะยังทำได้ยาก แต่การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถลดรายจ่ายที่อาจทำให้บุคคลล้มเนื้อประดาตัวและเป็นรายจ่ายที่ประชาชนทุกคนมีโอกาสเสี่ยงที่จะต้องประสบ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงมีผลสำคัญต่อการยกระดับความสามารถของประเทศในการแก้ไขปัญหาความยากจน

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรมุ่งบรรลุวัตถุประสงค์อะไรบ้าง?

- (1) **ความเสมอภาค (Equity)** นอกเหนือจากความเสมอภาคในแง่เป็นสิทธิตามกฎหมายแล้ว ความเสมอภาคควรรวมถึง (1) การกระจายภาระด้านค่าใช้จ่ายในลักษณะก้าวหน้าและเป็นธรรม และ (2) การเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานสูงเพียงพออย่างเสมอหน้า
- (2) **ประสิทธิภาพ (Efficiency)** ในระบบสุขภาพ กล่าวคือ เป็นระบบที่ใช้ทรัพยากรอย่างประหยัดคุ้มค่าที่สุด โดยใช้ระบบการบริหารจัดการที่เคร่งครัด และเน้นบริการผ่านเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary care networks) ซึ่งสามารถมีต้นทุนผลลัพธ์สุขภาพต่อหน่วยต่ำ
- (3) **ทางเลือกในการรับบริการ (Choice)** ประชาชนควรมีสิทธิเลือกบริการที่หลากหลายจากผู้ให้บริการประเภทต่างๆ (รวมถึงสถานบริการของภาคเอกชน) สามารถเข้าถึงง่าย และเลือกได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- (4) **การ “สร้าง” ให้มีสุขภาพดีถ้วนหน้า** ระบบหลักประกันสุขภาพมุ่งสู่การสร้างสุขภาพดีถ้วนหน้า ไม่ใช่เพียงคุ้มครองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเท่านั้น แต่สามารถเน้นส่วนที่เป็นบริการสุขภาพส่วนบุคคล (Personal healthcare) ที่เป็นบริการป้องกัน

ลักษณะที่พึงประสงค์เป็นอย่างไร?

การปรับระบบให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ข้างต้นมีแนวคิดสำคัญที่ควรยึดถือในการปฏิรูประบบ ได้แก่

- (1) ประชาชนเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ง่าย มีส่วนร่วมรับผิดชอบ ทั้งในด้านความเป็นเจ้าของ ควบคุมกำกับ และร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในระดับที่สมเหตุสมผล
- (2) มีการบริหารจัดการที่ขจัดความซ้ำซ้อน สร้างความสอดคล้องกันของวิธีปฏิบัติ และป้องกันภาวะผลประโยชน์ขัดกับบทบาทหน้าที่ (Conflicts of interest) โดยมีระบบตรวจสอบและคานอำนาจแยกบทบาทของผู้ถือกฎกติกา ผู้ซื้อบริการ ผู้ให้หรือผู้ขายบริการ และผู้ตรวจสอบ

- (3) มีการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อให้สามารถกำหนดแผน จัดสรรงบประมาณ เบิกจ่าย (Claim processing) ตรวจสอบ (Auditing) และพัฒนาคุณภาพบริการ ได้อย่างรัดกุม มีประสิทธิภาพและเป็นธรรม
- (4) มีการเลือกใช้วิธีการจ่ายเงิน (Payment method) แก่ผู้ให้บริการที่ทำให้การใช้ทรัพยากรทางสุขภาพสมเหตุสมผล วิธีการจ่ายเงินนี้จะกลายเป็นกลไกสำคัญที่สุดที่จะควบคุมพฤติกรรมของผู้ให้บริการ อันส่งผลถึงผลลัพธ์ต่อค่าใช้จ่ายในภาพรวม
- (5) มีการกำหนดบทบาทของผู้รับประกันสุขภาพภาคเอกชนอย่างเหมาะสม เพื่อเปิดโอกาสให้ธุรกิจประกันสุขภาพมาจัดบริการส่วนที่ตลาดต้องการ แต่ไม่ใช่ในลักษณะก่อผลเสียต่อการกระจายความเสี่ยง ตลอดจนเปิดโอกาสให้สถานบริการเอกชนเข้ามาแข่งขันให้บริการแก่ประชาชนด้วย กติกาที่เป็นธรรม
- (6) เป็นที่ยอมรับของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ ในสังคม

ความเป็นไปได้และเงื่อนไขคืออะไรบ้าง?

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นสิ่งที่ประเทศพัฒนาแล้วส่วนใหญ่ได้จัดให้มีขึ้นกันแล้ว ในประเทศที่มีการจัดระบบดังกล่าว นอกเหนือจากประชาชนจะได้รับสิทธิอย่างครบถ้วนภายใต้ระบบที่มีมาตรฐานเดียว หรือที่มีการคุมมาตรฐานอย่างชัดเจนแล้ว (เช่น สหราชอาณาจักร คานาดา ออสเตรเลีย ฝรั่งเศส) รายจ่ายสุขภาพในประเทศเหล่านั้นยังมักจะมียอดรวมต่ำกว่าหรือสามารถควบคุมรายจ่ายได้ดีกว่าประเทศที่ไม่ได้จัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เกิดขึ้นจากการขยายตัวตามธรรมชาติของระบบประกันหลายๆ ระบบ (เช่น ในสหรัฐอเมริกา)

จากการตรวจสอบข้อมูลหลายแหล่งและสมมติฐานต่างๆ แล้วพบว่าด้วยความมั่นใจว่า งบประมาณทั้งหมดที่จำเป็นสำหรับการจัดหลักประกันสุขภาพแบบถ้วนหน้าจะเป็นประมาณ 100,000 ล้านบาท (ค่าประมาณสำหรับปี 2544)

วงเงินงบประมาณจากแหล่งต่างๆ ที่รัฐบาลใช้จ่ายในขณะนี้ รวมกันประมาณ 77,000 ล้านบาท ดังนั้น จะมีความต้องการเพื่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอีกประมาณ 20,000 - 30,000 ล้านบาท ซึ่งอยู่ในวิสัยที่รัฐบาลจะหาได้

เงินที่ต้องการเพิ่มขึ้นนี้ปัจจุบันเป็นภาระภาษี ค่าเบี้ยประกัน หรือค่าใช้จ่ายที่จ่ายแก่สถานพยาบาลทางใดทางหนึ่ง ซึ่งประชาชนต้องแบกรับอยู่แล้วเมื่อเจ็บป่วย เพียงแต่หากปรับระบบใหม่แล้วประชาชนจะไม่ต้องจ่ายทางตรงแก่สถานพยาบาลหรือนายประกัน แต่จ่ายทางอ้อมทางภาษีเป็นหลัก

จำนวนนี้คาดว่าจะเพียงพอสำหรับชุดสิทธิประโยชน์ที่ไม่ด้อยไปกว่าระบบประกันสังคมในปัจจุบัน งบประมาณจำนวนนี้คิดเฉพาะส่วนที่เป็นบริการสุขภาพส่วนบุคคล (Personal healthcare) เท่านั้น โดยไม่รวมงบด้านโครงการป้องกัน ลงทุน บริหาร และการสาธารณสุขอื่นๆ

ในประเทศไทย นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะเกิดขึ้นได้ต้องมีเงื่อนไขสำคัญ คือ

- (1) ต้องเป็นนโยบายของรัฐบาลทั้งรัฐบาล ไม่ใช่นโยบายระดับกระทรวงหรือต่ำกว่า เนื่องจากการจัดระบบนี้ต้องกระทบงานของหลายหน่วยงาน

- (2) ต้องออกกฎหมาย เนื่องจากการปรับระบบการบริหารและระบบงบประมาณในลักษณะ“การปฏิรูป” รวมทั้งเป็นการประกันสิทธิของประชาชน หากไม่ออกกฎหมายการเปลี่ยนแปลงก็จะทำได้เพียงเรื่องปลักย่อย และขาดความยั่งยืน
- (3) ต้องมีการจัดการด้านรายได้และรายจ่ายสำหรับการประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างเหมาะสม มิฉะนั้นการปฏิรูปจะเกิดผลในทางปฏิบัติได้ยาก
- (4) ต้องออกแบบระบบที่มีรายละเอียดที่พิถีพิถันมากเป็นพิเศษมากกว่าโครงการของรัฐโดยทั่วไป โดยมุ่งหวังให้ระบบมีประสิทธิภาพในระยะยาว มิฉะนั้นงบประมาณค่าใช้จ่ายจะพุ่งสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะกระทบภาระค่าใช้จ่ายของใครบ้าง?

ปัจจุบันคนไทยมีค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลราวปีละ 130,000 ล้านบาท และมีงบประมาณลงทุนที่เน้นการรักษาพยาบาลอีกปีละ 20,000 ล้านบาท ภายใต้อัตราค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดปีละ 180,000 ล้านบาท (ข้อมูลจากบัญชีรายจ่ายประชาชาติด้านสุขภาพ ปี 2541 หากใช้ตัวเลขของคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ รายจ่ายนี้จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 30)

การประมาณการในการจัดหลักประกันสุขภาพ ยากที่จะได้ตัวเลขตายตัว เพราะขึ้นอยู่กับ (1) ระดับสิทธิประโยชน์และเกณฑ์มาตรฐานบริการ และ (2) ระบบบริหารจัดการว่ามีประสิทธิภาพเพียงไร พร้อมทั้งมีระบบการควบคุมค่าใช้จ่าย และควบคุมคุณภาพถึงถ้วนเพียงไร

หากบริหารจัดการอย่างดีแล้ว ประมาณการณ์ว่างบประมาณสำหรับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะมีค่าใช้จ่ายรวมราว 100,000 ล้านบาท โดยประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานดีพอสมควร

ในจำนวนค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลรวมปีละ 130,000 ล้านบาทในปี 2541 แยกได้เป็นภาระของรัฐราว 60,000 ล้านบาท ประชาชนต้องจ่ายเองราว 70,000 ล้านบาท หากมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รัฐก็จะสามารถแบ่งเบาภาระในส่วนที่ประชาชนต้องจ่ายเองโดยผ่านระบบการจัดเก็บภาษีที่เป็นธรรม

ผู้ที่รับภาระค่าใช้จ่ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงได้แก่

- (1) ผู้เสียภาษี (รวมทั้งเบี้ยประกันสังคม ถ้ายังมีอยู่) ซึ่งจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ ทั้งนี้หลักสำคัญควรเป็นการเก็บภาษีที่เป็นธรรมและบริหารการจัดเก็บได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- (2) ผู้ใช้บริการ รับผิดชอบค่าบริการเพียงเล็กน้อยเมื่อไปใช้บริการ

ทั้งนี้ ผู้ยากไร้จำนวนราว 10 ล้านคนย่อมมีสิทธิตามรัฐธรรมนูญที่จะได้รับบริการสุขภาพโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

กลไกสำคัญของการควบคุมค่าใช้จ่ายคืออะไร?

จากผลศึกษาประสบการณ์ของนานาประเทศพอจะสรุปได้ว่า กลไกที่สำคัญที่สุดคือ ระบบการจ่ายเงินแก่สถานบริการ (Payment method)

ในประเทศไทยตัวอย่างที่เป็นหลักฐานประจักษ์ คือ ผลของระเบียบการจ่ายเงินของระบบสวัสดิการข้าราชการเปรียบเทียบกับระบบประกันสังคม ซึ่งระบบทั้งสองนี้เป็นแนวทางสุดโต่งสองด้าน ระบบแรกไม่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้เลย ส่วนระบบหลังมีปัญหาด้านคุณภาพบริการ

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงควรพิถีพิถันกับการวางกติกากำหนดการจ่ายเงินนี้ให้รัดกุม เพื่อสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายพร้อมกับธรรมาภิบาลบริการไว้ด้วย

แนวทางสำคัญของระบบจ่ายเงินใหม่ ได้แก่

- (1) โน้มน้าวให้ผู้ใช้บริการไปหาสถานบริการปฐมภูมิ (Primary care) ก่อน เนื่องจากเป็นบริการที่สร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพด้วยต้นทุนต่ำ รวมทั้งเป็นบริการแบบองค์รวมที่มีทั้งการรักษาพยาบาลและการป้องกันโรค ทั้งนี้โดยการจ่ายเงินส่วนใหญ่ไปยังเครือข่ายสถานบริการปฐมภูมิโดยตรง (ไม่ใช่จ่ายแก่สถานบริการขนาดใหญ่เป็นต้นทางอย่างระบบประกันสังคมปัจจุบัน)
- (2) แยกการจ่ายเงินให้เหมาะสมกับลักษณะบริการ ซึ่งอาจแยกคร่าวๆ เป็น
 - กลุ่มบริการผู้ป่วยนอก จ่ายแบบเหมาหัว ปรับตามอายุ เพศ และความเสี่ยง (เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง)
 - กลุ่มบริการผู้ป่วยใน ใช้วิธีตั้งวงเงินรวมสำหรับประชากรของแต่ละพื้นที่ ในวงเงินรวมนี้จะแบ่งแก่สถานพยาบาลตามน้ำหนักสัมพัทธ์ของโรคซึ่งเป็นระบบจ่ายเงินที่เน้นประสิทธิภาพโดยไม่บั่นทอนคุณภาพ สถานบริการได้รับเงินชดเชยอย่างสมเหตุสมผลที่สุด แต่ส่วนนี้ต้องอาศัยระบบสารสนเทศที่ทันสมัย
 - กลุ่มยา ระบบจ่ายเงินควรตัดผลประโยชน์จากการสั่งยาฟุ่มเฟือยหรือการสั่งยาด้วยกว่ามาตรฐาน โดย (1) การควบคุมราคายา และ (2) อนุญาตให้ผู้ให้บริการถือใบสั่งยาไปรับยาได้ที่ร้านจำหน่ายยาที่ลงทะเบียนไว้ (เฉพาะผู้ป่วยนอก)

การกำหนดกติกาแยกแยะเช่นนี้จะทำให้ผู้ให้บริการแต่ละกลุ่มบริการอยู่ภายใต้แรงจูงใจที่เหมาะสม

วิธีการจ่ายเงินตามแนวทางข้างต้นจึงมีผลไม่เพียงต่อการควบคุมค่าใช้จ่ายเท่านั้น แต่ยังก่อให้เกิดระบบเครือข่ายสถานบริการปฐมภูมิ กระตุ้นการแข่งขันระหว่างผู้ให้บริการ อันเป็นเงื่อนไขสำคัญที่จะเพิ่มผลลัพธ์ด้านสุขภาพด้วยต้นทุนต่ำ อีกทั้งยกระดับมาตรฐานบริการให้ดีขึ้นด้วย

การบริหารระบบหลักประกันสุขภาพควรเป็นอย่างไร?

ประเทศต่างๆ ที่จัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้นเป็นผลสำเร็จแล้วนั้น แม้รูปแบบจะแตกต่างกันบ้างในรายละเอียด แต่คุณลักษณะที่เหมือนกันของทุกประเทศก็คือ การจัดระบบควบคุมตลาด (Market regulation) กล่าวคือ ทุกประเทศไม่ปล่อยให้ตลาดบริการสุขภาพทำงานโดยเสรีเพราะจะเกิดภาวะตลาดล้มเหลว (Market failure) ขณะเดียวกันก็ไม่อาจละเว้นบริบทของระบบตลาดซึ่งรวมถึงการมีผู้ให้บริการหลายประเภททั้งที่เป็นของรัฐและสถานบริการเอกชน จึงจำเป็นต้องมีระบบบริหารที่มุ่งควบคุมตลาดอย่างมีประสิทธิภาพ

หลักสำคัญของระบบบริหารคือการแยกความสัมพันธ์เชิงผลประโยชน์ระหว่างผู้ซื้อบริการออกจากผู้ให้บริการ (Purchaser-provider split) โดยรัฐมักทำหน้าที่ผู้ซื้อบริการรายใหญ่เพื่อควบคุมตลาดผ่านพลังซื้อ (Monopsonistic power) รูปธรรมหนึ่งคือการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้น

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินี้จำเป็นต้องแยกขาดออกจากกระทรวงหรือส่วนราชการที่เป็นเจ้าของสถานพยาบาล เพื่อตัดความสัมพันธ์เชิงผลประโยชน์ เงื่อนไขนี้เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับกองทุนที่จะสามารถรักษาผลประโยชน์ของประชาชนด้วยการต่อรองกับผู้ให้บริการทุกประเภทอย่างเป็นธรรม

ในทางปฏิบัติกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรใกล้ชิดประชาชนพอสมควร จึงควรกระจายการบริหารไปตามพื้นที่ต่างๆ ขนาดของพื้นที่ที่เหมาะสม(มีประสิทธิภาพการบริหารสูงสุด) ควรมีขอบเขตดูแลประชากรราว 3-6 ล้านคน อาจเรียกหน่วยบริหารนี้ว่า “สำนักงานหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่” (Area purchaser) ซึ่งมีจำนวน 10-20 แห่ง

ขั้นตอนในการปฏิรูปลหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีอะไรบ้าง?

หลักการเพื่อนำหลักประกันสุขภาพสู่การปฏิบัติ:

- 1) ต้องเป็นนโยบายของรัฐบาล (Policy measure) ไม่ใช่นโยบายระดับกระทรวงหรือต่ำกว่า เนื่องจากการทำงานเป็นกระบวนการคร่อมสายงานที่ต้องเข้าไปเกี่ยวข้องกับส่วนราชการและหน่วยงานของรัฐหลายสังกัด
- 2) ต้องออกเป็นกฎหมาย (Regulatory measure) ที่มีผลในการปรับระบบและกลไกด้านการเงินการคลังทางสุขภาพตามกฎหมายด้านต่างๆ ที่ผ่านมา เนื่องจากต้องมีการปรับบทบาทหน่วยงานราชการและระบบงบประมาณ ตลอดจนระบบประกันสุขภาพและประกันอุบัติเหตุภาคบังคับตามกฎหมาย
- 3) อาศัยกลไกการเงินการคลัง (Financial measure) ที่มีการเสริมให้เกิดการปรับตัวในระบบ เป็นการปรับระบบการตอบแทนและการอุดหนุนที่ตอบสนองต่ออุปสงค์ การทำงานที่มากของผู้ให้บริการได้รับการตอบแทนมากขึ้น
- 4) ต้องวางระบบการจัดการ (Management measure) ให้เอื้ออำนวยต่อการทำงานทั้งในส่วนของการบริหารกองทุน การทำสัญญาและการจัดซื้อบริการ ตลอดจนกลไกสารสนเทศและการตรวจสอบการดำเนินงานในด้านต่างๆ ต้องมีการจัดทำระบบข้อมูลการเงินและบัญชีอย่างเป็นระบบเพื่อให้ได้ข้อมูลในการวิเคราะห์ต้นทุนที่ชัดเจน มีการออกแบบระบบอย่างพิถีพิถันเพื่อให้ไม่เป็นอุปสรรคต่อการประกอบวิชาชีพทางสุขภาพอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพในระยะยาว

ต้องมีการปรับกลไกการจัดการให้สอดคล้องกับระบบทางการเงิน มีการให้ระยะเวลาที่เหมาะสมเพื่อการปรับตัว โดยเป็นหน้าที่ของผู้ให้บริการที่จะปรับตัว ด้วยความสนับสนุนอันเหมาะสมจากรัฐ

- 5) ต้องวางระบบการให้ความรู้และสื่อสารข้อมูลแก่ผู้ปฏิบัติและผู้มีสิทธิ (Educational measure) เพื่อให้บุคคลฝ่ายต่างๆ ผู้เกี่ยวข้องทราบบทบาทของตนภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ เป็นการเตรียมพร้อมระบบและกลไกต่างๆ อย่าง

ขั้นตอนการดำเนินการ

รัฐบาลควรดำเนินงานตามขั้นตอน ดังนี้

1. ในการประกาศนโยบายของรัฐบาล ควรระบุเงื่อนไขเวลาว่าจะผลักดันให้สำเร็จได้ภายในระยะเวลา 3 ปี
2. ออกมติคณะรัฐมนตรี (เมษายน 44) เพื่อจัดกลไกเริ่มต้น คือ
 - อนุมัติแผนงานแม่บท ที่แสดงเป้าหมายสำคัญๆ พร้อมเงื่อนไขเวลาและหน่วยงานที่รับผิดชอบแต่ละส่วน รวมถึงระบุถึงตัวเลขงบประมาณที่จำเป็น
 - อนุมัติมาตรการระยะสั้น ซึ่งเป็นการเตรียมการเฉพาะหน้าของกระทรวงสาธารณสุข

- เห็นชอบร่างพระราชบัญญัติอย่างน้อยในชั้นหลักการ เพื่อให้มีการเตรียมการทางนิติบัญญัติ
 - เห็นชอบให้ปรับแผนการปฏิรูประบบสวัสดิการข้าราชการ (มติครม.เมื่อตุลาคม 2543) ให้สอดคล้องกับแผนแม่บท โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของการจัดระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารและจ่ายเงิน
 - อนุมัติการจัดตั้งหน่วยงานพิเศษเพื่อเตรียมการจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและกองทุนหลักประกันสุขภาพของประชาชน โดยเป็นหน่วยงานในการดูแลของนายกรัฐมนตรี
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
5. **การเตรียมการ** ควรครอบคลุมเรื่องสำคัญ ดังนี้
- 5.1. การจัดเตรียมโครงสร้างพื้นฐาน เพื่อยกระดับประสิทธิภาพภายในระบบ
- 5.1.1. จัดตั้งคณะทำงานที่จำเป็น และสำนักงานเตรียมการจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในความดูแลของนายกรัฐมนตรี เพื่อเป็นหน่วยงานธุรการในการเตรียมความพร้อมของระบบ (เมษายน 44)
- 5.1.2. ร่าง พรบ. ใหม่ ตลอดจนศึกษาและปรับแก้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลและการประกันสุขภาพที่มีอยู่ให้สอดคล้อง เช่น พรบ.ประกันสังคม พรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ เป็นต้น (เมษายน – ตุลาคม 44)
- 5.1.3. พัฒนาและจัดระบบสารสนเทศ สำหรับการบริหาร ทะเบียนของประชาชนผู้มีสิทธิ การจ่ายเงินแก่สถานบริการ และการตรวจสอบ (เริ่มพัฒนาได้ภายใน ตุลาคม 44)
- 5.1.4. สำนักงานประกันสังคมปรับบทบาทขยายความครอบคลุมผู้ครอบคลุมผู้ประกันตน และสถานประกอบการขนาดเล็ก (มกราคม 45)
- 5.1.5. ถ่ายโอนการบริหารจัดการระบบสวัสดิการสุขภาพของข้าราชการ สวัสดิการรักษายาของพนักงานรัฐวิสาหกิจ สวัสดิการสุขภาพของพนักงานของรัฐ และระบบประกันสังคมให้รวมกันเสมือนเป็นกองทุนเดียว อยู่ภายใต้การดูแลขององค์กรที่ชัดเจน เช่น สำนักงานประกันสังคม บริหารงานภายใต้แนวทางของ พรบ.ใหม่ และพรบ. ประกันสังคม ที่ได้รับการปรับปรุง (มกราคม 45)
- 5.1.6. ทดลองระบบจ่ายเงินระบบใหม่ โดยเริ่มจากกลุ่มบริการผู้ป่วยในภายใต้ระบบสวัสดิการสุขภาพข้าราชการก่อน (ตุลาคม 44)
- 5.1.7. จัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพของประชาชนนอกภาคการจ้างงาน อยู่ภายใต้การดูแลของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพของประชาชน (มกราคม 45)
- 5.2. รัฐบาลจัดหารายได้เพิ่มและจัดสรรเข้ากองทุนหลักประกันสุขภาพตามแผนแม่บทในการขยายงานเขตพื้นที่นำร่อง

- 5.3. พัฒนาชุดสิทธิประโยชน์มาตรฐาน และเครือข่ายบริการ เพื่อความเป็นธรรม ถือเป็นสิทธิประโยชน์สำหรับคนไทยทุกคน รวมถึงบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วย
- 5.3.1. จัดทำชุดสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพของกลุ่มบริการต่างๆ โดยให้มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบและมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและหน่วยงานต่างๆ มีการศึกษาวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลหรือผลได้ มีการอ้างอิงความเหมาะสมทางวิชาการ (เมษายน 44 – ตุลาคม 45)
- 5.3.2. ทบทวนและจัดทำบัญชียาหลักแห่งชาติชั้นใหม่ ที่สอดคล้องกับแนวทางของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีกลไกและระบบที่จะชัดเจนในการนำไปใช้และปรับปรุงบัญชี (ภายในตุลาคม 45)
- 5.3.3. กระตุ้นให้มีการรวมตัวเป็นเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary care network) ซึ่งรวมทั้งสถานพยาบาลของราชการและเอกชน โดยเริ่มจากการปรับเปลี่ยนระบบประกันสังคมและสวัสดิการข้าราชการให้ใช้ระบบการจ่ายเงินแบบใหม่ตามที่เสนอทั้งระบบ (มกราคม 46)
- 5.3.4. จัดทำทะเบียนสถานบริการ เครือข่ายบริการปฐมภูมิ และร้านยา ตลอดจนเตรียมการระบบสารสนเทศที่จำเป็น (เสร็จภายในธันวาคม 46)
- 5.4. การจัดระบบบริหารจัดการ แบบมีส่วนร่วม โดยจัดตั้งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพของประชาชน คณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนสำนักงานต่างๆ (มกราคม 45) และทยอยจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่จำนวน 15-20 แห่ง นำร่องการบริหารจัดการตามความพร้อมของพื้นที่ (ภายในมกราคม 46)
- 5.5. รัฐบาลจัดหารายได้เพิ่มราว 30,000 – 40,000 ล้านบาท เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในปีงบประมาณ 2547 โดยบรรจุไว้ในร่างพรบ.งบประมาณเสนอต่อรัฐสภา (ตุลาคม 46)
- 5.6. ปรับการทำงานระบบทั้งหมดให้สอดคล้องกันทั้ง พร้อมเปิดระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเต็มระบบ (มกราคม 47)

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	i
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	iii-x
สารบัญตาราง	xii-xiii
สารบัญภาพ	xiv
บทที่ 1 สถานการณ์ปัจจุบัน	1 – 10
1. ทุภะของการไร้หลักประกันสุขภาพ	1
2. สถานการณ์ด้านสวัสดิการด้านสุขภาพและการประกันสุขภาพในประเทศไทย	4
3. ความสำคัญของการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	8
บทที่ 2 หลักการพื้นฐาน งบประมาณและทางเลือกที่เป็นไปได้	11 – 33
1. ลักษณะที่พึงจะมีของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	11
2. งบประมาณค่าใช้จ่ายสำหรับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	14
2.1 ประมาณการยอดวงเงินงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี 2544	14
2.2 การคาดการณ์ค่าใช้จ่ายภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในอนาคต	15
2.3 วงเงินงบประมาณที่มีอยู่และที่ต้องการเพิ่มเติม	18
บทวิเคราะห์ 2.1 กองทุนทดแทนแรงงาน ปัญหาและทางออก	20
บทวิเคราะห์ 2.2 พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ : ปัญหาและทางออก	21
โครงสร้างเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพจากการเปลี่ยนแปลงต่างๆ	22
แหล่งวงเงินงบประมาณเพิ่มเติม	22
กรอบการเงินเพื่อความมั่นคงของระบบประกันสุขภาพในระยะยาว	24
บทวิเคราะห์ 2.3 วงเงินงบประมาณกรณี 782 บาทของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว	25
บทวิเคราะห์ 2.4 นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค มีกระทบอย่างไร	27
2.4 แนวทางการกำหนดกรอบสิทธิประโยชน์	28
3. ทางเลือกที่เป็นไปได้	28
4. ระบบและกลไกของการบริหารจัดการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	30

	หน้า
บทที่ 3	บทวิเคราะห์ทางเลือกของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
	34 – 57
1. การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยการขยายระบบสวัสดิการและประกันสุขภาพในปัจจุบัน	34
1.1 หลักการและเหตุผลของการไปสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยการขยายระบบสวัสดิการสุขภาพและประกันสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบัน	34
1.2 เงื่อนไขทางการคลัง	37
1.3 องค์ประกอบที่สำคัญด้านการบริหารจัดการ	38
1.4 ข้อได้เปรียบและข้อด้อยของทางเลือก	41
2. การจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยมีกองทุนเดียว (Single-payer system)	43
2.1 หลักการและเหตุผลของการไปสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยมีกองทุนเดียว	43
2.2 เงื่อนไขทางการคลัง	43
2.3 องค์ประกอบที่สำคัญด้านการบริหารจัดการ	44
2.4 ข้อได้เปรียบและข้อด้อยของทางเลือก	46
3. การจัดระบบหลักประกันสุขภาพคู่ขนานสำหรับภาคการจ้างงานที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ (Dual health insurance system for formal and informal sectors)	49
3.1 หลักการและเหตุผลของการไปสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยการจัดระบบหลักประกันสุขภาพคู่ขนานสำหรับภาคการจ้างงานที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ	49
3.2 เงื่อนไขทางการคลัง	51
3.3 องค์ประกอบที่สำคัญด้านการบริหารจัดการ	51
บทวิเคราะห์ 3.1 การรวมระบบสวัสดิการสุขภาพข้าราชการและกองทุนประกันสังคม : จำเป็นหรือไม่	53
3.4 ข้อได้เปรียบและข้อด้อยของทางเลือก	54
4. ข้อเปรียบเทียบระหว่างทางเลือกและทางเลือกที่น่าจะเป็น	57
บทที่ 4	การจัดองค์กรและหน่วยงานรองรับระบบหลักประกันสุขภาพ
	58 – 70
คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพของประชาชน, คสป.	58
สำนักงานหลักประกันสุขภาพของประชาชน, สปสช.	62
สำนักงานควบคุมกำกับคุณภาพและมาตรฐาน, สกค.	63
คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่, APB.	65
บทวิเคราะห์ 4.1 การทำงานร่วมกันระหว่าง คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ (APB) และ กสพ.	70

	หน้า
บทที่ 5	กลไกการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการทางสุขภาพและกลไกการตรวจสอบ
	71 – 89
หลักการสำคัญทั่วไป	71
องค์ประกอบของระบบและกลไกการจ่ายค่าตอบแทนและการอุดหนุนผู้ให้บริการ	71
■ จ่ายสำหรับอะไร : จัดกลุ่มของบริการสุขภาพ	72
■ จ่ายให้กับใคร : จัดระดับของการบริการ	73
■ จ่ายอย่างไร : กำหนดวิธีการจ่ายเงินที่เหมาะสม	76
บทวิเคราะห์เพิ่มเติมที่ 5.1 การคิดส่วนหักหน่วยบริการคู่สัญญาระดับปฐมภูมิ กรณีการส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	80
■ จ่ายเท่าไร : วางวิธีการและหลักเกณฑ์ในการกำหนดอัตราค่าตอบแทนและเงินอุดหนุน	83
■ กำกับการจ่ายอย่างไร : ตรวจสอบการเบิกจ่าย และทบทวนการใช้ทรัพยากร	84
ระบบประกันคุณภาพและการทบทวนการใช้บริการ (Quality assurance and utilization review system)	85
บทที่ 6	การจัดการช่วงการเปลี่ยนผ่าน
	90 – 100
การเปลี่ยนผ่านสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Transition)	90
ผลกระทบและส่วนเชื่อมต่อกับองค์ประกอบอื่นของการปฏิรูประบบสุขภาพที่ต้องการการศึกษาเพิ่มเติม	94
ประเด็นเทคโนโลยีระบบสารสนเทศ (Information technology)	96
ระบบทะเบียนผู้มีสิทธิและการเลือกหน่วยบริการคู่สัญญา (Beneficiary registration)	99
เอกสารอ้างอิง	101
ภาคผนวก	
ภาคผนวก 1 Estimation of National Health Expenditures 1999-2005	103-104
ภาคผนวก 2 รายชื่อคณะทำงานและผู้ทรงคุณวุฒิ	105

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1.1	การไหลเวียนของรายจ่ายทางสุขภาพในปี 2541 ราคาในปีปัจจุบัน
ตารางที่ 1.2	ความครอบคลุมด้านสวัสดิการสุขภาพและการประกันสุขภาพในประเทศไทย
ตารางที่ 1.3	ค่าใช้จ่ายต่อหัวและสิทธิประโยชน์ด้านสวัสดิการสุขภาพและการประกันสุขภาพในประเทศ
ตารางที่ 2.1	ค่าใช้จ่ายของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามข้อสมมติสถานการณ์ 3 กรณีในปี 2544
ตารางที่ 2.2	คาดการณ์ต้นทุนตามกรณีต่ำและกรณีสูง (ตามราคาปี 2544)
ตารางที่ 2.3	คาดการณ์รายจ่ายตามสัดส่วนผลิตภัณฑ์มวลรวมประเทศ
ตารางที่ 2.4	คาดการณ์รายจ่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้า รายปี
ตารางที่ 2.5	ประมาณการงบประมาณและแหล่งเงินที่มีอยู่ และวงเงินที่ต้องการเพิ่มเติมเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี 2544 ภายใต้ข้อสมมติระบบกองทุนเดียว
ตารางที่ 2.6	รายรับรัฐบาลจากภาษีสุรา บุหรี่ น้ำมัน
ตารางที่ 2.7	ประมาณการเบี้ยประกันล่วงหน้าตามกลุ่มอายุ
ตารางที่ 2.8	คาดการณ์จำนวนเงินจากส่วนร่วมจ่ายของผู้ใช้บริการ
ตารางที่ 3.1	จุดเด่นและโอกาสพัฒนาที่สำคัญของระบบสวัสดิการและประกันสุขภาพแต่ละระบบในปัจจุบัน
ตารางที่ 3.2	ศักยภาพในการขยายความครอบคลุมของระบบสวัสดิการรักษายาบาลและประกันสุขภาพต่างๆที่มีอยู่ในปัจจุบัน
ตารางที่ 3.3	คาดการณ์เติบโตของงบประมาณกรณีที่แต่ละหลักประกันขยายความครอบคลุม
ตารางที่ 3.4	องค์ประกอบที่เป็นทางเลือกสำหรับการบริหารจัดการในระบบหลายกองทุน
ตารางที่ 3.5	ข้อได้เปรียบและข้อด้อยของการขยายระบบสวัสดิการและประกันสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบันตามเกณฑ์การพิจารณาที่สำคัญ
ตารางที่ 3.6	องค์ประกอบที่เป็นทางเลือกสำหรับการบริหารจัดการในระบบกองทุนเดียว
ตารางที่ 3.7	ข้อได้เปรียบและข้อด้อยของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยมีผู้จ่ายรายเดียวตามเกณฑ์การพิจารณาที่สำคัญ
ตารางที่ 3.8	องค์ประกอบที่เป็นทางเลือกสำหรับการบริหารจัดการในระบบกองทุนคู่ขนานภาคการจ้างงานที่เป็นทางการ
ตารางที่ 3.9	องค์ประกอบที่เป็นทางเลือกสำหรับการบริหารจัดการในระบบกองทุนคู่ขนานนอกภาคการจ้างงานอย่างเป็นทางการ

		หน้า
ตารางที่ 3.10	ข้อได้เปรียบและข้อด้อยของระบบหลักประกันสุขภาพคู่ขนานสำหรับภาคการจ้างงานที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ	56
ตารางที่ 3.11	ข้อเปรียบเทียบระหว่างทางเลือก 3 กรณี	57
ตารางที่ 5.1	ตัวอย่างผู้ให้บริการตามกลุ่มของบริการ	74
ตารางที่ 5.2	วิธีการจ่ายค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนการให้บริการทางสุขภาพ	77
ตารางที่ 5.3	การกำหนดอัตราค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนของวิธีการจ่ายเงิน	83
ตารางที่ 5.4	ระบบและกลไกบทวนการใช้ทรัพยากรสำหรับการจ่ายผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิ	84
ตารางที่ 5.5	ระบบและกลไกบทวนการใช้ทรัพยากรสำหรับการจ่ายเงินแก่โรงพยาบาล	85
ตารางที่ 6.1	กำหนดการดำเนินงานและการเปลี่ยนแปลงเพื่อไปสู่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	93
Table A1	National health expenditure in 1994, 1996 and 1998 and forecast for 1999-2005	103
Table A2	Consumption expenditure, current year price. NESD	104
Table A3	Total expenditure, adj 1994NHA, factor .797 for public, .882 for private	104

สารบัญภาพ

		หน้า
ภาพที่ 2.1	การเปลี่ยนแปลงสัดส่วนของรายจ่ายสุขภาพที่มาจากภาครัฐและภาคประชาชน	19
ภาพที่ 2.2	การเปรียบเทียบรูปแบบของระบบสวัสดิการสุขภาพและการประกันสุขภาพในปัจจุบัน และทางเลือกสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้ง 3 ทางเลือก	29
ภาพที่ 2.3	ความสัมพันธ์ภายใต้ระบบประกันสุขภาพและความสัมพันธ์กับบริการสาธารณสุขเมื่อมีการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	30
ภาพที่ 2.4	องค์ประกอบอันเป็นระบบและกลไกของการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพ	31
ภาพที่ 3.1	โครงสร้างการจัดการระดับมหภาคของระบบหลายกองทุนที่ใช้การขยายระบบสวัสดิการรักษายาบาลและประกันสุขภาพที่มีอยู่เดิม	41
ภาพที่ 3.2	โครงสร้างการจัดการระดับมหภาคของระบบกองทุนเดียว	46
ภาพที่ 3.3	การจัดระบบหลักประกันสุขภาพคู่ขนานสำหรับภาคการจ้างงานที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ	50
ภาพที่ 4.1	ข้อเสนอตัวอย่างโครงสร้างสำนักงานหลักประกันสุขภาพของประชาชน (HCFA) และสำนักงานควบคุมกำกับคุณภาพและมาตรฐาน	64
ภาพที่ 4.2	การจัดระบบเพื่อการซื้อบริการระดับพื้นที่และความสัมพันธ์กับงานสาธารณสุข	67 – 68
ภาพที่ 4.3	โครงสร้างองค์กรของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ (APB) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่	69
ภาพที่ 5.1	ลักษณะของเครือข่ายการให้บริการทางสุขภาพที่เข้าข่ายมาตรฐานการจัดบริการตามสัญญาการจ่ายเงิน	76
ภาพที่ 5.2	การจัดระบบเงินทุนและบัญชีของหน่วยบริการคู่สัญญา	81
ภาพที่ 5.3	การจัดสรรงบประมาณรวมไปสู่กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่	82

บทที่ 1

สถานการณ์ปัจจุบัน

1. ทุณย์ของการไร้หลักประกันทางสุขภาพ

“จินดา หนูมวัย 22 ปี อาชีพขับรถสามล้อรับจ้างและใช้แรงงานทั่วไป เจอลูกหลงถูกยิงที่หน้าท้องและแขนซ้าย แพทย์ต้องทำการผ่าตัดเอากระสุนออกและต่อปลายลำไส้ใหญ่เปิดไว้ที่หน้าท้องสำหรับขับถ่าย เนื่องจากภายหลังการผ่าตัดไม่ค่อยได้พบกับแพทย์ที่นัดและต้องเลื่อนนัดหมายการผ่าตัดต่อลำไส้กลับเข้าไปที่เดิมถึง 6 ปี ทำให้จินดาต้องหาเงินมาซื้ออุปกรณ์รองรับการขับถ่ายอยู่นานนับปี ถึงขนาดที่ต้องไปนั่งขอทานข้างถนน เปิดลำไส้ให้ผู้ใจบุญอุปถัมภ์การขอเงิน ก่อนที่หน่วยประชาสงเคราะห์จะยื่นมือเข้ามาช่วยเหลือหลังตกเป็นข่าวในหน้าหนังสือพิมพ์”

“เจริญศรี สาวโรงงานวัย 26 ปี ประสบอุบัติเหตุเครื่องจักรตัดนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้มือขวาขาด เดินทางมารับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่ง แต่ต้องประสบปัญหาเพราะไม่มีสวัสดิการประกันสังคม แม้ว่าจะอยู่ในโรงงานที่มีคนงานเกินกว่า 40 คน ก่อนการรักษา โรงพยาบาลถามเกี่ยวกับการเก็บค่ารักษาพยาบาลแม้จะเป็นกรณีฉุกเฉิน ในที่สุดปฏิเสธการรักษาด้วยเหตุว่า ‘เตียงเต็ม’ เจริญศรี ญาติและเพื่อนต้องตระเวนไปอีกเกือบ 5 ชั่วโมงก่อนที่จะได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง”

“อมรศรี ลูกจ้างหญิงวัย 31 ปี อาชีพรับจ้างทำความสะอาด กำลังตั้งครรภ์ 3 เดือนแต่ต้องเจ็บป่วยเนื่องมาจากการยกของหนัก ต้องเข้ารับการรักษาจากโรงพยาบาลตามบัตรประกันสังคม ผลของการตรวจรักษามีภาวะแทรกซ้อนทำให้ถึงขั้นแท้งลูก วงเงินการรักษาพยาบาลถูกจำกัด ต่อมาได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิต เนื่องจากมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นมาหลายอย่าง คณะกรรมการกองทุนเงินทดแทนวินิจฉัยว่าต้องออกเงินค่ารักษาพยาบาลเองเนื่องจากโรคจิตไม่อยู่ในข่ายที่เกิดจากการทำงาน อมรศรีต้องตระเวนไปรับการรักษาตามโรงพยาบาลต่างๆ และได้รับการวินิจฉัยโรคที่แตกต่างกันไป ในที่สุดตัดสินใจทำเรื่องฟ้องร้องตามกระบวนการยุติธรรม จนทำให้ถูกมองว่าเป็น ‘ตัวยุ่ง’ ที่ต้องการสวัสดิการ ปัจจุบันอมรศรีพิการเดินไม่ได้ ซึ่งได้รับการช่วยเหลือจากกองทุนสวัสดิการสังคมในการเบิกค่ารักษาพยาบาลไม่เกิน 2,000 บาท และค่าทดแทนจากการขาดรายได้เดือนละ 2,400 บาท ครอบครัวแตกสลายเพราะสามีไปมีภรรยาใหม่ เธอต้องยึดอาชีพขายล็อตเตอรี่ประทังชีพ”

การที่ประชาชนในสังคมขาดหลักประกันสุขภาพ หรือมีหลักประกันสุขภาพที่ไม่เพียงพอ และไม่ครอบคลุมอย่างถ้วนหน้านั้น นอกจากจะไม่ช่วยแบ่งเบาทุกข์อันเกิดจากความเจ็บป่วยของผู้คนแล้ว ภาวะดังกล่าวกลับยังมีส่วนสำคัญในการเพิ่มทุกข์ ทับทวีความทุกข์จากโรคภัยที่เป็นอยู่ กรณีตัวอย่างทั้ง 3 กรณีที่นำเสนอข้างต้น เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นจริง (เนาวรัตน์ สุขสำราญ, พ.ศ.2543) และเป็นเพียงตัวอย่างส่วนน้อยที่พอจะช่วยทำให้ได้เราเห็นได้ว่า ปัญหาอันเกิดจากการขาดหลักประกันทางสุขภาพมีผลกระทบต่อเราอย่างไร ซึ่งในภาวะ

ปกติประชาชนทั่วไปอย่างเราจะประจักษ์เห็นจริงถึงสิ่งที่เกิดขึ้น เว้นแต่เป็นโอกาสที่ต้องเผชิญกับตนเองหรือบุคคลใกล้ชิดเมื่อถึงคราวต้องเจ็บป่วย การศึกษาลักษณะปัญหาการรับบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพต่างๆ ที่สนับสนุนโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (วิจิตร ระวังค์และคณะ) พบว่าผู้รับบริการล้วนมีโอกาสประสบปัญหาเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เมื่อไปรับบริการไม่ว่าจะมีสิทธิในการรักษาพยาบาลภายใต้ระบบประกันสุขภาพใดก็ตาม ยกตัวอย่างได้แก่

- สวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการ เช่น ค่าใช้จ่ายส่วนเกินที่เบิกไม่ได้สูงเกินความสามารถที่จะจ่ายได้ การเป็นโรคเรื้อรังที่มีค่ารักษาสูง ผู้สูงอายุที่มีบุตรเป็นข้าราชการต้องจ่ายสำรองเงินค่ารักษายาพยาบาลเองโดยไม่ได้รับเงินคืนจากบุตร เป็นต้น
- ประกันสังคม เช่น บริษัทไม่แจ้งจดทะเบียนประกันสังคมให้ลูกจ้าง การได้รับการรักษาในมาตรฐานต่ำกว่าที่ควรจะเป็นเนื่องความพยายามในการควบคุมต้นทุน การไม่ได้รับคุ้มครองตามสิทธิของประกันสังคมเนื่องจากตีความว่าเป็นการเจ็บป่วยในงาน ทำให้ใช้สิทธิตามกองทุนเงินทดแทนที่มีการจำกัดวงเงินค่ารักษายาพยาบาล เป็นต้น
- บัตรสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข เช่น การรักษาไม่คุ้มค่าจ่ายสูง แต่แพทย์ไม่ยอมเขียนใบส่งตัวให้ใช้สิทธิ การไม่ได้รับคุ้มครองค่าอุปกรณ์หรือยาที่มีราคาแพงทั้งที่เป็นกรณีจำเป็น การเปลี่ยนกฎเกณฑ์บ่อยครั้ง การที่ผู้ป่วยมักเป็นผู้ซื้อบัตร ทำให้ขาดทุน สถานพยาบาลไม่ให้ออกบริการ เป็นต้น
- ระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลผู้มีรายได้น้อย (สปร.) เช่น การส่งตัวโดยสถานพยาบาลไม่ยอมให้ผู้ป่วยใช้สิทธิตามบัตรเนื่องจากไม่มีใบส่งตัว การรักษาความลับของผู้ป่วยระหว่างการส่งต่อการที่งบประมาณต่อหัวน้อยทำให้บริการไม่ดี เป็นต้น
- ความคุ้มครองตาม พรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ เช่น การที่ผู้ประสบภัยไม่ได้รับการแนะนำให้ใช้สิทธิหรือไม่สามารถเข้าถึงสิทธิที่พึงมี ต้องออกค่าใช้จ่ายเองจำนวนมาก เป็นต้น
- ประกันสุขภาพภาคเอกชน เช่น ข้อจำกัดเงื่อนไขกรมธรรม์ไม่ได้ให้ความคุ้มครองแม้เป็นกรณีจำเป็นที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ การที่ผู้รับบริการถูกยึดเย็ดการรักษายาพยาบาลเกินความจำเป็น การเลี้ยงไข้ การเป็นโรคทางพันธุกรรมอันเป็นกรณียกเว้นไม่ได้รับความคุ้มครอง เป็นต้น

เรามักพบว่าประเด็นเรื่องค่าใช้จ่ายของบริการทางสุขภาพเป็นประเด็นที่เป็นปัญหาอยู่เสมอ การใช้บริการทางสุขภาพเป็นบริการที่มีโอกาสจะใช้ค่าใช้จ่ายสูง โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลความเจ็บป่วยจากโรคภัย เช่น การเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังหรือความเจ็บป่วยในกลุ่มผู้สูงอายุ บางครั้งค่าใช้จ่ายเนื่องจากความเจ็บป่วยอาจสูงมากถึงขนาดสิ้นเนื้อประดาตัว กลายเป็นกรณี “อนาถา” คนไข้และครอบครัวอาจต้องขายทรัพย์สินหรือกู้หนี้ยืมสิน หลายครั้งที่ทำให้ประชาชนตกอยู่ในฐานะ “ผู้ขอ(ทาน)” รับบริการจากรัฐ มากกว่าที่จะเป็น “ผู้ใช้” บริการ จากการสำรวจของสำนักวิจัยเอแบค-เคเอสซีอินเทอร์เน็ตโพลล์ (เอแบคโพลล์) มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ (2543) ที่ดำเนินการสำรวจเรื่อง “หลักประกันสุขภาพในสายตาประชาชน” ให้แก่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พบว่า จากจำนวนตัวอย่าง 2,516 รายใน 21 จังหวัดของประเทศไทย มีครัวเรือนที่สมาชิกทุกคนไม่มีสิทธิเบิกค่ารักษายาพยาบาลอะไรได้เลยถึงร้อยละ 31.2 มีการระบุถึงปัญหาความยากลำบากในการไปหาหมอจ่ายยาเจ็บป่วย โดยพบว่าตัวอย่างร้อยละ 43.8 ระบุว่าค่ารักษายาพยาบาลแพงหรือไม่มีค่า

รักษายาบาล ซึ่งพบได้ทั้งในกลุ่มตัวอย่างในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล ประเภทของความเจ็บป่วยที่ประชาชนคิดว่าจะทำให้ประสบความสำเร็จเรื่องการจ่ายค่ารักษายาบาล ได้แก่ การผ่าตัดใหญ่ (ร้อยละ 77.5) อุบัติเหตุรุนแรง (ร้อยละ 75.6) การเจ็บป่วยจนถึงขั้นต้องนอนโรงพยาบาล (ร้อยละ 64.4) โรคประจำตัวหรือเจ็บป่วยเรื้อรัง (ร้อยละ 57.8) ในขณะที่มีเพียงร้อยละ 13.8 ของตัวอย่างที่จะประสบความสำเร็จจากการเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ ซึ่งกว่าร้อยละ 62.5 ระบุว่าหากแก้ปัญหาเมื่อประสบความสำเร็จเนื่องจากค่ารักษายาบาล คือการยืมเงินหรือกู้เงิน และร้อยละ 16.6 ต้องขอรับการสงเคราะห์ ทั้งนี้ร้อยละ 93.7 ของกลุ่มตัวอย่างเห็นว่ารัฐบาลควรมีหลักประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนทุกคน ซึ่งส่วนใหญ่หมายถึงการที่ประชาชนได้รับการที่จำเป็นจริงๆ อย่างมีมาตรฐานเท่าเทียมกันโดยค่าบริการไม่แพงจนต้องเดือดร้อน (ร้อยละ 63.7) มีเพียงร้อยละ 23 เท่านั้นที่มองว่าต้องเป็นบริการฟรี

จากการศึกษาในจังหวัดสงขลา พบว่า ผู้ป่วยในโรงพยาบาลของรัฐตั้งแต่ร้อยละ 23.8 ถึงร้อยละ 36.8 ไม่สามารถจ่ายค่ารักษายาบาลได้ทั้งหมดหรือไม่ได้เป็นบางส่วน ทั้งนี้สัมพันธ์กับ ระดับการศึกษาของผู้ป่วย อาชีพ รายได้ของครอบครัวและผู้ที่ก่อรายได้ให้แก่ครัวเรือน ซึ่งจะการวิเคราะห์พบว่าหากค่ารักษาเกินกว่าระดับ 14,700 บาท ประชากรตัวอย่างจะประสบกับปัญหาจ่ายค่ารักษาไม่ได้ นอกจากนี้ยังพบอีกว่า ครัวเรือนส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 89 ต้องจ่ายค่ารักษายาบาลเป็นเงินสดหรือจ่ายจากเงินออมเป็นแหล่งแรก ร้อยละ 8 ต้องหยิบยืมเงินเป็นแหล่งแรกในการจ่ายค่ารักษา และยังพบว่าร้อยละ 1 ของกลุ่มตัวอย่างต้องให้เด็กออกจากโรงเรียนสืบเนื่องจากค่ารักษายาบาลในการเจ็บป่วย ยิ่งกว่านั้นการศึกษานี้ยังพบว่าสัดส่วนของค่ารักษาที่โรงพยาบาลเรียกเก็บต่อรายได้ทั้งปีของครอบครัวในกลุ่มที่จ่ายค่ารักษาไม่ได้ สูงกว่ากลุ่มที่จ่ายค่ารักษายาบาลได้ถึง 3 เท่า (อนุพงศ์ สุจริยากุลและวีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์, พ.ศ. 2542)

ปัญหาดังกล่าวมิได้จำเพาะแต่กลุ่มผู้ยากไร้หรือด้อยโอกาสในสังคมเท่านั้น ในหลายๆ กรณี ผู้ที่มีฐานะดี เป็นชนชั้นกลางในสังคมที่ไม่มีประกันสุขภาพหรือสวัสดิการด้านการรักษายาบาลรองรับ ก็ยากที่จะหลีกเลี่ยงโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเหล่านั้นได้ เช่น โรคมะเร็ง โรคเอดส์ โรคเส้นเลือดในหัวใจอุดตัน อุบัติเหตุที่ร้ายแรง เป็นต้น กรณีเหล่านี้อาจต้องใช้ค่าใช้จ่ายเบื้องต้นเป็นเลข 6 หลัก หรืออาจต้องมีค่าใช้จ่ายต่อเนื่องอีกเดือนละหลายหมื่นบาทเป็นระยะเวลาที่ยืดยาว ทั้งนี้ด้วยเหตุที่โอกาสการเจ็บป่วยเป็นเรื่องที่พยากรณ์ได้ยากในระดับปัจเจก

นอกเหนือจากประเด็นทุกขที่ตกต่อประชาชนผู้ขาดหลักประกันโดยตรงในการรับบริการทางสุขภาพ โดยเฉพาะการรักษายาบาลแล้ว ภาวะขาดการจัดหลักประกันทางสุขภาพให้แก่ประชาชนอย่างถ้วนหน้าและเป็นระบบยังส่งผลกระทบต่อการจัดระบบบริการทางสุขภาพอีกด้วย ทำให้ประชาชนไม่อาจได้รับการที่มีคุณภาพที่ดี มีความครบถ้วนและต่อเนื่องดังที่ประสบในกรณีตัวอย่างข้างต้น ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากความไร้เอกภาพในเรื่องนโยบาย หน่วยงานผู้รับผิดชอบ มาตรฐานการปฏิบัติและสิทธิประโยชน์ ความซับซ้อนและความซ้ำซ้อนของระบบที่มีอยู่หลากหลาย การขาดกระบวนการในการดูแลคุณภาพของการรักษา การขาดการจัดการความเสี่ยง ตลอดจนการขาดความรู้ความเข้าใจของบุคลากรกลุ่มต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการประกันสุขภาพ ทั้งในส่วนของผู้วางนโยบาย ผู้บริหาร ผู้ให้บริการ และประชาชนผู้บริโภค (Sriratanaban et al, 2001)

2. สถานการณ์ด้านสวัสดิการด้านสุขภาพและการประกันสุขภาพในประเทศไทย

จากการศึกษาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในปี พ.ศ.2541 พบว่า ประเทศไทยใช้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งที่ผ่านในงบประมาณของรัฐ และการใช้จ่ายภาคเอกชนทั้งสิ้นประมาณ 179,689.15 ล้านบาท ส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 70 เป็นไปเพื่อการดูแลสุขภาพส่วนตัว (Personal health care) ทั้งในและนอกโรงพยาบาล โดยที่สัดส่วนของการใช้จ่ายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนั้นมีส่วนน้อยกว่าร้อยละ 5 รายจ่ายที่เป็นของภาครัฐ (Public expenditure) อันได้แก่ งบประมาณผ่านกระทรวงต่างๆ ตลอดจนองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ระบบสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลภาคบังคับภายใต้การจ้างงาน เช่น สวัสดิการรักษายาของข้าราชการ (CSMBS) และพนักงานรัฐวิสาหกิจ ประกันสังคม (Social security) และกองทุนเงินทดแทน (WCS) มีส่วนรับผิดชอบค่าใช้จ่ายรวมกันทั้งสิ้นประมาณร้อยละ 61.39 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด รายจ่ายภาคประชาชน (Private expenditure) คิดเป็นร้อยละ 38.61 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด ส่วนที่ครัวเรือนต้องเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายทางสุขภาพเองมีถึงร้อยละ 32.74 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด (หรือคิดเป็นร้อยละ 84.80 ของรายจ่ายภาคประชาชน) ดังมีรายละเอียดแสดงในตารางที่ 1.1

หากพิจารณาเฉพาะรายจ่ายทางสุขภาพเพื่อการดูแลสุขภาพส่วนตัว อันได้แก่ ค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ตลอดจนค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพอื่นๆ จะพบว่า ประชาชนต้องแบกรับภาระค่าจ่ายมากถึงร้อยละ 45.09

ข้อมูลจาก World Health Report 2000 ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2000) พบร้อยละรายจ่ายทางสุขภาพของภาคประชาชนที่ต้องรับภาระในประเทศต่างๆ บางประเทศที่น่าสนใจในปี พ.ศ. 2540 เป็นดังนี้

ประเทศสหราชอาณาจักร	ร้อยละ 3.1
ประเทศเยอรมนี	ร้อยละ 22.5
ประเทศฝรั่งเศส	ร้อยละ 23.1
ประเทศออสเตรเลีย	ร้อยละ 28.0
ประเทศมาเลเซีย	ร้อยละ 42.4 (ไม่มีการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า)
ประเทศศรีลังกา	ร้อยละ 54.7 (ไม่มีการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า)
ประเทศสหรัฐอเมริกา	ร้อยละ 55.9 (ไม่มีการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า)
ประเทศสิงคโปร์	ร้อยละ 64.2

ข้อมูลข้างต้นชี้ให้เห็นว่า ประชาชนชาวไทยยังต้องแบกรับภาระในด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพส่วนตัวในสัดส่วนที่ค่อนข้างมาก โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้วที่มีการจัดหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้าให้กับประชาชน

ข้อสังเกตอีกประการหนึ่งเมื่อหันไปพิจารณาค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพส่วนตัว ซึ่งมีมูลค่ากว่า 126,774 ล้านบาท จะพบว่า ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายด้านบริการผู้ป่วยนอก (Ambulatory care) เป็นสัดส่วนสูงกว่าบริการผู้ป่วยใน (Inpatient care) คิดเป็นร้อยละ 57.16 และ ร้อยละ 42.84 ของรายจ่ายในการดูแลสุขภาพส่วนตัว ตามลำดับ อย่างไรก็ตามสัดส่วนของค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในแม้ว่าจะน้อยกว่าบริการผู้ป่วยนอก แต่นับว่าเป็นสัดส่วนที่มาก โดยเฉพาะเมื่อคำนึงถึงอัตราการใช้บริการที่บริการผู้ป่วยนอกมีมากกว่ากันมาก

ตารางที่ 1.1 การไหลเวียนของรายจ่ายทางสุขภาพในปี พ.ศ.2541 ราคาในปีปัจจุบัน (ไม่รวมเงินช่วยเหลือผ่านกรมวิเทศนัสการ จำนวน \$3.47 ล้าน หรือ 142.27 ล้านบาท)

ปี 2543	กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอื่น + ปกครองท้องถิ่น	สวัสดิการ ข้าราชการ	สวัสดิการ รัฐวิสาหกิจ	ประกัน สังคม	กองทุนเงิน ทดแทน	ประกันสุขภาพ เอกชน	คุ้มครองผู้ประ- สบภัยจากรถ	นายจ้าง	รายจ่ายครัว เรือน	องค์กรพัฒนา เอกชน	รวมทั้งหมด	ร้อยละ
I. การดูแลสุขภาพส่วนตัว	33,203.98	16,439.96	2,746.52	6,930.74	614.52	3,664.08	2,481.17	3,487.10	57,160.65	46.02	126,774.74	70.55%
1. การดูแลรักษาผู้ป่วยใน	20,865.85	10,574.16	946.26	3,720.55	614.52	3,571.02	2,320.21	702.38	10,964.64	28.69	54,308.91	30.22%
1.1 รพ. รัฐ	18,008.00	8,752.20	691.89	877.26	144.90	178.55	1,914.38	257.88	6,296.71	28.63	37,150.40	20.67%
1.2 รพ. เอกชน		1,821.96	254.37	2,843.29	469.62	3,392.47	405.83	444.50	4,667.93	0.06	14,300.03	7.96%
1.3 รพ. จิตเวช Psychiatric hospitals	872.38										872.38	0.49%
1.4 รพ. เฉพาะทาง	1,986.10										1,986.10	1.11%
2. การดูแลรักษาผู้ป่วยนอก	12,337.50	5,865.80	1,800.26	3,210.19	-	93.06	160.96	2,784.72	46,196.01	17.33	72,465.83	40.33%
2.1 บริการของแพทย์ในภาครัฐ	11,447.71	5,865.80	1,458.33	969.44		4.65	148.97	939.89	15,821.03	11.30	36,667.12	20.41%
2.2 บริการของแพทย์ในภาคเอกชน			104.43	2,133.80		88.41	11.99	1,367.42	18,557.68	4.70	22,268.43	12.39%
2.3 บริการทันตกรรม	813.10		28.66	105.94				376.63	1,757.85	1.10	3,083.28	1.72%
2.4 บริการของวิชาชีพทางสุขภาพอื่นๆ	45.09		204.39					6.78	585.95	0.23	842.44	0.47%
2.5 บริการอื่นๆ	31.60			1.01				-			32.61	0.02%
2.6 การดูแลสุขภาพตนเอง								94.00	9,304.40		9,398.40	5.23%
*Therapeutic Appliances			4.45						169.10		173.55	0.10%
II. รายจ่ายทางสุขภาพอื่นๆ	48,386.30	91.59	258.54	1,462.98	181.02	576.18	-	174.36	1,676.02	107.42	52,914.41	29.45%
3. การลงทุนในสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์	20,476.19		34.25	18.61					1676.02	11.87	22,216.94	12.36%
4. การบริหารจัดการ	8,792.42	91.59	115.74	1,444.37	179.02	576.18		174.36		25.66	11,399.34	6.34%
5. งานสาธารณสุข สุขศึกษา วิจัยและอื่นๆ	19,117.69		101.30		2.00					69.89	19,298.13	10.74%
รายจ่ายทางสุขภาพทั้งหมด	81590.28	16,531.55	3,005.06	8,393.72	795.54	4,240.26	2,481.17	3,661.46	58,836.67	153.44	179,689.15	100%
ร้อยละ	45.41%	9.20%	1.67%	4.67%	0.44%	2.36%	1.38%	2.04%	32.74%	0.09%	100%	

ที่มา: บัญชีรายจ่ายทางสุขภาพแห่งชาติ (พ.ศ.2541), ดร.สิทธิกร พงษ์พานิช และคณะ โดยการสนับสนุนของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

- **สวัสดิการด้านสุขภาพ การประกันสุขภาพ และปัญหาที่สำคัญในปัจจุบัน**

ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีระบบประกันสุขภาพและระบบสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลอยู่หลายระบบ (Pluralistic) ระบบที่สำคัญได้แก่ สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้สมควรช่วยเหลือ เกื้อกูล (สปร.) ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ ระบบประกันสังคม และระบบประกันสุขภาพแบบสมัครใจซึ่งประกอบด้วยบัตรประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุขและประกันสุขภาพภาคเอกชน นอกจากนี้ยังมีกองทุนเงินทดแทนที่ให้ความคุ้มครองการเจ็บป่วยจากการทำงาน และประกันภัยอุบัติเหตุทางจราจรตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ.2535 ทั้งนี้ระบบ สปร. เป็นระบบที่ให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนกลุ่มใหญ่ที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 1.2

ตารางที่ 1.2 ความครอบคลุมด้านสวัสดิการสุขภาพและการประกันสุขภาพในประเทศไทย

ระบบประกันสุขภาพ	จำนวน (ล้านคน)	ความครอบคลุม
สวัสดิการรักษายาบาลของผู้มีรายได้น้อยและสังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.)	23	37%
บัตรประกันสุขภาพ	7-8	12%
สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ	7	11%
ประกันสังคม	5.42	9%
ประกันเอกชน	5.9	~ 10%
ผู้ยังไม่มีหลักประกัน	20	~ 30%
ผู้ที่มีหลักประกันซ้ำซ้อน	?	?
ประชากร	61.46	100%

ที่มา: สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์ (พ.ศ.2543)

สถิติจากแหล่งต่างๆเกี่ยวกับหลักประกันทางสุขภาพแม้ว่าจะไม่ค่อยสอดคล้องกันนัก แต่ข้อมูลจากหลายแหล่งบ่งชี้ว่า ในระหว่างปี พ.ศ. 2538 ถึง 2541 ประเทศไทยมีผู้ไร้หลักประกันทางสุขภาพที่ไม่ได้รับความคุ้มครองจากระบบสวัสดิการรักษายาบาลหรือระบบประกันสุขภาพทั้งของรัฐและเอกชน น่าจะอยู่ระหว่างร้อยละ 20-31 (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, พ.ศ.2538 และ พ.ศ. 2542) ซึ่งภาวะขาดหลักประกันสุขภาพดังกล่าวกระจายทั้งในกลุ่มผู้มีฐานะดี และกลุ่มผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจยากจนตลอดจนด้อยโอกาสทางสังคม กลุ่มที่ไม่ได้รับสิทธิด้านการรักษาพยาบาลใดๆ เหล่านี้จะต้องรับผิดชอบตนเองทางการเงินเมื่อเจ็บป่วย

อย่างไรก็ตามปัญหาความซ้ำซ้อนระหว่างสิทธิในระบบประกันสุขภาพที่ประชาชนส่วนหนึ่งอาจมีมากกว่า 1 สิทธิ เช่น ข้าราชการหรือผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมที่มีประกันสุขภาพเอกชน หรือข้าราชการที่มีพ่อแม่หรือคู่สมรสที่มีสิทธิประกันสังคม จะทำให้ผู้ไร้หลักประกันทางสุขภาพมีจำนวนมากกว่าที่ปรากฏได้

นอกเหนือจากปัญหาเรื่องความครอบคลุมของหลักประกันทางสุขภาพสำหรับประชาชนแล้ว ระบบสวัสดิการรักษายาบาลและประกันสุขภาพของประเทศแต่ละระบบยังมีงบประมาณค่าใช้จ่ายต่อหัวและสิทธิประโยชน์ที่แตกต่างกันด้วย ทำให้มาตรฐานด้านบริการทางสุขภาพแตกต่างกันไป บางกลุ่มอาจถือได้ว่ามีหลักประกันสุขภาพ

ในระดับที่ไม่เพียงพอ (Underinsured) ดังแสดงโดยสังเขปในตารางที่ 1.3 ความแตกต่างระหว่างระบบสวัสดิการ ราชอาณาจักรและการประกันสุขภาพดังกล่าวส่งผลกระทบต่อความเป็นธรรม (Equity) ประสิทธิภาพ (Efficiency) คุณภาพ (Quality) การเข้าถึงบริการ (Accessibility) ความรับผิดชอบต่อสังคม (Social accountability) การคุ้มครองผู้บริโภคของระบบสุขภาพ (Consumer protection) อันเป็นองค์ประกอบของสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนตาม รัฐธรรมนูญของคนไทย

ตารางที่ 1.3 ค่าใช้จ่ายต่อหัวและสิทธิประโยชน์ด้านสวัสดิการสุขภาพและการประกันสุขภาพในประเทศ

ระบบประกันสุขภาพและสวัสดิการรักษายาบาล	ค่าใช้จ่าย (บาท) /หัว / ปี	สิทธิประโยชน์และความคุ้มครอง			
		การเลือกสถานพยาบาล	เงินสด	การตั้งครุฑ/ คลอดบุตร	การป้องกันโรค/ ส่งเสริมสุขภาพ
สวัสดิการสำหรับผู้มีรายได้ต่ำและผู้ที่ยากจน	244	ระบบส่งต่อ	ไม่มี	ไม่มี	จำกัด
สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ	~ 2000	รัฐ (เอกชน)	ไม่มี	มี	มี
ประกันสุขภาพภาคบังคับ					
■ ประกันสังคม	1,060	คู่สัญญา	มี	มี	มีบ้าง
■ กองทุนเงินทดแทน	n.a.	คู่สัญญา	มี	ไม่มี	ไม่มี
ประกันสุขภาพแบบสมัครใจ					
■ บัตรประกันสุขภาพ	446	ระบบส่งต่อ	ไม่มี	เป็นไปได้	เป็นไปได้
■ ประกันสุขภาพภาคเอกชน	1,667	อิสระ	ตามกรณี	แล้วแต่	แล้วแต่

ที่มา: Supachutikul, 1996 ; Tangcharoensathien, et al, 1998

ความแตกต่างระหว่างระบบยังส่งผลกระทบต่อความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ เนื่องจากวิธีการด้านการคลังสาธารณะที่ต่างกัน ทำให้การกระจายภาระทางการเงินอันเกิดจากต้นทุนในการบริการไม่เป็นสัดส่วนที่ดีกับรายได้และฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชนเท่าที่ควร ประชาชนที่มีฐานะยากไร้ต้องรับภาระเป็นสัดส่วนต่อรายได้สูงกว่า สิทธิประโยชน์และความคุ้มครองที่ต่างกันทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำกันในการเข้าถึงบริการ ประชาชนผู้ที่ไม่ใช่ข้าราชการ ผู้มีประกันสังคม ผู้มีประกันสุขภาพเอกชนหรือผู้มีฐานะดีพอที่จะจ่ายค่ารักษายาบาลได้ ต้องรู้สึกด้อยศักดิ์ศรีเมื่อไปรับบริการ เปรียบเทียบกับกลุ่มอื่นๆ ที่มีโอกาสดีกว่า

ระบบสุขภาพประสบปัญหาเรื่องประสิทธิภาพด้วยเช่นกัน ซึ่งประเด็นที่สำคัญส่วนหนึ่งเกิดจากการที่สถานะที่สับสนในปัจจุบันส่งเสริมให้เกิดการอุดหนุนข้ามระบบที่ระดับของการให้บริการ (Cross-subsidization) นอกจากนี้การมีระบบสวัสดิการและประกันสุขภาพที่หลากหลาย ทำให้การบริหารจัดการเกิดความยุ่งยากและซับซ้อน ขาดความชัดเจนในการติดตามองค์ประกอบของต้นทุนต่างๆ ของการบริการ รวมทั้งการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลภายใต้ระบบสวัสดิการรักษายาบาลและประกันสุขภาพหลายระบบ ไม่ส่งเสริมให้มีการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและมีประสิทธิภาพในทางเทคนิค

ปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพของบริการที่ประชาชนได้รับยังมีอยู่มากเช่นกัน แม้จะเป็นเพียงบริการพื้นฐานที่มีความจำเป็นต่อสุขภาพ เช่น บริการกรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การส่งต่อผู้ป่วย ยาและเวชภัณฑ์ ตลอดจนเทคโนโลยีในการตรวจรักษาอื่นๆ ซึ่งระบบประกันสุขภาพและสวัสดิการด้านการรักษายาบาลต่างๆ ในปัจจุบันมี

มาตรฐานที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดการจับบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับประชาชนอย่างไม่เท่าเทียม ประชาชนขาดข้อมูลด้านคุณภาพ ไม่สามารถเลือกซื้อหาบริการที่ดีได้ ยิ่งไปกว่านั้นระบบยังไม่ส่งเสริมให้เกิดการแข่งขันระหว่างผู้ให้บริการเพื่อปรับปรุงคุณภาพตลอดจนตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้มากเท่าที่ควร ดังเช่นในระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ การประกันสุขภาพส่วนใหญ่ เช่น ประกันสังคม ไม่สามารถกระตุ้นและส่งเสริมให้เกิดบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เหมาะสมอย่างเพียงพอ ประชาชนในหลายกลุ่มประสบปัญหาในการเข้าถึงบริการบางประเภทที่จำเป็นเนื่องจากไม่ได้รับความคุ้มครอง

นอกเหนือจากนั้นระบบสวัสดิการรักษายาบาลและประกันสุขภาพส่วนมากยังขาดการมีส่วนร่วมของประชาชนในการวางนโยบายหรือบริหารจัดการ ทำให้เกิดความอ่อนด้อยในเรื่องความรับผิดชอบต่อสังคม ความสามารถในการตรวจสอบและติดตามผลการดำเนินงาน กลไกเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคภายใต้ระบบต่างๆยังมีข้อจำกัดและขาดความชัดเจน ไม่มีกระบวนการตรวจประเมินด้านคุณภาพอย่างเป็นรูปธรรม ยกเว้นแต่ระบบประกันสังคมที่มีการกำหนดและตรวจมาตรฐานของสถานพยาบาล และการร้องเรียนของผู้ประกันตน

3. ความสำคัญของการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

3.1 หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในมุมมองของประชาชน

หากหันมามองเรื่องประกันสุขภาพด้วยมุมมองของประชาชนผู้บริโภค การให้หลักประกันทางสุขภาพถ้วนหน้า เป็นเรื่องของการเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ การให้ความอุ่นใจแก่ประชาชนและการส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและต่อเนื่อง

□ การเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

การมีสุขภาพที่ดีเป็นสิทธิประการหนึ่งที่มนุษย์พึงมี การให้หลักประกันทางสุขภาพแก่ประชาชนเป็นความเป็นจำเป็นทางสังคมประการหนึ่งที่แสดงให้เห็นถึงพัฒนาการทางสังคมของประเทศในการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของสมาชิกในสังคม สอดคล้องกับที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ การให้บริการทางสุขภาพไม่ควรเป็นเรื่องของการขอ “อนาถา” และไม่ใช้เรื่องทางธุรกิจที่เป็นการซื้อขาย แต่เป็นการที่ประชาชนมารับบริการอันพึงมีพึงได้จากผู้ให้บริการทางสุขภาพ ผู้ประกอบวิชาชีพทางสุขภาพ ด้วยการเคารพศักดิ์ศรีซึ่งกันและกัน เป็นเรื่องของการแบ่งปันความสุขความทุกข์กันระหว่างสมาชิกในสังคม

□ การสร้างความอุ่นใจให้แก่ประชาชน

การจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะช่วยให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนจากค่าใช้จ่ายของบริการทางสุขภาพที่มีความจำเป็น ซึ่งอาจทำให้ประชาชนประสบกับความเดือดร้อนอาจถึงขั้นสิ้นเนื้อประดาตัวเมื่อเจ็บป่วย หรือส่งผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตในด้านอื่นๆ ของประชาชนได้ จึงอาจนับเป็นแนวทางยกระดับความเป็นอยู่และแก้ไขปัญหาความยากจนของประชาชนที่สำคัญ

□ การส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและต่อเนื่อง

หลักประกันทางสุขภาพที่ดีจะกระตุ้นให้เกิดบริการทางสุขภาพที่มีบูรณาการสำหรับประชาชน ประกอบด้วยการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ทำให้เกิดเครือข่ายของการบริการที่ต่อเนื่อง สามารถให้ประชาชนเข้าถึงบริการทั้งเชิงรุกที่บ้านและชุมชน รวมกับบริการเชิงรับในสถานพยาบาลในระดับที่เหมาะสม ใกล้บ้านใกล้ใจ เชื้ออำนวยการส่งต่อผู้ป่วย ส่งเสริมให้เกิดการใช้ทรัพยากรในระบบ

อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนมีกลไกในการประกันคุณภาพและการคุ้มครองผู้บริโภคที่ดี เพื่อไม่ให้ความพยายามในการควบคุมค่าใช้จ่ายส่งผลที่ไม่พึงปรารถนาต่อคุณภาพบริการ

นอกจากนี้การมีหลักประกันทางสุขภาพช่วยลดเครื่องกีดกันทางการเงินต่อการเข้าถึงบริการทางสุขภาพที่จำเป็นสำหรับประชาชน โดยเฉพาะบริการรักษาพยาบาล กฎระเบียบหลายประการของการใช้การประกันสุขภาพที่มีอยู่หลายระบบซ้ำซ้อนกันในปัจจุบัน ยังมีความยุ่งยากเป็นอุปสรรคต่อการใช้บริการของประชาชน โดยเฉพาะในคราวจำเป็น จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่าประชาชนที่ไม่มีประกันสุขภาพมีแนวโน้มที่จะเจ็บป่วยมากกว่าและรุนแรงกว่าผู้ที่มีประกันสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องมาจากการผัดผ่อนไม่ไปรับการตรวจรักษาแต่เนิ่นๆ และการขาดแพทย์ที่จะให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง

3.2 หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในมุมมองของสังคม

□ การกระจายภาระค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ

การจัดให้มีหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้านับเป็นการสร้างระบบและกลไกเพื่อเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขระหว่างสมาชิกของสังคม เป็นการกระจายภาระทางการคลังสาธารณสุขไปสู่กลุ่มคนต่างๆ ภายในประเทศอย่างกว้างขวาง แทนที่ประชาชนแต่ละคนจะต้องแบกรับภาระทางการเงินจากปัญหาสุขภาพของตนเองทั้งหมด การกระจายภาระดังกล่าวอย่างเป็นระบบจะทำให้เกิดความเป็นธรรมมากขึ้นในระบบสุขภาพ ทั้งนี้ผู้ที่มีมากจ่ายมาก ผู้ที่มีน้อยจ่ายน้อยตามความสามารถ ผู้ที่มีฐานะและมีโอกาสที่ดีกว่าในสังคมย่อมสมควรช่วยรับภาระของสังคมเป็นสัดส่วนมากกว่าผู้ด้อยโอกาส

□ การมีส่วนร่วมของประชาชน

ระบบหลักประกันสุขภาพที่ดีจะเอื้อต่อการที่ประชาชนจะเข้ามามีส่วนร่วมอย่างเหมาะสมในการกำหนดสิทธิประโยชน์ และวางโครงสร้างของระบบหลักประกันสุขภาพที่เป็นที่ต้องการ ตลอดจนการมีส่วนร่วมในการจัดการและการตรวจสอบว่าทรัพยากรต่างๆ ถูกใช้ไปเพื่อตอบสนองความจำเป็นทางสุขภาพของคนในชุมชนและในประเทศอย่างมีประสิทธิภาพ

3.3 หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในมุมมองของรัฐ

□ การทำหน้าที่ของรัฐตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ

บทบาทหน้าที่หลักของระบบสุขภาพของประเทศ ประกอบด้วยภาระระดับสถานะทางสุขภาพ การตอบสนองความคาดหวังของประชาชน และการกระจายภาระอันเกิดขึ้นเนื่องจากค่าใช้จ่ายทางสุขภาพไปสู่คนกลุ่มต่างๆ อย่างเป็นธรรม อันเท่ากับเป็นการให้ความคุ้มครองด้านหลักประกันทางสังคมทางหนึ่งแก่ประชาชนในประเทศ นอกจากนี้การเข้าถึงบริการทางสุขภาพและสาธารณสุขที่มีมาตรฐานเป็นสิทธิพื้นฐานของประชาชนประการหนึ่งที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 ดังนั้นจึงเสมือนเป็นหน้าที่ของรัฐที่จะให้หลักประกันทางสุขภาพแก่ประชาชนอย่างถ้วนหน้า หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ได้หมายความว่าเพียงแต่การประกันสุขภาพหรือให้ความคุ้มครองทางการเงินเมื่อมีความเจ็บป่วยเท่านั้น แต่ควรเป็นหลักประกันที่จะให้ประชาชนมีสุขภาพดีอย่างถ้วนหน้ากัน

□ การสร้างความโปร่งใสและตรวจสอบได้ในระบบ

การจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นการเปิดโอกาสให้มีการจัดระบบการเงินการคลังสาธารณสุขให้มีความโปร่งใสและตรวจสอบได้ ช่วยลดปัญหาการอุดหนุนข้ามระบบ ตลอดจนการถ่ายเททรัพยากรไปใช้นอกวัตถุประสงค์

ประสงค์ที่กำหนดไว้ การวางระบบที่ชัดเจน ไม่ซ้ำซ้อนและมีฐานข้อมูลที่ครบถ้วนเป็นมาตรฐานเดียวกันสนับสนุน ทำให้สามารถติดตามต้นทุนและรูปแบบการใช้ทรัพยากรในระบบสุขภาพได้ง่ายและชัดเจนกว่าเดิม

3.4 หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในมุมมองของผู้ให้บริการ

□ ความยั่งยืนของระบบบริการทางสุขภาพ

ระบบบริการทางสุขภาพจำเป็นต้องอาศัยทรัพยากรในการดำเนินการ การจัดให้มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะช่วยให้ผู้ให้บริการสามารถเก็บค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการใช้บริการได้ ลดปัญหาขาดสภาพคล่องทางการเงิน หนี้เสียหรือค้างชำระอันเนื่องจากประชาชนขาดกำลังซื้อ หรือการไม่ได้รับทรัพยากรสนับสนุนที่สัมพันธ์กับภาระงาน ซึ่งส่งผลต่อความมั่นคงทางการเงินต่อผู้ให้บริการและระบบบริการทางสุขภาพในภาพรวม และมีผลกระทบต่อความยั่งยืนของการจัดบริการสุขภาพในที่สุด

□ โอกาสในการปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน

การมีหลักประกันทางสุขภาพส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในด้านอื่นๆ ด้วยนอกเหนือจากการเข้ารับบริการทางสุขภาพ ซึ่งหลายประเด็นมีผลดีต่อสุขภาพ เช่น การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การวางสิทธิประโยชน์และความคุ้มครองต่างๆ ของการให้หลักประกันทางสุขภาพมีส่วนในการส่งเสริมสุขภาพและส่งเสริมให้มีความสำคัญที่ระบบมีต่อวิธีการที่ประชาชนจะใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว เสมือนเป็นกลไกเกื้อหนุนการให้สุขภาพอย่างหนึ่ง ทำให้ประชาชนสุขภาพที่ดีขึ้น เป็นการลดภาระของระบบบริการได้ในระยะยาว

สรุป

หลักประกันสุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนควรได้รับ การขาดหลักประกันสุขภาพส่งผลกระทบต่อไม่เพียงปรารถนาทั้งต่อประชาชน สถานพยาบาลและระบบบริการในภาพรวม เป็นการเพิ่ม 'ทุกข์' แก่ผู้ที่ประสบกับ 'ทุกข์' อยู่แล้ว แม้ว่าการคลังทางสาธารณสุขส่วนใหญ่ผ่านงบประมาณและสวัสดิการของรัฐ นั่นคือการใช้ภาษี แต่ครัวเรือนส่วนใหญ่ยังคงต้องประสบปัญหาจากการที่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในสัดส่วนที่สูง โดยเฉพาะกลุ่มผู้มีรายได้น้อย ปัจจุบันประชาชนอย่างน้อยร้อยละ 30 ของประเทศยังคงต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเอง ในขณะที่ครัวเรือนกว่าร้อยละ 60-70 ประสบความเดือดร้อนจากค่าใช้จ่ายจากโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง ระบบสวัสดิการรักษาและประกันสุขภาพต่างๆ มีความแตกต่างกันและซ้ำซ้อนกันอยู่ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องสิทธิประโยชน์และกลุ่มเป้าหมายผู้มีสิทธิ ค่าใช้จ่ายต่อหัวยังมีความเหลื่อมล้ำกันมาก

ปัญหาต่างๆ ของระบบสวัสดิการสุขภาพและการประกันสุขภาพในประเทศไทยเหล่านี้ ทำให้เกิดโอกาสพัฒนาที่สำคัญภายในระบบสุขภาพของไทย ทั้งในด้านความครอบคลุมและความแตกต่างด้านสิทธิประโยชน์ ความคุ้มครองแก่ประชาชนอย่างถ้วนหน้า เพื่อเป็นมาตรฐานให้เป็นที่อ้างอิงให้เกิดความเท่าเทียมกัน

บทที่ 2

หลักการพื้นฐาน งบประมาณและทางเลือกที่เป็นไปได้

1. ลักษณะที่พึงจะมีของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ความหมายของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของแต่ละประเทศอาจมีได้หลากหลายแตกต่างกันตามบริบทของประเทศแต่ละประเทศ ในที่นี้นิยามของ **หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า** หมายถึง “สิทธิของประชาชนไทยทุกคน (Entitlement) ที่จะได้รับบริการทางสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้า ด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยที่ภาระด้านค่าใช้จ่ายในการใช้บริการไม่เป็นอุปสรรคที่ประชาชนจะได้รับสิทธิดังกล่าว”

ดังนั้น หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึง ...

- (1) มิใช่ บริการสงเคราะห์ บริการกึ่งสงเคราะห์ บริการราคาถูก หรือ บริการที่เพียงพอสำหรับการแก้ปัญหาสุขภาพแบบเฉพาะหน้า
- (2) มิใช่ บริการที่ต้องมีการร้องขอจึงจะได้รับ หากแต่เป็นสิทธิตามกฎหมายของประชาชนไทยทุกคน

จากเหตุที่ประชาชนในประเทศพึงมีหลักประกันทางสุขภาพดังที่กล่าวไว้ข้างต้นแล้ว ลักษณะที่พึงจะมีของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยพื้นฐานเพื่อครอบคลุมการดูแลสุขภาพของบุคคล (Personal health care) อาจพิจารณาได้จากการอ้างอิงเป้าหมายเชิงสังคม (Social goals) ของการมีหลักประกันทางสุขภาพ และจากประเด็นด้านระบบและกลไกของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

● ลักษณะที่พึงจะมีของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามเป้าหมายเชิงสังคม

- (1) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรส่งเสริมให้เกิด**ความเป็นธรรม (Equity)** ในการกระจายภาระด้านค่าใช้จ่ายทางสุขภาพไปสู่คนหมู่มากในลักษณะของการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขในสังคมตามฐานะและความสามารถทางเศรษฐกิจ ตลอดจนส่งเสริมให้เกิด**ความเท่าเทียม (Equality)** ในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพที่จำเป็น (Essential health package) เอื้อต่อการจัดบริการอย่างมีบูรณาการและมีกรอบมาตรฐานเดียวกัน
- (2) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรอำนวยความสะดวกให้เกิด**ประสิทธิภาพ (Efficiency)** ในระบบสุขภาพ เอื้อต่อการทำให้เกิดประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากร (Allocative efficiency) ที่การใช้ทรัพยากรจะตรงต่อความต้องการและสร้างคุณค่าให้เกิดขึ้นกับสุขภาพของประชาชนมากที่สุด กระตุ้นให้มีการเลือกใช้บริการและเทคโนโลยีที่เหมาะสมและมีความคุ้มค่า (Cost effectiveness) ส่งเสริมให้เกิดการเข้าถึงบริการที่ใกล้บ้านที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพทางเทคนิค (Technical efficiency) ในการให้บริการ ตลอดจนมีค่าบริหารจัดการไม่มากนัก
- (3) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรเอื้อให้เกิด**ทางเลือกในการรับบริการ (Choice) ที่เหมาะสม** อันนำไปสู่คุณภาพของบริการที่ดี เป็นระบบที่ควรเปิดโอกาสให้มีบริการที่หลากหลายช่วยให้ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย ใกล้ตัว ประชาชนสามารถใช้สิทธิในการเลือก ไม่แบ่งแยกบทบาทของผู้ให้บริการภาครัฐและเอกชน และเพื่อให้มีการแข่งขันกันในด้านประสิทธิภาพและการพัฒนาคุณภาพของการบริการ มีการกำหนดมาตรฐานด้านคุณภาพ

จริยธรรมและแนวทางการดำเนินการของผู้ให้บริการที่เป็นที่ยอมรับ มีระบบและกลไกในการป้องกันปัญหาการเลือกรับความเสี่ยง (Cream skimming) ตลอดจนเพิ่มอำนาจการต่อรองแก่ผู้ซื้อบริการ

- (4) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรมุ่งสู่การ “สร้าง” ให้มีสุขภาพดีถ้วนหน้า (Promoting health for all) ไม่ใช่เพียงการคุ้มครองค่าใช้จ่ายอันเนื่องมาจากการรักษาพยาบาลการเจ็บป่วยเท่านั้น หากแต่ครอบคลุมบริการทางสุขภาพในด้านอื่นๆ ด้วย โดยเฉพาะบริการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ตลอดจนมีส่วนร่วมช่วยกระตุ้นให้ประชาชนดูแลและสร้างเสริมสุขภาพของตนเองและครอบครัว โดยมีการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ความคุ้มครองต่างๆ ตลอดจนระบบและกลไกในการจ่ายเงินและกำกับดูแลการจัดสรรทรัพยากรอย่างรอบคอบ

● **ลักษณะที่พึงจะมีของระบบและกลไกของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า**

- (1) ประชาชนเข้าถึง ทำความเข้าใจได้ง่าย เป็นระบบและกลไกที่แปลงความซับซ้อนของการดำเนินงานด้านการเงิน การคลัง การบริหารจัดการและการบริการให้ง่ายต่อประชาชนในการใช้ประโยชน์ มีทางเลือกและระบบส่งต่อ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่ต่อเนื่อง มีการดำเนินการที่เป็นไปได้ และเป็นที่ยอมรับของกลุ่มต่างๆ ในสังคม
- (2) มีกฎหมายเป็นหลักยึด มีกรอบที่ครอบคลุม ชัดเจนและเบ็ดเสร็จ กำหนดให้การได้รับบริการทางสุขภาพเป็นสิทธิของประชาชน มีการกำหนดขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคคลและหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน จัดความซ้ำซ้อนและซับซ้อนในการดำเนินการเกี่ยวกับการประกันสุขภาพที่มีผลจากกฎหมายอื่นๆ และเอื้อต่อการสร้างระบบและกลไกเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ คุณภาพ ความเป็นธรรม การคุ้มครองผู้บริโภค ตลอดจนการมีส่วนร่วมของคนในสังคม
- (3) มีทรัพยากรสนับสนุนอย่างเพียงพอ เพื่อให้สามารถกำหนดสิทธิประโยชน์พื้นฐานที่จำเป็นด้านสุขภาพสำหรับประชาชนได้อย่างครบถ้วน ทำให้ผู้ให้บริการสามารถปรับตัว เพื่อจัดบริการที่มีคุณภาพ มีมาตรฐานรองรับความจำเป็นทางสุขภาพของประชาชนได้อย่างทั่วถึง เกิดระบบที่มีความมั่นคงยั่งยืน และพัฒนาอย่างต่อเนื่องไปในทิศทางที่เหมาะสม ซึ่งอาจกระทำได้โดยมีการกำหนดกรอบการสนับสนุนงบประมาณหรือการจัดสรรเงินขั้นต่ำจากระบบภาษีไว้เป็นการเฉพาะ (Earmarked tax) เช่น จากภาษีเงินได้
- (4) เปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบ อันจะช่วยกระตุ้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง และสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของ ซึ่งประชาชนอาจมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการจ่าย (Cost sharing) โดยทางตรงสำหรับบริการสุขภาพ เพื่อให้มีการใช้บริการอย่างเหมาะสม และรู้คุณค่า รวมทั้งการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย กำกับกับการบริหารและการตรวจสอบ เพื่อให้ระบบดำเนินไปด้วยความโปร่งใส และสามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่ได้
- (5) มีการบริหารจัดการที่จัดความซ้ำซ้อนที่ไม่จำเป็นภายในระบบประกันสุขภาพ และระหว่างระบบประกันสุขภาพต่างๆ ของประเทศที่มีอยู่ในปัจจุบัน มีระบบบริหารจัดการในแนวทางที่เป็นมาตรฐานเดียวกันและสอดคล้องกันในวิธีปฏิบัติ ไม่ทำให้เกิดการได้เปรียบเสียเปรียบระหว่างกองทุน (ในกรณีที่มีมากกว่า 1 กองทุน) การ

บริหารจัดการมีความโปร่งใสและง่ายต่อการตรวจสอบ มีการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีสารสนเทศได้อย่างเหมาะสม ประชาชนไม่ต้องรับภาระหรือได้รับสิทธิประโยชน์ซ้ำซ้อน

- (6) มีระบบตรวจสอบ และประเมินผลด้านคุณภาพและประสิทธิภาพ ตลอดจนมีการคานอำนาจที่เหมาะสมระหว่างฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น ระหว่างผู้ซื้อบริการ ผู้จ่าย ผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ มีการแบ่งแยกบทบาทของหน่วยงานผู้ซื้อบริการและผู้ให้บริการ (Purchaser-provider split) เพื่อลดการผูกขาด และส่งเสริมให้มีการแข่งขันระหว่างผู้ให้บริการเพื่อพัฒนาคุณภาพ การดำเนินการอาจทำในแบบของสัญญาาระหว่างกัน
- (7) มีการเลือกใช้วิธีการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการทางสุขภาพ ที่ทำให้การใช้ทรัพยากรเป็นไปอย่างสมเหตุสมผล (Rational consumption) มีประสิทธิภาพ เกิดการพัฒนาบริการให้มีคุณภาพ สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ ความเป็นไปได้ด้านการเงินและงบประมาณ มีฐานข้อมูลอย่างเป็นระบบ ตรงความเป็นจริงของโครงสร้างต้นทุนในการให้บริการทั้งในส่วนของการดำเนินการ (Operation) และการลงทุน (Capital) มีการกำหนดวิธีปฏิบัติด้านการคลังสาธารณสุข ตลอดจนแนวทางการจัดสรรและจ่ายค่าตอบแทนแก่ผู้ให้บริการที่ชัดเจน มีความยืดหยุ่นและปรับเปลี่ยนง่าย ในขณะเดียวกันสามารถจัดการความซ้ำซ้อนระหว่างการให้บริการ และการเบิกจ่ายค่าบริการต่างๆ
- (8) มีการกำหนดบทบาทของผู้รับประกันสุขภาพภาคเอกชนอย่างเหมาะสม ไม่ให้ประชาชนละทิ้งสิทธิในระบบของประเทศและเลือกทำประกันภาคเอกชนเพียงระบบเดียว (Opt-out) แต่ระบบควรอนุญาตให้สามารถซื้อสิทธิประโยชน์จากภาคเอกชนเพิ่มเติมได้สำหรับคนที่ต้องการ

● **ลักษณะไม่พึงประสงค์ของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ต้องหลีกเลี่ยง**

- (1) การแบกรับความเสี่ยงที่ไม่พึงประสงค์ของกองทุน (Adverse selection) เนื่องจากพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการรับความเสี่ยงของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยที่เจ็บป่วยมาก หรือเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งอาจเกิดได้ใน 2 ระดับ คือ 1) ระดับกองทุนประกันสุขภาพในกรณีที่มีกองทุนประกันหลายกองทุนให้เลือก ซึ่งกองทุนจะพยายามหลีกเลี่ยงภาระโดยเลือกเฉพาะผู้ที่มีความเสี่ยงต่ำเท่านั้น และ 2) ระดับสถานพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการในกรณีที่ต้องมีการลงทะเบียนผู้มีสิทธิ ทำให้มีการบิดหรือชะลอการรักษาเพื่อให้หน่วยบริการอื่นเป็นผู้รับภาระไป
- (2) การใช้บริการเกินจำเป็น (Moral hazard) เป็นผลจากการที่ผู้ให้บริการและ/หรือผู้ให้บริการไม่ต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายจากการให้บริการ ทำให้มีการใช้บริการเกินความจำเป็น มีผลให้มีการสูญเสียทรัพยากรไปโดยไม่เกิดประโยชน์
- (3) การให้ความสำคัญคุ้มครองที่มีข้อจำกัด (First dollar vs. Last dollar) การสร้างหลักประกันสุขภาพควรมุ่งให้ความสำคัญคุ้มครองค่าใช้จ่ายอันเกิดจากการเจ็บป่วยที่รุนแรงหรือเรื้อรัง และที่ใช้เงินเป็นจำนวนมาก เพราะเป็นตัวที่ทำลายเศรษฐกิจของครัวเรือนและปัจเจก ขณะที่การคุ้มครองค่าใช้จ่ายในระดับต้นๆ สำหรับการรักษายาบาลเล็กๆ น้อยๆ ควรมีความสำคัญน้อยกว่า ทั้งหมดนี้อยู่บนเงื่อนไขว่าการให้การคุ้มครองดังกล่าวกับทุกคนจะไม่กระทบกระเทือนสถานะทางการเงินและงบประมาณของทั้งระบบ

2. งบประมาณค่าใช้จ่ายสำหรับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2.1 ประมาณการยอดวงเงินงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี 2544

ตารางที่ 2.1 แสดงความต้องการงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี 2544 เป็นสถานการณ์สมมติในกรณีที่ให้ประชาชนทั้งหมดอยู่ภายใต้หลักประกันอย่างเดียวกัน โดยคำนึงถึงปัจจัยที่วงเงินค่ารักษาพยาบาลอาจจะเพิ่มขึ้นได้จากการที่ประชาชนซึ่งมีประกันสุขภาพจะใช้บริการทางสุขภาพมากขึ้นแล้ว โดยมีสถานการณ์สมมติที่เกี่ยวข้องกับ (1) การจัดการวิธีการเบิกจ่าย และ (2) การให้สิทธิประโยชน์ในการใช้บริการ ใน 2 กรณี ได้แก่

(สถานการณ์ที่ 1) การคิดต้นทุนให้บริการบนฐานของสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก

(สถานการณ์ที่ 2) ต้นทุนที่คิดตามการเบิกจ่ายของสวัสดิการข้าราชการและให้โอกาสใช้บริการเอกชนมากขึ้น

ตามสถานการณ์ดังกล่าว ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า น่าจะอยู่ประมาณ 6.6 หมื่นล้านบาท ถึง 1.2 แสนล้านบาท ตามลำดับ อย่างไรก็ตามค่าใช้จ่ายดังกล่าวยังไม่รวมถึงค่าใช้จ่ายด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตลอดจนค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการระบบ

ตารางที่ 2.1 ค่าใช้จ่ายของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามข้อสมมติสถานการณ์ 3 กรณีในปี 2544

สถานการณ์	1.*	2.*
ผู้ป่วยนอก (ล้านครั้ง)	168.2	168.2
บาทต่อครั้ง	236.71	387.93
ก. รวมผู้ป่วยนอก (ล้านบาท)	39,814.6	65,249.8
ผู้ป่วยใน (ล้านครั้ง)	5.3	5.3
บาทต่อครั้ง	4,873	10,448
ข. รวมผู้ป่วยใน (ล้านบาท)	25,849.7	55,423.3
ค. รวมการรักษา (ก+ข) ล้านบาท	65,664.3	120,673.1

ที่มา: ศุภสิทธิ์ พวรรณารุณทย ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์ และสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (2543)

หมายเหตุ * สถานการณ์ 1 โอกาสเจ็บป่วยและใช้บริการเป็นแบบมีหลักประกัน ต้นทุนคิดจากสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก

* สถานการณ์ 2 โอกาสเจ็บป่วยและใช้บริการเป็นแบบมีหลักประกันเหมือนสถานการณ์ที่ 1 แต่ต้นทุนคิดจากต้นทุนของระบบสวัสดิการรักษายาของข้าราชการ และโอกาสการใช้บริการที่เอกชนมากขึ้น

ถ้าเทียบกับค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลเหมาจ่ายรายหัว การจ่ายเพิ่มกรณีคลอดบุตร อุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน ทันตกรรมและการเจ็บป่วยจากงาน จากสำนักงานประกันสังคม เป็นวงเงินประมาณ 1,450 บาทต่อคนต่อปี¹ เมื่อคิดสำหรับประชาชน 62.4 ล้านคน จะเป็นเงิน 90,480 ล้านบาท ซึ่งหากเทียบเคียงค่าใช้จ่ายตามโครงสร้างของประชากรทั้งหมดของประเทศ ก็จะมีผู้สูงอายุราวร้อยละ 10 ซึ่งจะใช้จ่ายทางสุขภาพต่อหัวสูงกว่ากลุ่มวัยแรงงาน

¹ เงิน 1,450 บาทต่อปี ถือเป็นค่าใช้จ่ายที่รวมผลกำไร ที่สถานพยาบาลคู่สัญญาของประกันสังคม ยินดีให้บริการ

ประมาณร้อยละ 30-50 ร่วมกับการประมาณการค่าบริหารจัดการระบบอีกประมาณร้อยละ 5 จะทำให้มองเห็นความสอดคล้องของความต้องการด้านงบประมาณสำหรับการรักษาพยาบาลเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี 2544 กับตารางที่ 2.1 ข้างต้นได้ ดังนั้นหากจะพิจารณากรอบงบประมาณที่ต้องใช้สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี 2544 คาดว่าจะเป็นเงินประมาณ 1 แสนล้านบาท

ทั้งนี้จำนวนเงินดังกล่าวเป็นวงเงินที่ไม่รวมรายจ่ายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ซึ่งสำหรับการดูแลสุขภาพระดับบุคคลแล้ว ไม่น่าเกินกว่าร้อยละ 4 ของงบประมาณจากการคำนวณตามบัญชีสุขภาพแห่งชาติ และตัวเลขประมาณการดังกล่าวนี้ รวมถึงการคาดการณ์ในอนาคตบนเงื่อนไขที่เป็นข้อสมมติสำคัญว่า

- (1) มีการจัดการนโยบายหลักประกันสุขภาพที่เป็นเอกภาพ
 - (2) ไม่มีความแตกต่างของผลลัพธ์จากความแตกต่างของกลไกการคลังกรณีที่มีการจัดระบบมากกว่า 1 กองทุน
 - (3) ไม่มีข้อแตกต่างของระบบและวิธีการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการ ในกรณีที่จะมีมากกว่า 1 กองทุน
 - (4) มีการจัดชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานใกล้เคียงกับระบบประกันสังคมในปัจจุบัน ซึ่งไม่รวมบริการทางสุขภาพบางสาขา เช่น บริการสุขภาพจิต การบำบัดผู้ติดยาเสพติด การรักษาพยาบาลด้วยเทคโนโลยีที่มีราคาแพงมากและไม่มีผลต่อการรักษาที่หายขาด เป็นต้น
 - (5) มีการจัดระบบบริการที่มีประสิทธิภาพ และมีระบบประกันคุณภาพให้มีมาตรฐานในการรักษาพยาบาล และการบริการที่เท่าเทียมกันอย่างเคร่งครัด
 - (6) มีการกำหนดความผูกพันกับระบบงบประมาณที่เอื้อให้มีทรัพยากรเพียงพอ ภายใต้มาตรฐานที่กำหนด
- อนึ่ง งบประมาณค่าใช้จ่ายดังกล่าวอาจสูงกว่าที่ประมาณการนี้ได้ถึงประมาณ 1.2 แสนล้านบาทในกรณีที่ไม่มีการพัฒนาบริหารจัดการที่ดีทั้งในส่วนของ การประกันสุขภาพและการให้บริการทางสุขภาพ

การรวมระบบหลักประกันสุขภาพจะมีผลช่วยลดค่าใช้จ่ายได้ โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการ อย่างไรก็ตามการทำให้ประชาชนทุกคนมีประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้าอาจทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้นได้ เนื่องจากเป็นการเพิ่มกำลังซื้อแก่ประชาชนกลุ่มที่เดิมไม่ได้รับการประกัน หรือได้รับในระดับที่ต่ำกว่าควร ซึ่งจะส่งผลให้อุปสงค์ในระบบสุขภาพสูงขึ้นได้

2.2 การคาดการณ์ค่าใช้จ่ายภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในอนาคต

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะมีภาระมากน้อยเท่าไรในอนาคตระยะยาว ตารางที่ 2.2 คาดการณ์ต้นทุนของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อไปถึงปี 2553 และ 2558 เพื่อแสดงภาระของการเพิ่มประชากรผู้สูงอายุ จาก 9% ของประชากรทั้งหมดในปี 2544 เป็น 11% และ 15% ในปี 2553 และ 2558 ตามลำดับ กำหนดกรณีสมมติเป็น 2 ประการ โดยให้การให้บริการคงที่แต่ราคาแปรผัน คือ กรณีต้นทุนต่ำ ใช้ประสบการณ์การให้บริการเช่นเดียวกับสวัสดิการรักษายาของข้าราชการ แต่ต้นทุนของระบบประกันสังคมเป็นหลัก กับกรณีต้นทุนสูงซึ่งใช้ทั้งประสบการณ์การให้บริการและต้นทุนของสวัสดิการรักษายาของข้าราชการเป็นฐานในการคำนวณได้ต้นทุนของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(เฉพาะรายจ่ายสุขภาพส่วนบุคคล)ระหว่าง 2 แสนหกหมื่นล้านบาท ถึง 3 แสนสามหมื่นล้านบาทในปี 2553 และ ระหว่าง 3 แสนเจ็ดหมื่นล้านบาท ถึง 4 แสนหกหมื่นล้านบาทในปี 2558 (ศุภสิทธิ์ พรธรรมาธินัย, พ.ศ.2544)

ตารางที่ 2.2 คาดการณ์ต้นทุนตามกรณีต่ำและกรณีสูง (ตามราคาปี 2544)

	กรณีต่ำ*				กรณีสูง**	
	2544	2553	2558	2544+	2553	2558
1. ประชากร ล้านคน	62.9	67.2	70.5	62.9	67.2	70.5
2. % ผู้สูงอายุ	9.29	11.36	15.28	9.29	11.36	15.28
3. จำนวนครั้งผู้ป่วยนอก ล้านครั้ง	168.2	294.2	322.3	168.2	294.2	322.3
4. ต้นทุนผู้ป่วยนอก ล้านบาท	47,076	127,738	178,601	65,250	177,052	247,551
5. จำนวนครั้งผู้ป่วยใน ล้านครั้ง	5.3	8.3	9.4	5.3	8.3	9.4
6. ต้นทุนผู้ป่วยใน ล้านบาท	48,162	117,007	169,126	55,374	134,529	194,451
7. รวมต้นทุนการรักษา ล้านบาท	95,238	244,745	347,726	120,624	311,580	442,002
8. เพิ่มรายจ่ายค่าบริหารกองทุน 5%	4,762	12,237	17,386	6,031	15,579	22,100
9. รวมรายจ่ายสุขภาพส่วนบุคคล	100,000	256,982	365,113	126,655	327,159	464,102
10. เพิ่มบบบริหาร ลงทุน ส่งเสริมฯ	20,000	51,396	73,023	21,994	56,813	80,594
11. รวมทั้งหมด ล้านบาท	120,000	308,379	438,135	148,650	383,972	544,696

* กรณีต่ำ ให้ทุกคนใช้อัตราค่าบริการเหมือนสวัสดิการข้าราชการ และต้นทุนใช้ของประกันสังคม โดยแยกเป็นผู้ป่วยนอก 280 บาทต่อครั้ง และผู้ป่วยใน 9,087 บาทต่อครั้ง ต้นทุนต่อรายเพิ่มปีละ 5%

** กรณีสูง ให้ทุกคนใช้อัตราค่าบริการเหมือนสวัสดิการข้าราชการและต้นทุนเหมือนสวัสดิการข้าราชการด้วย ต้นทุนต่อรายเพิ่มปีละ 5%

ดังนั้น เมื่อดูภาพรวมในระยะยาว การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะไม่เป็นภาระต่อการคลังภาครัฐมากนัก การประมาณภาระในปี 2558 เมื่อมีผู้สูงอายุเพิ่มอีกร้อยละ 6 ของประชากรทั้งหมด จะทำให้รายจ่ายรวมด้านสุขภาพที่มาจากภาครัฐเป็นประมาณ 2.8-3.5% ของ GDP ระหว่างสถานการณ์ต่ำและสถานการณ์สูง (ดูตารางที่ 2.3)

ตารางที่ 2.3 คาดการณ์รายจ่ายตามสัดส่วนผลิตภัณฑ์มวลรวมประเทศ

	2544	2553	2558
GDP (ล้านบาท)*	5,367,394	10,630,099	15,619,103
งบรวมกรณี ต่ำ (ล้านบาท)	120,000	308,379	438,135
% ของ GDP กรณีต่ำ	2.24	2.90	2.81
งบรวมกรณีสูง (ล้านบาท)	148,650	383,972	544,696
% ของ GDP กรณีสูง	2.77	3.61	3.49

* ให้ GDP เติบโตปีละ 2%

การคาดการณ์สถานการณ์ไม่ว่ากรณีต่ำหรือสูง จะมีอัตราการเพิ่มของการใช้บริการอย่างรวดเร็วระหว่างปี 2544-2553 เพราะปรับให้การใช้บริการมีอัตราสูงสุดคือเท่ากับสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ตารางที่ 2.4 เป็นการคาดการณ์รายปี โดยสมมติให้อัตราการเพิ่มระหว่าง 2 ช่วงเป็นเส้นตรง ดังนั้น อัตราการเพิ่มของการใช้บริการผู้ป่วยนอกเป็น 6.5% ต่อปีและอัตราเพิ่มของการใช้บริการผู้ป่วยใน 5% ต่อปี และอัตราเพิ่มของต้นทุนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในต่อราย 5% ต่อปี

ตารางที่ 2.4 คำนวณการกระจายจ่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้า รายปี

	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552	2553
ประชากร ล้านคน	62.9	63.4	63.9	64.3	64.8	65.3	65.8	66.3	66.8	67.2
ผู้ป่วยนอก ล้านครั้ง	168.2	179.1	190.8	203.2	216.4	230.4	245.4	261.4	278.4	294.2
ต้นทุนผู้ป่วยนอก ล้านบาท	47,076	52,643	58,868	65,829	73,613	82,318	92,052	102,937	115,109	127,738
ผู้ป่วยใน ล้านครั้ง	5.3	5.6	5.8	6.1	6.4	6.8	7.1	7.5	7.9	8.3
ต้นทุนผู้ป่วยใน ล้านบาท	48,162	53,099	58,542	64,542	71,158	78,451	86,493	95,358	106,134	117,007
รวมการรักษา ล้านบาท	95,238	105,742	117,409	130,371	144,771	160,769	178,544	198,295	221,243	244,745
เพิ่มค่าบริหารกองทุน 5%	4,762	5,287	5,870	6,519	7,239	8,038	8,927	9,915	11,062	12,237
รวมรายจ่ายสุขภาพบุคคล	100,000	111,029	123,280	136,889	152,009	168,807	187,472	208,210	232,305	256,982
เพิ่มงบบริหาร ลงทุน ส่งเสริมฯ	20,000	22,206	24,656	27,378	30,402	33,761	37,494	41,642	46,461	51,396
รวมทั้งหมด ล้านบาท	120,000	133,234	147,936	164,267	182,411	202,569	224,966	249,852	278,766	308,379

ดังนั้น ถ้ารัฐต้องการใช้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี 2545, 2546 หรือ 2547 รายจ่ายเฉพาะด้านสุขภาพส่วนบุคคลจะเป็น 1 แสนหนึ่งหมื่นล้านบาท, 1 แสนสองหมื่นล้านบาท หรือ 1 แสนสี่หมื่นล้านบาทตามลำดับ

2.3 วงเงินงบประมาณที่มีอยู่ และที่ต้องการเพิ่มเติม

การศึกษานโยบายรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติปี 2541⁽²⁾ ยอดรายจ่ายรวมทั้งสิ้น 179,689 ล้านบาท เป็นรายจ่ายเพื่อการรักษายาบาล 126,775 ล้านบาท (ผู้ป่วยใน 5 หมื่นสี่พันล้านบาท และผู้ป่วยนอก 7 หมื่นสองพันล้านบาท) เป็นรายจ่ายจากภาคประชาชน 6 หมื่นสี่พันล้านบาท และจากการคลังสาธารณะ 6 หมื่นสองพันล้านบาท ถ้าประมาณว่าแหล่งการคลังสาธารณะเพื่อการรักษายาบาลในปี 2544 ไม่แตกต่างจากที่ศึกษาในปี 2541 **จึงต้องการงบประมาณเพิ่มทั้งสิ้น 3 หมื่นแปดพันล้านบาท (โดยไม่รวมรายจ่ายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการบริหารจัดการ)** ดังตารางที่ 2.5

ตารางที่ 2.5 ประมาณการงบประมาณและแหล่งเงินที่มีอยู่ และวงเงินที่ต้องการเพิ่มเติมเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี 2544 ภายใต้ข้อสมมติระบบกองทุนเดียว

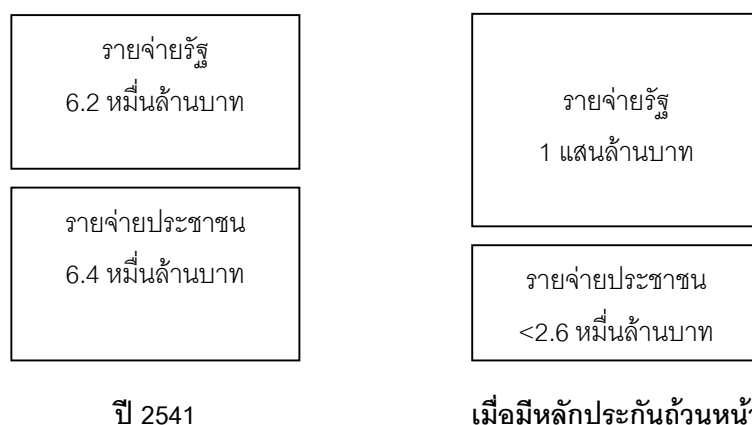
แหล่งเงิน	2541	2544
1. กระทรวงสาธารณสุข	27,540	35,966
2. กระทรวงอื่นๆ	4,093	6,861
3. การปกครองส่วนท้องถิ่น	1,571	1,819
4. สวัสดิการข้าราชการ	16,440	16,440
5. สวัสดิการรัฐวิสาหกิจ	2,747	3,180
6. ประกันสังคม	6,931	8,700
7. กองทุนเงินทดแทน	615	712
8. ประสบภัยจากรถ	2,481	2,872
รวมการคลังสาธารณะ	62,418	76,550
ต้องการเงินเพิ่ม	-	23,450
รวมงบประมาณที่ต้องการ	-	100,000

หมายเหตุ

- ข้อมูลปี 2541 ได้จากการศึกษาบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ รายจ่ายสุขภาพส่วนบุคคลเป็น 43% ของงบประมาณกระทรวงสาธารณสุข ปี 2544 ประมาณการโดยใช้สัดส่วน 61% เพราะงบลงทุนลดลงจาก 28% เป็น 10% สมมติให้การเปลี่ยนแปลงนี้ไปสู่รายจ่ายสุขภาพส่วนบุคคลทั้งหมด ตัวเลขนี้ เป็น 86% ของงบประมาณจัดบริการสาธารณสุขทุกระดับของกระทรวงสาธารณสุข
- ข้อมูลปี 2541 ได้จากการศึกษาบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ รายจ่ายสุขภาพส่วนบุคคลเป็น 42% ของงบประมาณกระทรวงอื่นๆ ปี 2544 ได้จากงบประมาณกระทรวงอื่นๆ 7,294 ล้านบาท หักค่าลงทุน 432.9 ล้านบาท แต่ประมาณการโดยใช้สัดส่วน 42% จะเหลือเงินเพื่อรายจ่ายสุขภาพส่วนบุคคลเพียง 3,063 ล้านบาท
- ไม่มีข้อมูลเพียงพอ ใช้อัตราขยายตัว ปีละ 5%
- รายจ่ายรัฐเพื่อสวัสดิการข้าราชการ พึ่งควบคุมเพดานไว้คงเดิม
- ใช้อัตราขยายตัว ปีละ 5%
- ประกันสังคมปรับรายจ่ายเหมาต่อหัว 1,450 บาทต่อคนต่อปี ในปี 2544 ครอบคลุมประชากร 6 ล้านคน
- ใช้อัตราขยายตัว ปีละ 5%
- ใช้อัตราขยายตัว ปีละ 5%

ดังนั้น การที่ประชาชนทุกคนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หมายถึงรัฐมีส่วนในรายจ่ายสุขภาพเพิ่มอีก 3-4 หมื่นล้านบาท เป็นทั้งสิ้น 1 แสนล้านบาท น่าจะทำให้รายจ่ายส่วนที่มาจากภาคประชาชนลดลง (ดูภาพที่ 2.1) รายจ่ายนี้จะลดลงเพียงใดยังไม่สามารถประมาณได้(เพราะไม่มีฐานข้อมูลประมาณการ) ถ้าวัดลดลงมากกว่า 4 หมื่นล้านบาท ก็แสดงว่า มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

ภาพที่ 2.1 การเปลี่ยนแปลงสัดส่วนของรายจ่ายสุขภาพที่มาจากภาครัฐและภาคประชาชน



เงื่อนไขของการจัดการแหล่งเงินงบประมาณที่มีอยู่แล้วในภาครัฐ

การคำนวณวงเงินงบประมาณที่มีอยู่แล้วในภาครัฐ มาจาก

1. รัฐจัดสรรงบประมาณสำหรับผู้มีรายได้น้อยและสังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล ตลอดจนเงินอุดหนุนสำหรับโครงการบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขในอดีตอาจไม่น้อยไปกว่าที่ดำเนินการอยู่
2. โอนเงินที่ใช้ในสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการมาเพื่อให้ระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพบริหาร โดยให้งบประมาณแผ่นดินจ่ายเงินสมทบเท่ากับที่อัตราที่ใช้จ่ายอยู่ในปัจจุบัน
3. โอนวงเงินที่ใช้สำหรับสวัสดิการรักษายาบาลของพนักงานรัฐวิสาหกิจต่างๆ มาให้กองทุนระบบหลักประกันสุขภาพบริหาร โดยรัฐวิสาหกิจจะต้องจ่ายเงินสมทบตามอัตราต่อหัวเท่ากับที่ใช้จ่ายในปัจจุบัน
4. จัดสรรเงินกองทุนเงินทดแทนในส่วนของการรักษายาบาล มาให้ระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพบริหาร โดยการจัดเก็บเงินยังคงเป็นเช่นเดิม (ด้วยเหตุผลที่ให้ในบทวิเคราะห์ที่ 2.1) สำหรับเงินกองทุนประกันสังคมนั้น จะต้องพิจารณาจากภาพรวมของการระดมเงินโดยรวมของระบบหลักประกันสุขภาพ ซึ่งจะกล่าวถึงในตอนท้ายของบทนี้
5. นำงบประมาณส่วนของการรักษายาบาลที่ใช้จ่ายโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น กรุงเทพมหานครสมทบระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพด้วย
6. ดึงเงินสมทบที่เป็นเบี้ยประกันภัยของกองทุนประกันผู้ประสบภัยจากรถ ตาม พรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ.2535 ทั้งหมด มาเข้าสู่ระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพ โดยการจัดเก็บเงินยังเป็นเช่นเดิม (ด้วยเหตุผลที่ให้ในบทวิเคราะห์ที่ 2.2)

บทวิเคราะห์ที่ 2.1

กองทุนทดแทนแรงงาน ปัญหาและทางออก

กองทุนทดแทนแรงงานเกิดขึ้นท่ามกลางสถานการณ์ที่ระบบประกันสุขภาพประกันสังคมของไทยยังไม่พัฒนา เพื่อคุ้มครองการเจ็บป่วย ทูพพลภาพและการตาย อันสืบเนื่องมาจากการทำงาน โดยนายจ้างเป็นผู้รับผิดชอบจ่ายเงินสมทบ ตามลักษณะกิจการและความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของสถานประกอบการ ในอัตรา 0.2-2% ของค่าจ้าง (ปรับเหลือ 0.2 – 1% เมื่อเกิดวิกฤตเศรษฐกิจเมื่อ พ.ศ. 2540) อัตราสมทบยังปรับด้วยอัตราประสบการณ์ (experience rate) สถานประกอบการที่มีอัตราสินไหมทดแทน (loss ratio) สูง จะถูกให้ปรับเพิ่มอัตราพื้นฐาน การศึกษาพบว่า อัตราประสบการณ์ไม่เป็นเครื่องจูงใจเพียงพอที่นายจ้างที่มีความเสี่ยงสูงจะตัดสินใจ ลงทุนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ และเพิ่มความปลอดภัยในการทำงาน

กองทุนนี้บริหารโดยสำนักงานประกันสังคม โดยสถานพยาบาล เบิกค่ารักษาพยาบาลตามจริง ตามปริมาณรายการรักษาพยาบาล (fee for service) โดยมีเพดานไม่เกินวงเงิน 35,000 บาท การเจ็บป่วยส่วนใหญ่ กว่า 95% ใช้บริการในสถานพยาบาลเอกชน วิธีการจ่ายแบบ fee for service นี้ ส่งสัญญาณจูงใจให้สถานพยาบาล over-charge และเพิ่มรายการรักษาพยาบาลโดยไม่ได้เกิดขึ้นจริง กลไกในการตรวจสอบการเบิก มีต้นทุนสูง และขาดประสิทธิภาพในการยับยั้งพฤติกรรมนอกกลุ่มเหล่านี้ได้ กองทุนฯ ไม่สนใจว่ารายจ่ายจะสูง ทั้งนี้เพราะมีมาตรการอัตราประสบการณ์หนุนหลังอยู่ เห็นได้ว่า สินไหมทดแทนเพิ่มขึ้น 22% ต่อปี เงินสมทบเพิ่มขึ้น 21% ต่อปี ระหว่าง 2529-2540

อุบัติการณ์การเจ็บป่วยจากการทำงานเท่ากับ 3.9 ต่อลูกจ้างหนึ่งร้อยคน, กว่า 2/3 ของการเบิกเป็นการบาดเจ็บ หรือป่วยเล็กน้อย ที่ต้องหยุดงานน้อยกว่า 3 วัน, โดยที่ 87% เป็นการเบิกกรณีผู้ป่วยนอก, 13% เป็นผู้ป่วยใน รายจ่ายครึ่งหนึ่งเป็นค่ารักษาพยาบาล (28% เป็นรายจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยนอก, 72% เป็นรายจ่ายผู้ป่วยใน) อีกครึ่งหนึ่งเป็นเงินทดแทนรายได้ที่ขาดเนื่องจากการหยุดงาน โรงพยาบาลเอกชนมีพฤติกรรม overcharge กองทุนฯ เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มโรคเดียวกัน กรณีผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชนเบิก 1,900 บาทต่อราย, โรงพยาบาลรัฐเบิก 560 บาท กรณีผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเอกชนเบิก 15,600 บาท โรงพยาบาลรัฐเบิก 4,900 บาท นอกจากนี้ ยังมี การเบิกเท็จ เบิกการผ่าตัดโดยที่ไม่มีบริการจริง

ระบบประกันสังคม เหมาะจ่ายให้สถานพยาบาลดูแลผู้ประกันตนสำหรับการเจ็บป่วยที่ไม่สืบเนื่องมาจากการทำงาน สถานพยาบาลที่รับประกันสังคม มีแนวโน้มจะเบิก ค่ารักษาพยาบาลของการเจ็บป่วยที่ไม่เกิดจากการทำงาน จากกองทุนเงินทดแทน ถ้าการตรวจสอบไม่มีประสิทธิภาพ เป็นการเอาเปรียบทั้งกองทุนประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน

เพื่อให้การใช้ทรัพยากรมีประสิทธิภาพมากขึ้น เห็นสมควรปฏิรูปกองทุนเงินทดแทนแรงงาน โดยที่กองทุนทดแทนยังคงเก็บเงินสมทบจากนายจ้างเหมือนเดิม แต่ปฏิรูปในด้านจ่ายสินไหมทดแทน โดยยกเลิกวิธีการจ่ายสถานพยาบาลแบบ fee for service และรวมเข้ากับอัตราเหมาจ่ายของการประกันสังคม หรือกองทุนหลักประกันสุขภาพของประชาชน เพื่อให้ครอบคลุมทั้งการเจ็บป่วยที่เกิดจาก และไม่เกิดจากการทำงาน ทั้งนี้ลูกจ้างตาม พระราชบัญญัติกองทุนเงินทดแทนและประกันสังคมเป็นกลุ่มเดียวกัน สำนักงานประกันสังคม ยังคงการจ่ายเงินชดเชยรายได้จากการขาดงานเกิน 3 วัน รวมทั้งเงินชดเชยกรณีทุพพลภาพและตายตามหลักเกณฑ์เดิม นอกจากนี้ การจ่ายกรณีฉุกเฉิน และอุบัติเหตุในประกันสังคม สามารถแก้ปัญหาการบาดเจ็บฉุกเฉินเหล่านี้ โดยไม่จำเป็นต้องไปใช้บริการในสถานพยาบาลที่ลงทะเบียนไว้ ให้ปรับระบบการเบิกคืนค่ารักษาพยาบาลในกรณีนี้พร้อมกันไปด้วย เพื่อไม่ให้ผู้ประกันตนเสียเปรียบ

บทวิเคราะห์ที่ 2.2

พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ : ปัญหาและทางออก

พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 เกิดขึ้นในสถานการณ์ที่ประเทศไทยยังไม่มีประกันสุขภาพถ้วนหน้า ก่อนหน้านั้น สถานพยาบาลโดยเฉพาะ โรงพยาบาลเอกชน มักจะปฏิเสธการรับผู้ป่วยประสบภัยจากรถเข้ารักษา ด้วยเกรงว่าอาจจะไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ พระราชบัญญัตินี้มีเจตนารมณ์เพื่อชดเชยค่าเสียหาย โดยเฉพาะค่าเสียหายเบื้องต้นแก่ผู้ประสบภัยจากรถโดยเร็ว ทั้ง 3 กรณีคือ บาดเจ็บ ทุพพลภาพ และเสียชีวิต การศึกษาหลายชิ้น รายงานว่า ตลอดระยะเวลา 8 ปีที่ พระราชบัญญัตินี้ ผู้ประสบภัยจากรถและโรงพยาบาลที่เบิกแทนผู้ป่วย ประสบปัญหามาก

รูปแบบการดำเนินการคือ ผู้ประสบภัย หรือผู้แทนเบี่ยอนหลัง ตามที่รายการค่ารักษาพยาบาลที่จ่ายจริง โดยไม่เกินเพดานสูงสุดที่กำหนดไว้คือ 50,000 บาท สำหรับการตายและทุพพลภาพจะได้ค่าสินไหมทดแทน 80,000 บาท ภายใต้รูปแบบนี้พบว่าบริษัทประกันหน่วยงานเกี่ยวข้องการจ่ายเงิน ด้วยมาตรการต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง บันทึกประจำวันในคดี การจ่ายค่าเสียหายเบื้องต้นล่าช้า เฉลี่ยใช้เวลา 41 – 48 วันหลังเอกสารครบถ้วน มีการปฏิเสธการจ่ายทั้งหมดหรือเป็นบางส่วน ประมาณร้อยละ 13 – 25 ของค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดที่โรงพยาบาลเรียกเก็บ นอกจากนี้ยังมีต้นทุนของโรงพยาบาลในการเรียกเก็บจากบริษัทฯ จากกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ

ผู้ประสบภัยที่เกิดจากรถที่ชนแล้วหนี หรือรถที่ไม่มีประกันต้องเบิกจาก กองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ ซึ่งบริหารโดยกรมการประกันภัยและสำนักงานประกันภัยจังหวัด กองทุนนี้ได้เงินสมทบจากบริษัทประกัน ในอัตรา 2% ของเบี้ยประกันรับ รวมทั้งการไล่เบี้ยจากผู้ก่อให้เกิดความเสียหายด้วย กองทุนมีบทบาทในการจ่ายน้อยมาก การศึกษาที่ขอนแก่นพบว่า ผู้ป่วยที่นอนรักษาในโรงพยาบาล กว่าร้อยละ 60 เกิดจากรถที่ไม่มีประกัน ค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยในกลุ่มนี้ เพียง 2-4% เท่านั้นที่จ่ายจากกองทุนฯ ค่ารักษาพยาบาลตกเป็นภาระของผู้ป่วยเอง หรือคู่กรณี ร้อยละ 42, ค้างชำระและเป็นหนี้ของโรงพยาบาลร้อยละ 40 และเบิกจากสวัสดิการอื่นๆ เช่น ประกันสังคม ร้อยละ 10, สวัสดิการข้าราชการ ร้อยละ 4 รถจักรยานยนต์มีความเสี่ยงสูงมากในการก่ออุบัติเหตุ ค่ารักษาพยาบาลค่อนข้างสูง กว่าร้อยละ 70 ของรถจักรยานยนต์ไม่ต่อทะเบียนรถประจำปี รวมทั้งไม่มีประกัน การที่กรมการประกันภัย ทำหน้าที่ 2 บทบาท ได้แก่ผู้กำกับตาม พรบ.ฉบับนี้ (regulator) และบริหารกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ อยู่ในฐานะผู้รับประกัน (insurer) จึงมีความขัดแย้งในบทบาทหน้าที่ (conflict of interest) ไม่สามารถทำหน้าที่คุ้มครองผู้บริโภคได้อย่างแท้จริง

โครงสร้างเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพจากการเปลี่ยนแปลงต่างๆ

หลังจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวข้างต้นนี้ กองทุนหลักประกันสุขภาพจะได้รับเงินจากสองแหล่งหลักๆ แหล่งแรกจะมีที่มาแน่นอน คือ ผู้มีสิทธิประโยชน์จะจ่ายเงินสมทบตามขีดความสามารถของตนเหมือนกับในกรณีของกองทุนประกันสังคมในปัจจุบัน โดยจะเริ่มจากแหล่งที่มีอยู่แล้วดังต่อไปนี้

- กองทุนประกันสังคม โดยจะขยายให้รวมสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่หนึ่งคนขึ้นไป ตลอดจนคู่สมรส และบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ อันเป็นนโยบายของรัฐบาลอยู่แล้ว
- เงินสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ซึ่งจะเปลี่ยนให้เป็นระบบที่มีการจ่ายเงินสมทบอย่างเป็นระบบ แทนที่จะเป็นระบบเบิกจ่ายจากงบประมาณโดยกรมบัญชีกลางเป็นผู้บริหารเหมือนในปัจจุบัน
- เงินสวัสดิการรักษายาบาลของพนักงานรัฐวิสาหกิจ ซึ่งจะเปลี่ยนให้เป็นระบบที่มีการจ่ายเงินสมทบเช่นเดียวกัน
- เบี้ยประกันของกองทุนประกันภัยตาม พรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ และเงินสมทบกองทุนเงินทดแทน

แหล่งแรกนี้จะครอบคลุมบุคคลที่ทำงานอยู่ในภาคทางการทั้งหมด รวมไปถึงบุคคลในครอบครัวด้วยตามอัตราเงินสมทบและเบี้ยประกันต่างๆ ในปัจจุบัน ซึ่งคาดว่าจะเพียงพอสำหรับค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลของกลุ่มบุคคลเหล่านี้ สำหรับผู้ที่มิได้ทำงานอยู่ในภาคทางการนั้น รัฐคงจะต้องนำเอาเงินจากงบประมาณแผ่นดินมาสมทบด้วย เช่น เงินที่จัดสรรให้กับโครงการ สปร. ของกระทรวงสาธารณสุขและงบประมาณส่วนที่จัดให้แก่สถานพยาบาลต่างๆ โดยตรง

อย่างไรก็ตาม เงินจากแหล่งงบประมาณเหล่านี้จะไม่เพียงพอสำหรับระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ยังจะขาดอยู่อีกประมาณ 38,000 ล้านบาท จำเป็นที่รัฐจะต้องแสวงหาเพิ่มเติมด้วยมาตรการทางภาษีในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง แต่จะมีข้อสังเกตอยู่ประการหนึ่ง กล่าวคือ เงินจำนวนดังกล่าวนี้ถ้ารัฐบาลสามารถบริหารได้อย่างมีประสิทธิภาพแล้ว จะมีผลทำให้ภาระที่ประชาชนต้องชื้ออยู่แล้วในปัจจุบันอย่างน้อย 64,000 ล้านบาท (ตัวเลขปี 2541) ลดลงไปได้บ้าง อาจไม่ครบทั้ง 38,000 ล้านบาทที่จะต้องเรียกเก็บเป็นภาษีมากขึ้น แต่จะเป็นส่วนสำคัญของเงินจำนวนหลัง

แหล่งวงเงินงบประมาณเพิ่มเติม

แหล่งของงบประมาณที่เป็นไปได้อันอาจนำมาสนับสนุนระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้แก่

1. การสมทบเพิ่มเติมโดยรัฐบาลกลาง (Additional contribution by central government) ซึ่งสามารถทำได้โดยการจัดเก็บภาษีเพิ่ม
2. การสมทบจากรัฐบาลท้องถิ่น (Contribution of local government)
3. การจ่ายเงินสมทบหรือเบี้ยประกันเพิ่มเติมจากประชาชน
4. การมีส่วนร่วมจ่ายของผู้ใช้บริการ (Co-payment) ณ จุดรับบริการ

ทั้งหมดนี้รัฐบาลอาจเลือกใช้แหล่งรายได้เพื่อนำมาเป็นเงินสมทบเพิ่มเติมได้ดังนี้

ทางเลือกที่ 1 เพิ่มจากภาษีเฉพาะ

รัฐบาลอาจเพิ่มรายได้จากภาษีสรรพสามิตเฉพาะบางรายการ ที่เรียกว่า “ภาษีตราป (sin tax)” อันได้แก่ ภาษีจากสุราและยาสูบ หรือภาษีน้ำมัน สมมติว่า สามารถเก็บเพิ่มอีกร้อยละ 10 ของฐานภาษีที่จัดเก็บได้ในปี 2543 รัฐบาลจะมีรายได้ประมาณ 12,767 ล้านบาท (ดูตารางที่ 2.6)

ตารางที่ 2.6 รายรับรัฐบาลจากภาษีสุรา บุหรี่ น้ำมัน (หน่วย: ล้านบาท)

	รายรับภาษีปี 2543	จำนวนรายรับเพิ่มร้อยละ 10 ของปี 2543
ภาษีสุรา เบียร์	34,714	3,471
ยาสูบ	28,134	2,813
น้ำมัน	64,832	6,483
รวม	127,680	12,767

ทางเลือกที่ 2 ภาษีรายคน (Poll tax)

สมมติให้ประชาชนต้องจ่ายเบี้ยประกันบังคับล่วงหน้าเป็นรายปีตามจำนวนสมาชิกที่มีอยู่ในครัวเรือน โดยกำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น อบต. เทศบาล กทม. และเมืองพัทยา เป็นผู้จัดเก็บ หรือเป็นผู้จ่ายสมทบแทน ตามอัตราดังนี้ เด็ก 200 บาทต่อคนต่อปี เยาวชน 300 บาทต่อคนต่อปี ผู้ใหญ่ 500 บาทต่อคนต่อปี และผู้สูงอายุ 500 บาทต่อคนต่อปี วิธีนี้จะได้เงินรวมประมาณ 21,487 ล้านบาท (ดูตารางที่ 2.7) กรณีที่มีผู้จ่ายไม่ได้ ให้เป็นความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดหาเงินสมทบ เพื่อผูกพันให้การปกครองส่วนท้องถิ่นช่วยเหลือผู้ที่สังคมควรเกื้อกูลต่อไป

ตารางที่ 2.7 ประมาณการเบี้ยประกันล่วงหน้าตามกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	สัดส่วนประชากร	เบี้ยประกัน: ล้านบาท*
เด็ก	0.28	2,977.69
เยาวชน	0.10	1,570.23
ผู้ใหญ่	0.51	13,693.89
สูงอายุ	0.12	3,244.83
รวม	1.00	21,486.65

* คิดบนฐานประชากร 54 ล้านคน

ทางเลือกที่ 3 การจ่ายเงินเมื่อรับบริการ

การจ่ายเงินเมื่อรับบริการ ไม่น่าจะเป็นรายได้หลักของงบประมาณเพื่อการประกันสุขภาพ เพราะจะกลายเป็นอุปสรรคขัดขวางไม่ให้ประชาชนรับบริการที่เหมาะสม ถ้ากำหนดอัตราการมีส่วนร่วมจ่าย ณ จุดรับบริการ ครั้งละ 30 บาทสำหรับการใช้บริการผู้ป่วยนอก และครั้งละ 100 บาท สำหรับบริการผู้ป่วยใน จะได้รับเงินทั้งสิ้นประมาณ 6,450 ล้านบาท (ดูตารางที่ 2.8)

ตารางที่ 2.8 คาดการณ์จำนวนเงินจากส่วนร่วมจ่ายของผู้ใช้บริการ

	ฐานคิด	ส่วนร่วมจ่าย (ล้านบาท)
ผู้ป่วยนอก	จำนวน 3 ครั้งต่อคนต่อปี ครั้งละ 30 บาท	4,860
ผู้ป่วยใน	จำนวน 5.3 ล้านครั้ง ครั้งละ 100 บาท	1,590
	รวม	6,450

ทางเลือกที่ 4 เพิ่มเงินสมทบประกันสังคมสำหรับผู้ประกันตนที่มีรายได้เกิน 15,000 บาทต่อเดือน

ปัจจุบันนี้ จะมีเพดานสำหรับเงินสมทบที่ผู้ประกันตนจะต้องจ่ายเข้ากองทุนประกันสังคม ผู้ที่มีรายได้เกินกว่า 15,000 บาทต่อเดือนไม่ต้องเสียเงินสมทบเพิ่มขึ้นไปกว่า 150 บาท (ถ้าอัตราเงินสมทบเท่ากับร้อยละ 1 เหมือนในปัจจุบัน) ซึ่งทำให้ภาระเงินสมทบเป็นภาระที่ถดถอย รัฐบาลน่าจะจัดให้มีการเก็บเงินสมทบนี้ในอัตราร้อยละ 1 ไปตลอด โดยไม่มีเพดาน หากทำเช่นนี้ อาจจะได้รายได้เพิ่มขึ้นอีกประมาณ 2,000 ล้านบาท (รวมเงินสมทบจากนายจ้างและรัฐบาลอีกด้วย)

ทางเลือกที่ 5 ภาษีท้องถิ่นอื่นๆ

ทางเลือกอื่นๆ ที่สามารถนำมาใช้เป็นแหล่งเงินสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีลักษณะที่เป็นการคลังแบบก้าวหน้า (Progressive financing) พอสมควรเพื่อให้เกิดการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขระหว่างผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดีกว่าผู้ยากไร้ เช่น ภาษีทรัพย์สิน ภาษีที่ดิน เป็นต้น

กรอบการเงินเพื่อความมั่นคงของระบบประกันสุขภาพในระยะยาว

แหล่งเงินงบประมาณเพิ่มเติมที่เสนอข้างต้นนี้ เป็นการแสวงหาเงินเพิ่มเติมจากแหล่งที่ภาครัฐจัดมาอยู่ก่อนแล้วทั้งหมด 77,000 ล้านบาท (ตัวเลขปี 2544) จากที่นำเสนอจะเห็นได้ว่ารัฐบาลจะต้องตัดสินใจทางการเมืองในการหาแหล่งเงินใหม่เหล่านี้ ไม่ว่ารัฐบาลจะตัดสินใจอย่างไรในส่วนที่เพิ่มขึ้นดังกล่าวนี้ ตราบใดที่การประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังต้องอาศัยเงินงบประมาณแผ่นดินที่มีแหล่งเงินมาจากภาษีอากรทั่วไป เงินที่จะจัดสรรให้กับการประกันสุขภาพถ้วนหน้าในแต่ละปี จะต้องผ่านกระบวนการจัดสรรงบประมาณเช่นเดียวกันกับค่าใช้จ่ายอื่นๆ ของรัฐบาล ซึ่งถ้าเป็นเช่นนั้นจะทำให้มีโอกาสสูงที่โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะถูกตัดงบประมาณลงได้ แต่การที่จะให้งบประมาณดังกล่าวผันผวนตามสภาพเศรษฐกิจ จะขัดกับหลักการที่ได้ให้ไว้ว่าหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นสิทธิ (Entitlement) ขั้นพื้นฐานของคนไทยทุกคน ถ้าถือว่าหลักการนี้มีความสำคัญสูง การคุ้มครองงบประมาณของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามิให้ผันผวนได้จึงเป็นเรื่องที่สำคัญ

ทั้งนี้ มิได้หมายความว่า การจัดสรรทรัพยากรของประเทศแก่หลักประกันสุขภาพจะไม่อยู่ภายใต้วินัยของกระบวนการทางการคลังใดๆ ทั้งสิ้น เป็นที่ทราบกันดีอยู่แล้วว่า ระดับค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลที่เหมาะสมควรจะอยู่ที่จุดไหนนั้นมีความยืดหยุ่นมากพอสมควร สังคมจะต้องมีกระบวนการที่จะเลือกระหว่างระดับค่าใช้จ่ายและมาตรฐานการรักษาพยาบาลที่ระบุลงไปในการอภิสิทธิ์ประโยชน์ (ดูรายละเอียดในข้อ 2.4 ต่อไป) และจะต้องปรับผลการ

เลือกดังกล่าวเป็นระยะๆ ตามการผันแปรของปัจจัยต่างๆ อาทิเช่น ระดับรายได้โดยรวมของประเทศ เทคโนโลยีการ วิทยาศาสตร์ เป็นต้น แต่การปรับนั้นควรจะเป็นการปรับที่ค่อนข้างเชื่องช้า ไม่ผันผวนเร็วเกินไป

เพื่อให้เกิดวินัยในกระบวนการการคลังในการประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่เพื่อป้องกันมิให้เงินที่ใช้ในการนี้ ผันผวนมากเกินไป จึงสมควรที่จะให้ตั้งกองทุนประกันสุขภาพสำหรับประชาชนขึ้นมา กองทุนดังกล่าวจะได้รับเงิน ส่วนหนึ่งจากเงินสมทบที่จ่ายเพื่อการประกันสุขภาพโดยตรง คือกองทุนประกันสังคมที่จะขยายขึ้นจากในปัจจุบัน ตามโครงสร้างของกองทุนประกันสังคมในปัจจุบัน มีกระบวนการที่จะทำการแลกเปลี่ยน (Trade-off) ระหว่างอัตรา เงินสมทบที่ต้องจ่ายเข้ากองทุนกับมาตรฐานการรักษาพยาบาลที่ต้องการอยู่ในตัวแล้ว

แต่อีกส่วนหนึ่งนั้นคงจะได้มาจากภาษีทั่วไป ยังไม่มีวิธีการใดที่จะเอื้อให้เกิดระบบที่กำหนดระดับการใช้จ่ายและมาตรฐานที่เหมาะสมได้ ดังนั้นในการออกพระราชบัญญัติกองทุนประกันสุขภาพนั้น ควรจะระบุวิธีกำหนดงบประมาณส่วนที่จะนำมาเข้ากองทุน โดยมีทางเลือก 2 ทางดังต่อไปนี้

ทางเลือกแรก จะยึดเอามาตรฐานที่คณะกรรมการกองทุนประกันสังคมกำหนดสำหรับผู้ที่ทำงานในภาคที่เป็นทางการเป็นหลัก พระราชบัญญัติจะกำหนดให้รัฐจัดหาเงินมาเพียงพอที่จะให้บริการแก่ผู้ที่มีได้ทำงานในภาคทางการในระดับที่เท่าเทียมกัน ระบบนี้กำหนดมาตรฐานที่แน่นอน ปล่อยให้ปริมาณเงินที่จะนำเข้าเป็นตัวแปรตาม ทางเลือกนี้จะเหมาะในกรณีที่รัฐบาลจะเลือกให้กองทุนประกันสุขภาพมีเพียง 2 กองทุน (ดูบทที่ 3)

ทางเลือกที่สอง จะให้พระราชบัญญัติระบุให้นำเอาภาษีกลุ่มหนึ่ง (เช่น ภาษีบุหรี่และสุรา) ทั้งหมดหรือในสัดส่วนที่กำหนด นำมาใช้ในกองทุนประกันสุขภาพ ซึ่งเมื่อรวมกับเงินสมทบกองทุนประกันสังคมแล้ว จะเป็นตัวที่กำหนดมาตรฐานอันจะพึงมี ในระบบนี้รายได้จากภาษีจะเป็นตัวตั้ง และมาตรฐานจะเป็นตัวแปรตาม ทางเลือกนี้จะเหมาะในกรณีที่รัฐเลือกจะมีกองทุนประกันสุขภาพเป็นกองทุนเดียว

บทวิเคราะห์เพิ่มเติมที่ 2.3

วงเงินงบประมาณกรณี 782 บาท ของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว

โรงพยาบาลบ้านแพ้วเป็นโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ ตาม พรบ.องค์การมหาชน พ.ศ.2542 ซึ่งได้งบประมาณอุดหนุนจากรัฐในลักษณะเหมาจ่าย 782 บาทต่อคนในปีงบประมาณ 2544 ตัวเลขดังกล่าวมีข้อสังเกตดังนี้

- ครอบคลุมเฉพาะงบดำเนินการ ได้แก่ การจัดบริการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ฟื้นฟูสมรรถภาพและการสาธารณสุขมูลฐาน โดยมีสิทธิประโยชน์เทียบเท่าผู้ถือบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข
- ไม่ครอบคลุมงบลงทุน เช่น ครุภัณฑ์ราคาแพงและสิ่งก่อสร้าง ที่ รพ. ต้องเสนอโครงการเพื่อขออนุมัติเป็นครั้งๆไป
- ไม่ครอบคลุมเงินเดือน และค่าแรงของบุคลากรที่สถานีนอนมัยและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ซึ่งให้บริการรักษาพยาบาลและบริการทางสุขภาพระดับปฐมภูมิอื่นๆกับประชาชนในอำเภอด้วย
- การคิดคำนวณใช้ข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยบริการ (ต้นทุนดำเนินการผู้ป่วยนอก 150 บาทต่อครั้ง และต้นทุนผู้ป่วยในเท่ากับ 20 เท่าของต้นทุนผู้ป่วยนอก) คุณด้วยอัตราการให้บริการเฉลี่ยของทั้งสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน ซึ่งคิดจากอัตราการเจ็บป่วยของประชาชนจากฐานข้อมูลการสำรวจสุขภาพอนามัยปี 2539 ของสำนักงาน

สถิติแห่งชาติ ค่าใช้จ่ายในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่เป็นบริการส่วนบุคคล (Personal care) คิดเป็นร้อยละ 20 ของงบประมาณอุดหนุนต่อคน คิดเป็น 149 บาท

- ค่าใช้จ่ายสำหรับเงินเดือนบุคลากร รพ. บ้านแพ้ว สมมติให้ทุกคนมีเงินเดือนเพิ่มขึ้นในอัตราเฉลี่ย 1.5 เท่า ทั้งนี้ ส่วนของค่าแรงพื้นฐานนี้คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 25 ของงบดำเนินงานทั้งหมด ค่าแรงอีกส่วนหนึ่งที่เป็นค่าตอบแทนตามปริมาณงานคิดเป็นร้อยละ 25 ของงบดำเนินงานทั้งหมดและไม่มีการปรับเพิ่ม 1.5 เท่า
- งบประมาณอุดหนุน 782 บาท จะคำนวณจากร้อยละ 90 ของประชากร อ.บ้านแพ้วทั้งหมด **ไม่รวมกลุ่มข้าราชการและผู้ประกันตนตาม พรบ.ประกันสังคมใน อ.บ้านแพ้ว** ซึ่งมีประมาณร้อยละ 10 **รพ. ยังคงมีรายได้เพิ่มเติมจากการรักษาพยาบาลข้าราชการและผู้ประกันตนตามระบบเดิม รวมถึงการรักษาพยาบาลผู้ประสบภัยจากรถ ประชาชนนอกเขต อ.บ้านแพ้วที่มาใช้บริการ ซึ่งต้องเสียค่าใช้จ่ายตามอัตราปกติของกระทรวงสาธารณสุข**
- ประชาชนต้องมีส่วนร่วมจ่าย 40 บาทต่อครั้งสำหรับผู้ป่วยนอก และ 100 บาทต่อรายผู้ป่วยใน เพื่อป้องกันการให้บริการเกินจำเป็น ผู้ป่วยที่มีบัตร สปร. ไม่ต้องร่วมจ่าย
- เพราะฉะนั้น ข้อสังเกตที่สำคัญของตัวเลข 782 บาทต่อหัวดังกล่าวได้แก่
 - (1) ไม่รวมต้นทุนค่าเสื่อมราคาของสินทรัพย์ถาวรของโรงพยาบาล เช่น อาคารและครุภัณฑ์ต่างๆ
 - (2) การอุดหนุนจากแหล่งรายได้อื่นของโรงพยาบาลยังมีอยู่มาก
 - (3) การคำนวณตัวเลขต่อหัวใช้ข้อมูลในปี 2539 โดยไม่มีการปรับความเสี่ยงตามภาวะสุขภาพ อายุและเพศของประชากร ซึ่งมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงไปตามโครงสร้างประชากรและสิ่งแวดล้อม
 - (4) ยังไม่รวมต้นทุนค่าแรงของเครือข่ายการจัดบริการในพื้นที่
 - (5) ต้นทุนของการบริการ เป็นค่าเฉลี่ยต้นทุนดำเนินการของ รพ.ชุมชน ทั่วไปในเขตชนบท ซึ่งมีเทคโนโลยีสะท้อนถึงคุณภาพในการรักษาพยาบาลในระดับหนึ่ง อาจไม่ใช่ต้นทุนของการบริการใน รพ. ที่มีระดับของเทคโนโลยีที่แตกต่างไป
- ปัจจุบันยังไม่ทราบว่าวิธีการจ่ายและจำนวนเงินดังกล่าวจะทำให้โรงพยาบาลมีกำไร/ขาดทุนหรือมีความมั่นคงทางการเงิน หรือจะมีผลต่อการจัดบริการและคุณภาพมากนักน้อยเพียงใด

บทวิเคราะห์เพิ่มเติมที่ 2.4

นโยบาย “30 บาทรักษาทุกโรค” มีผลกระทบอย่างไร

เมื่อรัฐบาลพรรคไทยรักไทยเสนอนโยบาย 30 บาทรักษาได้ทุกโรค ทำให้เกิดความตื่นตัวในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างรวดเร็ว นโยบายนี้ มีความสอดคล้องกับเนื้อหาหลักของการปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพโดยถ้วนหน้า แต่รายละเอียดที่ต้องออกแบบระบบให้มีความเป็นธรรมและมีประสิทธิภาพยังมีอีกมาก เอกสารนี้เสนอเพียงมิติของความต้องการทางการเงินและแหล่งเงิน

หากรัฐบาลต้องการดำเนินนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค อย่างรวดเร็วและยั่งยืน ควรให้ความสำคัญกับองค์ประกอบ 3 ประการ ดังต่อไปนี้

1. จัดหาเงินสำหรับนโยบายอย่างเพียงพอ เพื่อรับประกันว่า ประชาชนจะได้รับบริการที่มีคุณภาพ ในที่นี้เสนองบประมาณที่ต้องการทั้งสิ้น 1 แสนล้านบาท โดยมีคุณภาพไม่ต่ำกว่าบริการทางการแพทย์ที่ให้การประกันสังคม
2. สร้างความเข้าใจในหมู่ผู้ให้บริการ เพราะในตลาดสุขภาพ ผู้ให้บริการ (โดยเฉพาะแพทย์) มีความรู้และข้อมูลมากกว่าผู้รับบริการ ถ้าผู้ให้บริการไม่เข้าใจและไม่สนับสนุนระบบใหม่ ผู้ให้บริการจะใช้อำนาจข้อมูลที่มีมากกว่าสร้างความโกลาหล ทำให้การดำเนินนโยบายปั่นป่วน การออกแบบระบบที่เหมาะสมและสร้างความเข้าใจในหมู่ผู้ให้บริการ (รวมถึงความคาดหวังที่ตรงกันกับผู้รับบริการด้วย) จึงเป็นองค์ประกอบสำคัญ
3. ระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อใช้ในการปรับปรุงระบบ ระบบข้อมูลนี้ต้องสะท้อนพฤติกรรมบริการที่เปลี่ยนแปลงในกลุ่มผู้ให้บริการ และการใช้บริการที่เปลี่ยนแปลงในหมู่ประชาชน ระบบข้อมูลต้องสะท้อนต้นทุนและคุณภาพของบริการที่ให้ เพื่อสามารถปรับระบบให้เหมาะสมต่อไปในอนาคต

นอกจากนี้ การวางระบบจำเป็นต้องมีการกำหนดสิทธิประโยชน์พื้นฐานที่รัฐจะให้ความคุ้มครองที่ชัดเจน ว่าจะให้ครอบคลุมประเด็นทางสุขภาพในเรื่องใดบ้าง และทำความเข้าใจว่าการจ่ายเงิน 30 บาทนั้น คือส่วนของการจ่ายร่วม ณ จุดบริการ ของผู้ให้บริการเท่านั้น

2.4 แนวทางการกำหนดกรอบสิทธิประโยชน์

การวางระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องมีการกำหนดกรอบของสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพที่ระบบจะให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนผู้มีสิทธิอย่างชัดเจน ทั้งในเชิงขอบเขตของประเภทของการดูแลสุขภาพ การรักษาพยาบาล ตลอดจนเทคโนโลยีและระดับของคุณภาพซึ่งเป็นที่ยอมรับ ทั้งนี้เนื่องจากกรอบของสิทธิประโยชน์จะมีความสำคัญในการประมาณการวงเงินงบประมาณที่ต้องใช้ และการประเมินความเพียงพอของงบประมาณที่ได้รับมา ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมทั้งแก่ผู้ให้บริการ และประชาชนผู้รับบริการ ไม่ให้มีการเอารัดเอาเปรียบหรือการเรียกร้องใช้สิทธิในระดับที่เกินกว่าทรัพยากรของระบบของประเทศจะรองรับได้ ซึ่งกรอบของ วงเงินงบประมาณที่เสนอมาในตอนก่อนหน้านี้อยู่ภายใต้ข้อสมมติของการกำหนดกรอบสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพในระดับเดียวกับระบบประกันสังคมของประเทศในปัจจุบัน (พ.ศ.2543-2544)

การกำหนดกรอบสิทธิประโยชน์พื้นฐานทางสุขภาพสำหรับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในหลักการอาจจะแบ่งได้เป็น 2 ระดับดังนี้คือ

- (1) สิทธิประโยชน์ทางสุขภาพพื้นฐาน ได้แก่ สิทธิประโยชน์ที่จะได้รับการบริการการดูแลสุขภาพในระดับบุคคลในด้าน การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่มีการยอมรับโดยตกลงกันว่าเป็นพื้นฐานสำหรับประชาชนคนไทยทุกคนที่จะได้รับความคุ้มครองภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้ข้อเท็จจริงที่ประเทศมีทรัพยากรจำกัด นั่นคือสังคมในสวนรวมพร้อมที่จะรับภาระร่วมกัน สิทธิประโยชน์พื้นฐานดังกล่าวนี้ รวมถึงบัญญัติหลักแห่งชาติที่จะใช้อ้างอิงสำหรับผู้ให้บริการ ตลอดจนเรื่องการจัดกาเกี่ยวกับการกระจายและการเข้าถึงเทคโนโลยีทางการแพทย์ราคาแพง ด้วย
- (2) สิทธิประโยชน์ทางสุขภาพทางเลือก ได้แก่ สิทธิประโยชน์ทางสุขภาพที่แต่ละพื้นที่อาจจัดให้แก่ประชาชนผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพที่อยู่ในพื้นที่ของตน ภายใต้กรอบและแนวทางที่กำหนดไว้ตามนโยบายของระบบประเทศ เช่น การแพทย์ทางเลือก เป็นต้น ทั้งนี้พื้นที่อาจจัดให้มีสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพที่เป็นทางเลือกให้เกิดขึ้นได้เมื่อมีการกำหนดวงเงินไว้ในงบประมาณของระบบหลักประกันสุขภาพที่จัดสรรให้แก่พื้นที่ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือกลุ่มเครือข่ายประชาชนหาเงินสมทบเพิ่มเติมเอง

3. ทางเลือกที่เป็นไปได้

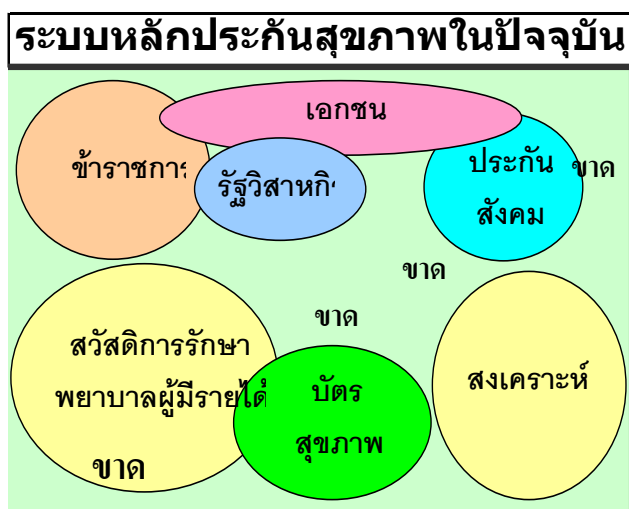
เนื่องจากประเทศไทยมีระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลและประกันสุขภาพของรัฐที่ดำเนินการอยู่แล้ว แม้ว่าจะยังไม่สามารถให้ความคุ้มครองตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ทันที แต่ถือได้ว่าการพัฒนาและขยายตัวมาโดยตลอดจนประสบความสำเร็จในระดับหนึ่ง ดังนั้นการปรับระบบและกลไกในการประกันสุขภาพซึ่งเป็นทางเลือกสู่การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีความเป็นไปได้อาจทำได้ 3 ทาง คือ (ภาพที่ 2.2)

- 1) การขยายระบบสวัสดิการและประกันสุขภาพในปัจจุบันสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Expansion of existing systems) – MODEL “ZERO”

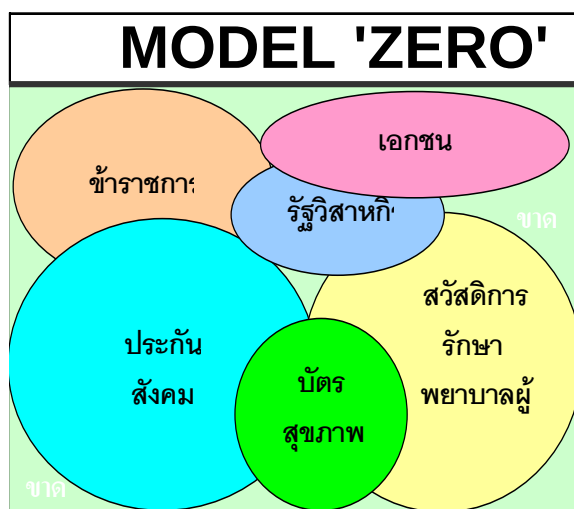
- 2) การจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยมีผู้จ่ายรายเดียว (Single-payer system) – MODEL “ONE”
- 3) การจัดระบบหลักประกันสุขภาพคู่สำหรับภาคการจ้างงานที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ (Dual health insurance system for formal and informal sectors) – MODEL “TWO”

ภาพที่ 2.2 การเปรียบเทียบรูปแบบของระบบสวัสดิการสุขภาพและการประกันสุขภาพในปัจจุบัน และทางเลือกสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้ง 3 ทางเลือก

(1) ระบบปัจจุบัน



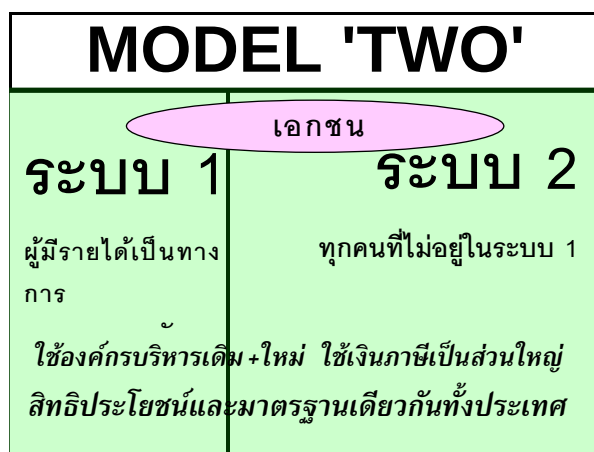
(2) การขยายระบบประกันในปัจจุบัน



(3) ระบบกองทุนเดียว



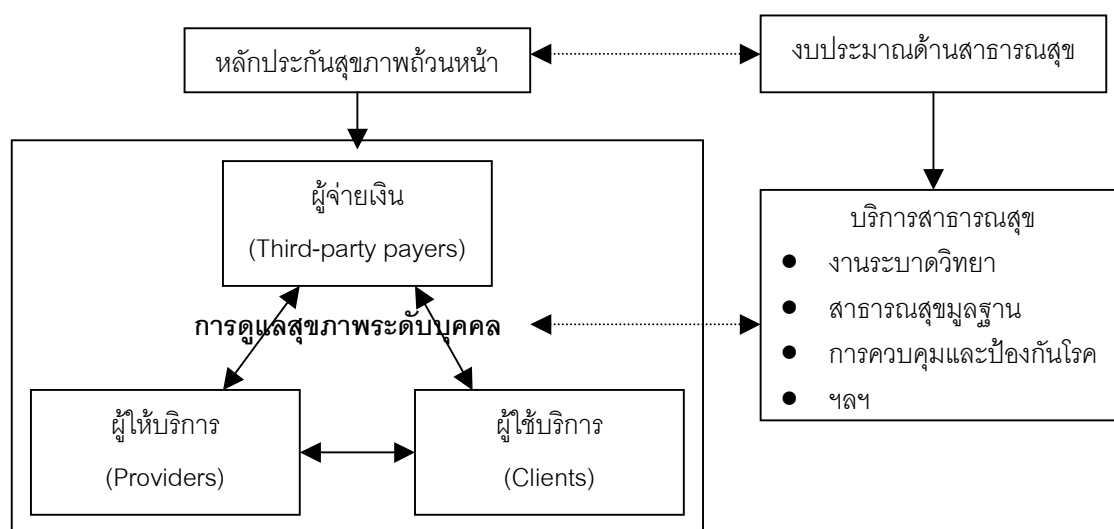
(4) ระบบประกันสุขภาพคู่



4. ระบบและกลไกของการบริหารจัดการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

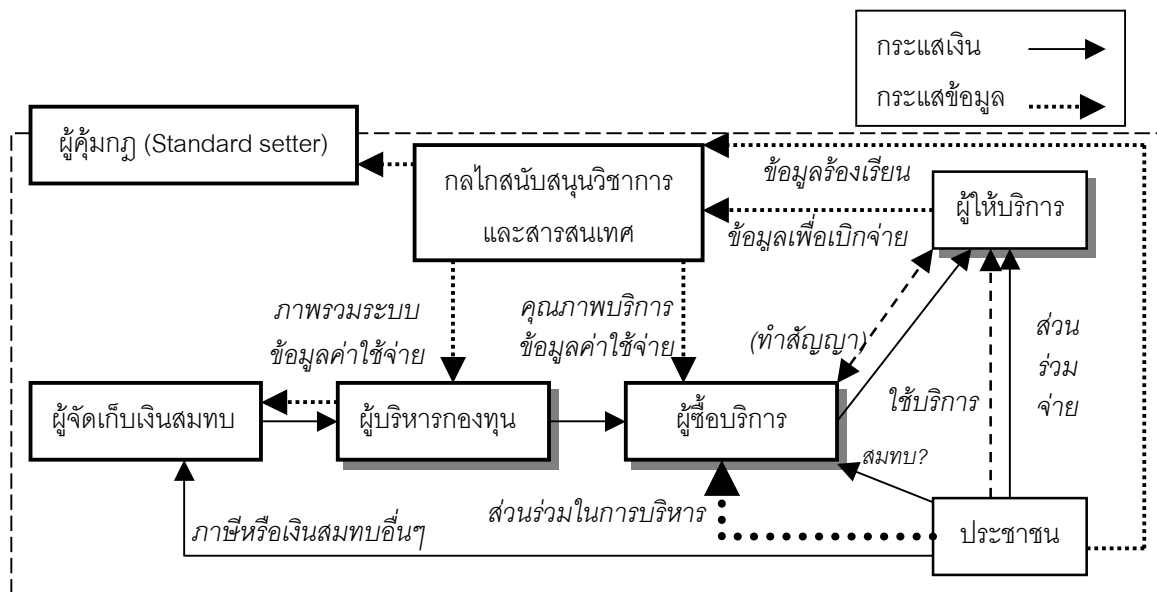
การดำเนินการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำเป็นต้องมีระบบและกลไกในการบริหารจัดการ เนื่องจาก การประกันสุขภาพ เป็นการเพิ่มบทบาทของผู้จ่ายเงิน อันเป็นบุคคลที่ 3 เข้าไปในความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการ (เช่น แพทย์) และผู้ใช้บริการ (ผู้ป่วย) อีกทั้งยังเป็นการแยกระบบงบประมาณสำหรับบริการการดูแลสุขภาพบุคคล (Personal health care) ออกจากบริการสาธารณสุขบางส่วน (Public health หรือ Non-personal care) ซึ่งจำเป็นต้องมีกลไกและระบบที่รองรับด้วย (ภาพที่ 2.3) หากพิจารณากรอบของระบบและกลไกดังกล่าวโดยสังเขปแล้ว อาจจัดกลไกหลักตามบทบาทภายในระบบได้เป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ ผู้คุมกฎ (Standard setter) ผู้บริหารกองทุน (Fund holder) ผู้ซื้อบริการ (Purchaser) ผู้จัดเก็บเงินสมทบกองทุน (Fund collector) และกลไกสนับสนุนทางวิชาการและสารสนเทศ (Information and academic support mechanism) ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างกลไกข้างต้นอาจแสดงได้ ดังภาพที่ 2.4 โดยหน่วยงานหรือโครงสร้างที่มีการจัดตั้งขึ้นเพื่อบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแต่ละหน่วยงานอาจทำหน้าที่มากกว่า 1 บทบาทได้

ภาพที่ 2.3 ความสัมพันธ์ภายใต้ระบบประกันสุขภาพและความสัมพันธ์กับบริการสาธารณสุข เมื่อมีการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



ภาพที่ 2.4

องค์ประกอบอันเป็นระบบและกลไกของการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพ



- 1) **ผู้คุ้มภัย (Standard setter หรือ Unifier)** เป็นผู้ทำหน้าที่วางนโยบาย กำหนดกรอบสิทธิประโยชน์ เกี่ยวกับบริการทางสุขภาพที่มีความจำเป็น (Essential benefit package) ที่ได้รับความคุ้มครองภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประเมินการค่าใช้จ่าย และวางกฎระเบียบที่สำคัญเป็นกรอบในการดำเนินงานของกลไกอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
- 2) **ผู้ถือครองกองทุนหรือผู้บริหารกองทุน (Fund holder)** เป็นผู้ทำหน้าที่บริหารจัดการกองทุนประกันสุขภาพ และรับเงินสมทบมาเพื่อจัดสรรออก ตลอดจนกำกับดูแลการดำเนินงานของระบบและกลไกอื่นๆ ให้ใช้ทรัพยากรที่จัดสรรไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ผู้บริหารกองทุนอาจมีเพียงรายเดียว (กรณีระบบกองทุนเดียว) หรือมีมากกว่าหนึ่งรายก็ได้ (กรณีระบบประกันสุขภาพคู่ หรือการมีประกันสุขภาพหลายระบบเช่นในปัจจุบัน) ผู้บริหารกองทุนนี้อาจทำหน้าที่เป็นผู้คุ้มภัย หรือเป็นผู้ซื้อบริการโดยตรงจากผู้ให้บริการเอง หรืออาจส่งเงินผ่านผู้ซื้อบริการในพื้นที่ก็ได้
- 3) **ผู้ซื้อบริการหรือผู้จ่ายค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Purchaser or payer)** เป็นผู้ที่ได้รับเงินจากผู้บริหารกองทุน ทำหน้าที่จัดทำสัญญาระหว่างหน่วยงานผู้จ่าย กับผู้ให้บริการ เพื่อให้ประชาชนไปรับบริการ จ่ายค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคหรือส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้ให้บริการ ซึ่งอาจจะทำได้โดยตรงแก่ผู้ให้บริการ หรือโดยจ่ายเป็นเงินสดเหมาให้แก่ประชาชนที่ขอรับในส่วนที่เสียค่าใช้จ่ายไปก่อน เพื่อกลไกนี้ทำหน้าที่เสมือนเป็นผู้ซื้อบริการแทนประชาชน บางกรณีอาจไม่มีการจัดทำสัญญากับผู้ให้บริการก็ได้ ซึ่งในกรณีหลังนี้จะทำให้ผู้จ่ายและผู้ให้บริการไม่มีพันธะต่อกันโดยตรง

อนึ่ง ผู้ซื้อบริการอาจเป็นผู้บริหารกองทุนที่ซื้อบริการโดยตรง หรืออาจเป็นกลไกในพื้นที่ระดับท้องถิ่นที่บริหารจัดการเงินมาเพื่อดำเนินการ เช่น Provincial Health Board หรือ Area Health Board เป็นต้น ซึ่งอาจมีหลายหน่วยงานทำหน้าที่ร่วมกันก็ได้

- 4) *ผู้จัดเก็บเงินสมทบกองทุน (Fund Collector)* เป็นผู้ทำหน้าที่เก็บรวบรวมเงินสมทบเข้าสู่กองทุนประกันสุขภาพ ซึ่งอาจเป็นผู้เดียวกับผู้บริหารกองทุนหรือไม่ก็ได้ ตัวอย่างเช่น กรณีที่ภาษีทั่วไป (General tax) หรือภาษีเฉพาะ (Earmarked tax) เป็นแหล่งของเงิน หน่วยงานของกระทรวงการคลังจะทำหน้าที่เป็นผู้จัดเก็บ เงินจากกองทุนประกันสังคมมีสำนักงานประกันสังคมเป็นผู้จัดเก็บ ซึ่งทำให้ต้องวางระบบในการถ่ายโอนเงินกรณีผู้บริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ใช่หน่วยงานทั้งสอง
- 5) *กลไกสนับสนุนทางวิชาการและสารสนเทศ (Information and academic supporting mechanism)* เป็นกลไกที่ให้ความสนับสนุนแก่หน่วยงานด้านการบริหาร ในด้านการจัดการทางวิชาการและระบบสารสนเทศต่างๆ เช่น การคำนวณอัตราค่าใช้จ่ายต่อหัว การคำนวณอัตราค่าตอบแทนที่ต้องจ่ายชดเชยเป็นค่าบริการให้แก่ผู้ให้บริการ การประมวลผลข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค ตลอดจนการทบทวนการใช้ทรัพยากร การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้กับประชาชน และดำเนินการด้านกลไกการคุ้มครองผู้บริโภค ทั้งในส่วนที่มีการร้องเรียนเกี่ยวกับผู้ให้บริการในระบบและหน่วยงานที่ทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการ เป็นต้น ผู้ทำหน้าที่เป็นกลไกสนับสนุนนี้อาจแยกดำเนินการเป็นเรื่องๆ เป็นส่วนหนึ่งของผู้บริหารกองทุนหรือผู้ซื้อ หรืออาจแยกเป็นหน่วยงานต่างหากที่ดำเนินการอย่างเบ็ดเสร็จก็ได้

สรุป

การจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นระบบและกลไกในการให้หลักประกันด้านสุขภาพระดับบุคคลให้แก่ประชาชน ด้วยเป้าหมายที่จะให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี และให้ประชาชนได้รับความคุ้มครองจากภาระการเงินที่เป็นผลจากความเจ็บป่วยอันเกินสมควรตามฐานะและความสามารถในการจ่าย การดำเนินการดังกล่าวต้องมีการกำหนดนโยบายสู่หลักประกันสุขภาพที่ชัดเจน มุ่งสู่เป้าหมายเชิงสังคม เพื่อให้เกิดความเสมอภาค ประสิทธิภาพ ทางเลือกและเน้นการสร้างสุขภาพเป็นสำคัญ ทั้งนี้ระบบและกลไกจะต้องง่ายต่อผู้ใช้ มีการบริหารจัดการที่ลดความซับซ้อนและซ้ำซ้อนของการปฏิบัติ มีระบบการตรวจสอบ คานอำนาจ ส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในระบบ และกำหนดบทบาทภาคเอกชนที่เหมาะสม เช่นเดียวกับการจัดสรรงบประมาณในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ต้องมีความชัดเจน ลดความซ้ำซ้อนและมุ่งเน้นการกระจายภาระที่ตอบสนองเป้าหมายเชิงสังคม

ประมาณการค่าใช้จ่ายเฉพาะหน้าอ้างอิงในปี 2544 ที่ระดับ 1 แสนล้านบาทเป็นเพียงตัวเลขพื้นฐานทาง การคลังของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ได้มีความหมายเจาะจงว่าประเทศจะใช้เงินสำหรับการสร้างสุขภาพแก่ประชาชนน้อยลง แต่การจัดระบบหลักประกันสุขภาพจะเป็นการถ่ายโอนภาระส่วนหนึ่งจากประชาชนมาให้เป็นความรับผิดชอบของรัฐ อีกทั้งเป็นโอกาสที่จะช่วยให้มีการจัดระบบใหม่

ให้เกิดประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากรสูงขึ้น สอดรับกับอุปสงค์ของการใช้บริการที่จะสูงขึ้นจากการมีหลักประกัน
ทั้งในเชิงปริมาณและระดับการใช้ทรัพยากรต่อหัวของประชาชนในกลุ่มที่เป็นผู้ด้อยโอกาสมาก่อน เพื่อไม่ให้ประเทศ
ต้องจ่ายเงินสำหรับการดูแลสุขภาพในสัดส่วนที่สูงกว่าที่เป็นอยู่มาก

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นเครื่องมือหนึ่งในการปรับการจัดระบบบริการสุขภาพของประเทศ
การที่จะทำให้ระบบดำเนินไปได้จะต้องมีการกำหนดสิทธิประโยชน์พื้นฐานทางสุขภาพสำหรับประชาชนผู้มีสิทธิให้
สามารถอ้างอิงได้ เป็นจริงและเหมาะสมกับทรัพยากรของประเทศที่มีอยู่จำกัด นอกจากนี้กลไกในการบริหารจัดการ
การของหน่วยงานต่างๆต้องมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ให้ชัดเจน ทั้งผู้คุ้มครอง ผู้บริหารกองทุน ผู้ซื้อบริการ ผู้จัดเก็บ
เงินสมทบกองทุน และกลไกสนับสนุนทางวิชาการและสารสนเทศ ซึ่งบางบทบาทอาจมีหน่วยงานรับผิดชอบมาก
กว่าหนึ่ง และบางหน่วยงานอาจรับผิดชอบบทบาทมากกว่าหนึ่งกลไกก็ได้

บทที่ 3

บทวิเคราะห์ทางเลือกของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การจัดระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับประชาชนคนไทยทุกคน วิเคราะห์ได้ 3 ทางเลือก คือ

1. การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยการขยายระบบสวัสดิการและประกันสุขภาพในปัจจุบัน (Expansion of existing systems)
2. การจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยมีกองทุนเดียว (Single-payer system)
3. การจัดระบบหลักประกันสุขภาพคู่ขนานสำหรับภาคการจ้างงานที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ (Dual health insurance system for formal and informal sectors)

1. การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยการขยายระบบสวัสดิการและประกันสุขภาพในปัจจุบัน (Expansion of existing systems)

1.1 หลักการและเหตุผลของการไปสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยการขยายระบบ สวัสดิการสุขภาพและประกันสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบัน

ระบบสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลและประกันสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบันมีการดำเนินการที่ประสบความสำเร็จในระดับหนึ่ง ซึ่งโดยระบบและกลไกจะผูกติดกับกฎหมาย เช่น พระราชบัญญัติฉบับต่างๆ ตลอดจนส่วนราชการ และโครงสร้างด้านการบริหารจัดการที่แตกต่างกันไป มีกลุ่มผลประโยชน์และกลุ่มการเมืองต่างๆ เข้ามาเกี่ยวข้องสัมพันธ์อยู่ไม่น้อย ประกอบกับบางระบบเองยังมีศักยภาพในการพัฒนาและขยายความครอบคลุมที่จะสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ในระดับหนึ่ง (ดูตารางที่ 3.1 ประกอบ) ทำให้การขยายระบบสวัสดิการสุขภาพและประกันสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบัน เป็นทางเลือกหนึ่งของการสร้างหลักประกันสุขภาพได้ ซึ่งศักยภาพในการขยายต่อของแต่ละระบบนำเสนอโดยสังเขปไว้ในตารางที่ 3.2

ตารางที่ 3.1

จุดเด่นและโอกาสพัฒนาที่สำคัญของระบบสวัสดิการและประกันสุขภาพแต่ละระบบในปัจจุบัน

ระบบสวัสดิการรักษายาบาลและ ประกันสุขภาพของรัฐ	จุดเด่น	โอกาสพัฒนาที่สำคัญ
สวัสดิการรักษายาบาลสำหรับผู้มีราย ได้น้อยและสังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล	- ครอบคลุมผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือ - เกื้อกูลเป็นระบบที่ใหญ่ที่สุด - การคลังโดยระบบภาษี	- ฐานข้อมูลผู้มีสิทธิ - วงเงินงบประมาณต่อหัว - การปรับบทบาทผู้ซื้อและผู้ให้บริการ
สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและ พนักงานรัฐวิสาหกิจ	- ให้สิทธิประโยชน์ครอบคลุมด้านการรักษายาบาลและส่งเสริมสุขภาพ - ครอบคลุมบิดามารดา คู่สมรสและบุตร	- ฐานข้อมูลผู้มีสิทธิ - กลไกควบคุมค่าใช้จ่ายและตรวจสอบคุณภาพ
ระบบประกันสังคม	- ใช้ระบบทำสัญญาระหว่างผู้ซื้อและผู้ให้บริการ - มีมาตรฐานกลไกในการตรวจประเมินคุณภาพสถานพยาบาล	- การขยายความครอบคลุมผู้ครอบคลุมของผู้ประกันตน - การติดตามคุณภาพบริการที่เกิดขึ้นและการปิดความรับผิดชอบในการรักษา
กองทุนเงินทดแทน	- การเก็บเบี้ยประกันจากสถานประกอบการ กระตุ้นให้มีการจัดสถานที่และ บริการเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยจากการทำงานของคนงาน	- แนวทางการพิจารณาการเบิกจ่ายที่ถูกต้องและเป็นธรรม - การปรับปรุงอัตราการจ่ายค่าบริการ - การจัดการกับการปิดความรับผิดชอบของนายจ้างว่าลูกจ้างไม่ได้เจ็บป่วยจากการทำงาน
พรบ. คุ่มครองผู้ประสบภัยจากรถ	- การให้เอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดเก็บเบี้ยประกัน - การให้ความคุ้มครองเบื้องต้นโดยไม่จำกัดผู้ให้บริการ	- การกำหนดเบี้ยประกันที่เป็นธรรมกับผู้บริโภค - การเบิกจ่ายที่ง่ายและคล่องตัว - การตรวจสอบคุณภาพของผู้รับประกัน
บัตรสุขภาพ	- การเก็บเงินสมทบในอัตราคงที่ ร่วมกับการอุดหนุนจากรัฐ	- วงเงินงบประมาณ - การกระจายความเสี่ยง

ตารางที่ 3.2 ศักยภาพในการขยายความครอบคลุมของระบบสวัสดิการรักษายาบาลและประกันสุขภาพต่างๆ ที่มีอยู่ในปัจจุบัน

ระบบประกันสุขภาพ	จำนวน (ล้านคน)	ความ ครอบคลุม	ศักยภาพในการขยายความครอบคลุม
สวัสดิการรักษายาบาลของผู้มีรายได้ต่ำและสังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.)	23	37%	น้อย แต่อาจสามารถทำได้หากมีการปรับแนวทางการดำเนินงาน โดยเฉพาะการตรวจสอบทะเบียนผู้มีสิทธิ และได้รับการจัดสรรงบประมาณต่อหัวมากขึ้น
บัตรประกันสุขภาพ	7-8	12%	น้อย
สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ	7	11%	ไม่มีโอกาส
ประกันสังคม	5.42	9%	คาดว่าจะขยายเท่าตัวในปี 2544 หรือ เพิ่มขึ้น 10 ล้านคน ในการขยายไปยังสถานประกอบการขนาดเล็ก หากขยายไปยังครอบครัวจะทำให้ความครอบคลุมเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 20 ล้านคน
ประกันเอกชน	5.9	~ 10%	1. จำนวนผู้เอาประกันที่มีสัญญาแนบท้ายประกันสุขภาพ 3,541,880 ราย 2. จำนวนผู้เอาประกันที่มีกรมธรรม์ประกันสุขภาพรายบุคคล ประมาณ 8,502 ราย (ร้อยละ 80 ของกรมธรรม์ประกันสุขภาพ) 3. จำนวนผู้เอาประกันที่มีกรมธรรม์ประกันสุขภาพหมู่ ประมาณ 2,346,662 ราย (ร้อยละ 80 ของกรมธรรม์ประกันสุขภาพ และเฉลี่ยกรมธรรม์ละ 69 คน) มีโอกาสในการขยายแต่มีข้อจำกัดกับระบบประกันอื่นๆ
ผู้ยังไม่มีหลักประกัน	20	~ 30%	อาจลดลงเหลือ 20% หากประกันสังคมขยายไปยังสถานประกอบการขนาดเล็ก แต่การขยายไปยังครอบครัวอาจไม่ทำให้ตัวเลขนี้ลดลงเพราะในขณะนี้เด็กและผู้สูงอายุอยู่ใน สปร. อยู่แล้ว
ผู้ที่มีหลักประกันซ้ำซ้อน	?	?	
ประชากร	61.46		

อย่างไรก็ตามการขยายระบบสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลและประกันสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบันสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของคนทั้งประเทศจะต้องมีการปรับปรุงในหลายด้านในทุกะบบให้มีมาตรฐานหรือวิธีปฏิบัติที่สอดคล้องใกล้เคียงกัน เพื่อไม่ให้เกิดความเหลื่อมล้ำและความซ้ำซ้อน ที่สำคัญได้แก่

- (1) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติกำหนดให้ประชาชนทุกคนต้องมีประกันสุขภาพตามมาตรฐานที่กำหนด
- (2) การปรับปรุงของระบบสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลและประกันสุขภาพทั้งหลายให้เป็นไปในทางเดียวกัน คือ การมุ่งสร้างเสริมสุขภาพ ร่วมกับการให้ความคุ้มครองด้านการเงินตามหลักของการประกันภัย
- (3) ปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับประกันสุขภาพ โดยเฉพาะในส่วนของ การประกันสุขภาพภาคเอกชน
- (4) ฐานข้อมูลผู้มีสิทธิ ตลอดจนระบบลงทะเบียนเพื่อตรวจสอบว่าใครมีประกันสุขภาพในระบบใด
- (5) ชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานที่จำเป็น ตลอดจนมาตรฐานในการเข้าถึงสถานพยาบาลเครือข่ายและการส่งต่อ
- (6) งบประมาณต่อหัว ตลอดจนวิธีการจัดสรรงบประมาณสู่ผู้ให้บริการ
- (7) ระบบฐานข้อมูลการใช้บริการ และการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่มีมาตรฐานเดียวกัน
- (8) ระบบและกระบวนการตรวจสอบด้านคุณภาพและการคุ้มครองผู้บริโภค

ในขณะที่ระบบประกันสังคมให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนกลุ่มผู้ใช้แรงงานแต่มีศักยภาพในการขยายให้ครอบคลุมประชาชนกลุ่มที่เกี่ยวข้องเนื่องกันได้มากที่สุด ส่วนระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจเป็นระบบปิดไม่สามารถขยายได้อีก สำหรับการประกันสุขภาพแบบสมัครใจ เช่น บัตรสุขภาพ หรือ ประกันสุขภาพเอกชน มีข้อจำกัดในการขยายความครอบคลุมเช่นกัน เนื่องจากภาระด้านการเงินและกำลังซื้อของประชาชน

1.2 เจาะลึกทางการคลัง

ถ้ารัฐไม่ประกาศนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างชัดเจน แต่ใช้วิธีการให้แต่ละหลักประกันขยายตัวไปตามประวัติศาสตร์ของแต่ละหลักประกัน จะพบว่า งบประมาณของแต่ละหลักประกันจะเพิ่มไม่มากนัก สวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลจะเพิ่มเป็น 1 หมื่นสองพันล้านบาท ในปี 2549 และอย่างน้อยกว่าสวัสดิการข้าราชการในปัจจุบัน บัตรสุขภาพจะขยายตัวคุ้มครองประชากรประมาณ 22 ล้านคนในปี 2549 และมีงบประมาณทั้งสิ้น 5 พันหกร้อยล้านบาท หลักประกันที่มีแนวโน้มขยายตัวมากคือ ประกันสังคม ซึ่งจะครอบคลุมคนทำงานในสถานประกอบการตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป รวมทั้งครอบคลุมบุคคลในครอบครัวของผู้ประกันตนด้วย จึงเพิ่มประชากรเป้าหมายเป็น 14.7 ล้านคน งบประมาณรายจ่ายจะเพิ่มเป็น 2 หมื่นเจ็ดพันล้านบาท งบประมาณที่จัดสรรให้กระทรวงสาธารณสุข กับกระทรวงอื่นๆ เพิ่มเป็น 7 หมื่นเจ็ดพันล้านบาทในปี 2549 รวมเงินจากแหล่งต่างๆ เป็น 1 แสนสองหมื่นล้านบาท ห่างจากรายจ่ายรัฐในนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2549 ถึง 8 หมื่นล้านบาท ซึ่งสะท้อนให้เห็นได้ถึงความเป็นธรรมและไม่เท่าเทียมกันของประชาชนในประเทศ (ดูตารางที่ 3.3)

อนึ่งถ้าไม่จัดทำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ชัดเจน ความซ้ำซ้อนของกลุ่มเป้าหมายในหลักประกันต่างๆ จะยังคงมีอยู่ งบประมาณภาครัฐต่อคนจะยังคงเหลื่อมล้ำไปไม่มีที่สิ้นสุด รายจ่ายรวมจากภาครัฐต่อคนเป็น 1,856 บาทเท่านั้น ซึ่งอาจเป็นระดับที่น้อยเกินกว่าจะให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพได้ โดยถ้าเปรียบเทียบกับ

การดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ใช้จ่ายจากภาครัฐในปี 2549 ควรจะเป็น 3,102 บาทต่อคนโดย คำนวณการคำนวณว่ารายจ่ายจากครัวเรือนจะลดน้อยลงไม่เกินร้อยละ 40 ของรายจ่ายจากภาครัฐอีกด้วย

ตารางที่ 3.3 คำนวณการเติบโตของงบประมาณกรณีนี้ที่แต่ละหลักประกันขยายความครอบคลุม

	2544	2549	งบ(บาท)/คน
1. สปร	8,510	12,297	307
2. บัตรสุขภาพ	3,586	5,651	257
3. สถิติการเข้าราชการ	16,500	16,500	2,357
4. ประกันสังคม	8,700	27,204	1,851
5. กระทรวงต่างๆ	61,871	76,964	7,696
6. รวม	87,071	120,668	1,856
7. หลักประกันถ้วนหน้า	120,000	202,569	3,102

หมายเหตุ:

1. ประมาณการจาก budget = $13287805.5 \text{ sq}(\text{yr}) - 472999809$ ($r\text{-sq} = 0.94$)
2. ประมาณการจาก budget = $413 \text{ yr} - 823097$ ($r\text{-sq} = 0.98$)
3. ไม่ให้รายจ่ายของสวัสดิการข้าราชการเพิ่ม เพราะต้องการเพิ่มประสิทธิภาพจากรายจ่ายปัจจุบัน
4. ประกันสังคม คัดจากรายจ่ายต่อคน 1,450 บาทในปี 2544 เพิ่มขึ้น 5% ปี 2549 มีกลุ่มเป้าหมาย 14.7 ล้านคน
5. ประมาณการจาก budget = $3018469361 \text{ yr} - 13590443664$ ($r\text{-sq} = 0.85$)
6. = 1 + 2 + 3 + 4 + 5
7. มาจากตารางที่ 2.2

1.3 องค์ประกอบที่สำคัญด้านการบริหารจัดการ

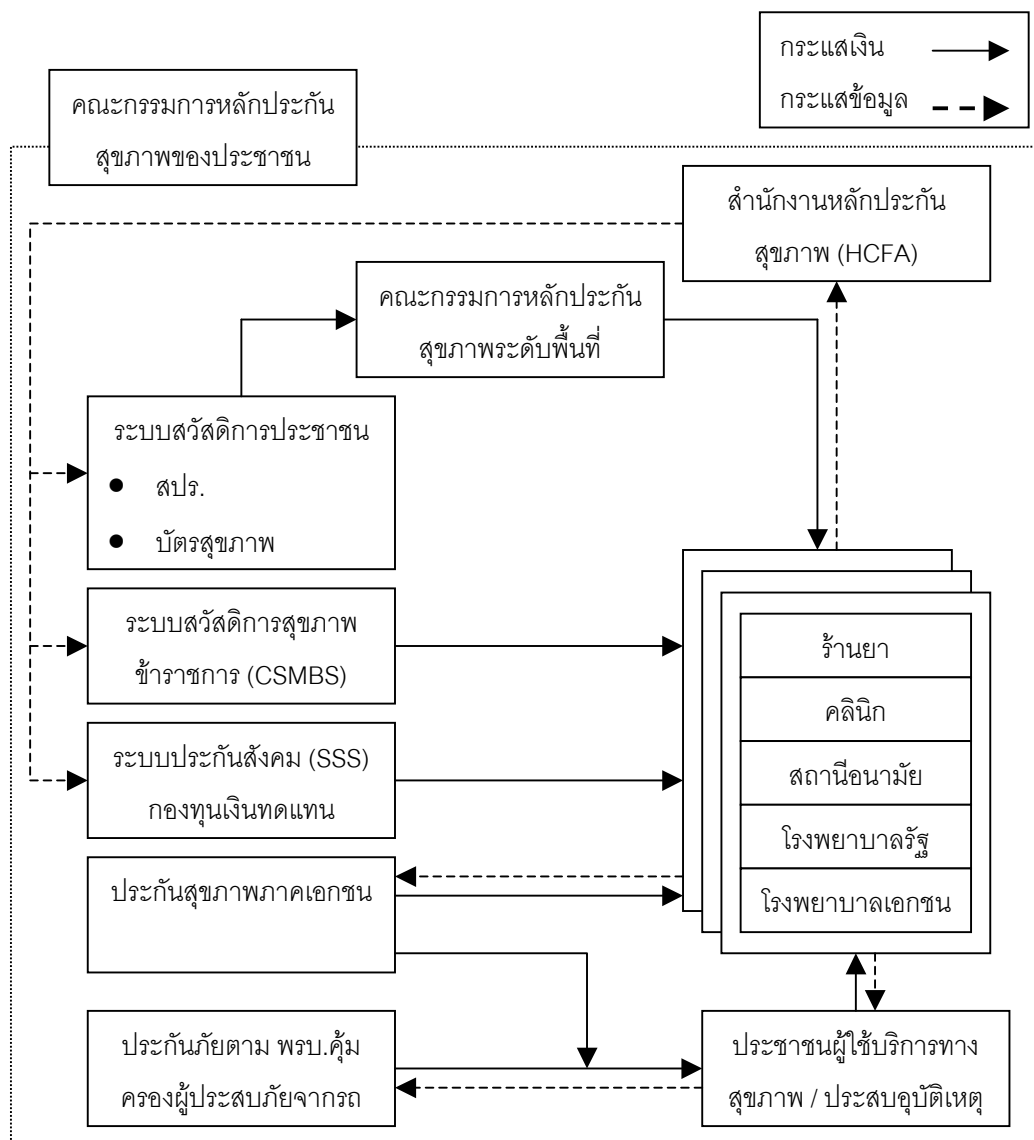
ในรูปแบบทางเลือกนี้ ส่วนราชการหลักที่ดูแลระบบสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลและการประกันสุขภาพยังคงเป็นเช่นเดิม ได้แก่ (1) กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง และรัฐวิสาหกิจ (2) สำนักงานประกันสังคม และ (3) สำนักประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข ที่จะดูแลสวัสดิการสุขภาพสำหรับประชาชน ดังนั้นองค์ประกอบด้านระบบและกลไกตลอดจนบทบาทของหน่วยงานที่รับผิดชอบตามหลักการจัดการจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามที่กล่าวไว้ในบทที่ 2 นั้นจะเป็นได้ดังตารางที่ 3.4 ต่อไปนี้

ระบบและกลไก	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	กรณีเงื่อนไขที่สำคัญ
ผู้คุ้มกัน	คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพของประชาชน	องค์กรอิสระที่จะต้องจัดตั้งขึ้นใหม่ ภายใต้ พรบ.สุขภาพแห่งชาติ เพื่อ กำหนดมาตรฐานด้านสิทธิประโยชน์ และอื่นๆ
ผู้จัดเก็บเงินสมทบ	กระทรวงการคลัง	- พิจารณาการปรับระบบภาษีและ ภาษีเฉพาะ (Earmarked tax) สำหรับสวัสดิการสุขภาพของข้าราชการและระบบ สปร.
	รัฐวิสาหกิจ	- มีข้อกำหนดในการจัดสรรรายได้ ของรัฐวิสาหกิจ
	สำนักงานประกันสังคม	- ขยายความครอบคลุมผู้ครอบคลุม ของผู้ประกันตน - อาจพิจารณาการรวมกองทุนเงิน ทดแทนและประกันสังคม
	กระทรวงสาธารณสุข (บัตรประกันสุขภาพ)	- ปรับกลยุทธ์ในการจำหน่ายบัตร และตรวจสอบสิทธิด้านการรักษา พยาบาล - ปรับงบประมาณต่อบัตร
	กระทรวงพาณิชย์ (คุ้มครองผู้บริโภค)	
ผู้บริหารกองทุน	บริษัทประกันสุขภาพเอกชน	- ต้องมีการออกกฎหมายหรือ ระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการประกัน สุขภาพแยกจากการประกันภัย โดยเฉพาะในเรื่องการกำหนดเบี้ย ประกัน
	กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง	มีระบบทะเบียนของข้าราชการ และ ครอบครัวผู้มีสิทธิ
	รัฐวิสาหกิจ	มีฐานข้อมูลผู้มีสิทธิ
	สำนักงานประกันสังคม	ปรับปรัชญาของส่วนงานสวัสดิการ ด้านการรักษาพยาบาลผู้สวัสดิการ ด้านสุขภาพ (สร้างและซ่อม)

ระบบและกลไก	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	กรณีเงื่อนไขที่สำคัญ
	กระทรวงสาธารณสุข	ปรับโครงสร้างของสำนักงานประกันสุขภาพ สร้างทีมงานด้านเทคนิคที่เข้มแข็ง
	กระทรวงพาณิชย์ (คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ)	- ปรับปรุงวิธีปฏิบัติในการเบิกจ่าย - ให้ความสำคัญกับดูแลประชาชนก่อนดูแลบริษัทประกัน
	บริษัทประกันสุขภาพเอกชน	- มีกฎหมายดูแลแยกจากการประกันภัย มีสาระสำคัญที่กำกับเรื่องการรับและยกเลิกประกัน การส่งผ่านความเสี่ยงต่างๆ
ผู้ให้บริการ	กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง	- ดูแลสวัสดิการสุขภาพข้าราชการ พนักงานของรัฐ และครอบครัว - ทำสัญญากับผู้ให้บริการโดยตรง
	สำนักงานประกันสังคม	ทำสัญญากับผู้ให้บริการโดยตรง
	คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ (Area Purchaser Board)	ดูแลบริการสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มที่ใช้บัตรประกันสุขภาพ และ สปร. โดยบริหารจัดการเงินจากสำนักงานประกันสุขภาพ
	กระทรวงพาณิชย์ (คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ)	การซื้อบริการอาจผ่านเครือข่ายภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่
	บริษัทประกันสุขภาพเอกชน	
กลไกสนับสนุน	สำนักงานหลักประกันสุขภาพของประชาชน (HCFA) และศูนย์สารสนเทศการประกันสุขภาพ	เป็นองค์กรอิสระ ทำหน้าที่วิจัยและพัฒนาตลอดจนประมวลข้อมูลการเบิกจ่าย

ความเชื่อมโยงระหว่างระหว่างหน่วยงานและองค์กรต่างๆ อาจแสดงได้ดังภาพที่ 3.1 ซึ่งจะชี้ให้เห็นได้ว่าการขยายระบบสวัสดิการรักษายาบาลและประกันสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบันจะเป็นทางเลือกหนึ่งของการสร้างหลักประกันทางสุขภาพสำหรับประชาชนได้ แต่องค์กรประกอบหลายด้านจะขาดความเชื่อมโยง โดยเฉพาะประกันสุขภาพที่ผ่านระบบเอกชน แม้ว่าจะมีกฎหมายกำหนดสิทธิประโยชน์และแนวทางปฏิบัติร่วมกันโดยมีคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพของประชาชนเป็นผู้คุ้มครองอยู่ ทั้งนี้ขึ้นกับกฎหมาย

ภาพที่ 3.1 โครงสร้างการจัดการระดับมหภาคของระบบหลายกองทุนที่ใช้การขยายระบบสวัสดิการรักษายาบาลและประกันสุขภาพที่มีอยู่เดิม



กลไกด้านการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการ (Provider payment)

มีความเป็นไปได้ในการปรับวิธีการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการในระบบของรัฐให้เป็นไปในทางเดียวกันได้ แต่อัตรอาจไม่เท่ากัน เนื่องจากเป็นคนละระบบ และน่าจะเป็นการยากในการปรับระบบของภาคเอกชน ซึ่งจะทำให้การอุดหนุนข้ามระบบและการเลือกรับความเสี่ยงของกองทุนประกันต่างๆ ยังคงเป็นปัญหาอยู่ต่อไป

1.4 ข้อได้เปรียบและข้อด้อยของทางเลือก

ทางเลือกการขยายระบบสวัสดิการด้านการรักษายาบาลและประกันสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบันสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีข้อได้เปรียบบ้างบางประการ แต่จากการประเมินในเบื้องต้นจากประสบการณ์ของระบบใน

ปัจจุบัน ร่วมกับประสบการณ์ในต่างประเทศที่ไม่มีระบบประกันสุขภาพแห่งชาติจะพบว่าเป็นทางเลือกที่มีข้อด้อยในระยะยาวจำนวนมาก สรุปได้ในตารางที่ 3.5

ตารางที่ 3.5 ข้อได้เปรียบและข้อด้อยของการขยายระบบสวัสดิการและประกันสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบันตามเกณฑ์การพิจารณาที่สำคัญ

ประเด็นเป้าหมาย	ข้อได้เปรียบ	ข้อด้อย
ความเป็นธรรมและความเท่าเทียม		ทำให้เกิดความเสมอภาคและเป็นธรรมได้ยากทั้งในด้านการเข้าถึงบริการและการกระจายภาระทางการเงิน หากเลือกการไม่ออกเป็นข้อบังคับตามกฎหมาย การจะทำให้บรรลุถึงหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะเป็นไปได้ยากมาก
ประสิทธิภาพ		มีการกระจายความเสี่ยงที่ไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากการขาดการเชื่อมโยง และบางระบบเป็นระบบสมัครใจ ซึ่งจะมีการปฏิเสธการรับประกันหรือเลือกรับความเสี่ยงได้ กลุ่มที่เจ็บป่วยมีโอกาสที่จะถูกปฏิเสธและขาดหลักประกัน
	ไม่ต้องดำเนินการเปลี่ยนแปลงมาก ไม่เปลืองค่าใช้จ่ายและต้นทุนที่เกิดขึ้นจากการปรับตัวในระยะเริ่มต้น ไม่กระทบต่อโครงสร้างของส่วนราชการ	มีความซ้ำซ้อนของความคุ้มครองสูง การบริหารจัดการที่แตกต่างกันทำให้เกิดความยุ่งยากในระดับปฏิบัติทั้งในส่วนของประชาชนและผู้ให้บริการ
		การออกกฎหมายกำหนดให้ประชาชนต้องมีประกันสุขภาพ โดยไม่เจาะจงไปที่ระบบใดระบบหนึ่ง จะยุ่งยากในการตรวจสอบ
ทางเลือกและคุณภาพของระบบ	มีการเปรียบเทียบระหว่างระบบประกันสุขภาพ แต่อาจไม่สามารถนำไปสู่การปรับปรุง เนื่องจากข้อจำกัดภายใน เช่น งบประมาณ และปรัชญาของแต่ละระบบที่แตกต่างกัน	เสี่ยงต่อการแทรกแซงของกลุ่มผลประโยชน์ทางธุรกิจในการออกหรือปรับปรุงกฎหมายตลอดจนกฎระเบียบต่างๆ

2. การจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยมีกองทุนเดียว (Single-payer system)

2.1 หลักการและเหตุผลของการไปสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยมีกองทุนเดียว

การจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยมีผู้จ่ายรายเดียว เป็นการสร้างระบบประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีหน่วยงานด้านการคลังสาธารณสุขเป็นผู้ดูแลกองทุนประกันสุขภาพสำหรับประชาชนทุกคนในประเทศ กำหนดให้ทุกคนอยู่ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพเดียวกันทั้งหมด

จุดเด่นของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยมีผู้จ่ายรายเดียวเปรียบเทียบกับสถานการณ์ของ สวัสดิการและประกันสุขภาพในปัจจุบันมีหลายประการที่น่าสนใจ ได้แก่

- ความสามารถในการวางนโยบายด้านประกันสุขภาพได้อย่างมีเอกภาพ
- การกำหนดสิทธิประโยชน์และความคุ้มครองในด้านบริการสุขภาพและการรักษาพยาบาลพื้นฐานที่มีความจำเป็นสามารถกำหนดเป็นมาตรฐานเดียวกันได้ ทำให้เกิดความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการได้ง่าย
- ความสามารถจัดการการกระจายความเสี่ยงของต้นทุนค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพและรักษาพยาบาลได้ดีกว่า เนื่องจากเป็นระบบภาคบังคับทั้งหมด ไม่มีการโยกย้ายระหว่างระบบ กองทุนมีขนาดใหญ่มีจำนวนสมาชิกมาก
- การจัดการคลังด้านสาธารณสุขสามารถเกี่ยการกระจายภาระทางการเงินระหว่างกลุ่มของประชากรได้ง่าย เนื่องจากเป็นกองทุนเดียวกัน สามารถวางระบบให้มีความเป็นธรรม (Vertical equity) ผ่านระบบภาษีเป็นหลักได้
- การบริหารจัดการและระบบข้อมูลเป็นรูปแบบเดียวกัน ทำให้ง่ายต่อการดำเนินการ มีค่าเฉลี่ยต่อหน่วยของการบริหารจัดการต่ำกว่าทั้งในส่วนของผู้ให้บริการและหน่วยงานที่ดำเนินการด้านการประกันสุขภาพ

2.2 เงื่อนไขทางการคลัง

ค่าใช้จ่ายในการให้ความคุ้มครองและสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแบบกองทุนเดียวจะใช้งบประมาณในวงเงินประมาณ 100,000 ล้านบาท ตามที่ได้ประมาณการไว้ในบทที่ 2 ซึ่งปัจจุบันมีแหล่งเงินภาครัฐจากเงินงบประมาณที่เป็นงบดำเนินการ (เงินเดือน ค่าวัสดุ ฯลฯ) จากงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่นๆ เงินจากระบบสวัสดิการรักษายาบาลและพนักงานรัฐวิสาหกิจ ประกันสังคม กองทุนเงินทดแทน กองทุนประกันภัยตาม พรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำนวนทั้งสิ้นประมาณ 62,418 ล้านบาท ทำให้ต้องการเงินเพิ่มอีกประมาณ 37,582 ล้านบาท

การคลังระบบหลักประกันสุขภาพของระบบกองทุนเดียว ยังคงใช้กลไกของระบบภาษีเป็นหลัก ซึ่งอาจมีการกำหนดเฉพาะเป็นวงเงินงบประมาณไว้ล่วงหน้า (Earmarked tax) เป็นหลัก โดยเฉพาะจากภาษีเงินได้ ด้วยเหตุที่

มีอัตราก้าวหน้า และแยกประเด็นความซ้ำซ้อนกับการจ่ายเงินสมทบประเภทอื่นๆ ได้ง่าย มีการวางแผนของการพิจารณาอัตราเงินงบประมาณที่ใช้สมทบกองทุนระบุไว้ในพระราชบัญญัติอย่างชัดเจน เพื่อให้เกิดคุณภาพมาตรฐานของการบริการ และการเข้าถึงบริการที่ดี

การจัดตั้งระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยมีผู้จ่ายรายเดียวเท่ากับเป็นยุบรวมระบบสวัสดิการรักษายาบาลและการประกันสุขภาพต่างๆที่เป็นระบบภาคบังคับและระบบสมัครใจของรัฐที่มีอยู่ (ได้แก่ บัตรสุขภาพ สปร. ประกันสังคม สวัสดิการข้าราชการ) และงบประมาณในการดำเนินการส่วนของการดูแลสุขภาพบุคคลตามปกติของกระทรวงสาธารณสุข (แต่ไม่เกี่ยวกับกระทรวงอื่นๆ) เข้ามารวมกันเป็นกองทุนเดียว นั่นคือ

- 1) ต้องยุบส่วนของกรมบัญชีกลางที่ทำงานเกี่ยวกับการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลของข้าราชการ โอนงบประมาณสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการเข้าสู่กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
การปรับโอนงบประมาณจะมีผลต่อระบบการตอบแทนข้าราชการ ซึ่งอาจต้องมีการปรับฐานเงินเดือนข้าราชการด้วยเพื่อความเป็นธรรม
- 2) ตัดเงินส่วนของการรักษายาบาลตามสิทธิพื้นฐานจากสวัสดิการของพนักงานรัฐวิสาหกิจ
- 3) ตัดเงินในส่วนที่เกี่ยวกับเรื่องบริการรักษายาบาลและสวัสดิการด้านการคลอดบุตรของระบบประกันสังคมมาให้อยู่กับกองทุนใหม่ โดยนำเงินงบประมาณจากระบบภาษีทั่วไปมาทดแทนเงินสมทบดังกล่าว ผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม ไม่ต้องจ่ายเงินสมทบแก่กองทุนประกันสังคมในส่วนที่เป็นเรื่องของรักษายาบาล แต่สถานประกอบการนายจ้างยังคงจ่ายเงินสมทบเช่นเดิม
ต้องมีการปรับเปลี่ยนพระราชบัญญัติประกันสังคม กฎหมายที่เกี่ยวข้อง และอัตราเงินสมทบตามกฎหมาย
- 4) โอนเงินสมทบของกองทุนเงินทดแทนสู่กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การเก็บเงินสมทบของกองทุนเงินทดแทนยังใช้ระบบเดิม สิทธิประโยชน์ในรูปตัวเงิน (Cash benefit) ของกองทุนเงินทดแทนยังคงอยู่กับสำนักงานประกันสังคมเช่นเดิม
- 5) ปรับระบบและกลไกภายใต้ พรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ.2535 โดยโอนเงินสมทบที่ได้ตามพรบ. ดังกล่าวสู่กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งจะต้องมีการปรับแก้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง
- 6) ผู้เอาประกันในกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีส่วนจ่ายร่วม ณ จุดบริการ (Co-payment)

2.3 องค์ประกอบที่สำคัญด้านการบริหารจัดการ

การจัดโครงสร้างการบริหารจัดการระดับมหภาคของการจัดระบบโดยมีผู้จ่ายรายเดียว เป็นการรวมระบบสวัสดิการรักษายาบาลและประกันสุขภาพของรัฐเข้าด้วยกันโดยเฉพาะผู้บริหารหรือถือครองกองทุน และขยายผลให้ความคุ้มครองให้ครอบคลุมประชากรส่วนที่เหลือ ซึ่งอาจจัดองค์ประกอบด้านการบริหารจัดการที่สำคัญได้ดังตารางที่ 3.6 ต่อไปนี้

ตารางที่ 3.6 องค์ประกอบที่เป็นทางเลือกสำหรับการบริหารจัดการในระบบกองทุนเดียว

ระบบและกลไก	หน่วยงานที่รับผิดชอบที่เป็นทางเลือก	กรณีเงื่อนไข
ผู้คุ้มกัน	คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพของประชาชน	อาจเป็นองค์ประกอบของสภาสุขภาพแห่งชาติ มีอำนาจตามกฎหมาย
ผู้จัดเก็บเงินสมทบ	กระทรวงการคลัง – ภาษีทั่วไป	สำนักงานประกันสังคมยกเลิกการเก็บเงินสมทบในส่วนของการรักษาพยาบาล (0.88% × 3 ฝ่าย) โดยมี การปรับระบบภาษีมาทดแทน
	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น – ภาษีบำรุงท้องถิ่น	
	สำนักงานประกันสังคม (กองทุนเงินทดแทน)	
	กระทรวงพาณิชย์ (คุ้มครองผู้บริโภคจากกรรณ)	
ผู้บริหารกองทุน หรือ หรือ	1. กระทรวงสาธารณสุข (กสธ.)	ผู้บริหารกองทุนต้องไม่เป็นเจ้าของสถานพยาบาล หรือมีส่วนได้ส่วนเสียจากการดำเนินงานของสถานพยาบาลโดยตรง
	2. สำนักงานประกันสังคม	
	3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพของประชาชน (HCFA)	
ผู้ซื้อบริการ	คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ (Area Purchaser Board)	- องค์กรระดับพื้นที่อาจดูแลในระดับที่ใหญ่กว่าจังหวัด - มีการแยกองค์กรที่มีบทบาทของการเป็นผู้ซื้อและผู้ให้บริการอย่างชัดเจน - ประชาชนมีส่วนร่วมในการบริหาร
กลไกสนับสนุน	สำนักงานหลักประกันสุขภาพของประชาชน (HCFA)	ให้ข้อมูลและเป็นพี่เลี้ยงแก่ Area Board

เงื่อนไขอื่นสำคัญในการจัดการ :

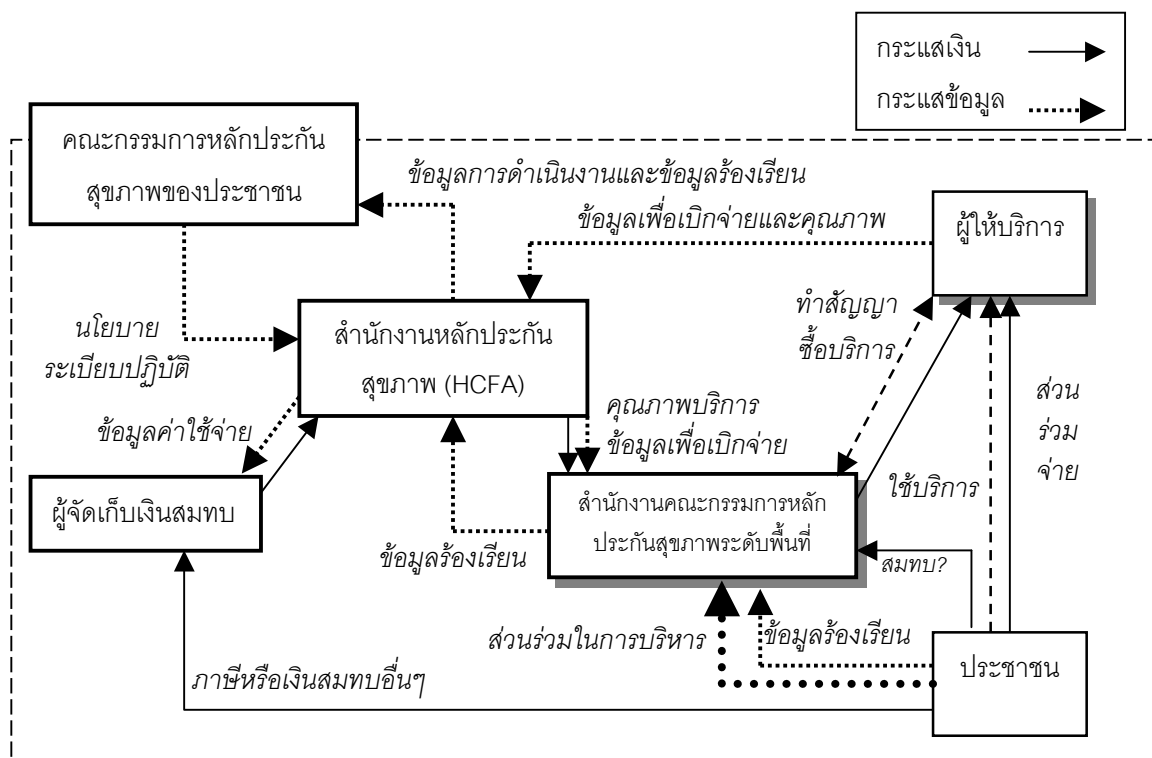
1. หากต้องอิงกับโครงสร้างปัจจุบัน ควรเป็นองค์กรที่มีประสบการณ์ในการซื้อบริการ เช่น สำนักงานประกันสังคม ที่ควรแยกตัวออกมาเป็นองค์กรมหาชน ที่ทำหน้าที่อย่างอิสระ
2. หน่วยงานที่เป็นผู้ซื้อบริการจะต้องไม่เป็นผู้ให้บริการ หรือเป็นเจ้าของสถานพยาบาลผู้ให้บริการ

การจัดโครงสร้างของกลไกในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในรูปแบบกองทุนเดียว แสดงได้ดังภาพที่

3.2

ภาพที่ 3.2

โครงสร้างการจัดการระดับมหภาคของระบบกองทุนเดี่ยว



รายละเอียดของการจัดระบบและกลไกในการบริหารจัดการแต่ละองค์ประกอบ สำนักงานหลักประกันสุขภาพของประชาชน และคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ จะกล่าวถึงในรายละเอียดในบทที่ 5

2.4 ข้อได้เปรียบและข้อด้อยของทางเลือก

รูปแบบกองทุนเดี่ยวอาจมีความเหมาะสมหากเป็นการเริ่มต้นโดยที่ยังไม่มีอะไรเลย เนื่องจากจะง่ายในการทำให้เกิดความเสมอภาคกัน แต่ในสภาพความเป็นจริงที่มีระบบต่างๆ ดำเนินการอยู่แล้วโดยชอบธรรมตามกฎหมายที่กำหนดและสามารถดำเนินการได้ดี เช่น ระบบประกันสังคม การที่จะไปล้มเลิกระบบดังกล่าวอาจไม่มีความชอบธรรมเพียงพอและไม่เหมาะสม นอกจากนั้นถึงแม้จะมีหลายระบบก็สามารถทำให้เกิดความเป็นธรรมได้ หากแต่ต้องมีองค์การกำหนดและประสานนโยบายในระดับชาติ และต้องมีการกำหนดให้มีชุดสิทธิประโยชน์และวิธีการจ่ายเงินที่เหมือนกัน

ประเด็นที่ขาดความชัดเจนมากของการยุบรวมกองทุนต่างๆ คือ ขั้นตอนการดำเนินการในช่วงเปลี่ยนผ่าน (Transition phase) ทั้งนี้เนื่องจากในแต่ละระบบต่างก็มี เงิน คน และงานที่เกี่ยวข้องอยู่ ตลอดจนหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่ต่างกัน การไปยกเลิกของเก่าและให้ไปใช้รูปแบบใหม่นั้นโดยไม่มีรายละเอียดของช่วงเปลี่ยนผ่านว่าจะดำเนินการอย่างไรนับเป็นอุปสรรคที่สำคัญที่สุด นอกจากนี้ยังเกิดคำถามว่าทำไมไม่รวมงบประมาณของกระทรวงอื่นเข้าไปด้วย ระบบด้านการคลังของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงอื่นๆ จะมีความแตกต่างออกไปหรือไม่ การซื้อ

บริการยังไม่ชัดเจนว่า กองทุนกลางหรือกองทุนระดับภูมิภาคเป็นคนที่ให้บริการ การซื้อบริการด้านการส่งเสริมป้องกัน หรือโครงการสาธารณสุขอื่น ๆ มีรูปแบบอย่างไร ใครเป็นคนซื้อ

มีการวิพากษ์เกี่ยวพันไปถึงตัว พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เสนอโดย 11 องค์การอิสระ ว่า ไม่สอดคล้องกับกรอบแนวคิดและหลักการที่เสนอของรูปแบบกองทุนเดี่ยวหลายประการ ตั้งแต่บทบาท และภารกิจที่กำหนดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพของประชาชน (HCFA) นั้นครอบคลุมทุกเรื่องใน รายละเอียดจนเป็นการรวมศูนย์ทั้งหมด นอกจากนั้น พรบ.ดังกล่าวยังคงคาบเกี่ยวไปถึงกฎหมายอื่นๆและ องค์การวิชาชีพอื่นๆ เช่น การรับรองสถานพยาบาล การตรวจสอบคุณภาพบริการ รวมไปถึงการลงทะเบียน สถานพยาบาล ซึ่งเท่ากับเป็นการรวบอำนาจขององค์กรอื่นๆทั้งหมดมาไว้ที่นี้หมด ซึ่งจะก่อให้เกิดความขัดแย้งอย่างมหาศาล

นอกจากนี้บทบาทและภารกิจของหน่วยงานบริหารระดับท้องถิ่น (Provincial or Area Health Board) ไม่ได้มีการกำหนดที่ชัดเจนว่ามีบทบาทและภารกิจอย่างไร นอกจากนั้นหากมีการกำหนดรูปแบบการจ่ายเงินที่เป็น มาตรฐานและระดับเดียวกันแล้ว ก็มีคำถามว่าสำนักงานดังกล่าวทำหน้าที่เป็นเพียงสำนักงานย่อยของส่วนกลางหรือ เป็นที่ผ่านของกระแสเงินเท่านั้นหรือไม่ ควรต้องมีการกำหนดรายละเอียดที่ชัดเจน

ข้อได้เปรียบและข้อด้อยของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยมีผู้จ่ายรายเดียวตามเกณฑ์การพิจารณาที่สำคัญสรุปได้ดังตารางที่ 3.7

ตารางที่ 3.7 ข้อได้เปรียบและข้อด้อยของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยมีผู้จ่ายรายเดียวตามเกณฑ์การพิจารณาที่สำคัญ

ประเด็นเป้าหมาย	ข้อได้เปรียบ	ข้อด้อย
ความเป็นธรรมและความเท่าเทียม	ประกันความเท่าเทียมกันในระดับพื้นฐานได้ง่าย สามารถกำหนดและปรับสิทธิประโยชน์พื้นฐานที่มีความจำเป็นสำหรับประชาชนทั้งหมดได้ง่าย	ถ้าบริหารจัดการไม่ดี จะนำไปสู่ความเท่าเทียมในการได้รับบริการด้วยคุณภาพ (Equity of poor care) ความเป็นธรรมสามารถเกิดได้โดยไม่จำเป็นต้องมีกองทุนเดียวกัน แต่จำเป็นต้องมีองค์กรกำหนดนโยบายและประสานระดับชาติที่ชัดเจน และอาศัยกลไกระดับมหภาคในการให้เกิดความเป็นธรรม
ประสิทธิภาพ	มีการกระจายความเสี่ยงที่ดี อย่างไรก็ตามในระบบหลายกองทุนก็อาจทำได้หากมีขนาดที่ใหญ่พอ	การมีกองทุนเดียวจะทำให้เกิด ระบบการรวมศูนย์อำนาจที่ใหญ่มาก (Centralization) หากบริหารไม่มีประสิทธิภาพก็จะมีผลกระทบต่อระบบสูงมาก
	ลดความซ้ำซ้อน และซับซ้อนของระบบ การมีระบบเดียวทำให้ง่ายต่อประชาชนไปใช้ประโยชน์ ไม่ต้องถือบัตรหลายใบ	ไม่มีการแข่งขันหรือเปรียบเทียบ การให้มีการแข่งขันกันระหว่างกองทุน อย่างน้อยเป็น Yardstick competition สามารถเกิดขึ้นได้ในระบบหลายกองทุน
	การบริหารจัดการและระบบข้อมูลสามารถสร้างให้เป็นมาตรฐานเดียวกันได้ง่าย	การรวมกองทุนในทางปฏิบัติอาจทำได้ยาก ด้วยเหตุผลทั้งทางการเมืองและการจัดการ เนื่องจากต้องมีการเปลี่ยนแปลงข้อกฎหมาย และเกิดผลกระทบกับกลุ่มผลประโยชน์บางกลุ่ม เช่น บริษัทประกันภัย หรือ กลุ่มนายจ้าง-ลูกจ้าง เป็นต้น
ทางเลือกและคุณภาพของระบบ	กระตุ้นให้มีการปรับตัวของระบบบริการได้ การดำเนินการเพื่อการยกระดับคุณภาพสามารถทำได้ในวงกว้างเสมอ	การดำเนินการเพื่อยกระดับคุณภาพต้องทำทั้งระบบ ไม่สามารถทำเป็นส่วนๆ ต้องใช้งบประมาณเป็นจำนวนมากทำให้เป็นอุปสรรคในการพัฒนา

3. การจัดระบบหลักประกันสุขภาพคู่ขนานสำหรับภาคการจ้างงานที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ (Dual health insurance system for formal and informal sectors)

3.1 หลักการและเหตุผลของการไปสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยการจัดระบบหลักประกันสุขภาพคู่ขนานสำหรับภาคการจ้างงานที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

การจัดระบบหลักประกันสุขภาพคู่ขนานสำหรับภาคการจ้างงานที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ จะมีการจัดประชาชนเป็นสองกลุ่ม คือ (1) กลุ่มที่อยู่ในภาคการจ้างงานที่เป็นทางการ (Formal sector) ได้แก่ ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานของรัฐในองค์การมหาชน และลูกจ้างของสถานประกอบการของเอกชนและครอบครัว และ (2) กลุ่มคนที่อยู่ในภาคการจ้างงานที่ไม่เป็นทางการหรือไม่อยู่ในภาคการจ้างงาน (Informal sector) ดังนั้นจะทำให้มีระบบประกันสองระบบหลักคือ

1. **ระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพในภาคการจ้างงานอย่างเป็นทางการ (Formal-sector fund)**
คือ กลุ่มที่อยู่ในระบบประกันสังคมเดิม โดยให้มีการขยายไปครอบคลุมถึงครอบครัว (คู่สมรสและบุตรอายุไม่เกิน 18 ปี) และกลุ่มข้าราชการและครอบครัว (บิดามารดา คู่สมรสและบุตรอายุไม่เกิน 18 ปี) ที่อยู่ภายใต้ระบบสวัสดิการสุขภาพข้าราชการ ที่กำลังอยู่ระหว่างการปฏิรูป รวมถึงสวัสดิการของพนักงานรัฐวิสาหกิจ และพนักงานของรัฐขององค์การมหาชน ซึ่งอาจมีการแยกกันในระยะแรก เมื่อมีการปรับกลไกการจ่ายเงินและสิทธิประโยชน์พื้นฐานทางสุขภาพในมาตรฐานเดียวกัน จะสามารถรวมระบบในกลุ่มนี้เข้าด้วยกันได้ในที่สุดเป็นกลุ่มเดียวกัน โดยแหล่งเงินจะใช้ภาษีและการจ่ายเงินสมทบ (Contribution) ในลักษณะเดียวกัน
2. ส่วนที่เหลือนั้นก็ควรจะรวมเข้าเป็นอีกระบบประกันสุขภาพอีกระบบหนึ่งอยู่ภายใต้การบริหารของสำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพนอกภาคการจ้างงานอย่างเป็นทางการ (Informal-sector fund) โดยจะมีการจัดสรรเงินจากงบประมาณของรัฐบาล ร่วมกับการสนับสนุนขององค์กรท้องถิ่น หรืออาจต้องให้มีส่วนจ่ายร่วมสมทบก่อนการให้บริการ (Co-payment) ส่วนของผู้ยากไร้อาจไม่ต้องมีส่วนจ่ายร่วม สำหรับบริการที่ครอบคลุมทั้งในด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู และโครงการสาธารณสุข ไปยังหน่วยงานที่ทำหน้าที่ซื้อบริการระดับท้องถิ่น เช่น สำนักงานคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ (Area Purchaser Board) เพื่อทำหน้าที่ในการซื้อบริการจากเครือข่ายผู้ให้บริการที่ประกอบด้วยบริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ จนถึงตติยภูมิ และครอบคลุมบริการทุกด้านทั้งภาครัฐและเอกชน

หลักการและเหตุผลที่สำคัญในการคงรูปแบบของประกันสังคม หรือข้าราชการไว้ เนื่องจากพิจารณาจากประวัติศาสตร์และความชอบธรรมตามกฎหมาย นอกจากนั้นประกันสังคมก็ดูแลด้านความมั่นคงที่มากกว่าเรื่องสุข

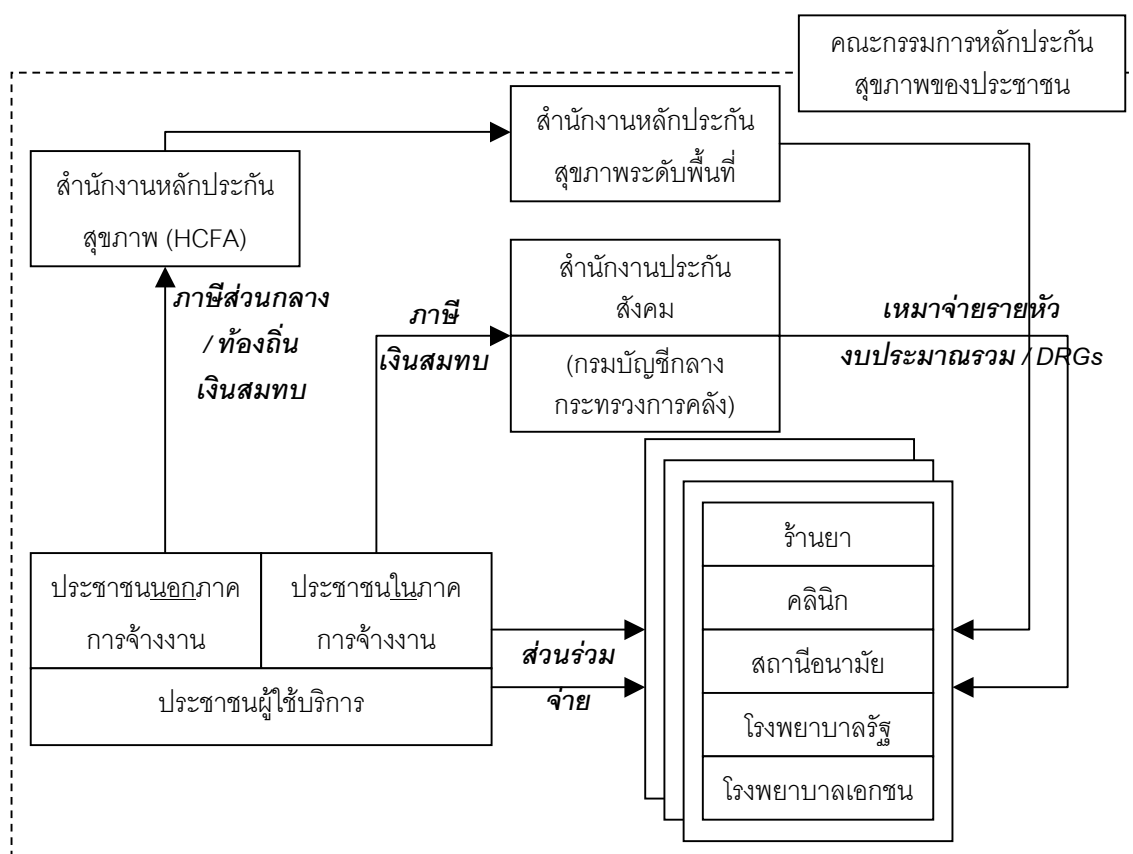
ภาพ เช่น เรื่องชราภาพ การตกงาน การสงเคราะห์บุตร และตาย เป็นต้น นอกจากนั้นหากสามารถกำหนดให้ประกันสังคมต้องรับผิดชอบดูแลครอบครัวและผู้เกษียณด้วย ก็จะสามารถป้องกันการผลักภาระให้กับภาครัฐในอนาคตได้

นอกจากนั้นสำหรับผู้ที่ต้องการสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมก็สามารถซื้อประกันเอกชนเพิ่มได้ แต่ไม่ให้ประกันสุขภาพของภาคเอกชนมาแข่งให้บริการชุดสิทธิประโยชน์หลัก เนื่องจากจะทำให้เกิดการเลือกรับความเสี่ยงที่เป็นกลุ่มความเสี่ยงต่ำ (Cream skinning) และยกภาระกลุ่มเจ็บป่วยให้กับระบบของรัฐทำให้เกิดภาวะการรับความเสี่ยงที่ไม่พึงประสงค์ (Adverse selection)

การยกเลิกการจ่ายเงินประกันภัยอุบัติเหตุจราจร (Traffic Accident Insurance) ตาม พรบ. คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ.2535 ผ่านบริษัทประกันวินาศภัย โดยจะนำเงินเบี้ยประกันภัยที่เก็บได้ไปรวมกับส่วนของกองทุนประกันสุขภาพตามสัดส่วนที่เหมาะสมระหว่างภาคการจ้างงานที่เป็นทางการ และไม่เป็นทางการ เป็นการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญอีกประการที่ต้องดำเนินการ

ดังนั้นรูปแบบของการจัดระบบหลักประกันสุขภาพแบบคู่ขนานนี้ แสดงได้ดังภาพที่ 3.3

ภาพที่ 3.3 การจัดระบบหลักประกันสุขภาพคู่ขนานสำหรับภาคการจ้างงานที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ



3.2 เงื่อนไขทางการคลัง

การคลังระบบหลักประกันสุขภาพของระบบคู่ขนาน ยังคงใช้กลไกของระบบภาษี ซึ่งอาจมีการกำหนดเฉพาะเป็นวงเงินงบประมาณไว้ล่วงหน้า (Earmarked tax) เป็นหลัก โดยมีองค์ประกอบที่ลักษณะเฉพาะในการจัดการคลังของระบบกองทุนดังนี้

1. กองทุนหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชนในภาคการจ้างงานอย่างเป็นทางการ
 - 1.1. ข้าราชการและครอบครัว ได้รับเงินอุดหนุนเพิ่มเข้าสู่ระบบเงินเดือนเพื่อเป็นเงินสมทบเข้าสู่กองทุนประกันสุขภาพ ซึ่งอาจนำมารวมกับกองทุนประกันสังคม หรือบริหารจัดการในลักษณะเดียวกัน แต่ไม่มีส่วนจ่ายร่วม ณ จุดบริการ (No co-payment) ทั้งนี้เนื่องมาจากการได้รับอัตราเงินเดือนต่ำกว่าอัตราตลาด
 - 1.2. ผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม จ่ายเงินสมทบแก่กองทุนประกันสังคมในอัตราเดิม แต่ไม่มีส่วนจ่ายร่วม ณ จุดบริการ (No co-payment)
 - 1.3. รัฐวิสาหกิจ และองค์การมหาชนที่มีบุคลากรเป็นพนักงานของรัฐ จ่ายเงินสมทบเข้าสู่กองทุนหลักประกันสุขภาพตามสัดส่วนของพนักงานขององค์กร
2. กองทุนหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชนนอกภาคการจ้างงานอย่างเป็นทางการ
 - 2.1. ผู้เอาประกันในกองทุนสุขภาพประชาชน ไม่ต้องจ่ายเงินสมทบ แต่มีส่วนจ่ายร่วม ณ จุดบริการ (Co-payment)
 - 2.2. ทางเลือกอีกประการหนึ่งที่อาจจะพิจารณาได้ คือให้องค์กรปกครองท้องถิ่นหรือชุมชน เช่น องค์การบริหารส่วนจังหวัด เป็นผู้จ่ายสมทบ โดยประชาชนไม่ต้องมีส่วนร่วมจ่าย ณ จุดบริการ

3.3 องค์ประกอบที่สำคัญด้านการบริหารจัดการ

การจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในรูปแบบคู่ขนานนี้จำเป็นต้องมี ผู้คุมกฎ (Standard setter หรือ Unifier) เป็นหน่วยงานอิสระหรือส่วนราชการที่แยกออกมาจากผู้บริหารกองทุนเป็นพิเศษที่มีอำนาจตามกฎหมายในการทำหน้าที่วางนโยบายด้านการหลักประกันสุขภาพของประเทศ และกฎระเบียบของการทำงานของระบบและกลไกต่างๆ ในการบริหารจัดการ กองทุนระบบคู่ขนานนี้จะต้องมีมาตรฐานเดียวกันภายใต้การดูแลของผู้คุมกฎอย่างน้อยในเรื่องต่อไปนี้

- สิทธิประโยชน์พื้นฐานทางสุขภาพ (Basic health-benefit package)
- หลักเกณฑ์ในการจัดสรรงบประมาณให้แก่กองทุน (Budget allocation criteria)
- กลไกการเบิกจ่ายและวิธีการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการ (Provider payment mechanism)
- อัตราการจ่ายเงิน (Payment rate)
- ระบบสารสนเทศสำหรับการเบิกจ่าย (Information system)
- ระบบการตรวจสอบและมาตรฐานการประกันคุณภาพ (Audit system and quality assurance)

อนึ่งการจัดองค์ประกอบด้านการบริหารจัดการในระบบคูนาน อาจต้องแยกพิจารณาเป็น 2 ส่วน คือ ระบบและกลไกสำหรับการบริหารหลักประกันสุขภาพในภาคการจ้างงานอย่างเป็นทางการ และระบบและกลไกสำหรับการบริหารหลักประกันสุขภาพนอกภาคการจ้างงานอย่างเป็นทางการ

3.1) ระบบและกลไกสำหรับการบริหารหลักประกันสุขภาพในภาคการจ้างงานอย่างเป็นทางการ

การบริหารจัดการหลักประกันในภาคการจ้างงานอย่างเป็นทางการอาศัยการปรับโครงสร้างการบริหารและบทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในปัจจุบันร่วมกับการสร้างองค์กรใหม่เพื่อรองรับระบบ โดยมีรายละเอียดโดยสังเขปแสดงดังตารางที่ 3.8

ตารางที่ 3.8 องค์ประกอบที่เป็นทางเลือกสำหรับการบริหารจัดการในระบบกองทุนคูนานภาคการจ้างงานที่เป็นทางการ

ระบบและกลไก	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	กรณีเงื่อนไข
ผู้คุ้มครอง	คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพของประชาชน	หน่วยงานเดียวกับภาคการจ้างงานที่ไม่เป็นทางการ
ผู้จัดเก็บเงินสมทบ	กระทรวงการคลัง	ภาษีทั่วไป
	สำนักงานประกันสังคม	เงินสมทบทั้งในส่วนของข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานของรัฐ และลูกจ้างภาคเอกชน
	กระทรวงพาณิชย์ (คุ้มครองผู้ประกอบการ)	โอนเบี้ยประกันภัยในส่วนของผู้มีสิทธิเข้าสู่กองทุนหลักประกันสุขภาพ
ผู้บริหารกองทุน	สำนักงานประกันสังคม	ถ่ายโอนงบประมาณและการบริหารจัดการสวัสดิการสุขภาพของข้าราชการมาให้สำนักงานประกันสังคม และงานด้านสวัสดิการสุขภาพของสำนักงานประกันสังคมออกนอกระบบราชการเป็นองค์การมหาชน
ผู้ให้บริการ	คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ (Area Purchaser Board)	สำนักงานประกันสังคมมอบอำนาจหน้าที่เดิมในการซื้อบริการสู่ Area Purchaser Board
กลไกสนับสนุน	กองทุนกระจายความเสี่ยงในส่วนภาคไม่เป็นทางการ	กระจายความเสี่ยงระหว่างองค์กรบริหารระดับพื้นที่
	สำนักงานหลักประกันสุขภาพของประชาชน (HCFA)	ให้ข้อมูลและเป็นพี่เลี้ยงแก่ Area Board ประมวลข้อมูลการเบิกจ่าย

การดำเนินการในการปรับระบบ:

1. การออกกฎหมายปรับโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของสำนักงานประกันสังคม ให้ปฏิบัติหน้าที่สอดคล้องตามแนวทางของระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศที่กำหนดไว้ และรองรับการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพทั้งในส่วนของการข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานของรัฐและลูกจ้างภาคเอกชน เพิ่มขึ้นกว่าเดิม
2. การบริหารจัดการในสำนักงาน ด้านข้อมูลจะต้องมีความโปร่งใสและตรวจสอบได้ชัดเจน
3. สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพของการข้าราชการและงบประมาณต่อหัวจะต้องไม่ดำเนินการในลักษณะให้เกิดการรอนสิทธิ การตัดทอนส่วนของงบประมาณ หรือการกำหนดเงินสมทบจะต้องทดแทนด้วยการเพิ่มเงินเดือน
4. สิทธิประโยชน์ของสวัสดิการของพนักงานรัฐวิสาหกิจในส่วนที่เพิ่มเติมจากสิทธิประโยชน์พื้นฐานทางสุขภาพของระบบหลักประกันสุขภาพ สามารถกระทำได้โดยอาศัยความเป็นนายจ้างซึ่งต้องจ่ายเงินเพิ่มเติมของรัฐวิสาหกิจแต่ละแห่งดำเนินการภายใต้กรอบที่กฎหมายกำหนดเอง
5. ปรับกฎหมาย พรบ. คู่ครองผู้ประสบภัยจากรถ ให้บริษัทประกันวินาศภัยเป็นเพียงผู้เก็บเบี้ยประกันภัยโดยได้รับค่าบริหารจัดการร้อยละ 3 – 5 เท่านั้น และโอนเงินมาสู่กองทุนหลักประกันสุขภาพ

บทวิเคราะห์ 3.1

การรวมระบบสวัสดิการสุขภาพข้าราชการและกองทุนประกันสังคม: จำเป็นหรือไม่?

จากประสบการณ์ของระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการที่อยู่ภายใต้การดูแลของกรมบัญชีกลางที่ผ่านมา มีปัญหาในการบริหารจัดการระบบที่ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วกว่า 5 เท่า ในช่วงเวลา 10 ปี ประกอบกับยังไม่มีการจัดทำระบบฐานข้อมูลผู้มีสิทธิ ผู้ให้บริการ ตลอดจนระบบการตรวจสอบต่างๆ และประกันคุณภาพอย่างเป็นรูปธรรม จนต้องมีข้อเสนอเพื่อการปฏิรูประบบครั้งใหญ่ที่ได้รับอนุมัติจากคณะรัฐมนตรีในปี 2543 ในขณะที่ช่วงเวลาเดียวกัน ระบบประกันสังคมได้มีการพัฒนาการบริหารจัดการให้ดีขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม แม้ว่าจะยังมีข้อบกพร่องอยู่บ้าง

การรวมระบบสวัสดิการสุขภาพข้าราชการและกองทุนประกันสังคม เป็นการเสริมศักยภาพของระบบให้มั่นคงขึ้น ลดปัญหาเรื่องต้นทุนการบริหารจัดการ การตรวจสอบการเบิกจ่าย และประกันคุณภาพ ที่จะเข้าซ้อนในอนาคตจากแผนงานการปฏิรูปของระบบสวัสดิการของข้าราชการ

การรวมระบบทั้งสอง ยังมีส่วนเสริมปรัชญาในการจัดระบบหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชนที่ทำงานอยู่ในภาคการจ้างงานอย่างเป็นทางการไม่ว่าจะเป็นภาครัฐหรือภาคเอกชนเข้าด้วยกันเป็นมาตรฐานเดียวกันด้วย ซึ่งอาจพัฒนาเป็นระบบการจ่ายเงินสมทบ (Contributory scheme) ในรูปแบบเดียวกัน อย่างไรก็ตาม หากจะมีการจัดสวัสดิการใดเสริมเป็นพิเศษ สามารถทำได้โดยเป็นความรับผิดชอบของนายจ้างในแต่ละระบบเป็นสำคัญ

3.2) ระบบและกลไกสำหรับการบริหารหลักประกันสุขภาพนอกภาคการจ้างงาน

การบริหารจัดการหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชนนอกภาคการจ้างงานอย่างเป็นทางการ เป็นการ จัดหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชนที่ไม่ใช่ลูกจ้างของรัฐและสถานประกอบการเอกชน หรือครอบครัว ซึ่งอาจเป็นผู้ที่ประกอบอาชีพอิสระ แรงงานอิสระ เกษตรกร ผู้สูงอายุ พระภิกษุสงฆ์ ผู้พิการ เด็กเล็กและเด็กในวัยเรียน การบริหารจัดการแต่เดิมเป็นความรับผิดชอบของสำนักงานประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งประสบปัญหาในการสร้างความครอบคลุมของหลักประกัน การจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับประชาชนในกลุ่มนี้ จำเป็นต้องกำหนดหน่วยงานรับผิดชอบเป็นองค์กรใหม่เพื่อสอดคล้องกับปรัชญาและกฎหมายของระบบหลักประกันสุขภาพใหม่ โดยมีรายละเอียดโดยสังเขปแสดงดังตารางที่ 3.9

ตารางที่ 3.9 องค์กรประกอบที่เป็นทางเลือกสำหรับการบริหารจัดการในระบบกองทุนชู้ชานาน นอกภาคการจ้างงานอย่างเป็นทางการ

ระบบและกลไก	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	กรณีเงื่อนไข
ผู้คุ้มครอง	คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพของประชาชน	หน่วยงานเดียวกับภาคการจ้างงานที่เป็นทางการ
ผู้จัดเก็บเงินสมทบ	กระทรวงการคลัง	ภาษีทั่วไป
	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	ภาษีบำรุงท้องถิ่น และเงินสมทบ (ในอนาคต)
	กระทรวงพาณิชย์ (คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ)	โอนเบี้ยประกันภัยในส่วนของผู้มีสิทธิมาสู่กองทุนหลักประกันสุขภาพ
ผู้บริหารกองทุน	สำนักงานหลักประกันสุขภาพของประชาชน (HCFA)	
ผู้ให้บริการ	คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ (Area Purchaser Board)	ดูแลการซื้อบริการในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบทั้งหมด
กลไกสนับสนุน	กองทุนกระจายความเสี่ยงในส่วนภาคไม่ใช่งาน	กระจายความเสี่ยงระหว่างองค์กรบริหารระดับพื้นที่
	สำนักงานหลักประกันสุขภาพของประชาชน (HCFA)	ให้ข้อมูลและเป็นพี่เลี้ยงแก่ Area Board

3.4 ข้อได้เปรียบและข้อด้อยของทางเลือก

การปรับโครงสร้างการจัดการและบทบาทของระบบกองทุนสวัสดิการสุขภาพและประกันสุขภาพต่างๆ ให้มีมาตรฐานการทำงานภายใต้ปรัชญาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศในช่วงของการเปลี่ยนผ่านนั้นน่าจะทำได้ง่ายกว่าการยุบรวมกองทุนต่างๆ ทั้งหมดเข้าด้วยกัน

จุดเด่นของการจัดระบบหลักประกันสุขภาพคู่ขนานสำหรับภาคการจ้างงานที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เปรียบเทียบกับสถานการณ์ของสวัสดิการและประกันสุขภาพในปัจจุบัน ได้แก่

- 1) สามารถคงระบบประกันสุขภาพที่มีดีอยู่แล้วให้ดำเนินการต่อไป แต่ให้ค่อยๆ ปรับระบบที่มีความแตกต่างกันให้มีสิทธิประโยชน์และความคุ้มครองบริการทางสุขภาพพื้นฐานที่มีความจำเป็นในมาตรฐานเดียวกัน
- 2) ยังคงรักษาการเปรียบเทียบและอ้างอิงระหว่างระบบ (Yardstick) มีส่วนส่งเสริมให้เกิดการยกระดับและพัฒนาคุณภาพของระบบต่างๆ นอกจากนี้การพัฒนาสามารถทำไปที่ระบบได้หากมีทรัพยากรจำกัด
- 3) หลีกเลี่ยงปัญหาการรวมกองทุนขนาดใหญ่ ที่การปรับระบบมีความเสี่ยงที่อาจส่งผลให้มุ่งสู่ภาวะตกต่ำร่วมกัน ไม่จำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงระบบที่ดำเนินการดีแล้วมากนักในด้านโครงสร้างและหน่วยงานที่รับผิดชอบดูแล ทำให้ช่วยลดแรงต้านทานต่อการปฏิรูปของกลุ่มผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้อง
- 4) ลดปัญหาการอุดหนุนข้ามระบบสวัสดิการและประกันสุขภาพที่มีอยู่

อย่างไรก็ตาม รูปแบบที่เสนอยังต้องสร้างความชัดเจนในประเด็นรายละเอียดเพิ่มเติมต่อไปในเรื่อง มาตรการหรือกลไกอะไรในการที่จะทำให้เกิดความเสมอภาคระหว่างระบบประกันทั้งสองแบบที่มี และความเสมอภาคระหว่างการจัดสรรเงินให้กับผู้ซื้อบริการสุขภาพในพื้นที่ต่างๆ ว่าจะมีกลไกหรือมาตรการอย่างไร

ระบบการคลังสำหรับกลุ่มประชาชนที่อยู่นอกภาคการจ้างงานอย่างเป็นทางการจะดำเนินการอย่างไร มีรายละเอียดที่ต้องวางแผนปฏิบัติต่อไปมาก ข้อเสนอให้มีการจ่ายเบี้ยประกันตามสมัครใจและเก็บส่วนร่วมจ่ายที่แพงขึ้นสำหรับกลุ่มคนที่ไม่ทำประกันนั้นจะไม่สามารถแก้ปัญหาได้เนื่องจากคนที่เจ็บป่วยเท่านั้นที่จะเข้ามาซื้อประกัน ในขณะที่คนไม่ป่วยก็ไม่มาซื้อประกัน ซึ่งก็จะทำให้มีปัญหาด้านความมั่นคงของกองทุน ขณะเดียวกันก็จะเป็นภาระกับรัฐมากในการจัดเงินสนับสนุน โดยคนที่มีความเสี่ยงที่แน่นอนว่าไม่ป่วยก็จะไม่ซื้อประกัน ประเด็นด้านความเป็นธรรมด้านการคลังของระบบที่มีหลายกองทุนเป็นประเด็นที่ยังไม่มีความชัดเจนว่าจะทำให้เกิดได้อย่างไร (แต่ในด้านสิทธิประโยชน์สามารถทำให้เกิดได้โดยกำหนดชุดสิทธิประโยชน์และวิธีการจ่ายเงินและอัตราที่เหมือนกัน)

การจะยกเลิกประกันผู้ประสบภัยจากรถนั้น ยังไม่สามารถสร้างข้อเสนอได้อย่างชัดเจนในทันทีว่าจะมีกลวิธีดำเนินการอย่างไร จะยุบรวมกองทุนเข้ามาในระบบประกันสุขภาพในระบบได้อย่างไร หรือยกเลิกไปเลยไม่ต้องจ่าย (ซึ่งไม่น่าเป็นเช่นนั้น) รายละเอียดในประเด็นนี้จำเป็นต้องมีการดำเนินการต่อไป

นอกจากนั้นก็ยังมีความชัดเจนในด้าน การบริหารจัดการ เช่นบทบาทหน้าที่ของกองทุนกลาง กองทุนจังหวัด ว่ามีบทบาทหน้าที่อย่างไร ในภาคการจ้างงานผู้บริหารคือสำนักงานประกันสังคม ที่มีประสบการณ์ในการจัดการมาแล้วระยะเวลานาน แต่ระบบการคลังสำหรับกลุ่มคนที่ยังไม่อยู่ในภาคการจ้างงานอย่างเป็นทางการจะทำอย่างไร จำเป็นจะต้องมีการร่างกฎหมายต่างๆ รองรับ สร้างองค์กรและพัฒนาเทคโนโลยีการจัดการและระบบสารสนเทศต่างๆ ต่อไป

การสรุปประเด็นเปรียบเทียบข้อได้เปรียบและข้อด้อยข้างต้น และประเด็นอื่นๆ ตามเป้าหมายสำคัญของการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แสดงได้ดังตารางที่ 3.10

ตารางที่ 3.10 ข้อได้เปรียบและข้อด้อยของระบบหลักประกันสุขภาพคู่ขนานสำหรับภาคการจ้างงานที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

ประเด็นเป้าหมาย	ข้อได้เปรียบ	ข้อด้อย
ความเป็นธรรมและความเท่าเทียม	ทำให้เกิดความเสมอภาคและเป็นธรรมได้ง่าย แต่ความเป็นธรรมสามารถเกิดได้โดยไม่จำเป็นต้องมีกองทุนเดียวกัน แต่จำเป็นต้องมีองค์กรกำหนดนโยบายและประสานระดับชาติที่ชัดเจนและอาศัยกลไกมหภาคในการให้เกิดความเป็นธรรม	อาจมีการกำหนดสิทธิประโยชน์และงบประมาณไม่เท่าเทียมกันระหว่างระบบ
ประสิทธิภาพ	เป็นโอกาสในการสร้างระบบประกันสุขภาพแบบมีเงินสมทบ Contributory scheme การรวมกองทุนเป็นกองทุนเดียว จะเสียโอกาสการปรับสวัสดิการสุขภาพข้าราชการในลักษณะของระบบเงินสมทบ สร้างหลักการของการร่วมรับความรับผิดชอบในสุขภาพของตนเอง	การขาดประสบการณ์และระบบการบริหารจัดการสำหรับการประกันสุขภาพนอกภาคการจ้างงานอย่างเป็นทางการ อาจทำให้เกิดปัญหาการบริหารจัดการในระยะแรก โดยเฉพาะในเรื่องการตรวจสอบสิทธิของประชาชนกลุ่มที่เป็นครอบครัวของข้าราชการ พนักงานของรัฐและลูกจ้างภาคเอกชน
	เป็นการหลีกเลี่ยงการรวมศูนย์อำนาจทั้งหมด การมีกองทุนเดียวจะทำให้เกิด ระบบการรวมศูนย์อำนาจที่ใหญ่มาก หากบริหารไม่มีประสิทธิภาพก็จะมีผลกระทบต่อบริษัทสูงมาก	
	มีการกระจายความเสี่ยงที่ดี อย่างไรก็ตามในระบบหลายกองทุนก็อาจทำได้หากมีขนาดใหญ่พอ	การรวมกองทุนในทางปฏิบัติทำได้ยาก ด้วยเหตุผลทั้งทางการเมืองและการจัดการ
ทางเลือกและคุณภาพของระบบ	มีการเปรียบเทียบระหว่างกองทุนส่งเสริมให้เกิดการพัฒนา การให้มีการแข่งขันกันระหว่างกองทุน อย่างน้อยเป็น Yardstick competition สามารถเกิดขึ้นได้ในระบบหลายกองทุน	

4. ข้อเปรียบเทียบระหว่างทางเลือกและทางเลือกที่น่าจะเป็น

ทางเลือกในการไปสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้ง 3 ทางเลือกที่นำเสนอมาข้างต้น มีทั้งข้อได้เปรียบและข้อด้อยที่มีความแตกต่างกันไปในประเด็นด้านต่างๆ การเปรียบเทียบแนวทางการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้ง 3 แนวทาง ตามหลักเกณฑ์ที่เสนอไว้ อาจสรุปได้ดังตารางที่ 3.11

ตารางที่ 3.11 ข้อเปรียบเทียบระหว่างทางเลือก 3 กรณี

ประเด็น	การขยายระบบที่มีอยู่	ระบบกองทุนเดียว	ระบบประกันสุขภาพคู่
ชุดสิทธิประโยชน์ที่รอบด้านเพียงพอและเหมาะสมในการที่จะทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างเสมอภาค	+	+++	++
ความครอบคลุมสู่การมีสุขภาพดีถ้วนหน้า	+	+++	+++
การส่งเสริมให้มีการใช้บริการใกล้บ้าน	-	อยู่ในการจัดการ	อยู่ในการจัดการ
หลักของการประกันสุขภาพ และมีการกระจายความเสี่ยง	+	+++	+++
การแบ่งแยกบทบาทของหน่วยงานผู้ให้บริการและผู้ให้บริการ	+	+++	+++
ส่งเสริมการพัฒนาประกันสุขภาพ	+	++	+++
ความเป็นไปได้ด้านงบประมาณ	+	++	+++
ความสามารถในการระดมทุนจากเงินสมทบ	++	+	+++
ส่งเสริมการแข่งขันในการให้บริการ	+	+++	+++
ความสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้	+	+++	++
การตรวจสอบและคานอำนาจ	+	++	++
การเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมรับผิดชอบของประชาชน	+	++	+++
ความเป็นไปได้ในการปรับระบบและกลไกในการจัดการในระยะสั้น	+++	+	++

หมายเหตุ + มีโอกาสทำได้ในระดับน้อย
++ มีโอกาสทำได้ในระดับปานกลาง
+++ มีโอกาสทำได้ในระดับมาก

ด้วยข้อมูลและบทวิเคราะห์ที่น่าเสนอไว้ข้างต้น ทางเลือกในการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่คณะทำงานเห็นว่ามีความเหมาะสมมากที่สุดสำหรับสถานการณ์ในระบบสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบัน ได้แก่ การเริ่มต้นด้วยการจัดระบบหลักประกันสุขภาพคู่ขนานสำหรับภาคการจ้างงานที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ (Dual health insurance system for formal and informal sectors) แล้วนำสู่ระบบหลักประกันสุขภาพแบบกองทุนเดียว (Single payer system) ในที่สุด

บทที่ 4

การจัดองค์กรและหน่วยงานรองรับระบบหลักประกันสุขภาพ

การเสนอให้มีการเริ่มต้นด้วยการจัดระบบหลักประกันสุขภาพคู่ขนานสำหรับภาคการจ้างงานที่เป็นทางการ และไม่เป็นทางการด้วยเหตุผลสำคัญดังที่เสนอไว้แล้วในบทที่ 5

การนำเสนอรายละเอียดของเนื้อหาต่อไปนี้จะมุ่งเน้นประเด็นด้านการบริหารจัดการ เป็นไปภายใต้ข้อสมมติของการเลือกทางเลือกในการจัดระบบหลักประกันสุขภาพคู่และการจัดระบบหลักประกันสุขภาพแบบกองทุนเดี่ยวดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพของประชาชน, คสป. (National Health Insurance Board, NHB)

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพของประชาชน (คสป.) เป็นองค์กรอิสระระดับชาติที่มีกฎหมาย พระราชบัญญัติเกี่ยวกับระบบสุขภาพหรือหลักประกันสุขภาพของประชาชนให้อำนาจไว้ให้เป็นผู้คุมกฎ โดยมีความเชื่อมโยงกับสุขภาพแห่งชาติ (หากมีการจัดตั้งตาม พรบ.สุขภาพแห่งชาติ) ทำหน้าที่กำหนดนโยบายในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพของประเทศ ตลอดจนวางแนวทางในการตรวจสอบและประกันคุณภาพ ตามกรอบแนวความคิดในบทที่ 2 ที่นำเสนอไว้แล้ว

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพของประชาชนควรมีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

1. วางกรอบสิทธิประโยชน์พื้นฐานทางสุขภาพที่ระบบประกันสุขภาพของประเทศจะต้องให้ความคุ้มครอง ซึ่งควรมีการพิจารณาทบทวนตามความเหมาะสม อย่างน้อยทุก 3 ปี
2. กำหนดนโยบายและมาตรฐานของบริการทางสุขภาพ หน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการคู่สัญญา ตลอดจนกำหนดมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการประกันสุขภาพของประชาชน
3. กำหนดนโยบายและหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนประกันสุขภาพ ตลอดจนหลักเกณฑ์ในการจัดสรรงบประมาณหลักประกันสุขภาพแก่พื้นที่
4. กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการกำหนดอัตราเงินอุดหนุนให้แก่กองทุนหลักประกันสุขภาพที่จะได้รับจากรัฐบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องกับการประกันสุขภาพของประชาชน
5. ให้คำแนะนำต่อรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้องในการออกประกาศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย
6. รายงานผลการดำเนินงานของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อสาธารณชน
7. ออกระเบียบในการจัดหาผลประโยชน์ของกองทุนประกันสุขภาพตามที่กฎหมายอนุญาต
8. ควบคุมดูแลสำนักงานหลักประกันสุขภาพของประชาชน ให้ดำเนินกิจการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้รวมถึง
 - 8.1. กำหนดนโยบายในการบริหารงาน และให้ความเห็นชอบแผนการดำเนินงานของสำนักงาน

8.2. อนุมัติแผนการเงินของสำนักงาน

8.3. ควบคุมดูแลการดำเนินงานและการบริหารงานทั่วไป ตลอดจนออกระเบียบ ข้อบังคับ ประกาศหรือข้อกำหนดเกี่ยวกับสำนักงานตามที่กฎหมายให้อำนาจ

ในช่วงเปลี่ยนผ่านที่ยังมีการแยกกองทุนระบบคู่ขนาน ควรให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพของประชาชนทำหน้าที่ในข้อที่ 1 ถึง 6 เป็นหลัก ส่วนข้อ 7 ถึง 8 ให้เป็นความรับผิดชอบของการจัดการแต่ละกองทุน ภายหลังเมื่อมีการจัดระบบที่สมบูรณ์ จึงให้คณะกรรมการฯ ปฏิบัติหน้าที่ตามที่สมควร ครบทั้ง 8 ประการ

องค์ประกอบของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพของประชาชน มีหลักการเพื่อให้เกิดสมดุลของการทำงานเพื่อให้ได้มุมมองอย่างครบถ้วน แต่ไม่ใช่เพื่อเป็นตัวแทนของกลุ่มผลประโยชน์ ประกอบด้วย กรรมการ 3 กลุ่ม ดังต่อไปนี้

- (1) **ผู้แทนผู้บริหารนโยบายของรัฐ** ซึ่งจำเป็นต้องสะท้อนนโยบายด้านการลงทุนด้านการคลัง นโยบายด้านสวัสดิการของรัฐ และนโยบายด้านสาธารณสุข
- (2) **ผู้รับสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ** ซึ่งเป็นผู้รับประโยชน์จากการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศ ซึ่งได้แก่ ประชาชนโดยทั่วไป ลูกจ้าง ข้าราชการ ตลอดจนกลุ่มที่สะท้อนมุมมองของประชาชนบางกลุ่มซึ่งต้องการการดูแลเป็นพิเศษจากสังคม ซึ่งอาจได้มาจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีองค์ประกอบมาจากการเลือกตั้งเป็นตัวแทนของประชาชนในพื้นที่ องค์การเอกชน
- (3) **ผู้ทรงคุณวุฒิ** ที่จะให้ข้อคิดเห็น และพิจารณาประเด็นต่างๆ จากมุมมองทางวิชาการสหสาขา เพื่อให้การตัดสินใจของกรรมการตามกรอบอำนาจหน้าที่อยู่บนพื้นฐานทางวิชาการที่ชัดเจน รอบคอบและรอบด้าน

จำนวนกรรมการมีทั้งสิ้น 23 ท่าน ได้แก่

1. กรรมการผู้แทนผู้บริหารนโยบายของรัฐ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่
 - 1.1. ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ (ต่อไปเป็นกระทรวงการศึกษาและวัฒนธรรม)
 - 1.2. ปลัดกระทรวงสาธารณสุข
 - 1.3. ปลัดกระทรวงการคลัง
 - 1.4. เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม
 - 1.5. เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพของประชาชน
2. กรรมการที่เป็นผู้แทนของประชาชนผู้รับสิทธิประโยชน์ จำนวน 11 ท่าน ได้แก่
 - 2.1. ผู้แทนประชาชนที่มาจากการเลือกตั้งในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 4 ท่าน
 - 2.2. ผู้แทนองค์กรเอกชน เลือกกันเองภายในกลุ่ม กลุ่มละ 1 คน รวมจำนวน 4 ท่าน ได้แก่
 - 2.2.1. การพัฒนาชนบท การพัฒนาชุมชนเมือง การจัดการทรัพยากรธรรมชาติ การจัดการสิ่งแวดล้อม การจัดการเกษตรทางเลือก หรือการจัดการเทคโนโลยีที่เหมาะสม
 - 2.2.2. การพัฒนาชีวิตของเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือผู้ป่วย

- 2.2.3. การดำเนินงานด้านสิทธิเสรีภาพของประชาชน สิทธิผู้บริโภค การส่งเสริมประชาธิปไตย หรือการพัฒนาแรงงาน
- 2.2.4. การดำเนินงานด้านการสาธารณสุข การศึกษาหรือศิลปวัฒนธรรม
- 2.3. ผู้แทนสหภาพแรงงาน สหภาพแรงงานรัฐวิสาหกิจ และข้าราชการ ฝ่ายละ 1 ท่าน จำนวน 3 ท่าน
3. กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 ท่าน
 - 3.1. ด้านการประกันสุขภาพ
 - 3.2. ด้านการแพทย์
 - 3.3. ด้านการสาธารณสุข
 - 3.4. ด้านเศรษฐศาสตร์
 - 3.5. ด้านกฎหมาย
 - 3.6. ด้านสังคมศาสตร์
 - 3.7. ด้านการบริหารโรงพยาบาล

ทั้งนี้ มีเลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพของประชาชนเป็นเลขานุการของคณะกรรมการโดยตำแหน่ง และจัดให้มีการเลือกประธานต่อไป ทั้งนี้คณะกรรมการมีวาระคราวละ 4 ปี และจะดำรงตำแหน่งเกินกว่า 2 วาระติดต่อกันไม่ได้ ยกเว้นกรรมการโดยตำแหน่ง

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพของประชาชน จะมีคณะกรรมการชุดต่างๆ ที่สำคัญเพื่อดำเนินการตามภารกิจขององค์กร 4 ชุด ซึ่งอาจมีอำนาจและประกอบด้วยคณะบุคคลดังต่อไปนี้

1. คณะกรรมการการแพทย์และสิทธิประโยชน์ (คกพส.) มีอำนาจและความรับผิดชอบในการเสนอความเห็นต่อ คสป. เกี่ยวกับการดำเนินงานในการให้บริการทางการแพทย์ กำหนดหลักเกณฑ์ บริการและอัตราสำหรับสิทธิประโยชน์พื้นฐานทางสุขภาพภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศ เสนอความเห็นต่อคณะกรรมการบริหาร เกี่ยวกับการออกกฎ ระเบียบที่เกี่ยวข้องกับบริการทางการแพทย์ ให้คำปรึกษาและแนะนำทางการแพทย์ แก่ คสป. พิจารณาเรื่องส่งปรึกษาและเรื่องอุทธรณ์กรณีร้องเรียนที่เกี่ยวข้องกับการบริการทางการแพทย์ ตลอดจนปฏิบัติการอื่นตามที่กฎหมายกำหนด คกพส. อาจประกอบด้วย
 - 1.1 ผู้แทนจากสาขาวิชาชีพทางสุขภาพ และจากกระทรวงสาธารณสุข
 - 1.2 ผู้แทนคณบดีคณะแพทยศาสตร์จากมหาวิทยาลัยภายในประเทศ
 - 1.3 ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขานิติเวชศาสตร์ สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข
 - 1.4 ผู้แทนประชาชน ลูกจ้าง ข้าราชการ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ
 - 1.5 หัวหน้าฝ่ายจัดการบริการทางการแพทย์ของสำนักงานฯ (เป็นกรรมการและเลขานุการ)
2. คณะกรรมการวิชาการและพัฒนาระบบ (คกพว.) มีอำนาจและความรับผิดชอบในการกำหนดและเสนอความเห็นต่อ คสป. เกี่ยวกับการศึกษา วิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้องตลอดจนการพัฒนาระบบของสำนักงานฯ ในด้านต่างๆ เช่น การแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญในการดำเนินงาน การพัฒนาระบบฐานข้อมูลสารสนเทศ ระบบการเบิกจ่าย ระบบตรวจสอบ เป็นต้น คกพว. อาจประกอบด้วย

- 2.1 ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
 - 2.2 ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการจัดการการเงินทางสุขภาพหรือเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านงานวิจัยระบบสาธารณสุข ด้านการจัดการกองทุน ด้านระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการด้านการประกันภัย
 - 2.3 ตัวแทนประชาชน ลูกจ้าง ข้าราชการ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ
 - 2.4 หัวหน้าฝ่ายงานการเงินและบัญชีกองทุนของสำนักงานฯ
 - 2.5 หัวหน้าฝ่ายงานทะเบียนและสารสนเทศของสำนักงานฯ
 - 2.6 หัวหน้าฝ่ายบริหารงานทั่วไปของสำนักงานฯ (เป็นกรรมการและเลขานุการ)
3. คณะกรรมการควบคุมกำกับคุณภาพ มาตรฐาน และคุ้มครองผู้มีหลักประกัน (คกมค.) มีอำนาจตามกฎหมายและความรับผิดชอบในการกำหนดและเสนอความเห็นต่อ คสป. เกี่ยวกับการวางมาตรฐานของหน่วยบริการคู่สัญญา ควบคุมกำกับหน่วยบริการและเครือข่าย (ในส่วนเพิ่มเติมหรือเกื้อหนุนต่อสิ่งที่ดำเนินการโดยสถาบันด้านการรับรองคุณภาพ) กำหนดแนวทางกระบวนการเยี่ยมสำรวจหน่วยบริการและเครือข่ายคู่สัญญา และร่วมกับคณะอนุกรรมการของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ในการเยี่ยมสำรวจเพื่อประเมินคุณภาพพิจารณารับรองการรับและยกเลิกหรือถอดถอนการทำสัญญากับสถานพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการคู่สัญญาเพื่อเสนอต่อ คสป. วางหลักเกณฑ์ กลไกและตรวจสอบการพิจารณาเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการบริการและการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ รวมถึงการถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการ พิจารณากรณีร้องเรียนที่มีการใช้บริการข้ามเขตพื้นที่บริการ ตลอดจนปฏิบัติการอื่นตามที่กฎหมายกำหนดรายงานต่อ คสป. คกมค. ประกอบด้วย
- 3.1 ผู้แทนจากสภาวิชาชีพ เช่น แพทยสภา ทันตแพทยสภา สภาเภสัชกรรม สภาการพยาบาล คณะกรรมการผู้ประกอบโรคศิลปะ เป็นต้น
 - 3.2 กรรมการโดยตำแหน่งจากหน่วยงานของรัฐที่ทำหน้าที่ด้านคุณภาพ และมาตรฐาน เช่น สำนักงานประกันสังคม สื่อมวลชน กองประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
 - 3.3 ผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์และสาธารณสุข ด้านการจัดการคุณภาพในสถานพยาบาล และด้านกฎหมายวิชาชีพสุขภาพและสถานพยาบาล
 - 3.4 ตัวแทนของประชาชน ลูกจ้าง ข้าราชการ และพนักงานรัฐวิสาหกิจผู้รับสิทธิประโยชน์
 - 3.5 เลขานุการสำนักงานควบคุมกำกับคุณภาพและมาตรฐาน
4. คณะกรรมการอุทธรณ์ (คกอ.) มีอำนาจและความรับผิดชอบในการพิจารณาและเสนอความเห็นต่อ คสป. เกี่ยวกับกรณีข้อร้องเรียนเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ และการบริการ ที่มีผู้ขอให้มีการทบทวนการตัดสินใจของคณะกรรมการหรือหน่วยงานในสังกัดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ ตลอดจนคำวินิจฉัยของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ คกอ. ประกอบด้วย
- 4.1 ผู้แทนจากสภาวิชาชีพ เช่น แพทยสภา ทันตแพทยสภา สภาเภสัชกรรม สภาการพยาบาล คณะกรรมการผู้ประกอบโรคศิลปะ

- 4.2 ผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์และสาธารณสุข ของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพของประชาชนด้าน
การจัดการคุณภาพในสถานพยาบาล ด้านกฎหมายวิชาชีพสุขภาพและสถานพยาบาล
- 4.3 ตัวแทนประชาชน ลูกจ้าง ข้าราชการ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ
- 4.4 เลขาธิการสำนักงานควบคุมกำกับคุณภาพและมาตรฐาน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพของประชาชน, สปสปล. (Health Care Financing Administration, HCFA)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพของประชาชน (สปสปล.) ทำหน้าที่เสมือนเป็นหน่วยงานทางธุรการให้แก่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพของประชาชน ซึ่งอาจจัดตั้งขึ้นเป็นรูปแบบองค์การมหาชน โดยระบบงานและโครงสร้างของสำนักงานเอง ควรเป็นองค์กรขนาดกลาง ที่เน้นหลักประสิทธิภาพ โดยวิธีดำเนินงานอาศัยสมรรถนะที่สูง ร่วมกับการจัดจ้างหน่วยงานภายนอกให้ปฏิบัติภารกิจส่วนต่างๆ ตามความจำเป็นได้ เช่น การจัดการด้านการตรวจสอบข้อมูลและประมวลผลข้อมูล เป็นต้น

บทบาทและภารกิจของสำนักงานหลักประกันสุขภาพของประชาชน (สปสปล.) มีดังต่อไปนี้

1. เป็นหน่วยงานด้านธุรการให้แก่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพของประชาชน
2. บริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในส่วนที่มีอำนาจและได้รับมอบหมายตามกฎหมาย
3. จัดทำระบบทะเบียนประชาชนผู้มีสิทธิทั่วประเทศ
4. จัดทำระบบทะเบียนผู้ให้บริการ ที่เป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการคู่สัญญา
5. จัดสรรงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ (Area Purchaser Board, APB) ตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพของประชาชนกำหนด
6. จัดการระบบสารสนเทศและฐานข้อมูล (Information system and data clearing house) ในด้านต่อไปนี้
 - 6.1. กำหนดมาตรฐานระบบข้อมูลและฐานข้อมูลภายในระบบ
 - 6.2. ประชาชนผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ และประสานฐานข้อมูลการเลือกหน่วยบริการคู่สัญญา ระดับปฐมภูมิของผู้มีสิทธิของแต่ละพื้นที่
 - 6.3. ผู้ให้บริการ อันได้แก่ หน่วยบริการและเครือข่าย ตลอดจนตรวจสอบข้อมูล และประมวลข้อมูลด้านการให้บริการและคุณภาพมาตรฐานของบริการ
 - 6.4. การเบิกจ่ายค่าตอบแทนและเงินอุดหนุน ของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพในพื้นที่บริการต่างๆ รวมถึงการเบิกจ่ายกรณีฉุกเฉิน อุบัติเหตุ การใช้บริการข้ามเขต หรือสิทธิประโยชน์อื่นใดตามที่กำหนดไว้
 - 6.5. การรับเรื่องร้องเรียนจากผู้ใช้บริการ ข้อพิพาท ตลอดจนการแก้ไขข้อพิพาทต่างๆ
7. ประมวลข้อมูลผลงานดำเนินงาน และทำข้อเสนอเพื่อการพัฒนาบบหลักประกันสุขภาพ
8. เสนอกรอบการใช้งบประมาณของการดำเนินงานเสนอต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพของประชาชน

เลขาธิการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพของประชาชน ให้สรรหาโดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพของประชาชน หรือสภาสุขภาพแห่งชาติ และแต่งตั้งโดยคณะรัฐมนตรี โครงสร้างของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ และความเชื่อมโยงกับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพของประชาชนอาจเป็นได้ดังภาพที่ 4.1

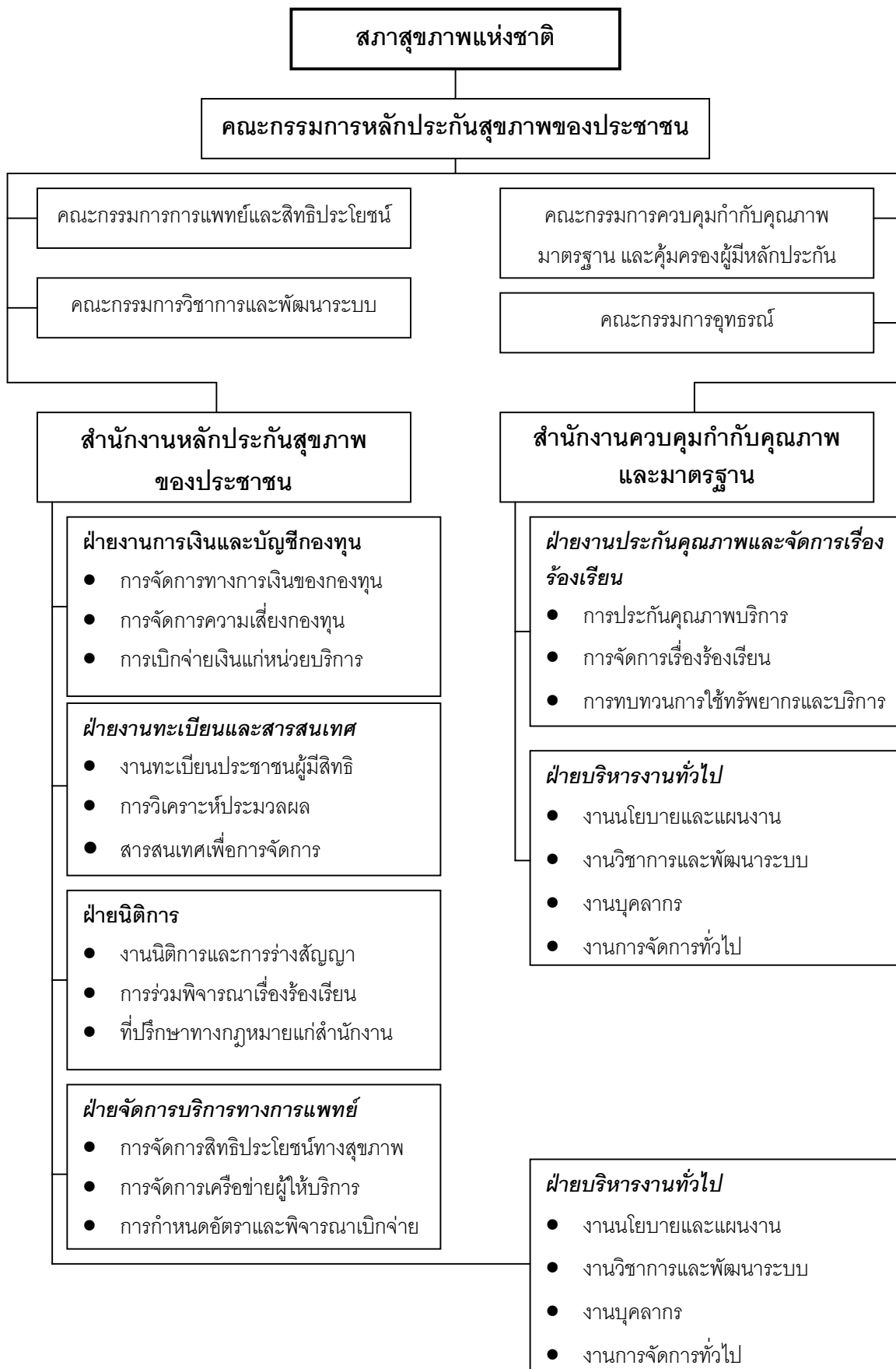
สำนักงานควบคุมกำกับคุณภาพและมาตรฐาน, สกคม. (Internal Quality Assurance Office, IQAO)

สำนักงานควบคุมกำกับคุณภาพและมาตรฐาน (สกคม.) ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานธุรการในด้านการประกันคุณภาพภายในระบบหลักประกันสุขภาพและการทบทวนการใช้ทรัพยากรต่างๆ ให้แก่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพของประชาชน ทำงานประสานกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพของประชาชนอย่างใกล้ชิด แต่ไม่ขึ้นตรงแก่กัน โดยมีบทบาทและภารกิจต่อไปนี้

1. ควบคุมและกำกับกลไกการตรวจสอบความถูกต้องของการเบิกจ่าย
 2. ดำเนินกิจกรรมด้านประกันคุณภาพภายในระบบหลักประกันสุขภาพที่ประชาชนได้รับ
 3. รับและพิจารณาเรื่องร้องเรียนจากผู้มีสิทธิตามระบบหลักประกัน และผู้ให้บริการที่เป็นหน่วยบริการคู่สัญญา โดยเฉพาะในกรณีที่ไม่สามารถดำเนินการได้ที่ระดับพื้นที่ เช่น กรณีการให้บริการข้ามเขต แต่จะไม่เป็นผู้เจรจาต่อรองในเรื่องราคากับผู้ให้บริการ
 4. รับและพิจารณาเรื่องร้องเรียนที่มีการอุทธรณ์ผลการพิจารณาของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่
- สำนักงานมีเลขาธิการเป็นผู้บริหาร โครงสร้างของสำนักงานและความสัมพันธ์กับ สปสช. แสดงได้ดังภาพที่ 4.1

ภาพที่ 4.1

ข้อเสนอตัวอย่างโครงสร้างสำนักงานหลักประกันสุขภาพของประชาชน (HCFA) และสำนักงานควบคุมกำกับคุณภาพและมาตรฐาน



คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่, คปพ. (Area purchaser board, APB)

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ (APB) เป็นองค์กรอิสระที่มี **สำนักงานหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่** ที่เป็นสาขาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นสำนักงานทำงานด้านธุรการ มีบทบาทหน้าที่ที่สำคัญดังนี้

1. บริหารเงินทุนหลักประกันสุขภาพของพื้นที่ เพื่อให้
 - มีการกระจายความเสี่ยงเพียงพอ
 - เกิดความมั่นคงทางการเงิน
 - เกิดการประหยัดเนื่องจากขนาด (Economy of scale)
2. บริหารและเจรจาต่อรองกับผู้ให้บริการ (Providers) ซึ่งมีความหลากหลาย เพื่อให้
 - มีการลงทะเบียนผู้ให้บริการ ให้มีผู้ให้บริการเสนอให้บริการแก่ประชาชนครอบคลุมทั่วพื้นที่ที่รับผิดชอบ และประชาชนมีทางเลือกในเรื่องผู้ให้บริการและเครือข่ายของผู้ให้บริการ
 - จัดให้มีลงทะเบียนประชาชนกับผู้ให้บริการแต่ละรายดูแล
 - กระตุ้นให้เกิดเครือข่ายและการแข่งขันของผู้ให้บริการ
 - จัดระบบเครือข่ายทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันรวมถึงการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างผู้ให้บริการ
 - จัดทำระบบฐานข้อมูลให้แก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
3. ตรวจสอบการปฏิบัติงานและข้อมูลของการให้บริการของผู้ให้บริการในเครือข่าย เพื่อให้
 - มีระบบสารสนเทศที่จำเป็นในการปฏิบัติการ
 - สามารถเป็นปากเสียงแก่ผู้บริโภคอย่างมีประสิทธิภาพ มีกลไกในการจัดการเรื่องร้องเรียน
 - มีการประกันคุณภาพ (Quality assurance) และผู้ให้บริการปฏิบัติตามกฎกติกาที่ตกลงกันได้ และมีการพัฒนาคุณภาพบริการ (Quality improvement)
 - ข้อมูล/รายงานตรงตามข้อเท็จจริง โดยจัดให้มีกลไกในการตรวจสอบข้อมูลการเบิกจ่าย
 - มีการทบทวนการใช้ทรัพยากร (Utilization review) และการทบทวนการใช้ยา (Drug use review)
4. ดำเนินการเบิกจ่าย เพื่อให้
 - มีการเบิกจ่ายแก่ผู้ให้บริการที่รับผิดชอบบริการกลุ่มต่างๆ ได้รับเงินทดแทนตามกติกา แม้ว่าจำนวน/ประเภทของผู้ให้บริการจะมีมาก และธุรกรรมมีความซับซ้อน
 - มีการเบิกจ่ายข้ามเขตตรงตามธุรกรรมและสอดคล้องกับนโยบายของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
 - ใช้ระบบสารสนเทศอ้างอิงการเบิกจ่ายอย่างมีประสิทธิภาพ
5. การวางแผน ประเมิน และพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ เพื่อให้
 - สอดคล้องกับปัญหาและลักษณะเฉพาะของประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบมากที่สุด
 - เชื่อมโยงระบบหลักประกันสุขภาพเข้ากับงานด้านสาธารณสุข (Public-health programs)
 - จัดเตรียมสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมภายใต้แนวทางที่กำหนดไว้ ให้ตรงกับความต้องการของพื้นที่

เกณฑ์ในการพิจารณาขนาดและขอบเขตของจำนวนประชากรของ APB:

1. สามารถรวบรวมความเสี่ยง (Risk pooling) และกระจายความเสี่ยง (Risk diversification) ในกลุ่มประชากรที่มีขนาดใหญ่พอสมควร ซึ่งสัมพันธ์กับกลไกการจ่ายเงิน
2. มีอำนาจในการต่อรอง มีเครือข่ายของผู้ให้บริการที่สามารถเจรจาด้วยได้มากกว่า 1 ราย
3. ใช้อำนาจต่อการให้บริการข้ามเขตในอัตราที่เหมาะสม ซึ่ง APB สามารถทำสัญญากับผู้ให้บริการในเขตข้างเคียง ไม่จำเป็นต้องทำสัญญากับผู้ให้บริการภายในเขตเท่านั้น
4. มีที่มาของ APB ควรมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของรัฐบาลท้องถิ่น และตัวแทนจากชุมชน ในขณะที่มีการลดปัญหาขัดแย้งกับการเมืองระดับท้องถิ่น แยกตัวออกจากอิทธิพลของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งในระดับท้องถิ่น
5. สร้างความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลและงานด้านสาธารณสุขในลักษณะที่ไม่ซ้ำซ้อน ความรับผิดชอบในการจัดระบบบริการควรให้สอดคล้องกับลักษณะชุมชน จังหวัดหรือเขตพื้นที่ แต่มีโครงสร้างแยกจากงานการคลังและการจัดบริการด้านสาธารณสุขอื่นที่ชัดเจน
6. ตอบสนองนโยบายการกระจายอำนาจ
7. APB ควรเป็นหน่วยงานที่มีประสิทธิภาพที่สุดในแง่ของขนาด กำลังคน และค่าใช้จ่ายในการบริหาร ส่วนหนึ่งได้ประสิทธิภาพของการบริหารจัดการที่เพียงพอมาจากขนาด (Economy of scale)

ขนาดของประชากรที่รับผิดชอบที่แนะนำคือควรมีขนาดตั้งแต่ 3,000,000 คนขึ้นไป ซึ่งหมายความว่าควรจะเป็นหน่วยงานระดับจังหวัดขึ้นไป (ยกเว้นกรุงเทพมหานคร) ในกรณีจังหวัดที่มีประชากรน้อย อาจจัดตั้งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ร่วมกับจังหวัดอื่นๆ ได้ การประมาณการเบื้องต้นเห็นว่าอาจมี APB จำนวนไม่เกิน 21 แห่ง APB สามารถเจรจากับหน่วยบริการข้างเคียงนอกเขตบริการหลักของตนเองได้ เพื่อให้บริการกับผู้ที่มีสิทธิที่อยู่บริเวณขอบหรือรอยต่อของเขตบริการหลัก

ความสัมพันธ์ของ APB กับสายงานทางสาธารณสุขโดยเฉพาะกระแสข้อมูลและนโยบาย ตลอดจนกระแสเงินและงบประมาณสามารถแสดงได้ดังภาพที่ 4.2

โครงสร้างและองค์ประกอบของ APB:

การจัดโครงสร้างของ APB ประกอบด้วยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ และอนุกรรมการจำนวนอย่างน้อย 3 ชุด ได้แก่

- **คณะอนุกรรมการวิชาการ** ทำหน้าที่พิจารณาสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมสำหรับประชาชนในพื้นที่ตามหลักเกณฑ์ที่ คสช. กำหนด เป็นที่ปรึกษาทางเทคนิค ตลอดจนทำข้อเสนอในการพัฒนาระบบและเครือข่ายบริการ
- **คณะอนุกรรมการทบทวนการใช้ทรัพยากร** ทำหน้าที่ในการทบทวนความถูกต้องของข้อมูลและความเหมาะสมของการเบิกจ่ายค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนประเภทต่างๆ ของหน่วยบริการคู่สัญญา
- **คณะอนุกรรมการมาตรฐานและการจัดการเรื่องร้องเรียน** ทำหน้าที่ในการเฝ้าระวัง ตรวจสอบประเมินคุณภาพของหน่วยบริการคู่สัญญา รับและพิจารณาตัดสินเรื่องร้องเรียนจากผู้ให้บริการ ตลอดจนจัดทำงบประมาณเพื่อรองรับค่าใช้จ่ายที่จำเป็นสำหรับประชาชนผู้ร้องเรียนในกระบวนการดังกล่าว

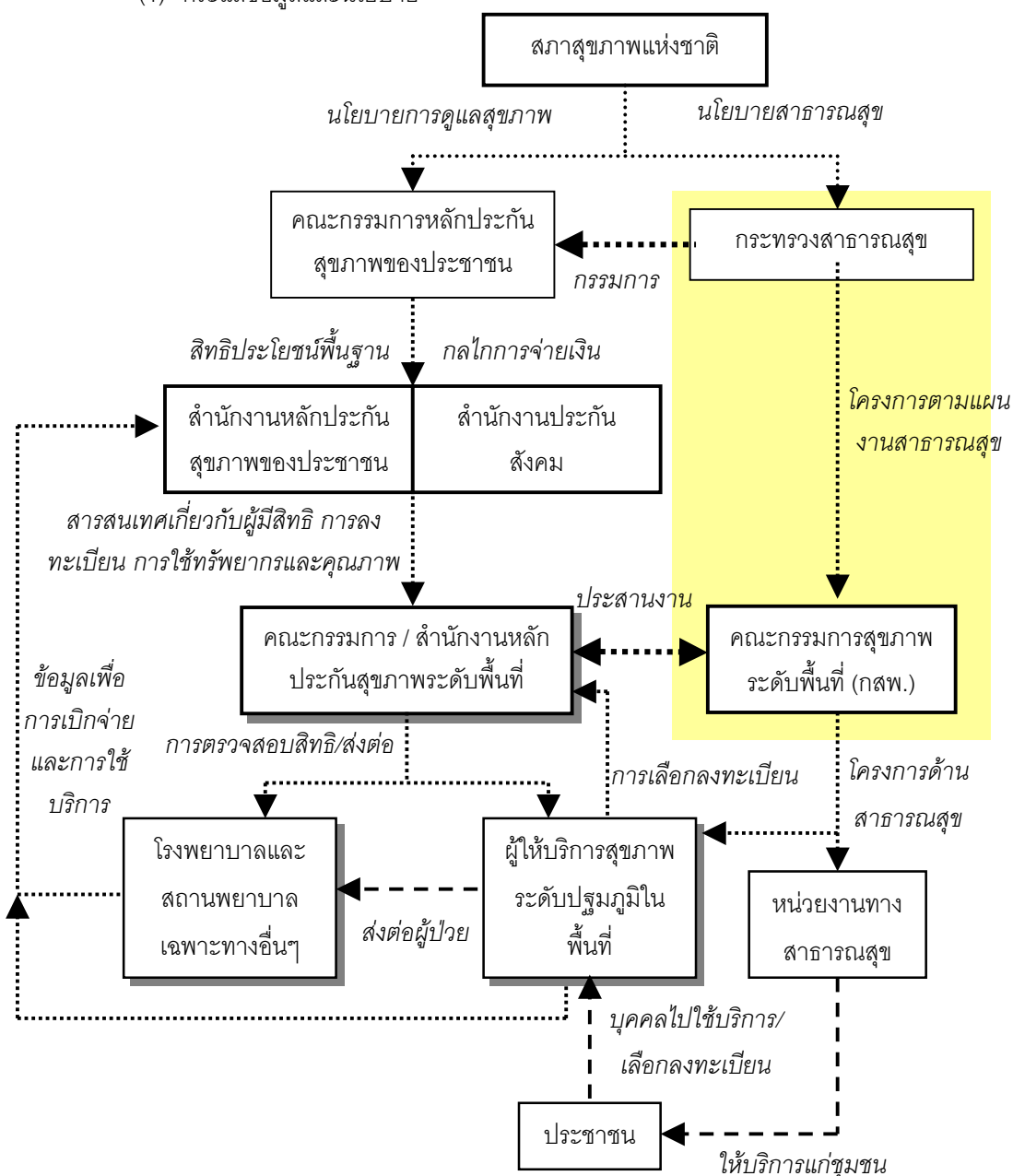
โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ซึ่งสาขาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพของประชาชนทำหน้าที่เป็นหน่วยงานด้านธุรการทั้งหมด ผู้อำนวยการสำนักงานมีหน้าที่ตามกฎหมายในการปฏิบัติตามนโยบาย

ของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ ภายใต้และให้เป็นไปตามกรอบแนวทางของระบบหลักประกันสุขภาพ
ภาพถว้หน้าของประเทศ ในเบื้องต้นโครงสร้างของ APB แสดงได้ดังภาพที่ 4.3

ภาพที่ 4.2

การจัดระบบเพื่อการซื้อบริการระดับพื้นที่และความสัมพันธ์กับงานสาธารณสุข

(1) กระแสข้อมูลและนโยบาย

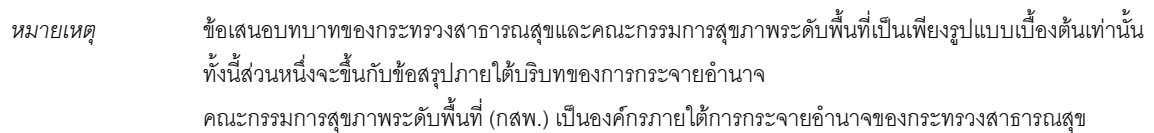


หมายเหตุ

ข้อเสนอบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขและคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่เป็นเพียงรูปแบบเบื้องต้นเท่านั้น
ทั้งนี้ส่วนหนึ่งจะขึ้นกับข้อสรุปภายใต้บริบทของการกระจายอำนาจ

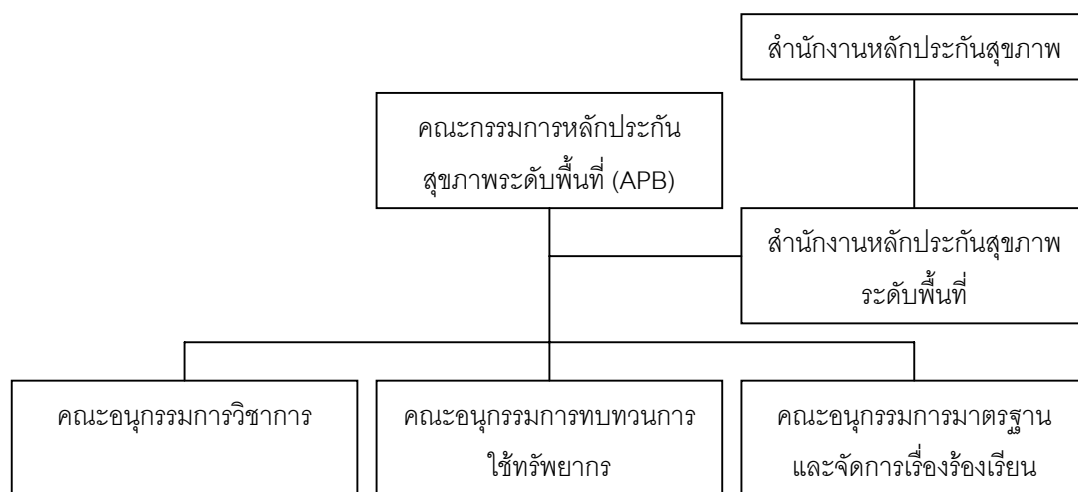
คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) เป็นองค์กรภายใต้การกระจายอำนาจของกระทรวงสาธารณสุข

(2) กระแสเงินและงบประมาณ



ภาพที่ 4.3

โครงสร้างองค์กรของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ (APB) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่



องค์ประกอบของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ ประกอบด้วยกรรมการจำนวน 13 ท่าน และเลขานุการของคณะกรรมการอีก 1 ท่าน ได้แก่

1. ตัวแทนของส่วนราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่
ได้แก่ ตัวแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และเภสัชกรจังหวัด จำนวน 2 คน
2. ตัวแทนภาคประชาชน
 - 2.1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ตัวแทนที่ได้รับเลือกจาก อบจ. เทศมนตรี หรือ อบต. จำนวน 4 คน
 - 2.2. ผู้แทนประชาชน จำนวน 3 คน
3. ผู้เชี่ยวชาญนักวิชาการที่ได้รับการคัดเลือก ใน 4 สาขา เลือกโดยกลุ่มตัวแทนภาคประชาชน เช่น
 - 3.1. ที่ปรึกษาด้านการแพทย์ จำนวน 1 คน
 - 3.2. ที่ปรึกษาด้านกฎหมาย จำนวน 1 คน
 - 3.3. ที่ปรึกษาด้านสาธารณสุข จำนวน 1 คน
 - 3.4. ที่ปรึกษาด้านประกันสุขภาพ จำนวน 1 คน
4. ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ เป็นเลขานุการของคณะกรรมการที่ไม่ใช่กรรมการที่ไม่สิทธิ

โดยกรรมการที่ได้รับการสรรหาจะมีวาระการดำรงตำแหน่งไม่เกิน 4 ปี โดยได้รับการรับแต่งตั้งได้ไม่เกิน 2 วาระติดต่อกัน ประธานคณะกรรมการเลือกจากตัวแทนภาคประชาชน โดยห้ามผู้ที่มีตำแหน่งบริหารหรือเจ้าของสถานพยาบาลผู้ให้บริการเป็นกรรมการ

บทวิเคราะห์เพิ่มเติมที่ 4.1

การทำงานร่วมกันระหว่าง คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ (APB) และ กสพ.

การทำงานในระบบสุขภาพมีความจำเป็นที่บริการสุขภาพสำหรับบุคคล (Personal health care) เช่น การดูแลรักษาโรค การให้วัคซีนสำหรับเด็ก การให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วย และบริการด้านสาธารณสุข (Public health services) เช่น งานอนามัยโรงเรียน งานสุขภาพสิ่งแวดล้อม งานโภชนาการ จะต้องมีการประสานกันอย่างใกล้ชิดเพื่อสร้างสุขภาพที่ดีให้กับสมาชิกของชุมชน

ด้วยเหตุดังกล่าว ทำให้มีทางเลือกในการจัดโครงสร้างของการทำงานภายใต้บริบทของการกระจายอำนาจว่างานด้านการคลังสาธารณสุขและงานที่ทำหน้าที่ด้านการบริการทางสาธารณสุขจะมีการประสานกันได้อย่างไร ซึ่งสามารถทำได้ในระดับนโยบาย (Policy) ระบบงาน (System) องค์กร (Organization) และการปฏิบัติ (Practice)

การวางโครงสร้างภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามภาพที่ 4.2 ข้างต้น เป็นการทำงานที่มีการประสานที่ระดับนโยบาย มีการแยกโครงสร้างและการดำเนินงานระดับระบบงานและองค์กร ระหว่างการเงินการคลังและการจัดการของการดูแลสุขภาพบุคคล และบริการทางสาธารณสุขเพื่อประโยชน์เรื่องการกำหนดความรับผิดชอบและการตรวจสอบ (Accountability) ซึ่งหน่วยงานระดับพื้นที่ได้แก่ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ (APB) และคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) โดยมีการทำงานประสานกัน ในขณะที่ระดับปฏิบัติจะมีการทำงานร่วมกันอีกครั้งโดยการใช้อำนาจผู้ให้บริการเดียวกัน

การคลังของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ (APB)

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่จะได้รับงบประมาณเป็นลักษณะเงินอุดหนุนทั่วไปจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพของประชาชน โดยคิดตามรายหัวของประชาชนของพื้นที่ที่รับผิดชอบดูแล เพื่อจัดตั้งเป็นกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ โดยมีระเบียบและกฎเกณฑ์ในการจัดการทางการเงินตามแนวทางที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพของประชาชนกำหนด ซึ่งกองทุนดังกล่าวน่าจะมีการจัดการในการใช้จ่ายเพื่อสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพของประชาชนอย่างน้อย 2 ส่วน

1. เงินทุนสำหรับสิทธิประโยชน์พื้นฐานทางสุขภาพที่เป็นมาตรฐานของประเทศ ซึ่งเป็นเงินส่วนใหญ่
2. เงินทุนสำหรับสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพที่คณะกรรมการระดับพื้นที่สามารถพิจารณาจัดสรรให้กับบริการหรือเพื่อซื้อบริการอื่นที่เป็นความต้องการเฉพาะของแต่ละพื้นที่ได้

บทที่ 5

กลไกการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการทางสุขภาพ และกลไกการตรวจสอบ

หลักการสำคัญทั่วไป

กลไกการจ่ายค่าเงินแก่ผู้ให้บริการทางสุขภาพเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของระบบ หลักการสำคัญทั่วไปของระบบและกลไกการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการทางสุขภาพ ควรประกอบด้วยประเด็นดังต่อไปนี้

- (1) สอดคล้องกับเป้าหมายของการสร้างหลักประกันสุขภาพของประเทศ
- (2) ใช้รูปแบบวิธีการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการผสมผสานร่วมกันหลายวิธี ที่เหมาะสมกับการใช้ทรัพยากร โดยเน้น
 - การกระตุ้นผู้ให้บริการให้เพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพของการให้บริการ และบริหารจัดการ
 - การสร้างความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการในระดับที่ยอมรับได้สำหรับคนในสังคม
 - การเอื้อต่อการพัฒนาบริการให้เกิดความต่อเนื่อง ใกล้บ้าน ตลอดจนได้รับความสะดวกตามสมควรในการใช้บริการข้ามเขต
 - การเอื้อให้มีการส่งต่อผู้ป่วยเท่าที่จำเป็นด้วยเหตุผลทางการแพทย์เท่านั้น จะไม่ลดหรือเพิ่มแรงจูงใจทางการเงินให้ส่งต่อน้อยหรือมากกว่าที่ควรด้วยเหตุผลทางการแพทย์
 - การสนับสนุนให้เกิดบริการแบบองค์รวม และมีบูรณาการ คือมีบริการทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพในบริบทที่เหมาะสม
 - การลดความซับซ้อนของวิธีการจ่าย และการจัดการข้อมูลเพื่อการเบิกจ่าย ทั้งต่อผู้ให้บริการและผู้ให้บริการ
- (3) ให้มีส่วนร่วมจ่ายของผู้ใช้บริการ ณ จุดการใช้บริการในระดับหนึ่ง เพื่อลดทอนปัญหาการใช้บริการที่ไม่จำเป็น โดยไม่เป็นอุปสรรคทางการเงินต่อการเข้าถึงบริการ
- (4) สร้างระบบฐานข้อมูลของผู้มีสิทธิเพื่อการจัดสรรทรัพยากร และฐานข้อมูลของการใช้บริการและทรัพยากรตลอดจนรูปแบบการเบิกจ่าย สำหรับการวางแผนด้านการเงินการคลังทางสุขภาพและการติดตามตรวจสอบประสิทธิภาพและคุณภาพของผู้ให้บริการ
- (5) พัฒนากลไกตรวจสอบการเบิกจ่ายและการให้บริการ ควรจัดระบบให้มีการแยกระหว่างผู้ซื้อบริการหรือผู้จ่ายเงิน ออกจากฐานะการเป็นผู้ให้บริการ (Purchaser-provider split) โดยเฉพาะการให้บริการทางสุขภาพบุคคล (Personal health care)
- (6) สร้างความรับผิดชอบของเครือข่ายบริการต่อการดูแลสุขภาพของประชาชนในระยะยาว

องค์ประกอบของระบบและกลไกการจ่ายค่าตอบแทนและการอุดหนุนผู้ให้บริการ

การวางระบบและกลไกการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการในทางปฏิบัติจึงควรมุ่งตอบคำถามต่อไปนี้คือ จ่ายสำหรับอะไร จ่ายให้กับใคร จ่ายอย่างไร จ่ายเท่าไร และจะ กำกับการจ่ายอย่างไร

- **จ่ายสำหรับอะไร:** จัดกลุ่มของบริการสุขภาพ

การจ่ายค่าตอบแทนและการอุดหนุนผู้ให้บริการจะต้องมีการกำหนดกรอบของสิทธิประโยชน์ที่อยู่ในความคุ้มครองภายใต้หลักประกันสุขภาพว่าประกอบด้วยบริการทางสุขภาพอะไรบ้าง ตลอดจนจัดชุดบริการดังกล่าวเป็นกลุ่มๆ โดยพิจารณาปัจจัยต่อไปนี้

- (1) ลักษณะของบริการอันเนื่องมาจากลักษณะของปัญหาทางสุขภาพ เช่น ความต้องการในการได้รับการดูแลที่เบ็ดเสร็จเป็นครั้งๆ หรือต่อเนื่อง การบริการเป็นผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน บริการส่งเสริมสุขภาพหรือการให้สุขศึกษาและคำปรึกษาต่างๆ ที่มีลักษณะจับต้องไม่ได้ชัดเจน (Intangible) เป็นต้น
- (2) ทรัพยากรและค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ในการให้บริการ ทั้งในเรื่องค่าเฉลี่ยของต้นทุนในการให้บริการ (Mean cost) และความแปรปรวนของระดับของต้นทุน (Variance)
- (3) ใครคือผู้ให้บริการ

การจัดกลุ่มของบริการทางสุขภาพบุคคล (Personal health care) อย่างง่าย ซึ่งอาจใช้เป็นต้นแบบเพื่อการพิจารณาขอบเขตของสิทธิประโยชน์และความคุ้มครองต่อไป ได้แก่

- (1) กลุ่มบริการทางสุขภาพทั่วไป (บริการกลุ่ม A และ B) ได้แก่ บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพ ตลอดจน ยาและเวชภัณฑ์ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีการจัดบริการในลักษณะของ (A) บริการในสถานพยาบาลเป็นผู้ป่วยนอก (Ambulatory care) หรือในลักษณะบริการเชิงรุกในชุมชน (Community care) หรือ (B) บริการผู้ป่วยใน (Inpatient care) ที่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานทางสุขภาพและไม่มีภาระระบุไว้โดยเฉพาะในกลุ่มบริการอื่น
- (2) กลุ่มบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (บริการกลุ่ม C) ได้แก่ บริการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ที่มีการระบุประเภทและชนิดของบริการไว้โดยเฉพาะ ทั้งนี้ควรเป็นบริการที่มีรูปธรรม และสามารถหาหลักฐานที่การปฏิบัติที่ชัดเจน
- (3) กลุ่มบริการทันตกรรม (บริการกลุ่ม D) ได้แก่ บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและรักษาโรคของช่องปากและฟัน
- (4) กลุ่มบริการอนามัยแม่และเด็ก (บริการกลุ่ม E) ได้แก่ บริการฝากครรภ์ การดูแลก่อนคลอด การคลอด การดูแลหลังคลอดทั้งแม่และทารก บริการคลินิกเด็กดีในเด็กกลุ่มอายุต่างๆ มีการจัดการให้บริการในสถานพยาบาลในลักษณะผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ตลอดจนการเข้าไปให้บริการดังกล่าวแก่บุคคลเชิงรุกในชุมชน
- (5) กลุ่มบริการฉุกเฉินและการส่งต่อกรณีฉุกเฉิน (บริการกลุ่ม F) ได้แก่ บริการทางสุขภาพเพื่อช่วยเหลือปัญหาทางสุขภาพและอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นโดยฉับพลันและต้องได้รับการดูแลโดยด่วน หากไม่เช่นนั้นจะเป็นอันตรายต่อชีวิตหรือทำให้เกิดความพิการตามมาได้ ซึ่งด้วยธรรมชาติของปัญหาดังกล่าวอาจทำให้ไม่สามารถเลือกจัดบริการตามปกติได้ รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วย
- (6) กลุ่มบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงหรือบริการเฉพาะทาง (บริการกลุ่ม G) ได้แก่ บริการทางสุขภาพที่ส่วนมากจะเป็นการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูงมาก หรือต้องใช้เทคโนโลยี ตลอดจนเครื่องมือแพทย์ที่มีราคาแพง ต้องการความเชี่ยวชาญโดยเฉพาะในการดูแลรักษาเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ดี รวมถึงบริการด้านสุขภาพจิต และค่าใช้จ่ายเรื่องยารักษาโรคเรื้อรังบางโรค

ซึ่งทั้งหมดนี้อาจจำเป็นต้องมีการกำหนดผู้ให้บริการ ประเภทของโรคหรือบริการที่อยู่ในกรณีนี้ ตลอดจน
จนค่าตอบแทนไว้โดยเฉพาะ

- (7) กลุ่มบริการการดูแลฟื้นฟูสุขภาพระยะยาว (บริการกลุ่ม H) ได้แก่ บริการรักษาพยาบาลพื้นฐานและ
ฟื้นฟูสมรรถภาพที่ต้องให้กับผู้รับบริการในระยะยาวอันเนื่องมาจากธรรมชาติความเรื้อรังของโรคหรือ
สภาวะตามอายุขัย ที่ทำให้เกิดความพิการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีผลให้ไม่สามารถใช้ชีวิตโดย
อิสระหรือช่วยเหลือตนเองได้
- (8) กลุ่มบริการข้ามเขต (บริการกลุ่ม T) ได้แก่ บริการรักษาทางสุขภาพทั่วไปที่ประชาชนใช้บริการนอกเขต
พื้นที่ของผู้ให้บริการหรือระบบประกันสุขภาพที่ตนลงทะเบียนขอใช้บริการไว้
- (9) กลุ่มบริการยกเว้น (บริการกลุ่ม X) ได้แก่ บริการทางสุขภาพที่ไม่มีความจำเป็นพื้นฐานสำหรับการสร้าง
สุขภาพ บริการที่เป็นไปเพื่อการเสริมความงาม บริการเพื่อช่วยเหลือผู้มีบุตรยาก บริการที่ยังอยู่ใน
ขั้นทดลอง หรือยังไม่มีหลักฐานเป็นที่ประจักษ์ชัดหรือได้รับการยอมรับว่าเป็นบริการที่มีประโยชน์ต่อสุ
ภาพ ตลอดจนบริการทางสุขภาพอื่นๆ ที่เห็นสมควรให้ยกเว้นจากชุดสิทธิประโยชน์ด้วยเหตุที่จะทำให้
ระบบไม่สามารถอยู่รอดได้เนื่องจากความจำกัดทางทรัพยากร

องค์ประกอบของต้นทุนที่การจ่ายเงินในระบบหลักประกันสุขภาพต้องครอบคลุม ได้แก่

- (1) **ค่าวัสดุ (Material cost)** ทั้งในส่วนค่าวัสดุทางการแพทย์ เช่น ยาและเวชภัณฑ์ ตลอดจนวัสดุอื่นๆ ที่
จำเป็นต่อการจัดและการให้บริการ
- (2) **ค่าแรง (Labor cost)** ได้แก่ ค่าแรงบุคลากรทางการแพทย์ บุคลากรที่ให้บริการสนับสนุน และ
บุคลากรด้านการบริหารจัดการ
- (3) **ค่าเสื่อมราคาของการลงทุน (Capital cost)** ได้แก่ การชดเชยค่าเสื่อมราคาของอาคารสิ่งก่อสร้าง
ครุภัณฑ์ ตลอดจนเครื่องมือแพทย์ต่างๆ เพื่อให้สถานพยาบาลสามารถจัดหาปัจจัยเหล่านี้มาทดแทน
เพื่อให้บริการต่อไปได้ เมื่อหมดอายุการใช้งาน

● **จ่ายให้กับใคร: จัดระดับของการบริการ**

การกำหนดว่าการจ่ายค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนแก่ผู้ให้บริการให้ชัดเจนว่าจะจ่ายให้กับใครสำหรับการให้
บริการแต่ละกลุ่มข้างต้น มีความสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากร ส่งเสริมการเข้าถึงบริการ ตลอดจน
จนประกันคุณภาพของบริการที่ประชาชนจะได้รับ ประเด็นที่ควรได้รับการพิจารณาคือ หลักการทั่วไปและผู้ให้บริการ
ที่เป็นหน่วยบริการคู่สัญญา

หลักการทั่วไปของการจัดระบบและกลไกการจ่ายเงิน คือ

- (1) ต้องมีการลงทะเบียนและทำสัญญาที่ชัดเจนระหว่างผู้ซื้อบริการและผู้ให้บริการที่เป็นผู้รับค่าตอบแทนและเงิน
อุดหนุนต่างๆ
- (2) ต้องมีการกำหนดคุณสมบัติ ระดับของศักยภาพและมาตรฐานทางโครงสร้างและกระบวนการในการจัดบริการ
ของผู้ให้บริการในระดับต่างๆ ที่ชัดเจน ตัวอย่างมาตรฐานที่สำคัญเช่น ขนาดของสถานพยาบาล สถานที่ เครื่อง
มือและอุปกรณ์ ตำแหน่งที่ตั้งและระยะทางในการเข้าถึงบริการ ทั้งของสถานพยาบาลหลักและเครือข่าย ความ

สามารถในการให้บริการทางสุขภาพในสาขาต่างๆ ระบบเวชระเบียนและสารสนเทศ และระบบคุณภาพของสถานพยาบาล

ตัวอย่างผู้ให้บริการตามกลุ่มของบริการต่างๆ สามารถแสดงได้ตามตารางที่ 5.1

ตารางที่ 5.1 ตัวอย่างผู้ให้บริการตามกลุ่มของบริการ

กลุ่มของบริการ	ตัวอย่างผู้ให้บริการ	เงื่อนไขบางประการที่สำคัญ
A. กลุ่มบริการทางสุขภาพทั่วไป: กรณีผู้ป่วยนอก	● โรงพยาบาลของรัฐและเอกชน ● โรงพยาบาลชุมชนและเครือข่ายสถานีอนามัย ● เครือข่ายของคลินิกเอกชน ● (ร้านยา)	● มาตรฐานและข้อกำหนดด้านความพร้อมของบริการ ● มาตรฐานเครือข่าย
B. กลุ่มบริการทางสุขภาพทั่วไป: กรณีผู้ป่วยใน	● โรงพยาบาลของรัฐ ● โรงพยาบาลของเอกชน	● มาตรฐานความพร้อมของบริการ การรับ-ส่งต่อผู้ป่วย
C. กลุ่มบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	● โรงพยาบาลของรัฐและเอกชน ● โรงพยาบาลชุมชนและเครือข่ายสถานีอนามัย ● เครือข่ายของคลินิกเอกชน ● (ร้านยา)	● มาตรฐานร่วมกับกลุ่ม A
D. กลุ่มบริการทันตกรรม	● โรงพยาบาลของรัฐและเอกชน ● คลินิกทันตแพทย์	● มีมาตรฐานกำหนด ● แยกสัญญากับกลุ่ม A, B
E. กลุ่มบริการอนามัยแม่และเด็ก	● เช่นเดียวกับกลุ่ม C	● มาตรฐานความพร้อมในการบริการอนามัยแม่และเด็ก
F. กลุ่มบริการฉุกเฉินและการส่งต่อกรณีฉุกเฉิน	● โรงพยาบาลของรัฐและเอกชน ● สถานีอนามัย	● ขอบเขตของบริการฉุกเฉิน
G. กลุ่มบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงหรือบริการเฉพาะทาง	● โรงพยาบาลของรัฐและเอกชนคู่สัญญา ● (ร้านยา)	● มาตรฐานเฉพาะทาง ● การทำสัญญาเฉพาะด้านกับสถานพยาบาล
H. กลุ่มบริการการดูแลฟื้นฟูสุขภาพระยะยาว	● สถานพยาบาลพักฟื้น ● บริการการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care)	● มาตรฐานสถานพยาบาลพักฟื้นและบริการการดูแลที่บ้าน
T. กลุ่มบริการข้ามเขต	● สถานพยาบาลของรัฐและเอกชนคู่สัญญากับระบบหลักประกันสุขภาพ ที่อยู่นอกพื้นที่บริการที่ประชาชนลงทะเบียนไว้	● มาตรฐานการใช้บริการและการให้บริการกรณีข้ามเขต

อาจกล่าวได้ว่า การจ่ายเงินค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนแก่ผู้ให้บริการจำเป็นต้องคำนึงถึงประเภทของกลุ่มบริการที่ผู้ให้บริการจะได้รับ หากมองในมุมมองของการจัดเครือข่ายบริการ สัมพันธ์กับวิธีการจ่ายเงิน ทำให้จัดระดับของผู้ให้บริการได้เป็น 4 กลุ่มดังนี้

1. หน่วยบริการคู่สัญญาระดับปฐมภูมิ (Primary care unit, PCU) คือ ผู้ให้บริการที่ให้บริการกลุ่มบริการทางสุขภาพทั่วไปกรณีผู้ป่วยนอก (A) เป็นหลัก อาจมีบริการกลุ่มอื่นที่ไม่ใช่บริการผู้ป่วยในมาเสริมได้ PCU มีพื้นที่บริการ (Catchment area) ที่ชัดเจน และเป็นหน่วยบริการที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพต้องเลือกขึ้นทะเบียนเพื่อเป็นหน่วยบริการประจำตัว โดยเฉพาะกรณีที่ใช้ระบบเงินอุดหนุนแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) หน่วยบริการอาจทำสัญญาเพียงรายเดียวซึ่งเป็นหน่วยงานที่เป็นผู้ทำสัญญา หรืออาจจัดเป็นเครือข่ายของการบริการก็ได้ อย่างไรก็ตามการจัดระบบแบบเครือข่ายเป็นรูปแบบที่น่าจะสนับสนุนให้เกิดขึ้น
2. หน่วยบริการคู่สัญญาระดับทุติยภูมิ (Secondary care unit, SCU) คือ ผู้ให้บริการที่ให้บริการกลุ่มบริการทางสุขภาพทั่วไปกรณีผู้ป่วยใน (B) เป็นหลัก หมายถึง โรงพยาบาล นั่นเอง ซึ่งอาจได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย รวมถึงโรงพยาบาลเอกชนต่างๆ ที่สนใจสมัครเข้าร่วมเครือข่ายการบริการ SCU จะรับผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจาก PCU เพื่อเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน
3. หน่วยบริการคู่สัญญาระดับตติยภูมิ (Tertiary care unit, TCU) คือผู้ให้บริการที่ให้บริการเฉพาะทาง ที่ต้องใช้เทคโนโลยีและค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูง TCU นี้อาจเป็นโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยหรือสถาบันที่ดูแลรักษาโรคเฉพาะทางต่างๆ
4. ร้านยาเครือข่ายคู่สัญญา (Network pharmacy) คือร้านยาอิสระที่เข้าร่วมเครือข่ายการบริการ ผ่านประเมินและรับรองคุณภาพแล้ว

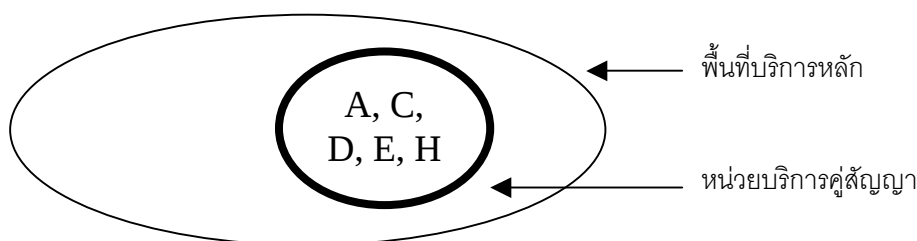
อนึ่งการแยกหน่วยบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิไม่ให้เป็นเครือข่ายเดียวกัน ดังเช่นการจัดเครือข่ายในระบบประกันสังคม เป็นการเปิดโอกาสให้มีการเลือก (Choice) ให้กับประชาชน ที่จะไปใช้บริการในระดับทุติยภูมิได้โดยไม่ขึ้นกับบริการระดับปฐมภูมิ เป็นการสร้างสมดุลอำนาจการต่อรองระหว่างผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิ และผู้ให้บริการระดับทุติยภูมิ ไม่ให้เกิดการผูกขาดโดยผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิหรือผู้ให้บริการระดับทุติยภูมิโดยเฉพาะ ในขณะที่เปิดโอกาสให้มีการพัฒนาเครือข่ายผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิเพิ่มเติมขึ้นได้ในอนาคตโดยไม่ต้องผูกพันอยู่กับโรงพยาบาล

การจัดระบบเครือข่ายการบริการ โดยเฉพาะหน่วยบริการคู่สัญญาระดับปฐมภูมิ (Primary care unit) อาจจัดได้ 3 ลักษณะ โดยยึดพื้นที่บริการ (Catchment area) ที่ประชาชนในพื้นที่เขตนั้นๆ ลงทะเบียนหรือมีภูมิลำเนาอยู่ ดังแสดงในภาพที่ 5.1 คือ

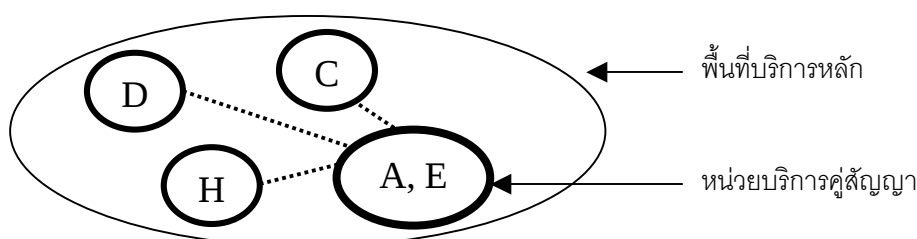
- (1) หน่วยบริการแห่งเดียวให้บริการครบตามมาตรฐานความพร้อมบริการ
- (2) เครือข่ายสถานพยาบาลเป็นหน่วยบริการคู่สัญญาที่ให้บริการครบตามมาตรฐานความพร้อมบริการได้ภายในพื้นที่บริการหลัก
- (3) เครือข่ายสถานพยาบาลเป็นหน่วยบริการคู่สัญญาที่ให้บริการครบตามมาตรฐานความพร้อมบริการได้ โดยมีเครือข่ายบริการทั้งภายในและภายนอกพื้นที่บริการหลัก แต่หน่วยบริการคู่สัญญาหลักต้องอยู่ภายในพื้นที่บริการหลัก

ภาพที่ 5.1 ลักษณะของเครือข่ายการให้บริการทางสุขภาพที่เข้าข่ายมาตรฐานการจัดการจัดบริการตามสัญญาการจ่ายเงิน

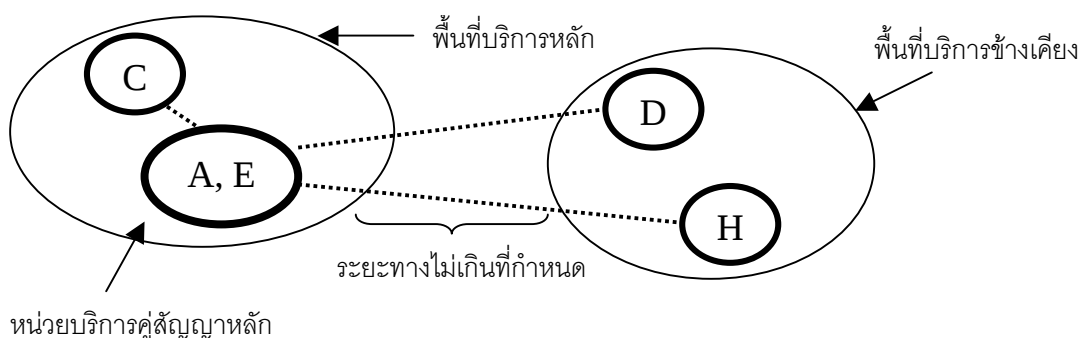
(1) สถานพยาบาลคู่สัญญาแห่งเดียวให้บริการครบตามมาตรฐานความพร้อมบริการ



(2) เครือข่ายสถานพยาบาลเป็นหน่วยบริการคู่สัญญาที่ให้บริการครบตามมาตรฐานความพร้อมบริการได้ภายในพื้นที่บริการหลัก



(3) เครือข่ายสถานพยาบาลเป็นหน่วยบริการคู่สัญญาที่ให้บริการครบตามมาตรฐานความพร้อมบริการได้โดยมีเครือข่ายบริการภายในร่วมกับภายนอกพื้นที่บริการหลัก



- **จ่ายอย่างไร: กำหนดวิธีการจ่ายเงินที่เหมาะสม**

วิธีการจ่ายเงินค่าตอบแทนแก่ผู้ให้บริการและเงินอุดหนุนแก่สถานพยาบาล และการจัดระบบเงินทุน เป็นองค์ประกอบของกลไกการจ่ายเงินที่จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมบริการและการกระจายและส่งผ่านความเสี่ยงภายในกองทุนเป็นอย่างมาก กลุ่มบริการแต่ละกลุ่มควรจะใช้วิธีการจ่ายแตกต่างกันไปตามบริบทเหมาะสม และความมุ่งหมายในการกำหนดพฤติกรรมและบริหารความเสี่ยงข้างต้น แสดงในรายละเอียดได้ดังตารางที่ 5.2

ตารางที่ 5.2 วิธีการจ่ายค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนการให้บริการทางสุขภาพ

กลุ่มของบริการ	วิธีการจ่าย	เงื่อนไขที่สำคัญ
A. กลุ่มบริการทางสุขภาพทั่วไป: กรณีผู้ป่วยนอก	- การเหมาจ่ายรายหัวปรับอัตราตามความเสี่ยง (Risk-adjusted capitation) สำหรับการให้บริการ - การจ่ายค่ายาและเวชภัณฑ์ตามรายการอัตรากลาง	- จ่ายให้แก่สถานพยาบาลคู่สัญญาล่วงหน้ารายเดือน - มีการหักและจ่ายเงินเพิ่มเติม ผกผันกับอัตราการส่งผู้ป่วยเข้ารักษาเป็นผู้ป่วยใน
B. กลุ่มบริการทางสุขภาพทั่วไป: กรณีผู้ป่วยใน	- การจ่ายโดยงบประมาณรวมจัดสรรตามการรับอยู่ในโรงพยาบาลโดยใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Global budget with per-admission allocation by DRGs) - การจ่ายเป็นรายวัน	- คำนวณจากงบประมาณรวมของกองทุนส่วนผู้ป่วยในรวมของประเทศ; DRG คิดเป็นสัดส่วนกรณีนอนสั้น - การจ่ายเป็นรายวันใช้กรณีนอนนานกว่าค่าปกติ
C. กลุ่มบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	การจ่ายตามรายการอัตราค่าตอบแทน (Fee schedule)	จ่ายให้กับผู้ให้บริการย้อนหลังเมื่อมีการขอเบิกจ่าย
D. กลุ่มบริการทันตกรรม	- การเหมาจ่ายรายหัวปรับค่าตามกลุ่มอายุ (Age adjusted) - การจ่ายตามรายการอัตราค่าตอบแทน (Fee schedule)	- จ่ายให้กับผู้ให้บริการล่วงหน้าเป็นรายเดือน - จ่ายให้กับผู้ให้บริการย้อนหลังเมื่อมีการขอเบิกจ่าย
E. กลุ่มบริการอนามัยแม่และเด็ก	การจ่ายตามรายการอัตราค่าตอบแทน (Fee schedule)	จ่ายให้กับผู้ให้บริการย้อนหลังเมื่อมีการขอเบิกจ่าย
F. กลุ่มบริการฉุกเฉินและการส่งต่อกรณีฉุกเฉิน	- การจ่ายตามรายการอัตราค่าตอบแทน (Fee schedule) - ส่วนหัก (Deduction) กรณีการส่งต่อผู้ป่วยใน	- จ่ายให้กับผู้ให้บริการย้อนหลังเมื่อมีการขอเบิกจ่าย - กำหนดอัตราการจ่ายส่วนเกินสิทธิของผู้มีสิทธิ
G. กลุ่มบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงหรือบริการเฉพาะทาง	- การจ่ายตามรายการอัตราค่าตอบแทน (Fee schedule) - ค่ายาและเวชภัณฑ์อัตรากลางกรณีเจ็บป่วยเรื้อรัง	จ่ายให้กับผู้ให้บริการย้อนหลังเมื่อมีการขอเบิกจ่าย
H. กลุ่มบริการการดูแลฟื้นฟูสุขภาพระยะยาว	- การจ่ายเป็นรายวัน - การจ่ายตามรายการอัตราค่าตอบแทน (Fee schedule)	จ่ายให้กับผู้ให้บริการย้อนหลังเมื่อมีการขอเบิกจ่าย
T. กลุ่มบริการข้ามเขต	การจ่ายตามรายการอัตราค่าตอบแทน (Fee schedule)	ผู้มีสิทธิเป็นผู้ขอเบิกจ่าย

โดยสรุปอาจกล่าวได้ว่าวิธีการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการที่น่าจะนำมาใช้ประกอบด้วย 7 รูปแบบ ได้แก่

1. การเหมาจ่ายรายหัวปรับตามความเสี่ยง (Risk-adjusted capitation) สำหรับบริการทางสุขภาพทั่วไปกรณีผู้ป่วยนอก (บริการกลุ่ม A)

ปัจจัยที่ควรนำมาใช้ในการปรับความเสี่ยงของกลุ่มประชากร ได้แก่

- 1) เพศ
- 2) อายุ
- 3) พื้นที่
- 4) ความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ทั้งนี้โดยมีการหักส่วนเงินค่าตอบแทนจำนวนเล็กน้อยเมื่อมีการส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล (Admission toll) และชดเชยกลับคืนให้แก่ผู้ให้บริการส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยในสัมพันธ์กับค่าเฉลี่ยของประเทศ (Retrospective compensation) และมีส่วนหักกรณีผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนมีการใช้บริการข้ามเขตเกินกว่าเกณฑ์ที่กำหนดโดยไม่เคยมาใช้บริการที่หน่วยบริการคู่สัญญา

2. การจ่ายค่ายาและเวชภัณฑ์ในกรณีผู้ป่วยนอกตามรายการอัตรากลาง (Price list) โดยทำการเบิกจ่ายให้ย้อนหลังเป็นรายเดือนให้แก่ผู้ให้บริการหรือร้านยาคู่สัญญา โดยรวบรวมข้อมูลการสั่งยาสำหรับผู้มีสิทธิที่ใช้บริการรายบุคคลพร้อมหลักฐานที่จำเป็นประกอบ เช่น ใบสั่งยาของแพทย์ (พร้อมรหัสแพทย์) สถานพยาบาล (พร้อมรหัสสถานพยาบาล) ใบเสร็จรับเงิน รายการชื่อยาและจำนวนยาแต่ละชนิด ชื่อเภสัชกร (พร้อมรหัสเภสัชกร) เลขประจำตัวของผู้มีสิทธิ ทั้งนี้ยาในบัญชีรายการอัตรากลางจะเป็นชื่อสามัญ และมีการกำหนดราคาที่จะให้เบิกจ่ายได้ ผู้ให้บริการต้องรับภาระของค่าใช้จ่ายส่วนเกินของยาตามบัญชีเอง ในขณะที่ยานอกบัญชียาไม่สามารถเบิกจ่ายได้ ผู้ใช้บริการต้องเป็นผู้รับภาระ

ในระยะเริ่มต้นอาจนำมาใช้เฉพาะในเรื่องยาและเวชภัณฑ์ของโรคเรื้อรังเป็นบางโรคตามที่กำหนดก่อน เช่น เบาหวาน วัณโรค เป็นต้น ยาและเวชภัณฑ์สำหรับความเจ็บป่วยแบบเฉียบพลันของบริการผู้ป่วยนอก จะรวมอยู่ในการเหมาจ่ายเป็นรายหัวสำหรับสถานพยาบาลก่อน การเบิกจ่ายยาและเวชภัณฑ์ทั้งหมดแยกจากบริการจะทำให้เกิดความยุ่งยากมากในการตรวจสอบความถูกต้องของการเบิกจ่าย

3. การจ่ายโดยงบประมาณรวม จัดสรรตามการรับอยู่โรงพยาบาลโดยใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Global budget with per-admission allocation by DRGs) สำหรับบริการทางสุขภาพทั่วไปกรณีผู้ป่วยใน (บริการกลุ่ม B) ซึ่งเป็นการตั้งงบประมาณรวมสำหรับบริการผู้ป่วยในในภาพรวมทั้งหมดในแต่ละปีไว้ และจัดสรรให้แก่โรงพยาบาลตามภาระงานที่ประเมินโดยการใช้องค์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis-related groups, DRGs) ที่ตีค่าการดูแลผู้ป่วยในแต่ละรายเป็นคะแนนน้ำหนักสัมพัทธ์ (Relative weight, RW) ตามทรัพยากรที่ใช้ในการดูแล

ปัจจัยที่สมควรนำมาปรับอัตราการเบิกจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมอีก ได้แก่

- 1) ที่ตั้งของโรงพยาบาล เช่น นอกเมืองหรือในเมือง หรือเขตพื้นที่ ซึ่งจะมีผลต่อต้นทุนการดำเนินการ
- 2) การมีการจัดการเรียนการสอนหรือฝึกอบรมนักศึกษาแพทย์หรือแพทย์ประจำบ้าน เช่น จำนวนแพทย์ประจำบ้านต่อเตียง เป็นต้น

การจัดตั้งบัญชีเงินทุนงบประมาณรวม ให้ทำในระดับพื้นที่ หรือที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Area purchaser board, APB) เป็น **กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ (APF)** การคำนวณอัตราค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนให้คิดตามพื้นที่ที่ประชาชนลงทะเบียนเป็นหลัก ไม่ใช่พื้นที่ตั้งของโรงพยาบาล ทั้งนี้ เพื่อส่งเสริมให้เกิดความรับผิดชอบและตรวจสอบติดตามได้ง่าย (Accountability)

การนำการจ่ายเงินตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมและงบประมาณรวมมาปฏิบัติ อาจวางแผนการเปลี่ยนผ่านจากการจ่ายตามที่เรียกเก็บเป็นระยะได้ อิงตามโครงสร้างต้นทุนที่ผ่านมา เพื่อให้สถานพยาบาลปรับตัวได้ เช่น

ปีที่ 1	จ่ายตามที่เรียกเก็บ ร้อยละ 80	กันเงินไว้จ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ร้อยละ 20
ปีที่ 2	จ่ายตามที่เรียกเก็บ ร้อยละ 50	กันเงินไว้จ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ร้อยละ 50
ปีที่ 3	จ่ายตามที่เรียกเก็บ ร้อยละ 20	กันเงินไว้จ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ร้อยละ 80
ปีที่ 4	จ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมทั้งหมด	

4. **การจ่ายเป็นรายวัน (Per-diem payment)** สำหรับกรณีผู้ป่วยในที่เกิดขอบเขตของการจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ครอบคลุมต้นทุนค่าวัสดุและค่าแรงเป็นหลัก
5. **การเหมาจ่ายรายหัวปรับอัตราตามกลุ่มอายุ (Age-adjusted capitation)** สำหรับบริการพื้นฐานทางทันตกรรม
6. **การจ่ายตามรายการอัตราค่าบริการ (Fee schedule)** สำหรับกลุ่มบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (C) กลุ่มบริการทันตกรรมที่เป็นหัตถการ (D) กลุ่มบริการอนามัยแม่และเด็ก (E) กลุ่มบริการฉุกเฉินและส่งต่อ (F) G, H
7. **การจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นรายวัน (Per-diem)** เหมาจ่ายสำหรับกลุ่มบริการการดูแลระยะยาว

ประเด็นที่ต้องพิจารณาอีกประการที่สำคัญคือ การส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล (Inpatient referral) ว่า จะพิจารณาการหักส่วนเงิน (Deduction) จากยอดเงินที่ต้องจ่ายให้กับสถานพยาบาลผู้ส่งหรือไม่อย่างไร ซึ่งกฎเกณฑ์ดังกล่าวยังไม่มีกฎเกณฑ์ใดๆ วางไว้ชัดเจนยกเว้นกรณีที่ได้รับเข้าโรงพยาบาลในระยะสั้นกว่าปกติวันนอนเฉลี่ยของแต่ละกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่อัตราค่าตอบแทนจะลดลงตามส่วน

นอกเหนือจากนี้จะต้องมีข้อกำหนดที่ชัดเจนเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมจ่ายร่วมของผู้ใช้บริการในแต่ละกรณี (ถ้ามี) ตลอดจนการกระจายชดเชยจำนวนเงินที่ผู้ให้บริการเรียกเก็บส่วนที่ขาดไปโดยผู้ใช้บริการ (Balance billing) ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับรายละเอียดของวิธีการจ่ายที่ใช้และอัตราการจ่ายต่อไป

บทวิเคราะห์เพิ่มเติมที่ 5.1

การคิดส่วนหักหน่วยบริการคู่สัญญาระดับปฐมภูมิ กรณีการส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล

การจ่ายเงินอุดหนุนสำหรับบริการผู้ป่วยนอกแบบเหมาจ่ายรายหัว แก่หน่วยบริการคู่สัญญาระดับปฐมภูมิ ทำให้มีแรงจูงใจในการส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยในในโรงพยาบาล เพื่อลดค่าใช้จ่ายในส่วนของผู้ป่วยนอกที่ต้องรับผิดชอบ การคิดส่วนหักสำหรับการส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล (Admission toll) สำหรับหน่วยบริการคู่สัญญาจะมีส่วนช่วยลดแรงจูงใจดังกล่าวได้ในระดับหนึ่ง หลักการของการคิดส่วนหักดังกล่าวมีดังนี้

1. เมื่อมีการส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยในแต่ละราย คิดส่วนหัก (Admission toll) ในอัตราคงที่ อัตราหนึ่งจากบัญชีเงินเหมาจ่ายของหน่วยบริการคู่สัญญาระดับปฐมภูมิ
2. ส่วนหักที่ได้อาจเป็น "กองทุนส่วนหัก" ของเขตพื้นที่ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่
3. เมื่อสิ้นปี มีการรวบรวมเงิน จ่ายเป็นเงินส่วนจ่ายคืน (Non-admission refund) กลับสู่หน่วยบริการคู่สัญญาในระดับปฐมภูมิในสัดส่วนผกผันกับอัตราการส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยในบนฐานของประชากรที่ลงทะเบียนของหน่วยบริการแต่ละแห่ง (Admission rate)

$$\text{ส่วนจ่ายคืน (Refund) ของหน่วยบริการ } i = \text{Total fund} \times [(A_{\max} - A_i) \cdot B_i \div (A_{\text{avg}} \cdot B_{\text{total}})]$$

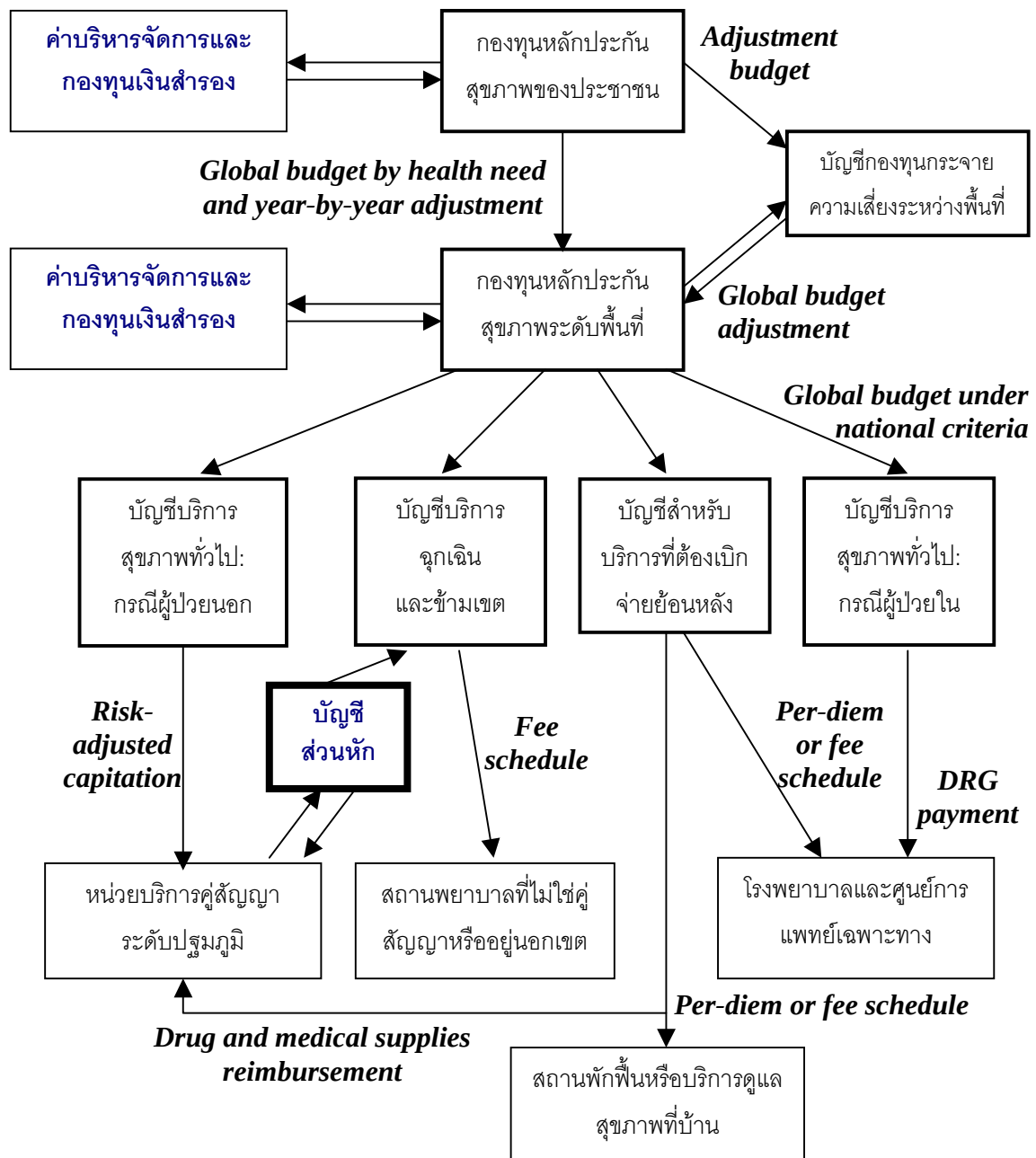
เมื่อ $A_{\max}$ = Admission rate ที่สูงที่สุด A_i = Admission rate ของหน่วยบริการ i

A_{avg} = Admission rate เฉลี่ยของกองทุน B_{total} = จำนวนผู้มีสิทธิทั้งหมด

B_i = จำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการ i

กรอบการจัดระบบเงินทุนและบัญชีหน่วยบริการคู่สัญญาในเบื้องต้นสามารถแสดงได้ดังภาพที่ 5.2 ดังต่อไปนี้

น



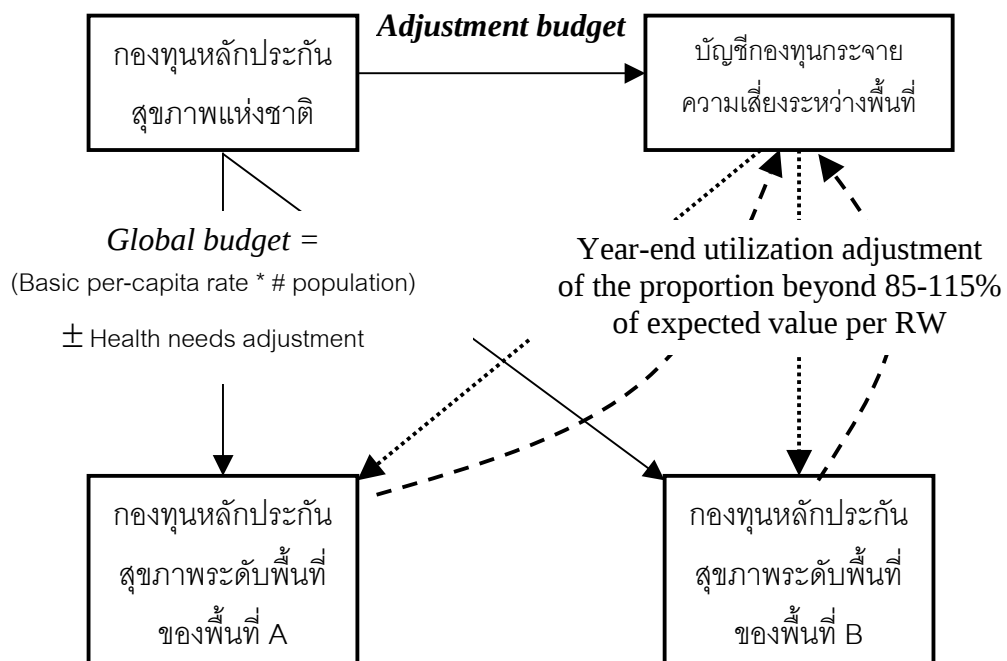
การจัดสรรเงินให้แก่กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ควรเป็นไปตามปัจจัยต่อไปนี้

- (1) จำนวนประชากรและค่าใช้จ่ายทางสุขภาพพื้นฐานโดยเฉลี่ย
- (2) ความต้องการทางสุขภาพเฉพาะพื้นที่ (Area-specific health needs)
- (3) สถิติการไปใช้บริการ (Utilization) ซึ่งควรคิดไว้ในระดับหนึ่ง อย่างน้อยในระยะแรกของการเริ่มระบบ

การจัดสรรจำเป็นต้องมีกลไกในการหักส่วนของเงินการจัดสรรเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC Fund) ไปยังกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ (APF) ที่สูงเกินไป หรือจ่ายขาดของเงินที่จัดสรรในระดับที่ต่ำเกินไป ไม่ลงตัวตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ทั้งนี้โดยจัดสรรไว้เผื่อไว้ก่อนเป็นกองทุนที่เรียกว่า “**กองทุนกระจายความเสี่ยงระหว่างพื้นที่ (Risk redistribution fund, RRF)**” ซึ่งอาจใช้เกณฑ์ในการพิจารณา เช่น การตั้งกรอบสัดส่วนของเงินที่จ่ายจริงของพื้นที่ต่อ 1 คะแนนน้ำหนักสัมพัทธ์ของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Payment per 1 RW) เปรียบเทียบกับวงเงินคาดประมาณจากค่าเฉลี่ยของประเทศที่จัดสรรไว้ (0.85-1.15 เท่าของวงเงินจัดสรรต่อ 1 RW)

ข้อมูลของการคาดเคลื่อนของงบประมาณรวมที่จัดสรรให้กับพื้นที่ในปีก่อนหน้าจะนำมาปรับปรุงสัดส่วนขององค์ประกอบต่างๆ ในหลักเกณฑ์ของการจัดสรรวงเงินงบประมาณรวมสำหรับแต่ละพื้นที่ในปีต่อไป โดยเพิ่มส่วนที่จัดสรรโดยการคำนึงถึงความต้องการทางสุขภาพสูงขึ้นเรื่อยๆ (Health need adjustment) และลดทอนส่วนของจำนวนการไปใช้บริการลงเรื่อยๆ (Utilization adjustment) ดังแสดงในภาพที่ 5.3

ภาพที่ 5.3 การจัดสรรงบประมาณรวมไปสู่กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่



- **จ่ายเท่าไร: วางวิธีการและหลักเกณฑ์ในการกำหนดอัตราค่าตอบแทนและเงินอุดหนุน**

การกำหนดอัตราค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนแก่ผู้ให้บริการจำเป็นต้องคำนึงถึงต้นทุนในการบริการที่แท้จริงทั้งหมดของผู้ให้บริการเป็นสำคัญ โดยคำนึงถึงสถานะที่ต้องการบริการนั้นต้องจัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้คุณภาพ และมาตรฐานเป็นที่ยอมรับ การกำหนดอัตราค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนผู้ให้บริการสำหรับวิธีการแต่ละประเภท อาจใช้แนวทางดังตารางที่ 5.3 ต่อไปนี้ได้

ตารางที่ 5.3 การกำหนดอัตราค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนของวิธีการจ่ายเงิน

วิธีการจ่าย	เงื่อนไขในการกำหนดอัตรา
การเหมาจ่ายรายหัวปรับอัตราตามความเสี่ยง (Risk-adjusted capitation)	● คำนวณต้นทุนการให้บริการจากฐานข้อมูลการเบิกจ่าย และรายงานการศึกษาวิจัย
การจ่ายโดยงบประมาณรวมจัดสรรตามการรับอยู่ในโรงพยาบาลโดยใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Global budget with per-admission allocation by DRGs)	● กำหนดวงเงินงบประมาณรวมโดยการศึกษาบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับคำนวณจากฐานข้อมูลการเบิกจ่ายผู้ป่วยใน ● การคำนวณ Relative Weight (RW) ของ DRG ตามหลักวิชาการ รวมต้นทุนค่าวัสดุ ค่าแรงและค่าเสื่อมราคาของการลงทุนในครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง รวมค่าใช้จ่ายในส่วนของการอยู่โรงพยาบาลและการติดตามภายหลังจำหน่ายผู้ป่วย (Follow-up) ในระยะเวลาอันสมควร ● Recalibrate DRG RW ทุก 2 ปี
การจ่ายเป็นรายวันสำหรับโรงพยาบาล (Per-diem payment)	● คำนวณจากศึกษาต้นทุนค่าวัสดุและค่าแรงเฉลี่ยต่อวันในกลุ่มผู้ป่วยที่นอนนานของวันนอนที่เกินไปจากค่าปกติ
การเหมาจ่ายรายหัวปรับค่าตามกลุ่มอายุ (Age-adjusted capitation)	● คำนวณต้นทุนการให้บริการจากฐานข้อมูลการเบิกจ่าย และการศึกษาวิจัย
การจ่ายตามรายการอัตราค่าตอบแทน (Fee schedule)	● การกำหนดอัตราเป็นไปตามต้นทุนและกลไกตลาด ● อัตราต่ำกว่าตลาดกรณีเป็นบริการเสริมจากกลุ่มบริการทางสุขภาพทั่วไป (A, B)
การจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นรายวัน (Per-diem) เหมาจ่ายสำหรับบริการการดูแลระยะยาว	● คำนวณจากการศึกษาต้นทุน ปรับด้วยปัจจัยตามกลไกตลาด

ประเด็นปัญหาของการกำหนดวิธีการและอัตราค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนที่ต้องคำนึงถึงยังมีอีกหลายประเด็น เช่น

1. ใช้บริการผู้ป่วยนอกกับผู้ป่วยที่มิใช่คู่สัญญา
2. การอุดหนุนสถานพยาบาลในท้องถิ่นที่มีผู้พลานีเข้าเมือง หรือคนงานต่างชาติบริเวณชายแดนมาใช้บริการจำนวนมาก

● **กำกับการจ่ายอย่างไร: ตรวจสอบการเบิกจ่าย และทบทวนการใช้ทรัพยากร**

วิธีการจ่ายค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนแก่ผู้ให้บริการไม่มีวิธีใดที่มีความสมบูรณ์ในการป้องกันพฤติกรรมเอารัดเอาเปรียบของผู้ให้บริการ พฤติกรรมดังกล่าวอาจเกิดขึ้นได้ทั้งด้วยความตั้งใจและความไม่ตั้งใจ ซึ่งเกิดได้ตั้งแต่การให้บริการของผู้มีสิทธิที่ไม่เหมาะสม การให้บริการหรือใช้ทรัพยากรต่างๆ น้อยกว่าหรือมากกว่าความจำเป็น รวมถึงการจัดทำและส่งข้อมูลเพื่อการเบิกจ่าย ทำให้จำเป็นต้องมีระบบและกลไกในการกำกับการจ่ายเงิน โดยตรวจสอบข้อมูลและติดตามการใช้ทรัพยากรในระดับต่างๆ กิจกรรมที่สำคัญสรุปได้ดังตารางที่ 5.4 และ 5.5

ตารางที่ 5.4 ระบบและกลไกทบทวนการใช้ทรัพยากรสำหรับการจ่ายผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิ

ทางเลือกวิธีการจ่าย	ระบบและกลไกที่จำเป็น	องค์ประกอบเสริม
การเหมาจ่ายรายหัวปรับอัตราตามความเสี่ยง (Risk-adjusted capitation)	การรับและจัดการเรื่องร้องเรียน	ความสัมพันธ์กับแพทยสภาและกระบวนการยุติธรรม
	การทบทวนการส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน	การจัดทำ Clinical Practice Guidelines ในเรื่องที่ทำเป็น
	การทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	การลงทะเบียนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่สถานพยาบาล
การจ่ายตามรายการอัตราค่าตอบแทน (Fee schedule)	การทบทวนสถิติการเบิกจ่าย	การจัดทำรายการบริการที่เข้าข่ายการเบิกจ่าย
	การทบทวนหลักฐานข้อบ่งชี้	การจัดทำความสัมพันธ์กับกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม

ตารางที่ 5.5 ระบบและกลไกทบทวนการใช้ทรัพยากรสำหรับการจ่ายเงินแก่โรงพยาบาล

ทางเลือกวิธีการจ่าย	ระบบและกลไกที่จำเป็น	องค์ประกอบเสริม
การจ่ายตามการรับอยู่ในโรงพยาบาลโดยใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม และงบประมาณรวม (DRG payment under global budget)	การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลการเบิกจ่าย	คณะกรรมการภาคสนาม
	การทบทวนการรับผู้ป่วยใน	การจัดทำ Clinical Practice Guidelines ในเรื่องที่ทำเป็น
	การติดตามระยะเวลารับนอน	การจัดทำเกณฑ์สัมพันธกับกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม
	การทบทวนการส่งต่อและการจำหน่ายผู้ป่วยใน	คณะกรรมการภาคสนาม
การจ่ายเป็นรายวันสำหรับโรงพยาบาล (Per-diem payment)	การติดตามระยะเวลารับนอน	คณะกรรมการภาคสนาม
	การทบทวนข้อบ่งชี้และแนวทางการรักษาผู้ป่วยใน	การจัดทำ Clinical Practice Guidelines ในเรื่องที่ทำเป็น
การจ่ายตามรายการอัตราค่าตอบแทน (Fee schedule)	การทบทวนสถิติการเบิกจ่าย	การจัดทำรายการบริการที่เข้าข่ายการเบิกจ่าย
	การทบทวนหลักฐานข้อบ่งชี้	การจัดทำความสัมพันธ์กับกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม

นอกเหนือจากระบบการตรวจสอบการเบิกจ่ายและการทบทวนการให้บริการแล้ว ระบบและกลไกที่จำเป็นสำหรับการกำกับดูแลการจ่ายเงินให้เกิดประสิทธิภาพที่แท้จริงกับระบบบริการยังต้องประกอบด้วย การประกันคุณภาพของการบริการทั้งหมดในเครือข่ายด้วย

ระบบประกันคุณภาพและการทบทวนการให้บริการ
(Quality assurance and utilization review systems)

ระบบตรวจสอบประกอบด้วยสององค์ประกอบคือ ระบบประกันคุณภาพ (Quality assurance, QA) ระบบการทบทวนการให้บริการ (Utilization review, UR)

ระบบประกันคุณภาพประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย 4 กระบวนการ ได้แก่

(1) การสร้างเครือข่ายหน่วยบริการคู่สัญญา

- จัดให้มีหน่วยบริการที่ให้บริการในลักษณะเครือข่าย โดยให้สถานพยาบาลสมัครเข้ามาอยู่ในเครือข่ายเพื่อให้บริการการรักษายาบาลทั้งบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ทันตกรรมและอื่นๆ แก่ประชาชนผู้มีสิทธิ ซึ่งกลไกนี้จะช่วยให้กองทุนประกันสุขภาพสามารถดำเนินการควบคุมและกำกับดูแลมาตรฐานของสถานพยาบาลและประกัน

คุณภาพของบริการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลจะให้แก่ผู้มีสิทธิได้ง่ายขึ้น ไม่ว่าจะกลไกการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการหรือสถานพยาบาลจะเป็นรูปแบบใด

- จัดให้มีเครือข่ายของสถานจำหน่ายยาและเวชภัณฑ์ผู้ป่วยนอก โดยมีข้อกำหนดมาตรฐานการรับรองสถานจำหน่ายยา (Pharmacy accreditation) กลไกนี้จะช่วยให้ประชาชนผู้มีสิทธิได้รับยาและข้อแนะนำในการใช้ยาที่ดี มีมาตรฐาน ในขณะที่กองทุนประกันสุขภาพสามารถใช้กระบวนการกำกับและตรวจสอบการจำหน่ายยาจากสถิติที่เกี่ยวข้องกับการประกันคุณภาพตามที่กำหนดไว้ได้ว่าการใช้ยาเป็นไปอย่างถูกต้องและเหมาะสม
- ทำสัญญากับสถานพยาบาลและสถานจำหน่ายยาเพื่อเข้าร่วมเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการคู่สัญญาและสถานจำหน่ายยาเครือข่ายเป็นรายปีหรือไม่เกิน 3 ปี โดยมีกระบวนการทบทวนความเหมาะสมของการต่อสัญญา จากสถิติที่เกี่ยวข้องกับการประกันคุณภาพตามที่กำหนดไว้ มีบทลงโทษในกรณีที่ไม่โปร่งใส หรือมีการฉ้อฉล

(2) การประกันคุณภาพเครือข่ายหน่วยบริการ

- กำหนดมาตรฐานของหน่วยบริการคู่สัญญาของกองทุนเพื่อให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ครอบคลุมประเด็นด้านสถานะ ความพร้อมทางโครงสร้าง ทรัพยากร ชีตความสามารถในการรักษาพยาบาล ระบบและกระบวนการจัดการด้านคุณภาพภายในของสถานพยาบาล รวมถึงมาตรฐานสำหรับสถานพยาบาลอื่นๆ ที่อาจเข้ามาร่วมอยู่เป็นเครือข่ายกับหน่วยบริการคู่สัญญาที่ผู้มีสิทธิตามกองทุนสามารถไปใช้บริการได้ โดยเฉพาะสถานพยาบาลคู่สัญญาระดับต้น
- วางกระบวนการเยี่ยมประเมินเพื่อตรวจสอบสถานพยาบาลที่สมัครเข้าร่วมเป็นผู้ให้บริการในเครือข่ายให้เป็นไปตามมาตรฐาน โดยจะเน้นที่สถานพยาบาลที่สมัครเข้ามาใหม่ในเครือข่าย และสถานพยาบาลเดิมในเครือข่ายที่มีการขยายบริการ มีการปรับสถานะ หรือเป็นสถานพยาบาลที่มีประวัติเรื่องร้องเรียนด้านคุณภาพ มีสถิติเครื่องชี้วัดคุณภาพในระดับที่ไม่น่าพึงพอใจมาก่อนในระหว่างที่เป็นหน่วยบริการคู่สัญญา
- กำหนดมาตรฐานเพื่อการรับรองสถานจำหน่ายยาที่จะเข้ามาอยู่ในเครือข่ายการจำหน่ายยาผู้ป่วยนอก ทั้งที่เป็นห้องยาของโรงพยาบาลหรือร้านยาทั่วไป ตลอดจนวางกระบวนการสุ่มเยี่ยมสำรวจเพื่อตรวจสอบสถานจำหน่ายยาที่สมัครเข้าร่วมในเครือข่าย
- กำหนดมาตรฐานเพื่อการรับรองสถานพยาบาลทันตกรรมที่จะเข้ามาอยู่ในเครือข่ายผู้ให้บริการ ทั้งที่เป็นฝ่ายทันตกรรมของโรงพยาบาลหรือคลินิกทันตแพทย์ทั่วไป ตลอดจนวางกระบวนการสุ่มเยี่ยมสำรวจเพื่อตรวจสอบสถานพยาบาลที่สมัครเข้าร่วมในเครือข่าย

(3) การประกันคุณภาพการรักษาพยาบาล

- จัดให้มีระบบจัดการข้อร้องเรียน (Grievance management) ซึ่งอาจจัดเป็นส่วนงานที่รับเรื่องร้องเรียนทางโทรศัพท์ โทรสาร หรือจดหมาย จัดให้มีแบบประเมินหรือแบบร้องเรียนสถานพยาบาลกระจายอยู่กับหน่วยบริการคู่สัญญาและสถานจำหน่ายยาต่างๆ ที่ผู้มีสิทธิของกองทุนฯ สามารถเขียนร้องเรียนแล้วส่งเข้ามายังสำนักงานหลักประกันสุขภาพของประชาชน (HCFA) หรือสำนักงานคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ (APB) โดยตรง มีการวางกระบวนการพิจารณากรณีร้องเรียนที่ชัดเจน ตรวจสอบข้อเท็จจริง และตัดสินใจ ซึ่งกระบวนการนี้อาจพิจารณาเบื้องต้นโดยฝ่ายงานประกันคุณภาพและทบทวนการใช้ทรัพยากร หรือคณะกรรมการมาตรฐานและจัดการเรื่องร้องเรียนของ APB ในกรณีที่เรื่องราวไม่ชัดเจนให้ส่งต่อถึงคณะกรรมการ

ควบคุมกำกับคุณภาพ มาตรฐาน และคุ้มครองผู้มีหลักประกัน และคณะกรรมการอุทธรณ์เป็นผู้พิจารณาต่อไป

ทั้งนี้ผู้ให้บริการมีหน้าที่ในการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องร้องเรียนเสนอให้แก่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่

- ตรวจประเมินความถูกต้องของข้อมูลการเบิกจ่าย (Claim audit) สถิติการใช้บริการ (Statistical audit) และคุณภาพของเวชระเบียน (Medical record audit) เพื่อประเมินความถูกต้องและน่าเชื่อถือของข้อมูลต่างๆที่หน่วยบริการคู่สัญญาและสถานจำหน่ายยาส่งให้แก่กองทุนฯ ทั้งในด้านการใช้บริการ ค่าใช้จ่ายและคุณภาพของบริการ
- สร้างกลไกการคัดกรอง (Screening) เพื่อค้นหากรณีการบริการที่อาจมีปัญหาเรื่องคุณภาพของสถานพยาบาล โดยประมวลจากฐานข้อมูลการเบิกจ่ายและการใช้บริการของกองทุน เช่น
 - ติดตามระยะเวลาวันนอนเฉลี่ยรายโรค
 - ติดตามผลลัพธ์การรักษา และการเข้ารับการรักษาซ้ำ
 - ติดตามการย้ายสถานพยาบาลของผู้มีสิทธิ
 - ให้บริการและผลลัพธ์การรักษาทางทันตกรรม
- สำรวจประเมินความพึงพอใจของข้าราชการและครอบครัวต่อหน่วยบริการคู่สัญญา โดยการสุ่มส่งแบบสำรวจให้แก่ผู้มีสิทธิที่มีรายงานการไปใช้บริการ ผู้ที่มีการเปลี่ยนสถานพยาบาล หรือผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับสถานพยาบาลที่มีสถิติการร้องเรียนสูงหรือมีแนวโน้มจะเกิดปัญหาด้านคุณภาพบริการ
- พัฒนาและกำหนดเครื่องชี้วัดคุณภาพ (Quality indicator) ของหน่วยบริการคู่สัญญา จัดเป็นชุดของเครื่องชี้วัดการให้การรักษายาบาล และการให้บริการ ทั้งในด้านกระบวนการและผลลัพธ์ที่สำคัญ ครอบคลุมกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยให้สถานพยาบาลส่งข้อมูลมาให้ตามที่กำหนด และมีกระบวนการสุ่มตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ข้อมูลเครื่องชี้วัดนี้จะนำมาประมวลและจัดให้อยู่ในรูปแบบที่เผยแพร่ให้แก่ประชาชนผู้มีสิทธิ เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการเลือกหน่วยบริการคู่สัญญา
- วางระบบการตรวจสอบ และทบทวนการให้บริการทางการแพทย์ และบริการทันตกรรม (Medical audit) ซึ่งเป็นกลไกในการลงพื้นที่ ประเมินและเก็บข้อมูลการรักษาพยาบาลจากเวชระเบียน ตลอดจนการสอบสวนกับผู้ให้บริการหรือผู้มีสิทธิที่รับบริการโดยตรงในกรณีที่เหมาะสม เพื่อนำมาประเมินคุณภาพของการให้บริการและรักษาพยาบาล โดยอ้างอิงจากแนวทางการประกอบวิชาชีพและเวชปฏิบัติที่เป็นที่ยอมรับ

(4) การประกันคุณภาพภายในของกองทุน

- ติดตามประเมินคุณภาพและพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานภายในของการดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพของประชาชนและสำนักงานคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ ทั้งนี้เพื่อเป็นการย้ำความมั่นใจในการดำเนินงานของระบบทั้งประชาชน และหน่วยบริการคู่สัญญาที่เป็นผู้ให้บริการ

นอกเหนือจากระบบประกันคุณภาพ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะต้องมีระบบทบทวนการให้บริการ (UR) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการให้บริการและทรัพยากรต่างๆในการให้บริการต่างๆแก่ผู้ป่วย เช่น ยาและเวชภัณฑ์ การตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยา ตลอดจนป้องกันและกลั่นกรองหาการให้บริการที่ไม่มีข้อบ่งชี้

เหมาะสม แล้วดำเนินการยับยั้งและแก้ไขให้ถูกต้อง ระบบทบทวนการใช้บริการอาจประกอบด้วยกิจกรรมที่สำคัญ ดังนี้

(1) การทบทวนการใช้บริการก่อนการบริการ (Prospective UR)

- กำหนดให้สถานพยาบาลต้องแจ้งขออนุญาตรับผู้ป่วยเข้าสถานพยาบาลล่วงหน้าในกรณีที่กำหนด (Pre-admission authorization for specific conditions) ซึ่งสามารถกำหนดได้เป็นบางกรณีหากมีการพิจารณาให้มีการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลเพิ่มเติมเป็นกรณีพิเศษ
- กำหนดให้ผู้มีสิทธิที่มีการเจ็บป่วยบางกรณีต้องแจ้งและไปรับบริการจากสถานพยาบาลเฉพาะแห่ง (Pre-designation of providers for specific conditions) ทั้งนี้เพื่อให้ผู้มีสิทธิได้เข้ารับการรักษาโรคบางโรคจากผู้ให้บริการที่มีความรู้ความชำนาญเฉพาะด้านในเรื่องนั้นๆ อย่างแท้จริง อันจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร
- กำหนดบัญชียา (Drug lists) โดยกำหนดบัญชียาที่สามารถเบิกจ่ายได้ทั้งหมดหรือบางส่วน ซึ่งจะช่วยให้การใช้ยาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ประหยัดสมเหตุสมผล และลดความสูญเสียในด้านของผู้มีสิทธิ ในขณะที่ยังให้อิสระในการเลือกใช้ยาที่กว้างขวางเพียงพอ

(2) การทบทวนการใช้บริการระหว่างการบริการ (Concurrent UR)

- แจ้งการอยู่โรงพยาบาลนานกว่าที่กำหนดไว้ ในภาวะที่จะต้องมีการเบิกจ่ายเพิ่มเติม (Concurrent hospital review) เช่น การใช้บริการในสถานพยาบาลที่ไม่ใช่สถานพยาบาลคู่สัญญาในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน

(3) การทบทวนการใช้บริการภายหลังการบริการ (Retrospective UR)

- ทบทวนสถิติการใช้บริการในสถานพยาบาลย้อนหลังจากฐานข้อมูล (Retrospective hospital review) ทั้งนี้เพื่อประเมินลักษณะความแตกต่างของการปฏิบัติและการใช้บริการระหว่างสถานพยาบาล เช่น การรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาวันนอน การใช้บริการในกรณีฉุกเฉินหรือการเบิกจ่ายรักษาในกรณีพิเศษ
- ทบทวนสถิติการใช้ทรัพยากรและการใช้บริการรายโรค (Retrospective disease-based review) เพื่อศึกษาหาระดับของความแตกต่างของต้นทุนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแต่ละโรค ในส่วนต่างๆ เช่น ค่าใช้จ่ายรวม ค่าใช้จ่ายด้านยาและเวชภัณฑ์ ค่าใช้จ่ายในการตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยา ค่าแพทย์ รวมถึงระยะเวลาวันนอน นำสู่การศึกษาเฉพาะกรณี เป็นข้อมูลป้อนกลับในการคำนวณค่าความเสี่ยง กำหนดวงเงินค่าใช้จ่าย และศึกษาเฉพาะกรณีเชื่อมโยงกับการประกันคุณภาพ
- ทบทวนความเหมาะสมของการขอเบิกจ่าย (Retrospective bill review) เพื่อประเมินความถูกต้องของคำร้องขอเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลย้อนหลังตามกรณีต่างๆ ที่กองทุนขออนุญาตไว้ตามระเบียบ ศึกษาข้อบกพร่อง ตลอดจนลักษณะรูปแบบของการเบิกจ่ายสัมพันธ์กับข้อมูลอื่นๆ จากสถานพยาบาลและสถานจำหน่ายยา
- ทบทวนการเบิกจ่ายกรณีการคลอดบุตร และกรณีฉุกเฉินและอุบัติเหตุ เพื่อประเมินข้อบ่งชี้ (Indication) ของการใช้บริการและรูปแบบของเหตุการณ์ที่ใช้ในการรักษา โดยจะมีการกำหนดเกณฑ์เพื่อการพิจารณาอ้างอิงตามหลักวิชาการต่อไป

- ทบทวนใบสั่งยาและเวชภัณฑ์กรณีผู้ป่วยนอก (Retrospective prescription review) เพื่อประเมินความถูกต้องของการสั่งยา กรองหาความผิดปกติของปริมาณยาที่ได้รับและค่าใช้จ่าย จัดทำเป็นสถิติรูปแบบ (Profile) สำหรับสถานจำหน่ายยาและเวชภัณฑ์แต่ละแห่ง

บทที่ 6

การจัดการช่วงการเปลี่ยนผ่าน

การเปลี่ยนผ่านสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Transition)

จากข้อเสนอที่ผ่านมา จะส่งผลให้ระบบบริการทางสุขภาพต้องปรับตัว โดยจะมีการจัดสรรทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพสูงขึ้น อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะส่งผลต่อการจัดการระบบบริการในภาครัฐที่ต้องปรับตัวเป็นอย่างมาก จำเป็นต้องมีการเสริมทักษะในด้านการจัดการเป็นอย่างมาก

การถ่ายทอดนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสู่การปฏิบัติ

หลักการเพื่อนำหลักประกันสุขภาพสู่การปฏิบัติ:

- 1) ต้องเป็นนโยบายของรัฐบาล (Policy measure) ไม่ใช่นโยบายระดับกระทรวงหรือต่ำกว่า เนื่องจากการทำงานเป็นกระบวนการครอบคลุมสายงานที่ต้องเข้าไปเกี่ยวข้องกับส่วนราชการและหน่วยงานของรัฐหลายสังกัด
 - 2) ต้องออกเป็นกฎหมาย (Regulatory measure) ที่มีผลในการปรับระบบและกลไกด้านการเงินการคลังทางสุขภาพตามกฎหมายด้านต่างๆ ที่ผ่านมา เนื่องจากต้องมีการปรับบทบาทหน่วยงานราชการและระบบงบประมาณ ตลอดจนระบบประกันสุขภาพและประกันอุบัติเหตุภาคบังคับตามกฎหมาย
 - 3) อาศัยกลไกการเงินการคลัง (Financial measure) ที่มีการเสริมให้เกิดการปรับตัวในระบบ เป็นการปรับระบบการตอบแทนและการอุดหนุนที่ตอบสนองต่ออุปสงค์ การทำงานที่มากของผู้ให้บริการได้รับการตอบแทนมากขึ้น
 - 4) ต้องวางระบบการจัดการ (Management measure) ให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานทั้งในส่วนของการบริหารกองทุน การทำสัญญาและการจัดซื้อบริการ ตลอดจนกลไกสารสนเทศและการตรวจสอบการดำเนินงานในด้านต่างๆ ต้องมีการจัดทาระบบข้อมูลการเงินและบัญชีอย่างเป็นระบบเพื่อให้ได้ข้อมูลในการวิเคราะห์ต้นทุนที่ชัดเจน มีการออกแบบระบบอย่างพิถีพิถันเพื่อให้ไม่เป็นอุปสรรคต่อการประกอบวิชาชีพทางสุขภาพอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพในระยะยาว
- ต้องมีการปรับกลไกการจัดการให้สอดคล้องกับระบบทางการเงิน มีการให้ระยะเวลาที่เหมาะสมเพื่อการปรับตัว โดยเป็นหน้าที่ของผู้ให้บริการที่จะปรับตัว ด้วยความสนับสนุนอันเหมาะสมจากรัฐ
- 5) ต้องวางระบบการให้ความรู้และสื่อสารข้อมูลแก่ผู้ปฏิบัติและผู้มีสิทธิ (Educational measure) เพื่อให้บุคคลฝ่ายต่างๆ ผู้เกี่ยวข้องทราบบทบาทของตนภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ เป็นการเตรียมพร้อมรองรับระบบและกลไกต่างๆ

ขั้นตอนการดำเนินการ

รัฐบาลควรดำเนินงานตามขั้นตอน ดังนี้

1. ในการประกาศนโยบายของรัฐบาล ควรระบุเงื่อนเวลาว่าจะผลักดันให้สำเร็จได้ภายในระยะเวลา 3 ปี
2. ออกมติคณะรัฐมนตรี (เมษายน 44) เพื่อจัดกลไกเริ่มต้น คือ
 - อนุมัติแผนงานแม่บท ที่แสดงเป้าหมายสำคัญๆ พร้อมเงื่อนเวลาและหน่วยงานที่รับผิดชอบแต่ละส่วน รวมถึงระบุถึงตัวเลขงบประมาณที่จำเป็น
 - อนุมัติมาตรการระยะสั้น ซึ่งเป็นการเตรียมการเฉพาะหน้าของกระทรวงสาธารณสุข
 - เห็นชอบร่างพระราชบัญญัติอย่างน้อยในชั้นหลักการ เพื่อให้มีการเตรียมการทางนิติบัญญัติ
 - เห็นชอบให้ปรับแผนการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ (มติครม.เมื่อตุลาคม 2543) ให้สอดคล้องกับแผนแม่บท โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของ การจัดระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารและจ่ายเงิน
 - อนุมัติการจัดตั้งหน่วยงานพิเศษเพื่อเตรียมการจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและกองทุนหลักประกันสุขภาพของประชาชน โดยเป็นหน่วยงานในการดูแลของนายกรัฐมนตรี
3. เปิดเวทีรับฟังความคิดเห็น (เมษายน – มิถุนายน 44) จากประชาชน สื่อมวลชน นักวิชาการ เพื่อสร้างความเข้าใจร่วม และปรับปรุงร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. เพื่อเสนอต่อรัฐสภา (ตุลาคม 44)
4. ร่าง พรบ. มีผลใช้บังคับ (พฤศจิกายน 44) สอดคล้องกับแผนแม่บท แต่มีบทเฉพาะกาลสำหรับเตรียมการระยะ 2 ปี
5. การเตรียมการ ควรครอบคลุมเรื่องสำคัญ ดังนี้
 - 5.1. การจัดเตรียมโครงสร้างพื้นฐาน เพื่อยกระดับประสิทธิภาพภายในระบบ
 - 5.1.1. จัดตั้งคณะทำงานที่จำเป็น และสำนักงานเตรียมการจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในความดูแลของนายกรัฐมนตรี เพื่อเป็นหน่วยงานบูรณาการในการเตรียมความพร้อมของระบบ (เมษายน 44)
 - 5.1.2. ร่าง พรบ. ใหม่ ตลอดจนศึกษาและปรับแก้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิการด้านการรักษายาบาล และการประกันสุขภาพที่มีอยู่ให้สอดคล้อง เช่น พรบ.ประกันสังคม พรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ เป็นต้น (เมษายน – ตุลาคม 44)
 - 5.1.3. พัฒนาและจัดระบบสารสนเทศ สำหรับการบริหาร ทะเบียนของประชาชนผู้มีสิทธิ การจ่ายเงินแก่สถานบริการ และการตรวจสอบ (เริ่มพัฒนาได้ภายใน ตุลาคม 44)
 - 5.1.4. สำนักงานประกันสังคมปรับบทบาทขยายความครอบคลุมผู้ครอบคลุมผู้ประกันตน และสถานประกอบการขนาดเล็ก (มกราคม 45)
 - 5.1.5. ถ่ายโอนการบริหารจัดการระบบสวัสดิการสุขภาพของข้าราชการ สวัสดิการรักษายาบาลของพนักงานรัฐวิสาหกิจ สวัสดิการสุขภาพของพนักงานของรัฐ และระบบประกันสังคมให้รวมกันเสมือนเป็นกองทุนเดียว อยู่ภายใต้การดูแลขององค์กรที่ชัดเจน เช่น สำนักงานประกันสังคม บริหารงานภายใต้แนวทางของ พรบ.ใหม่ และพรบ. ประกันสังคม ที่ได้รับการปรับปรุง (มกราคม 45)
 - 5.1.6. ทดลองระบบจ่ายเงินระบบใหม่ โดยเริ่มจากกลุ่มบริการผู้ป่วยในภายใต้ระบบสวัสดิการสุขภาพข้าราชการก่อน (ตุลาคม 44)
 - 5.1.7. จัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพของประชาชนนอกภาคการจ้างงาน อยู่ภายใต้การดูแลของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพของประชาชน (มกราคม 45)

- 5.2. รัฐบาลจัดหารายได้เพิ่มและจัดสรรเข้ากองทุนหลักประกันสุขภาพตามแผนแม่บทในการขยายงานเขตพื้นที่นำร่อง
- 5.3. พัฒนาชุดสิทธิประโยชน์มาตรฐาน และเครือข่ายบริการ เพื่อความเป็นธรรม ถือเป็นสิทธิประโยชน์สำหรับคนไทยทุกคน รวมถึงบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วย
 - 5.3.1. จัดทำชุดสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพของกลุ่มบริการต่างๆ โดยให้มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบและมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและหน่วยงานต่างๆ มีการศึกษาวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลหรือผลได้ มีการอ้างอิงความเหมาะสมทางวิชาการ (เมษายน 44 – ตุลาคม 45)
 - 5.3.2. ทบทวนและจัดทำบัญชียาหลักแห่งชาติขึ้นใหม่ ที่สอดคล้องกับแนวทางของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีกลไกและระบบที่จะชัดเจนในการนำไปใช้และปรับปรุงบัญชี (ภายในตุลาคม 45)
 - 5.3.3. กระตุ้นให้มีการรวมตัวเป็นเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary care network) ซึ่งรวมทั้งสถานพยาบาลของราชการและเอกชน โดยเริ่มจากการปรับเปลี่ยนระบบประกันสังคมและสวัสดิการรักษายาของข้าราชการให้ใช้ระบบการจ่ายเงินแบบใหม่ตามที่เสนอทั้งระบบ (มกราคม 46)
 - 5.3.4. จัดทำทะเบียนสถานบริการ เครือข่ายบริการปฐมภูมิ และร้านยา ตลอดจนเตรียมการระบบสารสนเทศที่จำเป็น (เสร็จภายในธันวาคม 46)
- 5.4. การจัดระบบบริหารจัดการ แบบมีส่วนร่วม โดยจัดตั้งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพของประชาชน คณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนสำนักงานต่างๆ (มกราคม 45) และทยอยจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่จำนวน 15-20 แห่ง นำร่องการบริหารจัดการตามความพร้อมของพื้นที่ (ภายในมกราคม 46)
- 5.5. รัฐบาลจัดหารายได้เพิ่มราว 30,000 – 40,000 ล้านบาท เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในปีงบประมาณ 2547 โดยบรรจุไว้ในร่างพรบ.งบประมาณเสนอต่อรัฐสภา (ตุลาคม 46)
- 5.6. ปรับการทำงานระบบทั้งหมดให้สอดคล้องกัน พร้อมเปิดระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเต็มระบบ (มกราคม 47)

ขั้นตอนการดำเนินการด้านต่างๆ อาจสรุปโดยสังเขปได้ดังตารางที่ 6.1 การดำเนินการในส่วนของการนำร่องควรมีการดำเนินการทดลองในแนวทางที่ได้มีการวางไว้ข้างต้นทั้งหมด แต่ในขอบเขตจำกัดเพียงบางพื้นที่ อนึ่งข้อเสนอนี้ยังอยู่ภายใต้สถานการณ์ความไม่แน่นอนของการปรับระบบของกระทรวงสาธารณสุขภายใต้บริบทของการกระจายอำนาจ ซึ่งอาจทำให้ต้องมีการปรับองค์ประกอบบางประการระหว่างการดำเนินการเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงตามความเหมาะสมได้

ตารางที่ 6.1 กำหนดการดำเนินงานและการเปลี่ยนแปลงเพื่อไปสู่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

องค์ประกอบ	ปีงบประมาณ 2544	ปีงบประมาณ 2545	ปีงบประมาณ 2546	ปีงบประมาณ 2547
ประชาชน/ลงทะเบียน	เปิดเวทีรับฟังความคิดเห็นจากประชาชน สื่อมวลชน นักวิชาการ	ประชาชนได้รับสิทธิจากโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข		ประชาชนรับรู้และได้รับสิทธิทั้งหมด
กฎหมาย	เริ่มเตรียมการและยกร่าง พรบ. ทันที ใช้เวลา 6 เดือน โดยต้องแก้ไข พรบ. ประกันสังคม พรบ. กองทุนเงินทดแทน พรบ. คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง	กฎหมายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าผ่านรัฐสภา พร้อมการปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้อง		
คณะกรรมการและสำนักงาน	เริ่มต้นทันทีในแบบเตรียมการก่อน โดยจัดตั้ง "สำนักงานเตรียมการ" จัดทำแผนงานทำงานในรายละเอียด	จัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชนเพื่อดำเนินการเตรียมการระบบของประเทศ		1 มกราคม: คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชน เริ่มปฏิบัติงาน
กองทุนประกันสุขภาพ	ประกาศนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาล	ปรับบทบาทของกองทุนประกันสุขภาพตามที่กฎหมายระบุ	ถ่ายโอนเงินจากกองทุนผู้ประสบภัยจากรถสู่กองทุนหลักประกันสุขภาพ	
สิทธิประโยชน์	ใช้เวลาดำเนินการ ศึกษาและพัฒนา 6 เดือน	ทดลองนำร่องสิทธิประโยชน์	เริ่มต้นเต็มรูปแบบในระบบสวัสดิการข้าราชการและประกันสังคม	
การคลังและวิธีการจ่ายเงิน	จัดทำรายละเอียดของงบประมาณและวิธีการบริหารจัดการทางการเงิน การจัดสรรและการจ่ายเงินอุดหนุนแก่ผู้ให้บริการ	ทดลองนำร่องระบบการจ่ายเงิน	เริ่มใช้ตามรูปแบบที่เสนอกับสวัสดิการสุขภาพข้าราชการ โดยเฉพาะกับผู้ให้บริการภาครัฐ	ใช้รูปแบบการจ่ายเงินกับระบบประกันสุขภาพทั้งหมด ทั้งกับผู้ให้บริการภาครัฐและเอกชน (รอ 1.5 ปี)
ผู้ให้บริการ	นำร่องหลักการแยกผู้ให้บริการและผู้ซื้อบริการสู่การปฏิบัติ โดยทำความเข้าใจกับกระทรวงสาธารณสุขก่อน ศึกษาต้นทุนผู้ให้บริการในประกันสังคม	ศึกษาระบบเครือข่าย จำนวนและต้นทุนการให้บริการต่อหัวแต่ละพื้นที่		
ระบบสารสนเทศและฐานข้อมูล และการตรวจสอบ	เริ่มเตรียมการทันที พัฒนาระบบสารสนเทศที่จำเป็นในจังหวัดนำร่อง และระบบที่ใช้กับประกันสังคมและสวัสดิการสุขภาพข้าราชการ		เริ่มใช้ระบบฐานข้อมูลและสารสนเทศทั่วประเทศ	

ผลกระทบและส่วนเชื่อมต่อกับองค์ประกอบอื่นของการปฏิรูประบบสุขภาพที่ต้องการการศึกษาเพิ่มเติม

การพิจารณาปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลไกในระบบหลักประกันสุขภาพจะเกี่ยวข้องกับบริบทของการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างทางการปกครองและสาธารณสุขของประเทศเป็นประเด็นที่มีความสำคัญ ประเด็นที่ต้องมีการคำนึงถึงและศึกษาผลกระทบลงไปในเรื่องละเอียดเมื่อมีความแน่นอนของการปฏิรูประบบราชการและการปฏิรูประบบสุขภาพในส่วนอื่นๆ เพื่อรองรับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เกิดผลดีและสมบูรณ์ต่อระบบสุขภาพของประเทศอย่างมีบูรณาการต่อไป ได้แก่

(1) การกระจายอำนาจภายใต้พระราชบัญญัติการกระจายอำนาจ พ.ศ.2542

- บทบาท ขอบเขตความรับผิดชอบและโครงสร้างของส่วนราชการภายใต้กระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะส่วนภูมิภาคจะมีลักษณะเช่นใด ซึ่งทางเลือกที่เป็นไปได้ ได้แก่
 - (ก) กระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่เป็นผู้ค้ำจุน โดยให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพของประชาชนอยู่ในความดูแลของกระทรวง
 - (ข) กระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่ผู้บริหารกองทุน และถ่ายโอนบทบาทในด้านการให้บริการออกไปเหลือเพียงส่วนที่จำเป็น เช่น งานด้านสนับสนุนทางวิชาการ การควบคุมและป้องกันโรค
 - (ค) กระทรวงสาธารณสุขยังคงรักษาฐานะความเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพ (สถานพยาบาลเป็นส่วนราชการในสังกัดกระทรวงฯ) แต่ถ่ายโอนกิจกรรมด้านการประกันสุขภาพแก่ผู้บริหารกองทุนประกันสุขภาพ ซึ่งเป็นองค์กรอื่น
- สถานพยาบาลผู้ให้บริการทั้งในส่วนกลาง (กทม.) และส่วนภูมิภาคจะเป็นของใคร หรืออยู่ภายใต้ความควบคุมของหน่วยงานใด กรณีที่ต้องพิจารณาประกอบด้วย
 - (ก) สถานพยาบาลของรัฐโดยเฉพาะโรงพยาบาล ยังคงเป็นของกระทรวงสาธารณสุขต่อไป
 - (ข) โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ (± โรงพยาบาลชุมชน) แปรสภาพเป็นโรงพยาบาลในกำกับของรัฐตาม พรบ.องค์การมหาชน ในขณะที่สถานเอนามัย (± โรงพยาบาลชุมชน) ถ่ายโอนเป็นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
 - (ค) มีการถ่ายโอนสถานพยาบาลของรัฐในท้องถิ่นไปอยู่ในความดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- สัดส่วนและปริมาณของงบประมาณที่มีการจัดสรรโดยตรงไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นไปตามกฎหมายการกระจายอำนาจหรือไม่ รวมถึงส่วนที่มีการจัดสรรไปให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ (APB)
- บทบาทด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(2) ความสัมพันธ์กับระบบสาธารณสุข ที่ให้บริการแก่ชุมชนและสังคมในวงกว้าง

การเปลี่ยนแปลงทางระบบการเงินการคลังของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเฉพาะประเด็นของการแยกผู้ให้บริการและผู้ซื้อบริการออกจากกัน จะส่งผลกระทบต่อวิธีการทำงานของส่วนราชการในกระทรวงสาธารณสุขแต่เดิมที่มีการผสมผสาน (Integration) ระหว่างการให้บริการดูแลระดับบุคคล และการให้

บริการด้านสาธารณสุข ทั้งในด้านการจัดการ ผู้ให้บริการ การเงิน และการติดตามประเมินผล การผสมผสาน บริการทั้งสองระดับในบริบทใหม่เป็นสิ่งที่ต้องศึกษาหาทางออกที่สร้างสรรค์ ตลอดจนบทบาทขององค์กรและหน่วยงานทางสาธารณสุข เช่น สถานีนอมา้ย ต่อไปว่าจะดำเนินการอย่างไร จึงจะเกิดประโยชน์สูงสุดต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของระบบสุขภาพต่อประชาชน

ในเบื้องต้นอาจประเมินได้ว่า การผสมผสานอาจเกิดขึ้นได้ทีละระดับต่อไปนี้

- นโยบาย (Policy) เช่น สภาพสุขภาพแห่งชาติ
- ระบบ (System) เช่น คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพของประชาชน ซึ่งรวมทั้งการจัดสรรเงินทุนสู่กลุ่มบริการต่างๆ
- องค์กร (Organization) เช่น คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่
- การปฏิบัติ (Practice) เช่น โรงพยาบาลและสถานพยาบาล

(3) การลงทุนด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ อาคาร สิ่งก่อสร้าง ตลอดจนครุภัณฑ์ที่จำเป็นของโรงพยาบาลของรัฐ

งบประมาณตามระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีจุดมุ่งหวังเพื่อเป็นงบดำเนินการเป็นสำคัญ คือ ค่าแรง ค่าวัสดุ และค่าเสื่อมราคาของอาคาร สถานที่และครุภัณฑ์ แต่ไม่ได้รวมถึงงบประมาณเพื่อการพัฒนาในด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์อื่นๆ ของโรงพยาบาล ประเด็นในเรื่องการดำเนินการด้านนี้จำเป็นที่กระทรวงสาธารณสุขและส่วนราชการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องต้องศึกษาหาแนวทางร่วมกันต่อไป

(4) ระบบการช่วยเหลือโรงพยาบาลและเครือข่ายสถานพยาบาลของรัฐที่มีปัญหาทางการเงินเข้าขั้นล้มละลายเมื่ออยู่ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

โรงพยาบาลของรัฐหลายแห่งมีข้อจำกัดในการปรับตนเองเข้ากับระบบทางการเงินการคลังรูปแบบใหม่ ซึ่งอาจบั่นทอนศักยภาพของโรงพยาบาลในการเพิ่มประสิทธิภาพ ส่งผลต่อสถานะทางการเงินของโรงพยาบาลในระยะสั้นได้ เช่น การบริหารจัดการบุคลากรส่วนเกิน เป็นต้น กระทรวงสาธารณสุขและส่วนราชการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องควรต้องค้นหาวិธีการที่จะรองรับปัญหา ทั้งการป้องกันและแก้ไขที่เหมาะสมต่อไป

(5) การสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับกลุ่มผู้ใช้แรงงานเคลื่อนย้าย

กลุ่มผู้ใช้แรงงานเคลื่อนย้ายที่มีการย้ายถิ่นฐานจะเป็นภาระแก่ผู้ให้บริการที่ไม่ใช่หน่วยบริการคู่สัญญาที่ได้รับงบประมาณต่อหัวสำหรับการดูแลสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย การติดตามแรงงานกลุ่มนี้มีผลต่อทั้งด้านการจัดบริการ และการจัดสรรงบประมาณ เนื่องจากเข้าไปเกี่ยวข้องกับการลงทะเบียนของผู้มีสิทธิ การหารูปแบบที่เหมาะสมภายใต้บริบทของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นความท้าทายของการหาสมดุลระหว่างหน้าที่ของประชาชน สิทธิของประชาชน การกระจายภาระ และสถานะความมั่นคงทางการเงินของผู้ให้บริการ

(6) การอุดหนุนโรงพยาบาลและสถานพยาบาลในพื้นที่ทุรกันดารและพื้นที่ชายแดน

โรงพยาบาลและสถานพยาบาลในพื้นที่ทุรกันดารและพื้นที่ชายแดนจะมีปัญหาภาระการให้บริการแก่ชนกลุ่มน้อย และแรงงานพลัดถิ่นทั้งที่ถูกต้องกฎหมายและผิดกฎหมาย การปรับระบบการเงินในการอุดหนุนโรงพยาบาลใหม่ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะบั่นทอนโอกาสในการใช้การอุดหนุนข้ามระบบ

(Cross-subsidization) ของโรงพยาบาลที่ปฏิบัติอยู่เดิม ซึ่งจะส่งผลต่อความมั่นคงทางการเงินของโรงพยาบาลอย่างแน่นอน การช่วยเหลือด้านนี้เป็นประเด็นที่กระทรวงสาธารณสุขและรัฐบาลจะต้องหาทางแก้ไข เช่นเดียวกับปัญหาแรงงานเคลื่อนย้าย

(7) การจัดการภายในของโรงพยาบาลของรัฐ

ระบบการเงินการคลังย่อมต้องมีผลกระทบต่อการจัดการภายในของโรงพยาบาล การจัดสรรทรัพยากรภายใน (Resource allocation) การให้ค่าตอบแทนแพทย์และผู้ให้บริการ การทำสัญญาการให้บริการกับหน่วยงานองค์กรภายนอกหรือผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิ เช่น คลินิก ซึ่งอาจมีความขัดแย้งด้านผลประโยชน์ (Conflict of interest) ปัญหาเชิงจริยธรรม การบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ และระบบข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้เนื่องจากการจัดสรรงบประมาณแบบอ้างอิงผลงาน แทนปัจจัยนำเข้า ดังนั้น จึงเป็นเรื่องที่น่าจะมีการศึกษาหาความชัดเจน และหาทางออกที่เหมาะสม

(8) บทบาทของกลุ่มองค์กรประชาชน

บทบาทที่เหมาะสมของกลุ่มองค์กรประชาชนที่มีการจัดกลุ่มและสวัสดิการด้านสุขภาพให้กับตนเอง ตลอดจนแสดงความสนใจในการเข้าร่วมการจัดระบบหลักประกันสุขภาพนี้ควรเป็นเช่นใด ทั้งนี้เพื่อธำรงรักษาหลักการของระบบ ร่วมกับการเสริมพลังความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน เป็นเรื่องที่ต้องศึกษาหาแนวทางดำเนินการ

ประเด็นเทคโนโลยีระบบสารสนเทศ (Information technology)

การจัดการเทคโนโลยีของระบบสารสนเทศจำเป็นต้องมีการกำหนดมาตรฐานของระบบการทำงาน และข้อกำหนดขององค์ประกอบของข้อมูล (Data element) ที่เป็นแนวทางเดียวกันของทุกระบบประกันสุขภาพทั่วประเทศ

ในระยะแรกของการดำเนินการ อาจจัดตั้ง “สำนักงานกลางเครือข่ายสารสนเทศระบบประกันสุขภาพ (สคส.)” ขึ้น เพื่อเป็นหน่วยงานตามลักษณะองค์การมหาชน ซึ่งเมื่อมีการผ่านกฎหมายหลักประกันสุขภาพของประชาชนแล้วอาจคงสถานะเดิม หรือผนวกเป็นส่วนหนึ่งของสำนักงานหลักประกันสุขภาพของประชาชนได้

ความจำเป็นในการมีศูนย์กลางเครือข่ายสารสนเทศระดับชาติ

1. **การจัดสรรงบประมาณ** ประสิทธิภาพและผลสำเร็จของการบริหารการคลังของระบบการประกันสุขภาพของชาติจำเป็นต้องวิเคราะห์และวางแผนให้สอดคล้องกันทั้งระบบ ทุกเขตพื้นที่ การได้ข้อมูลการให้บริการที่มีรายละเอียดเพียงพอจะทำให้การวิเคราะห์ภาระงาน ค่าใช้จ่าย ศักยภาพการให้บริการและความพอเพียงของบุคลากรและสถานพยาบาลใช้มาตรฐานเดียวกันมีความถูกต้องแม่นยำ ข้อมูลที่ได้จากเขตย่อยจะไม่เพียงพอที่จะวิเคราะห์ระบบบริการการรักษาพยาบาลที่มีความหลากหลายและซับซ้อนได้เพียงพอ
2. **ฐานข้อมูลผู้ใช้และการเลือกเครือข่ายบริการ** ข้อมูลทะเบียนผู้ใช้ที่เลือกสถานพยาบาลในเครือข่ายการบริการจากทุกเขตที่รวมเข้าเป็นฐานข้อมูลเดียว สามารถใช้ประโยชน์ในการบริหารจัดการระบบบริการประกันสุขภาพได้อีกหลายประการ อาทิ การตรวจหาผู้ใช้ที่เลือกสถานพยาบาลหลายแห่ง ช่วยการเปลี่ยน

หรือย้ายสถานพยาบาลทำได้ง่ายและรวดเร็ว ฐานข้อมูลที่เป็นเอกภาพอำนวยความสะดวกในการจัดทำข้อมูลด้านประชากร และด้านระบาดวิทยา และการติดตามศึกษากลุ่มผู้ใช้ประเภทต่างๆ ความเป็นไปได้ โดยใช้ต้นทุนการจัดการที่ต่ำ ฐานข้อมูลนี้จะเป็นคลังข้อมูลที่สำคัญที่ใช้ประโยชน์ด้านอื่นๆ ได้เป็นอย่างดีในอนาคต

3. การบริการข้ามเขตหรือบริการที่มีผู้ร่วมจ่ายหลายราย ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้บริการกับประชาชนทุกคนทั่วประเทศในทุกภูมิภาค บริการรักษามีขึ้นได้ในสถานพยาบาลหลายระดับตามความจำเป็น บางส่วนเป็นการส่งต่อผู้ป่วย บางครั้งเป็นกรณีอุบัติเหตุหรือฉุกเฉิน จึงเป็นไปได้ว่าจะมีการใช้บริการนอกเขตการบริการที่กำหนดไว้ อีกประการหนึ่ง การรักษาพยาบาลในบางกรณีจะมีกองทุนรับผิดชอบค่าใช้จ่ายมากกว่าหนึ่งกองทุนได้ การส่งข้อมูลการรักษาข้ามเขตเพื่อเก็บค่าใช้จ่ายระหว่างสถานพยาบาลหรือแบ่งจ่ายระหว่างกองทุนเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นเป็นประจำ หน่วยงานกลางที่จัดตั้งขึ้นเพื่อการนี้บริหารจัดการระบบการส่งข่าวสารข้อมูลโดยใช้รูปแบบที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ทำให้มีความรวดเร็ว น่าเชื่อถือ ลดความซ้ำซ้อนในการติดต่อระหว่างสถานพยาบาลที่อยู่ต่างเครือข่าย โดยข้อมูลธุรกรรมการบริการจากทุกแหล่งส่งมาที่ส่วนกลางเป็นผู้ทำบัญชี แต่ละเครือข่ายหรือสถานพยาบาลจะได้รับค่าใช้จ่ายเพิ่มหรือลดตามดุลยยุติการบริการสุทธิที่เกิดขึ้นจริง
4. การประเมินผลและกำหนดมาตรฐาน อัตราต่างๆ ที่จะใช้เป็นฐานในการทำความตกลงหรือคำนวณค่าใช้จ่ายระหว่างกัน จำเป็นต้องกำหนดมาจากส่วนกลาง การประเมินผลงานนอกเหนือจากที่แต่ละสถานพยาบาลเครือข่าย และเขตการบริการจะต้องทำขึ้นใช้เอง ระบบโดยรวมจะต้องมีการประเมินผลของระบบทั้งระบบและประเมินในมุมมองและเงื่อนไขที่แตกต่างไปจากหน่วยย่อย การประเมินประสิทธิภาพของการบริการข้ามเขต และการบริการส่งต่อจะทำได้ดีก็ต่อเมื่อใช้ข้อมูลจากทุกแหล่งมาประกอบกันและกระทำอย่างไม่มี ความลำเอียง

บทบาทหน้าที่

1. เป็นศูนย์กลางของเครือข่ายสารสนเทศของระบบประกันสุขภาพ โดยบริหารระบบเครือข่ายให้เป็นโครงสร้างพื้นฐานในการติดต่อกันระหว่างสถานพยาบาล สำนักงานบริหารกองทุนและหน่วยปฏิบัติงานสนับสนุนอื่นๆ (Data center / Network hub)
2. บริหารข้อมูลการบริการจากหน่วยบริการและเครือข่ายการให้บริการ เป็นฐานข้อมูลการบริการกลางของทั้งระบบ ฐานข้อมูลนี้จะเป็นส่วนหนึ่งของการให้บริการด้านสารสนเทศแก่เครือข่ายการบริการในแต่ละเขตพื้นที่ มีบทบาทในการสนับสนุนให้ข้อมูลทั้งระบบมีเอกภาพ (Central database administration)
3. จัดทำและบริหารจัดการฐานข้อมูลและระบบการลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการของประชาชน รวมทั้งการประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลการเลือก อัตราภาระงานและความต้องการบริการในพื้นที่ต่างๆ (User enrollment / Load and capacity mapping)
4. พัฒนาและบำรุงรักษามาตรฐานข้อมูล ซึ่งประกอบด้วยชุดรหัสมาตรฐาน ฐานข้อมูลอ้างอิง การจำแนกประเภทโรคและการรักษา อัตราที่ใช้ในการคำนวณต่างๆ ตลอดจนชุดข้อมูลของบริการแต่ละประเภทและแบบบันทึกต่างๆ ที่ใช้ในระบบ (Data and information interchange standards)
5. สนับสนุนการปฏิบัติงานด้านข้อมูลของหน่วยงานนอก สคส. ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการประกันสุขภาพและบริการสาธารณสุข เช่น จัดทำรายงานและช่วยประมวลผล วิเคราะห์และส่งต่อข้อมูลจากระบบสาร

สนทนาก็ให้ใช้งานด้านการกำกับและตรวจสอบ การให้ข้อมูลเพื่อใช้จัดสรรทรัพยากร การกำหนดอัตราและประเภทการบริการ การวิจัยและวางแผน เป็นต้น

ระบบงานต่างๆ

1. ฝ่ายงานข้อมูลและประมวลผล รับผิดชอบงานการรับส่ง บันทึก ตรวจสอบข้อมูลธุรกรรมบริการต่างๆ จากหน่วยบริการ ประมวลผลข้อมูลชุดต่างๆ ตามงวดการสรุปรายงาน แล้วจัดส่งให้แก่หน่วยงานบริหาร และสถานพยาบาลเพื่อใช้เป็นหลักฐานกำกับกับการจ่ายชดเชยค่าบริการระหว่างกัน ในระยะยาวเมื่อระบบประกันสุขภาพพัฒนาถึงระดับที่มีการจัดตั้งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ (APB) แล้ว งานส่วนนี้จะถูกโอนไปให้กับหน่วยงานที่รับผิดชอบระบบบริการในแต่ละ APB สคส. จะปรับบทบาทมาทำข้อมูลของการบริการข้ามเขตและการส่งต่อผู้ป่วยแทน ส่วนข้อมูลของแต่ละพื้นที่จะถูกรวบรวมให้เป็นข้อมูลระดับประเทศ และทำการประมวลผลในมิติของระบบบริการทั้งระบบ
2. ฝ่ายทะเบียนผู้ใช้และการเลือกเครือข่ายบริการ บริหารทะเบียนและฐานข้อมูลผู้ใช้แต่ละประเภทของแต่ละเครือข่ายบริการ ดูแลข้อมูลการเลือกและการเปลี่ยนสถานพยาบาลของผู้ใช้แต่ละรายที่กระทำผ่านสถานพยาบาลซึ่งเป็นระบบเดียวกันที่เชื่อมโยงทั่วประเทศ และเมื่อมีการจัดตั้ง APB งานเหล่านี้จะถูกโอนไป ฝ่ายทะเบียนจะเน้นการบริหารข้อมูลผู้ใช้ให้สามารถเชื่อมโยงกันทั่วประเทศ เพื่อใช้ตรวจสอบสถานะของผู้ใช้ได้รวดเร็ว และยังคงรับผิดชอบข้อมูลเปลี่ยนสถานพยาบาลของผู้ใช้ที่มีการเลือกข้ามเขต หรือเป็นกรณีเฉพาะ
3. ฝ่ายปฏิบัติการคอมพิวเตอร์ ดูแลและควบคุมเครือข่ายการติดต่อสื่อสารระหว่างศูนย์ข้อมูลและหน่วยบริการในพื้นที่ทั่วประเทศ รับผิดชอบการทำงานของคอมพิวเตอร์แม่ข่าย ระบบเก็บและสำรองข้อมูลที่รับส่งระหว่างกัน และรวมถึงคอมพิวเตอร์และอุปกรณ์ต่อพ่วงที่ใช้งานในการบันทึกข้อมูล ประมวลผล รายงาน การสแกนเอกสารและการทำสำเนาข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์
4. ฝ่ายระบบงานคอมพิวเตอร์ วิเคราะห์ระบบสารสนเทศทุกระบบ ตั้งแต่ระบบการติดต่อของเครือข่าย ระบบงานที่ใช้ในสถานพยาบาลที่ Interface กับระบบเครือข่าย พัฒนาโปรแกรมในระบบงานในสำนักงานกลาง และวางแผนการปรับปรุงโปรแกรมและโครงสร้างระบบให้รองรับความต้องการในแต่ละช่วงของการพัฒนา และปรับเปลี่ยนระบบ โปรแกรมงานบางส่วนจะเขียนโดยฝ่ายงานนี้ แต่จะมีบางงานที่ให้ผู้รับจ้างไปทำแทนได้
5. ฝ่ายสนับสนุนและประสานงานการบริการ ทำหน้าที่ติดต่อกับสถานพยาบาลในการระงับปฏิกติ และเมื่อเกิดเหตุขัดข้องหรือมีการสอบถามเพิ่มเติมรายละเอียดเกี่ยวกับข้อมูลที่รับส่งระหว่างกัน ฝ่ายนี้จะรับผิดชอบการติดต่อสอบถามจากผู้ให้บริการที่มีปัญหาได้ในกรณีที่สถานพยาบาลส่งต่อมา นอกจากนี้หากมีการแยกประเภทสิทธิการรักษาโรคพิเศษต่างๆ ที่ใช้วิธีการจัดการที่แตกต่างจากระบบข้อมูลปกติและจำเป็นต้องมีการติดตามและสอบถามข้อมูลค่อนข้างมาก หน่วยงานนี้จะเป็นผู้รับผิดชอบหลัก
6. งานวิจัยและพัฒนาสารสนเทศด้านต้นทุนและค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาล เป็นบทบาทที่สำคัญในการติดตามวิเคราะห์ต้นทุนการรักษาพยาบาลแต่ละโรค แต่ละเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ในช่วงแรกการพัฒนาและปรับปรุง Diagnosis-related groups (DRGs) จะเป็นงานหลัก และงานส่วนสำคัญคือการ

กำหนดค่าน้ำหนักสัมพัทธ์โดยอาศัยข้อมูลค่าใช้จ่ายจริงจากสถานพยาบาลต่างๆ ที่จะต้องทำอย่างต่อเนื่อง และปรับแก้ให้แม่นยำทุก 2-3 ปี

7. งานวิจัยและพัฒนาชุดรหัสและมาตรฐานข้อมูล เป็นงานพัฒนาองค์ความรู้ทางเทคโนโลยีสารสนเทศที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลทางการแพทย์และสาขาที่เกี่ยวข้อง การจำแนก (Classification) โรคและวิธีการรักษา การกำหนดชุดรหัส (Code set) ที่ใช้เรียกการวินิจฉัยเหตุการณ์ หรือด้วยยา มาตรฐานข้อมูลที่พัฒนาขึ้นและประกาศใช้จะต้องมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ

ระบบทะเบียนผู้มีสิทธิและการเลือกหน่วยบริการคู่สัญญา (Beneficiary registration)

ระบบทะเบียนผู้มีสิทธิให้ยึดถือความเป็นประชาชนคนไทยตามกฎหมายเป็นสำคัญ ซึ่งอาจยึดถือตามทะเบียนราษฎรตามสำเนาสำมะโนครัว ไม่จำเป็นต้องมีการลงทะเบียนเพื่อแสดงความเป็นผู้มีสิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอีก

การลงทะเบียนมีความจำเป็นในการเลือกหน่วยบริการและเครือข่ายคู่สัญญา โดยเฉพาะหน่วยบริการระดับปฐมภูมิตามพื้นที่บริการ เพื่อให้เป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพประจำตัวโดยได้รับความคุ้มครองอย่างเต็มที่ตามหลักการของระบบหลักประกันสุขภาพ โดยมีส่วนร่วมจ่ายน้อยที่สุด อย่างไรก็ตามผู้มีสิทธิยังสามารถใช้บริการทางสุขภาพโดยได้รับความคุ้มครองตามกรอบสิทธิประโยชน์พื้นฐานทางสุขภาพได้ในทุกพื้นที่ทั่วประเทศตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

การจัดการลงทะเบียนผู้มีสิทธิและเลือกสถานพยาบาลคู่สัญญา

1. กำหนดพื้นที่เขตบริการ (Catchment area) สำหรับหน่วยบริการและเครือข่ายให้เกิดความเหมาะสมของแต่ละพื้นที่เพื่อกระตุ้นให้เกิดการแข่งขันและการจัดตั้งเครือข่ายผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิ ตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยสู่โรงพยาบาลต่างๆ ที่เป็นผู้ให้บริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ โดยอยู่ภายใต้ความดูแลของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่
2. ผู้ให้บริการที่เข้าตามหลักเกณฑ์ในพื้นที่เขตบริการที่สนใจเข้าร่วมระบบหลักประกันสุขภาพสมัครและลงทะเบียนขอเป็นหน่วยบริการคู่สัญญากับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่
3. ผู้มีสิทธิสามารถเลือกลงทะเบียนกับหน่วยบริการคู่สัญญาระดับปฐมภูมิที่สะดวกและใกล้บ้าน โดยแจ้งกับหน่วยงานตัวแทนของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ผู้รับผิดชอบ โดยยึดถือพื้นที่เขตบริการเป็นสำคัญ ซึ่งจะเป็นผู้ทำเรื่องแจ้งต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่
4. ประชาชนที่ต้องเดินทางหรือไปทำงานต่างถิ่นเป็นการชั่วคราวในระยะเวลาติดต่อกันเกินกว่า 3 เดือน มีหน้าที่ต้องแจ้งย้ายสิทธิการใช้บริการกับหน่วยบริการคู่สัญญาแห่งใหม่ เพื่อให้ารังสิทธิของตนเองตามกฎหมาย หน่วยบริการคู่สัญญาทำเรื่องเสนอต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ที่มีสิทธิสังกัดอยู่ เพื่อจัดสรรงบประมาณให้ตามหลักเกณฑ์
5. คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ส่งฐานข้อมูลหน่วยบริการคู่สัญญาและเครือข่าย รวมทั้งทะเบียนผู้มีสิทธิที่เลือกหน่วยบริการแต่ละแห่งแก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพของประชาชน

ข้อสังเกตบางประการเกี่ยวกับหลักเกณฑ์สำหรับการจัดเครือข่ายบริการ

- คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ (APB) ต้องตั้งเกณฑ์ในการพิจารณาการจัดเครือข่ายของผู้ให้บริการระดับต่างๆ เพื่อกระตุ้นให้เกิดเครือข่ายบริการระดับปฐมภูมิ
- โรงพยาบาลที่จะรับการลงทะเบียนเพื่อการดูแลระดับปฐมภูมิจะต้องมีเงื่อนไขให้โรงพยาบาลจัดตั้งเครือข่ายผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิในพื้นที่บริการต่างๆ โดยคำนึงถึงจำนวนและแหล่งที่ตั้งของผู้มีสิทธิลงทะเบียนกลุ่มเป้าหมายตามเงื่อนไขที่กำหนดโดยคณะกรรมการนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ในการจัดการระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแบบคู่ขนาน:

- ระบบและกลไกของระบบประกันสังคมให้คงไว้เช่นเดิม ยกเว้นการซื้อบริการที่ให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ (APB) เป็นผู้ดำเนินการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพของประชาชนจะดำเนินการในส่วนของผู้ที่อยู่นอกภาคการจ้างงานที่เป็นทางการ
- กองทุนแต่ละกองทุนจะเป็นผู้จ่ายเงินให้แก่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ (APB) เอง ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดโดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพของประชาชน
- กลไกของระบบสารสนเทศให้ใช้ระบบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพของประชาชน (HCFA) ร่วมกัน โดยควบคู่ไปกับระบบเดิมที่มีอยู่แล้วของระบบประกันสังคม ทั้งนี้ HCFA จะจัดส่งข้อมูลที่เหมาะสมแล้วให้แก่กองทุนประกันสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

สรุป

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นองค์ประกอบหนึ่งของการปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อให้ประชาชนคนไทยทุกคนมีโอกาสที่จะมีสุขภาพดีอย่างถ้วนหน้า เป็นกลไกสำคัญในการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขผ่านทางกลไกการคลังภาครัฐ การจัดการระบบหลักประกันสุขภาพจำเป็นต้องคำนึงถึงหลักการอันเป็นเป้าหมายคือ ประสิทธิภาพ ความเป็นธรรม คุณภาพและการสร้างสุขภาพของประชาชน ตลอดจนความเป็นไปได้ตามข้อเท็จจริงของระบบและทรัพยากรของประเทศที่มี การตัดสินใจให้สิทธิประโยชน์และระดับของความคุ้มครองเป็นการตัดสินใจของสังคมในการจัดสรรและใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดนั้น เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดสำหรับทุกคน การปรับเปลี่ยนระบบและองค์ประกอบต่างๆ จำเป็นจะต้องมีการดำเนินการอย่างรอบคอบ โดยคำนึงถึงสถานะปัจจุบันที่เป็นอยู่ ศักยภาพในการปรับเปลี่ยน และข้อจำกัดขององค์ประกอบที่เกี่ยวข้องนั้น ทั้งนี้เพื่อไม่เกิดผลกระทบเสียหายแก่ระบบที่เปราะบาง ซึ่งจะส่งผลถึงสุขภาพอนามัยของประชาชนในที่สุด

เอกสารอ้างอิง

คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ. (พ.ศ. 2542). แผนการพัฒนาโครงการบัตรประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. ข้อเสนอของคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบประกันสุขภาพเสนอต่อคณะกรรมการบริหารเงินทุนหมุนเวียนบัตรประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี.

วิจิตร ระวังภัย ชาย ชีระสุด ประวิ อัมพันธ์และคณะ. (พ.ศ. 2543). ลักษณะปัญหาการรับบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพต่างๆ. รายงานวิจัย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ศุภสิทธิ์ พรหมารโนทัย. (พ.ศ. 2544) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: ความเป็นไปได้ทางการเงิน ปี 2544-2558 . เอกสารประกอบการประชุมคณะทำงานนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข. การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2540-2541. (พ.ศ. 2542). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

สำนักวิจัยเอแบค-เคเอสซีอินเตอร์เนตโพลล์ (เอแบคโพลล์) มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ (พ.ศ. 2543). หลักประกันสุขภาพในสายตาประชาชน. รายงานเสนอต่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. นนทบุรี.

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์ (พ.ศ. 2543) ข้อมูลพื้นฐานประกอบการประชุม คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 5 ตุลาคม 2543. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. นนทบุรี.

อนุพงศ์ สุจริยากุลและวีระศักดิ์ จงสุวิวัฒน์วงศ์ (พ.ศ. 2542). ความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลและสภาวะเจ็บป่วยจนล้มละลายของผู้ป่วยในที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง ในจังหวัดสงขลา. รายงานวิจัยในชุดโครงการวิจัย การพัฒนารูปแบบการจัดการระบบประกันสุขภาพในสภาวะเจ็บป่วยจนล้มละลาย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

Sriratanaban J, Supamong S., Kamulratanakul P., et al. (2001). Situational analysis of the health insurance market and related educational needs in the era of health care reform in Thailand. Journal of the Medical Association of Thailand. (In press).

Supachutikul A. (1996). Situation Analysis on Health Insurance and Future Development. Thailand Health Research Institute, National Health Foundation, Bangkok.

Tangcharoensathien V, et al.(1998). Documents presented at the Technical advisory group meeting for the Health Financing and Management Study Project, ADB No. 2997 – THA at Ministry of Public Health, Thailand. October 19th-21st, 1998.

Tangcharoensathien V and Tantigate N. (2001). ESTIMATION OF NATIONAL EXPENDITURES 1999-2005. เอกสารประกอบการประชุมคณะทำงานนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ภาคผนวก

ภาคผนวก 1 ESTIMATION OF NATIONAL HEALTH EXPENDITURES 1999-2005

Viroj Tangcharoensathien, Nuan-anan Tantigate

Senior Research Scholar Program, Health Systems Research Institute

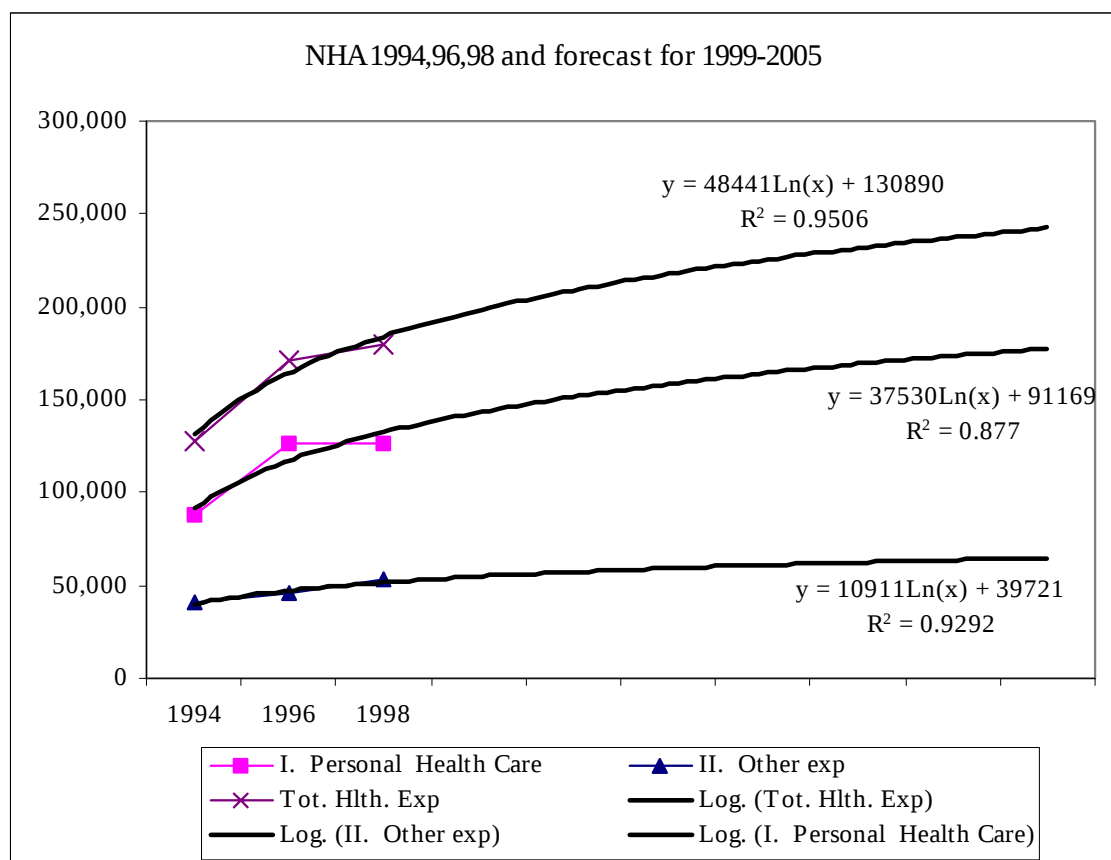
Method 1 using National Health Account, 1994, 1996 and 1998 estimation

Table A1 National health expenditure in 1994, 1996 and 1998 and forecast for 1999-2005

	1994	1996	1998	1999f	2000f	2001f	2002f	2003f	2004f	2005f
I. Personal Health Care	87,879	126,097	126,775	143,197	151,571	158,414	164,199	169,210	173,631	177,585
II. Other exp	40,427	45,374	52,914	54,847	57,282	59,271	60,953	62,410	63,695	64,845
Tot. Hlth. Exp, m.Bht	128,305	171,471	179,689	198,043	208,853	217,685	225,152	231,620	237,326	242,430
%changes				10%	5%	4%	3%	3%	2%	2%
GDP, current price, m. Bht	3,634,500	4,608,500	4,635,900	4,702,900	4,796,958	4,892,897	4,990,755	5,115,524	5,243,412	5,374,497
%changes			0.6%	1.4%	2.0%	2.0%	2.0%	2.5%	2.5%	2.5%
Population, million	59	59.9	61.2	61.8	62.3	63.0	63.6	64.2	64.8	65.3
Hlth exp, %GDP	3.53%	3.72%	3.88%	4.21%	4.35%	4.45%	4.51%	4.53%	4.53%	4.51%
Hlth exp/capita Baht	2,175	2,863	2,936	3,205	3,352	3,455	3,540	3,608	3,662	3,713
%changes				9.1%	4.6%	3.1%	2.5%	1.9%	1.5%	1.4%

Source: Tangchareonsathien V, et al NHA1994

Phongpanich S, et al NHA1996, 1998



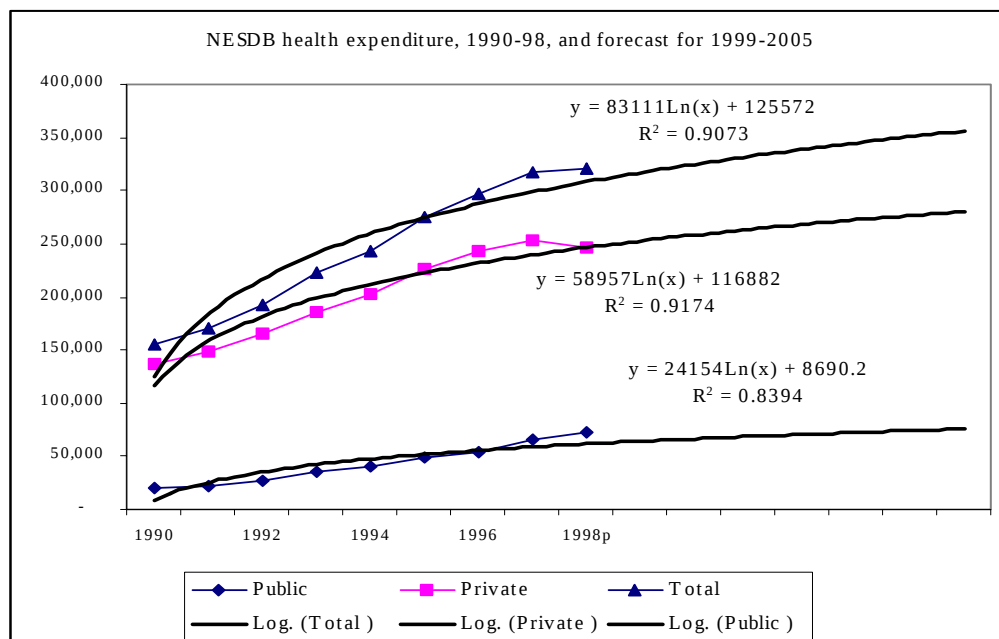
Method 2 using NESDB National Account 1990-98

Table A2 Consumption expenditure, current year price. NESDDB

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998p
Public source	15,517	17,480	21,985	28,607	32,197	39,155	43,266	52,263	58,305
Private sources	120,162	130,389	146,065	164,107	178,345	199,186	214,621	222,599	218,033
Total	135,679	147,869	168,050	192,714	210,542	238,341	257,887	274,862	276,338

Table A3 Total expenditure, adj 1994NHA, factor .797 for public, .882 for private

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998p	1999f	2000f	2001f	2002f	2003f	2004f	2005f
Public	19,469	21,932	27,585	35,893	40,398	49,128	54,286	65,575	73,156	64,307	66,609	68,711	70,644	72,434	74,100	75,659
Private	136,238	147,833	165,607	186,062	202,205	225,834	243,334	252,380	247,203	252,636	258,255	263,385	268,104	272,473	276,541	280,346
Total	155,707	169,766	193,191	221,956	242,603	274,962	297,621	317,954	320,359	316,942	324,863	332,095	338,748	344,907	350,641	356,005
% nominal changes		9.0%	13.8%	14.9%	9.3%	13.3%	8.2%	6.8%	0.8%	-1.1%	2.5%	2.2%	2.0%	1.8%	1.7%	1.5%
GDP current price	2,183,545	2,506,635	2,830,914	3,170,258	3,634,496	4,185,629	4,608,491	4,727,317	4,635,925	4,702,900	4,796,958	4,892,897	4,990,755	5,115,524	5,243,412	5,374,497
H exp, %GDP	7.1%	6.8%	6.8%	7.0%	6.7%	6.6%	6.5%	6.7%	6.9%	6.7%	6.8%	6.8%	6.8%	6.7%	6.7%	6.6%
Population	56.3	57	57.8	58.3	59.1	59.5	60.1	60.8	61.5	61.8	62.3	63.0	63.6	64.2	64.8	65.3
H exp /capita, Baht	2,766	2,978	3,342	3,807	4,105	4,621	4,952	5,230	5,209	5,129	5,215	5,271	5,326	5,372	5,411	5,452
%changes		7.7%	12.2%	13.9%	7.8%	12.6%	7.2%	5.6%	-0.4%	-1.5%	1.7%	1.1%	1.0%	0.9%	0.7%	0.8%



ภาคผนวก 2

รายชื่อ คณะทำงาน และผู้ทรงคุณวุฒิ

คณะทำงาน

- | | |
|-----------------------------------|--|
| 1. ศ.ดร.อัมมาร สยามวาลา | สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย - ประธานคณะทำงาน |
| 2. นพ.สุชาติ สรรณสถาพร | คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 3. นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ | สำนักงานโครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข |
| 4. รศ.ดร.ดาว มงคลสมัย | คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ |
| 5. รศ.นพ.ศุภสิทธิ์ พรธรรมาโณทัย | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร |
| 6. รศ.ดร.ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์ | คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร |
| 7. ผศ.ดร.เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์ | คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 8. ผศ.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ | คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 9. นพ.สัมพันธ์ ศรีธารงสวัสดิ์ | สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข |
| 10. นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร | สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข |
| 11. นพ.สุภกร บัวสาย | สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข |

ผู้ทรงคุณวุฒิ

- | | |
|--------------------------------|--|
| 1. นพ.สมเกียรติ ฉายะศรีวงศ์ | รองเลขาธิการ สำนักงานประกันสังคม |
| 2. นพ.วิพุธ พูลเจริญ | สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข |
| 3. นพ.สุรเดช วลีอิทธิกุล | ผู้อำนวยการกองประสานการแพทย์ สำนักงานประกันสังคม |
| 4. ผศ.วุฒิสาร ตันไชย | คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ |
| 5. นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข | สำนักงานโครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข |
| 6. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ | สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| 7. นพ.บุรณชัย สมุทร์ | |
| 8. นพ.ถาวร สกุลพาณิชย์ | สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข |
| 9. รศ.ดร.ชัตติยา กรรณสูต | บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ |
| 10. ดร.ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล | คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ |
| 11. นางระกาวัน ลิขนะวานิชพันธ์ | ศูนย์ศึกษาและพัฒนาผู้รับงานไปทำที่บ้าน |
| 12. ภญ.ยุพดี ศิริสินสุข | คณะทำงานโครงการรณรงค์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า |
| 13. นางสาวสุรรัตน์ ตรีมรรคา | คณะทำงานโครงการรณรงค์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า |
| 14. นพ.เจตน์ ธรรมรัชอารี | โรงพยาบาลบางกรวย |

ผศ. นพ. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์

เรียบเรียงและจัดทำรายงาน

นพ. สุภกร บัวสาย

เลขานุการคณะทำงาน

นางงามจิตต์ จันทราสาริต

ผู้ประสานงาน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

นางสาวกุลธิดา ศรีวิจิตร

ผู้ประสานงาน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข