

รายงานฉบับสมบูรณ์

เสนอ

กระทรวงการคลัง

เรื่อง การปฏิรูประบบสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการ

โดย

คณะที่ปรึกษาของกระทรวงการคลัง

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

กรกฎาคม 2543

W
74
ค125ก
2543



กระทรวงศึกษาธิการ

b6144

รายงานฉบับสมบูรณ์

เสนอ

กระทรวงการคลัง

เรื่อง การปฏิรูประบบสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการ

ตามสัญญาจ้างที่ปรึกษา

เพื่อประมวลและเสนอแนะทางเลือกที่เหมาะสมที่สุด
สำหรับการปรับปรุงระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ

โดย

คณะที่ปรึกษาของกระทรวงการคลัง

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

กรกฎาคม 2543

เลขที่
เลขทะเบียน ๕๕๐๙๘๑
วันที่

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ภาระค่าใช้จ่ายโครงการสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เป็นเหตุให้คณะรัฐมนตรีมีมติเมื่อวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2541 ดำเนินการควบคุมค่าใช้จ่ายด้วยมาตรการจำกัดการใช้บริการ เช่น จำกัดการใช้ยาเฉพาะในบัญชียาหลัก ยกเลิกสิทธิการใช้บริการภาคเอกชน จำกัดจำนวนวันพักในสถานพยาบาล เป็นต้น ทั้งนี้มาตรการดังกล่าวล้วนเน้นการควบคุมอุปสงค์ด้านเดียว จึงคาดได้ว่าจะมีผลต่อการควบคุมค่าใช้จ่ายได้เพียงช่วงระยะสั้น เพื่อให้การควบคุมค่าใช้จ่ายของโครงการสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ กระทรวงการคลังโดยกรมบัญชีกลางจึงได้แต่งตั้งคณะที่ปรึกษาในการปรับปรุงสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการขึ้น เพื่อประเมินข้อเสนอของกรมบัญชีกลางและของบริษัทประกันสุขภาพเอกชนสองแห่งที่ได้เสนอตัวในการรับดำเนินการโครงการดังกล่าว ตลอดจนเสนอแนะทางเลือกที่เหมาะสมสำหรับการปรับปรุงระบบสวัสดิการนี้ในระยะยาว

ในการพิจารณาทางเลือกที่มีผู้ได้เสนอไว้แล้วดังกล่าว คณะที่ปรึกษาได้กำหนดเกณฑ์ในการพิจารณา คือ ความสามารถในการควบคุมค่าใช้จ่าย การไม่ตัดหรือรอนสิทธิข้าราชการและครอบครัว ผลกระทบด้านคุณภาพและการเข้าถึงบริการ ความสอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ ความเป็นไปได้ทั้งทางเทคนิค และความโปร่งใสตรวจสอบได้ของระบบ

ในการประมวลข้อเสนอและทางเลือกนั้น คณะที่ปรึกษาอาศัยทั้งข้อมูลและประสบการณ์การดำเนินงานของต่างประเทศและในประเทศไทย รวมทั้งตรวจสอบความคิดกับกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวนสามกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มข้าราชการและข้าราชการบำนาญ กลุ่มผู้ให้บริการ และกลุ่มผู้แทนหน่วยงานกลางของรัฐ ซึ่งผลการศึกษามีข้อค้นพบและข้อเสนอ ดังนี้

1. มูลเหตุแห่งปัญหาค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของโครงการ เกิดจากวิธีการจ่ายเงินย้อนหลังตามปริมาณบริการ (Retrospective fee-for-service payment) ที่ปราศจากการควบคุมราคา ทั้งนี้คาดว่า รายจ่ายงบประมาณเมื่อจบสิ้นปีงบประมาณนี้จะเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมาร้อยละ 10 และน่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอีก ปัจจุบันกรมบัญชีกลางยังขาดระบบข้อมูลและการตรวจสอบที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในบริการผู้ป่วยใน มีหลักฐานว่ามีการเบิกที่ไม่เหมาะสมทั้งจากสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นเร่งด่วนที่กรมบัญชีกลาง ต้องพัฒนา ระบบข้อมูลและระบบการตรวจสอบให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงในด้านอื่น ๆ ของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการหรือไม่ก็ตาม

2. ในประเทศที่จัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการก็มีหลักการผสมผสานเป็นหนึ่งเดียวกับระบบประกันสุขภาพของประเทศ ส่วนการบริหารจัดการโครงการจะรวมหรือแยกกับระบบใหญ่ขึ้นกับระบบการคลังและบริบทของแต่ละประเทศ การปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการจึงควรต้องเป็นไปในลักษณะสอดคล้อง

คล้องกับทิศทางการปฏิรูประบบประกันสุขภาพของประเทศที่มุ่งไปสู่ประสิทธิภาพ และ
ความเป็นธรรม

3. เมื่อพิจารณาข้อเสนอของบริษัทประกันเอกชนสองแห่งแล้วปรากฏว่าข้อเสนอจากทั้งสองรายมีข้อมูลไม่สมบูรณ์ ยังขาดรายละเอียดที่สำคัญในหลายๆด้านที่จำเป็นสำหรับการประเมิน โดยเฉพาะเมื่อคำนึงถึงค่าใช้จ่ายด้านบริหารจัดการที่บริษัทหนึ่งเสนอไว้สูงถึงร้อยละ 10 ของงบประมาณรายจ่ายสวัสดิการนี้ทั้งหมด ดังนั้น ข้อเสนอทั้งสองจึงยังไม่มีความเหมาะสมที่จะใช้เป็นทางเลือกในการปรับระบบ

4. คณะที่ปรึกษาได้หาข้อสรุปเป็นหลักทั่วไปสำหรับพิจารณาข้อเสนอของเอกชนรายอื่นๆที่อาจมีขึ้นในอนาคตไว้ด้วย โดยการศึกษาพบว่า จากประสบการณ์ต่างประเทศที่ให้บริการประกันเอกชนเข้ามาดำเนินการเป็นระบบหลักหรือควบคู่กับระบบประกันที่จัดโดยรัฐ พบว่าเกิดปัญหาในเรื่องของการคัดเลือกกลุ่มเสี่ยงออก หรือการคิดเบี้ยประกันราคาสูงสำหรับผู้ที่มีเสี่ยง ตลอดจนมีค่าบริหารจัดการสูงขึ้น นอกจากนี้ยังมักพบว่ามีปัญหาในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร โดยเฉพาะข้อมูลในส่วนของการประกันภาคเอกชนที่ดำเนินการโดยหลายบริษัทต่างคนต่างทำ คณะที่ปรึกษาเห็นว่า การให้ประกันเอกชนมีส่วนร่วมจัดสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ใดใดในขณะนี้ ทั้งยังอาจก่อให้เกิดปัญหาตามมาในระยะยาวอย่างไรก็ตาม ในขณะนี้ธุรกิจประกันสุขภาพเอกชนได้มีบทบาทในการขายประกันเสริม (Supplementary insurance) โดยเป็นความรับผิดชอบของตัวข้าราชการเองอยู่แล้ว บทบาทของธุรกิจประกันสุขภาพลักษณะนี้ไม่ขัดแย้งกับการแก้ปัญหาพื้นฐาน

5. สำหรับแนวทางของกรมบัญชีกลางนั้น มีข้อเสนอในรายละเอียดเพียงพอที่จะประเมินได้ ข้อเสนอดังกล่าวมีความน่าเชื่อถือในระดับแนวทางสำคัญ หากแต่ยังพบประเด็นที่มีโอกาสพัฒนาในทางปฏิบัติอยู่หลายประการ คณะที่ปรึกษาจึงหยิบยกข้อเสนอนี้เป็นข้อมูลส่วนหนึ่งในการพัฒนาข้อเสนอ

6. คณะที่ปรึกษาเห็นว่า ควรดำเนินการปรับปรุงระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเพื่อให้สามารถแก้ปัญหาได้อย่างแท้จริงในระยะยาว หลักสำคัญคือ การประกันสุขภาพที่มีใช้เชิงพาณิชย์ ประกอบกับการจัดสวัสดิการเสริมตามความจำเป็น ด้วยหลักการนี้รัฐจำเป็นต้องรับผิดชอบในส่วนของการบริหารจัดการ

7. คณะที่ปรึกษาจึงได้เสนอแนวทางการปฏิรูปที่คำนึงถึงผลในทางปฏิบัติไว้ โดยแบ่งเป็นสองระยะๆแรกใช้เวลา 3 ปี เป็นการเตรียมความพร้อมและพัฒนาศักยภาพองค์กรและระบบ ทั้งนี้ ด้านที่จำเป็นต้องมีการเตรียมการอย่างเพียงพอในระยะแรก เพื่อให้ระบบประกันสุขภาพของข้าราชการดำเนินไปได้โดยรัดกุม มีประสิทธิภาพ และบังเกิดผลสำเร็จคือ ระบบสารสนเทศ การควบคุมคุณภาพบริการ การตรวจสอบและการพัฒนาหลักเกณฑ์ต่างๆ โดยกรมบัญชีกลางควรเริ่มดำเนินงานเหล่านี้โดยเร็วที่สุด

8. หากการเตรียมการในระยะเวลา 3 ปีแรกเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ระบบประกันสุขภาพข้าราชการจะสามารถดำเนินการอย่างเต็มรูปได้ โดยที่ระบบใหม่มีคุณลักษณะสำคัญ ดังนี้

8.1 สิทธิประโยชน์ ผู้มีสิทธิยังคงได้สิทธิประโยชน์ไม่น้อยกว่าในปัจจุบัน โดยที่รายละเอียดบางส่วนที่ต่างไปจากปัจจุบัน ได้แก่

- ประเภทสถานพยาบาล ผู้มีสิทธิสามารถเลือกไปใช้บริการ ณ สถานพยาบาลของรัฐหรือเอกชนก็ได้ โดยทุก ๆ ปีจะสามารถเลือกสถานพยาบาลที่เห็นว่าสะดวกหรือพอใจที่สุด
- การตรวจสุขภาพ ให้สิทธิประโยชน์บางอย่างเพิ่มขึ้น โดยผู้มีสิทธิแต่ละคนจะได้รับสมุดบันทึกประวัติสุขภาพประจำปี สมุดนี้จะระบุชุดการตรวจสุขภาพที่เหมาะสม การตรวจสุขภาพนี้รวมถึงการตรวจสุขภาพช่องปากที่จำเป็นด้วย
- การทดรองจ่าย ผู้มีสิทธิจะได้รับความสะดวกมากขึ้น โดยไม่ต้องทดรองจ่ายก่อน ดังเช่นปัจจุบัน ยกเว้นค่ายา
- การเบิกค่ายา จะมีการใช้ระบบบัญชีรายการยา ผู้มีสิทธิสามารถเบิกค่ายาได้ทั้งหมดหรือบางส่วนในราคาที่กำหนด ขึ้นกับว่ายาที่เบิกอยู่ในบัญชียาประเภทใด โดยต้องมีการปรับปรุงรายการและราคายาที่เบิกได้เป็นครั้งคราว ทั้งนี้ในระยะยาวผู้ใช้บริการจะสามารถเลือกซื้อยาได้ทั้งจากสถานพยาบาลหรือร้านยาที่ขึ้นทะเบียนได้หลายแหล่ง
- กรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีระบบรองรับเป็นพิเศษเพื่อให้ได้รับบริการที่สะดวกและมีคุณภาพ
- กรณีอุบัติเหตุหรือฉุกเฉิน รับบริการจากสถานพยาบาลที่สะดวกที่สุดตามเหตุการณ์ โดยจะจำกัดระยะเวลานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลช่วงแรก รวมทั้งจัดให้มีการส่งต่อผู้ป่วยอย่างราบรื่น

8.2 การควบคุมค่าใช้จ่าย รัฐบาลมีความจำเป็นต้องกำหนดมาตรการควบคุมค่าใช้จ่าย โดยไม่ให้มีผลกระทบด้านลบต่อคุณภาพของบริการ มาตรการดังกล่าว ได้แก่

- จำกัดเพดานงบประมาณและตกลงอัตราค่าใช้จ่ายในการซื้อบริการล่วงหน้ากับสถานพยาบาล ระบบการจ่ายที่เหมาะสมจะลดโอกาสทุจริตและลดภาระของกระทรวงสาธารณสุขอย่างมาก องค์ประกอบสำคัญของระบบนี้คือ การเหมาจ่ายอัตรารายหัว และการจัดสรรงบประมาณยอดรวมโดยใช้น้ำหนักสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม โดยการเหมาจ่ายรายหัวจะพร้อมดำเนินการนับแต่ปีที่สาม ส่วนการปรับใช้น้ำหนักสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม สำหรับการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยใน สามารถเริ่มดำเนินการได้เลยตั้งแต่ปีงบประมาณ 2544

- แยกค่ายาออกจากค่าบริการอื่นๆ สามารถลดค่าใช้จ่ายโดยรวมด้วยการกำจัดการจ่ายของแพทย์ให้บริการที่จะผูกผลกำไรไว้กับการจ่ายยาที่เกินความจำเป็นในระบบปัจจุบัน
- บริหารจัดการระบบอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งการบริหารระบบข้อมูล การจ่ายเงิน การประกันคุณภาพบริการ การตรวจสอบ การทบทวนความเหมาะสมการให้บริการ เป็นต้น

9. การเตรียมการ เพื่อให้รัฐบาลสามารถจัดระบบประกันสุขภาพของข้าราชการได้อย่าง รัดกุม ประหยัด และเกิดประสิทธิผล จำเป็นต้องมีการเตรียมการในช่วง 3 ปีแรก (2544 - 2546) ดังนี้

- ปรับระบบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในกับสถานพยาบาลของรัฐแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยปีแรกให้กรมบัญชีกลางเบิกจ่ายเงินให้โรงพยาบาลร้อยละ 80 ของยอดฎีกาเบิก และให้จ่ายคืนตอนปลายปีตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ในยอดเงินอีกร้อยละ 20 ที่เหลือ แล้วเพิ่มสัดส่วนนี้ในปีที่สองและสามให้มากขึ้นตามลำดับ จนเป็นทั้งหมดในปีงบประมาณ 2547
- จัดให้มี“สำนักงานบริหารสวัสดิการสุขภาพข้าราชการ” ขึ้นภายในกรมบัญชีกลาง อาจถือเป็นส่วนหนึ่งของการปรับเปลี่ยนบทบาทภารกิจของกรมฯด้วย หน่วยงานนี้จะทำหน้าที่บริหารการประกันสุขภาพแก่ข้าราชการ ยึดหลักการประกันสุขภาพที่มีได้แสงหากำไร โดยจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนระบบบริหารงบประมาณให้เกิดความคล่องตัว ทั้งนี้ ในเบื้องต้นอาศัยบุคลากรเดิมปฏิบัติงานประจำและสามารถจัดจ้างผู้เชี่ยวชาญปฏิบัติงานพัฒนาที่จำเป็น แล้วอาจพิจารณาปรับระบบงานและโครงสร้างให้เหมาะสมกับภารกิจในโอกาสต่อไป
- จัดให้มีศูนย์สารสนเทศระบบประกันสุขภาพ ทำหน้าที่ประมวลสารสนเทศสำหรับการเบิกจ่ายและฐานข้อมูลผู้มีสิทธิ โดยในช่วงเริ่มต้นศูนย์อาจตั้งอยู่ในกรมบัญชีกลางเป็นส่วนหนึ่งของ “สำนักงานบริหารสวัสดิการสุขภาพข้าราชการ” และระยะต่อไปอาจมีการปรับปรุงระบบบริหารและโครงสร้างตามภารกิจ สำหรับการพัฒนา งานควรจัดจ้างผู้เชี่ยวชาญจากหน่วยงานภายนอกมาร่วมพัฒนาตามที่จำเป็น
- รัฐบาลจำเป็นต้องลงทุนด้านการบริหารจัดการในสัดส่วนที่มากขึ้น ส่วนนี้รวมถึงการบริหารการประกันสุขภาพและการจัดระบบสารสนเทศด้วย โดยพบว่า ปัจจุบันกรมบัญชีกลางใช้จ่ายงบประมาณ (รวมเงินเดือนบุคลากร) ด้านนี้เพียงปีละ 80 ล้านบาท หรือราวร้อยละ 0.5 ของงบประมาณที่จ่ายเป็นสวัสดิการรักษายาบาล สัดส่วนนี้น้อยกว่าค่าใช้จ่ายที่บริษัทเอกชนเสนอไว้สูงถึงร้อยละ 10 อย่างมาก คณะที่ปรึกษาประเมินว่า ค่าใช้จ่ายด้านการบริหารที่เหมาะสมควรเป็นประมาณร้อยละ 5-7 ของรายจ่ายทั้งหมด

สารบัญ

	หน้า
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	i
บทที่ 1 เหตุผลความจำเป็นในการปรับปรุงระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	1
1.1 ความเป็นมา	1
1.2 วัตถุประสงค์	4
1.3 หลักเกณฑ์ที่ใช้เป็นกรอบในการศึกษา	4
1.4 ขอบเขตของการศึกษา	4
1.5 วิธีการศึกษา	5
1.6 ผลผลิตจากการศึกษา	5
บทที่ 2 ข้อเสนอของเอกชนและบทบาทของภาคเอกชนในการประกันสุขภาพ	6
2.1 ประเมินข้อเสนอประกันสุขภาพภาคเอกชน	6
2.2 จุดบกพร่องบางประการของแนวคิดของการประกันสุขภาพเอกชน	11
2.3 ประสบการณ์การประกันสุขภาพภาคเอกชนในต่างประเทศ	13
2.4 ประสบการณ์การประกันสุขภาพภาคเอกชนในประเทศไทย	17
2.5 บทสรุปและข้อเสนอแนะของที่ปรึกษาต่อบทบาทการประกันสุขภาพภาคเอกชน	22
บทที่ 3 ประเมินแผนการปรับปรุงระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ กรมบัญชีกลาง	24
3.1 สรุปประเด็นสำคัญของข้อเสนอของกรมบัญชีกลาง	24
3.2 ประมวลข้อคิดเห็นของคณะที่ปรึกษาคัดค้านที่เสนอโดยกรมบัญชีกลาง	25
3.3 วิเคราะห์ข้อดีข้อเสียของแผนที่กรมบัญชีกลางเสนอและผลกระทบ	29
3.4 บทสรุป	30
บทที่ 4 ข้อเสนอของคณะที่ปรึกษา กระทรวงการคลัง เพื่อการปฏิรูประบบ สวัสดิการสุขภาพของข้าราชการ	32
4.1 หลักการของการปฏิรูป	32
4.2 ระบบและภาพสุดท้ายที่พึงปรารถนาของระบบสวัสดิการสุขภาพของข้าราชการ	33
4.3 การดำเนินงานในช่วงเปลี่ยนผ่าน	45
4.4 แผนงานสนับสนุนการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ	55
4.5 ข้อเสนอเชิงนโยบายในการจัดหลักประกันสุขภาพต่อการแยกตัวของ องค์การมหาชนและการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติกระจายอำนาจ	56
4.6 บทสรุป	58

	หน้า
บทที่ 5	59
5.1	59
5.2	64
5.3	66
บรรณานุกรม	69
ภาคผนวก	
ภาคผนวก 1	72
ภาคผนวก 2	73
ภาคผนวก 3	77
ภาคผนวก 4	81
ภาคผนวก 5	86
ภาคผนวก 6	90
ภาคผนวก 7	98
ภาคผนวก 8	108
ภาคผนวก 9	112
ภาคผนวก 10	116
ภาคผนวก 11	118

บทที่ 1

เหตุผลความจำเป็นในการปรับปรุงระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ

1.1 ความเป็นมา

ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการครอบคลุมข้าราชการ ข้าราชการบำนาญ ลูกจ้างประจำ และครอบครัวที่มีลักษณะตามเกณฑ์ ประมาณว่าจำนวนผู้มีสิทธิประโยชน์ทั้งสิ้นราว 7 ล้านคน ช่วงเวลาหลายปีที่ผ่านมา ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการนี้ได้สร้างความวิตกกังวลแก่หลายฝ่ายรวมถึง ผู้บริหารฝ่ายการเมือง ผู้บริหารกระทรวงการคลัง ผู้บริหารหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และนักวิชาการ ปัญหาสำคัญคือ ค่าใช้จ่ายด้านนี้ได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วด้วยอัตราเพิ่มถึงร้อยละ 15-20 ต่อปีในช่วงก่อนวิกฤตเศรษฐกิจ ต่อมาหลังจากวิกฤตเศรษฐกิจได้เริ่มขึ้นแล้วปัญหานี้ยังได้รับความสนใจมากขึ้น โดยรัฐบาลได้ดำเนินมาตรการบางส่วนอันมีผลทำให้ระดับค่าใช้จ่ายด้านนี้ชะลอตัวลงบ้างตั้งแต่ปีพ.ศ. 2541 แต่กระนั้นก็ตามค่าใช้จ่ายสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการก็กลับมีแนวโน้มสูงขึ้นอีกในปี พ.ศ. 2543 ดังนั้น รัฐบาลโดยกระทรวงการคลังจึงมีความประสงค์ที่จะหาแนวทางปรับปรุงระบบสวัสดิการนี้ให้มีประสิทธิภาพขึ้นกว่าในปัจจุบัน

ลำดับเหตุการณ์นับแต่รัฐบาลได้คำนึงถึงปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายของสวัสดิการรักษายาบาลพอจะประมวลได้ ดังนี้

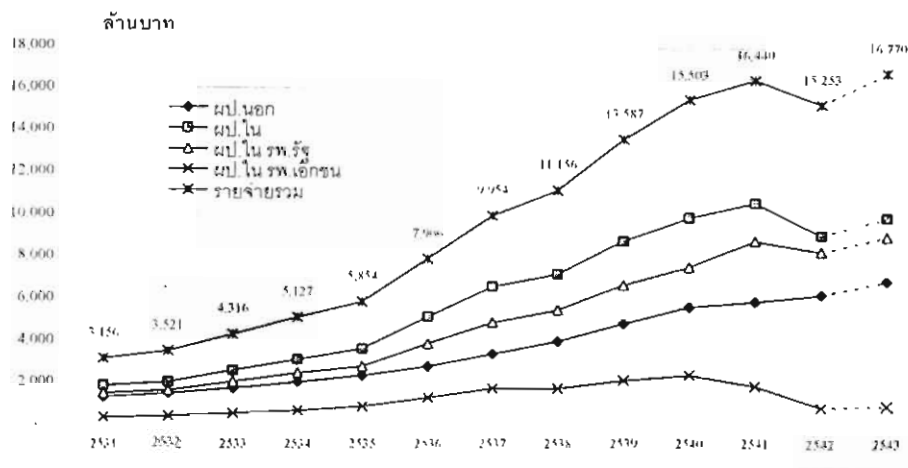
1. คณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ 19 สิงหาคม 2540 เห็นชอบการปรับลดงบประมาณรายจ่ายประจำปี พ.ศ. 2541 ตามที่สำนักงบประมาณเสนอ และให้กระทรวงการคลังพิจารณาปรับปรุงวิธีการเบิกค่ารักษายาบาลของข้าราชการและลูกจ้างให้เป็นไปอย่างรัดกุมประหยัดและมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้โดยอาจพิจารณาระบบประกันสุขภาพมาใช้ด้วย และให้เสนอผลพิจารณาต่อคณะรัฐมนตรีโดยเร็ว
2. กระทรวงการคลังได้แต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาปรับปรุงระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการประกอบด้วยอธิบดีกรมบัญชีกลางเป็นประธานและผู้แทนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงบประมาณ สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และกระทรวงสาธารณสุข ได้ประชุมและมีมติเมื่อวันที่ 15 ตุลาคม 2540 กำหนดมาตรการและแผนการดำเนินงานเสนอต่อคณะรัฐมนตรี ได้แก่ มาตรการระยะสั้นรวม 7 มาตรการมุ่งเน้นควบคุมการเบิกจ่ายให้รัดกุมยิ่งขึ้นและรวมถึงการยกเลิกสิทธิในการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชน อีกส่วนหนึ่งคือแผนการปรับปรุงระยะยาว แผนนี้มีสาระสำคัญคือ การจัดตั้งกองทุนประกันสุขภาพข้าราชการ (กสข.) ซึ่งมีฐานะเป็นนิติบุคคลบริหาร

งานโดยคณะกรรมการ การพัฒนาข้อเสนอดังกล่าวได้อาศัยข้อมูลทางวิชาการจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

3. คณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2541 รับทราบมาตรการระยะสั้นและแผนการปรับปรุงระยะยาวรวมทั้งอนุมัติหลักการแก้ไขพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการที่จำเป็นต้องปรับให้สอดคล้องกับมาตรการระยะสั้น คณะรัฐมนตรียังได้ให้ข้อสังเกตเกี่ยวกับนิยามสิทธิบางประการ การตรวจสอบสุขภาพประจำปี และการรักษาพยาบาลกรณีฉุกเฉินเพื่อให้กระทรวงการคลังนำไปปรับปรุงมาตรการระยะสั้นที่จะใช้ดำเนินการ คณะรัฐมนตรียังได้มอบหมายให้กระทรวงการคลังไปพิจารณาแนวทางปรับปรุงระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของพนักงานรัฐวิสาหกิจให้เป็นไปตามหลักการเดียวกับข้าราชการอีกด้วย
4. รัฐบาลได้เริ่มดำเนินมาตรการระยะสั้นจำนวน 6 มาตรการมาตั้งแต่ต้นปี พ.ศ. 2541 อันเป็นช่วงเวลาที่วิกฤติเศรษฐกิจเริ่มปรากฏชัดเจน พอจะสรุปสาระสำคัญ ได้แก่ (1) กำหนดให้สถานพยาบาลใช้ยาเฉพาะในบัญชียาหลักแห่งชาติ ยกเว้นกรณีจำเป็นจริงๆ (2) ยกเลิกการเบิกค่าธรรมเนียมแพทย์กรณีคลินิกนอกเวลา (3) ควบคุมและงดการสั่งการรักษาพยาบาลเกินความจำเป็น (4) กำหนดให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมจ่ายค่าห้องและค่าอาหารในส่วนที่เกินจากจำนวนที่แพทย์กำหนด (5) ยกเลิกการตรวจสอบสุขภาพประจำปี เฉพาะจากสถานพยาบาลของเอกชน และยกเลิกสิทธิในการรับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชนยกเว้นกรณีฉุกเฉิน และ (6) ให้ผู้ป่วยโรคไตและโรคอื่นที่จำเป็นเข้ารับบริการจากสถานพยาบาลเอกชนได้และเบิกสวัสดิการได้บางส่วน
5. กระทรวงการคลังได้รายงานผลการปรับปรุงสวัสดิการฯตามมาตรการระยะสั้นต่อคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 19 เมษายน 2542 พอสรุปได้ว่า ค่าใช้จ่ายหลังดำเนินการลดลงเฉลี่ยประมาณเดือนละ 271.22 ล้านบาท หรือ ร้อยละ 18.78 เทียบกับปีงบประมาณ 2540 รวมทั้งรายงานว่า กระทรวงการคลังจำเป็นต้องศึกษาเพิ่มเติมเพื่อหาข้อยุติสำหรับแผนการปรับปรุงระยะยาว
6. จากการวิเคราะห์ของ สวรส. ค่าใช้จ่ายด้านสวัสดิการรักษาพยาบาลในช่วงสองไตรมาสหลังของปีงบประมาณ พ.ศ. 2541 (เมษายน - กันยายน 2541) ลดลงเฉลี่ยร้อยละ 11.23 เมื่อเทียบกับก่อนมีมาตรการ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2542 และ 2543 กรมบัญชีกลางยังคงใช้มาตรการดังกล่าว และมีผลให้ค่าใช้จ่ายลดลงร้อยละ 15.54 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2542 และร้อยละ 12.89 ในช่วงไตรมาสแรกของปีงบประมาณ พ.ศ. 2543 (ตุลาคม - ธันวาคม 2542) เมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายเฉลี่ยก่อนมีมาตรการ คาดว่าเมื่อสิ้นปีงบประมาณ พ.ศ. 2543 รายจ่ายรวมตลอดปีจะเพิ่มเป็น 16,770 ล้านบาท

บาท หรือเพิ่มสูงขึ้นกว่าปีงบประมาณ พ.ศ. 2542 ประมาณ 1,500 ล้านบาท (เพิ่มขึ้นร้อยละ 9)

ภาพที่ 1 รายจ่ายโครงการสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ 2531-42



7. กรมบัญชีกลางได้มีแผนการปรับปรุงโครงการสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการระยะยาว โดยมีการแบ่งการปรับปรุงเป็นสองระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการปรับปรุงระบบตรวจสอบการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โดยใช้ระยะเวลาดำเนินการประมาณ 6 เดือนถึง 1 ปี และระยะที่ 2 เปลี่ยนแปลงระบบการเบิกจ่าย โดยให้มีการจ่ายตามอัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการผู้ป่วยนอก และเบิกจ่ายตามราคากลางสำหรับค่ารักษายาบาลผู้ป่วยในรายโรค และจัดตั้งสำนักงานบริหารสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ

8. ในระหว่างที่กระทรวงการคลังกำลังพิจารณาเรื่องนี้นั้น ปรากฏมีข้อเสนอจากบริษัทประกันสุขภาพภาคเอกชนจำนวน 2 รายคือ บมจ. ประกันชีวิตศรีอยุธยา ซีเอ็มจี และ บมจ. ทิพยประกันภัย ได้ยื่นเสนอต่อกระทรวงการคลังเพื่อพิจารณาเป็นทางเลือกในการปรับปรุงระบบสวัสดิการด้วย กระทรวงการคลังจึงเห็นควรพิจารณาข้อเสนอดังกล่าวร่วมกับแผนการปรับปรุงระยะยาวที่มีมาแต่เดิม

เพื่อให้ได้ข้อพิจารณาทางเลือกอย่างรอบคอบมีเหตุผลทางวิชาการ กระทรวงการคลังโดยกรมบัญชีกลางจึงได้มีการแต่งตั้งคณะที่ปรึกษาขึ้นคณะหนึ่งปฏิบัติงานระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงกรกฎาคม 2543 เพื่อการศึกษาและเสนอแผนการปรับปรุงโครงการสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการระยะยาว

1.2 วัตถุประสงค์

เพื่อประมวลและเสนอแนะทางเลือกที่เหมาะสมที่สุดสำหรับการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการให้เป็นไปอย่างรอบคอบ โปร่งใส รัดกุม และเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ข้าราชการ พร้อมทั้งจัดทำแผนปฏิบัติการของทางเลือกดังกล่าวให้มีความชัดเจน เพียงพอที่กระทรวงการคลังจะได้นำเสนอขอความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีและใช้ดำเนินการ

1.3 หลักเกณฑ์ที่ใช้เป็นกรอบการศึกษา

หลักเกณฑ์ที่กระทรวงการคลังมอบเป็นกรอบของการศึกษา คือ

1. การปรับปรุงระบบสวัสดิการฯต้องควบคุมรายจ่ายเงินสวัสดิการให้เป็นไปอย่างรัดกุม ประหยัด และมีประสิทธิภาพมากกว่าที่มีอยู่ในปัจจุบัน
2. ต้องไม่ละเมิดสิทธิเกี่ยวกับสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและผู้มีสิทธิ
3. คุณภาพในการรักษายาบาลจะต้องดีขึ้นหรือไม่ด้อยไปกว่าเดิม

1.4 ขอบเขตของการศึกษา

กรมบัญชีกลางได้กำหนดขอบเขตและประเด็นที่คณะที่ปรึกษาต้องพิจารณา ดังนี้

1.4.1 ประมวลผลการศึกษาดำเนินการตามที่ได้มีผู้ดำเนินการศึกษาแนวทางการปรับปรุงสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการไว้แล้ว และพิจารณาทางเลือก ดังนี้

- แนวทางปรับปรุงระบบสวัสดิการฯระยะยาวของกรมบัญชีกลาง
- แนวทางเลือกจากข้อเสนอของ บมจ. ประกันชีวิตศรีอยุธยา ซีเอ็มจี
- แนวทางเลือกจากข้อเสนอของ บมจ. ทิพยประกันภัย
- แนวทางเลือกจากการศึกษาอื่นใดที่ได้มีการดำเนินการมาแล้ว ในหน่วยงานของรัฐ หรือหน่วยงานอิสระของรัฐ

1.4.2 ศึกษากระบวนการสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการที่มีการดำเนินการในประเทศต่าง ๆ ที่อาจประยุกต์กับกรณีประเทศไทยจำนวนสี่ประเทศ ได้แก่ ญี่ปุ่น สหราชอาณาจักร สิงคโปร์ และออสเตรเลีย

1.4.3 เสนอทางเลือกที่เหมาะสมชัดเจนและเป็นไปได้มากที่สุดในการนำทางเลือกดังกล่าวไปดำเนินการ ดังนี้

1.4.3.1 กำหนดเป็นแผนภาพรวมและแผนปฏิบัติงานที่แสดงถึงวิธีการ ขั้นตอน และระยะเวลาในการดำเนินการอย่างละเอียดเพียงพอ

1.4.3.2 แสดงถึงผลกระทบของพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองท้องถิ่น และพระราชบัญญัติองค์การมหาชนที่

จะมีต่อทางเลือกที่เสนอในอนาคต รวมทั้งกฎหมาย ระเบียบและมติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้อง โดยชี้ให้เห็นถึงปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากกฎหมายตามที่กล่าวข้างต้น แสดงขนาดของปัญหาให้เห็นเป็นรูปธรรมในเชิงตัวเลข

1.4.4 เสนอแนะวิธีการอื่นใดที่จะช่วยเสริมหรือสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาทางเลือกดังกล่าว เพื่อให้การปรับปรุงระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเป็นไปอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

1.5 วิธีการศึกษา

จากกรอบการศึกษาข้างต้นคณะที่ปรึกษาได้อาศัยระเบียบวิธีหลายลักษณะประกอบกัน ได้แก่

1.5.1 การทบทวนและวิเคราะห์รายงานวิจัยและข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ส่วนนี้เป็นการประมวลข้อมูลสถานการณ์ การทบทวนประสบการณ์ของต่างประเทศ และการพัฒนาเป็นโครงความคิดในการทำงาน

1.5.2 การวิเคราะห์จากข้อมูลทุติยภูมิ อาศัยวิธีนี้เพื่อตอบคำถามทางเทคนิคในส่วนที่รายงานการวิจัยหรือข้อมูลที่มีอยู่เดิมยังไม่เพียงพอ

1.5.3 การสังเคราะห์ในลักษณะประชุมปฏิบัติการ ถือเป็นวิธีการศึกษาหลัก แบ่งเป็นสองระดับคือ ระดับคณะที่ปรึกษาทั้งคณะและระดับคณะทำงานเฉพาะเรื่อง โดยคณะที่ปรึกษาซึ่งประกอบไปด้วยผู้ทรงคุณวุฒิด้านเศรษฐศาสตร์ ด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ด้านการบริหาร การสารสนเทศ และด้านการวิจัยเชิงนโยบาย อีกส่วนหนึ่งคือ คณะผู้แทนของกรมบัญชีกลางในฐานะผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants) นอกจากนี้ยังได้เชิญผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะด้าน เช่น จากกระทรวงสาธารณสุข แพทยสภา ทันตแพทยสภา

1.5.4 การประชุมร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ลักษณะการวิพากษ์โดยกลุ่มเป้าหมาย (Focus-group discussion) กลุ่มที่เข้าร่วมการศึกษาค้างนี้ ได้แก่ กลุ่มข้าราชการและข้าราชการบำนาญ กลุ่มผู้บริหารสถานพยาบาล และกลุ่มหน่วยงานกลางของรัฐ

1.6 ผลผลิตจากการศึกษา

1.6.1 รายงานการศึกษา ถือเป็นเอกสารฉบับสมบูรณ์ แสดงข้อมูลและข้อเสนอครอบคลุมประเด็นที่กรมบัญชีกลางประสงค์

1.6.2 แผนดำเนินการ เป็นส่วนหนึ่งของเอกสารฉบับสมบูรณ์ แผนนี้แสดงถึงสิ่งที่กระทรวงการคลังสมควรพิจารณาดำเนินการเพื่อให้เกิดผลทางปฏิบัติ

1.6.3 คำแนะนำสำหรับกระทรวงการคลังใช้ประกอบการร่างข้อเสนอต่อคณะรัฐมนตรี

1.6.4 การชี้แจงทำความเข้าใจกับผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงการคลัง

บทที่ 2

ข้อเสนอของเอกชนและบทบาทของภาคเอกชนในการประกันสุขภาพ

บทนี้จะหยิบยกแนวทางเลือกจากบริษัทประกันเอกชนสองบริษัทขึ้นพิจารณา คือจาก

1. บมจ. ประกันชีวิตศรีอยุธยา ซีเอ็มจี
2. บมจ. ทิพยประกันภัย

เมื่อพิจารณาและประเมินข้อเสนอทั้งสองนี้แล้วคณะที่ปรึกษาเห็นควรที่จะเสนอบทวิเคราะห์บทบาทของภาคเอกชนโดยทั่วไปในการประกันสุขภาพประกอบการพิจารณาด้วย โดยประมวลข้อมูลและประสบการณ์ทั้งจากต่างประเทศและกรณีศึกษาในประเทศไทยประกอบกัน

2.1 ประเมินข้อเสนอประกันสุขภาพภาคเอกชน

2.1.1 ข้อเสนอของ บมจ. ประกันชีวิตศรีอยุธยา ซีเอ็มจี

ข้อเสนอของบริษัท คือ การนำ“การอำนวยความสะดวกสุขภาพที่เข้มแข็ง” (Active management) เข้าสู่ระบบเพื่อให้เกิดบริการทางสุขภาพที่เป็นธรรม คุณภาพดี เข้าถึงสะดวก และราคาเหมาะสม โดยเสนอให้มีการอำนวยความสะดวกใน 2 ด้าน คือ งานอำนวยความสะดวกทั่วไป และงานบริหารความเสี่ยง โดยมีเป้าประสงค์ที่มุ่งให้เกิดเสถียรภาพในการกำหนดงบประมาณประจำปี ประสิทธิภาพสูงสุดของการใช้ทรัพยากร เพิ่มคุณภาพของบริการทางสุขภาพของข้าราชการ เพิ่มคุณภาพบริการที่มีต่อประชาชนผู้เสียภาษีเมื่อข้าราชการมีสุขภาพที่ดี และเกิดความเป็นธรรมต่อทุกฝ่าย

บริษัทได้เสนอรูปแบบการบริหารกองทุนให้พิจารณา 8 รูปแบบ โดยความแตกต่างของแต่ละแบบคือ ระดับบทบาทความรับผิดชอบจากน้อยไปถึงมาก ดังนี้

1. **องค์กรมีอาชีพ รับบริหารบางส่วน** เช่น บริหารทางการแพทย์ (Medical management) บริหารค่าบริการ (Payment management) หรืองานอื่นบางด้านเท่านั้น
2. **องค์กรมีอาชีพ รับบริหารทุกกระบวนการ** ให้บริการด้านบริหารกระบวนการอำนวยความสะดวกทั้งหมด แต่ไม่มีการเปลี่ยนจุดรับความเสี่ยง
3. **องค์กรมีอาชีพ รับบริหารทุกกระบวนการร่วมกับการประกันภัยต่อ** ให้บริการด้านบริหารกระบวนการอำนวยความสะดวกและรับประกันภัยต่อเฉพาะในกรณีที่ค่าใช้จ่ายเกินงบประมาณที่กำหนด ซึ่งจะทำให้รัฐมีความเสี่ยงสูงสุดในระดับจำกัดไว้เท่านั้น แต่ค่าใช้จ่ายจะสูงขึ้นเพราะมีเบี้ยประกันภัยต่อด้วย
4. **องค์กรประกันภัย บริหารและรับประกันเฉพาะกรณีผู้ป่วยนอก** ให้บริการด้านบริหารกระบวนการอำนวยความสะดวก และรับประกันภัยเฉพาะค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยนอก ซึ่งจะมีการเปลี่ยนจุด

รับความเสี่ยงและประหยัดค่าบริหารในกระบวนการที่มีความถี่ในการใช้บริการสูง แต่อาจต้องปรับกฎเกณฑ์การให้สิทธิประโยชน์แก่สมาชิก

5. **องค์กรประกันภัย บริหารและรับประกันภัยเฉพาะกรณีโรคร้ายแรง** ให้บริการด้านบริหารกระบวนการอำนวยความสะดวก และรับประกันภัยเฉพาะการเจ็บป่วยร้ายแรงที่มีค่าใช้จ่ายเกินจุดที่กำหนด
6. **องค์กรประกันภัย บริหารและรับความเสี่ยงตามแผนประกันสุขภาพปกติ** ให้บริการด้านบริหารกระบวนการอำนวยความสะดวก และรับประกันภัยทั้งค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยนอกและใน ตามกรมธรรม์ทั่วไปที่มีขีดจำกัดตามหมวดรายการ จ่ายเบี้ยประกันต่อคนต่อปี สิทธิประโยชน์อาจเปลี่ยนแปลงไปมาก
7. **องค์กรประกันภัย บริหารและรับความเสี่ยงแบบเบี่ยขั้นต่ำ** ให้บริการด้านบริหารกระบวนการอำนวยความสะดวก และรับประกันภัยทั้งค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยนอกและใน ตามกรมธรรม์ทั่วไปที่มีขีดจำกัดตามหมวดรายการหรือตามสิทธิประโยชน์ที่รัฐกำหนด โดยรัฐมีส่วนร่วมในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสัดส่วนที่กำหนดไว้ทุกราย เช่น 30% หรือ 50%
8. **องค์กรประกันภัย บริหารและรับความเสี่ยงแบบเบ็ดเสร็จ** ให้บริการด้านบริหารกระบวนการอำนวยความสะดวก และรับประกันภัยทั้งค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยนอกและในอย่างเบ็ดเสร็จ ซึ่งได้บริการที่ครบวงจร สิทธิประโยชน์เปลี่ยนแปลงน้อย แต่จะมีค่าใช้จ่ายสูงสุด

2.1.2 ข้อเสนอของ บมจ. ทิพยประกันภัย

ข้อเสนอของบริษัทนี้คือขอบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพข้าราชการและครอบครัวไปดำเนินการทั้งระบบ โดยผลประโยชน์การรับประกันเป็นไปตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล พ.ศ.2523 แก้ไขเพิ่มเติมทั้งหมดจนถึงปัจจุบัน โดยทำสัญญาโครงการครั้งละ 5 ปี คิดเบี้ยประกันภัย 2 ปีแรกเท่ากับปี 2542 ปีที่ 3, 4 และ 5 เพิ่มขึ้นตามการเพิ่มของงบประมาณแผ่นดินหรือตามร้อยละของค่ารักษาพยาบาลของประชาชนต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) คิดค่าบริการโครงการร้อยละ 10 ของวงเงินงบประมาณ และถ้ามีการใช้เงินน้อยกว่าเป้าหมายก็จะจ่ายเงินให้กับกระทรวงการคลังเท่ากับร้อยละ 80 ของส่วนที่ต่ำกว่า

ทั้งนี้จะมีการดำเนินงานตามนโยบายของราชการในเรื่องการรักษาโรคและการบริการ มีการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานสถานพยาบาลตามมาตรฐาน Hospital accreditation ทำระบบ CPT (Current Procedure Terminology) และ DRGs (Diagnosis-related groups) นำระบบตรวจสอบคุณภาพการรักษาพยาบาล (Utilization review, UR) มาใช้เพื่อกำกับค่าใช้จ่าย จัดตั้งคลินิกปฐมภูมิพัฒนากองทุนผู้ป่วยหนักผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยเกษียณอายุราชการ ส่งเสริมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ขยายการรับรองโรงพยาบาลภาคเอกชน และพัฒนาเคหะบริการ โดยจะมีรายงานเป็นรายเดือน/รายปีในแต่ละหน่วยงาน รายงานโรคตาม ICD10 รายงานโรงพยาบาลที่มีการไปใช้บริการ รายงานสถิติการใช้บริการรักษาพยาบาลของข้าราชการในแต่ละหน่วยงาน

2.1.3 การวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียและผลกระทบของทางเลือกที่เสนอ

ตารางที่ 2.1 เปรียบเทียบประเด็นต่างๆจากข้อเสนอของบริษัทเอกชนทั้ง 2 บริษัทตามมิติที่สำคัญของระบบประกันสุขภาพจะพบว่าทั้ง 2 ข้อเสนอยังขาดข้อมูลที่ชัดเจนอีกในหลายประเด็น

ตารางที่ 2.1 สรุปการเปรียบเทียบองค์ประกอบที่สำคัญของข้อเสนอ จาก 2 บริษัท

องค์ประกอบ	ข้อเสนอของ บมจ. ประกันชีวิตศรีอยุธยา ซีเอ็มจี ⁽¹⁾	ข้อเสนอของ บมจ. ทิพยประกันภัย ⁽²⁾
ชุดสิทธิประโยชน์และเงื่อนไขการใช้บริการ	รูปแบบที่เป็นองค์กรมีอาชีพรับบริหารอย่างเดียวยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงสิทธิประโยชน์ แต่จะเปลี่ยนแปลง (น่าจะเป็นการตัดทอน) ในรูปแบบที่เป็นองค์กรประกันภัยที่ไม่ใช่การรับความเสี่ยงแบบเบ็ดเสร็จ	เป็นไปตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล
การมีส่วนร่วมจ่ายของผู้มีสิทธิ	ขึ้นกับข้อตกลงและรูปแบบที่จะเลือกให้รับไปดำเนินการ ไม่มีข้อมูลระบุไว้แน่ชัด	ไม่ระบุข้อมูลไว้
วิธีการจ่ายเงินให้สถานพยาบาล/ผู้ให้บริการ	เสนอให้มีการบริหารค่าบริการ และการบริหารการเบิกจ่ายค่าบริการไว้ แต่ไม่มีข้อมูลรายละเอียด	ไม่ระบุข้อมูลไว้
ผู้ให้บริการ	เสนอให้มีการบริหารผู้ให้บริการ (Provider management) ไว้ แต่ไม่มีข้อมูลรายละเอียด	ให้สามารถไปใช้โรงพยาบาลภาคเอกชนได้ และจะพัฒนาเคหะเวชบริการ (Home health care)
ระบบการตรวจสอบ	เสนอให้มีการบริหารทางการแพทย์ (Medical management) ไว้ แต่ไม่ระบุรายละเอียดของการดำเนินงาน	พัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล นำระบบ CPT DRG และระบบตรวจสอบคุณภาพการรักษาพยาบาลมาใช้
องค์กรในการบริหารจัดการ	เสนอไว้ 8 รูปแบบ ขึ้นกับระดับของการอำนวยความสะดวกและการแบ่งรับความเสี่ยง	บริษัทดำเนินการเป็นองค์กรรับอำนวยความสะดวกและรับประกันภัย

อ้างอิง: (1) สรุปผู้บริหาร บริการประกันสุขภาพสำหรับกองทุนสวัสดิการสุขภาพข้าราชการ ฝ่ายการประกันสุขภาพ บมจ. ประกันชีวิตศรีอยุธยา ซีเอ็มจี

(2) รายละเอียดโครงการประกันสุขภาพข้าราชการและครอบครัว บมจ. ทิพยประกันภัย

ข้อเสนอทั้ง 2 ราย มีความแตกต่างกันมากในด้านรูปแบบของโครงการ แต่ละบริษัทเสนอไว้คนละแง่มุม แต่ทั้งสองบริษัทต่างก็ขาดรายละเอียดที่เพียงพอ ยากที่จะวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อดีข้อเสียตลอดจนผลกระทบของทางเลือกที่เสนออย่างแท้จริง บนพื้นฐานของข้อมูลทางวิชาการที่ผู้พิจารณาสามารถประเมินความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ

กรณีของบมจ. ประกันชีวิตศรีอยุธยา ซีเอ็มจี ข้อเสนอกล่าวถึงเพียงขอบเขตบทบาทความรับผิดชอบระดับต่างๆที่ทางราชการอาจมอบหมายให้บริษัทดำเนินการ ข้อมูลส่วนสำคัญที่มีได้ระบุไว้ อาทิ ผลลัพธ์ของการบริหารจะเป็นอย่างไร (เสนอไว้เพียงนามธรรมลอยๆชัดไม่ได้) แนวทางใน

การบริหารให้ประสบความสำเร็จคืออะไรบ้าง และเงื่อนไขที่จำเป็น (เช่น ค่าใช้จ่ายด้านบริหารจัดการผลประโยชน์ที่ทางราชการจะได้รับ) มีอะไรบ้าง เอกสารที่เสนอไว้เป็นเอกสารแสดงโครงสร้างทั่วไปของระบบงานประเภทต่าง ๆ โดยไม่มีรายละเอียดประกอบเพียงพอ

ส่วนบมจ. ทิพยประกันภัย กล่าวว่า ข้อเสนอแนะนี้ระบุถึงองค์ประกอบต่างๆ ของระบบประกันสุขภาพไว้อย่างกว้างขวาง แต่ไม่ได้ชี้แจงไว้เลยถึงแนวทางที่จะดำเนินการให้สำเร็จ โดยเฉพาะด้านการปรับปรุงวิธีจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลอันถือเป็นหัวใจของการควบคุมค่าใช้จ่าย

ส่วนอัตราค่าใช้จ่ายในการบริหารที่ระบุไว้ร้อยละ 10 นั้นก็ขาดข้อมูลว่าจะสมเหตุสมผลอย่างไร การกำหนดวงเงินงบประมาณ โดยอ้างอิงกับยอดค่าใช้จ่ายเดิม (ปี 2542) และการเพิ่มตามงบประมาณแผ่นดินหรือตามร้อยละของค่ารักษาพยาบาลของประชาชนต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) เป็นการอาศัยฐานตัวเลขที่สัมพันธ์น้อยกับค่ารักษาพยาบาลที่เหมาะสม ข้อเสนอของบริษัทมีลักษณะของการประกันรายได้ของบริษัทในการดำเนินการไว้ที่ร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายรวมเป็นอย่างต่ำ แม้ว่าจะกำหนดไว้ว่าเป็นค่าบริหารจัดการ ยิ่งกว่านั้นหากเงินกองทุนที่ใช้ในปีนั้นต่ำกว่ายอดงบประมาณที่ได้รับบริษัทก็ยังหักส่วนที่ประหยัดได้ไว้อีกร้อยละ 20 ของส่วนที่ประหยัดได้รายได้ของบริษัทส่วนนี้จึงถือเป็น“ค่าใช้จ่าย”ที่จะประหยัดโดยมิได้มีหลักประกันว่าการลดค่าใช้จ่ายนี้จะไม่กระทบต่อคุณภาพของบริการ

สำหรับงานหัวข้อต่างๆ ที่เสนอไว้นั้นล้วนเป็นแนวคิดที่วงการแพทย์และสาธารณสุขกล่าวถึงกันทั่วไปอยู่แล้ว สิ่งที่จะสะท้อนความรู้หรือความเชี่ยวชาญของบริษัทน่าจะเป็นการเสนอยุทธศาสตร์หรือมาตรการทางการดำเนินการให้สิ่งเหล่านั้นบรรลุเป็นผลสำเร็จ ซึ่งข้อเสนอก็ได้กล่าวถึงแนวทางดำเนินงานที่เป็นรูปธรรม นอกจากนั้นองค์ประกอบบางส่วนที่เสนอไว้ (เช่น Utilization Review คลินิกปฐมภูมิที่มีความครอบคลุมทั่วถึง และการพัฒนาเคหะเวชบริการ) อาจถือเป็นองค์ประกอบของระบบสาธารณสุขโดยทั่วไป ขาดความชัดเจนว่า ระบบสวัสดิการข้าราชการจะเข้าไปมีส่วนเพียงไร ด้วยเหตุผลอะไร

อย่างไรก็ตามหากจะวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อดีข้อเสียตลอดจนผลกระทบของทางเลือกที่เสนอตามข้อมูลที่มี สามารถสรุปได้ดังตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2 เปรียบเทียบผลกระทบข้อดี (+) ข้อเสีย (-) ของทางเลือกที่เสนอ

ข้อดี ข้อเสียและผลกระทบ	ข้อเสนอของบมจ.ประกันชีวิตศรีอยุธยา ซีเอ็มจี ⁽¹⁾	ข้อเสนอของ บมจ. ทิพยประกันภัย ⁽²⁾
ค่าใช้จ่ายและงบประมาณรัฐ	+ งบประมาณค่อนข้างแน่นอนกว่าเดิมในระยะสั้น หากเลือกรูปแบบที่มีการรับประกันภัย - ไม่มีข้อมูลด้านค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการ แต่มีเหตุเชื่อได้ว่าจะอยู่ในระดับสูงกว่ารัฐเป็นผู้ดำเนินการ เนื่องจากต้องมีส่วนหนึ่งที่อาจถูกกันเป็นผลกำไรของบริษัท	+ กำหนดวงเงินงบประมาณไว้แน่ชัด - อัตราเพิ่มของงบประมาณผูกกับการเพิ่มขึ้นของ GDP หรืออัตราเงินเฟ้อ ซึ่งอยู่นอกเหนือความควบคุมของระบบ - ค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการ ร้อยละ 10 ของวงเงินงบประมาณ ซึ่งมีเหตุเชื่อได้ว่าจะอยู่ในระดับสูงกว่ารัฐเป็นผู้ดำเนินการเอง เพราะต้องมีส่วนหนึ่งที่กันเป็นผลกำไรของบริษัท
ประสิทธิภาพ	+/- น่าจะดีกว่าระบบเดิม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับรูปแบบที่เลือก แต่ยังไม่เห็นข้อมูลวิธีดำเนินงาน	+/- อาจสูงขึ้นได้จากการนำระบบ UR มาใช้ แต่ไม่อาจประเมินผลกระทบต่อสถานพยาบาลของรัฐ
ความเป็นธรรม	ไม่มีข้อมูล ประเมินไม่ได้	ไม่มีข้อมูล ประเมินไม่ได้
คุณภาพของบริการ	+/- มีการบริหารด้านการแพทย์ระบุไว้ แต่ไม่ให้รายละเอียด ไม่สามารถวิเคราะห์ในเชิงลึกได้	+ มีการเสนอกระบวนการประกันคุณภาพและพัฒนาบริการไว้หลายรูปแบบ

อ้างอิง: (1) สรุปรูปรูบริการประกันสุขภาพสำหรับกองทุนสวัสดิการสุขภาพข้าราชการ ฝ่ายการประกันสุขภาพ บมจ.ประกันชีวิตศรีอยุธยา ซีเอ็มจี

(2) รายละเอียดโครงการประกันสุขภาพข้าราชการและครอบครัว บมจ. บริษัททิพยประกันภัย

ข้อเสนอในการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการของบริษัทเอกชนทั้ง 2 ราย มีการนำเสนอรายละเอียดของโครงการด้วยวัตถุประสงค์และให้ข้อมูลบนพื้นฐานที่แตกต่างกัน หากวิเคราะห์จากข้อมูลเท่าที่ได้มา ตามเกณฑ์เบื้องต้นที่นำมาใช้ในการพิจารณาข้อเสนอในการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ได้แก่ ค่าบริหารจัดการ ความสามารถในการควบคุมค่าใช้จ่าย การเข้าถึงบริการ ผลกระทบต่อคุณภาพบริการทางการแพทย์ ความสอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ ความเป็นไปได้ทางเทคนิค และความสามารถในการตรวจสอบได้และความโปร่งใส จะพบว่ายังไม่มีข้อเสนอใดที่สมบูรณ์ ซึ่งสรุปได้ดังตารางที่ 2.3

นอกจากนั้นยังมีข้อสังเกตอีกว่า การให้เอกชนรับระบบสวัสดิการสุขภาพของข้าราชการไปบริหารลักษณะผูกขาดโดยที่กรมบัญชีกลางเองยังไม่มีฐานข้อมูลที่จะตรวจสอบและตรวจสอบ(เช่น ข้อมูลผู้มีสิทธิ ข้อมูลการใช้บริการและค่าใช้จ่าย ข้อมูลการรั่วไหลของงบประมาณ) สภาพการณ์นี้จะทำให้การเจรจาจัดทำสัญญาที่รัฐและสาธารณะได้ประโยชน์คุ้มค่าจะกระทำได้ยากมาก ยิ่งไปกว่านั้น หลัง

การให้เอกชนรับไปดำเนินการแล้ว จะทำให้บริษัทเอกชนเป็นเจ้าของข้อมูลเหล่านั้น ขณะที่หน่วยงานผู้รับผิดชอบของรัฐเองไม่มีการพัฒนานักจะทำให้รัฐต้องเสียเปรียบในการทำสัญญาเรื่อยไป

ตารางที่ 2.3 สรุปเปรียบเทียบข้อเสนอบริษัทเอกชนในการปรับปรุงระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการตามเกณฑ์ในการพิจารณา

เกณฑ์ในการพิจารณา	ข้อเสนอของ บมจ. ศรีอยุธยา ซีเอ็มจี	ข้อเสนอของบมจ. ทิพย์ประกันภัย
ค่าบริหารจัดการ	ไม่ได้กำหนดแต่น่าจะสูง	เสนอขอ 10% ของวงเงิน
ความสามารถในการควบคุมค่าใช้จ่าย (Cost containment)	น่าจะดีได้ แต่ขึ้นอยู่กับรูปแบบที่เลือก	น่าจะดีจากข้อเสนอ แต่ไม่มีข้อมูลว่าจะปฏิบัติได้
การเข้าถึงบริการ	ไม่มีรายละเอียด ขึ้นกับรูปแบบที่เลือก	จากข้อมูลที่เสนอ การเข้าถึงบริการจะดีขึ้น
ผลกระทบต่อคุณภาพของบริการทางการแพทย์	ไม่มีข้อมูล ไม่สามารถประเมินได้	มีแนวโน้มว่าจะดีขึ้นได้ ถ้ายึดตามข้อเสนอ
ความสอดคล้องกับการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ	ไม่สอดคล้อง ไม่ได้เสนอกลไกในการรับประกัน	จากข้อมูลที่มี ระบบไม่ส่งเสริมการพัฒนาประกันถ้วนหน้า
ความเป็นไปได้ในทางเทคนิค (Technical feasibility)	อาจมีความเป็นไปได้ แต่ขาดข้อมูลให้ประเมินในรายละเอียด	การทำตามข้อเสนอให้ได้ ครบถ้วนเป็นไปได้ยาก ขาดข้อมูลเชิงปฏิบัติ
ความสามารถในการตรวจสอบได้ (Accountability) และ ความโปร่งใส (Transparency)	ขึ้นกับการทำสัญญา	มีข้อกำหนดเรื่องรายงานต่าง ๆ แต่ขึ้นกับการทำสัญญา

2.2 จุดบกพร่องบางประการของแนวคิดของการประกันสุขภาพเอกชน

โดยปกติแล้ว “นายจ้าง” ไม่ว่าจะเป็นเอกชนหรือรัฐมักจะจัดหาหรือจัดระบบประกันสุขภาพขึ้นมาสำหรับลูกจ้างของตนเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิประโยชน์ แทนที่จะให้ประโยชน์ตอบแทนในรูปของเงินเดือนที่สูงกว่า สาเหตุที่นายจ้างนิยมจะให้สิทธิประโยชน์ในรูปนี้ส่วนหนึ่งก็เป็นเพราะนายจ้างเองย่อมได้ประโยชน์จากการที่ลูกจ้างมีสุขภาพดี ทำงานได้เต็มเม็ดเต็มหน่วย การประกันนี้นายจ้างมักจัดให้ในรูปของการประกันสุขภาพกลุ่มเนื่องจากการรวมกลุ่มเสี่ยงจำนวนมาก ๆ เอื้ออำนวยให้จัดการประกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากลูกจ้างแสวงหาการประกันเป็นรายบุคคลจากผู้รับประกันเป็นราย ๆ ไป ลูกจ้างบางรายก็จะต้องเสียค่าเบี้ยประกันในราคาสูงหรืออาจหาผู้รับประกันไม่ได้ เช่น ผู้ที่มีอายุมาก ผู้ที่มีโรคประจำตัว เป็นต้น เนื่องจากบริษัทประกันเอกชนจะพยายามคัดเอาผู้ที่มีการเสี่ยง

สูงออกไป ปรากฏการณ์นี้เรียกในวงการประกันภัยว่า “Adverse selection” หรือการเลือกคัดกลุ่มเสี่ยงๆ นี้อาจลดลงได้บ้างหากนายจ้างร่วมควบคุมการประกันให้กับลูกจ้างทั้งหมด

ปัญหาการเลือกคัดกลุ่มเสี่ยงนั้นมีใช่เป็นปัญหาเดียวกับการประกันสุขภาพเท่านั้น ปัญหาใหญ่อีกประการหนึ่งเกิดขึ้นจากผู้ให้บริการด้วย เนื่องจากการวินิจฉัยโรค การตัดสินใจเรื่องวิธีการบำบัดรักษา และค่าใช้จ่ายต่างๆ ล้วนแล้วแต่เป็นการใช้วิจารณ์โดยผู้ให้บริการ ด้วยความได้เปรียบด้านข้อมูลทางวิชาชีพ ผู้ให้บริการจึงสามารถกำหนดระดับบริการได้ในขอบเขตที่กว้าง ดังนั้นเมื่อผู้ได้รับประกันล้มป่วยลงและอยู่ในฐานะที่จะเรียกร้องสิทธิ์ของตน บริษัทประกันก็อาจจะถูกเรียกร้องค่าชดเชยที่ไม่เป็นธรรมได้กรณีที่ผู้ให้บริการกำหนดระดับบริการไว้สูงซึ่งอาจสัมพันธ์กับเงื่อนไขผลประโยชน์ที่ผู้ให้บริการหรือผู้ประกอบการสถานพยาบาลได้รับ ในบางกรณีผู้มีสิทธิประโยชน์อาจสมรู้ร่วมคิดกับผู้ให้บริการตั้งวงเงินเพื่อเรียกร้องค่าชดเชยที่ไม่เป็นธรรมได้เช่นกัน พฤติกรรมเหล่านี้เรียกกันในการประกันว่า “Moral hazard” ในต่างประเทศบริษัทประกันมักจำกัดเพดานความรับผิดชอบไว้โดยโอนภาระค่าใช้จ่ายส่วนเกินนี้ไปยังผู้ประกันตน (ส่งผลให้กรณีเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูงจริงๆ มิได้รับผลประโยชน์จากการประกันเท่าที่ควร) รวมทั้งได้พัฒนาระบบและเทคนิคการตรวจสอบและควบคุมค่าใช้จ่ายให้อย่างรัดกุมขึ้น และสามารถจำกัดปัญหาเรื่องนี้ไปได้ระดับหนึ่งและนับเป็นเหตุหนึ่งที่ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านบริหารจัดการมีสัดส่วนค่อนข้างสูง ในประเทศไทยเองบริษัทประกันเอกชนก็ได้เริ่มนำเอาระบบเหล่านี้มาใช้ ในภาครัฐสำนักงานประกันสังคมก็มีประสบการณ์ด้านนี้ในอีกลักษณะหนึ่ง พอจะกล่าวได้ว่า โอกาสและลักษณะของ Moral hazard ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขผลประโยชน์หรือวิธีการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลและกับการมีระบบตรวจสอบที่พอเพียงด้วย

ปัญหาเรื่อง Moral hazard เป็นปัญหาที่หลีกเลี่ยงไม่พ้น ไม่ว่าผู้ให้ประกันจะเป็นเอกชนหรือรัฐก็ตาม ในปัจจุบันวิธีบริหารจัดการระบบสวัสดิการรักษายาบาลมิได้มีแนวทางป้องกันปัญหาดังกล่าวนี้นี้แต่ประการใด อันเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ค่าใช้จ่ายของรัฐบาลพุ่งสูงขึ้น และถ้าไม่ปรับปรุงแล้วก็จะสูงขึ้นอีกต่อไป ด้วยเหตุนี้จึงเกิดแนวความคิดขึ้นมาว่า รัฐควรจะมอบให้เอกชนเป็นผู้ให้ประกันสุขภาพแก่ข้าราชการ แต่จากข้อมูลที่จะนำเสนอต่อไปในบทนี้ซึ่งได้มาจากประสบการณ์ของหลายหน่วยงาน ก็จะพบว่า รายได้จากค่าเบี้ยประกันโดยรวมนั้นมักอยู่ในเกณฑ์สูงหรือสูงมากเมื่อเทียบกับเงินที่บริษัทประกันจ่ายแก่สถานพยาบาล ซึ่งบ่งชี้ถึงความบกพร่องในระบบประกันเอกชนอย่างที่ทำกันอยู่ในประเทศไทยขณะนี้ อันหมายถึงความได้เปรียบของบริษัทประกันเอกชนเหนือผู้ประกันตนและการขาดกลไกที่สามารถเข้าไปคุ้มครอง ตรวจสอบ สภาพการณ์นี้ยังบ่งชี้ชัดเจนว่า การเปิดให้บริษัทประกันเอกชนได้แข่งขันกันในปัจจุบันยังมีข้อจำกัดมากที่จะเป็นมาตรการแก้ปัญหาดังกล่าว เนื่องจากการแข่งขันนั้นมิได้แข่งขันในเชิงคุณภาพและราคาหากแต่เน้นด้านประโยชน์เสริมอื่นๆ มากกว่า สภาพการณ์นี้สอดคล้องกับข้อมูลเรื่องค่าบริหารจัดการที่บริษัทเอกชนเสนอไว้สูงกว่าค่าใช้จ่ายที่กรมบัญชีกลางใช้เพื่อการบริหารจัดการอยู่ในปัจจุบันหลายเท่าตัว

ด้วยข้อจำกัดของตลาดประกันสุขภาพเอกชนข้างต้น รัฐบาลจึงไม่ควรผลักภาระความเสี่ยงและการบริหารจัดการไปให้บริษัทเอกชนอย่างน้อยก็ในขณะนี้ ในเงื่อนไขที่ปัจจุบันรัฐบาลมี

นโยบายขยายความครอบคลุมกลุ่มบุคคลที่จะได้รับหลักประกันสุขภาพออกไปด้วยแล้ว จึงจำเป็นต้องสั่งสมประสบการณ์และพัฒนาองค์กรเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายในการประกันสุขภาพให้ได้ การบริหารระบบประกันสุขภาพในลักษณะที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายไปพร้อมกับปกป้องสิทธิประโยชน์ของสาธารณะนั้น จำเป็นต้องอาศัยฐานข้อมูลที่ครอบคลุมและมีความเที่ยงตรง รัฐบาลอยู่ในฐานะที่จะสร้างฐานข้อมูลเหล่านี้ขึ้นมาได้ และฐานข้อมูลบางชนิด (เช่น ต้นทุนการรักษาพยาบาลสำหรับกลุ่มโรควินิจฉัยต่างๆ) ก็จะเป็นประโยชน์สำหรับองค์กรอื่นๆ ของรัฐนอกเหนือไปจากกรมบัญชีกลาง เช่น สำนักงานประมาณ สำนักงานประกันสังคม เป็นต้น

2.3 ประสบการณ์การประกันสุขภาพภาคเอกชนในต่างประเทศ

2.3.1 ทำไมจึงมีความต้องการประกันสุขภาพภาคเอกชน

เหตุผลที่ประชาชนในประเทศต่างๆ มีอุปสงค์ต่อการประกันสุขภาพภาคเอกชน คือ

- ขาดนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระดับประเทศ ทำให้ประชาชนต้องใช้จ่ายครัวเรือนจ่ายค่ารักษาในราคาที่สูง ดังนั้น ครัวเรือนที่มีรายได้ หรือมีการจ้างงานที่มั่นคงจึงแสวงหาหลักประกันสุขภาพจากภาคเอกชนเพื่อลดภาระที่คาดเดาได้ยากลง แต่เมื่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้วอุปสงค์ของประกันสุขภาพเอกชนอาจลดลง ตัวอย่างในประเทศออสเตรเลีย การที่รัฐบาลสร้างหลักประกันถ้วนหน้าในปี 1984 ทำให้ความต้องการหลักประกันภาคเอกชน ลดลงจากร้อยละ 50 ในปี 1984 เหลือ ร้อยละ 45 ในปี 1990 หรือลดลงประมาณร้อยละ 10
- ในประเทศที่มีการประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว แต่ระบบที่จัดให้ ไม่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในประเทศได้อย่างเพียงพอ เช่น การต้องรอคอยเป็นเวลานาน ไม่สามารถเลือกแพทย์ได้ ทำให้ประชาชนต้องแสวงหาประกันสุขภาพเอกชนเป็นส่วนเสริมหรือเติมให้เต็ม
- การประกันสุขภาพ ถือเป็นสินค้าชนิดหนึ่ง บริษัทธุรกิจเอกชน จึงยื่นจดทะเบียนสินค้าไว้หลายบริษัท รวมทั้งองค์การการค้าโลก (WTO) ก็ถือว่า การประกันเป็นสินค้าที่ต้องลดการกีดกันทางการค้าลงในอนาคต

ลูกค้าสำคัญของการประกันสุขภาพภาคเอกชน มักจะมีลักษณะดังต่อไปนี้

- เป็นผู้ที่อยู่ในการจ้างงาน เพราะถือว่า เป็นสิ่งที่นายจ้างจัดสวัสดิการให้ ทั้งที่ทำงานเต็มเวลาและทำครึ่งเวลา
- เป็นผู้มีอายุระหว่าง 35-44 ปี
- เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง

2.3.2 ความสัมพันธ์ของประกันสุขภาพเอกชน กับแผนประกันอื่น ๆ

เพื่อให้การประกันสุขภาพเอกชนคงอยู่ได้กับระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศต่าง ๆ ธุรกิจการประกันสุขภาพภาคเอกชน จึงมีรูปแบบ 4 แบบ ดังนี้

- ระบบเติมเต็ม (Fill-in system) ประกันสุขภาพเอกชนให้ความคุ้มครองบริการที่ระบบประกันสุขภาพของรัฐไม่ได้ให้ความคุ้มครองไว้ตามกฎหมาย เช่น ระบบประกันของแคนาดา บริการทันตกรรม ไม่ได้กำหนดไว้ตามกฎหมาย จึงมีประกันสุขภาพเอกชน เพื่อเติมให้เต็ม
- ระบบเสริม (Supplementary or add-on system) ประกันสุขภาพเอกชน ให้สิทธิประโยชน์และความคุ้มครองเสริมจากระบบของรัฐ เช่น จ่ายค่าห้องพิเศษ ค่าส่วนร่วมจ่าย
- ระบบคู่ขนาน (Parallel system) ประกันสุขภาพเอกชน เป็นทางเลือกอีกทางหนึ่งให้กับประชาชน ตามกฎหมาย เทียบเท่าได้กับประกันสุขภาพของรัฐ จะไม่มีการเปลี่ยนกลับไปกลับมา การเลือกใช้ประกันสุขภาพของรัฐ หรือเอกชน ดูจากระดับรายได้เป็นสำคัญ เช่น ระบบการประกันสุขภาพในเยอรมนี ซึ่งมีส่วนแบ่งประกันเอกชนประมาณร้อยละ 8
- ระบบธุรกิจอิสระ (Independent business) ประกันสุขภาพเอกชน ไม่จำเป็นต้องสัมพันธ์กับระบบของรัฐ จึงมีความซ้ำซ้อนกับระบบของรัฐที่มีอยู่ก็ได้ เพราะรัฐไม่มีกฎหมายห้ามประกอบธุรกิจที่ซ้ำซ้อนกับรัฐ เช่น ใน สิงคโปร์

2.3.3 ปัญหาที่พบของประกันสุขภาพภาคเอกชน

การประกันสุขภาพภาคเอกชนส่วนใหญ่จะดำเนินการโดยภาคเอกชนแบบแสวงกำไร มีจำนวนไม่มากนักที่ดำเนินการโดยภาคเอกชนที่ไม่แสวงกำไร (เช่น Blue-Cross / Blue-Shield) แต่ในที่สุดแรงกระตุ้นที่ต้องการให้หน่วยงานผู้ให้ประกันมีประสิทธิภาพ สามารถแข่งขันได้กับบริษัทอื่นๆ ก็ทำให้การประกันแบบสมัครใจของภาคเอกชนมีปัญหาที่คล้ายกัน ได้แก่

- เกิดการคัดเลือกกลุ่มเสี่ยง (Adverse selection) ด้วยวิธีตรวจร่างกายก่อนเข้าเป็นสมาชิก หรือกระบวนการ Underwriting เพื่อคัดผู้ที่เจ็บป่วยบ่อย เจ็บป่วยเรื้อรัง ออกจากกลุ่มผู้เอาประกัน หรือเพื่อลดรายจ่ายของบริษัทประกัน
- ใช้อัตราเบี้ยประกันตามความเสี่ยงของบุคคล (Experience rating) ทำให้ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต้องจ่ายเบี้ยประกันสูง ซึ่งเป็นการลดรอบประโยชน์สำคัญอย่างหนึ่งของระบบประกัน
- ถ้าเป็นการประกันแบบหมู่ที่จัดให้โดยนายจ้างหรือบริษัท ความคุ้มครองจะสิ้นสุดลงเมื่อพ้นจากงาน ดังนั้น ในกรณีที่ตกงาน ขาดรายได้ กลับมีภาระมากขึ้น
- ค่าบริหารจัดการสูง เพราะต้องทำการตรวจสอบเป็นรายธุรกรรม (transaction) โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีที่ไม่ใช่ประกันรายหมู่ ตารางที่ 2.4 แสดงโครงสร้างรายจ่ายของการ

ประกันสุขภาพเอกชนในสหรัฐอเมริกา ปี 1988 ค่าบริหารจัดการที่สูงถึงร้อยละ 33.5 ของค่าสินไหม สัดส่วนที่มากที่สุด คือค่านายหน้า รองลงมาคือเงินเดือนค่าจ้างของพนักงาน และค่าเช่าค่าใช้จ่ายอื่นๆ

- การให้บริการมากหรือน้อยเกินไป (moral hazard) ของผู้ให้บริการ อันสืบเนื่องมาจากกลไกการจ่ายเงินของบริษัทประกัน ที่จ่ายให้แก่สถานพยาบาลที่ให้บริการ ถ้าวิธีการจ่ายเงินเป็นไปตามรายการ (fee-for-service) ก็จะมีแนวโน้มที่จะให้บริการมากเกินไป ถ้าจ่ายเงินตามอัตราเหมาจ่ายรายหัว (capitation) ก็มีแนวโน้มให้บริการต่ำเกินไป
- การใช้บริการที่มากเกินไป เป็นการละเมิดจริยธรรม (moral hazard) ของผู้เอาประกัน เพราะคิดว่า ตนเองได้จ่ายเงินไว้ล่วงหน้าแล้ว จึงถือเป็นสิทธิที่จะต้องมาใช้บริการ แม้ไม่ป่วยหรือป่วยเพียงเล็กน้อย และจะยิ่งใช้บริการมากขึ้น ถ้าไม่ต้องมีส่วนร่วมจ่ายเงินเพิ่มเมื่อมารับบริการในแต่ละครั้ง
- ค่าใช้จ่ายสูงอย่างรวดเร็ว จากปัญหาต่างๆ ที่กล่าวข้างต้น ทั้งต้นทุนค่าบริหารจัดการที่สูง การให้บริการและการใช้บริการที่มากเกินไป ผลกระทบของค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นทำให้บริษัทประกันต้องเพิ่มราคาเบี้ยประกันให้เพียงพอจบลายจ่าย

ตารางที่ 2.4 โครงสร้างของรายจ่ายเพื่อการบริหารจัดการเทียบกับค่าสินไหม และเบี้ยประกัน

	ร้อยละของค่าสินไหม	ร้อยละของเบี้ยประกัน
ค่านายหน้า	15.7	12.5
ค่าเงินเดือน ค่าจ้าง	9.1	7.2
ค่าเช่าและค่าใช้จ่ายอื่นๆ	5.0	4.0
ค่าสิ่งตีพิมพ์ ไพรเวตตี้ โทรศัพท์	2.1	1.7
สวัสดิการลูกจ้างและตัวแทน	1.1	0.9
ค่าโฆษณา	0.7	0.5
รวมค่าใช้จ่าย	33.5	26.9

โปรดสังเกตว่า ปัญหาหลายประการที่ลำดับไว้ข้างต้นนี้ (เช่นการละเมิดจริยธรรม) มิได้เป็นปัญหาเฉพาะกับการประกันสุขภาพโดยเอกชนแต่อย่างเดียวนั้น ถึงรัฐเป็นผู้ประกัน ก็อาจเกิดขึ้นได้ ดังนั้นในการประเมินโครงการต่างๆ ไม่ว่าฝ่ายรัฐหรือฝ่ายเอกชนเป็นผู้ดำเนินการก็ต้องคิดถึงประเด็นเหล่านี้รอบคอบ

2.3.4 เครื่องมือดำเนินการแก้ไขปัญหา

เครื่องมือที่การประกันสุขภาพภาคเอกชนใช้ เพื่อบรรลุเป้าหมายสูงสุดของหน่วยงานประกันมีหลายประการ โดยเครื่องมือส่วนใหญ่อยู่ที่การแก้ปัญหาประสิทธิภาพ มากกว่า ปัญหาความเป็นธรรมในระบบ เครื่องมือที่ใช้มีดังนี้

- การคิดเบี้ยประกันแบบอัตราชุมชน (Community rating) เพื่อหลีกเลี่ยงจุดอ่อนที่การประกันเอกชน มักมีราคาสูงสำหรับผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง จึงออกแบบการคิดเบี้ยประกันให้มีการเฉลี่ยความเสี่ยงในฐานที่กว้างขึ้น โดยคิดอัตราชุมชน ซึ่งมีวิธีย่อยๆ อีก 3 วิธี คือ อัตราชุมชนแบบคงที่ (Pure or flat community rating) อัตราชุมชนตามชั้น (Community rating by class) และอัตราชุมชนแบบปรับค่า (Adjusted or modified community rating) ทั้งนี้ต้องจำกัดขอบเขตของความแตกต่างไว้ด้วย
- การประกันต่อ (Reinsurance) เพื่อลดภาระของบริษัทประกันในการจ่ายค่าสินไหม/ค่ารักษาในกรณีที่ผู้ป่วยค่ารักษาที่มีราคาแพง
- การจัดองค์กรประกันและเครือข่ายผู้ให้บริการในรูปแบบที่สามารถบริหารจัดการการใช้บริการและควบคุมต้นทุนได้ดี เรียกว่า Managed care
- การทบทวนการใช้บริการและการบริหารจัดการการใช้บริการ โดยเริ่มตั้งแต่ การแจ้งขออนุมัติก่อนใช้บริการ (Pre-certification) การทบทวนระหว่างใช้บริการ (Concurrent review) การวางแผนการจำหน่าย การขอความเห็นจากแพทย์คนที่ 2 ก่อนการผ่าตัด การจัดการผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายค่ารักษาสูง ฯลฯ
- ระบบแรงจูงใจในการจ่ายเงินแก่แพทย์ ด้วยระบบจ่ายตามรายการแบบมีส่วนลด จ่ายตามอัตราค่าบริการแบบมีเพดานสูงสุด จ่ายตามอัตราค่าบริการแบบมีเพดานและหักบางส่วนล่วงหน้า จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวเฉพาะการรักษาปฐมภูมิ และ จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวเต็มรูป
- ระบบแรงจูงใจในการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาล ด้วยระบบจ่ายค่าบริการหักส่วนลด จ่ายเป็นรายวัน จ่ายตามครั้งของการนอนในโรงพยาบาล และ การเหมาจ่ายรายหัว
- บัญชีออมทรัพย์เพื่อสุขภาพ เป็นนวัตกรรมด้านการคลังสุขภาพ ที่เกิดขึ้นในสิงคโปร์ ด้วยวิธีการบังคับให้ประชาชนออมทรัพย์เพื่อสุขภาพของตนเองและครอบครัว เพื่อให้ประชาชน ได้เฉลี่ยความเสี่ยงของการรับภาระจากค่ารักษาในช่วงชีวิตของตนเอง เป็นการลดภาระที่จะพึงพิงระบบสวัสดิการส่วนรวม
- ระบบฐานข้อมูลการประกันสุขภาพ ในด้านสำคัญ 8 ด้าน ได้แก่ ประสิทธิภาพของการรักษา ความพึงพอใจต่อผลการรักษา ต้นทุนการรักษา การตัดสินใจเลือกอย่างมีข้อมูล การเข้าถึงและความพร้อมของบริการ การใช้บริการ ความมั่นคงของแผนการประกัน และ ข้อมูลเชิงพรรณนาเกี่ยวกับแผนการประกัน

เครื่องมือที่ลำดับไว้ข้างต้นนี้เป็นวิธีการที่จะแก้ปัญหาชั้นรากฐานที่มักเกิดขึ้นในระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ทั่วไป และขณะที่ปรึกษาก็ได้นำเครื่องมือเหล่านี้มาพิจารณาเพื่อร่างข้อเสนอเกี่ยวกับระบบสวัสดิการสุขภาพของข้าราชการ

2.4 ประสบการณ์การประกันสุขภาพภาคเอกชนในประเทศไทย

ในประเทศไทยมีประสบการณ์การให้ภาคเอกชนดำเนินการประกันสุขภาพในหน่วยงานของรัฐ ได้แก่ รัฐสภา และธนาคารแห่งประเทศไทย และพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถซึ่งเป็นประกันภาคบังคับที่ให้บริการประกันสุขภาพเอกชนดำเนินการ พอกล่าวได้ว่า เกือบทุกกรณีล้วนมีปัญหาด้านการควบคุมค่าใช้จ่ายและปัญหาสิทธิประโยชน์ที่จำกัดทั้งสิ้น

2.4.1 การประกันสุขภาพภาคเอกชนของสมาชิกวุฒิสภาและสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร

สมาชิกวุฒิสภา และสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร เป็นองค์ประกอบสำคัญของระบบนิติบัญญัติของประเทศ สถานะของสมาชิกทั้ง 2 ไม่ได้เป็นข้าราชการประจำ จึงไม่อยู่ในข่ายของการคุ้มครองตามพระราชกฤษฎีกาสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ดังนั้นจึงต้องตราพระราชกฤษฎีกา และออกระเบียบกระทรวงการคลังต่างหาก เพื่อให้สมาชิกทั้ง 2 กลุ่ม ได้รับการประกันสุขภาพ

พระราชกฤษฎีกา เงินประจำตำแหน่งและประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่น ของสมาชิกวุฒิสภา สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร และกรรมการ (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2540¹ เปิดโอกาสให้บุคคลดังกล่าวได้รับการประกันสุขภาพในระหว่างที่ดำรงตำแหน่ง โดยกำหนด “มาตรา 7 ทวิ ให้สมาชิกวุฒิสภา และสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร ได้รับการประกันสุขภาพในระหว่างที่ดำรงตำแหน่ง ...ให้สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภาและสำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎรจัดให้มีการประกันสุขภาพ ...ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด” และ “มาตรา 7 ตรี ในกรณีที่สมาชิกวุฒิสภาหรือสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรผู้ใดมีสิทธิได้รับคำรักษายาบาลตามพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาลหรือได้รับการช่วยเหลือคำรักษายาบาลจากหน่วยงานอื่นไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานรัฐหรือเอกชน ถ้า...ผู้นั้นมิได้นำหลักฐานการสละสิทธิรับเงินดังกล่าวในระหว่างนั้นมาแสดง... ผู้นั้นไม่มีสิทธิได้รับการประกันสุขภาพตามมาตรา 7 ทวิ”

ระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยการเบิกจ่ายเงินเกี่ยวกับการประกันสุขภาพของสมาชิกวุฒิสภาและสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร พ.ศ.2540 กำหนดให้ใช้ การประกันสุขภาพกลุ่ม “การประกันภัยที่ให้ความคุ้มครองทางการเงิน เพื่อชดเชยค่าใช้จ่ายต่าง ๆ สำหรับการรักษาตัวในสถานพยาบาลหรือคลินิก และหรือเข้ารับการผ่าตัดโดยแพทย์ ในกรณีที่สมาชิกวุฒิสภา หรือสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรเจ็บป่วยหรือประสบอุบัติเหตุ” โดย “ให้สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภาและสำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎรเบิกจ่ายเงินงบประมาณเป็นค่าใช้จ่ายในการประกันสุขภาพกลุ่ม ให้กับผู้รับประกันในอัตราไม่เกิน 10,000 บาทต่อคนต่อปี”

¹ ออกตามมาตรา 178 และมาตรา 185 ตรี ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย แก้ไขเพิ่มเติมโดยรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 5) พ.ศ.2538 เพื่อเพิ่มข้อความมาตรา 7 ทวิ และ มาตรา 7 ตรี ในพระราชกฤษฎีกา ปี 2535

การประกันสุขภาพหมู่ ดำเนินการโดยบริษัทประกันสุขภาพเอกชน บริษัทประกันจึงใช้วิธีการควบคุมรายจ่ายของบริษัทไม่ให้เกินกว่าเบี้ยประกัน ด้วยการกำหนดเพดานสิทธิประโยชน์ และข้อยกเว้นของการคุ้มครองไว้หลายประการ

ข้อยกเว้นการคุ้มครอง

1. ค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลที่เกิดจากการพยายามฆ่าตัวตาย การทะเลาะวิวาท การเมาสุรา หรือการกระทำผิดกฎหมายของผู้เอาประกัน
2. ภัยสงคราม อาวุธนิวเคลียร์ รวมถึงผู้รับความคุ้มครองปฏิบัติหน้าที่เป็นทหาร ตำรวจ อาสาสมัคร
3. การรักษาพยาบาล การบาดเจ็บหรือป่วยไข้ เพื่อหวังสินจ้าง ผลกำไรจากกรรมธรรม์
4. หากการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยนั้นสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้จากรัฐ บริษัท บุคคลใดก็ตาม ให้ผู้เอาประกันเบิกจากสิทธิอันพึงได้นั้นก่อน
5. การบริการที่ไม่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เช่น การใช้วิทยุ โทรศัพท์ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ หรือ การบริการโดยพยาบาลพิเศษ
6. การเข้ารักษาตัวหรือการผ่าตัดอยู่ในโรงพยาบาลที่มีได้มีการแนะนำโดยแพทย์หรือศัลยแพทย์
7. โรคเรื้อรังทุกชนิดที่เป็นมาก่อนการทำประกันและยังมิได้ทำการรักษาให้หายขาด อาทิ ไซนัส ริดสีดวงทวาร ตับอักเสบ กระเพาะอาหาร หิด ภูมิแพ้ พังผืดมดลูก โรคความดันโลหิต โรคหัวใจ ฯลฯ
8. การเปลี่ยนอวัยวะ หรืออวัยวะเทียม เช่น แขนเทียม ไตเทียม หรือเครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า ฯลฯ
9. โรคผิวหนังประเภทผิว ฝ้า การรักษาหรือผ่าตัดเพื่อความสวยงาม รวมถึงการเจ็บป่วยอันมีผลมาจากการกระทำเพื่อความสวยงาม
10. การรักษาโรคประสาท หรือวิกลจริต ติดสุราเรื้อรัง ติดยาเสพติด กามโรค เอ็ดส์ โรคทางพันธุกรรม หรือความบกพร่องทางร่างกายที่เป็นมาแต่กำเนิด หรือโรคที่สืบเนื่องมาจากโรคข้างต้นและอุบัติเหตุจากการใช้ยา
11. การรักษาตัวเพื่อพักผ่อนหรืออนามัย หรือการรักษาโดยวิธีให้พักอยู่เฉยๆ เช่น อาการอ่อนเพลีย ภาวะกังวลใจ ปลายประสาทอักเสบ นอนไม่หลับ การเป็นลมสลบ หรือการตรวจสุขภาพ หรือการรักษาพยาบาลเพื่อทำกายภาพบำบัด
12. วัคซีนป้องกันโรคทุกชนิด รวมทั้งวัคซีนชนิด Human diploid (ยกเว้นแต่ได้ขอเพิ่มผลประโยชน์ข้างต้นในตารางผลประโยชน์)

เงื่อนไขต่าง ๆ ข้างต้นนี้แสดงถึงพฤติกรรมคัดเลือกกลุ่มเสี่ยง (Adverse selection) ที่ครอบคลุม ชัดเจน และโปร่งใสเป็นพิเศษ นับเป็นตัวอย่างที่ดีของข้อจำกัดในการใช้บริษัทประกันเอกชน

กรณีนี้ก็ตาม จากปี 2540-2543 มีบริษัทที่เปลี่ยนหน้าทำสัญญาประกันสุขภาพหมู่ 2 บริษัทและกำลังจะเปลี่ยนแปลงอีกในปี 2543 ทั้งนี้จะเนื่องจาก ค่าเบี้ยประกันต่อคนต่อปีกำหนดไว้คงที่ตั้งแต่ปี 2540 การต่อสัญญากับบริษัทเดิม อาจทำให้บริษัทต้องการขึ้นราคา ค่าเบี้ยประกันให้สอดคล้องกับสินไหมรายจ่ายที่เกิดขึ้น แม้ไม่มีตัวเลขแสดงว่าค่าสินไหมแต่ละปีเพิ่มขึ้นเป็นเท่าใด ฝ่ายบริษัทประกันให้เหตุผลว่า สาเหตุหนึ่งของค่าใช้จ่ายที่สูงเป็นเพราะกลุ่มดังกล่าว เป็นผู้มิสสถานะทางสังคมสูง จึงไม่สามารถปฏิเสธการจ่ายเงินตามกฎหมายข้อยกเว้นได้

โดยสรุปจะเห็นได้ว่า ในกรณีของการใช้ประกันสุขภาพภาคเอกชนของรัฐสภา ทั้งๆที่ค่าเบี้ยประกันจะค่อนข้างสูงถึง 10,000 บาท แต่ก็ยังคงเป็นระบบที่เสริมจากระบบที่มีอยู่ มีการนิยกว่าหลายประการ และมีประเด็นสิทธิประโยชน์ จำกัดค่าใช้จ่าย ซึ่งขัดกับหลักของการประกันที่สมควรดูแลการเจ็บป่วยที่สิ้นเนื้อประดาตัว ปัญหาที่สำคัญอีกประการคือ มีแนวโน้มให้เห็นได้ว่าบริษัทไม่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้

2.4.2 การประกันสุขภาพหมู่ของพนักงานธนาคารแห่งประเทศไทย

ธนาคารแห่งประเทศไทย เป็นหน่วยงานของรัฐที่ไม่ใช่ราชการ จึงไม่อยู่ในข่ายคุ้มครองของสวัสดิการข้าราชการ และไม่อยู่ภายใต้กฎหมายแรงงาน หรือพระราชบัญญัติประกันสังคม วิธีการประกันสุขภาพของธนาคารแห่งประเทศไทยแตกต่างออกไป คือ มีทั้งวิธีให้สวัสดิการจากนายจ้าง คือ ธนาคารฯ ให้การคุ้มครองการเจ็บป่วย และวิธีการประกันอุบัติเหตุหมู่

สวัสดิการรักษายาบาลที่ธนาคารแห่งประเทศไทยจัดให้และเป็นผู้ดำเนินการประกันเอง (Self-insure) มีขอบเขตคุ้มครอง ตัวพนักงาน ภรรยา หรือสามี และบุตรของพนักงาน โดยไม่จำกัดวงเงิน ส่วนการคุ้มครอง บิดา มารดาของพนักงานมีวงเงิน 100,000 บาทต่อคนต่อปี การจ่ายเงินกำหนดระเบียบให้พนักงานจ่ายเงินก่อน และนำใบเสร็จรับเงินเบิกจ่ายภายหลัง หรือนำใบสั่งยา รับยา ที่สถานพยาบาลของธนาคารฯ ถ้ารับบริการที่สถานพยาบาลของภาครัฐ จะเบิกคืนได้ทั้งหมด แต่ถ้ารับบริการที่โรงพยาบาลเอกชน จะเบิกค่ารักษาคืนได้เพียงครึ่งหนึ่งของหลักฐาน การนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล กำหนดสิทธิในการเบิกค่าห้องค่าอาหารพิเศษที่แตกต่างกันตามระดับเงินเดือน² กรณีที่เจ็บป่วยจากการทำงานและไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ จะได้รับเงินชดเชยรายได้ แต่ต้องให้แพทย์ประจำสถานพยาบาลของธนาคารรับรอง โดยได้รับเงินเท่ากับเงินเดือน เป็นระยะเวลาไม่เกิน 1 ปี ถ้าพิการถึงต้องสูญเสียอวัยวะหรือสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะ จะได้รับเงินชดเชย 2 - 79.5 เท่าของเงินเดือนแล้วแต่ความสำคัญของอวัยวะนั้น

² พนักงานระดับ 1-3 เบิกค่าห้องค่าอาหารได้ตามที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินวันละ 700 บาท ระดับ 4-5 วันละ 900 บาท ระดับ 6-7 วันละ 1,100 บาท ระดับ 8 ขึ้นไป วันละ 1,750 บาท

การประกันอุบัติเหตุหมู่ พนักงานธนาคารฯ สามารถเลือกวงเงินของการประกันตามความสมัครใจและความสามารถในการจ่ายเบี้ยประกันของแต่ละคนได้ โดยธนาคารอำนวยความสะดวกในการหักเงินเดือนส่งเบี้ยประกันแก่บริษัท ยอดรวมเบี้ยประกันที่จัดส่งในแต่ละปี ประมาณ 6 ล้านบาท ต่อพนักงานประมาณ 4,000 คน หรือ 1,500 บาทต่อคน อนึ่งไม่มีข้อมูลว่า รายจ่ายสินไหมของบริษัทในแต่ละปีเฉลี่ยเป็นเงินเท่าใด และมีส่วนหักหักกับรายจ่ายด้านสุขภาพของพนักงานที่ธนาคารเป็นผู้จัดให้เป็นเท่าใด รวมทั้งความพึงพอใจของพนักงานต่อระบบที่เป็นอยู่

โดยสรุป จะได้ข้อสังเกตว่า การประกันภาคเอกชนมีบทบาทในส่วนของการประกันอุบัติเหตุเท่านั้น เป็นส่วนเสริมเติมจากการประกันสุขภาพที่ธนาคารเป็นผู้ดำเนินการเอง

2.4.3 การประกันภาคเอกชนตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535

พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 มีเจตนารมณ์ให้ผู้ประสบภัยจากรถได้รับการชดเชยค่าเสียหายเบื้องต้นที่แน่นอนและทันทั่วถึง จึงบังคับให้รถทุกคันต้องทำประกัน โดยเบี้ยประกันกำหนดตามหลักการเฉลี่ยความเสี่ยงรายกลุ่มและตามความสามารถในการจ่ายเบี้ยประกัน (เช่น รถมอเตอร์ไซด์ จ่ายเบี้ยประกันเท่ากันในอัตราต่ำ รถยนต์ส่วนบุคคล จ่ายเบี้ยประกันในอัตราของรถยนต์และสูงกว่ารถมอเตอร์ไซด์ โดยไม่ต้องดูประวัติการเกิดอุบัติเหตุ) ทั้งนี้ให้บริษัทประกันเอกชน เป็นผู้รับประกัน

บริษัทประกันเอกชนที่ดำเนินการตาม พรบ.นี้ มีมากกว่า 58 บริษัท ประมาณว่าในปี 2536 ค่าเบี้ยประกันรับ 3,934 ล้านบาท แต่จ่ายค่าสินไหมเพียง 593 ล้านบาท คิดเป็นอัตราส่วนค่าสินไหมทดแทน (loss ratio) เท่ากับ 15.1% เท่านั้น ปี 2537 ค่าเบี้ยประกันรับทั้งสิ้น 4,588 ล้านบาท แต่จ่ายค่าสินไหมทดแทนจำนวน 992 ล้านบาท คิดเป็นอัตราส่วนสินไหมทดแทนเท่ากับ 23.5% เงินส่วนที่เหลือจึงเป็นกำไรของบริษัท การที่ค่าใช้จ่ายสินไหมอยู่ในอัตราต่ำมากเป็นเพราะเกิดการบ่ายเบี่ยงในการจ่ายค่าเสียหาย เช่น ยึดหลักผู้ประสบภัยอยู่ในรถคันใด หรือประสบภัยจากรถคันใด ให้รับค่าเสียหายจากบริษัทประกันของรถคันนั้น บริษัทประกันเรียกร้องเอกสารหลักฐานการเบิกค่าเสียหายอย่างเข้มงวด ได้แก่ ใบเสร็จรับเงินหรือใบแจ้งหนี้คำรักษาพยาบาล สำเนาบัตรประจำตัว สำเนานันทิกประจำวันในคดีของพนักงานสอบสวน ผลปรากฏว่า โรงพยาบาลเอกชนมีระบบเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลได้ 80% ของค่ารักษา ส่วนโรงพยาบาลรัฐบาลเรียกเก็บได้เพียง 40% ของค่ารักษาทั้งหมด

การบ่ายเบี่ยงจ่ายค่าเสียหายเป็นปัญหาดังแต่ปี 2536 เป็นต้นมา ดังนั้นจึงมีการตราพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถฉบับที่ 3 พ.ศ.2540 ให้จัดตั้งบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด เพื่อรับคำร้องและจ่ายค่าสินไหมตามที่บริษัทประกันย่อยๆ มอบหมายให้ดำเนินการแทน แต่ก็พบว่าบริษัทกลางยังไม่สามารถดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อสิ้นปีงบประมาณ 2542 สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข รวบรวมรายงานว่า มีโรงพยาบาลรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 802 แห่ง ยังไม่ได้รับค่าเสียหายจากบริษัทประกัน เป็นเงิน 224.7 ล้านบาท

โดยสรุปจากประสบการณ์ที่ให้บริการประกันเอกชนมาบริหารระบบประกันขนาดใหญ่ซึ่งเป็นระบบของประเทศ มีปัญหาอยู่มาก ขาดการวางระบบที่ดี ขาดข้อมูล การดำเนินงานของเอกชนที่คำนึงถึงก่อให้เกิดปัญหาในทางปฏิบัติ ที่สำคัญคือเงินเบี้ยประกันภัยของประชาชน ต้องตกไปเป็นกำไรของบริษัทเอกชนอย่างมากมาย แทนที่การนำมาใช้ประโยชน์ในการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันอุบัติเหตุ หรือปรับลดเบี้ยประกันภัยลง

2.4.4 ปัญหาที่พบของประกันสุขภาพภาคเอกชนในประเทศไทย

ปัญหาของการประกันสุขภาพภาคเอกชนในประเทศไทย แบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ปัญหาของรูปแบบกรมธรรม์ ปัญหาการบริหารจัดการระบบ และปัญหาด้านกฎระเบียบข้อบังคับและการกำกับของรัฐ

2.4.4.1 ปัญหาของรูปแบบกรมธรรม์ การประกันสุขภาพภาคเอกชนในประเทศไทยยังไม่เป็นที่แพร่หลาย เพราะอัตราเบี้ยประกันสูงและผู้มีรายได้ที่พอจะซื้อได้ มักจะมีหลักประกันอย่างอื่นอยู่แล้ว การบังคับให้สิทธิในหลักประกันอย่างอื่นก่อน จึงเป็นการปฏิเสธบทบาทของการประกันเอกชนที่ยึดหลักการประกันส่วนเสริม (supplementary insurance) ซึ่งการคิดเบี้ยประกันเฉพาะส่วนเสริม จะทำให้เบี้ยประกันลดลง และไม่ซ้ำซ้อนกับสิทธิที่ “ลูกค้า” มีอยู่ก่อนแล้ว

2.4.4.2 ปัญหาการบริหารจัดการระบบ ปัญหาสำคัญของธุรกิจประกันสุขภาพเอกชนคือ อัตราส่วนค่าสินไหมทดแทน (Loss ratio) หรือสัดส่วนที่จ่ายค่าสินไหมทดแทนตามสิทธิประโยชน์ต่อเบี้ยประกันภัยที่เรียกเก็บ มีแนวโน้มสูงขึ้น คืออยู่ระหว่างร้อยละ 80-90 ในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา บางบริษัทอัตราส่วนนี้สูงกว่าร้อยละ 100 สาเหตุเกิดขึ้นจากทั้ง ผู้เอาประกัน โรงพยาบาลผู้ให้บริการ และ ตัวแทนประกันภัย

- ปัจจัยจากผู้เอาประกัน ได้แก่ การปกปิดการแสดงสุขภาพขณะขอทำสัญญา ความรู้และความเข้าใจต่อเงื่อนไขของการประกันมีน้อย การใช้สิทธิประโยชน์ไม่สมเหตุสมผลและการฉ้อโกง
- ปัจจัยจากโรงพยาบาล ได้แก่ การตกแต่งใบเสร็จ การร่วมมือฉ้อโกงกับผู้เอาประกัน และการให้การรักษาเกินความจำเป็นของโรค
- ปัจจัยจากตัวแทนประกันภัย ได้แก่ การเห็นประโยชน์ส่วนตนเป็นที่ตั้ง ความรู้และความเข้าใจในหลักการประกันสุขภาพไม่เพียงพอ

2.4.4.3 ปัญหาด้านกฎระเบียบข้อบังคับและการกำกับของรัฐ ปัญหานี้เห็นได้ชัดในกรณีของการให้บริการเอกชนดำเนินการประกันแทนรัฐ ภายใต้พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ กฎระเบียบข้อบังคับที่เอื้อต่อการบ่ายเบี่ยงการจ่ายเงิน ทำให้บริษัทประกันเอกชนได้ประโยชน์

ประกอบกับการติดตามกำกับของรัฐไม่มีกำลังที่เข้มแข็งพอ จึงทำให้ผลการดำเนินงานไม่เป็นไปตามเจตนารมณ์ของการตราพระราชบัญญัติ

2.5 บทสรุปและข้อเสนอของคณะที่ปรึกษาฯ ต่อบทบาทประกันสุขภาพภาคเอกชน

2.5.1 จากบทเรียนการประกันสุขภาพภาคเอกชนในต่างประเทศและประเทศไทย จะเห็นว่าการยึดหลักการของการประกัน (insurance) โดยภาคเอกชนที่แสวงหากำไรเพียงฝ่ายเดียวไม่สามารถคุ้มครองสวัสดิการด้านสุขภาพของประชาชนหรือข้าราชการได้โดยทั้งหมด เพราะจะต้องใช้หลักการด้านสวัสดิการแห่งรัฐ (welfare) ควบคู่กันไป การมอบทั้งระบบให้แก่ภาคเอกชนที่แสวงหากำไรจะทำให้สิทธิประโยชน์ที่ควรได้หลายอย่างต้องตกเป็นภาระของสวัสดิการแห่งรัฐ เช่น บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งมีผลภายนอกสูง (externalities) และสามารถลดเหตุการณ์ที่เป็นภาระค่าใช้จ่ายที่สูง (catastrophic) ลงได้ อีกทั้งกลุ่มบุคคลสำคัญกลุ่มหนึ่งที่ได้รับการคุ้มครองจากระบบปัจจุบันจะมีโอกาสสูงที่จะตกอยู่นอกระบบ คือ ข้าราชการบำนาญ เพราะเป็นกลุ่มบุคคลที่บริษัทประกันจะมองว่าเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงมากเป็นพิเศษ

2.5.2 ประสบการณ์ของประเทศไทยที่อนุญาตให้การประกันสุขภาพภาคเอกชน จัดแผนประกันได้เช่นเดียวกับที่รัฐจัด (parallel system) ทำให้เกิดความซ้ำซ้อนของสิทธิประโยชน์ และเกิดการบ้ายเบี่ยง ปฏิเสธไม่จ่ายการชดเชย โดยให้ไปเบิกชดเชยจากหลักประกันของรัฐก่อน เช่นที่พบมากในประเทศสิงคโปร์ ประเทศไทย โดยเฉพาะการคุ้มครองตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ.2535 แม้แต่การประกันสุขภาพของสมาชิกวุฒิสภาและสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร ที่จ่ายค่าเบี้ยประกันถึงปีละ 10,000 บาทต่อคน ต้องให้ทำเอกสารสละสิทธิที่จะได้จากส่วนอื่นก่อนทำสัญญาประกัน จึงจะสามารถเบิกค่าสินไหมจากประกันภาคเอกชนได้

2.5.3 การอนุญาตให้ทำการประกันทั้ง 2 ระบบควบคู่กัน (dual system) คือข้าราชการกลุ่มหนึ่ง อยู่ภายใต้สวัสดิการที่รัฐบริหารจัดการ และอีกกลุ่มหนึ่งให้บริษัทเอกชนดำเนินการ ข้อดี คือการให้อิสระแก่ข้าราชการในการเลือก แต่จะเกิดปัญหาหลายประการ ได้แก่ (1) การคัดเลือกกลุ่มเสี่ยงออก รับเฉพาะผู้ที่สุขภาพดี ไม่มีโรคเรื้อรัง อายุน้อย ส่วนกลุ่มตรงกันข้าม จะมีค่าใช้จ่ายสูง บริษัทจึงต้องคิดเบี้ยประกันราคาสูง ซึ่งจะทำให้เกิดปัญหาว่า ใครจะเป็นผู้จ่ายค่าเบี้ยประกันสูง กรมบัญชีกลางหรือ ตัวข้าราชการเอง (2) ค่าบริหารจัดการสูงขึ้น เพราะต้องจัดทำระบบสำหรับผู้ที่ยังอยู่กับกรมบัญชีกลาง และผู้ที่ออกไปซื้อหลักประกันกับบริษัทเอกชน (3) ไม่เกิดการประหยัดต่อขนาด (diseconomies of scale) โดยการบริหารจัดการตรวจสอบชนิดเดียวกันจะถูกแบ่งออกเป็นส่วนย่อยๆ โดยไม่จำเป็น เช่น การตรวจสอบการใช้บริการ (utilization review) ซึ่งสามารถทำได้โดยการรวมศูนย์ตามหลักของเทคโนโลยีสารสนเทศสมัยใหม่ (4) ปัญหาการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร โดยเฉพาะข้อมูลที่จะได้จากการประกันภาคเอกชนที่แต่ละคนกระจ่ายกันซื้อ ข้อมูลเหล่านี้ ภาคเอกชนถือเป็นข้อมูลสำคัญซึ่งผลกำไรของบริษัทในอนาคต

2.5.4 โครงการสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ เป็นสวัสดิการที่รัฐจัดให้กับข้าราชการและครอบครัวอย่างถ้วนหน้า จึงเป็นลักษณะเช่นเดียวกับหลักประกันภาคบังคับสำหรับผู้มีสิทธิทุกคน

ซึ่งจากประสบการณ์ประเทศที่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว จะจำกัดบทบาทของการประกันสุขภาพภาคเอกชนลง ให้เป็นเพียงระบบเสริม (Supplementary) หรือระบบเติมเต็ม (fill-in) คือเพิ่มให้เฉพาะบางบริการที่ประกันสุขภาพภาคบังคับ ยังไม่ให้สิทธิประโยชน์เหล่านั้น

2.5.5 โดยสรุป ข้อเสนอของบริษัทเอกชนทั้ง 2 ราย ยังมีประเด็นที่ต้องแก้ไขปรับปรุงอีกมาก ประกอบกับในขณะนี้ในภาครัฐเองก็ไม่มีข้อมูลทั้งในด้านจำนวนผู้มีสิทธิ และลักษณะการเจ็บป่วยและการใช้บริการ ทำให้ไม่สามารถพิจารณาได้ว่าราคาที่เสนอของเอกชนนั้นเหมาะสมเพียงใด ในการที่จะเปิดให้มี 2 ระบบ (Dual system) ให้ผู้มีสิทธิสามารถเลือกจะอยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพแบบใดแบบหนึ่งจะเกิดปัญหาสำคัญคือการกระจายความเสี่ยงจะล้มเหลว มีการคัดเลือกรับผู้เอาประกันที่มีความเสี่ยงต่ำ ซึ่งจะทำให้ภาระค่าใช้จ่ายตกอยู่กับทางราชการเช่นเดิม ดังนั้นการปฏิรูประบบสวัสดิการสุขภาพของข้าราชการ จึงน่าจะให้น้ำหนักกับระบบที่ไม่มีการดำเนินงานเพื่อหวังผลกำไรเป็นหลัก ซึ่งอาจให้ธุรกิจภาคเอกชนเข้ามาเป็นระบบเสริมได้แต่ไม่ใช่ระบบหลัก หรืออย่างน้อยในสถานการณ์ปัจจุบันรัฐบาลยังไม่สมควรให้บริษัทประกันสุขภาพเอกชนเข้ามามีบทบาทหลัก

บทที่ 3

ประเมินแผนการปรับปรุงระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ

กรมบัญชีกลาง

ในบทนี้จะได้สรุปสาระสำคัญของแผนการปรับปรุงระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการของกลุ่มพัฒนาระบบการคลัง กรมบัญชีกลาง และประเมินจุดแข็งจุดอ่อนของแผนดังกล่าว โดยภาพรวมแผนการปรับปรุงโครงการที่เสนอโดยกรมบัญชีกลางมีรายละเอียดและขั้นตอนการปฏิบัติที่มากกว่าข้อเสนอของบริษัทประกันเอกชนสองแห่งที่กล่าวในบทที่แล้ว ทำให้สามารถประเมินในรายละเอียดได้มากกว่า

3.1 สรุปประเด็นสำคัญของข้อเสนอของกรมบัญชีกลาง

มีข้อเสนอโดยดำเนินการเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นโครงการพัฒนาระบบตรวจสอบการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ โดยมีวัตถุประสงค์จะให้มีการตรวจสอบรายละเอียดเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายการตรวจรักษาผู้ป่วยในสถานพยาบาลของรัฐเป็นหลักและเพื่อเป็นโครงการนำร่องที่จะใช้วิธีการสุ่มเฉพาะเป็นรายจังหวัด กระตุ้นให้สถานพยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องเกิดความระมัดระวังในการใช้ทรัพยากรทางด้านการแพทย์และจัดทำฐานข้อมูลราคากลางสำหรับค่ารักษายาบาลเป็นรายโรค และฐานข้อมูลผู้มีสิทธิ ทั้งนี้จะดำเนินการตรวจสอบกรณีผู้ป่วยในสถานพยาบาลของรัฐและผู้ป่วยในสถานพยาบาลเอกชนเฉพาะกรณีอุบัติเหตุ อุบัติภัยเงินจำเป็นที่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต โดยอาศัยคณะแพทย์ผู้มีประสบการณ์และพยาบาล และมีคณะกรรมการตรวจสอบอีก 1 ชุด ที่มีรองอธิบดีกรมบัญชีกลางเป็นประธาน มีกำหนดระยะเวลาโครงการในเวลา 1 ปี

ระยะที่ 2 เป็นการเปลี่ยนแปลงระบบเบิกจ่ายสำหรับกรณีผู้ป่วยนอกจากเดิมเป็นการเหมาจ่ายเป็นรายหัว (Capitation) และสำหรับกรณีผู้ป่วยในจากเดิมเป็นการเบิกจ่ายตามราคากลางสำหรับค่ารักษายาบาลเป็นรายโรค และจัดตั้งสำนักงานบริหารสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ซึ่งจะดำเนินการภายหลังจากดำเนินการตามแผนระยะที่ 1 แล้วเป็นเวลาประมาณ 6 เดือนถึง 1 ปี ทั้งนี้โดยแบ่งการดำเนินงานออกเป็น 2 ส่วน คือ

1. การเหมาจ่ายเป็นรายหัว (Capitation) สำหรับกรณีผู้ป่วยนอก โดย
 - 1.1. กำหนดเพดานวงเงินงบประมาณ
 - 1.2. จัดทำฐานข้อมูลสถานพยาบาล
 - 1.3. จัดทำฐานข้อมูลผู้มีสิทธิและฐานข้อมูลเกี่ยวกับการเลือกสถานพยาบาล
 - 1.4. จัดทำบัตรประจำตัวผู้มีสิทธิ

- 1.5. กำหนดการใช้สิทธิในการรักษาพยาบาล
- 1.6. พัฒนากลไกการตรวจสอบคุณภาพของการให้บริการและสิทธิประโยชน์
2. การเบิกจ่ายเงินตามราคากลางสำหรับค่ารักษาพยาบาลเป็นรายโรค สำหรับกรณีผู้ป่วยใน
 - 2.1. กำหนดราคากลางสำหรับค่ารักษาพยาบาลเป็นรายโรค โดยฐานข้อมูลจากโครงการในระยะที่ 1
 - 2.2. จัดทำคู่มือราคากลางสำหรับค่ารักษาพยาบาลเป็นรายโรค สำหรับกรณีผู้ป่วยใน ส่วนค่าใช้จ่ายสำหรับกรณีโรคเรื้อรังหรือโรคที่มีราคาแพงอาจใช้วิธีการเบิกจ่ายตามการเบิกจ่ายจริง (Fee-for-services) ตามเดิม
3. พัฒนากลไกการตรวจสอบ โดยเน้นการตรวจสอบคุณภาพบริการเป็นหลัก
4. จัดตั้งสำนักงานบริหารสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ (CSMBMO)
 - 4.1. รูปแบบเป็นองค์การมหาชน ตามพระราชบัญญัติองค์การมหาชน พ.ศ.2542
 - 4.2. วัตถุประสงค์เพื่อให้การกำกับ ดูแล และบริหารจัดการสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการเป็นไปอย่างคล่องตัว มีประสิทธิภาพ ครอบคลุมเรื่องการบริหารสิทธิประโยชน์ การบริหารผู้มีสิทธิ การบริหารการแพทย์ การบริหารผู้ให้บริการ การบริหารค่ารักษาพยาบาล การบริหารการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล การบริหารงานสารสนเทศ และการบริหารการรับบริการ ซึ่งการดำเนินงานบางอย่างอาจมีการจ้างเหมาให้ออกชนไปดำเนินงานแทน
 - 4.3. กำหนดโครงสร้างองค์กรให้มี ผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการ 2 ท่าน มี สำนักงานเลขานุการ ฝ่ายบุคลากร และส่วนงานต่างๆอีก 4-5 ส่วน งบประมาณได้รับจากงบประมาณรายจ่ายประจำปีในส่วนของงบกลาง รายการเงินช่วยเหลือข้าราชการและลูกจ้าง
5. ดำเนินการศึกษาและพัฒนากิจการดำเนินงานในอนาคต นำวิธีกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมผนวกกับการกำหนดเพดานงบประมาณมาใช้ หากผลการดำเนินงานของสำนักงานประกันสุขภาพได้ผลน่าพอใจ พัฒนาระบบตรวจสอบ ระบบสารสนเทศ สิทธิประโยชน์ของผู้มีสิทธิและการประสานงานกับผู้ให้บริการ และระบบการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ

3.2 ประมวลข้อคิดเห็นของคณะที่ปรึกษาต่อแผนงานที่เสนอโดยกรมบัญชีกลาง

3.2.1 แผนระยะที่ 1. การพัฒนาระบบตรวจสอบฯ

ระบบที่เสนอเป็นการตรวจสอบการจ่ายเงินในระบบปัจจุบันที่เป็นอยู่จะไม่รองรับระบบใหม่ที่เสนอในการปรับปรุงซึ่งจะเกิดแนวทางใหม่ในการขอเบิกจ่ายเงิน อาทิ การใช้ราคากลางจะทำให้การตรวจสอบมูลค่าและรายละเอียดของค่ารักษา ยาและอุปกรณ์ตามรายการลดความสำคัญลง แต่จะมี

ความซับซ้อนมากขึ้น เพราะต้องใช้การวินิจฉัยโรคเป็นองค์ประกอบสำคัญในการขอเบิก ความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคจะเป็นตัวกำหนดมูลค่าการเบิกจ่ายแทนมูลค่าตามรายการค่ารักษาพยาบาลในระบบเดิม ดังนั้นระบบการตรวจสอบที่เสนอจะไม่สอดคล้องกับระบบใหม่ที่เสนอดำเนินการ

แนวทางที่เสนอเป็นลักษณะการตรวจสอบข้อมูลการรักษาผู้ป่วยในเป็นรายตัว ซึ่งจำเป็นต้องใช้ข้อมูลที่จะเฝ้าติดตามจึงจะสามารถบอกได้ว่าการรักษานั้นๆเกินความจำเป็นหรือไม่ ดังนั้น แบบรายงานหรือฎีกาที่เสนอไม่เพียงพอต่อการพิจารณา ฝ่ายตรวจสอบจะต้องขอเอกสารเพิ่มเติมจากสถานพยาบาลโดยตรง วงจรของการรับ/ส่งเอกสารเหล่านี้ไม่ได้ระบุไว้ จึงเป็นจุดที่ต้องปรับปรุงและวางแผนให้ชัดเจน และเชื่อว่าจะมีผลกระทบต่อระยะเวลาการพิจารณาอย่างมาก มีผลต่อความล่าช้าในการเบิกจ่ายเงิน ปริมาณธุรกรรมจะสูง ซับซ้อน และต้องใช้กำลังคนมากจึงจะทันการ

นอกจากนั้นควรต้องวางแผนพัฒนาระบบฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ เนื่องจากจะมีปริมาณรายการที่สูงและต้องมีระบบสืบค้นที่ดี จึงจะสามารถเรียกเอกสารเฉพาะการเบิกของผู้ป่วยแต่ละราย การพึ่งพาวิธีการทำงานเอกสารด้วยมือเพื่อค้นหาเอกสารจากกองเอกสารจำนวนมากไม่น่าจะมีความแม่นยำพอ

สำหรับความเห็นต่อขั้นตอนต่างๆ ที่เสนอมีดังนี้

3.2.1.1 กรณีผู้ป่วยในสถานพยาบาลของรัฐฯ

- (1) การรับที่ต้องมีหนังสือส่งตัวเป็นระบบที่ดี แต่ควรปรับปรุงในเทคนิคและรายละเอียดให้ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศที่เหมาะสม เพื่ออำนวยความสะดวกให้ระบบรวมมีประสิทธิภาพและสะดวกต่อการปฏิบัติในกรณีฉุกเฉินหรือเร่งด่วน เป็นต้น
- (2) การวางฎีกา รายละเอียดที่เขียนไว้โดยทั่วไปเหมาะสม แต่ในการปฏิบัติจะมีรายละเอียดอีกมากที่ต้องออกแบบให้สามารถใช้ได้ผลจริง เช่น แบบใบสรุปจะต้องมีการปรับปรุงรวมทั้งหากมีการดกลรูปแบบของระบบใหม่ก็ต้องมีการเปลี่ยนแปลงสีก แบบที่เสนอใช้ได้เฉพาะกรณีปัจจุบันเท่านั้น และควรให้สถานพยาบาลส่งข้อมูลเป็นรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์เป็นทางเลือกได้ด้วย เนื่องจากจะเป็นประโยชน์ต่อการตรวจสอบและลดแรงงานการทำข้อมูลลงได้
- (3) การตรวจสอบค่ารักษาพยาบาล เป็นแนวคิดที่เพิ่มเติมขึ้นมาจากการเบิกจ่ายที่จะต้องถูกต้องตามระเบียบ เพิ่มการตรวจสอบความเหมาะสมการให้การรักษาพยาบาล ดังนั้นความรู้ด้านเวชปฏิบัติของผู้ตรวจสอบจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการใช้ข้อมูลเพื่อการตรวจสอบ ในทางปฏิบัติจะมีรายละเอียดมากและต้องปรับปรุงอย่างต่อเนื่องตามพัฒนาการด้านการรักษาพยาบาลที่เปลี่ยนไป รายละเอียดที่เสนอไม่สามารถบรรลุผลได้เพราะข้อมูลที่กำหนดไม่พอเพียง นอกจากนี้ต้องมีระบบการคัดกรองที่ดี เพื่อเลือกตรวจสอบเฉพาะ

กรณีสงสัย มีฉะนั้นปริมาณงานจะสูงเกินความสามารถและได้ผลไม่คุ้มค่ากับแรงงานที่เสียไป

- (4) คณะกรรมการตรวจสอบ โครงสร้างที่เสนอกำหนดรายละเอียดไม่ชัดเจน ดูเสมือนว่าเป็นคณะกรรมการพิจารณาการอุทธรณ์/กรณีที่เกิดขึ้นคดี ซึ่งหากมีวัตถุประสงค์เพื่อการพิจารณาข้ออุทธรณ์/กรณีสงสัย ผู้แทนจากฝ่ายบริหารที่ไม่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ไม่จำเป็นจะต้องมีมาก ควรเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถด้านการแพทย์มากกว่า และเป็นผู้แทนจากองค์กรหรือหน่วยงานที่เป็นกลาง

3.2.1.2 กรณีผู้ป่วยในสถานพยาบาลเอกชน (กรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉิน)

โดยกระบวนการที่กำหนดมีความเหมาะสมและสมควรที่ต้องตรวจสอบ แต่แผนงานระยะแรกซึ่งมีเวลาดำเนินการไม่นานนัก (6 เดือนถึง 1 ปี) แต่ขั้นตอนของงานนี้ต้องใช้ระยะเวลามาก งานซึ่งเป็นการตรวจสอบข้อมูลย้อนหลัง ต้องอาศัยการรวบรวมข้อมูล ซึ่งวงจรเช่นนี้อาจใช้ระยะเวลานานกว่า 1 ปีขึ้นไปจึงจะได้ข้อมูลที่เพียงพอ และต้องกลั่นกรองเพื่อชี้เฉพาะ เลือกรายชื่อที่จะสอบรายละเอียดเพิ่มเติม และดำเนินการตามมาตรการการลงโทษซึ่งไม่น่าจะเสร็จสิ้นได้ในระยะเวลาสั้นๆ

3.2.1.3 โครงสร้างการจัดองค์กร

หากอาศัยประสบการณ์ของสำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขเป็นบรรทัดฐานแล้ว จำนวนเจ้าหน้าที่ทั่วไประดับปริญญาตรีเพื่อจัดการเกี่ยวกับระบบข้อมูลและเอกสาร ควรมีมากกว่า 2 ตำแหน่ง และควรเพิ่มระดับต่ำกว่าปริญญาตรีอีกไม่น้อยกว่า 5 ตำแหน่ง เพื่อช่วยงานซึ่งจะมีมากกว่าที่ประเมินไว้

3.2.2 ระยะที่สอง การเปลี่ยนแปลงระบบเบิกจ่าย

3.2.2.1 การเหมาจ่ายเป็นรายหัวสำหรับกรณีผู้ป่วยนอก

ในภาพรวมมีการเสนอขั้นตอนการดำเนินงานที่ค่อนข้างครบวงจร ตั้งแต่การกำหนดเพดานงบประมาณ การจัดทำฐานข้อมูลผู้มีสิทธิและการเลือกสถานพยาบาล การจัดทำบัตร และกลไกการตรวจสอบคุณภาพบริการและสิทธิประโยชน์ แต่ในรายละเอียดบางประเด็นเห็นควรมีข้อปรับปรุงดังนี้

- (1) การกำหนดอัตราเหมาจ่ายไม่ได้ให้รายละเอียดว่าจะมีการกำหนดอัตราที่ต่างกันเพียงใดในกลุ่มผู้มีสิทธิที่มีลักษณะแตกต่างกัน เช่น กลุ่มอายุที่ต่างกัน ผู้ที่มีโรคประจำตัว โรคเรื้อรัง เป็นต้น ซึ่งหากกำหนดอัตราเหมาจ่ายแบบอัตราเฉลี่ย จะมีปัญหาในการคัดเลือกกลุ่มเสี่ยงในการรับขึ้นทะเบียนของสถานพยาบาลได้ และไม่ได้เสนอกระบวนการและกลไกในการป้องกันและแก้ปัญหาในเรื่องดังกล่าว

(2) การจัดทำฐานข้อมูลผู้มีสิทธิและการเลือกสถานพยาบาล ฐานข้อมูลผู้มีสิทธิเป็นงานที่จะต้องทำไม่ว่าจะเลือกใช้วิธีการจ่ายแบบใด แนวทางที่เสนอไว้มีความเหมาะสมในภาพรวม แต่ลักษณะที่เสนอไม่ได้ออกแบบให้เป็นวงจรที่มีความต่อเนื่อง ตั้งแต่การรับเข้าใหม่ การตรวจสอบความถูกต้อง การปรับปรุงข้อมูล การจำหน่ายออกจากทะเบียน หลักสำคัญในการได้ข้อมูลต้องเป็นระบบการขึ้นทะเบียน การต่ออายุสิทธิ และการถอนชื่อโดยมีหน่วยราชการต้นสังกัดรับรอง นอกจากนั้นการปรับปรุงฐานข้อมูลไม่สามารถกระทำเป็นรายเดือนหรือไตรมาสได้ เนื่องจากจะมีการเกิดใหม่ของเด็กทุกวันและอาจมีความจำเป็นต้องให้บริการ ไม่สามารถรอได้ ดังนั้น ต้องเป็นงานที่ทำเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง

(3) หน่วยงานที่จัดทำและบำรุงรักษาระบบฐานข้อมูลนี้ต้องรองรับภาระงานทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศของระบบการใช้ข้อมูลเชื่อมกับระบบสารสนเทศย่อยอื่นๆ ทุกระบบย่อยด้วย โดยเฉพาะกับสถานพยาบาล เพื่อเป็นแหล่งอ้างอิงของการตรวจสอบสิทธิ และจัดกลุ่มข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ผลการดำเนินการต่างๆ ได้ งานสำคัญที่ต้องเตรียมไว้คือ การบริการตรวจสอบสิทธิผู้ใช้บริการจากสถานพยาบาลมายังหน่วยงานที่ดูแลฐานข้อมูลนี้จะเป็นงานสำคัญที่ต้องรองรับและต้องให้บริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง

(4) ระบบฐานข้อมูลที่ได้มีการกำหนดไว้คือ ฐานข้อมูลการใช้บริการเพื่อใช้ในการตรวจสอบและเฝ้าระวังพฤติกรรมการใช้บริการของสถานพยาบาล นอกจากระบบการร้องเรียนแล้ว หน่วยงานที่รับผิดชอบควรต้องมีข้อมูลการใช้บริการของแต่ละสถานพยาบาล เช่นเดียวกับที่สำนักงานประกันสังคมกำลังดำเนินการอยู่ เพื่อดูว่าโรงพยาบาลแต่ละแห่งมีการให้บริการมากน้อยเพียงใด และอาจต้องมีระบบการจ่ายเพิ่มเติมเพื่อช่วยกระจายความเสี่ยงให้กับสถานพยาบาลในกรณีที่โรงพยาบาลแห่งนั้นมีกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงมาขึ้นทะเบียนมากเพื่อป้องกันการคัดกรองผู้มีสิทธิ

3.2.2.2 การเบิกจ่ายเงินตามราคากลางค่ารักษาพยาบาลเป็นรายโรคกรณีผู้ป่วยใน

การจัดทำราคากลางสำหรับค่ารักษาพยาบาลเป็นรายโรคเป็นสิ่งที่สถานพยาบาลระดับต่างๆ ยอมรับได้ยาก ราคากลางมีหลักว่าโรคใดโรคหนึ่งจะมีความซับซ้อนเท่าเทียมกัน จึงมีอัตราเบิกจ่ายเท่ากัน หลักการนี้ถูกปฏิเสธจากวงการแพทย์เสมอมาว่าไม่เป็นจริง บัญชีราคากลางนี้จะมีจำนวนรายการมากเป็นหลายๆ พันรายการ และต้องเสริมด้วยเงื่อนไขพิเศษต่างๆ อีกมาก และต้องมีขั้นตอนการปรับปรุงราคาให้ทันสมัยอยู่เสมอ การกำหนดแนวทางใช้ราคากลางนี้ จึงเป็นแนวทางที่ไม่น่าจะมีโอกาสได้ใช้เลย

กลไกการตรวจสอบที่กำหนดจะทำเพื่อตรวจสอบคุณภาพบริการเป็นหลักนั้นไม่เพียงพอ ทั้งนี้เนื่องจากการเบิกจ่ายให้เป็นรายโรคนั้นอิงกับตัวข้อมูลที่สถานพยาบาลส่งให้กับกรมบัญชีกลาง สิ่งที่ต้องตรวจสอบคือความถูกต้องของข้อมูลดังกล่าวที่ให้ ทั้งนี้เนื่องจากความสำคัญอยู่ที่ ข้อมูลรหัสโรคและหัตถการที่โรงพยาบาลให้มาจะกำหนดจำนวนเงินที่สามารถเบิกจ่ายได้เป็นสำคัญ ดังนั้นจะต้องมี

การสุ่มตรวจสอบเวชระเบียนของสถานพยาบาลว่า รายละเอียดของการเจ็บป่วยและการให้การรักษาของโรงพยาบาลนั้นตรงกับที่กรอกข้อมูลมาเพื่อการเบิกหรือไม่

3.3 วิเคราะห์ข้อดีข้อเสียของแผนที่เสนอและผลกระทบ

เมื่อพิจารณาข้อเสนอของกรมบัญชีกลาง โดยใช้เกณฑ์ที่กำหนดและใช้ในการประเมินข้อเสนอของเอกชน พบว่า ในภาพรวมจะทำให้ระบบดีขึ้น แต่ยังคงมีปัญหาในบางประเด็น กล่าวคือ การจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในตามรายโรคยังคงเป็นลักษณะปลายเปิด และอาจมีการบิดเบือนข้อมูลเพื่อให้โรงพยาบาลได้รับค่าตอบแทนเพิ่มขึ้น แต่ไม่มีการกำหนดรายละเอียดระบบการตรวจสอบข้อมูลการเบิกจ่ายตามรายโรค ประกอบกับระบบการตรวจสอบข้อมูลที่เสนอในระยะแรกไม่ตอบสนองต่อระบบใหม่ที่เสนอ และจะมีปัญหาด้านการเข้าถึงบริการของผู้ที่มีโรคเรื้อรังหรือมีโรคประจำตัว หากไม่มีการกำหนดอัตราเหมาจ่ายรายหัวแยกจากผู้ที่ไม่มีความเสี่ยงหรือไม่มีระบบการจ่ายเพิ่มเติม รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 วิเคราะห์ข้อดี (+) ข้อเสีย (-) ของแผนการปรับปรุงโครงการฯ ที่เสนอโดยกรมบัญชีกลาง

เกณฑ์ในการพิจารณา	แผนการปรับปรุงโครงการฯ กรมบัญชีกลาง
ค่าบริหารจัดการ	+ ค่าบริหารจะสูงกว่าในปัจจุบันที่ไม่มีกระบวนการบริหารจัดการหลักประกันที่ดี ภาระหนักจะอยู่ที่ระบบการตรวจสอบการเบิกค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในเพราะจ่ายเป็นรายโรค
ความสามารถในการควบคุมค่าใช้จ่าย	+ การควบคุมค่าใช้จ่ายดีกว่าระบบปัจจุบันที่ไม่มีการควบคุม แต่ยังคงเป็นลักษณะปลายเปิดสำหรับบริการผู้ป่วยในที่กำหนดการเบิกจ่ายเป็นรายโรคตามราคากลาง
การเข้าถึงบริการ	+/- ดีขึ้นเนื่องจากสามารถใช้บริการได้ทั้งภาครัฐและเอกชน แต่อาจมีปัญหาการคัดกรองผู้มีสิทธิ เช่น คนที่มีโรคเรื้อรัง โรคประจำตัวหากกำหนดอัตราเหมาจ่ายในลักษณะเฉลี่ย
คุณภาพของบริการทางการแพทย์	+/- อาจมีผลกระทบต่อคุณภาพบริการ โดยเฉพาะกรณีผู้ป่วยนอกที่จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว
ความสอดคล้องกับการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ	+ สอดคล้องกับการพัฒนาการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ เอกชน และระบบการจัดการวิธีจ่ายเงินให้สถานพยาบาลที่จะกระตุ้นประสิทธิภาพ
ความเป็นไปได้ในทางเทคนิค	? มีปัญหาด้านความเป็นไปได้ในการกำหนดราคากลางรายโรค และไม่ได้ให้รายละเอียดระบบการตรวจสอบข้อมูลการเบิกจ่ายรายโรค
ความสามารถในการตรวจสอบได้ และความโปร่งใส	? ไม่มีการกำหนดรายละเอียดการตรวจสอบข้อมูลการให้บริการของสถานพยาบาล

สำหรับผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อระบบโดยรวมนั้น จะทำให้ระบบโดยรวมดีขึ้นระดับหนึ่ง แต่ก็ยังคงมีปัญหาในบางประเด็นที่ต้องมีการปรับปรุง กล่าวคือ ความสามารถในการควบคุมค่าใช้จ่ายอาจลดค่าใช้จ่ายได้ไม่มากและไม่สามารถควบคุมได้ดี ทั้งนี้ เนื่องจากระบบการเบิกจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ของโครงการยังคงเป็นปลายเปิด แต่ประสิทธิภาพของระบบจะดีขึ้น เนื่องจากการจ่ายแบบเหมาจ่ายจะลดการใช้บริการแบบ Shopping around ได้ ลดการใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น และหากให้คลินิกและสถานพยาบาลปฐมภูมิสามารถเข้าร่วมได้ก็จะทำให้ระบบการให้บริการมีประสิทธิภาพมากขึ้น เนื่องจากมีต้นทุนต่ำกว่าโรงพยาบาล และวิธีการจ่ายเงินทั้งสองแบบจะทำให้สถานพยาบาลต้องพยายามควบคุมค่าใช้จ่าย ในด้านความเป็นธรรมจะลดการสนับสนุนที่เกินจำเป็นในกลุ่มข้าราชการที่เกิดจากโรงพยาบาลเรียกเก็บในราคาที่สูงกว่ากลุ่มอื่นหรือให้บริการที่ไม่จำเป็นลงได้ ทำให้ระบบมีความเป็นธรรมมากขึ้น แต่อาจมีผลกระทบต่อคุณภาพบริการที่ผู้มีสิทธิจะได้รับ ดังนั้น หากใช้ระบบนี้จำเป็นต้องมีระบบการตรวจสอบและเฝ้าระวังผลกระทบด้านคุณภาพบริการ ตารางที่ 3.2 สรุปผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากการดำเนินการตามแผนที่เสนอโดยกรมบัญชีกลาง

ตารางที่ 3.2 ผลกระทบต่อระบบสุขภาพโดยรวมจากข้อเสนอกรมบัญชีกลาง

ข้อดี ข้อเสียและผลกระทบ	ข้อเสนอของกรมบัญชีกลาง
ค่าใช้จ่ายและงบประมาณรัฐ	สามารถควบคุมงบประมาณของบริการผู้ป่วยนอกได้ระดับหนึ่ง แต่รายจ่ายบริการผู้ป่วยในยังคงเป็นปลายเปิด
ประสิทธิภาพ	ดีขึ้นในภาพรวม ข้อเสนอส่งเสริมให้มีการเบิกจ่ายที่สมเหตุสมผล และจงใจให้ประหยัด
ความเป็นธรรม	น่าจะทำให้เกิดความเป็นธรรมสูงขึ้น ลดการอุดหนุนเกินความจำเป็นในกลุ่มข้าราชการ
คุณภาพของบริการ	มีแนวโน้มอาจด้อยลง เนื่องจากผู้ให้บริการต้องควบคุมต้นทุน

3.4 บทสรุป

แผนการปรับปรุงโครงการสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ที่เสนอโดยกรมบัญชีกลางมีจุดอ่อนหลายประการ โดยสรุปดังนี้

- (1) ระบบการตรวจสอบที่กำหนดไม่สอดคล้องกับวิธีการจ่ายเงินแบบใหม่ที่เสนอในระยะที่สอง ยังคงอิงกับระบบการเบิกจ่ายปัจจุบันตามรายการ ดังนั้นในด้านการลงทุนอาจไม่คุ้มที่จะต้องลงทุนเพื่อมาทำงานระยะสั้นและต้องมีการลงทุนใหม่เมื่อใช้ระบบใหม่ในระยะที่สอง หากจะยืนยันควรต้องปรับให้สอดคล้องกับระบบใหม่ที่เสนอ
- (2) ระบบข้อมูลที่ออกแบบยังขาดความเชื่อมโยงต่อเนื่องของระบบ และการเชื่อมโยงกับสถานพยาบาลโดยเฉพาะเมื่อสถานพยาบาลต้องใช้เพื่อการตรวจสอบสิทธิของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในกรณีที่ยังไม่มีบัตร นอกจากนั้นไม่ได้มีการออกแบบระบบข้อมูลด้านการให้

บริการที่จะใช้เพื่อการเฝ้าระวังและตรวจสอบพฤติกรรมกาให้บริการของสถานพยาบาล
ในกรณีเหมาจ่ายรายหัว

- (3) การกำหนดอัตราเหมาจ่ายโดยใช้อัตราเฉลี่ย ไม่ได้มีการกำหนดอัตราแยกสำหรับกลุ่มที่มี
โรคประจำตัว โรคเรื้อรังจะทำให้กลุ่มนี้ถูกคัดกรองโดยสถานพยาบาล และมีผลกระทบ
ต่อการเข้าถึงบริการและคุณภาพได้ ดังนั้น จำเป็นต้องมีอัตราเหมาจ่ายแยกที่สูงกว่ากลุ่ม
อื่น หรือต้องมีกระบวนการกระจายความเสี่ยง และการจ่ายเพิ่มเติมให้กับสถานพยาบาล
ที่รับขึ้นทะเบียนสำหรับกลุ่มเหล่านี้
- (4) การจ่ายบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในตามรายโรคตามอัตราราคากลางนั้น อาจมีปัญหา
ในด้านการยอมรับของสถานพยาบาล และยังคงเป็นการจ่ายแบบปลายเปิด จะไม่สามารถ
กำหนดเพดานงบประมาณได้ นอกจากนั้นก็อาจมีการบิดเบือนข้อมูลเพื่อให้ได้รับค่า
บริการที่สูงขึ้น การจำหน่ายผู้ป่วยก่อนเวลาอันควรและการรับเข้าใหม่เพื่อเบิกได้สองครั้ง
ดังนั้นต้องมีระบบการตรวจสอบที่ดีซึ่งไม่ได้มีการเสนอไว้ในแผน
- (5) คุณภาพบริการดูจะเป็นจุดอ่อนที่สำคัญของแผนที่เสนอ และไม่ได้เสนอมาตรการหรือกล
ไกในการป้องกัน เฝ้าระวัง หรือตรวจสอบ และลดผลกระทบต่อคุณภาพบริการโดยรวมที่
จะมีผลกระทบต่อผู้มีสิทธิ

แม้ว่าแผนการปรับปรุงโครงการฯ ดังกล่าวมีจุดอ่อนหลายประการที่จำเป็นต้องมีการทบทวน
และออกแบบใหม่เพื่อให้มีประสิทธิภาพในการควบคุมค่าใช้จ่ายมากขึ้น และลดผลกระทบในด้านการ
เข้าถึงบริการและคุณภาพบริการ แต่แนวทางที่กรมบัญชีกลางจะเดินต่อไปนั้นเป็นแนวทางที่ถูกต้อง
ข้อเสนอของคณะที่ปรึกษาในบทต่อไปก็เป็นข้อเสนอในแนวคล้ายกัน แต่มีรายละเอียดที่สมบูรณ์กว่า

บทที่ 4

ข้อเสนอของคณะที่ปรึกษา กระทรวงการคลัง เพื่อการปฏิรูประบบสวัสดิการสุขภาพของข้าราชการ

จากการประมวลและวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้นำเสนอผ่านมาแล้ว จะพบว่าระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันมีโอกาสพัฒนาอยู่ในหลายประเด็น สาระสำคัญของบทนี้เป็นภาพรวมข้อเสนอของคณะที่ปรึกษา เพื่อการปรับปรุงระบบสวัสดิการนี้ เนื่องจากข้อเสนอได้มุ่งปรับเปลี่ยนถึงระดับระบบงานและโครงสร้างอันเป็นสาเหตุพื้นฐานของสภาพปัญหาปัจจุบันจึงอาจเรียกได้ว่าข้อเสนอนี้มีลักษณะการ“ปฏิรูป”ระบบ

ในบทนี้จะได้นำเสนอหลักการอันเป็นเป้าหมายของการปฏิรูป ระบบและภาพสุดท้ายอันเป็นมาตรการระยะยาวของการปฏิรูปโดยจัดระบบใหม่ในด้านสิทธิประโยชน์ วิธีการเบิกจ่าย การมีส่วนร่วมจ่ายของผู้มีสิทธิ ผู้ให้บริการ ระบบตรวจสอบและองค์กรในการบริหารจัดการซึ่งดำเนินการในลักษณะของ สำนักงาน /โครงการบริหารสวัสดิการสุขภาพข้าราชการ นอกจากนี้จะนำเสนอบทวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียของทางเลือกที่เสนอวิธีการดำเนินงานและการดำเนินการในช่วงเปลี่ยนผ่านขั้นตอนและระยะเวลาของการดำเนินการ แผนงานโดยสังเขปของการสนับสนุนการพัฒนาาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ รวมถึงข้อเสนอเชิงนโยบายในการจัดหลักประกันสุขภาพเพื่อรองรับการแยกตัวขององค์การมหาชน และการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองท้องถิ่น ทั้งนี้ รายละเอียดบางประการจะได้นำเสนอไว้ในส่วนภาคผนวก

4.1 หลักการของการปฏิรูป

เป้าหมายที่เป็นหลักการของการปฏิรูปที่สำคัญ ได้แก่

1. การปฏิรูประบบประกันสุขภาพของข้าราชการจะไม่ลดรอนสิทธิที่จะได้รับการบริการรักษาพยาบาลที่เคยได้อยู่แต่เดิม ในกรณีที่พิจารณาเห็นว่าสิทธิบางอย่างสร้างความยุ่งยากเป็นพิเศษในการบริหารจัดการ เห็นควรที่จะเพิกถอนหรือจำกัดลง ก็จะมีการชดเชยให้อย่างเป็นธรรม อย่างไรก็ตามการไม่ลดรอนสิทธิที่จะได้รับการบริการรักษาพยาบาล ไม่ได้หมายถึงรวมถึงการเลือกบริโภคบริการยาหรือเวชภัณฑ์ที่มีความแตกต่างในเรื่องค่าใช้จ่ายที่ไม่มีหลักฐานว่าได้ประโยชน์เพิ่มเติม ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรและประโยชน์จากการใช้ทรัพยากรตกแก่ข้าราชการโดยส่วนรวมอย่างแท้จริง
2. การปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ จะต้องทำให้ระบบสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ รวมถึงค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ โดยคำนึงถึงการกระจายความเสี่ยงภายในกองทุนประกันสุขภาพ และการทำให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพของบริการทางการแพทย์และการเข้าถึงบริการให้น้อยที่สุด

3. การปฏิรูประบบประกันสุขภาพของข้าราชการจะเน้นหลักของการประกัน โดยจะเน้นค่าใช้จ่ายที่จะเป็นภาระสูงสำหรับตนเองและครอบครัว จากโรคที่เรื้อรังหรือรุนแรง มากกว่าค่าใช้จ่ายเล็กๆ น้อยๆ สำหรับค่าผู้ป่วยนอกที่ครอบครัวสามารถจัดหาจากรายได้
4. การปฏิรูประบบประกันสุขภาพของข้าราชการจะเปิดโอกาสให้ผู้ได้รับสิทธิได้มีโอกาสเลือกผู้ให้บริการได้มากที่สุด และจะอาศัยการแข่งขันระหว่างผู้ให้บริการเป็นเครื่องมือปรับปรุงคุณภาพของบริการ
5. การแข่งขันระหว่างผู้ให้บริการจะไม่สามารถรักษาวินัยในหมู่ผู้ให้บริการเหล่านี้ได้เพียงพอ จำเป็นที่จะต้องสร้างระบบสารสนเทศเพื่อช่วยควบคุมพฤติกรรมของผู้ให้บริการและผู้รับบริการโดยส่วนกลาง และต้องมีกลไกร้องเรียนโดยผู้ใช้สิทธิที่ชัดเจน สามารถตรวจสอบได้ และมีความโปร่งใส

4.2 ระบบและภาพสุดท้ายที่พึงปรารถนาของระบบสวัสดิการสุขภาพข้าราชการ

องค์ประกอบของระบบสวัสดิการสุขภาพข้าราชการภายหลังการปฏิรูปเป็นภาพที่พึงปรารถนาภายใต้หลักการที่กล่าวไว้แล้วข้างต้น มีลักษณะที่เป็นสาระสำคัญพอสรุปได้โดยสังเขปดังต่อไปนี้

4.2.1 ชุดสิทธิประโยชน์และเงื่อนไขการใช้บริการ

สิทธิประโยชน์ของระบบสวัสดิการสุขภาพข้าราชการจะคุ้มครองข้าราชการ ข้าราชการบำนาญ และครอบครัวสายตรง อันได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรสตามกฎหมายและบุตรตามกฎหมายที่อายุไม่เกิน 18 ปี ชุดสิทธิประโยชน์เป็นดังนี้

4.2.1.1 กรณีการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก

ผู้มีสิทธิสามารถใช้บริการได้ในสถานพยาบาลเครือข่ายทั้งภาครัฐและภาคเอกชนในเครือข่ายของโครงการ ที่เลือกขึ้นทะเบียนไว้ โดยไม่ต้องทบทองจ่ายหรือเสียค่าใช้จ่ายยกเว้นค่ายาบางส่วน ทั้งนี้ผู้มีสิทธิจะสามารถเลือกสถานพยาบาลได้ปีละ 1 ครั้ง แต่สามารถทำคำร้องเพื่อเปลี่ยนสถานพยาบาลคู่สัญญาระหว่างปีได้ในกรณีจำเป็น

4.2.1.2 ยาและเวชภัณฑ์ผู้ป่วยนอก

ให้ใช้ยาได้ตามระบบบัญชียาใหม่ที่จะทำขึ้นแทนบัญชียาหลักในปัจจุบัน โดยจะแบ่งเป็น (1) บัญชียาที่สามารถขอเบิกค่าใช้จ่ายได้ทั้งหมดตามราคาอ้างอิงซึ่งจะเป็นไปในลักษณะคล้ายบัญชียาหลักแห่งชาติ (2) บัญชียาเสริมที่สามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้บางส่วน (เช่น ร้อยละ 50) และ (3) บัญชียาที่ไม่สามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้ ซึ่งในภาพรวมจะทำให้ข้าราชการสามารถเบิกค่าใช้จ่ายเรื่องยาและเวชภัณฑ์ทั้งหมดหรือบางส่วนได้ในจำนวนรายการที่มากกว่าเดิม

ในระบบบัญชีผู้ป่วยนอกนี้ ข้าราชการสามารถซื้อยาได้จากสถานจำหน่ายยาที่ได้รับการรับรองเป็นสถานจำหน่ายยาในเครือข่ายของระบบสวัสดิการสุขภาพข้าราชการทุกแห่ง ซึ่งอาจเป็นห้องยาของโรงพยาบาล หรือร้านขายยาก็ได้

4.2.1.3 บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

รายการของการตรวจสุขภาพให้เป็นไปตามรายการที่กำหนดโดยอ้างอิงจากข้อเสนอแนะของแพทยสภา ซึ่งผู้มีสิทธิสามารถใช้บริการจากสถานพยาบาลที่เลือกขึ้นทะเบียนไว้สำหรับบริการผู้ป่วยนอก โดยอาจกำกับระยะเวลาและจำนวนการใช้บริการโดยใช้ระบบคูปอง นอกจากนี้จะจัดให้มีสมุดสุขภาพประจำตัวของข้าราชการและครอบครัว เพื่อช่วยในการติดตามสถานะสุขภาพของตนเอง และผู้มีสิทธิอื่นๆในครอบครัว (ภาคผนวก 8)

4.2.1.4 บริการทันตกรรม

ใช้บริการได้ทั้งในสถานพยาบาลของรัฐและเอกชนที่เลือกขึ้นทะเบียน ชุดสิทธิประโยชน์จะได้กำหนดเป็นระบบต่อไปโดยอาศัยข้อมูลวิชาการจากทันตแพทยสภา โดยหลักการจะครอบคลุมโรคทางทันตกรรมที่สำคัญ ตลอดจนการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทางทันตกรรมด้วย (ภาคผนวก 9)

4.2.1.5 กรณีฉุกเฉินและการส่งต่อผู้ป่วย

ผู้มีสิทธิจะสามารถใช้บริการจากสถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนที่สะดวก โดยจะได้รับความคุ้มครองค่าใช้จ่ายตามอัตราที่กำหนดไว้ล่วงหน้าภายในระยะเวลาการรักษาที่กำหนด ทั้งนี้ไม่น้อยไปกว่าสิทธิตามระบบประกันสังคม³

4.2.1.6 กรณีการรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน

ผู้มีสิทธิจะสามารถไปรับบริการจากสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและภาคเอกชนในเครือข่ายของโครงการตามที่ได้ลงทะเบียนไว้ โดยไม่ต้องจ่ายส่วนของค่ารักษาพยาบาลเอง ทั้งนี้เป็นไปตามกรณีที่โครงการเลือกใช้วิธีการจ่ายแบบอัตราเหมาจ่ายรายหัวปรับค่าตามความเสี่ยงตามแผนงานที่กำหนด

³ สิทธิประโยชน์สำหรับกรณีฉุกเฉินในระบบประกันสังคม กำหนดให้สามารถใช้บริการแบบผู้ป่วยนอกต่างสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนได้ไม่เกินปีละ 2 ครั้ง โดยต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลไปก่อนและมาเบิกคืนภายหลังแต่ได้ไม่เกิน 200 บาท/ครั้ง และสำหรับกรณีต้องนอนโรงพยาบาลในโรงพยาบาลที่ไม่ใช่โรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียน ใน 72 ชั่วโมงแรกสำนักงานประกันสังคมจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายให้และหลังจากนั้นโรงพยาบาลที่รับขึ้นทะเบียนต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายหรือขอให้ส่งตัวกลับไปรับการรักษาในโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียน

หากมีการทบทวนและพิจารณาวิธีวิธีการจ่ายกรณีผู้ป่วยในเป็นแบบกำหนดเพดานงบประมาณรวมทั้งจัดสรรให้โรงพยาบาลตามน้ำหนักสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม การใช้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในจะสามารถเลือกใช้บริการได้จากสถานพยาบาลในเครือข่ายทุกแห่ง

อย่างไรก็ตามในทั้ง 2 กรณี ผู้มีสิทธิอาจต้องจ่ายร่วมในรายการค่าห้อง ค่าอาหารพิเศษที่เกินกว่าที่โครงการตกลงจ่ายกับสถานพยาบาลคู่สัญญา

4.2.1.7 กรณีการคลอดบุตร

ใช้ได้ทั้งในสถานพยาบาลของรัฐและเอกชนที่เข้าร่วมโครงการ แต่อาจต้องมีส่วนจ่ายร่วมในรายการค่าห้อง ค่าอาหารพิเศษที่เกินกว่าที่โครงการตกลงจ่ายกับสถานพยาบาล

4.2.1.8 กรณีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ค่าใช้จ่ายสูงและใช้เทคโนโลยีซับซ้อนในการดูแลรักษา

จะมีการกำหนดเป็นระเบียบและหลักเกณฑ์ในการเข้ารับบริการต่อไป โดยจะมีกระบวนการรองรับการเจ็บป่วยกลุ่มนี้เป็นพิเศษเพื่อให้ผู้มีสิทธิได้รับบริการที่มีคุณภาพยิ่งขึ้น ในขณะที่เป็นธรรมแก่ผู้ให้บริการ

4.2.1.9 ประโยชน์ยกเว้น

ผ่าตัดเสริมสวย การครอบฟัน ดัดฟันและทันตกรรมประดิษฐ์ การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ การผ่าตัดเปลี่ยนเพศ การรักษาภาวะมีบุตรยาก การผสมเทียม การรักษาโรคที่ยังอยู่ในการค้นคว้าทดลอง และบริการป้องกันที่ยังไม่จัดเป็นบริการพื้นฐาน

4.2.2 วิธีการจ่ายเงินให้สถานพยาบาล/ผู้ให้บริการ

4.2.2.1 การจ่ายแบบล่วงหน้า (Prospective payment) สำหรับบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

ครอบคลุมบริการต่อไปนี้

- ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ไม่รวมค่ายา เวชภัณฑ์และบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยจะจ่ายเป็นอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่ปรับค่าตามกลุ่มอายุและความเสี่ยง
- ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน รวมค่ายาและเวชภัณฑ์ ยกเว้นในกรณีที่กำหนดเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ค่าใช้จ่ายสูงและใช้เทคโนโลยีซับซ้อน และกรณีประโยชน์ยกเว้น วิธีการจ่ายจะพิจารณาต่อไปเมื่อได้พิจารณาข้อมูลจากการดำเนินงานปฎิรูปในระยะ 3 ปีแรก โดยจะเลือกระหว่าง

(1) การจ่ายแบบอัตราเหมาจ่ายรายหัวปรับตามค่าความเสี่ยง (Risk-adjusted capitation) ที่รวมการบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน การคำนวณอัตราการเหมาจ่าย

ปรับค่าตามความเสี่ยงโดยอ้างอิงสัดส่วนของอายุและการวินิจฉัยในกลุ่มประชากรที่ลงทะเบียนกับสถานพยาบาลคู่สัญญา โดยใช้สัดส่วนของผู้ลงทะเบียนที่เป็นโรคเรื้อรังที่กำหนดไว้ในกรณีผู้ป่วยนอก และใช้ข้อมูลดัชนีส่วนผสมผู้ป่วย (Case-mix index) ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมในกรณีของผู้ป่วยใน

- (2) การจ่ายแบบอัตราเหมาจ่ายรายหัวกรณีบริการผู้ป่วยนอก (Out-patient capitation) และกำหนดเพดานงบประมาณรวม (Global budget) จัดสรรโดยข้อมูลกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis-related groups) สำหรับกรณีผู้ป่วยในโรคเฉียบพลัน และใช้การจ่ายแบบอัตราเหมาจ่ายรายหัว กรณีโรคเรื้อรังที่คำนวณรวมทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน การจัดสรรงบประมาณกรณีผู้ป่วยนอก คำนวณโดยใช้อัตราเหมาจ่ายเป็นรายหัวปรับค่าตามกลุ่มอายุ ในกรณีผู้ป่วยในจะมีระบบการลงทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อจ่ายแบบเหมาจ่าย

กรอบของเกณฑ์ในการพิจารณาเลือกวิธีการเบิกจ่ายในขนาดจากทางเลือกสองกรณีดังกล่าวประกอบด้วย

- ความสามารถในการควบคุมค่าใช้จ่ายและทำให้เกิดประสิทธิภาพในภาพรวม
- ผลกระทบต่อคุณภาพการบริการผู้ป่วยในและบริการสุขภาพในภาพรวม
- ผลกระทบต่อการจัดระบบบริการในระยะยาว
- ความคล่องตัวในการบริหารจัดการของสถานพยาบาล
- การส่งเสริมให้เกิดการดูแลรักษาที่ต่อเนื่องสำหรับผู้มีสิทธิและการเกิดเครือข่ายในการบริการ
- ความสามารถและค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการของสำนักงานฯ ตลอดจนศักยภาพของระบบข้อมูลสารสนเทศและระบบติดตามตรวจสอบ
- สิทธิในการเลือกสถานพยาบาลของผู้มีสิทธิ

4.2.2.2 การเบิกจ่ายค่ายาและเวชภัณฑ์กรณีผู้ป่วยนอก

เป็นการจ่ายตามการบริโภคจริง อ้างอิงตามอัตราราคาที่กำหนด (Price list) ในรายการบัญชียา (Drug list) ที่จะจัดทำขึ้น ซึ่งจะมีมากกว่า 1 บัญชี จัดเป็นบัญชียาหลักที่สมาชิกจะสามารถเบิกจ่ายได้เต็ม และบัญชียาเสริม ซึ่งสมาชิกจะต้องมีส่วนร่วมจ่ายเป็นบางส่วน หรือทั้งหมดแล้วแต่กรณี

การเบิกจ่ายต้องอาศัยใบเสร็จรับเงินและใบสั่งยาโดยแพทย์ประกอบการเบิกจ่ายพร้อมกัน ทั้งนี้ใบเสร็จรับเงินต้องระบุข้อมูลชื่อผู้ป่วย หมายเลขประจำตัวสมาชิก ชื่อเภสัชกร หมายเลขผู้ประกอบวิชาชีพ ชื่อและที่อยู่ของสถานจำหน่ายยา รหัสยาแต่ละรายการ ชื่อการค้า ชื่อยาสามัญ (Generic name) จำนวนที่จ่าย ราคาที่จำหน่ายและราคารวม

ใบสั่งยาจะต้องระบุชื่อผู้ป่วย หมายเลขประจำตัวผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Hospital number) ชื่อแพทย์ เลขที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ชื่อที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ของสถานพยาบาล รายการชื่อยา วิธีใช้ยาและจำนวนยา ทั้งนี้จะไม่ให้เบิกจ่ายยาถ้าการสั่งจ่ายยากระทำโดยไม่มีใบสั่งแพทย์

เพื่อให้การเบิกจ่ายดังกล่าวเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศขึ้นรองรับ ภาระการพัฒนานี้ส่วนหนึ่งจะเป็นของสถานพยาบาลหรือสถานจำหน่ายยาที่ประสงค์จะเข้าร่วมเครือข่าย

4.2.2.3 บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ใช้วิธีจ่ายตามบริการภายใต้อัตราค่าบริการอ้างอิง (Fee schedule) โดยใช้ระบบคุ้มครองตามรายการสิทธิประโยชน์ที่กำหนดไว้

4.2.2.4 บริการทันตกรรม

ใช้วิธีจ่ายตามบริการภายใต้อัตราค่าบริการอ้างอิง (Fee schedule) โดยใช้ระบบคุ้มครองตามรายการสิทธิประโยชน์ที่กำหนดไว้ ตามประเภทที่กำหนดและจำกัดเพดานจำนวนครั้งของการไปรับบริการในแต่ละปี

4.2.2.5 การเบิกจ่ายตามรายการกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน อุบัติเหตุและการส่งต่อผู้ป่วย

ในกรณีใช้บริการจากสถานพยาบาลในเครือข่ายที่เป็นสถานพยาบาลคู่สัญญา ให้รวมอยู่ในการจ่ายกรณีผู้ป่วยใน

ในกรณีใช้บริการจากสถานพยาบาลในเครือข่ายที่ไม่ใช่สถานพยาบาลคู่สัญญา ใช้การเบิกจ่ายตามบริการภายใต้อัตราค่าบริการอ้างอิง (Fee schedule) โดยสถานพยาบาลเป็นผู้ขอเบิกจ่าย และอาจเก็บค่าใช้จ่ายส่วนเกินจากผู้ป่วย

ในกรณีสถานพยาบาลนอกเครือข่ายให้ใช้การเบิกจ่ายตามบริการภายใต้อัตราค่าบริการอ้างอิง โดยให้สมาชิกเป็นผู้ขอเบิกจ่าย

4.2.2.6 กรณีการคลอดบุตร

กำหนดให้เบิกจ่ายตามบริการภายใต้อัตราค่าบริการอ้างอิง (Fee schedule) โดยจ่ายให้แก่สถานพยาบาลโดยตรง ทั้งนี้ เพื่อให้การใช้ทรัพยากรเป็นไปอย่างเหมาะสมต้องกำหนดอัตราค่าบริการสำหรับการคลอดปกติและการผ่าตัดทำคลอดไม่ต่างกันมากนักเพื่อให้มีแรงจูงใจที่เหมาะสม

4.2.2.7 กรณีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ค่าใช้จ่ายสูง หรือใช้เทคโนโลยีซับซ้อน

กำหนดให้มีการจ่ายแบบอัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งครอบคลุมทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ทั้งนี้เนื่องจากสอดคล้องกับพฤติกรรมการใช้บริการของกลุ่มนี้ซึ่งเมื่อทราบว่าโรคประจำตัวมักจะเลือกไปรับบริการในสถานพยาบาลที่ตนมีความเชื่อมั่นอยู่แล้ว และเพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมีความต่อเนื่อง และมีประสิทธิผล ส่วนกรณีค่าใช้จ่ายสูงและการใช้เทคโนโลยีซับซ้อนจะมีการกำหนดรายละเอียดในหลักเกณฑ์ตามความเหมาะสมต่อไป

4.2.3 การมีส่วนร่วมจ่ายของผู้มีสิทธิ

- ผู้มีสิทธิต้องจ่ายร่วมกรณีค่ายาผู้ป่วยนอกที่มีส่วนเกินกว่าอัตราค่าตามบัญชียาที่กำหนด รวมทั้งกรณีการฉายาในบัญชีเสริมในสัดส่วนที่กำหนดไว้ล่วงหน้า
- ผู้มีสิทธิอาจต้องจ่ายร่วมค่าห้อง ค่าอาหารพิเศษ ในส่วนที่เกินกว่าข้อตกลงที่โครงการทำไว้กับสถานพยาบาลคู่สัญญา ทั้งนี้ผู้มีสิทธิสามารถเลือกสถานพยาบาลที่เสนอเงื่อนไขเป็นที่น่าพอใจที่สุด
- ผู้มีสิทธิต้องจ่ายร่วมกรณีค่าใช้จ่ายเกินกว่าความคุ้มครองตามอัตราค่าบริการอ้างอิง (Fee schedule) ในกรณีบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริการทันตกรรม กรณีฉุกเฉินและการส่งต่อผู้ป่วย กรณีการคลอดบุตรและกรณีที่เป็นประโยชน์ยกเว้น

ในภาพรวมสิทธิประโยชน์มีการเปลี่ยนแปลงที่ข้าราชการและครอบครัวจะได้รับและวิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่จะนำมาใช้ตลอดจนส่วนร่วมจ่ายของผู้มีสิทธิมีความแตกต่างไปจากสิ่งที่ได้รับอยู่ในปัจจุบัน สรุปได้ดังตารางที่ 4.1

4.2.4 ผู้ให้บริการ

กรณีผู้ป่วยนอก (และรวมผู้ป่วยใน กรณีจ่ายแบบอัตราเหมาจ่ายรายหัว) ผู้มีสิทธิเลือกสถานพยาบาลคู่สัญญาของตนได้ปีละ 1 ครั้ง ทั้งเครือข่ายโรงพยาบาลรัฐหรือโรงพยาบาลเอกชนที่สมัครและรับเข้าร่วม สถานพยาบาลแต่ละแห่งสามารถสร้างเครือข่ายผู้ให้บริการของตนเอง โดยรับคลินิกหรือโรงพยาบาลขนาดเล็กเป็นสถานพยาบาลคู่สัญญาระดับต้น (Subcontractor) เพื่อร่วมให้บริการการดูแลผู้ประกันตน หรือติดต่อโรงพยาบาลระดับโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเป็นผู้ให้บริการระดับบน (Supracontractor) เพื่อให้บริการกรณีที่โรงพยาบาลนั้นไม่สามารถรักษาได้

นอกจากนี้หากเป็นกรณีที่มีการพิจารณาเลือกวิธีการจ่ายที่แยกกลไกการจ่ายบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน สำนักงานฯ จะทำสัญญากับคลินิกหรือโรงพยาบาลขนาดเล็กโดยตรงเป็นคู่สัญญาได้เพื่อให้บริการแก่ผู้มีสิทธิ และสามารถไปใช้บริการจากโรงพยาบาลในเครือข่ายที่ได้ก็ได้

การซื้อยาและเวชภัณฑ์สำหรับกรณีผู้ป่วยนอกสามารถเลือกกระทำได้ที่ห้องยาของสถานพยาบาลเครือข่ายหรือร้านขายยาทั่วไปที่สมัครเข้ามาอยู่เป็นเครือข่ายของโครงการฯ ไม่จำเป็นต้องซื้อยาจากสถานพยาบาลคู่สัญญาเท่านั้น

บริการทันตกรรมสามารถรับได้จากสถานพยาบาลทันตกรรมเครือข่ายที่เลือกขึ้นทะเบียนไว้

กรณีฉุกเฉินและอุบัติเหตุ ผู้มีสิทธิสามารถไปใช้บริการ ณ โรงพยาบาลที่ได้รับอนุญาตแห่งใดก็ได้ ไม่ว่าจะเป็นของรัฐ หรือของเอกชน ทั้งที่อยู่ในเครือข่ายและนอกเครือข่ายของโครงการฯ

ทั้งนี้ สถานพยาบาลและสถานที่จำหน่ายยาที่ประสงค์จะเข้าร่วมเครือข่ายให้บริการจะต้องจัดบริการให้ได้ตามมาตรฐานและเงื่อนไขที่กำหนด

ตารางที่ 4.1 สรุปการเปลี่ยนแปลงสิทธิประโยชน์และวิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่จะนำมาใช้

กลุ่มของสิทธิประโยชน์	ปัจจุบัน	ปีงบประมาณ 2547 เป็นต้นไป	วิธีการจ่ายเงินในระบบใหม่
กรณีผู้ป่วยนอก	ใช้ได้สถานพยาบาลของรัฐ	ใช้ได้จากสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชนที่เลือกไว้	เหมาจ่ายเป็นรายหัวแบบปรับค่าตามความเสี่ยงแก่สถานพยาบาล
ยาและเวชภัณฑ์ผู้ป่วยนอก	เบิกจ่ายตามบัญชียาหลักแห่งชาติ ซื้อยาที่โรงพยาบาล	เบิกจ่ายตามรายการยาที่กำหนดและ ซื้อได้จากสถานจำหน่ายยา	จ่ายตามการบริโภคจริงในอัตราราคาที่กำหนด
การตรวจสุขภาพ บริการ ด้านการส่งเสริมสุขภาพและ การป้องกันโรค	ตามรายการที่กำหนดไว้	ตามรายการที่กำหนดไว้ ตามข้อ เสนอแนะของแพทยสภา และทันต แพทยสภา	จ่ายตามอัตราที่กำหนดไว้ ทั้งราคาและจำนวนครั้งของ บริการ
บริการทันตกรรม	เฉพาะด้านการรักษาพยาบาล	ครอบคลุมบริการตรวจคัดกรองโรค ส่งเสริมสุขภาพ และรักษาพยาบาล	จ่ายตามอัตราที่กำหนดไว้ ทั้งราคาและจำนวนครั้งของ บริการ
กรณีฉุกเฉินและการส่งต่อผู้ ป่วย	ใช้ได้สถานพยาบาลของรัฐและ เอกชนในกรณีผู้ป่วยใน	ใช้ได้สถานพยาบาลของรัฐและ เอกชน	จ่ายตามอัตราราคาอ้างอิง
กรณีการรักษาพยาบาลผู้ ป่วยใน	ใช้ได้สถานพยาบาลของรัฐ โดยเบิกค่าห้อง ค่าอาหารได้ไม่ เกิน 13 วัน ยกเว้นกรณีจำเป็น (ใช้สถานพยาบาลเอกชนได้กรณี จำเป็นที่เป็นอันตรายต่อชีวิตเท่า นั้น ในอัตราที่กำหนด)	ใช้ได้สถานพยาบาลคู่สัญญาที่ เลือกไว้ หรือสถานพยาบาลใน เครือข่าย (กรณีใช้ระบบการจ่าย แบบกำหนดเพดานงบประมาณรวม จัดสรรโดยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม) ไม่ มีการจำกัดจำนวนวัน	เหมาจ่ายเป็นรายหัวแบบปรับค่าตามความเสี่ยง หรือ กำหนดเพดานงบประมาณรวมและจัดสรรเป็นรายตาม น้ำหนักสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม โดยจ่ายโดยตรงให้ แก่สถานพยาบาล
กรณีการคลอดบุตร	ใช้ได้สถานพยาบาลของรัฐ	ใช้ได้สถานพยาบาลเครือข่ายทั้ง รัฐและเอกชน	จ่ายตามอัตราที่กำหนดไว้ ให้แก่สถานพยาบาล

4.2.5 ระบบการตรวจสอบ

หัวใจของการปฏิรูปที่เสนอคือการปรับเปลี่ยนวิธีการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลเพื่อสร้างแรงจูงใจที่จะจัดบริการที่มีคุณภาพรวมทั้งลดช่องว่างอันเป็นโอกาสทุจริต อย่างไรก็ตามก็จำเป็นต้องมีระบบการตรวจสอบเข้ามาเป็นกลไกสนับสนุนด้วย ได้แก่

- ระบบประกันคุณภาพ (Quality assurance, QA) และ
- ระบบการทบทวนการใช้บริการ (Utilization review, UR)

ระบบการตรวจสอบนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประกันหรือยกระดับคุณภาพบริการตลอดจนลดโอกาสการรั่วไหลทุจริต ระบบนี้จะให้สารสนเทศป้อนกลับสู่กระบวนการในการจัดการเครือข่ายบริการและการจัดการทางการแพทย์ของสำนักงานฯ รายละเอียดขององค์ประกอบทั้งสองปรากฏอยู่ในภาคผนวก 5

4.2.6 องค์การในการบริหารจัดการ

การบริหารจัดการระบบสวัสดิการสุขภาพข้าราชการยังคงเป็นของรัฐ และดำเนินงานโดยหน่วยงานของรัฐ โดยเสนอให้ดำเนินการในรูป“สำนักงานบริหารสวัสดิการสุขภาพข้าราชการ” มีความเป็นอิสระในการบริหารจัดการพอสมควร ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงการคลัง ทั้งนี้อาจจัดตั้งเป็น“กองทุนสวัสดิการสุขภาพข้าราชการ”ในลักษณะองค์การมหาชนในโอกาสต่อไปโดยให้มีการพิจารณาด้านความเหมาะสมอีกครั้งหนึ่ง

สำหรับในเบื้องต้นอาจจัดตั้งขึ้นในกรมบัญชีกลางโดยสามารถออกเป็นระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีหรืออาศัยอำนาจตามกฎหมายอื่น แต่สิ่งสำคัญคือจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนระบบบริหารงบประมาณให้มีความคล่องตัว อาทิ การรับงบประมาณมาบริหารในรูป Bloc grant ซึ่งแนวทางนี้สอดคล้องกับแนวทางการปฏิรูประบบงบประมาณของประเทศอีกด้วย

การปรับระบบงานและโครงสร้างใหม่นี้จำเป็นต้องมีความจำเป็นมาก หากไม่แล้วการเตรียมการปฏิรูประบบสวัสดิการนี้ตามที่เสนอไว้ก็จะไม่ประสบความสำเร็จ

หลักการสำคัญขององค์การบริหารนี้คือ สามารถดำเนินงานทั้งงานพัฒนาและงานประจำได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น การจัดตั้งจึงต้องคำนึงถึงความคล่องตัวและการลงทุนที่คุ้มค่าเป็นเกณฑ์สำคัญ โดยสำนักงานนี้อาจเป็นสำนักงานขนาดกลางหรือขนาดเล็กแต่สามารถปฏิบัติการกิจได้โดยอาศัยสมรรถนะที่สูงของบุคลากรและเทคโนโลยี ร่วมกับการจัดจ้างหน่วยงานภายนอกให้รับงานส่วนต่างๆไปปฏิบัติ

องค์ประกอบสำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนาขึ้นโดยเร่งด่วนคือระบบสารสนเทศเพื่อการประกันสุขภาพ คณะที่ปรึกษาเห็นว่า ระบบสารสนเทศนี้เป็นหัวใจที่จะนำไปสู่ความสำเร็จของปฏิรูป และเห็นว่า

ระบบสารสนเทศนี้จะสามารถก่อประโยชน์สาธารณะได้มากที่สุดหากในอนาคตจะได้ขยายขอบเขตจากสารสนเทศระบบสวัสดิการข้าราชการออกไปเป็นระบบสารสนเทศแห่งชาติสำหรับการประกันสุขภาพ การจัดตั้งในเบื้องต้นจึงควรพิจารณาแนวทางการดังกล่าวไว้ด้วย

โดยสรุป การจัดตั้งองค์กรบริหารนั้นเบื้องต้นสามารถจัดเป็น“สำนักงานบริหารสวัสดิการสุขภาพข้าราชการ” ขึ้นภายในกรมบัญชีกลางมีภารกิจหลักคือเตรียมการก่อนปรับเปลี่ยนระบบสวัสดิการไปเป็นรูปแบบใหม่ให้เสร็จสิ้นภายในระยะเวลา 3 ปี ระหว่างนี้ควรมีการทบทวนบทบาทภารกิจอีกครั้งเพื่อพิจารณาขยายความรับผิดชอบด้านสารสนเทศเป็นกลไกระดับชาติ โดยสมควรมีข้อสรุปในเรื่องนี้ภายในระยะเวลา 3 ปีเมื่อมีข้อมูลเพียงพอแล้ว

สำหรับรายละเอียดขององค์กรบริหารและระบบสารสนเทศปรากฏอยู่ในภาคผนวก 6 และ 7

4.2.7 ข้อดีข้อเสียและผลกระทบของทางเลือกที่เสนอ

รูปแบบทางเลือกของการปฏิรูประบบสวัสดิการสุขภาพของข้าราชการที่นำเสนอในรายงานนี้เป็นรูปแบบที่ได้มาจากการทบทวนและกลั่นกรองจากประสบการณ์ทั้งของระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน ระบบประกันสุขภาพระบบอื่นๆที่มีอยู่ในประเทศ เช่น ประกันสังคม โครงการสวัสดิการรักษายาบาลผู้มีรายได้น้อยและสังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูลบัตรประกันสุขภาพ และประกันสุขภาพภาคเอกชน ตลอดจนประสบการณ์ของการจัดระบบประกันสุขภาพในหลายประเทศ ซึ่งบทเรียนหนึ่งจะพบว่า ไม่มีระบบประกันสุขภาพใดที่มีกลไกที่สมบูรณ์แบบ ไม่มีข้อบกพร่อง หรือควบคุมค่าใช้จ่ายได้ดีในขณะที่ให้บริการที่มีคุณภาพสูงสุด

ตารางที่ 4.2 ต่อไปนี้เป็นการสรุปการวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสีย ตลอดจนผลกระทบของการปฏิรูประบบสวัสดิการสุขภาพข้าราชการตามรูปแบบที่ได้นำเสนอไว้ ที่อาจจะเกิดขึ้นต่อค่าใช้จ่ายและงบประมาณของรัฐ ประสิทธิภาพของระบบ ความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ ตลอดจนคุณภาพบริการ ทั้งนี้ได้นำเสนอเงื่อนไขที่สำคัญในแต่ละประเด็นไว้ด้วย

ตารางที่ 4.2 สรุปข้อดี ข้อเสียและผลกระทบของการปฏิรูประบบสวัสดิการสุขภาพข้าราชการ

ผลกระทบ	ข้อดี	ข้อเสีย	เงื่อนไขที่สำคัญ
ค่าใช้จ่ายและงบประมาณ	สามารถควบคุมยอดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพได้ดี	วงเงินการเบิกจ่ายค่ายาผู้ป่วยนอกยังเป็นงบประมาณเปิด	มีการดำเนินการระบบทบทวนการใช้บริการ (Utilization review)
ประสิทธิภาพ	* มีแรงจูงใจเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพทางเทคนิคและความคุ้มค่าของการบริการ * สมาชิกต้องมีส่วนร่วมจ่ายในค่ายาผู้ป่วยนอกทำให้การใช้ยามีความสมเหตุสมผลมากขึ้น	* ค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการสูงขึ้น	* ต้องมีการประเมินและประกันคุณภาพยาและเวชภัณฑ์เพื่อลดผลกระทบต่อคุณภาพ
ความเป็นธรรม	* การเหมาจ่ายเป็นรายหัวช่วยให้มีการคำนวณค่าใช้จ่ายตามความเป็นจริง กระตุ้นให้มีการวางแผนการจัดบริการดีขึ้น	* เพื่อรักษาหลักการในการปฏิรูปที่จะไม่ลดรอนสิทธิ ทำให้ค่าใช้จ่ายต่อหัวของผู้มีสิทธิในระบบของข้าราชการยังสูงกว่าระบบอื่นๆ * การควบคุมค่าใช้จ่ายในระบบของข้าราชการจะลดความสามารถของสถานพยาบาลของรัฐที่จะใช้การอุดหนุนข้ามระบบเพื่อช่วยเหลือผู้ยากไร้ที่ได้รับงบประมาณไม่เพียงพอ	* ต้องมีการเพิ่มวงเงินงบประมาณสำหรับผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยให้อยู่ในระดับที่สะท้อนต้นทุนที่แท้จริง
คุณภาพของบริการ	* กระตุ้นให้มีการจัดเครือข่ายของการให้บริการ เพิ่มการแข่งขันและการเข้าถึงบริการ * ลดแรงจูงใจในการให้ยาเกินความจำเป็น * มีการประกันคุณภาพอย่างเป็นระบบ	* การจ่ายแบบเหมาจ่ายเป็นรายหัว ทำให้มีการลดต้นทุนบริการที่อาจมีผลกระทบต่อคุณภาพ * การกำหนดวิธีการจ่ายแบบล่วงหน้า โดยเฉพาะที่อ้างอิงกับรายป่วย อาจทำให้ผู้ให้บริการเลือกใช้เทคโนโลยีที่มีไม่แพงเพื่อหวังผลประโยชน์และคำนึงถึงผลในระยะยาวน้อย	* ต้องมีการทำสัญญา กำหนดมาตรฐานและควบคุมมาตรฐานสถานพยาบาลเครือข่าย * ต้องมีการพัฒนาระบบสารสนเทศ * การกำหนดบัญชียาหลักและบัญชียาเสริมต้องอยู่บนพื้นฐานทางวิชาการ

4.2.8 วิธีการดำเนินงาน

วิธีการดำเนินงานสำหรับการปฏิรูประบบสวัสดิการสุขภาพข้าราชการเพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด สามารถสรุปตามองค์ประกอบสำคัญของการปฏิรูปได้ดังนี้

องค์ประกอบสำคัญของการปฏิรูป	วิธีการดำเนินงาน
ปรับปรุงโครงสร้างผู้รับผิดชอบในรูปแบบสำนักงานบริหารสวัสดิการสุขภาพข้าราชการ ที่มีความคล่องตัวในการบริหารระบบประกันสุขภาพ (กองทุน / องค์การมหาชน)	- จัดตั้งสำนักงานบริหารสวัสดิการสุขภาพข้าราชการ - แต่งตั้งคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง - จัดโครงสร้างและวางระบบการบริหารจัดการและการทำงาน ซึ่งอาจดำเนินการเอง หรือใช้การทำสัญญาจัดซื้อจัดจ้างกับหน่วยงานภายนอก
เปลี่ยนแปลงรูปแบบของชุดสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพ	- ทบทวนทางวิชาการ ดำเนินการโดยแพทยสภาและทันตแพทยสภา - วิจัยระบบบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับชุดสิทธิประโยชน์โดยเฉพาะในด้านความคุ้มค่าและประมาณการค่าใช้จ่าย
ปรับวิธีการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลผู้ให้บริการ	- จัดทำฐานข้อมูลทะเบียนสมาชิกผู้มีสิทธิ - จัดทำระบบฐานข้อมูลการใช้บริการผู้ป่วยใน - จัดทำระบบฐานข้อมูลการใช้บริการผู้ป่วยนอก - จัดทำระบบฐานข้อมูลการใช้จ่าย - กำหนดกระบวนการปฏิบัติในการเบิกจ่าย
ให้ข้าราชการมีส่วนร่วมจ่ายในการรับบริการ	- ปรับระบบการเบิกจ่ายค่ายากรณีผู้ป่วยนอก - ปรับเกณฑ์อัตราค่าใช้จ่ายที่ให้เบิกจ่ายของบริการทันตกรรม ฉูกฉีดยาและส่งต่อผู้ป่วย ฯลฯ
จัดผู้ให้บริการในลักษณะเครือข่ายสถานพยาบาลคู่สัญญา	- วางมาตรฐานของสถานพยาบาลคู่สัญญา - ประกาศรับสมัครสถานพยาบาลที่สนใจ - ตรวจสอบประเมินและรับสถานพยาบาลเครือข่าย
พัฒนาระบบการตรวจสอบ • ระบบประกันคุณภาพ	- วางมาตรฐานสถานพยาบาลและสถานจำหน่ายยา - วางระบบการเยี่ยมสำรวจสถานพยาบาลคู่สัญญา และตรวจสอบประเมินเวชระเบียน - วางระบบตรวจสอบรายงานการเบิกจ่ายและสถิติ - วางระบบประเมินความพึงพอใจผู้มีสิทธิ - พัฒนาระบบเครื่องชี้วัดคุณภาพของสถานพยาบาล

องค์ประกอบสำคัญของการปฏิรูป	วิธีการดำเนินงาน
● ระบบการทบทวนการใช้บริการ	- วางกระบวนการวิเคราะห์ฐานข้อมูลการใช้บริการเพื่อสร้างสารสนเทศสำหรับการทบทวนการใช้บริการย้อนหลัง - วางระบบการทบทวนการใช้บริการล่วงหน้า - วางกระบวนการปฏิบัติสำหรับการทบทวนการใช้บริการระหว่างการบริการและย้อนหลัง
■ การพัฒนาระบบระยะยาว	ติดตามศึกษาประเมินผลการปฏิรูป เพื่อเป็นข้อมูลป้อนกลับสำหรับการแก้ไขปรับปรุงการดำเนินงานในระยะต่อไป

4.2.9 การประมาณการค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการระบบสวัสดิการฯ

ในปี 2539 และ 2541 พบว่าค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการของกองทุนประกันสังคมอยู่ที่ร้อยละ 7.72 และร้อยละ 9.49 ของยอดประโยชน์ทดแทน แต่ทว่าการบริหารจัดการของสำนักงานประกันสังคม ครอบคลุมความคุ้มครองหลายด้าน นอกเหนือจากการรักษาพยาบาล อย่างไรก็ตามจากการศึกษาทบทวนของประสบการณ์ในประเทศแคนาดาพบว่า ค่าใช้จ่ายด้านการบริหารจัดการทั่วไปของระบบประกันสุขภาพของ National Health Insurance ซึ่งเป็นระบบของประเทศครอบคลุมประชาชนทุกคนอยู่ที่ร้อยละ 3-4 ในขณะที่ค่าบริหารจัดการระบบ Medicare ซึ่งเป็นสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุและการประกันสุขภาพภาคเอกชนในกลุ่มขนาดใหญ่ที่มีลูกจ้างมากกว่า 10,000 คนของสหรัฐอเมริกาอยู่ร้อยละ 2.3 และร้อยละ 5.5 ตามลำดับ

ดังนั้นคาดว่าวงเงินที่จะใช้ในการบริหารจัดการระบบสวัสดิการสุขภาพของข้าราชการภายใต้ข้อเสนอนี้จะอยู่ประมาณร้อยละ 5-7 ของวงเงินงบประมาณทั้งหมดของระบบ ทั้งนี้ยอดวงเงินงบประมาณที่ต้องจัดสรรไว้เพื่อการบริหารจัดการจะขึ้นกับระดับของการลงทุนและความเอาใจจริงเอาใจในการพัฒนาระบบฐานข้อมูลและสารสนเทศ ตลอดจนระบบตรวจสอบในการประกันคุณภาพและทบทวนการใช้บริการ

4.3 การดำเนินงานในช่วงเปลี่ยนผ่าน

การดำเนินงานของการปฏิรูปในช่วงของการเปลี่ยนผ่านแบ่งเป็นสองส่วน และมีจุดมุ่งหมายหลักในแต่ละส่วนดังนี้

การเปลี่ยนแปลงระยะสั้น ปีงบประมาณ 2544 - 2546

จุดมุ่งหมายหลักของการปฏิรูป

- จัดตั้งสำนักงานบริหารสวัสดิการสุขภาพข้าราชการและโครงสร้างการบริหารจัดการ
- รวบรวมและจัดทำฐานข้อมูลข้าราชการ ข้าราชการบำนาญและครอบครัวผู้มีสิทธิ
- ปรับระบบการจ่ายเงินสถานพยาบาลสำหรับบริการผู้ป่วยใน
- จัดตั้งศูนย์ข้อมูลการประกันสุขภาพ เพื่อบำรุงรักษาฐานข้อมูลผู้มีสิทธิ ประมวลข้อมูลกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม การตรวจสอบ สมุดสุขภาพ ฐานข้อมูลโรคเรื้อรัง ฐานข้อมูลการเบิกจ่ายยา
- จัดทำรายการ และอัตราราคาที่กำหนดให้เบิกจ่ายของยาประเภทต่าง ๆ
- เรียนรู้ระบบควบคุม กำกับ วิจัยพัฒนาและกำหนดรายละเอียดของสิทธิประโยชน์
- พัฒนาและดำเนินการศึกษาเบื้องต้นเกี่ยวกับมาตรฐาน และระบบประกันคุณภาพของผู้ให้บริการในเครือข่าย

การเปลี่ยนแปลงสำหรับระยะยาว สำหรับปีงบประมาณ 2547 เป็นต้นไป

จุดมุ่งหมายหลักของการปฏิรูป

- ปฏิรูประบบการจ่ายเงินและการเลือกลงทะเบียนของผู้มีสิทธิในสถานพยาบาลที่สมบูรณ์
- วางเครือข่ายผู้ให้บริการที่สมบูรณ์ ทั้งสถานพยาบาลและสถานจำหน่ายยา
- ดำเนินการระบบประกันคุณภาพและทบทวนการใช้บริการอย่างเต็มรูปแบบ

การดำเนินงานในแต่ละระยะ สรุปได้ตามตารางที่ 4.3 ต่อไปนี้

ตารางที่ 4.3 การเปลี่ยนแปลงในองค์ประกอบที่สำคัญของข้อเสนอและข้อสังเกตของการปฏิรูปจากสิ่งที่เป็นอยู่ในภาวะปัจจุบัน

องค์ประกอบที่สำคัญ	ระยะสั้น		ระยะยาว	ข้อสังเกต
	ระยะที่ 1 ปีงบประมาณ 2544	ระยะที่ 2 ปีงบประมาณ 2545-2546	ระบบในปีงบประมาณ 2547	
องค์กรในการบริหารจัดการ	- ไม่เปลี่ยนแปลง แต่ให้มีการเตรียมร่างกฎหมายและตั้งงบประมาณ - การบริหารจัดการข้อมูลการเบิกจ่ายผู้ป่วยใน ใช้การทำสัญญาจ้าง (Contract out)	- จัดตั้งสำนักงานบริหารสวัสดิการสุขภาพข้าราชการและคณะกรรมการสำนักงานบริหารสวัสดิการสุขภาพข้าราชการ - จัดตั้งศูนย์ข้อมูลการประกันสุขภาพ	“สำนักงานบริหารสวัสดิการสุขภาพข้าราชการ”	อาจพิจารณาให้เป็นกองทุนในสังกัดของกระทรวงการคลังหรือเป็นองค์การมหาชนก็ได้
ชุดสิทธิประโยชน์และเงื่อนไขการใช้บริการ	- ระบบเดิม - ไม่เปลี่ยนแปลง - จัดเตรียมบัญชีรายการยาและอัตราาราคาที่กำหนดให้เบิกจ่าย - จัดเตรียมรายละเอียดบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและอัตราาราคาที่ให้เบิกจ่าย	- บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค - ชุดสิทธิประโยชน์อื่น ๆ ไม่เปลี่ยนแปลง	- การเลือกสถานพยาบาล - ภาครัฐและเอกชนที่สมัครเข้าร่วมเครือข่าย ปีละ 1 ครั้ง - กรณีผู้ป่วยนอก - สถานพยาบาลในเครือข่ายที่เลือกลงทะเบียน - ยาและเวชภัณฑ์ผู้ป่วยนอกตามรายการและอัตราาราคาที่กำหนด - บริการทันตกรรม - พิจารณชุดสิทธิประโยชน์ต่อไป	ทั้งนี้ตามที่กำหนดไว้ในระเบียบว่าด้วยสิทธิประโยชน์และความคุ้มครองของโครงการฯ

องค์ประกอบที่สำคัญ	ระยะสั้น		ระยะยาว	ข้อสังเกต
	ระยะที่ 1 ปีงบประมาณ 2544	ระยะที่ 2 ปีงบประมาณ 2545-2546	ระบบในปีงบประมาณ 2547	
			• กรณีฉุกเฉิน - สามารถใช้บริการได้จากสถานพยาบาลที่ได้รับอนุญาตทุกแห่ง • กรณีผู้ป่วยใน-สถานพยาบาลที่เลือกลงทะเบียน หรือสถานพยาบาลในเครือข่าย • บริการด้านกายภาพบำบัด ส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค	
วิธีการจ่ายเงินให้สถานพยาบาล/ผู้ให้บริการ	• กรณีผู้ป่วยนอก - ไม่เปลี่ยนแปลง • กรณีผู้ป่วยใน - ให้สถานพยาบาลเบิกจ่ายไปก่อนร้อยละ 80 และชดเชยหรือเบิกคืนจำนวนเงินภายหลังโดยใช้ข้อมูลกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ในส่วนที่เหลือของจำนวนที่ควรได้ • สิทธิประโยชน์อื่นๆ คงเดิม	• ดำเนินการเบิกจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอกโดยให้มีรายละเอียดของชนิด ปริมาณ และราคาต่อหน่วยของยาที่ใช้แต่ละราย และจัดทำฐานข้อมูลระบบยา(2545) และให้เริ่มดำเนินการเบิกจ่ายค่ายาตามรายการบัญชียาและราคาใหม่ตั้งแต่ปี 2546 • ปรับสัดส่วนการจัดสรรโดยการใช้หน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม เพิ่มเป็นร้อยละ 40 และ 60 ในปี 2545 และ 2546 ตาม	• การจ่ายล่วงหน้าสำหรับบริการผู้ป่วยนอกและใน • การเบิกจ่ายค่ายาผู้ป่วยนอกตามการใช้จริงอ้างอิงราคาที่กำหนด (Price lists) • การเบิกจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอกและในสำหรับผู้มีโรคเรื้อรังแบบเหมาจ่ายรายหัว • การเบิกจ่ายบริการทันตกรรมเป็นแบบตามอัตราค่าอ้างอิง	ต้องตัดสินใจในปี 2546 ว่า จะ Risk - adjusted capitation ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน หรือแยกผู้ป่วยนอกเป็น capitation (ไม่รวมค่ายา) และผู้ป่วยในจ่ายตามงบประมาณยอดรวมตามน้ำหนักสัมพัทธ์กลุ่ม

องค์ประกอบที่สำคัญ	ระยะสั้น		ระยะยาว	ข้อสังเกต
	ระยะที่ 1 ปีงบประมาณ 2544	ระยะที่ 2 ปีงบประมาณ 2545-2546	ระบบในปีงบประมาณ 2547	
		ลำดับ • จัดทำอัตราค่าบริการ (Fee schedule) • คำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัว	อิงโดยใช้ระบบคูปอง • การเบิกจ่ายย้อนหลังตามราคาอ้างอิง (Fee schedule) ในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินและต้องไปใช้บริการที่สถานพยาบาลนอกเครือข่าย	วินิจฉัยโรคร่วม
การมีส่วนร่วมจ่ายของผู้มีสิทธิ	• บริการผู้ป่วยนอก - ไม่เปลี่ยนแปลง • บริการผู้ป่วยใน - ไม่ต้องร่วมจ่ายในส่วนของค่ายา มีส่วนร่วมจ่ายค่าห้องพิเศษ เบิกจ่ายได้ไม่เกินคืนละ 600 บาท ไม่เกิน 13 วัน	• ในปี 2546 ผู้มีสิทธิอาจต้องมีส่วนร่วมจ่ายสำหรับค่ายาในส่วนที่เกินกว่าบัญชีรายการและอัตราาราคายที่กำหนด	• ใช้ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายจากสถานพยาบาลคู่สัญญาที่เลือกลงทะเบียน • เฉพาะค่าใช้จ่ายส่วนเกินจากระเบียบในกรณีการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ใช้สถานพยาบาลที่ไม่ใช่สถานพยาบาลเครือข่าย คู่สัญญาของตนเอง • ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอื่นๆที่ไม่รวมอยู่ในความคุ้มครอง • ยาและเวชภัณฑ์	
ผู้ให้บริการ	• ไม่เปลี่ยนแปลง - สถาน	• ไม่เปลี่ยนแปลง	เลือกได้ทั้งสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน ที่อยู่เครือข่ายของผู้ให้	สถานพยาบาลที่ต้องสมัครเข้าร่วมเครือ

องค์ประกอบที่สำคัญ	ระยะสั้น		ระยะยาว	ข้อสังเกต
	ระยะที่ 1 ปีงบประมาณ 2544	ระยะที่ 2 ปีงบประมาณ 2545-2546	ระบบในปีงบประมาณ 2547	
	พยาบาลภาครัฐ ยกเว้นกรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	จัดทำฐานข้อมูลสถานพยาบาล	บริการของโครงการฯ	ช่วยและผ่านการพิจารณารับรอง
ระบบการตรวจสอบ	- จัดทำฐานข้อมูลการใช้บริการเพื่อเบิกจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในซึ่งต้องมีทั้งข้อมูลด้านคลินิกและค่าใช้จ่าย - จัดทำฐานข้อมูลทะเบียนสมาชิกผู้มีสิทธิ - ระบบทบทวนการใช้บริการ - เข้มงวดกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินและอุบัติเหตุฯ	- พัฒนาระบบประกันคุณภาพการรักษาพยาบาล - พัฒนาและดำเนินงานระบบทบทวนการใช้ยา (Drug utilization review) - พัฒนาระบบรับรองสถานจำหน่ายยา (Accreditation) - พัฒนาระบบฐานข้อมูลการเบิกจ่ายยา	- ดำเนินงานระบบประกันคุณภาพบริการ ประกอบด้วย (1) การใช้รูปแบบของสถานพยาบาลเครือข่าย (2) ประกันคุณภาพสถานพยาบาลเครือข่าย (3) ประกันคุณภาพบริการรักษาพยาบาล (4) ประกันคุณภาพภายในของโครงการฯ - ปรับระบบการทบทวนการใช้บริการให้เข้ากับระบบการจ่ายเงินแบบใหม่	

ขั้นตอนและระยะเวลาของการดำเนินงาน

[illegible]

ปีงบประมาณ	ปีที่ 0	ปีที่ 1 (2544)				ปีที่ 2 (2545)				ปีที่ 3 (2546)				ปีที่ 4 เป็นต้นไป (2547)
ไตรมาสของปี		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
จัดการประชุมชี้แจงวิธีปฏิบัติใหม่สำหรับผู้ให้บริการ ครั้งที่ 1			☆											
ปรับวิธีการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในผสมการเบิกตามรายการและจ่ายคืนตามน้ำหนักสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม														
ดำเนินการศึกษารายละเอียดของชุดสิทธิประโยชน์ (รวมรายการและราคา)														
ปรับชุดสิทธิประโยชน์														
พัฒนาและวางระบบทบทวนการใช้บริการรักษาพยาบาล														
พัฒนาและวางระบบประกันคุณภาพการรักษาพยาบาล														
วางมาตรฐานเครือข่ายสถานพยาบาลคู่สัญญา														
พัฒนาและวางระบบรับรองคุณภาพ (Accreditation) สถานจำหน่ายยา														
ประกาศรับสมัครและพิจารณารับสถานพยาบาลและสถานจำหน่ายยาเครือข่าย														
ให้ข้อมูลและดำเนินการให้สมาชิกเลือกลงทะเบียนกับสถานพยาบาล														
พัฒนาระบบฐานข้อมูลการเบิกจ่ายยาผู้ป่วยนอกและการทบทวนการใช้ยา														
จัดประชุมชี้แจงวิธีปฏิบัติใหม่สำหรับผู้ให้บริการ ครั้งที่ 2														
เริ่มใช้การเบิกจ่ายแบบเหมาจ่ายเป็นรายหัวปรับค่าตามความเสี่ยงสำหรับบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ให้สมาชิกใช้บริการกับสถานพยาบาลคู่สัญญา และซื้อยาจากสถานจำหน่ายยาในเครือข่าย														
ดำเนินงานทบทวนการใช้บริการและประกันคุณภาพเต็มรูปแบบ														

ปีงบประมาณ	ปีที่ 0	ปีที่ 1 (2544)				ปีที่ 2 (2545)				ปีที่ 3 (2546)				ปีที่ 4 เป็นต้นไป (2547)
ไตรมาสของปี		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
ติดตามศึกษาและประเมินผลการปฏิรูป ผลกระทบที่มีต่อค่าใช้จ่ายและงบประมาณ ประสิทธิภาพ ความเสมอภาค และคุณภาพ														→
ผู้ประกอบการภาครัฐ														
รับทราบวิธีปฏิบัติใหม่ว่าด้วยการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล	☆													
พัฒนาระบบฐานข้อมูลเวชระเบียนและDRG	↔													
เริ่มการเบิกจ่ายผู้ป่วยในด้วย DRG					←								→	
สถานพยาบาลแจ้งความจำนงค์สมัครเข้าเครือข่ายผู้ให้บริการ								↔						
เตรียมรับการเยี่ยมชมสำรวจเพื่อประเมินมาตรฐาน								↔						
รับการแจ้งผลการพิจารณาการรับเข้าเครือข่ายและทำสัญญา												☆		
ได้รับรายชื่อผู้มีสิทธิที่เลือกลงทะเบียนกับสถานพยาบาลและจัดเตรียมบริการ												↔		
ดำเนินการให้บริการและแจ้งข้อมูลกลับให้สำนักงานฯตามสัญญา														→
ผู้ประกอบการภาคเอกชน														
ศึกษารายละเอียดวิธีปฏิบัติของโครงการฯ						↔								
สถานพยาบาลและร้านขายยาแจ้งความจำนงค์สมัครเข้าเครือข่ายผู้ให้บริการ								↔						
เตรียมรับการเยี่ยมชมสำรวจเพื่อประเมินมาตรฐาน									↔					

ปีงบประมาณ	ปีที่ 0	ปีที่ 1				ปีที่ 2				ปีที่ 3				ปีที่ 4 เป็นต้นไป
		(2544)				(2545)				(2546)				
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
ไตรมาสของปี														
รับการแจ้งผลการพิจารณาการรับเข้าเครือข่ายและทำสัญญา											☆			
ได้รับรายชื่อผู้มีสิทธิที่เลือกลงทะเบียนกับสถานพยาบาลและจัดเตรียมบริการ											↔	↔		
ดำเนินการให้บริการและแจ้งข้อมูลกลับให้สำนักงานฯตามสัญญา														→
ผู้มีสิทธิของสำนักงานบริหารสวัสดิการสุขภาพข้าราชการ														
รับทราบและศึกษาแนวทางการปฏิรูประบบสวัสดิการสุขภาพข้าราชการ		☆												
ข้าราชการแจ้งข้อมูลผู้มีสิทธิให้แก่หน่วยงานต้นสังกัดเพื่อจัดส่งให้สำนักงานฯ				↔	↔									
ผู้มีสิทธิทบทวนแก้ไขข้อมูลส่งกลับจากฐานข้อมูลผู้มีสิทธิ					↔	↔								
ผู้มีสิทธิทั้งหมดรับข้อมูลและเลือกลงทะเบียนกับสถานพยาบาลคู่สัญญา											↔	↔		

4.4 แผนงานสนับสนุนการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศ

ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเป็นองค์ประกอบสำคัญในการปฏิรูประบบสวัสดิการสุขภาพข้าราชการตามข้อเสนอที่นำเสนอไว้ข้างต้น ระบบสารสนเทศเป็นหัวใจสำคัญที่จะทำให้ระบบดำเนินงานไปได้ด้วยความคล่องตัว มีประสิทธิภาพและลดค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการ

ในระยะยาวระบบสารสนเทศนี้ควรพัฒนาไปสู่การเป็นระบบสารสนเทศแห่งชาติเพื่อการประกันสุขภาพซึ่งจะเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าที่สุดเนื่องจากจะสามารถให้ข้อมูลแก่ผู้ให้บริการอื่น อาทิ สำนักงานประมาณ สำนักงานประกันสังคม องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น คือ หน่วยงานดังกล่าวจะสามารถใช้ข้อมูลอ้างอิงในการจัดจ่ายงบประมาณ ซื้อบริการ รวมทั้งวางนโยบาย เช่น การขยายบทบาทของภาคเอกชน การต่อรองค่าบริการ และการตรวจสอบควบคุม

ในระบบนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องถูกจัดออกเป็น 3 ส่วนใหญ่ กล่าวคือ

1. สถานพยาบาล (Provider) หมายถึงโรงพยาบาลหรือคลินิกต่างๆ ที่ให้บริการรักษาพยาบาลในระบบสวัสดิการนี้ สถานพยาบาลจะเข้ามาอยู่ในระบบนี้ได้ก็ด้วยการตกลงทำสัญญากับ หรือได้รับการรับรองจากผู้ซื้อ
2. ศูนย์ข้อมูล (data center) หมายถึงหน่วยงานที่เป็นศูนย์กลางของการรับข้อมูลต่างๆ จากสถานพยาบาลและสำนักงานของหน่วยงานที่เป็นผู้ซื้อ
3. ผู้ซื้อ (Purchaser) ซึ่งในกรณีนี้หมายถึง สำนักงานบริหารสวัสดิการสุขภาพข้าราชการ หรือกรมบัญชีกลาง

งานที่สำคัญเกี่ยวกับระบบสารสนเทศในการปฏิรูประบบสวัสดิการสุขภาพข้าราชการสามารถแบ่งระบบงานออกเป็นวงจรที่สำคัญที่จะต้องได้รับการพัฒนา คือ

- ระบบสารสนเทศการให้บริการและข้อมูลการบริการ เป็นระบบพื้นฐานที่สุดที่มีการใช้ระบบสารสนเทศและมีข้อมูลมากที่สุด และส่วนใหญ่ของข้อมูลจะเป็นธุรกรรมตามบริการที่ใช้ ซึ่งมักจะมีหลากหลายและความซับซ้อน
- ระบบสารสนเทศการจัดการด้านการเงิน ระหว่างผู้ซื้อหรือสำนักงานฯ กับสถานพยาบาล
- ระบบทะเบียนผู้มีสิทธิ
- ระบบทะเบียนผู้ให้บริการ
- ระบบการตรวจสอบ ประมวลผล รายงาน และการกำกับงาน
- ระบบการเบิกค่ารักษาพยาบาลโดยผู้มีสิทธิโดยตรง

การจัดตั้งศูนย์ข้อมูลในระยะแรกนี้ กรมบัญชีกลางควรใช้วิธีการทำสัญญาว่าจ้างเอกชนหรือองค์กรพัฒนาเอกชนที่มีวัตถุประสงค์เกี่ยวกับประโยชน์ทางด้านสาธารณสุข ตลอดจนสามารถหาผู้เชี่ยวชาญมาปฏิบัติงานการบริหารระบบข้อมูลตามแผนนี้ แทนการตั้งหน่วยงานของกรมบัญชีกลางมาปฏิบัติงานอย่างเต็มรูปแบบ

รายละเอียดของศูนย์สารสนเทศเพื่อประกันสุขภาพข้าราชการได้นำเสนอไว้ในภาคผนวก

4.5 ข้อเสนอเชิงนโยบายในการจัดหลักประกันสุขภาพต่อการแยกตัวขององค์การมหาชนและ การดำเนินงานตามพระราชบัญญัติการกระจายอำนาจ

ปัจจัยหนึ่งที่ต้องคำนึงถึงในการวางหลักประกันและระบบประกันสุขภาพ คือ ผลกระทบจากการดำเนินการด้านการกระจายอำนาจไปสู่องค์กรการปกครองท้องถิ่นและการเกิดขึ้นขององค์การมหาชนต่าง ๆ ภายใต้พระราชบัญญัติองค์การมหาชน รวมถึงการที่มหาวิทยาลัยของรัฐต่าง ๆ จะออกไปเป็นมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ ซึ่งได้เริ่มเกิดขึ้นแล้วและจะเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อย ๆ

การแยกตัวของส่วนราชการออกไปสังกัดองค์กรการปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงการแปรสภาพส่วนราชการเป็นองค์การมหาชนและมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ ทำให้ผู้ที่เคยเป็นข้าราชการต้องเปลี่ยนแปลงสถานะไป อย่างไรก็ตามพระราชบัญญัติต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องไม่ได้กำหนดไว้อย่างชัดเจนว่ารัฐจะให้หลักประกันทางสุขภาพแก่พนักงานเหล่านี้อย่างไร เพียงอาจกำหนดไว้ว่า จะได้รับความคุ้มครองไม่น้อยไปกว่าเดิม จึงต้องพิจารณาต่อไปว่าองค์กรเหล่านี้จะจัดการประกันสุขภาพให้พนักงานอย่างไร ประเด็นนี้จะเชื่อมโยงกับปัญหาที่สำคัญอย่างน้อย 2 ประการ คือ

1. ปัญหาเรื่องเงิน หมายถึง ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นในกลุ่มของพนักงานสังกัดองค์กรแห่งนั้นตลอดจนค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการระบบที่ตามมา ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อถึงงบประมาณขององค์กรที่อาจได้รับการอุดหนุนอย่างจำกัด ปัญหาเรื่องการเงินจะเกี่ยวเนื่องกับความสามารถในการกระจายความเสี่ยงของกองทุนประกันสุขภาพและความสามารถในการบริหารจัดการเพื่อควบคุมค่าใช้จ่าย
2. ปัญหาเรื่ององค์กรเพื่อบริหารจัดการ หมายถึง หน่วยงานหรือกลุ่มบุคคลที่จะเข้ามาบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ ซึ่งองค์กรอาจเลือกที่จะดำเนินการเอง หรือติดต่อหน่วยงานภายนอกที่อาจเป็นหน่วยงานของรัฐ หรือเอกชนเข้ามาดำเนินการให้ ปัญหาเรื่ององค์กร จะเกี่ยวเนื่องกับความสามารถในการควบคุมค่าใช้จ่าย และอาจส่งผลกระทบต่อหลักประกันและค่าใช้จ่ายทางสุขภาพในภาพรวมของประเทศหากเกิดกองทุนประกันสุขภาพที่มีความหลากหลายในรูปแบบและวิธีการบริหารจัดการแตกต่างกันเป็นจำนวนมาก อันจะทำให้ประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากรลดลง ตลอดจนทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมกันมากขึ้นในระบบในที่สุด

ตารางที่ 4.7 ทางเลือก 3 ทางในการจัดระบบประกันสุขภาพให้แก่องค์กรใหม่ที่จะเกิดขึ้นตาม พรบ. กระจายอำนาจ และ พรบ.องค์การมหาชน

ทางเลือก	ข้อดี	ข้อด้อย
1. ให้องค์กรใหม่ของรัฐทุกแห่งใช้ระบบสวัสดิการสุขภาพข้าราชการ องค์การมหาชนหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใช้งบประมาณของตนจ่ายค่าเบี้ยประกันให้แก่ระบบสวัสดิการสุขภาพข้าราชการเพื่อให้จัดหลักประกันให้	* ได้ประสิทธิภาพสูงในการบริหารจัดการ ไม่ต้องดำเนินการเอง * การกระจายความเสี่ยงของค่าใช้จ่ายดี * มีความเสมอภาค	* ขาดอิสระในการเลือกและออกแบบระบบการตอบแทนแก่พนักงาน (แต่อาจออกแบบร่วมกับโครงการฯโดยอาศัยฐานข้อมูลของสำนักงาน)
2. ให้องค์กรใหม่ของรัฐเลือกที่จะใช้ระบบสวัสดิการสุขภาพข้าราชการหรือจะดำเนินการเอง องค์การมหาชนหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใช้ดุลยพินิจของตนเอง ซึ่งอาจเลือกใช้ระบบสวัสดิการสุขภาพข้าราชการหรือซื้อประกันสุขภาพของเอกชนหรือดำเนินการเอง แต่การเลือกต้องเป็นระบบเดียวสำหรับพนักงานทุกคนในองค์กร	* ให้อิสระในการเลือกและออกแบบระบบการตอบแทนแก่พนักงาน * สนับสนุนให้เกิดการแข่งขันเพื่อพัฒนาคุณภาพของแผนการประกันรูปแบบต่างๆ	* ค่าใช้จ่ายต่อหัวพนักงานอาจสูงกว่า * อาจเกิดการเลือกสร้างความเสี่ยงของประกันสุขภาพภาคเอกชน * อาจขาดประสิทธิภาพในการบริหารจัดการทั้งภายในองค์กรและของระบบในภาพรวม
3. ให้องค์กรใหม่ของรัฐรับผิดชอบบริหารจัดการด้านการประกันสุขภาพแก่พนักงานเอง องค์การมหาชนหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใช้ดุลยพินิจในการเลือกซื้อประกันสุขภาพของเอกชนหรือดำเนินการเอง แต่การเลือกควรเป็นระบบเดียวสำหรับพนักงานทุกคนในองค์กร	* ให้อิสระในการเลือกและออกแบบระบบการตอบแทนแก่พนักงาน * ลดภาระและความรับผิดชอบของระบบของข้าราชการของรัฐ	* ค่าใช้จ่ายต่อหัวพนักงานอาจสูงกว่า * ขาดการกระจายความเสี่ยงที่ดี เนื่องจากกองทุนมีสมาชิกไม่มาก อาจเกิดการเลือกสร้างความเสี่ยงของประกันสุขภาพภาคเอกชน * ไม่มีประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ * อาจเกิดปัญหาความเสมอภาคของระบบในภาพรวม

ทางเลือกเชิงนโยบายที่คณะที่ปรึกษาฯ ขอเสนอไว้ในเบื้องต้นเพื่อประกอบการปฏิรูประบบสวัสดิการสุขภาพข้าราชการ มี 3 ทางเลือก พร้อมข้อดี ข้อด้อย ดังตารางที่ 4.7 ทั้งนี้ทางเลือกที่ 1

จะเป็นทางเลือกที่ได้รับการสนับสนุนมากที่สุดจากคณะที่ปรึกษา อย่างไรก็ตามก็ต้องคำนึงถึงแนวทางการปฏิรูประบบราชการและการกระจายอำนาจในภาพรวมซึ่งขณะนี้ยังมีความไม่ชัดเจนอยู่บางส่วน

4.6 บทสรุป

ข้อเสนอในการปฏิรูประบบสวัสดิการสุขภาพของข้าราชการอยู่บนพื้นฐานที่จะไม่รื้อถอนสิทธิที่จะได้รับการบริการรักษาพยาบาลที่เคยได้อยู่แต่เดิม ในขณะที่สามารถในการควบคุมค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ รวมถึงค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้โดยคำนึงถึงการกระจายความเสี่ยงภายในระบบประกันสุขภาพและการทำให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพของบริการทางการแพทย์และการเข้าถึงบริการให้น้อยที่สุด การปฏิรูประบบประกันสุขภาพของข้าราชการจะเน้นหลักของการประกัน เปิดโอกาสให้ผู้ได้รับสิทธิได้มีโอกาสเลือกผู้ให้บริการได้มากที่สุด และจะอาศัยการแข่งขันระหว่างผู้ให้บริการเป็นเครื่องมือปรับปรุงคุณภาพของบริการ และจะมีระบบสารสนเทศเพื่อช่วยควบคุมพฤติกรรมของผู้ให้บริการและผู้รับบริการโดยส่วนกลาง และมีกลไกร้องเรียนโดยผู้ใช้สิทธิที่ชัดเจน สามารถในการตรวจสอบได้ และมีความโปร่งใส

โดยสังเขปข้อเสนอการปฏิรูปดังกล่าวจะประกอบด้วย ชุดสิทธิประโยชน์ที่อยู่บนพื้นฐานของประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร วิธีการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการที่จูงใจให้ใช้ทรัพยากรอย่างประหยัด การให้มีส่วนร่วมจ่ายจากผู้มีสิทธิในบริการบางส่วนที่มีความจำเป็นน้อยหรืออาจมีการฉ้อฉลได้ง่าย การจัดระบบเครือข่ายผู้ให้บริการตลอดจนการวางมาตรฐานด้านคุณภาพ การสร้างระบบตรวจสอบที่ช่วยในการจัดการการใช้บริการและการประกันคุณภาพของการบริการ และการปรับเปลี่ยนองค์กรที่รับผิดชอบด้านการบริหารจัดการให้อยู่ในรูปแบบที่มีความคล่องตัว ทั้งนี้การเปลี่ยนผ่านจากระบบปัจจุบันไปเป็นระบบใหม่อย่างเต็มรูปแบบจะใช้เวลาประมาณ 3 ปี เพื่อให้มีเวลาในการพัฒนาส่วนที่ขาดในระบบให้สมบูรณ์และให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้มีโอกาสในการปรับตัวสู่ระบบใหม่ได้

ฉะนั้น คณะที่ปรึกษาไม่ได้เล็งผลเลิศว่าข้อเสนอในการปฏิรูประบบสวัสดิการสุขภาพของข้าราชการครั้งนี้จะมีความสมบูรณ์ที่ไม่ต้องแก้ไขใดๆอีก จากประสบการณ์ในหลายๆประเทศพบว่า การปฏิรูปงานด้านหลักประกันสุขภาพเป็นการปรับปรุงที่ต่อเนื่อง จำเป็นต้องมีการกำกับติดตามและดำเนินงานแก้ไขปรับปรุงเป็นระยะๆไป

บทที่ 5

ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง

เพื่อให้การพัฒนาแนวทางปรับปรุงระบบสวัสดิการฯ ได้มีการพิจารณาประเด็นสำคัญอย่างรอบด้าน คณะที่ปรึกษาจึงได้จัดการสนทนากับกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากการปรับปรุงระบบจำนวน 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) กลุ่มข้าราชการและข้าราชการบำนาญซึ่งทำการคัดเลือกมาจากส่วนราชการต่างๆ ในส่วนกลางตามสัดส่วนระดับชั้นของข้าราชการ จำนวนรวม 20 คน ได้ทำการสนทนากับกลุ่มนี้รวมสองครั้ง (2) กลุ่มผู้ให้บริการภายใต้สังกัดของส่วนราชการต่างๆ และตัวแทนของสมาคมโรงพยาบาลเอกชน และ (3) กลุ่มผู้บริหารของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สำหรับสองกลุ่มหลังนี้คณะที่ปรึกษาได้จัดการสนทนาขึ้นกลุ่มละครั้ง

คณะที่ปรึกษาได้ประมวลทัศนะและความเห็นต่อแนวทางการปรับปรุงระบบสวัสดิการประเด็นต่างๆ และได้้นำประเด็นสำคัญประกอบการพิจารณาจนเป็นแผนการดำเนินงานขั้นที่จะเสนอต่อกระทรวงการคลัง อีกทั้งยังได้ประโยชน์ในการประมวลประเด็นคำถามที่กระทรวงการคลังสามารถใช้เตรียมสร้างความเข้าใจแก่กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในลำดับต่อไปด้วย

5.1 กลุ่มผู้มีสิทธิประโยชน์

ในการสนทนา คณะที่ปรึกษาได้แจ้งถึงความจำเป็นและวัตถุประสงค์โดยสรุปคือ โครงการ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องในอัตราสูงถึงกว่าร้อยละ 15 ต่อปีและพบว่ามีการเบิกจ่ายที่ไม่เหมาะสม เช่น การเบิกจ่ายเท็จ การเรียกเก็บค่าบริการที่มากเกินไป การตรวจสอบสุขภาพที่ข้าราชการไม่ได้รับประโยชน์เท่าที่ควร ประเด็นคือ จะดำเนินการปรับปรุงระบบสวัสดิการรักษายาบาลฯ ปัจจุบันให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นได้อย่างไร โดยกำกับให้บริการที่ได้รับมีคุณภาพมาตรฐานและตอบสนองความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ภายใต้วงเงินงบประมาณที่จำกัด (ประมาณ 15,000-16,000 ล้านบาทต่อปี) ทั้งนี้หลักการสำคัญของการปฏิรูปคือ ไม่ลดรอนสิทธิของข้าราชการ คือ สิทธิด้านบุคคลที่จะได้รับสิทธิสวัสดิการรักษายาบาล เช่น บิดามารดา บุตรธิดา เป็นต้น

กลุ่มสนทนาได้เข้าใจถึงบทบาทของกลุ่มก่อนตอบคำถามต่างๆ ประเด็นสำคัญได้การสนทนากับกลุ่มผู้มีสิทธิจำนวนสองครั้ง มีดังนี้

5.1.1 ชุดสิทธิประโยชน์ ของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ควรมีอะไรบ้าง?

กลุ่มผู้มีสิทธิข้อจำกัดที่จะทราบได้เองว่า บริการบางประการจะมีประโยชน์ต่อสุขภาพคุ้มค่าเพียงไร บริการที่เป็นประโยชน์อะไรบ้างที่ยังมิได้เป็นสิทธิประโยชน์ เช่น บริการ

เคลือบฟลูออไรด์ในเด็ก หรือวัคซีนที่จำเป็นต่าง ๆ เป็นต้น กลุ่มเห็นด้วยว่า การก่อประโยชน์คุ้มค่าควรเป็นลักษณะสำคัญของการกำหนดสิทธิประโยชน์ ดังนั้นระบบใหม่ควรมีการทบทวนชุดสิทธิประโยชน์โดยพิจารณาถึงความจำเป็นและประโยชน์ที่จะได้รับมากขึ้น จะทำให้ระบบมีประสิทธิภาพมากขึ้น

5.1.2 ระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่ข้าราชการต้องการ ควรเป็นอย่างไรบ้าง?

กลุ่มข้าราชการและข้าราชการบำนาญคาดหวังว่า ระบบสวัสดิการข้าราชการควรให้ความสะดวกมากขึ้นกว่าปัจจุบัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีผู้ป่วยนอกที่จำกัดให้ไปใช้บริการได้เฉพาะสถานพยาบาลรัฐเท่านั้น ซึ่งมีปัญหาความแออัด ต้องรอคิวนาน ไม่สะดวกและเสียเวลาเป็นวัน ๆ จึงทำให้ข้าราชการส่วนใหญ่พอใจที่จะไปใช้บริการที่คลินิกเอกชนหรือโรงพยาบาลเอกชนมากกว่า แม้จะเบิกไม่ได้ กลุ่มฯ เห็นว่า ควรปรับปรุงให้สามารถไปใช้บริการที่คลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชนได้ เพราะเห็นว่าสะดวกและมีบริการที่ตอบสนองความต้องการคนไข้ได้มากกว่า

กลุ่มฯ ยังท้วงติงถึงการเลือกปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมหรือขาดมาตรฐานในการให้บริการของผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข เพราะมักจะอำนวยความสะดวกและให้บริการแก่ญาติ หรือคนรู้จัก ดีกว่าข้าราชการทั่วไป เช่น การส่งยานอกบัญชีหลักแห่งชาติให้คนไข้มีการปฏิบัติที่ต่างกันในแต่ละโรงพยาบาล บางแห่งแพทย์ไม่ยอมเซ็นรับรอง หรือนัดให้คนไข้มารับหนังสือรับรองภายหลัง แม้จะจำเป็นต้องใช้ ซึ่งมีผลกระทบทำให้คนไข้ส่วนหนึ่งไม่ได้รับการบริการ และต้องแบกรับภาระเอง

กลุ่มฯ เห็นว่า ปัจจุบันผู้มีสิทธิยังขาดข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการใช้บริการ เช่น กรณีการไปใช้บริการนอกเวลาราชการ ต้องไปจ่ายค่าแพทย์ในราคาที่สูง แต่ทางโรงพยาบาลไม่ได้เปิดเผยค่าให้ทราบล่วงหน้า ทำให้เดือดร้อนเมื่อไปรับบริการแล้วต้องจ่ายเงินเพิ่ม

5.1.3 ระบบเบิกจ่ายเงินสวัสดิการรักษายาบาลปัจจุบันมีจุดอ่อนอะไรบ้าง?

- กรณีข้าราชการบำนาญที่ต้องมาเบิกค่ารักษายาบาลที่หน่วยงานที่ตนเองเกษียณอายุ ทำให้ไม่สะดวกและเสียค่าเดินทาง โดยเฉพาะข้าราชการบำนาญชั้นผู้น้อยหรือผู้ไม่มีญาติ
- การต้องสำรองเงินจ่ายค่ารักษายาบาลเมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยนอกก่อน แล้วมาเบิกคืนทำให้เดือดร้อนเนื่องจากบางครั้งค่ารักษาแพงและไม่มีเงินสำรองจ่าย โดยเฉพาะข้าราชการบำนาญได้รับความสะดวกน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ใช้สิทธิอื่น เช่น บัตรสปร.

- การจำกัดการไปใช้บริการที่โรงพยาบาลเอกชนที่จำกัดเขตตามวงเงิน หรือให้ใช้ได้เฉพาะกรณี เจ็บป่วยฉุกเฉินเท่านั้น แต่เจ้าหน้าที่การเงินซึ่งทำหน้าที่เบิกจ่ายเงินไม่สามารถตรวจสอบข้อเท็จจริงได้ ว่าจำเป็นหรือฉุกเฉินจริงหรือไม่
- มีข้าราชการบางคนที่มีพฤติกรรมชอบใช้บริการอย่างฟุ่มเฟือย และจะเบิกค่ารักษาพยาบาลเป็นประจำ ซึ่งส่วนใหญ่มักจะมีญาติเป็นแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล
- การรั่วไหลของการเบิกจ่ายที่ทุจริตแต่ถูกต้องตามระเบียบน่าเชื่อถือว่ามีอยู่จริง โดยความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลกับคนไข้หรือญาติผู้เบิก

5.1.4 กรณีของสวัสดิการฯในปัจจุบันที่ควรเบิกได้แต่เบิกไม่ได้ มีอะไรบ้าง?

ส่วนใหญ่ จะพบในกรณี ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่อง โดยยาส่วนใหญ่จะมีราคาสูงและเป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ หรืออื่นๆ ซึ่งแพทย์ผู้รักษาจะต้องเซ็นรับรอง ส่วนหนึ่งพบว่า มักจะเบิกไม่ได้ เพราะแพทย์ไม่ยอมเซ็นรับรองหรือบางทีแพทย์ประจำตัวไม่อยู่ไปต่างประเทศ แพทย์คนอื่นจะไม่ยอมเซ็นรับรองแทน แต่หากสนิทสนมกับแพทย์มักจะไม่มีปัญหา ซึ่งทำให้การเบิกสวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการมีความเหลื่อมล้ำกัน

5.1.5 ประกันสุขภาพเอกชนควรเข้ามามีบทบาทในการจัดสวัสดิการรักษายาพยาบาลอย่างไร?

กลุ่มข้าราชการที่เข้าร่วมสนทนาล้วนได้ทำประกันสุขภาพกับเอกชนด้วยโดยพ่วงกับประกันชีวิต และคิดว่าจะนำระบบประกันชีวิตมาใช้ปรับปรุงระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาล แต่จำนวนหนึ่งไม่มั่นใจว่าระบบประกันเอกชนจะมีประสิทธิภาพ เพราะมีวัตถุประสงค์คือกำไรมากกว่าที่จะให้ผลประโยชน์สูงสุดแก่ผู้มีสิทธิ แรงจูงใจในการควบคุมค่าใช้จ่ายของธุรกิจเอกชนอาจมีผลกระทบต่อข้าราชการ โดยเฉพาะกลุ่มข้าราชการบำนาญหรือผู้ที่มีโรคประจำตัวอยู่จะถูกระบบประกันเอกชนคัดกรองแยกออกไปหรือไม่และเลือกรับเฉพาะผู้ที่มีสุขภาพดี และมีความเสี่ยงต่ำเข้ามาในระบบ ยังมีคำถามว่า จะได้รับความคุ้มครองจากกรณีที่บริษัทเอกชนเอาเปรียบได้อย่างไร

5.1.6 ความคิดเห็นต่อมาตรการในการควบคุมค่าใช้จ่ายของกรมบัญชีกลางในปัจจุบัน

ตัวแทนกลุ่มข้าราชการเห็นว่าการปรับปรุงระบบสวัสดิการฯที่เคยออกมาตรการมา มีผลกระทบต่อข้าราชการมาก แต่ไม่มีการประชาสัมพันธ์เท่าที่ควร รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงสิทธิประโยชน์ที่ให้ข้าราชการเบิกค่าอวัยวะเสริมหรืออวัยวะเทียมต่างๆที่เพิ่งออกมาใหม่ ทำให้ข้าราชการไม่ได้รับทราบสิทธิดังกล่าวเสียโอกาสไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มข้าราชการบำนาญ เพราะเข้าถึงข้อมูลเหล่านั้น

5.1.7 สิทธิประโยชน์ใดที่แพงแพงมากที่สุด หรืออยากได้มากที่สุด?

ที่ประชุมส่วนใหญ่เห็นว่าสิทธิที่มีอยู่ที่แพงแพงมากที่สุด ได้แก่

1. สิทธิการใช้ห้องพิเศษควรมีการปรับอัตราการเบิกค่าห้องพิเศษ ให้สอดคล้องกับราคาห้องที่เป็นจริงในปัจจุบัน และพบว่าอัตราค่าห้องของแต่ละโรงพยาบาลเรียกเก็บแตกต่างกันมาก
2. ให้ใช้บริการที่คลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชนได้โดยเฉพาะกรณีผู้ป่วยนอก การอนุญาตให้ใช้เฉพาะกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินบางครั้งพบว่าไม่ได้เจ็บป่วยฉุกเฉินจริงแต่ต้องมาทำให้เบิกได้
3. สถานบริการรัฐทุกระดับควรมีการปรับปรุงคุณภาพบริการ รวมทั้งจัดให้มีคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกแห่ง ควรจัดช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุ และควรมีอุปกรณ์เครื่องมือ และยาที่จำเป็นทั้งในและนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ
4. จำนวนวันนอนในห้องพิเศษของโรงพยาบาลควรจัดระบบให้สมเหตุสมผลและสะดวกต่อการปฏิบัติ ควรแยกระหว่างการเจ็บป่วยทั่วไป และโรคเรื้อรัง เนื่องจากมีความจำเป็นต่างกัน ในปัจจุบันกำหนดไว้เท่ากันคือ 13 วัน นอกจากนี้การกำหนดให้ต้องมีคณะกรรมการแพทย์ของโรงพยาบาลรับรอง หากจำเป็นต้องนอนนานมากกว่า 13 วัน มีความยุ่งยากในทางปฏิบัติมาก
5. ระบบการเบิกจ่ายเงินควรให้โรงพยาบาลเป็นผู้เบิกเองไม่ต้องให้สำรองจ่ายเงินก่อน เนื่องจากข้าราชการผู้น้อยหรือข้าราชการบำนาญส่วนใหญ่ไม่มีเงินสำรองจ่ายเพียงพอหากมีโรคเรื้อรัง และเป็นการเพิ่มขั้นตอนการทำงานโดยไม่จำเป็น นอกจากนี้ การใช้บริการคลินิกนอกเวลาราชการ ไม่ควรจะต้องจ่ายค่าแพทย์เพิ่มอีก เพราะไม่เสียเวลาราชการ รัฐบาลก็ได้ประโยชน์
6. ควรกำหนดอัตราราคากลางค่ารักษาพยาบาล ค่าบริการตรวจวินิจฉัยโรคต่างๆ ให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งในโรงพยาบาลของเอกชนและรัฐ ให้สมเหตุสมผลและเป็นธรรม
7. บริการตรวจร่างกายประจำปีควรให้เบิกได้ตามที่จ่ายจริง
8. ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ควรเบิกค่าจ้างพยาบาลพิเศษได้

5.1.8 สิทธิประโยชน์ใดในปัจจุบันที่เห็นว่ามีประโยชน์น้อยและอาจตัดออกได้?

ส่วนใหญ่เห็นว่าสิทธิประโยชน์ปัจจุบันไม่ควรถูกตัดออกเพราะมีน้อยอยู่แล้ว แต่มีความเห็นที่แตกต่างกันเรื่องสิทธิประโยชน์เกี่ยวกับการตรวจสุขภาพประจำปี โดยส่วนหนึ่งเห็นว่าที่ผ่านมาสิทธิประโยชน์น้อย ขณะที่อีกส่วนหนึ่งเห็นว่ายังมีประโยชน์อยู่มากโดยเฉพาะในกลุ่มข้าราชการบำนาญเพราะเป็นส่วนหนึ่งของการป้องกันและตรวจคัดกรองโรคตั้งแต่ระยะเริ่มแรก

และเห็นว่าควรปรับปรุงข้อกำหนดการตรวจสุขภาพประจำปี ให้สอดคล้องกับความจำเป็น เพื่อให้การตรวจสุขภาพมีประโยชน์มากที่สุด เนื่องจากปัจจุบันค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพประจำปีสูงมากแต่เบิกได้น้อย และโรงพยาบาลบางแห่งถือโอกาสส่งตรวจชั้นสูตรโรคต่างๆที่ไม่จำเป็นและเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยน้อย

5.1.9 การประชาสัมพันธ์ ให้ข้าราชการทราบเกี่ยวกับสวัสดิการรักษายาบาลและสิทธิประโยชน์

ข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญส่วนใหญ่ไม่มีโอกาสได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับระเบียบสวัสดิการรักษายาบาลและสิทธิประโยชน์ รวมทั้งเรื่องมาตรการต่างๆที่มีการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากไม่มีการประชาสัมพันธ์เท่าที่ควรจากกรมบัญชีกลาง เช่น กรณี การใช้บัญชียาหลักแห่งชาติ หรือประกาศกรมบัญชีกลางเรื่องอัตราค่าอวัยวะเสริมหรืออวัยวะเทียมที่เบิกได้ เป็นต้น และข้าราชการบำนาญเป็นกลุ่มที่มีการรับรู้ที่น้อยที่สุด และเสนอให้มีคู่มือรวบรวมสิทธิประโยชน์ของข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญที่เป็นปัจจุบัน หรืออาจจะมีสมุดพกสำหรับข้าราชการแต่ละคน รวมทั้งจัดให้มีการจัดประชุมสัมมนาข้าราชการในเรื่องดังกล่าวทุกปี

5.1.10 ความเห็นต่อข้อเสนอของคณะที่ปรึกษาในการปฏิรูประบบสวัสดิการฯ

ข้อเสนอที่ให้ไปใช้บริการที่เอกชนได้ทั้งในกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เป็นที่ได้รับการยอมรับและพอใจของกลุ่มข้าราชการมาก แม้จะต้องไปเลือกขึ้นทะเบียนกับเครือข่ายโรงพยาบาลเฉพาะแห่งก็ตามเนื่องจากตนเองสามารถเป็นผู้เลือกได้เอง แต่ก็มีบางกังวลว่า ข้าราชการอาจได้รับบริการที่จำกัดและไม่ครอบคลุม หรือต่อคุณภาพ หากสถานพยาบาลที่เลือกลงทะเบียนไม่มีความพร้อมด้านเครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น รวมทั้งแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และข้าราชการอาจไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง หากไม่มีการจัดระบบเครือข่ายการให้บริการและระบบการส่งต่อที่ดี ดังนั้นกรมบัญชีกลางต้องมีระบบการตรวจสอบและควบคุมมาตรฐานสถานพยาบาลซึ่งข้าราชการเลือกลงทะเบียน

การกำหนดให้ข้าราชการมีการจ่ายเงินสมทบเมื่อไปใช้บริการ มีข้อดีคือเพื่อให้ข้าราชการมีส่วนร่วมรับผิดชอบเมื่อใช้บริการ และเห็นความสำคัญของการดูแลรักษาและส่งเสริมสุขภาพของตนเองให้แข็งแรง แต่ข้าราชการส่วนหนึ่งไม่เห็นด้วยเนื่องจากคิดว่าสิทธิประโยชน์ด้านการรักษายาบาลเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาจ้าง ที่ทำให้ข้าราชการยอมรับเงินเดือนค่าจ้างในอัตราที่ต่ำกว่าเงินเดือนภาคเอกชน จึงไม่ควรจะให้จ่ายสมทบอีก

หากจะเพิ่มเงินเดือนให้ข้าราชการแล้วไม่ต้องมีสวัสดิการรักษายาบาล ก็เพิ่มสวัสดิการรักษายาบาลให้แล้วลดเงินเดือน ข้าราชการส่วนหนึ่งไม่แน่ใจว่าเป็นมาตรการที่เหมาะสม กรณีที่จะให้ข้าราชการรับผิดชอบดูแลตนเองด้านสุขภาพโดยรัฐจ่ายเงินให้ข้าราชการในส่วนนี้เพิ่มขึ้น ควรจ่ายในอัตราที่แตกต่างกันตามกลุ่มอายุและความเสี่ยงและให้รับผิดชอบเฉพาะ

กรณีการเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น ปวดหัวตัวร้อน เท่านั้น ส่วนการเจ็บป่วยใหญ่ๆ รัฐควรเป็นผู้ดูแลและควรพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะนำเงินสะสมในกองทุน กบข.มาใช้ประโยชน์เกี่ยวกับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

5.2 กลุ่มผู้ให้บริการ

กลุ่มผู้ให้บริการที่เข้าร่วมสนทนาคือผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปของกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยและกระทรวงอื่นๆ และตัวแทนสมาคมโรงพยาบาลเอกชน โดยวัตถุประสงค์ของการสนทนาคือต้องการฟังความคิดเห็นของกลุ่มผู้ให้บริการต่อแนวทางและตัวแบบที่ทางคณะที่ปรึกษาได้พัฒนาขึ้น เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมต่อไป และได้ชี้แจงหลักการตามที่เสนอไว้ในตอนต้นของบทที่ 4 และได้เพิ่มประเด็นที่ว่าภาครัฐจะยังคงเป็นผู้จัดการระบบประกันสุขภาพอยู่

ในการสนทนากับกลุ่มผู้ให้บริการในภาพรวมแล้วผู้ให้บริการส่วนใหญ่ไม่เห็นขัดแย้งกับรูปแบบที่คณะกรรมการที่ปรึกษาเสนอ แต่ได้มีการตั้งประเด็นคำถามหลายประการในการดำเนินการให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ของการปฏิรูป ดังนี้

5.2.1 คำถามต่อระบบการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลและการตรวจสอบ

- กลุ่มมาได้หยิบยกปัญหาว่า ระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมปัจจุบันของสำนักงานประกันสุขภาพก็ยังมีปัญหาล่าช้าในการจ่ายเงิน หากระบบสวัสดิการข้าราชการนำไปใช้จะเกิดปัญหาเดิมหรือไม่
- สำหรับการตรวจสอบมีการตั้งข้อสังเกตว่ากรมบัญชีกลางมีภาระกิจอื่น ๆ อีกมากมายและไม่เคยทำบทบาทด้านนี้มาก่อนจะบริหารโครงการอย่างไรให้มีประสิทธิภาพ
- ผู้แทนโรงพยาบาลเอกชนตั้งคำถามว่า การตัดสิทธิโรงพยาบาลเอกชนมีผลให้ค่าใช้จ่ายลดลงได้มากน้อยเพียงใด และได้มีการตรวจสอบการเบิกของโรงพยาบาลรัฐหรือไม่ เพราะมีการเบิกในราคาที่แตกต่างกันมาก ค่ารักษายาบาลที่แพงที่สุดของบริการผู้ป่วยนอกอยู่ที่โรงพยาบาลสังกัดทบวงฯมิใช่โรงพยาบาลเอกชน
- โรงพยาบาลสังกัดทบวงฯ ไม่สามารถจำแนกงบประมาณที่ได้รับสำหรับด้านการรักษา การศึกษา และการวิจัย และทำให้ต้นทุนต่อหน่วยของโรงพยาบาลสังกัดทบวงฯ สูงกว่าโรงพยาบาลระดับอื่น ๆ จะมีแนวทางในการแก้ปัญหานี้อย่างไร

- สวัสดิการนี้เป็นแหล่งเงินรายได้ที่ไปสนับสนุนกลุ่มอื่นๆ ดังนั้น การปรับวิธีการจ่ายเงินเป็นแบบเหมาจ่ายรายหัวต้องมีการปรับต้นทุนต่อหน่วยของโครงการอื่นด้วยไมเช่นนั้นโรงพยาบาลรัฐจะลำบาก แนวทางที่จะปรับปรุงส่วนนี้มีอย่างไร
- กรณีฉุกเฉินในบริการทางการแพทย์นั้นมีความยากในการวัด และอาจมีปัญหการร้องเรียนกันได้ ดังนั้น การออกแบบระบบให้มีความยืดหยุ่นพอสมควรจะเป็นไปในรูปใด

5.2.2 โครงสร้างการบริหารจัดการระบบใหม่

- มีประเด็นคำถามเกี่ยวกับโครงสร้างองค์กรที่จะทำหน้าที่บริหารโครงการให้มีประสิทธิภาพตลอดจนบทบาทหน้าที่ และตั้งข้อสงสัยต่อศักยภาพของกรมบัญชีกลางที่จะมาทำหน้าที่ดังกล่าว เนื่องจากที่ผ่านมากรมบัญชีกลางก็เหมือนหน่วยงานรัฐอื่นคือไม่มีการลงทุนด้านระบบการตรวจสอบ ดังนั้นก่อนที่จะมีการเปลี่ยนแปลงในอีกสองปีข้างหน้า อย่างน้อยในช่วงระยะต้นควรต้องมีการพัฒนาระบบต่างๆ เช่น การตรวจสอบความเหมาะสมการใช้บริการ นอกจากนั้นต้องพิจารณาในภาพรวมด้วยหากต้องการให้ประชาชนทุกคนมีหลักประกันสุขภาพ และต้องการให้ระบบโปร่งใสมากที่สุด

5.2.3 การจ่ายแบบเหมาจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยนอก

- ผู้แทนส่วนหนึ่งเห็นว่า การเหมาจ่ายรายหัวนั้นต้องมีการเลือกชั้นทะเบียนและจำกัดเสรีภาพในการเลือกของข้าราชการ ตลอดจนไม่สอดคล้องกับบริบทปัจจุบันที่มีเสรีในการเลือกใช้บริการหรือไม่ แต่อีกส่วนหนึ่งก็เห็นด้วยกับแนวทางนี้
- การปรับอัตราเหมาจ่ายรายหัวด้วยอายุอย่างเดียวขาดความเหมาะสม เนื่องจากมีความแตกต่างกันมากของการใช้บริการและค่าใช้จ่ายระหว่างคนที่มีโรคและไม่มีโรค และคนที่มีโรคประจำตัวจะเลือกไปใช้บริการที่สถานพยาบาลที่รักษาได้ทำให้ไม่เป็นธรรมกับสถานพยาบาลเหล่านี้ เช่น ในระบบประกันสังคมมีการกันผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวออกไป จะแก้ไขอย่างไร

5.2.4 การจัดสรรเงินแบบเหมาจ่ายยอดรวมสำหรับบริการผู้ป่วยใน

การจัดสรรเงินให้โรงพยาบาลสำหรับบริการผู้ป่วยในแบบงบประมาณยอดรวม โดยใช้เกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมกัน มีความพร้อมของระบบข้อมูลเพียงพอ และจำเป็นต้องมีการประชาสัมพันธ์ให้โรงพยาบาลได้มีระยะเวลาในการเตรียมระบบพอสมควร

ข้อสังเกตเพิ่มเติมที่กลุ่มผู้แทนหยิบยกขึ้นและได้มีการอธิบายจากคณะที่ปรึกษา ได้แก่

- ต้องมีมาตรฐานของระบบชุดข้อมูลการให้บริการของโรงพยาบาลเพื่อให้สามารถนำมาใช้ได้ในทุกงาน และในทุกระบบสวัสดิการและประกันสุขภาพ
- สำหรับโปรแกรมและเครื่องคอมพิวเตอร์นั้นโรงพยาบาลจะใช้แบบไหนก็ได้แต่ต้องมีมาตรฐานข้อมูลร่วมกัน
- ฐานข้อมูลผู้ป่วยในที่จะนำมาใช้จัดกลุ่มตามความรุนแรงของโรค โรงพยาบาลต่างๆได้ส่งข้อมูลชุดเดียวกันให้กับประกันสังคม และสำนักงานประกันสุขภาพ อยู่แล้ว จึงมิได้เป็นการเพิ่มภาระแก่สถานบริการแต่ประการใด
- การพัฒนาข้อมูลกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม จะมีผลดีต่อระบบข้อมูลการป่วยของโรงพยาบาล ซึ่งสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผน ประเมินผล และงานอื่นๆ อีกมาก

5.3 หน่วยงานนโยบายของรัฐ

ได้มีการนำเสนอข้อเสนอของคณะที่ปรึกษาแก่ผู้แทนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้แทนจากสำนักงานงบประมาณ สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ซึ่งผู้ที่เข้าร่วมสนทนาล้วนส่วนใหญ่มิได้แสดงความเห็นด้วยหรือคัดค้านข้อเสนอ แต่เป็นการซักถามในรายละเอียดและตั้งข้อสังเกต ทั้งหมดโดยผู้แทนจากสำนักงานงบประมาณ คำถามที่ตั้งกับคำตอบที่คณะที่ปรึกษาให้ไว้สรุปได้ดังนี้

5.3.1 ผลของมาตรการที่เสนอต่อการควบคุมค่าใช้จ่ายและอัตราเพิ่ม

- ขณะนี้ยังไม่สามารถตอบคำถามนี้ได้อย่างมั่นใจ เนื่องจากขาดข้อมูลที่จำเป็นอย่างมาก ในปีที่ผ่านมา กรมบัญชีกลางต้องขออนุมัติเงินเพิ่มจากงบกลางเพื่อนำมาใช้จ่ายในโครงการทุกปี และขณะนี้ไม่มีข้อมูลสนับสนุนเพียงพอที่จะคาดการณ์วงเงินค่าใช้จ่ายได้ถูกต้อง
- แต่หากเทียบเคียงกับอัตราการเพิ่มก่อนวิกฤตเศรษฐกิจแล้ว หากไม่มีการปรับปรุงระบบในระยะยาวแล้วอัตราการเพิ่มอาจกลับไปสู่ระดับร้อยละ 10 ต่อปีหรือมากกว่าอย่างที่เคยเป็นมาก็ได้ โดยเบื้องต้นคาดว่า ค่าใช้จ่ายปีล่าสุดนี้จะสูงกว่าปีที่ผ่านมาราว 1,500 ล้านบาท

5.3.2 จะพัฒนาระบบการตรวจสอบให้มีประสิทธิภาพและครอบคลุมอย่างไร ?

- ระบบการตรวจสอบในปัจจุบันที่มีการตรวจสอบหลักฐานการเบิกจ่ายด้านการเงินอย่างเดียวยังไม่เพียงพอ เนื่องจากขาดผู้ตรวจสอบที่มีความรู้ทั้งด้านการแพทย์ทำ

ให้ไม่สามารถเข้าถึงหลักฐานข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นข้อจำกัดที่สำคัญของโครงการ

- ข้อเสนอของระบบการตรวจสอบรูปแบบใหม่ที่จะนำมาใช้ในโครงการจะครอบคลุมทั้งในด้านการเงินซึ่งจะมีฐานข้อมูลผู้มีสิทธิ กับด้านคุณภาพการรักษาพยาบาลจากข้อมูลกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมและการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วย และการใช้บัญชียา และราคาที่กำหนด

5.3.3 ผลกระทบต่อคุณภาพการให้บริการ

- การปฏิรูประบบครั้งนี้อาศัยมาตรการ 4 ลักษณะในการควบคุมคุณภาพ ได้แก่
 - (1) ระบบการจ่ายเงินเป็นกลไกหลักในการประกันคุณภาพบริการ กล่าวคือพยายามจ่ายเงินด้วยเงื่อนไขที่แพทย์หรือสถานพยาบาลมีแรงจูงใจที่จะให้บริการตามบรรทัดฐานของหลักวิชาชีพ และพยายามตัดแรงจูงใจที่ผูกการเลือกบริการและเทคโนโลยีไว้กับรายได้ของสถานพยาบาล
 - (2) การตรวจสอบจะเป็นอีกมาตรการหนึ่งที่จะควบคุมคุณภาพการให้บริการของสถานพยาบาลต่างๆ รูปแบบใหม่จะมีผู้มีความรู้ทางการแพทย์มาเป็นผู้ตรวจสอบหลักฐานการเบิกจ่ายเงิน และมีการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ
 - (3) ให้ผู้มีสิทธิสามารถเลือกขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลได้ปีละครั้งเป็นการกระตุ้นให้ผู้มีสิทธิคอยตรวจสอบคุณภาพบริการด้วยอีกทางหนึ่ง
 - (4) มาตรการปรับปรุงระบบรับเรื่องร้องทุกข์จากผู้มีสิทธิ

5.3.4 ความคุ้มค่าของค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการที่จะเพิ่มขึ้น

- มีความจำเป็นต้องลงทุนเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ในปัจจุบันหน่วยงานบริหารทำหน้าที่เพียงการเบิกจ่ายเงินตามที่หน่วยงานต่างๆขอเบิกมา โดยไม่มีข้อมูลสำหรับการตัดสินใจ ไม่ว่าจะเป็นจำนวนผู้มีสิทธิที่ต้องดูแล ข้อเท็จจริงการเจ็บป่วยกับหลักฐานการเบิกจ่าย และมีข้อมูลจากงานวิจัยว่า หากคิดเฉพาะบริการการรักษาในโรงพยาบาลแต่ละปีมีจำนวนเงินที่สูญเสียไปจากการด้อยประสิทธิภาพของระบบงานปัจจุบันถึงประมาณ 1,500-2,000 ล้านบาท สาเหตุส่วนหนึ่งคือขาดการลงทุนค่าบริหารจัดการซึ่งปัจจุบันอยู่ในระดับ 80 ล้านบาทต่อปี (เพียงร้อยละ 0.5 ของยอดค่าใช้จ่ายทั้งหมด)
- ข้อเสนอของคณะที่ปรึกษา ได้คาดการณ์ว่าจะใช้เงินค่าบริหารจัดการประมาณร้อยละ 5 - 7 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานสากลและต่ำกว่าข้อเสนอของบริษัทเอกชนที่

เสนอไว้สูงถึงร้อยละ 10 อย่างไรก็ตาม ค่าใช้จ่ายในการลงทุนพัฒนาระบบงาน จะสูงในปีต้น ๆ ของการดำเนินงานเท่านั้น

- การลงทุนในระยะแรก ส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องการจัดตั้งศูนย์สารสนเทศ เพื่อเตรียมการรองรับข้อมูลการเจ็บป่วยและการเรียกเก็บเงินจากสถานพยาบาลต่าง ๆ และจัดทำฐานข้อมูลผู้มีสิทธิในโครงการ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะใช้ในการบริหารงบประมาณ คาดการณ์เพดานวงเงินงบประมาณในแต่ละปี

5.3.5 ผลลัพธ์ต่อระบบประกันสุขภาพในภาพรวม

- หากสามารถดำเนินการได้ตามแนวทางการปฏิรูปนี้ก็น่าที่จะสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ตามวัตถุประสงค์ ย่อมจะเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อระบบบริการสุขภาพในภาพรวมของประเทศ และการลดความเหลื่อมล้ำทางด้านงบประมาณกับระบบประกันสุขภาพอื่นๆ รวมทั้งเป็นหน่วยงานตัวอย่างที่มีรูปแบบการบริหารจัดการโครงการที่มีประสิทธิภาพ สามารถอาศัยประสบการณ์จากโครงการนี้สำหรับขยายการประกันสุขภาพไปสู่ประชาชนกลุ่มอื่นด้วย

บรรณานุกรม

- จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และวิรัช เกษมทรัพย์, การประกันสุขภาพภาคเอกชน: ประสบการณ์ของต่างประเทศ รายงานวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, กุมภาพันธ์ 2542
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ, ชุดโครงการวิจัยการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการ ระยะที่ 2 2540-2541
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, นวลอนันต์ ดันติเกตุ, ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์ (2542) การสำรวจการเจ็บป่วย และการใช้บริการทางการแพทย์ ของข้าราชการ, ข้าราชการบำนาญ และบุคคลในครอบครัว ในสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ พ.ศ. 2538 กรุงเทพฯ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข รายงานการวิจัย
- ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย และคณะ, การศึกษาความเป็นไปได้และทางเลือกของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กุมภาพันธ์ 2543
- สุภาณี สุรเสียงสังข์, ประกันสุขภาพภาคเอกชนในประเทศไทย รายงานวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ตุลาคม 2541
- รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540
- พระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ. 2496 (แก้ไขเพิ่มเติมถึงฉบับที่ 9 พ.ศ. 2523)
- พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการเมืองพัทยา พ.ศ. 2521 (แก้ไขเพิ่มเติมถึงฉบับที่ 2 พ.ศ. 2534)
- พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2528 (แก้ไขเพิ่มเติมถึงฉบับที่ 2 พ.ศ. 2534)
- พระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 (และฉบับแก้ไขเพิ่มเติมฉบับที่ 2 พ.ศ. 2538)
- พระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. 2540
- พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542

Abby L. Bloom (2000) Health Reform in Australia and New Zealand. OUP; Singapore

Allsop, J. (1998) Health Policy and the NHS Towards 2000. London : Longman.

Clinton, M. and Scheiwe, D. (1995). Management in the Australian Health Care Industry. Harper Colins : NSW.

- Deeble, J. (1986). Comment on the Economics and Financing of Hospitals in Australia. The Australian Economic Review. 3rd Quarter. pp. 73-4.
- Department of Health. (1989) Working for Patients. London : DOH.
- Department of Health.(1997) The New NHS : Modern, Dependable. London : HMSO.
- Ham, C. (1999) Innovations in Organization of Health Service Delivery, Country Case Study: The United Kingdom. Paper prepared for The World Bank.
- Harrison, A. (1998) Health Care UK 1997/98. London : King's Fund
- HFMA. (1998) Introductory Guide to NHS Finance in the UK. London : HFMA.
- Holliday, I. (1995) The NHS Transformed. Manchester : Baseline Books.
- JICWELS (1998) Textbook for The 8th Study Programme for the Asian Social Insurance Administrators, 29 September – 13 October 1998, Tokyo, Japan
- JICWELS (1999) Textbook for The 8th Study Programme for the Asian Social Insurance Administrators, 27 September – 8 October 1999, Tokyo, Japan
- Kutzin Joseph (1995) Experience with organizational and financing reform or the health sector. Division of Strengthening of Health Services, Geneva: WHO.
- Kutzin Joseph (1998) Enhancing the Insurance Function of Health System: a Proposed Conceptual Framework. A paper presented in the international seminar on health care reform. 15-17 March 1998 Bangkok Thailand.
- Mills A. (1996) Improving The Efficiency of Public Sector Health Services In Developing countries: Bureaucratic Versus Market Approaches, London School of Hygiene & Tropical Medicine.
- Ministry of Health and Aged Care. (1999). Payment and Funding by Casemix. Information from the Internet at <http://www.health.gov.au/>
- Ministry of Health and Aged Care. (1999). Reforming the Australian Health Care System : The Role of
- Ministry of Health and Welfare of Japan (1998) Annual Report on Health and Welfare 1996-1997, Japan
- Organization for Economic Co-operation and Development (1995) New direction in health care policy. Paris: OECD.

- Palmer, G.R. and Short, S.D. (1996). Health Care and Public Policy : An Analysis. 2nd MacMillan : Melbourne.
- Phua, KH (1998) Achieving universal coverage of health care through appropriate use of insurance and other financing methods. Paper presented in an international workshop "Path to achieve universal coverage for health care through health insurance: experiences from middle and upper-income countries".15-17 March 1998 Bangkok Thailand.
- Ranade, W. (1997) a future for the NHS? Health Care for the Millennium. London : Longman.
- Robinson, R., Grand, J. (1994) Evaluating the NHS Reform. London : King's Fund.
- Salmon R. (1995) Applying Planned Market Logic to Developing Countries' Health System: An Initial Exploration. Forum on Health Sector Reform. Discussion paper no. 4. Geneva: WHO.
- Spurgeon, P. (1998) The New Face of the NHS. London : The Royal Society of Medicine Press.
- Victoria, Health Department and the Victorian Hospital's Association. (1987). Diagnosis Related Groups. Health Department Victoria : Melbourne.
- White, T., Allen, D. (1996) The evolution of the NHS in Textbook of Management for Doctors. London: Churchill Livingstone.
- World Bank (1993) World Development Report 1993: Investing In Health, New York; Oxford University Press.
- World Bank (1997) Innovations in Health Care Financing; Proceedings of a World Bank Conference, March 10-11, 1997, Washington.
- World Health Organization (1993) Evaluation of Recent Changes in The Financing of Health Services. Geneva: WHO
- WHO (2000) The World Health Report 2000. Health Systems: Improving performance. Geneva: WHO.

รายชื่อคณะที่ปรึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิ และคณะทำงาน

ภาคผนวก 2

นิยามศัพท์ (Glossary)

การจ่ายแบบล่วงหน้า (Prospective payment)

หมายถึง การจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลโดยมีการกำหนดเงื่อนไขและปริมาณบริการ รวมทั้งอัตราค่าบริการล่วงหน้า โดยวิธีการจ่ายแบบนี้จะสามารถกำหนดเพดานงบประมาณที่ต้องใช้ได้ และจะมีการจ่ายล่วงหน้าให้กับสถานพยาบาล และมีการทำสัญญากับสถานพยาบาลแต่ละแห่ง โดยสถานพยาบาลต้องรับผิดชอบการให้บริการตามเงื่อนไขที่กำหนดและส่งข้อมูลการให้บริการให้กับหน่วยงานที่จ่ายเงิน เพื่อตรวจสอบคุณภาพบริการและค่าใช้จ่าย เช่น การจ่ายแบบอัตราเหมาจ่ายรายหัว การจัดสรรให้ตามเพดานงบประมาณรวม เป็นต้น

การเบิกจ่ายย้อนหลัง (Retrospective reimbursement)

หมายถึงการจ่ายค่าบริการให้กับสถานพยาบาลย้อนหลังตามปริมาณบริการและราคาที่เรียกเก็บ โดยอาจมีการกำหนดอัตราค่าบริการเป็นรายบริการหรือรายโรค หรืออาจไม่มีการกำหนดอัตราค่าบริการ โดยวิธีการจ่ายแบบนี้ไม่สามารถกำหนดเพดานงบประมาณที่ต้องการใช้ได้เนื่องจากจะเป็นไปตามปริมาณบริการและค่าใช้จ่ายที่ให้ในผู้ป่วยแต่ละราย

การจ่ายแบบอัตราเหมาจ่ายรายหัว (Capitation)

หมายถึงการจ่ายให้กับสถานพยาบาลเพื่อรับดูแลผู้มีสิทธิแต่ละคนที่มาขึ้นทะเบียนเลือกสถานพยาบาลนั้นๆ ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เช่นหนึ่งปี ในอัตราเหมาจ่ายรวมล่วงหน้าที่ตกลงกัน ซึ่งในกรณีนี้ต้องมีการทำสัญญาระหว่างสถานพยาบาลและผู้จัดหลักประกัน โดยอาจเป็นการเหมาจ่ายรวมการดูแลการเจ็บป่วยในลักษณะที่ไม่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และหรือต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และต้องมีการเลือกขึ้นทะเบียนของผู้มีสิทธิ

การจ่ายแบบอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่ปรับตามความเสี่ยง (Risk Adjusted Capitation)

หมายถึงการจ่ายให้กับสถานพยาบาลเพื่อรับดูแลผู้มีสิทธิแต่ละคนที่มาขึ้นทะเบียนเลือกสถานพยาบาลนั้นๆ ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เช่นหนึ่งปี ในอัตราเหมาจ่ายรวมล่วงหน้าที่ตกลงกัน ทั้งนี้อัตราเหมาจ่ายนั้นกำหนดตามความเสี่ยงของกลุ่มผู้มีสิทธิ เช่นปรับตามกลุ่มอายุ เพศ การมีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง เป็นต้น อาจครอบคลุมทั้งในกรณีบริการผู้ป่วยนอก และหรือบริการผู้ป่วยใน

การจ่ายตามปริมาณบริการย้อนหลัง (Retrospective Fee-for-service payment)

หมายถึงการจ่ายย้อนหลังให้กับสถานพยาบาลตามปริมาณบริการและราคาค่าบริการ โดยอาจมีการกำหนดอัตราค่าบริการล่วงหน้าหรือไม่ก็ตาม

การจ่ายอ้างอิงตามราคาที่กำหนด (Fee schedule, price list)

หมายถึง การจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลหรือผู้มีสิทธิในลักษณะตามปริมาณบริการและอัตราราคาที่กำหนด ซึ่งในกรณีนี้จะมีการกำหนดอัตราค่าบริการล่วงหน้าที่จะจ่ายให้กับสถานพยาบาลหรือเบิกจ่ายคืนให้กับผู้มีสิทธิ เช่น ราคายาที่ให้เบิกคืนได้ ราคาค่าบริการของหัตถการ การชันสูตรโรค การตรวจวินิจฉัย เป็นต้น

รายการยาชื่อสามัญ (Generic name)

หมายถึงชื่อทางเคมี ส่วนผสมที่สำคัญของตัวยานั้นๆ ไม่ใช่ชื่อที่ใช้เพื่อการค้า ทั้งนี้ยาชื่อสามัญตัวหนึ่งๆอาจมีชื่อทางการค้าได้หลายชื่อเมื่อพ้นระยะกำหนดลิขสิทธิ์ยาแล้ว เนื่องจากบริษัทอื่นๆสามารถผลิตออกมาจำหน่ายได้ ดังนั้นจะมีชื่อต่างๆกันตามจำนวนบริษัทที่ผลิตยานั้นๆออกมา และมีราคาที่แตกต่างกัน

การเบิกจ่ายค่ายาอ้างอิงตามรายการบัญชียาตามชื่อสามัญ และราคาที่กำหนด

หมายถึงการเบิกจ่ายค่ายาคืนให้กับผู้มีสิทธิ ตามบัญชีรายการยาที่กำหนด ซึ่งจะมีการจัดแบ่งบัญชีรายการยาเป็น บัญชีรายการยาหลักที่เบิกคืนได้หมดตามราคาชื่อสามัญที่กำหนด และบัญชีรายการยาเสริมที่อาจเบิกคืนได้บางส่วนของราคาที่กำหนด ทั้งนี้ในกรณีที่ใช้ยาชื่อทางการค้าและมีราคาสูงกว่าที่กำหนดผู้มีสิทธิต้องจ่ายส่วนเกินเอง

การจ่ายอ้างอิงตามราคาที่กำหนด โดยระบบคุปอง

หมายถึงการจ่ายให้กับสถานพยาบาลตามปริมาณและชนิดของบริการที่กำหนดไว้ในคุปองที่ได้รับ และจ่ายให้อัตราราคาอ้างอิงที่กำหนดไว้ล่วงหน้า ในข้อเสนอของคณะที่ปรึกษาจะจ่ายให้กับสถานพยาบาลสำหรับบริการตรวจสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ ตามวิธีนี้

การกำหนดเพดานงบประมาณ (Global budget)

หมายถึงการกำหนดเพดานงบประมาณที่จะต้องใช้ล่วงหน้าเช่นในหนึ่งปีล่วงหน้า และบริหารการจ่ายภายใต้ยอดงบประมาณที่กำหนด

ดัชนีส่วนผสมผู้ป่วย (Case mixed index)

หมายถึงดัชนีรวมที่บอกถึง ความซับซ้อนของผู้ป่วยและความจำเป็นต้องใช้ทรัพยากรในการให้บริการผู้ป่วยโดยรวมของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง ทั้งนี้จะมีการจัดกลุ่มผู้ป่วยตาม ชนิดและความรุนแรงของการเจ็บป่วยหรือโรคและความจำเป็นในการใช้ทรัพยากรในการให้บริการ แล้วนำมาคำนวณเป็นดัชนีรวมของแต่ละโรงพยาบาล

กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups)

หมายถึงการจัดกลุ่มของโรคและบริการของโรงพยาบาลที่ให้บริการกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยจะมีการรวมโรคและบริการที่มีการใช้ทรัพยากรใกล้เคียงกันเข้าเป็นกลุ่มเดียวกัน เช่น ตามจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล การผ่าตัด เป็นต้น สำหรับรายการจำนวนกลุ่มโรคนั้นขึ้นกับความละเอียดของการจัดของแต่ละประเทศที่ใช้ ตั้งแต่ 400 กว่ารายการไปจนถึงพันกว่ารายการ สำหรับของไทยที่มีการใช้ในขณะนี้ประมาณ 500 รายการ

การจ่ายตามราคากลางกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs)

หมายถึงการจ่ายตามชนิดของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของผู้ป่วยแต่ละรายที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยมีการกำหนดอัตราราคากลางของแต่ละกลุ่มโรคไว้ล่วงหน้า ทั้งนี้จะเป็นการจ่ายให้กับโรงพยาบาลในอัตราที่กำหนดต่อรายโดยมิได้คำนึงถึงทรัพยากรที่ใช้จริงในผู้ป่วยรายนั้นๆ

การจ่ายตามราคากลางสำหรับค่ารักษาพยาบาลเป็นรายโรค

หมายถึงการจ่ายตามราคาที่กำหนดสำหรับโรคและประเภทหัตถการในผู้ป่วยแต่ละราย ในกรณีนี้ต้องมีการจัดทำราคาสำหรับโรคและหัตถการแต่ละประเภท ซึ่งจะมีจำนวนหลายพันรายการ

**การจ่ายโดยกำหนดเพดานงบประมาณและจ่ายตามน้ำหนักสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม
(Global budget and allocating according to DRGs weights)**

หมายถึงการกำหนดเพดานงบประมาณที่ต้องใช้ไว้ล่วงหน้าในแต่ละปี และทำการจัดสรรให้กับบริการผู้ป่วยในของแต่ละโรงพยาบาลตามค่าผลรวมน้ำหนักสัมพัทธ์ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่คำนวณได้ของการให้บริการผู้ป่วยแต่ละรายของโรงพยาบาล ทั้งนี้อาจมีการจัดสรรให้เป็นงวดๆไปหรือจัดสรรให้ล่วงหน้าแล้วค่อยมาปรับเพิ่ม ลดทอนภายหลัง

ประสบการณ์ต่างประเทศในการจัดสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ¹

จากประสบการณ์ประเทศที่สามารถจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับประชาชน สวัสดิการรักษายาบาลของกลุ่มข้าราชการจะผนวกรวมเป็นอันหนึ่งอันเดียวกับระบบประกันสุขภาพของประเทศ ทั้งนี้อาจมีการแยกบริหารจัดการต่างหากหรือรวมเป็นระบบเดียวกันกับระบบประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้นกับรูปแบบและระบบของแต่ละประเทศ หากประเทศนั้นใช้ระบบสวัสดิการสังคมโดยใช้เงินจากระบบภาษีทั่วไป ก็มักไม่มีความแตกต่างกัน เช่นระบบสุขภาพแห่งชาติของอังกฤษ และออสเตรเลีย ใช้แหล่งเงินหลักจากภาษีและมีการเก็บภาษีสุขภาพ/เบี้ยประกันสุขภาพเพิ่มเติมจากนายจ้างและลูกจ้าง ส่วนประเทศที่ใช้ระบบประกันสังคมก็ขึ้นกับว่ากองทุนในการบริหารจัดการเป็นกองทุนเดียวหรือหลายกองทุน หากเป็นหลายกองทุนก็มีการบริหารจัดการแยกกัน แต่ทั้งหมดก็ต้องอยู่ภายใต้กฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติเหมือนกัน เช่น ระบบประกันสุขภาพของประเทศเยอรมนี ญี่ปุ่น เป็นต้น ในประเทศญี่ปุ่นสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการทั้งในส่วนกลาง ส่วนท้องถิ่นต่างก็มีกองทุนของตนเอง โดยแหล่งเงินมาจากทั้งนายจ้างคือรัฐบาลกลาง/ท้องถิ่น และตัวข้าราชการเอง สำหรับในสิงคโปร์นั้นให้ประชาชนดูแลตนเองเป็นหลัก โดยให้ครัวเรือนจ่ายเองสำหรับบริการผู้ป่วยนอก และการบังคับให้ออมสำหรับเป็นค่าใช้จ่ายในการใช้บริการของโรงพยาบาล และให้มีประกันภาคสมัครใจเสริมสำหรับบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง

บทบาทของประกันเอกชนในประเทศที่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่วนใหญ่แล้วจะจำกัดบทบาทของประกันเอกชนเป็นเพียงบทบาทเสริมหรือเติมให้เต็มจากระบบประกันสุขภาพแห่งชาติในลักษณะตามความสมัครใจ เช่น ในระบบประกันสุขภาพของอังกฤษ ออสเตรเลีย และญี่ปุ่น อาจมีเพียงบางประเทศที่อนุญาตให้ระบบประกันเอกชนเข้ามาจัดหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนแข่งกับภาครัฐ เช่นในระบบประกันสุขภาพของเยอรมนี แต่มีเงื่อนไขว่าหากเลือกจะทำประกันกับเอกชนแล้วจะกลับเข้ามาในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติอีกไม่ได้ สำหรับในสิงคโปร์นั้นเป็นข้อยกเว้นเนื่องจากเป็นระบบที่เน้นการให้ประชาชนรับผิดชอบสุขภาพของตนเองเป็นหลัก รัฐทำหน้าที่สนับสนุนด้านบริการแทน ในกรณีการเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูงก็ให้ซื้อประกันสุขภาพจากเอกชนเองโดยสมัครใจ

ในการบริหารจัดการระบบประกันหากเป็นระบบสวัสดิการ รัฐจะเป็นผู้บริหารจัดการเองในลักษณะกองทุนเดียว เช่น ระบบ National Health Services System (NHS) ของอังกฤษ และ Medicare ของออสเตรเลีย ส่วนระบบประกันสังคมที่มีการกระจายอำนาจให้องค์กรท้องถิ่นและองค์กรเอกชนเข้าร่วมจัดบริการภายใต้การกำกับของรัฐ การบริหารจัดการก็จะมีทั้งองค์กรรัฐในระดับชาติ องค์กรท้องถิ่น และองค์กรกลุ่มวิชาชีพต่างๆร่วมบริหารจัดการกองทุนของตนเอง

สำหรับรายได้ของกองทุนในกรณีระบบสวัสดิการก็จะมาจากภาษีที่รัฐบาลจัดสรรให้และจากรายได้จากการเก็บเบี้ยประกันหรือภาษีสุขภาพเสริมสำหรับการประกันสุขภาพ ส่วนในระบบประกันสังคมก็จะเป็นเบี้ยประกันเป็นหลักที่เก็บจากทั้งนายจ้างและลูกจ้าง แต่ก็มักต้องอาศัยเงินสนับสนุนจากรัฐบาลเสริม ทั้งนี้สิทธิประโยชน์ส่วนใหญ่คล้ายคลึงกันและครอบคลุมแบบรอบด้าน ทั้งในบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และด้านยา และบางส่วนของบริการทันตกรรม และทุกประเทศจะให้ประชาชนต้องมีส่วนร่วมจ่ายด้วยโดยเฉพาะค่ายา และบริการค่าห้องค่าอาหารในโรงพยาบาล สำหรับเงื่อนไขการให้บริการนั้น อังกฤษ ออสเตรเลีย และ

¹ นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์

สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

สิงคโปร์ประชาชนต้องไปใช้บริการที่คลินิกก่อนและหากได้รับการส่งต่อจากคลินิกก็จะไปใช้บริการที่โรงพยาบาลได้ ส่วนญี่ปุ่นนั้นประชาชนมีเสรีภาพในการไปใช้บริการที่ไหนก็ได้

สำหรับวิธีการจ่ายเงินให้กับผู้ให้บริการและสถานพยาบาลจะแตกต่างกันในแต่ละประเทศ และมีผลต่อภาระค่าใช้จ่ายที่ต่างกัน อังกฤษเลือกจ่ายค่าบริการให้กับโรงพยาบาลแบบงบประมาณยอดรวม และจ่ายให้กับคลินิกแบบเหมาจ่ายรายหัว ซึ่งพบว่าสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ดี แต่ก็มีปัญหาเรื่องความไม่พึงพอใจของผู้ให้บริการ ต้องมีระยะการรอนาน (long waiting list) ออสเตรเลียเลือกจ่ายค่าบริการให้กับคลินิก และโรงพยาบาลตามปริมาณบริการโดยมีการกำหนดอัตราค่าบริการที่สามารถเบิกได้และให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมจ่ายส่วนหนึ่ง ปัญหาที่พบคือภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว แต่ประชาชนพึงพอใจกับบริการที่ได้รับดี ในขณะนี้มีหลายรัฐได้นำกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมในการจ่ายให้กับโรงพยาบาล ญี่ปุ่นก็มีวิธีการจ่ายเงินค่าบริการให้กับผู้ให้บริการและโรงพยาบาลเช่นเดียวกับออสเตรเลีย และในขณะนี้กำลังพัฒนาการนำกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมมาจ่ายค่าบริการให้กับโรงพยาบาล สิงคโปร์ก็เช่นเดียวกันกับออสเตรเลียและญี่ปุ่น โดยสรุปหากเลือกจ่ายแบบตามปริมาณบริการจะมีการกำหนดควบคุมราคาหรืออัตราที่ให้อำนาจการเบิกได้จากระบบประกันสุขภาพ และทิศทางการพัฒนาเป็นไปในลักษณะของการจ่ายแบบเหมารวมตามรายป่วยมากขึ้นแทนที่จะเป็นการจ่ายตามปริมาณบริการ

ทุกประเทศที่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้ให้บริการจะเป็นในลักษณะผสมผสานระหว่างภาครัฐและเอกชน ส่วนใหญ่บริการปฐมภูมิคือคลินิกจะเป็นการจัดโดยภาคเอกชนเป็นหลัก ในขณะที่บริการในโรงพยาบาลมักเป็นของรัฐ เช่น อังกฤษ ออสเตรเลีย และสิงคโปร์ และมีการปฏิรูปให้เป็นโรงพยาบาลอิสระภายใต้การกำกับของรัฐ ยกเว้นในญี่ปุ่นโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นของเอกชน

ปัญหาหลักที่พบในประเทศที่จัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือ ภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและเพิ่มเร็วกว่ารายได้ประชาชาติ ทำให้เป็นภาระกับภาครัฐและระบบประกันสุขภาพ การเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายนั้นเกิดจาก การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้น วิทยาการทางการแพทย์ที่ก้าวหน้าและมีราคาแพงขึ้น ความคาดหวังและความต้องการบริการที่เพิ่มขึ้นของประชาชน ประกอบกับตลาดบริการสุขภาพนั้นไม่สมบูรณ์ผู้ให้บริการสามารถระดมทุนอุปสงค์ของบริการได้ ดังนั้นในทุกประเทศจะต้องมีมาตรการในการควบคุมค่าใช้จ่าย ทั้งการควบคุมปริมาณอุปทาน การควบคุมราคา การควบคุมทางอ้อมด้วยมาตรการจ่ายเงินแบบยอดรวมและจ่ายล่วงหน้าแทนที่จะจ่ายตามปริมาณบริการ และการให้ประชาชนต้องมีส่วนร่วมจ่ายด้วย สำหรับระบบของสิงคโปร์ที่ให้เป็นภาระความรับผิดชอบของประชาชนเองในการใช้บริการนั้นพบว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพค่อนข้างต่ำกว่าประเทศอื่นๆ แต่ก็เป็นภาระหลักภาระให้กับประชาชนรับผิดชอบเอง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบระบบประกันสุขภาพของประเทศต่างๆที่สามารถจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

	อังกฤษ	ออสเตรเลีย	ญี่ปุ่น	สิงคโปร์
1. ระบบการประกัน	ระบบสุขภาพแห่งชาติ(สวัสดิการ)	ระบบสุขภาพแห่งชาติ (สวัสดิการ)	ระบบประกันสังคม ทั้งแบบ community และ Employment based	ผสมผสาน; จ่ายเอง บังคับออม ประกันภาคสมัครใจและภาษี
2. แหล่งเงิน	%NHS 88, OTC drugs 8.4, ประกันเอกชน 3.6 (ปี 1989)	%รัฐกลาง 45.5 มลรัฐ 23.2, บุคคล+ประกันเอกชน 31.3	%รัฐ 32.2 เบี้ยประกัน 54 จ่ายร่วม 13.8 (ปี 1997)	%รัฐ 25 ประกันเอกชน 2 ที่เหลือจ่ายจากกระเป๋าครัวเรือนและบัญชีออมทรัพย์
3. ระบบสวัสดิการข้าราชการ	เป็นระบบเดียวกันกับระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ	เป็นระบบเดียวกันกับระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ	บริหารจัดการเอง MAAs แต่อยู่ภายใต้กฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติ	ภายใต้ระบบเดียวกันกับประชาชนทั่วไป (Medisave, Medishield, Medifund)
4. บทบาทประกันเอกชน	เป็นระบบเสริม 11% ประชากรมีประกันเอกชน	เป็นระบบเสริมจากระบบสุขภาพแห่งชาติ	เป็นระบบเสริม	เป็นระบบประกันสำหรับการเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง
5. วิธีการไหลของเงินไปยังองค์กรประกัน	- การจัดสรรจากรัฐบาลไปยัง NHS ใช้ประสบการณ์ในอดีต - NHS จัดสรรเงินไปแต่ละจังหวัดโดยใช้สูตรตามความจำเป็นด้านสุขภาพ	- รัฐบาลจัดสรรให้มลรัฐต่างๆ ตามจำนวนประชากร การมีประกันเอกชน - รัฐบาลจัดสรรเงิน ให้ Medicare	- กองทุนมีรายได้จากเบี้ยประกันที่เก็บจากประชาชนเอง - รัฐบาลจัดงบประมาณสนับสนุนสำหรับกองทุนที่มีความเสี่ยงสูง	- บัญชีออมหักจากกองทุนบำเหน็จบำนาญ 6-8% ตามอายุ - เบี้ยประกันตามความเสี่ยงบุคคล - รัฐบาลสนับสนุนค่าบริการในโพลีคลินิกของรัฐ และบริการผู้ป่วยในตามประเภทหรือผู้ป่วย
6. โครงสร้างองค์กร	NHS executive board ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข และ District Health Authorities	Medicare เป็นกองทุนเดียวเป็นองค์กรรัฐ	- องค์กรรัฐ (Government managed) - องค์กรเอกชน (Health Insurance Societies, MAAs) - รัฐบาลท้องถิ่น (Municipalities)	บัญชีออมส่วนตัวและสามารถใช้กับบุคคลในครอบครัวได้
7. วิธีการจ่ายเงิน	- Capitation สำหรับ GP - Global budget สำหรับโรงพยาบาล	- Fee schedule สำหรับ GP - Fee schedule สำหรับ IP และมีการใช้ DRGs ในบางรัฐ	Fee-for-services under fee schedule	- Fee-for-services สำหรับ OP - DRGs สำหรับบริการผู้ป่วยใน

	อังกฤษ	ออสเตรเลีย	ญี่ปุ่น	สิงคโปร์
8. ผู้ให้บริการ	▪ โรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นองค์กรอิสระ ▪ GP เป็นของเอกชน	▪ โรงพยาบาลเป็นองค์กรอิสระภายใต้กำกับของรัฐ ▪ GP เป็นของเอกชน	ส่วนใหญ่ผู้ให้บริการเป็นของเอกชนทั้งคลินิกและโรงพยาบาล	▪ คลินิก;เอกชน, โพลีคลินิกของรัฐ ▪ โรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นของรัฐ(รพ.อิสระภายใต้กำกับรัฐ)
9. Benefit package	▪ บริการผู้ป่วยนอก ▪ บริการผู้ป่วยในโรงพยาบาล ▪ บริการยา และอุปกรณ์	▪ บริการผู้ป่วยนอก ▪ บริการผู้ป่วยในโรงพยาบาล ▪ บริการยาและอุปกรณ์	▪ บริการผู้ป่วยนอก ▪ บริการผู้ป่วยในโรงพยาบาล ▪ บริการยาและอุปกรณ์	▪ บริการผู้ป่วยนอก ▪ บริการผู้ป่วยในโรงพยาบาล ▪ บริการยาและอุปกรณ์
10. เงื่อนไขการใช้บริการ	ผู้ป่วยต้องผ่านระบบ GP ก่อนถึงจะไปใช้บริการในโรงพยาบาลได้	ผู้ป่วยต้องผ่านระบบ GP ก่อนถึงจะไปใช้บริการในโรงพยาบาลได้	อิสระในการเลือกใช้บริการของประชาชนไปที่ไหนก็ได้	ผู้ป่วยต้องผ่านคลินิก ก่อนถึงจะไปใช้บริการในโรงพยาบาลได้ หากไปเองจะถือเป็นผู้ป่วยเอกชนไม่ได้รับการสนับสนุนราคาจากรัฐ
11. การมีส่วนร่วมจ่ายของประชาชน	OP,IP: ฟรี ยา: ร่วมจ่าย (ยกเว้นคนบางกลุ่ม)	GP ร่วม 15%+ส่วนเกินถึงเพดาน, OP รพ.ร่วม 25%, ฟันร่วม 15%, IP ฟรี, ยาร่วมจ่ายต่อใบสั่งถึงเพดาน/ปี	ร่วมจ่ายค่ายา ค่าบริการทางการแพทย์ประมาณร้อยละ 20	▪ ผู้ป่วยนอกจ่ายเอง รัฐ subsidized ราคาที่โพลีคลินิกของรัฐ ▪ ผู้ป่วยในจ่ายจากบัญชีชื้ออมและประกันภาคสมัครใจแต่ราคากำหนดต่างกันตามประเภทของผู้ป่วย
12. รายจ่ายสุขภาพต่อหัว \$ US PPS	1,391	1,909	1,760	890
13. % รายจ่ายสุขภาพ GDP	6.8	8.4	7.2	3.2
14. ปัญหา	▪ งบประมาณไม่เพียงพอ ▪ ระยะเวลาในการรอนาน (long waiting list) ▪ ประชาชนขาดความพอใจ	รายจ่ายสุขภาพเพิ่มขึ้นเร็ว	รายจ่ายสุขภาพเพิ่มขึ้นเร็ว ประชากรสูงอายุมากในขณะที่เด็กน้อย	สัดส่วนรายจ่ายจากครัวเรือนสูง
15. มาตรการควบคุมค่าใช้จ่าย	ควบคุมด้านอุปทาน จ่ายเงินแบบงบประมาณยอดรวมและเหมาจ่ายรายหัว และให้มีส่วนร่วมจ่าย	ควบคุมด้านอุปทานโดยมีการกำหนด fee schedule และ ใช้ DRGs และให้มีส่วนร่วมจ่าย	ควบคุมด้านอุปทานโดย fee schedule และอุปสงค์โดยให้มีส่วนร่วมจ่าย	ควบคุมด้านอุปสงค์เป็นหลักโดยให้จ่ายเงินเองสำหรับบริการผู้ป่วยนอก และบริการผู้ป่วยในจากบัญชีชื้ออมและประกัน

ผลการวิเคราะห์มาตรการตามมติคณะรัฐมนตรี 2541¹

ประสิทธิผลของมาตรการตามมติคณะรัฐมนตรี

ผลวิเคราะห์ต่อไปนี้จะชี้ว่า มาตรการในปัจจุบัน ตามมติคณะรัฐมนตรี เดือนกุมภาพันธ์ 2541 น่าจะได้ผลเพียงในระยะสั้น แต่รายจ่ายในระยะยาวน่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอีก เนื่องจากวิธีการจ่ายแบบตามรายการ (fee for service) ไม่ได้ส่งสัญญาณไปยังผู้สั่งใช้เทคโนโลยีการแพทย์และผู้สั่งใช้ยาให้คำนึงถึงประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากร

จากการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ การศึกษาใน 3 จังหวัด พบว่า (1) มาตรการให้ผู้มีสิทธิจ่ายค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติไม่มีผลต่อการประหยัดการใช้จ่ายด้านยา (2) มาตรการจำกัดการเบิกค่าห้องค่าอาหารทำให้มีผลลดจำนวนวันนอนของผู้มีสิทธิลงอย่างชัดเจน และ (3) มาตรการยกเลิกสิทธิการให้บริการโรงพยาบาลเอกชน ยกเว้นกรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีผลต่อการลดค่าใช้จ่ายโดยรวมอย่างมาก

ตารางที่ 1 สรุปผลของมาตรการหลักตามมติคณะรัฐมนตรี กุมภาพันธ์ 2541

มาตรการ	การนำไปสู่การปฏิบัติ	ผลของมาตรการ
1. ผู้มีสิทธิจ่ายค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ	ขณะนี้ ใช้อ้างอิงบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2542	เป็นบัญชี maximum list เมื่อเทียบกับบัญชี พ.ศ. 2539 ซึ่งเป็น minimum list ในระยะยาวแล้ว น่าจะมีผลต่อรายจ่ายของ สวัสดิการข้าราชการ
	ในพร.รัฐ โดยพฤตินัยแล้ว ผู้มีสิทธิไม่ได้จ่ายเงินค่ายานอกบัญชียาหลัก เพราะหนังสือเวียนของกรมบัญชีกลาง อนุญาตให้ แพทย์ 3 คน ลงชื่อรับรองว่ามีความจำเป็น ต้องใช้ยานอกบัญชียาหลัก	ไม่มีผลต่อการประหยัด การใช้จ่ายด้านยา เพราะ ผู้มีสิทธิ ยังคงเบิกค่ายานอกบัญชียาหลักได้ ผู้สั่งใช้ยาไม่ได้คำนึงถึงความประหยัดมากกว่า clinical freedom และผลประโยชน์ทางตรง หรือทางอ้อมจากการสั่งใช้ยา
2. การจำกัดการเบิกค่าห้องค่าอาหารพิเศษไม่เกิน 13 วัน ยกเว้นกรณีจำเป็น ต้องมีแพทย์ 3 คนลงนาม	ปฏิบัติได้ดีพอสมควร มีสัดส่วนไม่มาก ที่แพทย์ ให้นอน เกิน 13 วัน ซึ่งน่าจะมีเหตุผลทางคลินิก มากกว่า ความต้องการของผู้ป่วย นอกจากนี้ ผู้บริหารยังกำกับ ความเหมาะสมของหนังสืออนุญาตนอนเกินกว่า 13 วัน	วันนอนเฉลี่ยลดลงชัดเจน ในจังหวัดตัวอย่างที่ศึกษาจังหวัดหนึ่ง พบว่า วันนอนเฉลี่ยลดลงจาก 7 เป็น 5 วัน
3. ยกเลิกสิทธิใช้รพ. เอกชน ยกเว้นกรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่อาจจะเป็นอันตรายแก่ชีวิต	พบว่ามีการเบิกกรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่อาจถึงแก่ชีวิต โดยที่ตีความเข้าใจตนเองเพื่อให้เบิกได้ และถ้าไม่มีการกำกับโดยการโดยสำนักงานคลังจังหวัดแล้ว จะมีการเบิกมากขึ้นตามลำดับ การเบิกมากขึ้น ยังถูก constraint ด้วยการเบิกได้ ครั้งหนึ่งของที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน 3000 บาท	ข้อมูลทั่วประเทศ รายจ่ายกรณีผู้ป่วยในรพ.เอกชน ลดลงจาก 1,822 ล้านบาทในปี 2541 เป็น 788 ล้านบาทในปี 2542 เท่ากับลดลง 57% อย่างไรก็ตาม ได้ผลระยะสั้น แต่จะมีการปรับตัวทำให้การเบิกเพิ่มขึ้นในระยะยาว แต่ค่ารักษาพยาบาล อาจจะไม่สูงมากนัก

¹ นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร ทพญ.ศิริวรรณ พิชัยรังษุข และ นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ โครงการเมธีวิจัยอาวุโส ด้านเศรษฐศาสตร์การคลังสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ข้อค้นพบเพิ่มเติมใน ตารางที่ 2 พบว่าค่าใช้จ่ายสวัสดิการนี้ทั้งประเทศในปีงบประมาณ พ.ศ. 2540-2542 เป็น 15,503, 16,440, 15,253 ล้านบาท และ 8,172 ล้านบาท สำหรับ 6 เดือนแรกในปีงบประมาณ พ.ศ. 2543 โดยค่าใช้จ่ายทุกหมวดตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2531 จนถึง 2541 เพิ่มขึ้นทุกปี แต่พบว่าในปี 2541 เพิ่มขึ้นเพียง 1% (เนื่องจากเริ่มมีมาตรการตั้งแต่ 1 มี.ค. 2541) และลดลงในปีงบประมาณ 2542 ถึง 17% แต่จากข้อมูลรายจ่าย 6 เดือนแรกของปีงบประมาณ 2543 คาดว่ารายจ่ายในปีนี้จะเพิ่มขึ้น 9% (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 รายจ่ายโครงการสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ราคาปัจจุบัน พ.ศ. 2532-2543

หน่วย: ล้านบาท

Type of expenditure	2531	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	2542	2543 (6mo)
1. Outpatient	1,306	1,485	1,729	2,022	2,337	2,766	3,374	3,972	4,822	5,625	5,866	6,206	3,341
2. Inpatient	1,850	2,036	2,587	3,106	3,627	5,140	6,580	7,184	8,761	9,878	10,574	9,048	4,831
• Public Hospitals	1,501	1,635	2,054	2,453	2,782	3,870	4,875	5,476	6,660	7,520	8,772	8,259	4,398
• Private Hospitals	349	401	533	653	845	1,270	1,705	1,708	2,101	2,358	1,822	788	433
3. Total expenditure	3,156	3,521	4,316	5,127	5,854	7,906	9,954	11,156	13,587	15,503	16,440	15,253	8,172

ที่มา: กรมบัญชีกลาง มิถุนายน 2543

ตารางที่ 3 อัตราเพิ่มแท้จริง, % ต่อปี (real term increase) ของค่ารักษายาบาล 3 ประเภท พ.ศ. 2532-2543

1994 price	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	2542	2543e
OP	8%	7%	10%	7%	9%	14%	14%	20%	13%	-1%	-6%	10%
IP	4%	17%	13%	8%	30%	19%	5%	20%	9%	2%	-24%	8%
IP public	3%	16%	12%	5%	28%	17%	8%	20%	9%	11%	-16%	8%
IP private	9%	23%	15%	20%	38%	25%	-3%	21%	8%	-27%	-61%	11%
Total expense	6%	13%	12%	6%	24%	17%	8%	20%	10%	1%	-17%	9%

ที่มา: กรมบัญชีกลาง มิถุนายน 2543

หมายเหตุ 2543e เป็นการประมาณการโดยนักวิจัย

รายจ่ายทั้งหมดของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ลดลง 17% ในปี 2541-42 ซึ่งเป็นผลจากการลดลงอย่างมากของค่ารักษายาบาลผู้ป่วยใน ซึ่งอธิบายได้ดังนี้

- รายจ่ายผู้ป่วยนอกลดลงเพียงเล็กน้อย จากค่ารักษาต่อครั้งที่ไม่ลดลง เนื่องจากไม่มีการประหยัดการใช้ยา โดยที่โครงสร้างค่ารักษายาบาลเป็นค่ายา กว่า 80% (ดูตารางที่ 4) และมีอัตราการใช้บริการลดลงเพียงเล็กน้อย
- การลดลงอย่างมากของรายจ่ายผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชน (61%) ซึ่งมีสัดส่วน 17% ของรายจ่ายทั้งหมด ในปี 2541 และมีบทบาทให้รายจ่ายนี้ลดลงในปี 2542 เป็น 9%
- รายจ่ายผู้ป่วยในโรงพยาบาลรัฐบาล ลดลง 16% เป็นผลจากการลดลงของค่าห้องค่าอาหารพิเศษ และรายจ่ายค่ายา แต่แนวโน้มของค่าบริการทางการแพทย์ไม่ลดลงมากนัก (ตารางที่ 5) ในอนาคตการใช้ยาได้ทั้งในและนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ทำให้

แนวโน้มรายจ่ายค่ายาเพิ่มขึ้นตามลำดับ นอกจากนี้ รายจ่ายหมวดผู้ป่วยในโรงพยาบาลรัฐบาลนี้มีบทบาทถึง 59% ของรายจ่ายจ่ายสวัสดิการข้าราชการทั้งหมดในปี 2542

- ข้อมูลรายจ่ายจริงรายเดือนระหว่าง ตุลาคม 2542 ถึง มีนาคม 2543 มีอัตราการเพิ่มขึ้น เฉลี่ยประมาณ 1% ต่อเดือน โดยวิธีการ 3 month moving average คาดว่ารายจ่ายปี 2543 จะเป็น 16,770 ล้านบาท ทำให้อัตราเพิ่มระหว่างปี 2542-43 ในทุกหมวดรายจ่าย เพิ่มขึ้นหมด (ตารางที่ 3 และ รูปที่ 1) การเพิ่มขึ้นเช่นนี้เกิดจากการขาดประสิทธิภาพในการกำกับให้เป็นไปตามมาตรฐานการตามมติคณะรัฐมนตรี เช่น มาตรการการร่วมจ่ายไม่ถูกบังคับใช้อย่างจริงจัง, มีการใช้ยาได้กว้างขวางขึ้นจากขยายขอบเขตของบัญชียาหลักแห่งชาติ, มีการใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนเพิ่มขึ้น รวมทั้งไม่มีการส่งสัญญาณให้สถานพยาบาลมีการประหยัดเนื่องจากการเบิกจ่ายตามรายการ (fee for service)

ตารางที่ 4 โครงสร้างค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ข้าราชการฯ ตามระดับสถานพยาบาล

สถานพยาบาล	ค่ายา (%)	Lab (%)	X RAY (%)	บริการทางการแพทย์ (%)	อื่นๆ (%)	รวม (%)	เฉลี่ย (บาท/ครั้ง)	จำนวนตัวอย่าง (ราย)
รพช.	83	2	3	9	3	100	262	666
รพศ./รพท.	85	4	3	7	1	100	554	716
รพ.ทบวง	67	4	18	11	0	100	1,503	279
เฉลี่ย รวมอื่นๆ	78	4	7	9	1	100	647	2,389

ที่มา จงกล เลิศเกียรติารัง และวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร 2542

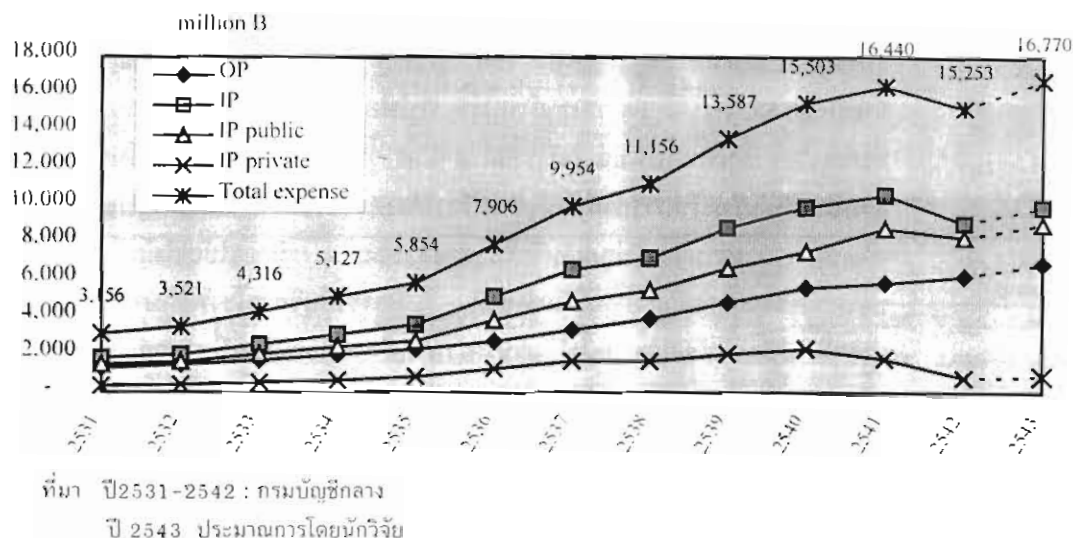
ตารางที่ 5 โครงสร้างค่ารักษาผู้ป่วยใน โรงพยาบาลรัฐ จ.ขอนแก่น ปีงบประมาณ 2541

	(5m) ต.ค.40-28 ก.พ.41	(3m) มี.ค.41 - พ.ค.41	(3m) มิ.ย.41 - ส.ค.41
I. ข้าราชการประจำ	N= 600	N = 600	N = 600
จำนวนวันนอน- LOS (วัน)	7.29	* 5.02	* 5.44
โครงสร้างค่ารักษา			
• ค่าห้องค่าอาหาร %	19%	19%	19%
• ค่ายา %	25%	27%	26%
• ค่าบริการทางการแพทย์ %	49%	51%	53%
• อื่น ๆ %	7%	3%	1%
ค่ารักษาตามใบเสร็จ (บาทต่อครั้ง)	14,344	* 9,397	* 10,704
ค่ารักษาที่เบิกได้ (บาทต่อครั้ง)	14,344	* 9,397	* 10,704
การจ่ายร่วมค่าห้องค่าอาหาร (บาทต่อครั้ง)	0	128	(8 ราย LOS>=13)
การจ่ายร่วมค่ายา (บาทต่อครั้ง)	na	na	na
การจ่ายร่วมทั้งหมด (บาทต่อครั้ง)	0	128	na

หมายเหตุ * หมายถึง แตกต่างจากช่วงเดือนตุลาคม40-กุมภาพันธ์41 ที่ระดับนัยสำคัญ P<0.05
ที่มา ศิริวรรณ พัทธรังสฤกษ์, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, และสุริยาพร อนิวรรณ 2543

รูปที่ 1 ค่ารักษาพยาบาลสวัสดิการข้าราชการ พ.ศ. 2531- 2542 และประมาณการค่าใช้จ่ายในปี พ.ศ. 2543

CSMBS expenditure, current price, 2531-42



มาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายที่มีประสิทธิผล

การควบคุมค่าใช้จ่ายในส่วนของผู้ป่วยในอาจถือเป็นส่วนสำคัญเนื่องจากค่าใช้จ่ายส่วนนี้มีสัดส่วนราว 2 ใน 3 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด มาตรการหนึ่งคือ การคุมเพดานงบประมาณผู้ป่วยในซึ่งข้อมูลปัจจุบันสามารถกำหนดเพดานได้โดยไม่กระทบกระเทือนต่อคุณภาพบริการ ทั้งนี้การคำนวณอาศัยชุดข้อมูลพื้นฐาน ดังนี้

- ปัจจุบันผลการสำรวจกลุ่มตัวอย่างคาดได้ว่าจำนวนผู้มีสิทธิประโยชน์มีประมาณ 7 ล้านคน อย่างไรก็ตามเงื่อนไขของการปฏิรูปกำลังคนในภาครัฐ ตามที่แผนแม่บทการปฏิรูประบบราชการ (พ.ศ. 2540-2544) และแผนปฏิรูประบบบริหารภาครัฐ ได้กำหนดแนวทางการลดขนาดกำลังคนภาครัฐลงโดยกำหนดเป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 เมื่อสิ้นแผนฯ 8 ผลจะทำให้จำนวนผู้มีสิทธิโดยรวมลดลง
- อัตราการใช้บริการผู้ป่วยในของข้าราชการและผู้มีสิทธิ ซึ่งจากการสำรวจภาวะสุขภาพของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ.2539 พบว่ามีอัตราการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนคิดเป็น 0.082 ครั้ง/คน/ปี
- การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยบริการพบว่า ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลชุมชนโดยเฉลี่ยอยู่ที่ 1,745 บาท/ราย และระดับโรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์ อยู่ที่ 5,799 บาท/ราย ซึ่งใกล้เคียงกับข้อมูลต้นทุนต่อรายของโรงพยาบาลทั่วไป 9 แห่ง ปี 2539 คือ 5,443 บาท/รายผู้ป่วยใน

จากชุดข้อมูลดังกล่าว พอจะประเมินได้ว่า น่าจะลดค่าใช้จ่ายในส่วนของค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในของโรงพยาบาลรัฐประมาณขั้นต้นที่ร้อยละ 15-20 ของค่าใช้จ่ายประมาณการปี พ.ศ. 2543 ในกรณีนี้ยอดเงินงบประมาณในการกำหนดเพดาน ค่าใช้จ่ายกรณีผู้ป่วยในรพ.รัฐ จึงอยู่ที่

7,200-7,660 ล้านบาท ส่วนค่าใช้จ่ายในหมวดอื่นที่ยังใช้วิธีการจ่ายเงินในแบบเดิมจึงยังคงตั้งไว้เท่าเดิม ซึ่งทำให้ค่าใช้จ่ายลดลง 1,350-1,800 ล้านบาท หรือราวร้อยละ 8-10.5 ของรายจ่ายทั้งหมด การปรับลดเพดานลงร้อยละ 15-20 นี้ สถานพยาบาลยังจะได้รับค่ารักษาเฉลี่ย 8,000 ถึง 15,000 บาทต่อราย จึงนับว่ามีความเป็นไปได้สูง

เอกสารอ้างอิง

จกมล เลิศเชียรดำรง และวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร (2542) ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ภายใต้สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ พ.ศ. 2540 นนทบุรี สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สุข

ศิริวรรณ พิชัยรังสฤษฎ์, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, สุริยาพร อนิวรรณ (2543) รายงานผลการวิจัย การประเมินผลการปฏิรูปสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ในด้านผลกระทบของการร่วมจ่ายค่ายา, ค่าห้องพิเศษ และ การปรับสิทธิการให้บริการโรงพยาบาลเอกชน นนทบุรี สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สุข

สุกัลยา คงสวัสดิ์ (2542) การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยบริการใน 5 จังหวัดภายใต้โครงการปฏิรูป ระบบสาธารณสุข นนทบุรี กระทรวงสาธารณสุข สุข

ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย และคณะ (2541) การศึกษาต้นทุนโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป 9 แห่ง นนทบุรี สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สุข

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2540) การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ปี 2539. สำนักนายกรัฐมนตรี. กรุงเทพฯ

ภาคผนวก 5

ระบบตรวจสอบ¹

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

ระบบประกันคุณภาพประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย 4 กระบวนการ ได้แก่

(1) การสร้างเครือข่ายสถานพยาบาลคู่สัญญา

- จัดให้มีสถานพยาบาลที่ให้บริการแก่ข้าราชการในลักษณะเครือข่าย โดยให้สถานพยาบาลสมัครเข้ามาอยู่ในเครือข่ายเพื่อให้บริการการรักษาพยาบาลทั้งบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ทันตกรรมและอื่นๆ แก่ข้าราชการและครอบครัว กลไกนี้จะช่วยให้กองทุนฯ สามารถดำเนินการควบคุมและกำกับดูแลมาตรฐานของสถานพยาบาลและประกันคุณภาพของบริการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลจะให้แก่ผู้มีสิทธิได้ง่ายขึ้น ไม่ว่ากลไกการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการหรือสถานพยาบาลจะเป็นรูปแบบใด
- จัดให้มีเครือข่ายของสถานจำหน่ายยาและเวชภัณฑ์ผู้ป่วยนอก โดยมีข้อกำหนดมาตรฐานการรับรองสถานจำหน่ายยา (Pharmacy accreditation) กลไกนี้จะช่วยให้ข้าราชการและครอบครัวได้รับยาและข้อแนะนำในการใช้ยาที่ดี มีมาตรฐาน ในขณะที่กองทุนฯ สามารถใช้กระบวนการกำกับและตรวจสอบการจำหน่ายยาจากสถิติที่เกี่ยวข้องกับการประกันคุณภาพตามที่กำหนดไว้ได้ว่าการใช้ยาเป็นไปอย่างถูกต้องและเหมาะสม
- ทำสัญญากับสถานพยาบาลและสถานจำหน่ายยาเพื่อเข้าร่วมเป็นเครือข่ายสถานพยาบาลคู่สัญญาและสถานจำหน่ายยาเครือข่ายเป็นรายปีหรือไม่เกิน 3 ปี โดยมีกระบวนการทบทวนความเหมาะสมของการต่อสัญญา จากสถิติที่เกี่ยวข้องกับการประกันคุณภาพตามที่กำหนดไว้ มีบทลงโทษในกรณีที่ไม่โปร่งใส หรือมีการฉ้อฉล

(2) การประกันคุณภาพเครือข่ายสถานพยาบาลและผู้ให้บริการ

- กำหนดมาตรฐานของสถานพยาบาลคู่สัญญาของกองทุนเพื่อให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ครอบคลุมประเด็นด้านสถานะ ความพร้อมทางโครงสร้าง ทรัพยากร ชีตความสามารถในการรักษาพยาบาล ระบบและกระบวนการจัดการด้านคุณภาพภายในของสถานพยาบาล รวมถึงมาตรฐานสำหรับสถานพยาบาลอื่นๆ ที่อาจเข้ามาร่วมอยู่เป็นเครือข่ายกับสถานพยาบาลคู่สัญญาที่มีสิทธิตามกองทุนสามารถไปใช้บริการได้ โดยเฉพาะสถานพยาบาลคู่สัญญาระดับต้น

¹ นศ. นพ. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้เรียบเรียง

- วางกระบวนการเยี่ยมประเมินเพื่อตรวจสอบสถานพยาบาลที่สมัครเข้าร่วมเป็นผู้ให้บริการในเครือข่ายให้เป็นไปตามมาตรฐาน โดยจะเน้นที่สถานพยาบาลที่สมัครเข้ามาใหม่ในเครือข่าย และสถานพยาบาลเดิมในเครือข่ายที่มีการขยายบริการ มีการปรับสถานะ หรือเป็นสถานพยาบาลที่มีประวัติเรื่องร้องเรียนด้านคุณภาพ มีสถิติเครื่องชี้วัดคุณภาพในระดับที่น่าพึงพอใจมาก่อนในระหว่างที่เป็นสถานพยาบาลคู่สัญญา
 - กำหนดมาตรฐานเพื่อการรับรองสถานที่จำหน่ายยาที่จะเข้ามาอยู่ในเครือข่ายการจำหน่ายยาผู้ป่วยนอก ทั้งที่เป็นห้องยาของโรงพยาบาลหรือร้านขายยาทั่วไป ตลอดจนวางกระบวนการสุ่มเยี่ยมสำรวจเพื่อตรวจสอบสถานที่จำหน่ายยาที่สมัครเข้าร่วมในเครือข่าย
 - กำหนดมาตรฐานเพื่อการรับรองสถานพยาบาลทันตกรรมที่จะเข้ามาอยู่ในเครือข่ายผู้ให้บริการ ทั้งที่เป็นฝ่ายทันตกรรมของโรงพยาบาลหรือคลินิกทันตแพทย์ทั่วไป ตลอดจนวางกระบวนการสุ่มเยี่ยมสำรวจเพื่อตรวจสอบสถานพยาบาลที่สมัครเข้าร่วมในเครือข่าย
- (3) การประกันคุณภาพการรักษาพยาบาล
- จัดให้มีระบบจัดการข้อร้องเรียน (Grievance management) ซึ่งอาจจัดเป็นส่วนงานที่รับเรื่องร้องเรียนทางโทรศัพท์ โทรสาร หรือจดหมาย จัดให้มีแบบประเมินหรือแบบร้องเรียนสถานพยาบาลกระจายอยู่กับสถานพยาบาลคู่สัญญาและสถานจำหน่ายยาต่างๆ ที่ผู้มีสิทธิของกองทุนฯ สามารถเขียนร้องเรียนแล้วเข้ามายังสำนักงานกองทุนโดยตรง มีการวางกระบวนการพิจารณากรณีร้องเรียนที่ชัดเจน ตรวจสอบข้อเท็จจริง และตัดสินใจ ซึ่งกระบวนการนี้อาจพิจารณาเบื้องต้นโดยฝ่ายงานด้านการจัดเครือข่ายบริการและบริการทางการแพทย์ ในกรณีที่เรื่องราวไม่ชัดเจนให้ส่งต่อถึงคณะกรรมการการแพทย์เป็นผู้พิจารณา
 - ตรวจสอบประเมินความถูกต้องของข้อมูลการเบิกจ่าย (Claim audit) สถิติการใช้บริการ (Statistical audit) และคุณภาพของเวชระเบียน (Medical record audit) เพื่อประเมินความถูกต้องและน่าเชื่อถือของข้อมูลต่างๆ ที่สถานพยาบาลคู่สัญญาและสถานจำหน่ายยาส่งให้แก่กองทุนฯ ทั้งในด้านการใช้บริการ ค่าใช้จ่ายและคุณภาพของบริการ
 - สร้างกลไกการคัดกรอง (Screening) เพื่อค้นหากรณีการบริการที่อาจมีปัญหาเรื่องคุณภาพของสถานพยาบาล โดยประมวลจากฐานข้อมูลการเบิกจ่ายและการใช้บริการของกองทุน เช่น
 - ติดตามระยะเวลาวันนอนเฉลี่ยรายโรค
 - ติดตามผลลัพธ์การรักษา และการเข้ารับการรักษาซ้ำ
 - ติดตามการย้ายสถานพยาบาลของผู้มีสิทธิ
 - ให้บริการและผลลัพธ์การรักษาทางทันตกรรม

- สำรวจประเมินความพึงพอใจของข้าราชการและครอบครัวต่อสถานพยาบาลคู่สัญญา โดยการสุ่มส่งแบบสำรวจให้แก่ผู้มีสิทธิที่มีรายงานการไปใช้บริการ ผู้ที่มีการเปลี่ยนสถานพยาบาล หรือผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับสถานพยาบาลที่มีสถิติการร้องเรียนสูงหรือมีแนวโน้มจะเกิดปัญหาด้านคุณภาพบริการ
- พัฒนาและกำหนดเครื่องชี้วัดคุณภาพ (Quality indicator) ของสถานพยาบาลคู่สัญญา จัดเป็นชุดของเครื่องชี้วัดการให้การรักษาพยาบาล และการให้บริการ ทั้งในด้านกระบวนการและผลลัพธ์ที่สำคัญ ครอบคลุมกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยให้สถานพยาบาลส่งข้อมูลมาให้ตามที่กำหนด และมีกระบวนการสุ่มตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ข้อมูลเครื่องชี้วัดนี้จะนำมาประมวลและจัดให้อยู่ในรูปแบบที่เผยแพร่ให้แก่ผู้มีสิทธิเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการเลือกสถานพยาบาลคู่สัญญา
- วางระบบการตรวจสอบ และทบทวนการให้บริการทางการแพทย์ (Medical audit) และบริการทันตกรรม ซึ่งเป็นกลไกในการลงพื้นที่ ประเมินและเก็บข้อมูลการรักษาพยาบาลจากเวชระเบียน ตลอดจนการสอบสวนกับผู้ให้บริการหรือผู้มีสิทธิที่รับบริการโดยตรงในกรณีที่เหมาะสม เพื่อนำมาประเมินคุณภาพของการให้บริการและรักษาพยาบาล โดยอ้างอิงจากแนวทางการประกอบวิชาชีพและเวชปฏิบัติที่เป็นที่ยอมรับ

(4) การประกันคุณภาพภายในของกองทุน

- ติดตามประเมินคุณภาพและพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานภายในของการดำเนินงานของกองทุนฯเอง ทั้งนี้เพื่อเป็นการย้ำความมั่นใจในการดำเนินงานของกองทุนทั้งต่อกลุ่มข้าราชการ รัฐบาล และสถานพยาบาลคู่สัญญา

นอกเหนือจากระบบประกันคุณภาพ กองทุนสวัสดิการสุขภาพข้าราชการจะต้องมีระบบทบทวนการให้บริการ (UR) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการให้บริการและทรัพยากรต่างๆ ในการให้บริการต่างๆ แก่ผู้ป่วย เช่น ยาและเวชภัณฑ์ การตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยา ตลอดจนป้องกันและกลั่นกรองการให้บริการที่ไม่เรียบร้อยที่เหมาะสม แล้วดำเนินการยับยั้งและแก้ไขให้ถูกต้อง ระบบทบทวนการให้บริการประกอบด้วยกิจกรรมที่สำคัญดังนี้

(1) การทบทวนการให้บริการก่อนการบริการ (Prospective UR)

- กำหนดให้สถานพยาบาลต้องแจ้งขออนุญาตรับผู้ป่วยเข้าสถานพยาบาลล่วงหน้าในกรณีที่กำหนด (Pre-admission authorization for specific conditions) ซึ่งสามารถกำหนดได้เป็นบางกรณีหากมีการพิจารณาให้มีการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลเพิ่มเติมเป็นกรณีพิเศษ

- กำหนดให้ผู้มีสิทธิที่มีการเจ็บป่วยบางกรณีต้องแจ้งและไปรับบริการจากสถานพยาบาลเฉพาะแห่ง (Pre-designation of providers for specific conditions) ทั้งนี้เพื่อให้ผู้มีสิทธิได้เข้ารับการรักษาโรคบางโรคจากผู้ให้บริการที่มีความรู้ความชำนาญเฉพาะด้านในเรื่องนั้นๆ อย่างแท้จริง อันจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร
- กำหนดบัญชียา (Drug lists) โดยกำหนดบัญชียาที่สามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้ทั้งหมดหรือบางส่วน ซึ่งจะช่วยให้การจ่ายยาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ประหยัดสมเหตุสมผล และลดความสูญเสียในด้านของผู้มีสิทธิ ในขณะที่ยังให้อิสระในการเลือกจ่ายยาที่กว้างขวางเพียงพอ

(2) การทบทวนการใช้บริการระหว่างการบริการ (Concurrent UR)

- แจ้งการอยู่โรงพยาบาลนานกว่าที่กำหนดไว้ ในภาวะที่จะต้องมีการเบิกจ่ายเพิ่มเติม (Concurrent hospital review) เช่น การใช้บริการในสถานพยาบาลที่ไม่ใช่สถานพยาบาลคู่สัญญาในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน

(3) การทบทวนการใช้บริการภายหลังการบริการ (Retrospective UR)

- ทบทวนสถิติการใช้บริการในสถานพยาบาลย้อนหลังจากฐานข้อมูล (Retrospective hospital review) ทั้งนี้เพื่อประเมินลักษณะความแตกต่างของการปฏิบัติและการใช้บริการระหว่างสถานพยาบาล เช่น การรับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาวันนอน การใช้บริการในกรณีฉุกเฉินหรือการเบิกจ่ายรักษาในกรณีพิเศษ
- ทบทวนสถิติการใช้ทรัพยากรและการใช้บริการรายโรค (Retrospective disease-based review) เพื่อศึกษาหาระดับของความแตกต่างของต้นทุนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแต่ละโรค ในส่วนต่างๆ เช่น ค่าใช้จ่ายรวม ค่าใช้จ่ายด้านยาและเวชภัณฑ์ ค่าใช้จ่ายในการตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยา ค่าแพทย์ รวมถึงระยะเวลาวันนอน นำสู่การศึกษาเฉพาะกรณี เป็นข้อมูลป้อนกลับในการคำนวณค่าความเสี่ยง กำหนดวงเงินค่าใช้จ่าย และศึกษาเฉพาะกรณีเชื่อมโยงกับการประกันคุณภาพ
- ทบทวนความเหมาะสมของการขอเบิกจ่าย (Retrospective bill review) เพื่อประเมินความถูกต้องของคำร้องขอเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลย้อนหลังตามกรณีต่างๆ ที่กองทุนฯ อนุญาตไว้ตามระเบียบ ศึกษาข้อบ่งชี้ ตลอดจนจลลักษณะรูปแบบของการเบิกจ่ายสัมพันธ์กับข้อมูลอื่นๆ จากสถานพยาบาลและสถานจำหน่ายยา
- ทบทวนการเบิกจ่ายกรณีการคลอดบุตร และกรณีฉุกเฉินและอุบัติเหตุ เพื่อประเมินข้อบ่งชี้ (Indication) ของการใช้บริการและรูปแบบของหัตถการที่ใช้ในการรักษา โดยจะมีการกำหนดเกณฑ์เพื่อการพิจารณาอ้างอิงตามหลักวิชาการต่อไป
- ทบทวนใบสั่งยาและเวชภัณฑ์กรณีผู้ป่วยนอก (Retrospective prescription review) เพื่อประเมินความถูกต้องของการสั่งยา ครอบคลุมความผิดปกติของปริมาณยาที่ได้รับและค่าใช้จ่าย จัดทำเป็นสถิติรูปแบบ (Profile) สำหรับสถานจำหน่ายยาและเวชภัณฑ์แต่ละแห่ง

ภาคผนวก 6

สำนักงานบริหารสวัสดิการสุขภาพข้าราชการ¹

สำนักงานบริหารสวัสดิการสุขภาพข้าราชการอาจจัดตั้งขึ้นเป็นรูปแบบกองทุนสวัสดิการสุขภาพข้าราชการ ระบบงานและโครงสร้างควรเป็นองค์กรขนาดกลางหรือขนาดเล็กเน้นหลักประสิทธิภาพ โดยวิธีดำเนินงานอาศัยสมรรถนะที่สูงร่วมกับการจัดจ้างหน่วยงานภายนอกให้ปฏิบัติภารกิจส่วนต่างๆ องค์ประกอบสำคัญพิเศษคือ ระบบสารสนเทศเพื่อการประกันสุขภาพซึ่งการจัดตั้งควรคำนึงถึงการพัฒนาไปเป็นศูนย์สารสนเทศแห่งชาติเพื่อการประกันสุขภาพในอนาคต

ภาพที่ 1 ข้อเสนอตัวอย่างโครงสร้างสำนักงานบริหารสวัสดิการสุขภาพข้าราชการ



¹ ผศ.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้เรียบเรียง

คณะกรรมการสำนักงานบริหารสวัสดิการสุขภาพข้าราชการ จะเป็นคณะกรรมการที่มีหน้าที่บริหารจัดการระบบสวัสดิการสุขภาพข้าราชการ โดยมีอำนาจและหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้

1. วางนโยบายและกำหนดทิศทางการดำเนินงานของระบบสวัสดิการ เสนอต่อรัฐมนตรีกระทรวงการคลังเพื่อพิจารณา
2. เสนอกรอบการใช้งบประมาณของโครงการ เสนอต่อรัฐมนตรีกระทรวงการคลัง
3. กำกับ ดูแลและบริหารจัดการระบบสวัสดิการฯ ทั้งทางด้านการเงิน การจัดระบบการบริการ และการบริหารงานทั่วไปของกองทุนฯ ทั้งนี้ตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย

องค์ประกอบของคณะกรรมการบริหารสำนักงานฯ ควรประกอบด้วย

1. ปลัดกระทรวงการคลัง (เป็นประธาน)
2. อธิบดีกรมบัญชีกลางหรือผู้แทน
3. เลขาธิการสำนักงาน ก.พ. หรือผู้แทน
4. ผู้อำนวยการสำนักงานงบประมาณ หรือผู้แทน
5. เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม หรือผู้แทน
6. ผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุข (รองปลัดกระทรวง)
7. เลขาธิการแพทยสภาหรือผู้แทน
8. ตัวแทนข้าราชการ (ชาย)
9. ตัวแทนข้าราชการ (หญิง)
10. ตัวแทนข้าราชการบำนาญ
11. ผู้ทรงคุณวุฒิด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข
12. ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการจัดการการเงินหรือประกันสุขภาพ
13. ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์
14. ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการจัดระบบบริการทางสุขภาพ
15. ผู้ทรงคุณวุฒิด้านกฎหมาย
16. ผู้ทรงคุณวุฒิทางบัญชี
17. ผู้แทนจากสถานพยาบาลภาคเอกชน
18. ประธานคณะกรรมการการแพทย์และสิทธิประโยชน์สำนักงานบริหารสวัสดิการสุขภาพข้าราชการ
19. ประธานคณะกรรมการงานมาตรฐานและคุณภาพสถานพยาบาลเครือข่ายสำนักงานบริหารสวัสดิการสุขภาพข้าราชการ
20. ประธานคณะกรรมการศึกษาและพัฒนาระบบสำนักงานบริหารสวัสดิการสุขภาพข้าราชการ

21. ผู้อำนวยการสำนักงานบริหารสวัสดิการสุขภาพข้าราชการ (เป็นกรรมการและเลขานุการ)

คณะกรรมการชุดอื่นๆที่สำคัญตามโครงสร้างองค์กร อาจมีอำนาจและประกอบด้วย คณะบุคคลดังต่อไปนี้

1. คณะกรรมการการแพทย์และสิทธิประโยชน์ (คกพส.) มีอำนาจและความรับผิดชอบในการเสนอความเห็นต่อ คคสข. เกี่ยวกับการดำเนินงานในการให้บริการทางการแพทย์ กำหนดหลักเกณฑ์ บริการและอัตราสำหรับสิทธิประโยชน์ในการรับบริการทางการแพทย์ ของสมาชิกของระบบสวัสดิการฯ เสนอความเห็นต่อคณะกรรมการบริหาร เกี่ยวกับการ ออกกฎ ระเบียบที่เกี่ยวข้องกับบริการทางการแพทย์ ให้คำปรึกษาและแนะนำทางการแพทย์ แก่ คคสข. พิจารณาเรื่องส่งปรึกษาและเรื่องอุทธรณ์กรณีร้องเรียนที่เกี่ยวข้องกับ การบริการทางการแพทย์ ตลอดจนปฏิบัติการอื่นตามที่กฎหมายกำหนด คกพส. อาจ ประกอบด้วยกรรมการต่อไปนี้

- 1.1 แพทย์ ผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุข
- 1.2 แพทย์ ผู้ทรงคุณวุฒิจากมหาวิทยาลัยในสังกัดของแพทยสภา
- 1.3 ผู้แทนคณบดีคณะแพทยศาสตร์จากมหาวิทยาลัยภายในประเทศ 3 แห่ง
- 1.4 แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขานิติเวชศาสตร์
- 1.5 แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน
- 1.6 ผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์ (ตามแต่จะแต่งตั้ง)
- 1.7 ผู้แทนจากทันตแพทยสภา
- 1.8 ผู้แทนคณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์จากมหาวิทยาลัยภายในประเทศ 2 แห่ง
- 1.9 ผู้ทรงคุณวุฒิด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข
- 1.10 หัวหน้าฝ่ายนิติการและประโยชน์ทดแทน
- 1.11 หัวหน้าฝ่ายจัดการบริการทางการแพทย์ (เป็นกรรมการและเลขานุการ)

2. คณะกรรมการงานมาตรฐานและคุณภาพสถานพยาบาลเครือข่าย (คกมส.) มีอำนาจและความรับผิดชอบในการกำหนดและเสนอความเห็นต่อ คคสข. เกี่ยวกับการวางมาตรฐานของสถานพยาบาลคู่สัญญา รับผิดชอบกระบวนการเยี่ยมชมสำรวจสถานพยาบาลเพื่อประเมินคุณภาพ พิจารณารับและยกเลิกการทำสัญญากับสถานพยาบาลเพื่อเสนอต่อ คคสข. พิจารณาเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการบริการและการรักษาพยาบาลของสถานพยาบาล ตลอดจนปฏิบัติการอื่นตามที่กฎหมายกำหนด คกมส. อาจประกอบด้วย กรรมการต่อไปนี้

- 2.1 ผู้แทนจากแพทยสภา
- 2.2 ผู้แทนจากทันตแพทยสภา
- 2.3 ผู้แทนจากสภาเภสัชกรรม
- 2.4 ผู้แทนจากสภาการพยาบาล

- 2.5 ผู้แทนจากสมาคมเทคนิคการแพทย์
- 2.6 ผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์ จาก คคสช.
- 2.7 ผู้อำนวยการกองโรงพยาบาลภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข
- 2.8 ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข
- 2.9 ผู้อำนวยการกองประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข
- 2.10 ผู้อำนวยการกองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม
- 2.11 ผู้แทนสมาคมโรงพยาบาลเอกชน
- 2.12 ผู้แทนสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
- 2.13 ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการจัดการคุณภาพในสถานพยาบาล
- 2.14 ผู้แทนจากโรงพยาบาลในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย
- 2.15 ผู้แทนจากโรงพยาบาลเอกชน
- 2.16 หัวหน้าฝ่ายนิติการและประโยชน์ทดแทน
- 2.17 หัวหน้าฝ่ายจัดการบริการทางการแพทย์ (เป็นกรรมการและเลขานุการ)

3. คณะกรรมการศึกษาและพัฒนาระบบ (คคศพ.) มีอำนาจและความรับผิดชอบในการกำหนดและเสนอความเห็นต่อ คคสช. เกี่ยวกับการศึกษา วิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้องตลอดจนการพัฒนาระบบของสำนักงานบริหารสวัสดิการสุขภาพข้าราชการในด้านต่างๆ เช่น การแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญในการดำเนินงาน การพัฒนาระบบฐานข้อมูลสารสนเทศ ระบบการเบิกจ่าย ระบบตรวจสอบ เป็นต้น คคศพ. อาจประกอบด้วยกรรมการต่อไปนี้

- 3.1 ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
- 3.2 ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการจัดการการเงินหรือประกันสุขภาพ
- 3.3 ผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์
- 3.4 ผู้ทรงคุณวุฒิด้านงานวิจัยระบบสาธารณสุข
- 3.5 ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการจัดการกองทุน
- 3.6 ผู้ทรงคุณวุฒิด้านระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการ
- 3.7 ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการประกันภัย จากกรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์
- 3.8 ผู้แทนจากสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน
- 3.9 ผู้แทนจากกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง
- 3.10 ผู้แทนจากสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม
- 3.11 หัวหน้าฝ่ายงานการเงินและบัญชีกองทุน
- 3.12 หัวหน้าฝ่ายงานทะเบียนและสารสนเทศ
- 3.13 หัวหน้าฝ่ายบริหารงานทั่วไป (เป็นกรรมการและเลขานุการ)

การดำเนินงานต่างๆอาจใช้วิธีการดำเนินการเองเฉพาะที่จำเป็นร่วมกับการทำสัญญาจ้างให้หน่วยงานภายนอกดำเนินงาน

สำหรับการจัดตั้งสำนักงานบริหารสวัสดิการสุขภาพข้าราชการนั้นอาจพิจารณาจากทางเลือก ดังนี้

1. จัดตั้งขึ้นในกรมบัญชีกลางเป็นหน่วยงานขนาดกลางหรือขนาดเล็ก
2. กรมบัญชีกลางจัดจ้างให้สำนักงานประกันสังคมเป็นผู้บริหาร
3. จัดตั้งองค์กรขึ้นใหม่ในรูปแบบองค์กรมหาชน

สำหรับการพิจารณาทางเลือกทั้งสามมีรายละเอียดข้างล่างนี้

การเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียขององค์กรสำหรับบริหารจัดการระบบสวัสดิการสุขภาพข้าราชการ 3 ทางเลือก

(สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเปรียบเทียบสัมพันธ์กับทางเลือกอีก 2 ทาง: $\oplus$ = ข้อดี $\ominus$ = ข้อเสีย $\oplus/\ominus$ = ไม่แน่นอนขึ้นอยู่กับสถานการณ์)

ประเด็นเพื่อเปรียบเทียบ	จัดตั้งเป็นส่วนราชการภายในกรมบัญชีกลางหรือกระทรวงการคลังและได้รับงบประมาณแบบ Block grant	ทำสัญญาให้สำนักงานประกันสังคมเป็นผู้บริหารจัดการระบบและได้รับงบประมาณแยกเงินสวัสดิการและค่าบริหารจัดการ	จัดตั้งเป็นองค์การมหาชน “กองทุนสวัสดิการสุขภาพข้าราชการ” และได้รับงบประมาณแบบ Block grant
การจัดตั้งองค์กร	$\oplus$ เป็นส่วนราชการ กระทำได้รวดเร็ว	$\oplus$ ไม่ต้องตั้งองค์กรใหม่ อาจกระทำได้ในเวลาอันสั้น $\ominus$ อาจติดประเด็นปัญหาทางการเมือง และปัญหาเรื่องบทบาทต่างๆ ของกระทรวงที่เกี่ยวข้อง	$\ominus$ เป็นการตั้งองค์กรใหม่ ต้องใช้เวลามากกว่าในการร่างพระราชกฤษฎีกาและผ่านขั้นตอนทางกฎหมาย
การจัดโครงสร้างและระบบบริหารจัดการภายใน	$\ominus$ มีแนวโน้มที่จะยังยึดโครงสร้างและระบบบริหารจัดการภายในแบบเดิม เสี่ยงต่อการไม่มีการพัฒนาในรูปแบบของระบบและกระบวนการที่วางไว้	$\oplus/\ominus$ เป็นไปตามโครงสร้างและระบบการบริหารจัดการของสำนักงานประกันสังคม อาจสามารถหรือไม่สามารถปรับเข้ากับระบบและกระบวนการของกองทุนสวัสดิการสุขภาพข้าราชการที่ต้องการได้	$\oplus$ เป็นองค์กรใหม่ สามารถกำหนดโครงสร้างและระบบบริหารจัดการภายในได้เต็มที่ให้สอดคล้องกับพันธกิจขององค์กร กระบวนการการทำงานและเทคโนโลยีใหม่ๆ
อิสระและความคล่องตัวในการบริหารจัดการ	$\ominus$ ขาดความคล่องตัวในการบริหารงานเนื่องจากการบริหารต้องยึดระเบียบและวิธีปฏิบัติของระบบราชการ	$\oplus/\ominus$ เป็นส่วนราชการที่มีการจัดการเงินกองทุนของตนเอง มีวงเงินสำหรับการบริหารจัดการ มีความคล่องตัวในระดับหนึ่ง	$\oplus$ มีอิสระและความคล่องตัวในการบริหารจัดการ สูงภายใต้กฎหมายที่กำหนด แต่อาจมีปัญหาในกรณีที่ต้องติดต่อขอความร่วมมือจากส่วนราชการอื่นๆ

ประเด็นเพื่อเปรียบเทียบ	จัดตั้งเป็นส่วนราชการภายในกรมบัญชีกลางหรือกระทรวงการคลังและได้รับงบประมาณแบบ Block grant	ทำสัญญาให้สำนักงานประกันสังคมเป็นผู้บริหารจัดการระบบและได้รับงบประมาณแยกเงินสวัสดิการและค่าบริหารจัดการ	จัดตั้งเป็นองค์การมหาชน “กองทุนสวัสดิการสุขภาพข้าราชการ” และได้รับงบประมาณแบบ Block grant
ความพร้อมของระบบสารสนเทศ	⊖ ยังไม่ได้รับการพัฒนาทั้งในด้านครุภัณฑ์ โปรแกรมและเครือข่ายให้รองรับระบบใหม่ ต้องมีการลงทุนพัฒนาและเปลี่ยนแปลงแนวปฏิบัติที่มีอยู่	⊕ มีระบบสารสนเทศ ทั้งครุภัณฑ์ โปรแกรม เครือข่ายและบุคลากรอยู่แล้ว อาจต้องลงทุนเพิ่มเติม หรือขยายศักยภาพที่มีอยู่เดิมบ้าง	⊕ เป็นการลงทุนในระยะยาวทั้งคน เงิน ของ ⊖ ต้องลงทุนวางระบบใหม่ทั้งหมด ครุภัณฑ์ โปรแกรม เครือข่ายการส่งต่อข้อมูลและการสรรหาบุคลากร ซึ่งต้องลงทุน
ความพร้อมของบุคลากร	⊕ บุคลากรเครือข่ายมีอยู่แล้วในระดับหนึ่ง ⊕/⊖ บุคลากรส่วนหนึ่งสามารถโอนย้ายมาจากหน่วยงานที่รับผิดชอบอยู่ในกรมบัญชีกลาง แต่ยังคงขาดบุคลากรที่มีความชำนาญด้านระบบประกัน ⊖ การจัดหาผู้เชี่ยวชาญอาจต้องยึดระเบียบค่าตอบแทนตามราชการอาจไม่เป็นที่พอใจ	⊕ มีบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่แล้วในระบบประกันสังคม แต่อาจไม่เพียงพอ ⊖ มีอุปสรรคในการขยายอัตรากำลัง เนื่องจากนโยบายลดจำนวนข้าราชการ ⊖ การจัดจ้างบุคลากรเพิ่มเติม ภายใต้อัตราค่าตอบแทนในระบบข้าราชการอาจไม่ดึงดูดคนที่มีความรู้ความสามารถในการบริหารจัดการระบบในระยะยาว	⊕ สามารถเลือกรับบุคลากรใหม่ได้ตรงกับความต้องการ สามารถวางระบบค่าตอบแทน กำหนดจำนวนอัตรา รูปแบบการบริหารบุคลากรได้เองตามความเหมาะสม ⊖ ต้องเสียเวลาในรับบุคลากรใหม่ ฝึกฝนให้รู้จักระบบและงาน
ความพร้อมของระบบตรวจสอบ	⊖ ยังไม่มีระบบตรวจสอบที่มีความพร้อมสมบูรณ์ การพัฒนาระบบต้องอาศัยกำลังคนและผู้เชี่ยวชาญ อาจต้องอาศัยการทำสัญญาจ้างหน่วยงานภายนอก	⊕ มีระบบการประกันคุณภาพอยู่แล้วในระดับหนึ่ง มีคณะกรรมการ มาตรฐานสถานพยาบาล กลไกการเยี่ยมประเมินและมีฐานข้อมูลการใช้บริการอยู่แล้ว	⊕ สามารถดำเนินการพัฒนาระบบตรวจสอบต่างๆ รวมถึงการประกันคุณภาพและการทบทวนการใช้บริการได้โดยไม่ติดข้อจำกัดของระเบียบราชการ

ประเด็นเพื่อเปรียบเทียบ	จัดตั้งเป็นส่วนราชการภายในกรมบัญชีกลางหรือกระทรวงการคลังและได้รับงบประมาณแบบ Block grant	ทำสัญญาให้สำนักงานประกันสังคมเป็นผู้บริหารจัดการระบบและได้รับงบประมาณแยกเงินสวัสดิการและค่าบริหารจัดการ	จัดตั้งเป็นองค์การมหาชน “กองทุนสวัสดิการสุขภาพข้าราชการ” และได้รับงบประมาณแบบ Block grant
ประสบการณ์ในการบริหารจัดการระบบ	⊖ มีประสบการณ์ในการบริหารจัดการภายใต้ระบบเก่า บุคลากรที่เกี่ยวข้องรับรู้รับทราบ อาจต้องใช้เวลาในการปรับวิธีคิดและการปฏิบัติงานของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง	⊕ มีประสบการณ์ในการบริหารจัดการภายใต้ระบบการจ่ายแบบเหมาจ่ายเป็นรายหัวมาหลายปี รับทราบทั้งข้อดี ข้อเสียและข้อจำกัดต่างๆ มีประสบการณ์ในการดูแลข้อขัดแย้งระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ ตลอดจนการดูแลในเรื่องคุณภาพในระดับหนึ่ง ⊖ ประสบการณ์เดิมอาจเป็นอุปสรรคในการพัฒนาที่แตกต่างไปจากเดิม	⊕/⊖ ยังไม่มีประสบการณ์ตรง ต้องใช้เวลาในการพัฒนา แต่มีข้อดีคือบุคลากรที่ปฏิบัติงานไม่ยึดติดกับวิธีการปฏิบัติแบบเดิมๆ
การยอมรับในกลุ่มข้าราชการ	⊕ ไม่ควรจะมีปฏิกิริยาใดๆในเรื่ององค์กรที่รับผิดชอบ	⊖ อาจให้การยอมรับน้อยกว่าแนวทางอื่นๆ เนื่องจากภาพพจน์ว่าระบบย้ายไปสังกัดกระทรวงแรงงานฯ	⊕/⊖ อาจเกิดข้อสงสัยคล้ายคลึงกับกรณีของ “กบข.” ต้องมีการดำเนินการให้ความรู้ความเข้าใจใหม่
ประสิทธิภาพในการดำเนินการ	⊕/⊖ มีความไม่แน่นอนในศักยภาพในการเพิ่มประสิทธิภาพในระยะยาว เนื่องจากยังติดอยู่กับระบบราชการแบบเดิมๆ	⊕ ได้ประสิทธิภาพจากขนาด (Economies of scales) จากการใช้ทรัพยากรและระบบที่มีอยู่ร่วมกัน	⊕ มีศักยภาพในการพัฒนาระบบให้มีประสิทธิภาพสูงได้มาก
การดำเนินงานในระยะยาว	⊕/⊖ ขึ้นอยู่กับการวางกฎระเบียบที่คล่องตัว และการแทรกแซงจากระดับบริหารและการเมือง	⊕ เป็นจุดเริ่มต้นของการปฏิรูประบบประกันสุขภาพของประเทศที่น่าจะมีองค์กรใดองค์กรหนึ่งบริหารไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อน	⊕ เป็นประโยชน์กับสถานการณ์ในระยะยาว เสริมสร้างศักยภาพให้กับตนเองให้สามารถพึ่งตนเองและพัฒนาตนเองได้

ศูนย์สารสนเทศเพื่อประกันสุขภาพ¹

ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเป็นองค์ประกอบสำคัญในการปฏิรูประบบสวัสดิการสุขภาพข้าราชการตามข้อเสนอที่นำเสนอไว้ข้างต้น ระบบสารสนเทศเป็นหัวใจสำคัญที่จะทำให้ระบบดำเนินงานไปได้ด้วยความคล่องตัว มีประสิทธิภาพและลดค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการ สำหรับการบริหารอาจจัดตั้งขึ้นเป็นศูนย์สารสนเทศเพื่อการประกันสุขภาพข้าราชการในระบบนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องถูกจัดออกเป็น 3 ส่วนใหญ่ กล่าวคือ

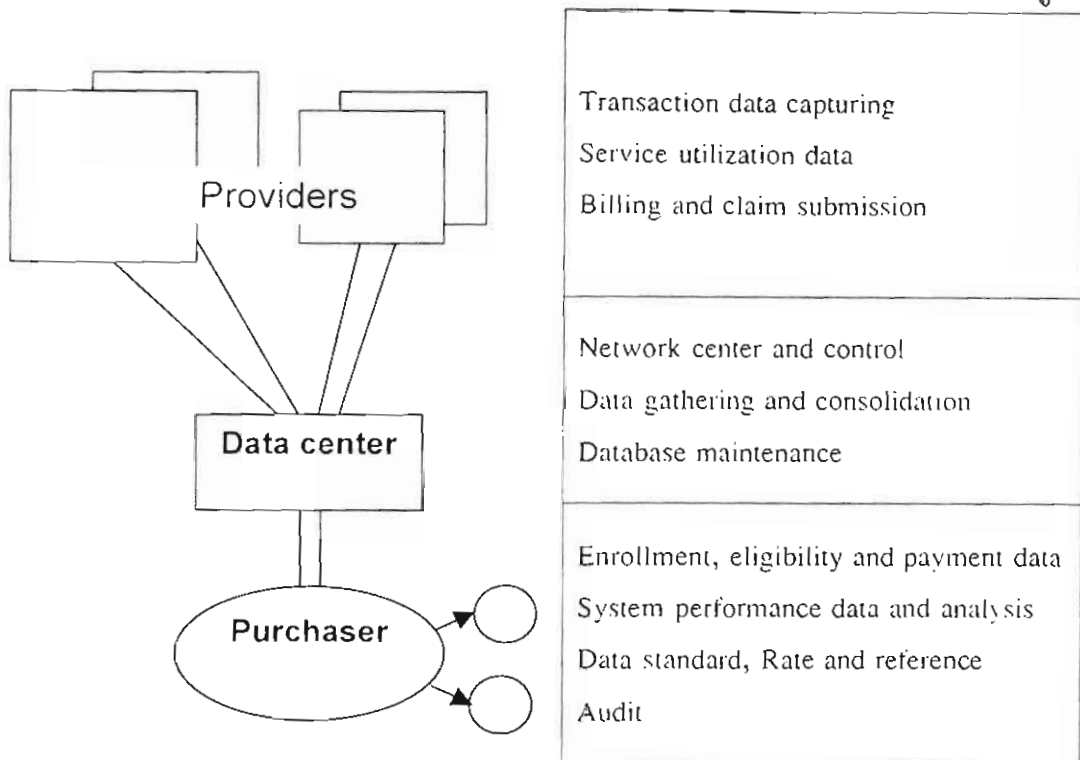
1. สถานพยาบาล (Provider) หมายถึงโรงพยาบาลหรือคลินิกต่าง ๆ ที่ให้บริการรักษาพยาบาลในระบบสวัสดิการนี้ การเป็นสถานพยาบาลนี้จะอยู่ในรูปแบบการตกลงทำสัญญากับ หรือได้รับการรับรองจากผู้ซื้อ
2. ศูนย์ข้อมูล (data center) หมายถึงหน่วยงานที่เป็นศูนย์กลางของการรับข้อมูลต่าง ๆ จากสถานพยาบาลและสำนักงานของหน่วยงานที่เป็นผู้ซื้อ
3. ผู้ซื้อ (Purchaser) ซึ่งในกรณีนี้หมายถึง สำนักงานบริหารสวัสดิการสุขภาพข้าราชการหรือกรมบัญชีกลาง

การใช้คำว่าผู้ซื้อหรือ Purchaser นี้ เพื่อให้สามารถพิจารณาระบบในเชิงการประกันสุขภาพหรือสวัสดิการรักษายาบาลนี้ให้ลอยตัว ไม่ผูกพันกับแนวคิดปัจจุบันเพราะบทบาทของผู้ซื้อบริการ มีมากกว่าการจ่ายเงินค่ารักษายาบาลให้ถูกต้องตามระเบียบตามที่เป็นอย่างอยู่ ต้องเป็นองค์กรที่จัดหาบริการทางการแพทย์รักษายาบาลให้แก่ผู้มีสิทธิในสังกัด และเป็นผู้บริหารระบบสวัสดิการฯ กำกับคุณภาพและประสิทธิภาพของบริการที่ได้รับ งานทางเทคนิคหรือการปฏิบัติงานบางอย่าง ทั้งนี้ผู้ซื้อบริการสามารถ(และควร)มอบหมายหรือว่าจ้างงานให้หน่วยงานภายนอกทำงานแทนตนได้ เช่น ศูนย์ข้อมูลการประกันสุขภาพ หรือกลุ่มผู้ชำนาญการพิเศษ (agency) ให้กระทำแทนตน เช่น ในด้านการตรวจสอบเวชระเบียน การประกันคุณภาพบริการ การตรวจสอบความเหมาะสมในการให้บริการ เป็นต้น

ผังโครงสร้างงานด้านสารสนเทศอาจแสดงได้ดังภาพที่ 1

¹ นพ.สุชาติ สรรเสถียร คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ผู้เรียบเรียง

ภาพที่ 1 แสดงภาพรวมของหน่วยงานและกระบวนการเกี่ยวกับการทำและใช้ข้อมูล



หน้าที่ด้านสารสนเทศที่เป็นไปได้ของหน่วยงาน 3 ระดับ อาจสรุปได้โดยสังเขปดังนี้

Providers:	• User registration • User eligibility and authentication • Service authorization • Services data capturing/entry • Claim submission • Data transmission via network • User Satisfaction survey • Utilization review • Costing study
Data Center:	• Online user validation and service authorization • Data clearing house • Claim processing • Transactional data and claim data consolidation • System monitoring and system data audit • Performance ineasurement analysis and report on providers, system and subsystem

	• Health plans payment co-ordination • Providers information and profile for public and users • Users population and sub-population epidemiological data and profiles
Purchaser: +(Agency)	• User grievance management • Fraud and abuse management • System assessment and evaluation • Quality assurance • Utilization review • Contracts review, rate setting, benefit package • Costing study • Policy and planning • DRG development • Medical audit • Provider accreditation/certification • User satisfaction survey

ระบบสารสนเทศที่จำเป็นสำหรับสำนักงานบริหารสวัสดิการสุขภาพข้าราชการ
งานที่สำคัญเกี่ยวกับระบบสารสนเทศในการปฏิรูประบบสวัสดิการสุขภาพข้าราชการ
สามารถแบ่งระบบงานออกเป็นวงจรที่สำคัญที่จะต้องได้รับการพัฒนา คือ

- ระบบสารสนเทศการให้บริการและข้อมูลการบริการ เป็นระบบพื้นฐานที่สุดที่มีการใช้ระบบสารสนเทศและมีข้อมูลมากที่สุด และส่วนใหญ่ของข้อมูลจะเป็นธุรกรรมตามบริการที่ใช้ ซึ่งมักจะมีหลากหลายและความซับซ้อน
- ระบบสารสนเทศการจัดการด้านการเงิน ระหว่างผู้ซื้อหรือกองทุนฯ กับสถานพยาบาล
- ระบบทะเบียนผู้มีสิทธิ
- ระบบทะเบียนผู้ให้บริการ
- ระบบการตรวจสอบ ประมวลผล รายงาน และการกำกับงาน
- ระบบการเบิกจ่ายรักษาพยาบาลโดยผู้มีสิทธิโดยตรง

ระบบสารสนเทศที่จำเป็นสำหรับสถานพยาบาลเครือข่าย

หากจะประเมินสถานภาพปัจจุบันของระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลของรัฐ (ตัวเลขวการสำรวจ ขอลจากสำนักคอมพิวเตอร์ และสำนักงานประกันสุขภาพ) แยกเป็นการมีระบบและใช้งานในการบริการได้ดีสมบูรณ์เป็นคะแนน = 5+ อาจสามารถประมาณการดังนี้

	มี	ใช้งานได้ดี
1. ระบบเวชระเบียน	++++	+++
2. ระบบการเงินผู้ป่วย	++	++
3. ระบบงานเภสัชกรรม	+	++
4. ระบบงานชันสูตร	+	++
5. ระบบหอผู้ป่วย, ห้องผ่าตัดและห้องคลอด	+	+

ระบบที่จำเป็นในระยะของการเริ่มต้นคือ ระบบที่ 1 และ 2 หากมีการกำหนดแผนงานที่แน่นอน ระบบเวชระเบียนจะสามารถเริ่มได้รวดเร็ว เพราะมีโปรแกรมและแบบอย่างให้สถานพยาบาลเลือกมาก เครื่องคอมพิวเตอร์ที่ใช้ไม่มีความซับซ้อนนัก

ปัญหาสำคัญเชื่อว่าจะมีอยู่ที่ระบบการเงินผู้ป่วย โดยปัญหาหลักคือ การบันทึกรายละเอียดค่ารักษาพยาบาลให้ได้มาตรฐานเดียวกัน โรงพยาบาลอาจมีบุคลากรไม่เพียงพอและมีค่าใช้จ่ายในการดำเนินการสูงขึ้น โดยเฉพาะเมื่อไม่ได้ทำงานด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ เนื่องจากปัจจุบันโรงพยาบาลต่างๆ มักจะไม่บันทึกรายละเอียดของบริการเมื่อให้บริการกับผู้ป่วยที่ไม่ได้จ่ายเงินสด ซึ่งมีอยู่เป็นจำนวนมาก การปรับปรุงครั้งนี้ทางโรงพยาบาลจะใส่ใจในการวิเคราะห์ต้นทุนของการบริการ โรงพยาบาลอาจมีความจำเป็นต้องนำระบบคอมพิวเตอร์มาใช้มากขึ้น เมื่อติดตั้งโปรแกรมจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลใหม่ จะเป็นโอกาสในการปรับปรุงระบบการบันทึก ผลที่เกิดขึ้นคือมีการจัดการไหลเวียนของคนไข้ใหม่ และเพิ่มรายละเอียดด้านสิทธิการรักษาพยาบาลต่างๆ ซึ่งประสบการณ์ที่ผ่านมา จะเกิดความสับสนมากในระยะแรก จำเป็นต้องเตรียมการเรื่องนี้ไว้เป็นการเฉพาะ

แนวทางพัฒนาและแก้ปัญหา:

1. มีโปรแกรมบันทึกเบิกจ่ายของบริการผู้ป่วยในในระบบ DRGs เพื่อให้ได้ข้อมูลในรูปแบบที่เป็นอิเล็กทรอนิกส์โดยตรง แนวทางนี้ทางสำนักงานประกันสังคมได้ทำมาก่อนเมื่อเริ่มใช้ระบบเหมาจ่ายประสบความสำเร็จพอสมควร โรงพยาบาลเอกชนบางแห่งก็จัดหาโปรแกรมขึ้นมาใช้เองในที่สุด โรงพยาบาลของรัฐส่วนใหญ่ใช้โปรแกรมนี้นับที่อยู่มาก มีบางแห่งที่สามารถย้ายโอนข้อมูลจากระบบของโรงพยาบาลมาเป็นรูปแบบของสำนักงานประกันสังคม โดยไม่ต้องบันทึกใหม่ เนื่องจากโปรแกรมนี้นี้มีสาระเกือบทั้งหมดเข้าได้กับระบบข้อมูลผู้ป่วยใน จึงน่าที่จะพัฒนา

โปรแกรมที่มีอยู่นี้เพิ่มเติมให้สามารถใช้งานได้ทั้งส่วนของสำนักงานประกันสังคม และส่วนของระบบสวัสดิการสุขภาพข้าราชการภายใต้การดูแลของกรมบัญชีกลางได้ ควบกันไปในคราวเดียว เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ

2. จัดหาหรือแนะนำให้โรงพยาบาลใช้ระบบข้อมูลการเงินผู้ป่วยและโปรแกรมการเงินผู้ป่วยที่มีมาตรฐานเดียวกัน ซึ่งจะเป็นการดีมากหากกรมบัญชีกลางจะจัดทำมาตรฐานด้านระบบข้อมูลการเงินผู้ป่วยร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขซึ่งกำลังจัดทำผังระบบบัญชีมาตรฐานให้กับสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขอยู่ ระบบที่ได้จะมีความสมบูรณ์และไม่เพิ่มความซับซ้อนในการปฏิบัติงาน อีกส่วนหนึ่งคือโปรแกรมเก็บค่ารักษาพยาบาลทั้งผู้ป่วยนอก / ผู้ป่วยใน ซึ่งกรมบัญชีกลางน่าจะจัดทำขึ้นมาเป็นมาตรฐานเพื่อใช้ในสถานพยาบาลขนาดเล็กหรือคลินิกที่จะเข้ามาสมัครเป็นเครือข่ายการบริการ
3. โปรแกรมรับส่งข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลกับศูนย์ข้อมูล ควรจะได้รับการพัฒนาขึ้นมาใหม่ เพราะระบบสวัสดิการสุขภาพข้าราชการ จะต้องอาศัยเครือข่ายคอมพิวเตอร์เพื่อเชื่อมโยงสถานพยาบาลในเครือข่ายเป็นอย่างมากในอนาคต แต่ในขั้นต้นนี้อาจจะรอการพัฒนาเครือข่ายสถานพยาบาลไประยะหนึ่งก่อน ซึ่งอาจให้โรงพยาบาลส่งข้อมูลผู้ป่วยในนี้โดยใช้เครือข่ายของสำนักงานประกันสังคมไปก่อนได้
4. โปรแกรมระบบทะเบียนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนไว้กับสถานพยาบาลในระบบเหมาจ่ายให้แก่สถานพยาบาล เมื่อมีฐานข้อมูลการเลือกสถานพยาบาลแล้ว สถานพยาบาลเองจะต้องมีข้อมูลชุดนี้ไว้ตรวจสอบสิทธิ การปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงข้อมูลจากส่วนทะเบียนกลางส่งไปยังโรงพยาบาลเป็นเรื่องที่กองทุนฯ ต้องเตรียมระบบไว้รองรับ ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนทางเทคนิคค่อนข้างมาก แต่ต้องกล่าวไว้ในแผนงานให้ชัดเจน

ชุดข้อมูลและแบบรายงานมาตรฐาน

ส่วนนี้เป็นส่วนที่วาดด้วยโครงสร้างฐานข้อมูลพื้นฐานและฐานข้อมูลอ้างอิงที่จะใช้ในระบบ โดย ณ ที่นี้จะกล่าวโดยสังเขปเท่านั้นดังสรุปในตารางที่ 1 และ 2 ฐานข้อมูลที่น่าเสนอตามรายการข้างล่างนี้จำเป็นต่อการบริหารและใช้งานในระบบข้อมูลข่าวสารทั้งในส่วนของการบริการในสถานพยาบาล ส่วนของสำนักงานข้อมูลและการดำเนินงานของสำนักงานบริหารสวัสดิการสุขภาพข้าราชการในการตรวจสอบสิทธิและการให้บริการของผู้มีสิทธิ ตลอดจนการตรวจสอบด้านคุณภาพของการรักษาพยาบาล

ตารางที่ 1 สรุปฐานข้อมูลพื้นฐานและการใช้งานโดยสังเขป

ฐานข้อมูล	การใช้งาน
ทะเบียนผู้มีสิทธิ	- สิทธิการให้บริการ - Demography ของผู้ใช้บริการ - อ้างอิงเลขประจำตัวเพื่อตรวจสอบและวิเคราะห์
ข้อมูลมาตรฐาน บริการผู้ป่วยนอก	- การใช้บริการผู้ป่วยนอกรายบุคคล - การส่งต่อผู้ป่วย
ข้อมูลมาตรฐาน การรักษาผู้ป่วยใน	- การรับรักษาเป็นผู้ป่วยใน - การผ่าตัด - โรคที่รักษา (เป็นรหัส ICD10) - การส่งต่อผู้ป่วย
ข้อมูลมาตรฐาน ค่ารักษาพยาบาล	- ส่วนเพิ่มเติมใช้ร่วมกับบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

ตารางที่ 2 สรุปฐานข้อมูลอ้างอิงและคุณลักษณะการใช้งานโดยสังเขป

ฐานข้อมูลอ้างอิง	คุณลักษณะและการใช้งาน
Diagnosis Related Groups	- บัญชีรายการกลุ่มวินิจฉัยโรค พร้อมคะแนนสัมพัทธ์ - ใช้ปรับรหัสการวินิจฉัยโรค ICD10 มาเป็น DRG
“Universal Resource Identifier”	- เป็นบัญชีแบ่งตามหมวดการใช้ทรัพยากร (การบริการ) ในการรักษาพยาบาล - มีน้ำหนักสัมพัทธ์ เพื่อใช้ในการคำนวณวิเคราะห์เชิงเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข - ใช้เชื่อมโยงกับรหัสการบริการในฐานข้อมูลอื่น ๆ ได้ เพื่อใช้ในระบบบริการและระบบรายงาน
“Provider Identifier”	- ฐานข้อมูลอ้างอิงสถานพยาบาลทุกแห่งทั่วประเทศ เพื่อใช้ในการบันทึกการบริการจากทุกสถานพยาบาล โดยเฉพาะสถานพยาบาลในเครือข่าย - ฐานข้อมูลอ้างอิงสถานจำหน่ายยาในเครือข่าย ทั้งที่ เป็นห้องยาของโรงพยาบาลและร้านขายยา - อาจจัดให้มีข้อมูลครอบคลุมถึงคลินิกและโพลีคลินิกต่าง ๆ หากต้องมีการขยายฐานการบริการปฐมภูมิ

ฐานข้อมูลอ้างอิง DRG และ URI ทั้ง 2 ชุดจำเป็นจะต้องมี “การปรับมาตรฐาน” (calibrate) คะแนนสัมพัทธ์ให้เที่ยงตรง เพื่อไม่ให้เพี้ยนจากการเปลี่ยนแปลงของราคาค่าใช้จ่ายหรือวิธีการรักษา การปรับมาตรฐานนี้จะต้องทำการเก็บตัวอย่างและทำการศึกษาเฉพาะเป็นครั้งคราว โดยทั่วไปแล้วจะมีการปรับทุกๆ 3-5 ปี ขึ้นกับความแปรปรวนของระบบ

สำหรับฐานข้อมูล Provider Identifier จะต้องมีการปรับปรุงข้อมูลให้ทันสมัยอยู่เสมอและจะต้องครอบคลุมสถานพยาบาลทุกประเภททั้งภาครัฐและภาคเอกชน ปัจจุบันยังไม่มีหน่วยงานได้รับผิดชอบข้อมูลชุดนี้

ในขั้นตอนการบัญญัติกลางอาจนำชุดข้อมูลและรหัสต่างๆ ที่มีการใช้อยู่แล้วในโครงการของกระทรวงสาธารณสุขและของสำนักงานประกันสังคมมาใช้ก่อนได้ และบางส่วนต้องทำขึ้นหรือขยายจากเดิม ตัวอย่างได้แก่

- Data-set ของส่วนข้อมูลข่าวสาร สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข
- Code set เกี่ยวกับ service class ต่าง ๆ (ต้องทำขึ้นใหม่)
- Provider identification (ขยายจากระบบเดิมที่มีแต่โรงพยาบาลภาครัฐ)
- DRG version 2 ของ สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งต่อไปจะต้องรื้อศึกษาต้นทุนให้ละเอียดกว่าปัจจุบันคือ รongรับกรณีปรับใช้กับสถานพยาบาลที่มีลักษณะจำเพาะเช่น โรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ได้อย่างไร และการศึกษาส่วนอัตราค่าตอบแทนแพทย์เพื่อรองรับการเข้าร่วมของโรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ

การมอบหมายให้มีนายทะเบียนดูแลชุดรหัสแม้ว่าระยะต้นจะยังสับสนและจะไม่เป็นทางการ ศูนย์ข้อมูลคงจะจำเป็นต้องรับหน้าที่นี้ไปก่อนได้ แต่ในระยะยาวชุดข้อมูลมาตรฐานเหล่านี้จะต้องเป็นชุดที่ได้รับการรับรองอย่างเป็นทางการ และดูแลโดยหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่โดยตรง

ศูนย์ข้อมูลและแนวทางการดำเนินการ/และจัดการระบบข้อมูล

การจัดการระบบบริการ^๑ โดยเฉพาะส่วนของการบริหารข้อมูลจะต้องมีหน่วยงานขึ้นมารับรอง กรมบัญชีกลางเองไม่ได้เป็นหน่วยงานที่มีภาระหน้าที่ในเชิงนี้ การเปลี่ยนบทบาทของกรมบัญชีกลางในฐานะผู้จ่ายเงิน ตามแนวทางการปฏิรูปฯ มาเป็นผู้รับผิดชอบการบริหารจัดการการซื้อบริการการรักษาพยาบาลไม่ได้แปลว่ากรมบัญชีกลางต้องตั้งหน่วยงานขึ้นมารองรับคล้ายกับที่สำนักงานประกันสังคมจัดตั้งกองประสานการแพทย์มาดูแลงานนี้โดยเฉพาะ เพราะจะเป็นการลงทุนที่สูงและยังไม่มีพื้นฐานทางเทคโนโลยีและความรู้ที่เหมาะสมมารองรับ

การจัดตั้งศูนย์ข้อมูลในระยะแรกนี้ กรมบัญชีกลางควรใช้วิธีการทำสัญญาว่าจ้างเอกชนหรือองค์กรพัฒนาเอกชน (NGO) เช่น มูลนิธิที่มีวัตถุประสงค์เกี่ยวกับประโยชน์ทางด้านสาธารณสุขและสามารถหาผู้เชี่ยวชาญมารับงานการบริหารระบบข้อมูลตามแผนนี้ แทนการตั้งหน่วยงานของกรมบัญชีกลางมารับงานนี้อย่างเต็มรูปแบบ เพราะในที่สุดงานด้านข้อมูลระบบบริการควรจะเป็นศูนย์ข้อมูลที่สามารถรวบรวมข้อมูลจากทุกสถานพยาบาลและหลายๆ ระบบที่บริการการรักษาพยาบาล ซึ่งสำนักงานข้อมูลฯ จะเป็นตัวกลางในการส่งผ่านข้อมูลและเป็นตัวแทนผู้ซื้อระบบบริการในการบริหารงานด้านข้อมูล

โดยวิธีนี้กรมบัญชีกลางจะสามารถ Out-source ความเชี่ยวชาญที่กรมบัญชีกลางไม่มีและลดต้นทุนระยะยาวในการบริหารระบบสวัสดิการฯ เชื่อว่าในปีต่อๆ ไป หน่วยงานจัดบริการการรักษาพยาบาล เช่น สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานประกันสังคม จะเริ่มมีส่วนร่วมใช้ระบบไหลเวียนข้อมูลและโครงสร้างข้อมูลมาตรฐานต่างๆ ที่เป็นสากลต่อการบริการของสถานพยาบาลต่างๆ ซึ่งเมื่อสถานการณ์การปรับปรุงระบบข้อมูลก้าวหน้าขึ้น กรมบัญชีกลางก็จะสามารถได้ประโยชน์จากการแบ่งใช้ทรัพยากรและความรู้ความเชี่ยวชาญของสำนักงานข้อมูลฯ ร่วมกันได้ดีกว่าการมีสำนักงานข้อมูลของตัวเองมาก

สำหรับข้อเสนอให้กรมบัญชีกลางเลือกการจ้างเหมาองค์กรพัฒนาเอกชน(NGO)ให้ดำเนินงานสำนักงานข้อมูลฯ นี้ เพราะระเบียบปฏิบัติทางราชการจะเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาระบบงานที่ต้องการความคล่องตัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะต้นที่แผนงานต่างๆ จะเป็นในลักษณะโครงการนำร่อง งานวิจัยและงานพัฒนา ซึ่งยิ่งทำให้ยากที่จะเขียนเป็นแผนงานเพื่อนำเสนอตามระเบียบราชการ ส่วนการจ้างเหมาเอกชนที่แสวงหากำไรนั้นจำเป็นที่กรมบัญชีกลางต้องมีข้อมูลในการต่อรองและตรวจสอบอย่างเพียงพอ

ด้วยหลักการและแนวคิดดังกล่าว แผนงานของ “ศูนย์ข้อมูลระบบสวัสดิการสุขภาพข้าราชการ” ที่จะนำเสนอในส่วนต่อไป จะมีเนื้อหาและภาระงานที่เพียงพอต่อการดำเนินการของแผนการปฏิรูปฯ ในระยะแรก ส่วนของระบบงานที่จะเป็นระบบที่ต้องพัฒนาระยะยาวหรือสามารถขยายงานเมื่อระบบเครือข่ายข้อมูลก้าวหน้าขึ้น จะกำหนดไว้น้อยเพื่อรอการขยายในอนาคตซึ่งอาจดำเนินการให้ครอบคลุมระบบประกันสุขภาพอื่นๆ ของประเทศได้ด้วย

สถานที่ ประเมินไว้ว่าจะต้องใช้พื้นที่ประมาณ 200 ตารางเมตร สำหรับศูนย์ข้อมูล และอีกประมาณ 100 ตารางเมตร หากจะต้องมีการบันทึกทะเบียนผู้มีสิทธิและบันทึกข้อมูลในการบริการในส่วนที่เป็นเอกสาร ในระยะต้น สำนักงานข้อมูลฯ ควรใช้พื้นที่ของกรมบัญชีกลางเพื่อจะสะดวกต่อการติดต่อและประสานงานของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน อีกทั้งจะต้องมีการถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยีการจัดการระบบเครือข่ายให้แก่เจ้าหน้าที่ของ

กรมบัญชีกลางด้วย ในระยะยาว กรมบัญชีกลางมีทางเลือกที่จะจ้างเหมาสำนักงานข้อมูลฯ ซึ่งจะพัฒนาเป็นหน่วยงานอิสระ ให้รับผิดชอบงานนี้ได้ หากต้องการ

บุคลากร ประเมินเกณฑ์ขั้นต่ำไว้สำหรับเพื่อรองรับงานระยะแรกไว้ดังนี้

- ผู้จัดการสำนักงาน 1 อัตรา
- โปรแกรมเมอร์อาวุโส 1 อัตรา
- โปรแกรมเมอร์ 2 อัตรา
- เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล 1-สำหรับงานผู้ป่วยใน DRG 5 อัตรา
- เจ้าหน้าที่ธุรการ 3 อัตรา
- เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล 2-รองรับระบบข้อมูลยา 6 อัตรา

ครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์

- Windows NT Server 4 เครื่อง
- NetWare Server 2 เครื่อง
- Personal Computer 8 เครื่อง
- Document Scanner 3 เครื่อง
- Laser Printer 3 เครื่อง
- Internet Connection, Telephone, Fax 6 เลขหมาย

อุปกรณ์เพิ่มเติมเพื่อรองรับระบบยาผู้ป่วยนอก

- NetWare Server 2 เครื่อง
- Personal Computer 5 เครื่อง
- Barcoded Document Reader 3 เครื่อง
- Laser Printer 2 เครื่อง

งานที่ปฏิบัติ สำนักงานข้อมูล จะทำหน้าที่บริหารระบบเครือข่ายข้อมูลและจัดการเก็บข้อมูลจากระบบบริการของสถานพยาบาล ตามแผนปฏิบัติงานที่เสนอไว้ในเอกสารนี้ ทั้งนี้จะขอเรียงชิ้นงานต่าง ๆ แยกออกให้พิจารณาเพราะชิ้นงานบางชิ้นสามารถแยกออกจ้างเหมาได้เป็นรายการได้ เรียบเรียงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 รายการระบบงานต่าง ๆ และข้อเสนอแนะทางการปฏิบัติโดยย่อ

ระบบงาน	แนวทางการจัดการ
ทะเบียนผู้มีสิทธิ	สำนักงานข้อมูลฯ
การพิมพ์บัตร	สำนักงานข้อมูลฯ หรือจ้างเหมาบริษัทเฉพาะครั้งแรกนี้
ปรับปรุงทะเบียนผู้มีสิทธิ	สำนักงานข้อมูลฯ หรือจ้างเหมาบริษัทเฉพาะครั้งแรกนี้
เครือข่าย internet	ซื้อบริการจาก ISP
ประมวลผลข้อมูลบริการ ผู้ป่วยนอก กรณีเหมาจ่าย	สำนักงานข้อมูลฯ หรือจ้างเหมา NGO
ประมวลผลข้อมูลบริการ การเบิกจ่ายยา	สำนักงานข้อมูลฯ หรือจ้างเหมา NGO
ประมวลผลข้อมูลบริการ ผู้ป่วยใน กรณีเหมาจ่าย	สำนักงานข้อมูลฯ หรือจ้างเหมา NGO
การวิเคราะห์ระบบบริการ	ว่าจ้างผู้เชี่ยวชาญ
การตรวจสอบเวชระเบียน	ว่าจ้างผู้เชี่ยวชาญ, สนับสนุนการวิจัย ของ สวรส
การจัดทำฐานข้อมูลมาตรฐาน	ว่าจ้างผู้เชี่ยวชาญ, สนับสนุนการวิจัย ของ สวรส
การสนับสนุนโปรแกรม Stat 2.6	จ้างเหมาเป็นรายการมาก-น้อย ตาม ปริมาณงาน
การสนับสนุนโปรแกรม Billing	จ้างเหมาเป็นรายการมาก-น้อย ตาม ปริมาณงาน

ภาคผนวก 8

ข้อเสนอของแพทยสภาต่อ

แนวทางการจัดบริการตรวจร่างกายเพื่อส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค¹

การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อให้บุคลากรมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงไม่ล้มป่วย พักหรือ เสียชีวิตก่อนวัยอันควร จากการเจ็บป่วยที่สามารถหลีกเลี่ยงหรือป้องกันได้ล่วงหน้า นับเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติหน้าที่การทำงานและลดค่าใช้จ่ายในด้านรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพซึ่งมีราคาแพง พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ.2523 และที่แก้ไขเพิ่มเติมซึ่งใช้อยู่ในปัจจุบัน มีหลักการสำคัญไม่ครอบคลุมบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ข้าราชการและผู้มีสิทธิได้สวัสดิการนี้ไม่สามารถเบิกค่าใช้จ่ายเพื่อกิจกรรมดังกล่าวได้ ยกเว้นการตรวจสุขภาพประจำปีตามรายการที่กำหนดไว้ใน หนังสือกระทรวงการคลังที่ กค 0526.5/ว 166 ซึ่งครอบคลุมเฉพาะการตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นสำคัญ เมื่อพิจารณาตามข้อมูลทางวิชาการแล้วพบว่า มีปัญหาดังต่อไปนี้

- เน้นการตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นหลัก ไม่ได้เน้นความสำคัญของการรับการตรวจสุขภาพจากแพทย์ ซึ่งมีความสำคัญมากกว่า
- ชุดรายการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่กำหนดมีลักษณะตายตัว ไม่สะท้อนถึงความจำเป็นตามกลุ่มอายุ หรือความเสี่ยง
- ประสิทธิภาพในการส่งเสริมสุขภาพและกลั่นกรองโรคระยะแรกต่ำ บางรายการไม่มีหลักฐานทางวิชาการว่าจะมีประโยชน์ในด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคได้อย่างแท้จริง
- ระยะเวลาที่กำหนดให้ตรวจทุกปี อาจไม่มีความจำเป็นสำหรับบางรายการ
- ในกรณีที่ผู้มีสิทธิได้รับการตรวจรักษาประจำจากแพทย์อยู่แล้ว จะทำให้เกิดความซ้ำซ้อนและสิ้นเปลือง
- ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคที่มีประโยชน์อื่น ๆ

ในปัจจุบันการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค นับเป็นนโยบายหลักทางด้านสาธารณสุขของรัฐที่มุ่งหวังที่จะให้บริการที่จำเป็นครอบคลุมประชาชนทุกคน องค์กรหน่วยงานต่าง ๆ ตลอดจนประชาชนก็มีความตื่นตัวและให้ความสำคัญในเรื่องนี้เป็นอย่างสูง ข้าราชการและผู้มีสิทธิอื่น ๆ ภายใต้วัดการรักษายาบาลข้าราชการสมควรที่จะได้รับการพิจารณาเพิ่มสิทธิประโยชน์ในด้านนี้ และเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและช่วยลดค่าใช้จ่ายในด้านการรักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพ ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

1. ข้อเสนอเพื่อการปรับปรุง

1.1 นิยาม

การตรวจสุขภาพข้าราชการและผู้มีสิทธิ ในที่นี้หมายถึง การตรวจสุขภาพโดยแพทย์

¹ นายแพทย์ ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์ ผู้เรียบเรียง

เพื่อหาโรค หรือภาวะผิดปกติทางสุขภาพของข้าราชการและผู้มีสิทธิ ตลอดทั้งการให้บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและคำแนะนำในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องต่าง ๆ ที่มีหลักฐานทางวิชาการ แสดงว่าจะประโยชน์ ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่

- 1.1 การซักประวัติตรวจร่างกายโดยแพทย์
- 1.2 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- 1.3 การให้วัคซีน/ภูมิคุ้มกันโรค
- 1.4 การให้คำปรึกษา

1.2 วัตถุประสงค์

- 2.1 เพื่อส่งเสริมให้ข้าราชการและผู้มีสิทธิมีคุณภาพชีวิตที่ดี สุขภาพแข็งแรง ปราศจากโรคต่าง ๆ ที่ป้องกันหรือหลีกเลี่ยงได้
- 2.2 เพื่อวินิจฉัยตรวจค้นโรคที่สามารถรักษาให้หายได้หรือสามารถหยุดยั้งการดำเนินการของโรคได้ถ้าตรวจพบในระยะเริ่มแรก

1.3 กิจกรรมตรวจสุขภาพและความดี

ภายใต้ข้อมูลทางวิชาการในด้านความปลอดภัยของวิธีการตรวจ ประสิทธิภาพของวิธีการตรวจ และความรุนแรงของปัญหา ราชวิทยาลัยแพทย์ต่าง ๆ ภายใต้การประสานงานของแพทยสภา ได้กำหนด กิจกรรมตรวจ ความดีของการตรวจ สำหรับประชาชนในกลุ่มอายุต่าง ๆ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และเสนอให้นำมาใช้สำหรับข้าราชการและผู้มีสิทธิทั้งผู้มีสุขภาพปกติและผู้มีความเสี่ยงสูง

2. แนวทางการบริหารจัดการ

2.1 สมุดสุขภาพประจำตัว

กำหนดให้ข้าราชการและผู้มีสิทธิแต่ละคนมีสมุดสุขภาพประจำตัว ซึ่งครอบคลุมรายการตรวจสุขภาพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และความดี ตามข้อเสนอในข้อ 1.3 ตลอดทั้งบันทึกการเจ็บป่วยที่สำคัญ เพื่อส่งเสริมให้เกิดความต่อเนื่องและครบถ้วนในการตรวจรักษา แนวทางการจัดทำสมุดสุขภาพข้าราชการนี้เป็นไปในลักษณะเดียวกับ สมุดสุขภาพเด็กที่ใช้อยู่ทั่วไปในปัจจุบัน

2.2 แนวทางการรับบริการ

- ก) ในกรณีที่ข้าราชการหรือผู้มีสิทธิไม่เจ็บป่วย และไม่มีอาการจำเป็นต้องพบแพทย์ในปัญหาใด ๆ เลย ให้รับการตรวจจากแพทย์เพื่อส่งเสริมสุขภาพตามรายการและความดีที่กำหนดตามกลุ่มอายุ/ความเสี่ยง ซึ่งระบุในสมุดสุขภาพ
- ข) ในกรณีที่ข้าราชการหรือผู้มีสิทธิได้มีการพบแพทย์เพื่อตรวจรักษาโรคใด ๆ ให้สามารถผสมผสานกับกิจกรรมการตรวจรักษาโรคนั้น ๆ ได้ เพื่อความสะดวกและประหยัด

2.3 การบริหารค่าใช้จ่ายในการตรวจ

- ก) ในกรณีที่สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเลือกวิธีการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลเป็นเหมาจ่ายรายหัว/ปี อาจรวมค่าใช้จ่ายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและรักษายาบาลนี้ไว้ด้วยกัน เพื่อความสะดวกและก่อให้เกิดความประหยัด โดยให้ข้าราชการและผู้มีสิทธิเป็นผู้รักษาสินที่ตนพึงได้
- ข) ทางเลือกที่ 2 อาจกำหนดให้มีการจ่ายตามรายการสำหรับกิจกรรมการตรวจส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรคต่าง ๆ ที่กำหนดไว้ และให้มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสมเป็นระยะตามช่วงเวลาที่กำหนด

ข้อสรุป

ข้อเสนอนี้เปลี่ยนแปลงหลักการสำคัญของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการให้มีความสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ให้สามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้ ประกอบกับชุดรายการตรวจ และความถี่การตรวจอยู่บนข้อมูลพื้นฐานทางวิชาการ ซึ่งผ่านการศึกษาวิเคราะห์จากราชวิทยาลัยการแพทย์ต่าง ๆ โดยความเห็นชอบของแพทยสภา รายการตรวจบางชนิดที่ปฏิบัติการแพร่หลายในขณะนี้ ไม่ปรากฏในชุดรายการนี้ เนื่องจากไม่มีข้อมูลที่บ่งชี้ว่ามีประโยชน์อย่างแท้จริง อย่างไรก็ตาม ความรู้ทางวิชาการต่าง ๆ มีการเปลี่ยนแปลงพัฒนาไปตลอดเวลา สมควรที่จะต้องมีการกำหนดให้มีคณะผู้เชี่ยวชาญต่าง ๆ ทำการศึกษาติดตามเพื่อปรับปรุงข้อเสนอนี้เป็นระยะในอนาคต

สำหรับภาระทางการเงินต่อกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลนั้น ในระยะเริ่มแรกไม่น่าจะก่อให้เกิดภาระมากขึ้น เนื่องจากการตรวจต่าง ๆ ที่เสนอมานี้ชัดเจนเป็นระบบ และรวมเฉพาะรายการที่มีประโยชน์ทางวิชาการอย่างแน่ชัด ในขณะที่ปัจจุบันมีการเบิกจ่ายเพื่อการตรวจสุขภาพประจำปีต่าง ๆ และรวมค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษารายการที่ไม่สามารถเบิกได้ ในค่าใช้จ่ายการตรวจเพื่อรักษาโรค เช่นการตรวจหามะเร็งด้วยวิธีต่าง ๆ ซึ่งบางรายการสิ้นเปลืองและไม่มีประโยชน์

สำหรับในระยะยาวการปลูกฝังทัศนคติการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคควรจะส่งผลให้เกิดการเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติราชการในระยะยาว และลดภาระการรักษายาบาลการฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งมีราคาสูงมาก

ตัวอย่างแนวทางการตรวจสุขภาพในผู้ใหญ่ทั่วไป

กิจกรรม	กลุ่ม อายุ 21-40 ปี (ก)	กลุ่ม อายุ 41-60 ปี (ข)	กลุ่ม อายุ มากกว่า 60 ปี (ค)	หมายเหตุ
ประวัติและสัมภาษณ์				
การซักประวัติ/ตรวจร่างกาย	0	0	0	
น้ำหนัก/ส่วนสูง	0	0	0	ทำเพิ่มตามโอกาสที่มี
ความดันโลหิต	0	0	0	วัดความดันโลหิตทุกครั้งที่มาพบแพทย์ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
ตรวจสายตา	0	0	0	กลุ่มอายุ 21-40 ปี ตรวจทุก 3 ปี 41-60 ปี ตรวจทุก 2 ปี > 60 ปี ตรวจทุกปี
Clinical Breast Exam		0	0	ตรวจในผู้หญิงปีละ 1 ครั้ง
Rectal Exam		0	0	ตรวจในผู้ที่อายุ 50 ปี ขึ้นไป ปีละ 1 ครั้ง
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ				
Pap smear	0	0	0	ตรวจเมื่อสตรีเริ่มมีเพศสัมพันธ์ หรือ อายุ 35 ปี ปีละ 1 ครั้ง × 3 ปี หลังจากนั้นตรวจ ทุก 3 ปี
Hematocrit /Hemoglobin	0	0	0	ตรวจทุก 3 ปี
UA	0	0	0	ตรวจทุก 3 ปี
Stool exam for Parasites	0	0	0	ตรวจทุก 3 ปี
Cholesterol	0	0	0	เริ่มตรวจเมื่ออายุ 35 ปี ตรวจทุก 3 ปี
Blood Sugar		0	0	เริ่มตรวจอายุ 50 ปี และตรวจทุก 3 ปี
HIV	0			แนะนำให้ตรวจก่อนสมรสโดยสมัครใจ
การให้วัคซีน/ภูมิคุ้มกัน				
Tetanus Vaccination	0	0	0	Booster ทุก 10 ปี
Rubella Vaccination	0			เฉพาะสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ไม่มีประวัติ Rubella หรือได้รับ Vaccine มาก่อน
การให้คำปรึกษา				
Nutrition	0	0	0	
Physical Exercise	0	0	0	
Alcohol/drugs	0	0	0	
Smoking	0	0	0	แนะนำให้ผู้สูบบุหรี่เลิกบุหรี่ทุกครั้ง ที่มาพบแพทย์
AIDS/ Sexual transmitted disease	0	0	0	
Family Planning/Sex Education	0	0	0	
Injury Prevention	0	0	0	
Self-Breast Exam	0	0	0	แนะนำให้ตรวจด้วยตนเองเดือน ละ 1 ครั้ง
Stress Relief	0	0	0	

ภาคผนวก 9

ข้อเสนอของทันตแพทยสภาต่อ

การตรวจสุขภาพและมาตรการป้องกันโรคในช่องปากสำหรับประชาชนไทย¹

สุขภาพช่องปาก มีความสำคัญต่อสุขภาพโดยรวมของแต่ละบุคคลอย่างแยกกันไม่ออก นับแต่แรกเกิด แต่เป็นที่ทราบกันโดยทั่วไปว่าบุคคลส่วนใหญ่มักละเลยการดูแลสุขภาพช่องปาก แต่เน้นการไปรับการรักษาเมื่อเกิดอาการของโรคแล้ว ทำให้เกิดการสูญเสียทั้งด้านสุขภาพและด้านเศรษฐกิจ ของประชาชนในภาพรวม ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับชาติเมื่อ พ.ศ.2537 พบว่าโรคในช่องปากที่ประชาชนไทยเป็นกันมากที่สุดคือ โรคฟันผุ และโรคปริทันต์ โดยมีความชุกของโรคมากกว่าร้อยละ 50 ในทุกกลุ่มอายุที่มีอายุตั้งแต่ 12 ปีขึ้นไป นอกจากนั้นยังมีโรคและอาการในช่องปากอื่นๆ ที่เป็นปัญหาต่อสุขภาพของประชาชนไทยที่สำคัญได้แก่ มะเร็งในช่องปาก ฟันคุด และความผิดปกติของขากรรไกร ทั้งนี้โรคในช่องปากส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับพฤติกรรมของแต่ละบุคคล โดยเฉพาะด้านการรับประทานอาหาร การทำความสะอาดช่องปาก พฤติกรรมการใช้งานอวัยวะในช่องปากอย่างไม่เหมาะสม และอื่นๆ การตรวจพบและรักษาโรคในช่องปากตั้งแต่ระยะเริ่มแรก จะช่วยหยุดยั้งการลุกลามของโรคได้ และหากแต่ละบุคคลสามารถปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นต้นเหตุของปัญหาได้ ก็จะสามารถป้องกันการเกิดโรคในช่องปากได้เกือบทั้งหมด

ข้อเสนอเพื่อการปรับปรุง

1. วัตถุประสงค์

- เพื่อส่งเสริมให้ข้าราชการและผู้มีสิทธิมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีสุขภาพช่องปากที่แข็งแรง ปราศจากโรคต่าง ๆ ที่ป้องกันหรือหลีกเลี่ยงได้
- เพื่อวินิจฉัยตรวจค้นโรคที่สามารถรักษาให้หายได้หรือสามารถหยุดยั้งการดำเนินการของโรคได้ถ้าตรวจพบในระยะเริ่มแรก

2. การตรวจสุขภาพช่องปาก (พร้อมกับการตรวจหามะเร็งช่องปาก)

การตรวจสุขภาพช่องปาก ควรมีสมุดสำหรับบันทึกสภาพที่ตรวจพบ ไว้ประจำตัวผู้รับบริการแต่ละคน ซึ่งควรรวมไว้ในเล่มเดียวกับสมุดบันทึกการตรวจสุขภาพทั่วไปด้วย ประกอบด้วย

1) ตรวจสภาพฟันทุกซี่ ทุกด้าน และการโยกของฟัน

¹ ทพ.ศิริเกียรติ เหลียงกอบกิจ รองเลขาธิการทันตแพทยสภา ผู้เรียบเรียง

- 2) ตรวจสอบสภาพเหงือก การสูญเสียเนื้อเยื่อยึดเกาะของฟัน
- 3) ตรวจสอบการสบฟัน
- 4) ตรวจสอบส่วนของใบหน้าที่เกี่ยวข้องกับขากรรไกร
- 5) ตรวจสอบช่องปาก ริมฝีปาก ลิ้น บริเวณใต้ลิ้น เพดาน ต่อมทอนซิล ต่อมน้ำลาย และบริเวณผนังลำคอ
- 6) ซักถามประวัติเกี่ยวกับอาการขาบริเวณต่างๆ ของช่องปากและริมฝีปาก การกลืนลำบาก การมีเลือดออกง่าย และอาการอื่นๆ ที่ผิดปกติ
- 7) ในกลุ่มอายุ 17 ปี ขึ้นไป อาจตรวจโดยการถ่ายภาพรังสี เพื่อดูว่าฟันกรามแท้ซี่ที่ 3 มีลักษณะการขึ้นที่ผิดปกติในลักษณะที่จะเป็นฟันคุดหรือไม่ เพื่อประกอบการพิจารณาในการถอนหรือผ่าตัดออก หากมีข้อบ่งชี้

3. การตรวจหาความผิดปกติในการทำงานของข้อต่อขากรรไกร (TMJ)

การตรวจหาความผิดปกติในการทำงานของข้อต่อขากรรไกร ซึ่งหากสามารถตรวจพบอาการเริ่มแรกของความผิดปกติประเภทที่จะนำไปสู่ความผิดปกติที่จะเพิ่มมากขึ้นในอนาคตได้ ก็จะสามารถป้องกันและหยุดยั้งมิให้อาการรุนแรงมากขึ้นได้ การตรวจหาความผิดปกติในการทำงานของข้อต่อขากรรไกร ประกอบด้วย

- 1) ตรวจสอบการกดเจ็บ (tenderness) ของกล้ามเนื้อบดเคี้ยวและกล้ามเนื้อขากรรไกรที่เกี่ยวข้อง
- 2) ตรวจสอบการกดเจ็บ และตรวจเสียง ที่ข้อต่อขากรรไกร
- 3) ตรวจสอบการเคลื่อนของขากรรไกร
- 4) ตรวจสอบโดยใช้แบบสอบถาม

4. รายละเอียดเกี่ยวกับข้อเสนอมาตรการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก

4.1. บริการทันตกรรมป้องกันในคลินิก

เป็นบริการตามปกติ เพื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปาก และเพื่อป้องกันโรคในช่องปากที่เหมาะสมสำหรับแต่ละบุคคล ซึ่งต้องทำควบคู่กับการตรวจสุขภาพช่องปากทุกครั้ง บริการนี้ประกอบด้วย

- 1) การให้ข้อมูลเรื่องโรคในช่องปาก

- 2) ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพช่องปาก และหลีกเลี่ยงอาหารที่มีผลเสีย รวมถึงการเน้นทานอาหารในมือหลัก และลดความถี่การทานอาหารว่าง
- 3) ฝึกการทำความสะอาดช่องปากโดยเน้นการแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ การใช้ไหมขัดซอกฟัน (dental floss) รวมถึงแนะนำและฝึกการใช้อุปกรณ์เสริมในการทำความสะอาดแก่ผู้ที่มีความจำเป็น เช่น การใช้แปรงซอกฟัน
- 4) การฝึกให้ปรับนิสัยที่ผิดปกติบางอย่างที่มีผลเสียต่อสุขภาพช่องปาก เช่น การกลืนที่ใช้ลิ้นดันฟันหน้าล่างทุกครั้งก่อนกลืนซึ่งมีผลให้ฟันหน้าล่างเกิดช่องห่าง การหายใจทางปากซึ่งมีผลให้เพดานปากแคบลง และฟันหน้าบนยื่น เป็นต้น

4.2 การเคลือบหลุมร่องฟันในฟันกรามแท้ที่มีหลุมร่องฟันลึก

เป็นมาตรการที่ใช้ในกลุ่มอายุ 5 - 7 ปี ที่มีฟันกรามถาวรซี่ที่ 1 เพิ่งขึ้นใหม่ๆ ทั้ง 4 ซี่ และในกลุ่มอายุ 11 - 13 ปี ที่มีฟันกรามถาวรซี่ที่ 2 เพิ่งขึ้นใหม่ๆ ทั้ง 4 ซี่ ทั้งนี้ อาจมีฟันบางซี่ที่ไม่จำเป็นต้องทำเคลือบหลุมร่องฟัน เนื่องจากมีลักษณะหลุมร่องฟันที่ตื้นและเรียบ

4.3 การเคลือบฟลูออไรด์เพื่อป้องกันโรคฟันผุ

มาตรการนี้ จะใช้เฉพาะในเด็กวัยต่ำกว่า 16 ปี ที่มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคฟันผุ เช่น ในรายที่ตรวจพบฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา (active caries) หรือ เคยได้รับการอุดฟันหลายซี่ หรือมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อโรคฟันผุ และยังไม่สามารถควบคุมได้

4.4 การขจัดคราบหินปูนและทำความสะอาดฟันเพื่อป้องกันเหงือกอักเสบ

ในผู้รับบริการบางคน จะมีบางบริเวณของช่องปากที่ไม่สามารถจัดแผนคราบจุลินทรีย์ได้ด้วยตัวเอง แม้จะได้รับคำแนะนำและฝึกการใช้อุปกรณ์ทำความสะอาดต่างๆ แล้ว ผู้รับบริการดังกล่าวจึงมีความจำเป็นต้องได้รับบริการขจัดคราบหินปูน และทำความสะอาดช่องปากโดยทันตบุคลากรเป็นระยะ ซึ่งทันตบุคลากรจะสามารถตรวจพบและแสดงให้เห็นว่าบริเวณใดในช่องปากที่มีปัญหา แล้วฝึกทักษะการทำความสะอาดบริเวณนั้นๆ เพิ่มเติมพร้อมกับการที่ทันตบุคลากรให้บริการขจัดคราบหินปูนและขัดทำความสะอาดผิวฟันทุกซี่ทุกด้าน

ข้อเสนอแนะทางการตรวจสุขภาพช่องปาก และมาตรการส่งเสริมป้องกัน สุขภาพช่องปาก โดยทันตแพทย์สภา

กิจกรรม			กลุ่มเด็ก		หญิง	กลุ่มผู้ใหญ่		หมายเหตุ	อัตราค่า บริการ (บาท)
รายละเอียดกิจกรรม ในเอกสารแนบถัดไป)			0-4 ปี	5-17 ปี	มีครรภ์	21-41 ปี	40 ปีขึ้นไป		
แนวทางการตรวจสุขภาพช่องปาก									
1.การชักประวัติและตรวจสุขภาพช่องปาก									
1.1 ชักประวัติทั่วไปและพฤติกรรม									
การดูแลสุขภาพช่องปาก									
1.2 การตรวจสุขภาพช่องปากและบันทึกผล									
1.3 การตรวจหาภาวะเรื้อรังช่องปาก									
2. การตรวจการทำงานของข้อต่อขากรรไกร									
3. การ X-rays เพื่อตรวจหาฟันคุด									
มาตรฐานการส่งเสริมป้องกัน									
1. บริการทันตกรรมป้องกันในคลินิก									
2. เคลือบหลุมร่องฟันในฟันปริมาตรซี่ที่ 1									
เคลือบฟันซี่เล็ก									
3. เคลือบฟลูออไรด์เพื่อป้องกันโรคฟันผุ									
4. จัดตรวจหินปูน และทำความสะอาดฟัน									
(Prophylaxis) เพื่อป้องกันเหงือกอักเสบ									
150 บาทต่อ 1 ซี่									
100									
200									

/ หมอ พญ. ศรวิภา ส. หมอ พญ. นงนิจ

* เว้นแต่ผู้โรคทางระบบ ได้แก่ เบาหวาน โรคหัวใจ ความดันสูง โรคไต และอื่นๆ ซึ่งเป็นผลให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปากมากกว่าบุคคลปกติ ให้ตรวจปีละ 1 ครั้ง

ภาคผนวก 10

รายชื่อกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องที่มาประชุมร่วมกับคณะที่ปรึกษา

กลุ่มข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และ ข้าราชการบำนาญ

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| 1. นายชัยรัตน์ กรรณิการ์ | สำนักงานอัยการสูงสุด |
| 2. น.ท.เพิ่มพรรณ วงษ์ใหญ่ | กองบัญชาการสนับสนุนทหารอากาศ |
| 3. นางสาวนงกัญญา บุณรักษ์ | สำนักงานประกันสังคม |
| 4. นายธวัชชัย ไทยเขียว | กระทรวงยุติธรรม |
| 5. พ.ต.หญิงกฤติกา จันทร์หอม | กองทัพบก |
| 6. นางศุภลักษณ์ แป้นพัฒน์ | สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา |
| 7. นางจินตนา โกชะธนวนวัฒน์ | กระทรวงการคลัง |
| 8. นางนิพัทธา บรรจงลิขิตสาร | สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน |
| 9. นางทองหล่อ แสงฝ่าง | กองสาธารณสุขภูมิภาค |
| 10. นางปราณี พิกเย็น | โรงพยาบาลบางกรวย |
| 11. นางนงลักษณ์ ตีรเจริญ | กองโรงพยาบาลภูมิภาค |
| 12. พ.ต.ท.หญิงจิรพร นิจจินพันธ์ศรี | สำนักงานตำรวจแห่งชาติ |
| 13. นางดวงพิกุล สุขสาลี | สำนักงานประกันสุขภาพ |
| 14. นางสาวปทุมมาลัย ไม้เรียง | กระทรวงการคลัง |
| 15. นางสาวนันทนา โพธิประเสริฐ | กระทรวงศึกษาธิการ |
| 16. นางสาวกิตติมา ยุทธสารประสิทธิ์ | สำนักงานประกันสุขภาพ |
| 17. นางสาวอาภา อัมรนนท์ | กระทรวงพาณิชย์ |
| 18. นางสาวปิยภัทร์ กำแพงยุทธ | สำนักงานการคลัง กรุงเทพมหานคร |
| 19. นายวัฒนา นวลสุวรรณ | ข้าราชการบำนาญ กรมประชาสัมพันธ์ |
| 20. น.ท.พรชัย อารีเอื้อ | ข้าราชการบำนาญ กระทรวงกลาโหม |

กลุ่มผู้ให้บริการ

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|
| 1. นพ.วิฑิต อรรถเวชกุล | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านแพ้ว |
| 2. นพ.ชัยณรงค์ เชษฐโชติศักดิ์ | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น |
| 3. นพ.จเด็จ ธรรมธัชอารี | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางกรวย |
| 4. นพ.เกษม ทรงจิตรัตน์ | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพนัสนิคม |
| 5. ผศ.นพ.สุธรรม ปิ่นเจริญ | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ |
| 6. รศ.นพ.ศิริพงษ์ ลวัสดิมงคล | รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช |
| 7. รศ.นพ.ชาญยุทธ ศุภชาติวงศ์ | รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามธิบดี |
| 8. ศ.นพ.วิรุฬห์ เหล่าภัทรเกษม | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีนครินทร์ |

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|
| 9. นพ.เฉลิม หาญพาณิชย์ | เลขาธิการสมาคมโรงพยาบาลเอกชน |
| 10. นพ.เมธ หาญพาณิชย์ | สมาคมโรงพยาบาลเอกชน |
| 11. รศ.นพ.ชาญวิทย์ โคธีรานุรักษ์ | คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 12. พญ.ศรীরรรณา พูลสรพรสิทธิ์ | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปทุมธานี |
| 13. นพ.วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์ | โรงพยาบาลขอนแก่น |

กลุ่มผู้แทนหน่วยงานกลางของรัฐ

- | | |
|--|--|
| 1. คุณชิตชม สฤกษ์ราษฎร์ | ผู้อำนวยการสำนักวิเคราะห์งบประมาณฯ
สำนักงบประมาณ |
| (แทนผู้อำนวยการสำนักงบประมาณ) | |
| 2. คุณอมรรัตน์ ลิ้มไทย | สำนักงบประมาณ |
| 3. คุณปริศนา ภูพิชญ์พงศ์ | สำนักงบประมาณ |
| 4. คุณธัญรัตน์ นิธิอุทัย | สำนักงบประมาณ |
| 5. นางสาวชिरา ตีรกรวิเศษภักดี | สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน |
| (แทนเลขาธิการคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน) | |
| 6. คุณดวงกมล วิมลกิจ | สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ
และสังคมแห่งชาติ |
| (แทนเลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ) | |
| 7. คุณวรวรรณ พลิดามิน | สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ
และสังคมแห่งชาติ |

ภาคผนวก 11

การชี้แจงทำความเข้าใจกับผู้บริหารระดับสูง กระทรวงการคลัง

1. เข้าพบ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงการคลัง (นายพิสิฐ ลี้อาธรรม)

เมื่อ วันที่ 5 กรกฎาคม 2543

รายชื่อผู้เข้าพบประกอบด้วย

1. ศ.ดร.อัมมาร สยามวาลา	สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย
2. นพ.บุรณัชย์ สมุทรักษ์	ประจำสำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรี
3. นายกุลิศ สมบัติศิริ	กรมบัญชีกลาง
4. นางสาวสีคำ เจนหัตถการกิจ	กรมบัญชีกลาง
5. นพ.วิพุธ พูลเจริญ	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
6. นพ.สุกกร บัวสาย	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

2. เข้าพบ อธิบดีกรมบัญชีกลาง (นายวิสุทธิ์ ศรีสุพรรณ) เมื่อ วันที่ 19 กรกฎาคม 2543

รายชื่อผู้เข้าพบประกอบด้วย

1. นายทวี ศิริภาส	รองอธิบดีกรมบัญชีกลาง
2. นางอรสา จันทราทิพย์	หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบการคลัง กรมบัญชีกลาง
3. นายธีระเมธ พกมณี	ผู้อำนวยการศูนย์สารสนเทศ กรมบัญชีกลาง
4. นายกุลิศ สมบัติศิริ	กรมบัญชีกลาง
5. นางสาวสีคำ เจนหัตถการกิจ	กรมบัญชีกลาง
6. นางภัทรพร วรทรัพย์	กรมบัญชีกลาง
7. นายพฤตไกร ศรีชัย	กรมบัญชีกลาง
8. นายจักรพันธ์ คงคงประสิทธิ์	กรมบัญชีกลาง
9. ศ.ดร.อัมมาร สยามวาลา	สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย
10. นพ.วิพุธ พูลเจริญ	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
11. นพ.สุกกร บัวสาย	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
12. นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์	สำนักงานประกันสุขภาพ