

ข้อเสนอ
ระบบ
หลักประกัน
สุขภาพ
ถ้วนหน้า



“หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” หมายถึง สิทธิของประชาชนไทยทุกคนที่จะได้รับ บริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้า ด้วยเกียรติ ศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยที่ ภาระด้านค่าใช้จ่ายไม่เป็นอุปสรรคที่จะได้รับสิทธินั้น

“หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ไม่ใช่สิ่งต่อไปนี้

- ไม่ใช่ “บริการสงเคราะห์” “บริการกึ่งสงเคราะห์” “บริการราคาถูก” หรือ “บริการที่มุ่งแก้ปัญหาสุขภาพแบบเฉพาะหน้า” เท่านั้น
- ไม่ใช่บริการที่ต้องมีการสมัครจึงจะได้รับ หากแต่เป็นสิทธิตามกฎหมายของ ประชาชนไทยทุกคน
- ไม่ใช่การทุ่มงบประมาณไปที่กระทรวงใดกระทรวงหนึ่ง โดยขาดการปรับปรุง ระบบการบริหารจัดการ และไม่มีการประกันสิทธิของประชาชน

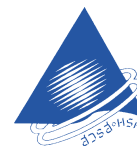
ทำไมคนไทยจึงต้องมีหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้า

- รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 52 กำหนดว่า “บุคคล ย่อมมีสิทธิเสมอกันในการได้รับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน... ตามที่ กฎหมายกำหนด”
- เมื่อเจ็บป่วยประชาชนส่วนใหญ่ได้รับความเดือดร้อนด้านค่าใช้จ่ายจนอาจเป็น เหตุให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น
- ประชาชนไทยจำนวนถึง 20 ล้านคนไม่อยู่ในการดูแลของระบบหลักประกันใด เลย ส่วนประชาชนอีก 23 ล้านคนได้รับการดูแลด้วยระบบสงเคราะห์ ซึ่งเป็น ระบบที่ไม่สามารถประกันมาตรฐานคุณภาพของบริการได้
- ประชาชนในระบบสวัสดิการสุขภาพจำนวน 5 ระบบ (รวมถึงระบบสงเคราะห์) ได้รับการบริการที่เหลื่อมล้ำ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีโอกาสดีกว่าที่มีจำนวน เพียงร้อยละ 20 ของประชาชนทั้งประเทศ
- ตลาดเสรีขาดประสิทธิภาพในการให้บริการสุขภาพ เนื่องจากประชาชน (ผู้บริโภค) ขาดข้อมูลและความเข้าใจเพียงพอที่จะซื้อบริการอย่างสมเหตุผล ผล อีกทั้ง ยังขาดอำนาจต่อรองใดๆ จึงเป็นการยากยิ่งที่ประชาชนแต่ละคนจะรับภาระ ซื้อบริการสุขภาพหากยังไม่มีการจัดระบบที่รัดกุมเพียงพอ
- แม้การเพิ่มรายได้แก่ประชาชนจะยังทำได้ยาก แต่การมีหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้าสามารถลดรายจ่ายที่อาจทำให้บุคคลเสี่ยงต่อการสิ้นเนื้อประดาตัว หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงมีผลสำคัญต่อการยกระดับความสามารถของ ประเทศในการแก้ไขปัญหาความยากจน

ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า • คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

รายงานการศึกษาประกอบการปฏิรูประบบสุขภาพ
และการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ...

ข้อเสนอ
ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



จัดทำโดย
คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข



รายงานการศึกษาประกอบการปฏิรูประบบสุขภาพ
และการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.

ข้อเสนอ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



จัดทำโดย
คณะกรรมการพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

โดย คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

จัดพิมพ์โดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

อาคาร 3 ชั้น 5 ตึกกรมสุขภาพจิต ในบริเวณกระทรวงสาธารณสุข

ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 951-1286-93 โทรสาร 951-1295

<http://www.hsri.or.th>

ฉบับพิมพ์ครั้งแรก: พฤษภาคม 2544

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

ราคา 95 บาท

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.--นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบ
สาธารณสุข, 2544.

126 หน้า.

1. ประกันสุขภาพ. I. ชื่อเรื่อง

368.382

ISBN 974-296-046-1

ออกแบบ: Desire CRM

พิมพ์ที่: บริษัท ดีไซน์ จำกัด



คำนำ

iii

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นก้าวอย่างสำคัญอันหนึ่งของการปฏิรูประบบสุขภาพ ทั้งนี้เพราะเป็นกลไกสำคัญที่จะทำหน้าที่รับรองสิทธิในด้านสุขภาพของคนไทย เป็นยุทธศาสตร์หลักในการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพในระดับบุคคลและครอบครัวให้ครอบคลุมทั่วถึง มีประสิทธิภาพ ด้วยมาตรฐานและคุณภาพเดียวกัน ตลอดจนเป็นเครื่องมือทางการเงินการคลังที่จะจูงใจให้เกิดการจัดสรรทรัพยากรเพื่อสุขภาพให้เกิดความเป็นธรรมแก่คนไทยได้อย่างทั่วถึง

อุปสรรคสำคัญของการจัดการช่วงเปลี่ยนผ่านของระบบบริการสุขภาพ และระบบการคลังสุขภาพจากสภาพปัจจุบันไปสู่ภาวะพึงประสงค์ก็คือ ความสับสนในปรัชญาและแนวคิดหลักซึ่งเป็นพื้นฐานของการจัดองค์กรและกลไกประกอบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สะท้อนให้เห็นถึงความไม่มีเอกภาพของแนวทางปฏิบัติที่ยอมรับได้ในหมู่คนไทยส่วนใหญ่ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหาร ผู้ให้บริการสุขภาพ และผู้ใช้บริการสุขภาพ ก่อให้เกิดความขัดแย้ง ขาดความเชื่อมั่น อันนำไปสู่การต่อต้าน ขัดขวางหรือวางเฉยต่อกระบวนการจัดวางกลไกใหม่เพื่อใช้ในการบริหารจัดการให้เกิดการเปลี่ยนผ่านอย่างมีพลัง

การเปิดโอกาสให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับกลไกหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้เข้ามาร่วมเรียนรู้ ทำความเข้าใจ และแลกเปลี่ยนทัศนคติความคิดเห็น พร้อมกันไปกับการเปลี่ยนผ่านของระบบ จะช่วยให้การจัดตัวของปรัชญาและวิธีคิดต่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทยเกิดขึ้นอย่างสมเหตุสมผล เป็นที่ยอมรับของประชาชนส่วนใหญ่ ส่งผลให้การปรับเปลี่ยนเป็นไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิผล

ผลงานวิจัยของคณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยการสนับสนุนของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เป็นผลผลิตจากความเพียรพยายามและสติปัญญาของนักวิชาการ และนักกิจกรรมเคลื่อนไหวทางสุขภาพกลุ่มหนึ่ง ที่ได้ร่วมกันศึกษาวิเคราะห์ปัญหาการจัดบริการและการคลังสุขภาพของประเทศไทยที่ผ่านมา ทบทวนทางเลือกและกลวิธีนานาประการที่จะนำมาใช้ในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แล้วจึงร่วมกันสังเคราะห์ขึ้นเป็นโครงสร้างกลไกที่จำเป็นจะต้องจัดให้มีขึ้นเพื่อขับเคลื่อนให้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามุ่งสู่สัมฤทธิ์ผลได้อย่างจริงจัง

ในช่วงเวลาที่ดำเนินกระบวนการศึกษาและจัดทำแนวทางการบริหารจัดการระบบ คณะทำงานได้แลกเปลี่ยนข้อมูล ข้อคิดเห็น และทัศนะ กับหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้องกับ

กลไกการคลังสุขภาพและบริการสุขภาพในภาคส่วนต่างๆ ตลอดจนองค์การการเมือง และผู้กำหนดนโยบายของประเทศอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง เพื่อให้ข้อเสนอประกอบขึ้นบนพื้นฐานความเป็นไปได้ทางการเมืองและการบริหารของประเทศ

การเผยแพร่เอกสารงานวิจัยชิ้นนี้มิได้มีความมุ่งหมายที่จะให้สังคมไทยยึดถือเป็นแบบแผนกำกับการปฏิบัติที่ตายตัวเคร่งครัด แต่มุ่งหวังว่าจะเป็นข้อมูลและความรู้ที่จะช่วยให้คนไทยทุกหมู่เหล่าที่ให้ความสนใจกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ใช้เป็นฐานความคิดที่มั่นคงชัดเจน สามารถช่วยกันประยุกต์ต่อยอดให้เกิดเป็นหลักคิดที่ชัดเจนมีเอกภาพในทุกประชาคม เพราะการขับเคลื่อนให้กลไกหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทุกส่วนเกิดขึ้นและจัดการกับพันธกิจต่อสังคมได้อย่างยั่งยืนแท้จริงนั้น จำต้องได้รับความร่วมมือร่วมใจจากประชาสังคมไทยอย่างมุ่งมั่น

เอกสารเล่มนี้ จะช่วยให้ผู้อ่านเข้าใจได้ว่า ทำไมจึงต้องสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้น และการสรุปรังดงกล่าวมีวัตถุประสงค์อย่างไร องค์ประกอบสำคัญของกลไกมีอะไรบ้าง ตลอดจนให้แนวคิดในการผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนผ่านที่สมานฉันท์และราบรื่น

หวังเป็นอย่างยิ่งว่า ความรู้และแนวคิดที่เกิดขึ้นจากการศึกษาในผลงานวิจัยชิ้นนี้จะช่วยสร้างแรงบันดาลใจ และสัมมาทริฐ ให้กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนให้เกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอันส่งผลประโยชน์แก่คนไทยทั้งมวลอย่างยั่งยืน

นายแพทย์วิพุธ พูลเจริญ

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

พฤษภาคม 2544



สารบัญ

v

	หน้า
คำนำ	iii
สารบัญตาราง	vii
สารบัญภาพ	ix
 สรุปประเด็นสำคัญของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	 1
 บทที่ 1 สถานการณ์ปัจจุบัน	 11
1. ทุกข์จากการไร้หลักประกันสุขภาพ	11
2. สถานการณ์ด้านสวัสดิการสุขภาพและการประกันสุขภาพในประเทศไทย	14
3. ความสำคัญของการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	19
 บทที่ 2 หลักการพื้นฐาน งบประมาณ และทางเลือก	 23
1. ลักษณะที่พึงจะมีของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	23
2. งบประมาณค่าใช้จ่ายสำหรับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	26
3. ทางเลือกที่เป็นไปได้ของการจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	41
4. ระบบและกลไกในการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	42
 บทที่ 3 วิเคราะห์ทางเลือกของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	 47
1. การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยการขยายระบบสวัสดิการและการประกันสุขภาพในปัจจุบัน (Expansion of existing systems)	47
2. การจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยมีกองทุนเดียว (Single-payer system)	54
3. การจัดระบบหลักประกันสุขภาพคู่ขนานสำหรับภาคการจ้างงานอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ (Dual health insurance system for formal and informal sectors)	59
4. ข้อเปรียบเทียบระหว่างทางเลือก	67

	หน้า
บทที่ 4	69
การจัดองค์กรและหน่วยงานรองรับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	
1. คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพของประชาชน, คสป.	69
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพของประชาชน, สปสพ.	74
3. สำนักงานควบคุมกำกับคุณภาพและมาตรฐาน, สกคม.	75
4. คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่, คปพ.	77
บทที่ 5	85
กลไกการจ่ายเงินและกลไกการตรวจสอบ	
1. หลักการ	85
2. องค์ประกอบของระบบและกลไกการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการ	86
3. กลไกการตรวจสอบ: ระบบประกันคุณภาพและการทบทวนการใช้บริการ (Quality assurance and utilization review systems)	99
บทที่ 6	105
การจัดการช่วงการเปลี่ยนผ่าน	
1. การเปลี่ยนผ่านสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Transition)	105
2. ผลกระทบและส่วนเชื่อมต่อการปฏิรูประบบสุขภาพ	109
3. ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (Information technology system)	112
4. ระบบทะเบียนผู้มีสิทธิและการเลือกหน่วยบริการคู่สัญญา (Beneficiary registration)	115
เอกสารอ้างอิง	119
ภาคผนวก	
1 Estimation of National Health Expenditures 1999-2005	121
2 รายชื่อคณะทำงานและผู้ทรงคุณวุฒิ	125

	หน้า
ตารางที่ 1.1 การไหลเวียนของรายจ่ายทางสุขภาพในปี พ.ศ. 2541 ราคาในปีปัจจุบัน	15
ตารางที่ 1.2 ความครอบคลุมด้านสวัสดิการและการประกันสุขภาพในประเทศไทย	17
ตารางที่ 1.3 ค่าใช้จ่ายต่อหัวและสิทธิประโยชน์ของสวัสดิการและการประกันสุขภาพในประเทศไทย	18
ตารางที่ 2.1 ค่าใช้จ่ายของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามข้อสมมติสถานการณ์ 2 กรณี ในปี 2544	26
ตารางที่ 2.2 คาดการณ์ต้นทุนตามกรณีต่ำและกรณีสูง (ตามราคาปี 2544)	28
ตารางที่ 2.3 คาดการณ์รายจ่ายตามสัดส่วนผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP)	29
ตารางที่ 2.4 คาดการณ์รายจ่ายของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ารายปี	29
ตารางที่ 2.5 ประมาณการงบประมาณและแหล่งเงินที่มีอยู่ และวงเงินที่ต้องการเพิ่มเติมเพื่อจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี 2544 ภายใต้ข้อสมมติระบบกองทุนเดียว	30
ตารางที่ 2.6 รายรับรัฐบาลจากภาษีสุรา ยาสูบ น้ำมัน	36
ตารางที่ 2.7 ประมาณการเบี้ยประกันล่วงหน้าตามกลุ่มอายุ	36
ตารางที่ 2.8 คาดการณ์จำนวนเงินจากส่วนร่วมจ่ายของผู้ใช้บริการ	36
ตารางที่ 3.1 จุดเด่นและโอกาสพัฒนาที่สำคัญของระบบสวัสดิการและการประกันสุขภาพแต่ละระบบในปัจจุบัน	48
ตารางที่ 3.2 ศักยภาพในการขยายความครอบคลุมของระบบสวัสดิการและการประกันสุขภาพต่างๆ ที่มีอยู่ในปัจจุบัน	49
ตารางที่ 3.3 คาดการณ์วงเงินงบประมาณกรณีแต่ละระบบสวัสดิการและการประกันสุขภาพขยายความครอบคลุม	50
ตารางที่ 3.4 องค์ประกอบที่เป็นทางเลือกสำหรับการบริหารจัดการในระบบหลายกองทุน	51
ตารางที่ 3.5 ข้อได้เปรียบและข้อด้อยของการขยายระบบสวัสดิการและการประกันสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบันตามเกณฑ์การพิจารณาที่สำคัญ	54
ตารางที่ 3.6 องค์ประกอบที่เป็นทางเลือกสำหรับการบริหารจัดการในระบบกองทุนเดียว	56



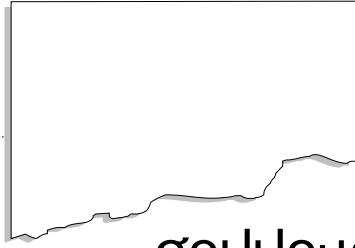
	หน้า
ตารางที่ 3.7 ข้อได้เปรียบและข้อด้อยของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยมีผู้จ่ายรายเดียวตามเกณฑ์การพิจารณาที่สำคัญ	58
ตารางที่ 3.8 องค์ประกอบที่เป็นทางเลือกสำหรับการบริหารจัดการในระบบกองทุนคู่ขนานภาคการจ้างงานอย่างเป็นทางการ	63
ตารางที่ 3.9 องค์ประกอบที่เป็นทางเลือกสำหรับการบริหารจัดการในระบบกองทุนคู่ขนานภาคการจ้างงานอย่างไม่เป็นทางการ	64
ตารางที่ 3.10 ข้อได้เปรียบและข้อด้อยของระบบหลักประกันสุขภาพคู่ขนานสำหรับการจ้างงานอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ	66
ตารางที่ 3.11 ข้อเปรียบเทียบระหว่าง 3 ทางเลือก	67
ตารางที่ 5.1 ตัวอย่างผู้ให้บริการตามกลุ่มของบริการ	89
ตารางที่ 5.2 วิธีการจ่ายค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนการให้บริการสุขภาพ	92
ตารางที่ 5.3 การกำหนดอัตราค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนของวิธีการจ่ายเงิน	97
ตารางที่ 5.4 ระบบและกลไกทบทวนการใช้ทรัพยากรสำหรับการจ่ายผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิ	98
ตารางที่ 5.5 ระบบและกลไกทบทวนการใช้ทรัพยากรสำหรับการจ่ายเงินแก่โรงพยาบาล	98
ตารางที่ 6.1 กำหนดการดำเนินงานและการเปลี่ยนแปลงเพื่อไปสู่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	108
Table A1 National health expenditure in 1994, 1996 and 1998 and forecast for 1999-2005	122
Table A2 Consumption expenditure, current year price. NESDB	123
Table A3 Total expenditure, adj 1994NHA, factor .797 for public, .882 for private	124



สารบัญภาพ

ix

	หน้า
ภาพที่ 2.1 การเปลี่ยนแปลงสัดส่วนของรายจ่ายสุขภาพที่มาจากภาครัฐและภาคประชาชน (สมมติให้รายจ่ายสุขภาพคงที่)	31
ภาพที่ 2.2 การเปรียบเทียบรูปแบบของระบบสวัสดิการและการประกันสุขภาพในปัจจุบันและทางเลือกสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้ง 3 ทางเลือก	41
ภาพที่ 2.3 ความสัมพันธ์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและความสัมพันธ์กับบริการสาธารณสุข เมื่อมีการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	43
ภาพที่ 2.4 องค์ประกอบของระบบและกลไกการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	43
ภาพที่ 3.1 โครงสร้างการจัดการระดับมหภาคของระบบหลายกองทุนที่ใช้การขยายระบบสวัสดิการและการประกันสุขภาพที่มีอยู่เดิม	53
ภาพที่ 3.2 โครงสร้างการจัดการระดับมหภาคของระบบกองทุนเดียว	57
ภาพที่ 3.3 การจัดระบบหลักประกันสุขภาพคู่ขนานสำหรับภาคการจ้างงานอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ	60
ภาพที่ 4.1 ข้อเสนอตัวอย่างโครงสร้างสำนักงานหลักประกันสุขภาพของประชาชนและสำนักงานควบคุมกำกับคุณภาพและมาตรฐาน	76
ภาพที่ 4.2 การจัดระบบเพื่อการซื้อบริการระดับพื้นที่และความสัมพันธ์กับงานสาธารณสุข	80
ภาพที่ 4.3 โครงสร้างองค์กรของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ (คปพ.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่	81
ภาพที่ 5.1 ลักษณะของเครือข่ายบริการสุขภาพที่เข้าข่ายมาตรฐานการจัดบริการตามสัญญาการจ่ายเงิน	90
ภาพที่ 5.2 การจัดระบบเงินทุนและบัญชีของหน่วยบริการคู่สัญญา	95
ภาพที่ 5.3 การจัดสรรงบประมาณรวมไปสู่กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่	96



สรุปประเด็นสำคัญ ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ความหมายของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

“หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” หมายถึง สิทธิของประชาชนไทยทุกคนที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้า ด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยที่ภาระด้านค่าใช้จ่ายในการใช้บริการไม่เป็นอุปสรรคที่ประชาชนจะได้รับสิทธินั้น

“หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” จึงไม่ใช่สิ่งต่อไปนี้

1. ไม่ใช่ “บริการสงเคราะห์” “บริการกึ่งสงเคราะห์” “บริการราคาถูก” หรือ “บริการที่เพียงพอสำหรับการแก้ปัญหาสุขภาพแบบเฉพาะหน้า” เท่านั้น
2. ไม่ใช่บริการที่ต้องมีการสมัครจึงจะได้รับ หากจำเป็นต้องเป็นสิทธิตามกฎหมายของประชาชนไทยทุกคน
3. ไม่ใช่การทุ่มงบประมาณไปที่กระทรวงใดกระทรวงหนึ่ง โดยไม่มีการประกันสิทธิของประชาชน

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นองค์ประกอบสำคัญอันหนึ่งของระบบสุขภาพของประเทศ

ความจำเป็นที่ต้องมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 52 กำหนดว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการได้รับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน... ตามที่กฎหมายกำหนด” ซึ่งยังไม่มีกฎหมายใดกำหนดว่าประชาชนจะได้รับสิทธิเสมอกันดังที่รัฐธรรมนูญระบุไว้แต่อย่างใด

2. เมื่อเจ็บป่วยประชาชนส่วนใหญ่ได้รับความเดือดร้อนด้านค่าใช้จ่ายจนอาจเป็นเหตุให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น มีประชาชนอย่างน้อยร้อยละ 30 ของประเทศที่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดเอง ครอบครัวไทยราวร้อยละ 60 เคยประสบความเดือดร้อนทางการเงินในคราวที่เจ็บป่วยหนัก (และในบางกรณี ค่ารักษา

พยาบาลทำให้เกิดภาระหนี้สินเกินกว่าที่จะแบกรับได้)

3. ประชาชนไทยจำนวนถึง 20 ล้านคนไม่อยู่ในการดูแลของระบบหลักประกันใดๆ เลย ส่วนประชาชนอีก 23 ล้านคนได้รับการดูแลด้วยระบบสงเคราะห์ ซึ่งไม่มีหลักประกันใดที่คุ้มครองให้ได้รับบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานเดียวกัน

4. ประชาชนในระบบสวัสดิการสุขภาพทั้ง 5 ระบบ (รวมถึงระบบสงเคราะห์) ได้รับบริการที่เหลื่อมล้ำ หลายคนไม่พอใจ ประชาชนส่วนใหญ่ที่มีไข้ราราชการ ผู้มีประกันสังคม หรือผู้มีฐานะดีพอจะจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ รู้สึกด้อยศักดิ์ศรีเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีโอกาสดีกว่าซึ่งมีจำนวนเพียงร้อยละ 20 ของประชาชนทั้งประเทศ

5. ตลาดเสรีของบริการสุขภาพขาดประสิทธิภาพ เนื่องจากประชาชน (ผู้บริโภค) ขาดข้อมูลและความเข้าใจเพียงพอที่จะเลือกซื้อบริการได้อย่างสมเหตุสมผล อีกทั้งยังขาดอำนาจต่อรอง จึงเป็นการยากยิ่งที่ประชาชนแต่ละคนจะรับภาระในการเลือกซื้อบริการสุขภาพโดยไม่มีการจัดระบบที่รัดกุมเพียงพอ ยิ่งถ้าประชาชนต้องการการประกันสุขภาพ ขอบกพร่องของกลไกตลาดจะยิ่งประจักษ์ชัดเจนนขึ้น ดังจะเห็นได้จากบทบาทที่ค่อนข้างจำกัดของธุรกิจประกันสุขภาพของเอกชนในประเทศไทย

6. แม้การเพิ่มรายได้แก่ประชาชนจะทำได้ยาก แต่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถลดรายจ่ายที่อาจทำให้บุคคลสิ้นเนื้อประดาตัวและเป็นรายจ่ายที่ประชาชนทุกคนมีโอกาสเสี่ยงที่จะต้องประสบ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงมีผลสำคัญต่อการยกระดับความสามารถของประเทศในการแก้ไขปัญหาความยากจน

วัตถุประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1. **ความเสมอภาค (Equity)** นอกจากความเสมอภาคในแง่สิทธิตามกฎหมายแล้ว ความเสมอภาคยังรวมถึงการกระจายภาระด้านค่าใช้จ่ายในลักษณะก้าวหน้าและเป็นธรรม และการเข้าถึงบริการที่ได้คุณภาพมาตรฐานเพียงพออย่างเสมอกัน

2. **ประสิทธิภาพ (Efficiency)** หมายถึงระบบที่ใช้ทรัพยากรอย่างประหยัดคุ้มค่าที่สุด โดยใช้ระบบการบริหารจัดการที่เคร่งครัด และเน้นบริการผ่านเครือข่ายสถานบริการปฐมภูมิ (Primary care networks) ซึ่งเป็นบริการที่สร้างผลลัพธ์ด้านสุขภาพด้วยต้นทุนต่ำ

3. **ทางเลือกในการรับบริการ (Choice)** ประชาชนควรมีสิทธิเลือกใช้บริการที่หลากหลายจากผู้ให้บริการประเภทต่างๆ รวมถึงสถานบริการของภาคเอกชน สามารถเข้าถึงง่าย และเลือกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. **การ “สร้าง” ให้มีสุขภาพดีถ้วนหน้า** ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามุ่งสู่การสร้างสุขภาพดี ไม่เพียงคุ้มครองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเท่านั้น โดยเน้นส่วน



ที่เป็นบริการสุขภาพส่วนบุคคล (Personal healthcare) ที่เป็นบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภัยต่อสุขภาพด้วย

ลักษณะที่พึงประสงค์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การปรับระบบให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ข้างต้น ควรยึดถือแนวคิดสำคัญดังนี้

1. ประชาชนเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ง่าย มีส่วนร่วมรับผิดชอบ ทั้งในด้านความเป็นเจ้าของ ควบคุมกำกับ และร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในระดับที่สมเหตุสมผล
2. มีการบริหารจัดการที่จัดความซ้ำซ้อน สร้างความสอดคล้องกันของวิธีปฏิบัติ และป้องกันภาวะผลประโยชน์ขัดกับบทบาทหน้าที่ (Conflicts of interest) โดยมีระบบตรวจสอบและคานอำนาจที่แยกบทบาทของผู้ถือกฎกติกา ผู้ให้บริการ ผู้ให้หรือผู้ขายบริการ และผู้ตรวจสอบ
3. มีการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อให้สามารถกำหนดแผนการจัดสรรงบประมาณ การเบิกจ่าย (Claim processing) การตรวจสอบ (Auditing) และพัฒนาคุณภาพบริการ ได้อย่างรัดกุม มีประสิทธิภาพ และเป็นธรรม
4. มีการเลือกใช้วิธีการจ่ายเงิน (Payment method) แก่ผู้ให้บริการที่จูงใจให้ใช้ทรัพยากรทางสุขภาพอย่างสมเหตุสมผล และควบคุมพฤติกรรมการจัดบริการสุขภาพ อันส่งผลลัพท์ต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในภาพรวม
5. มีการกำหนดบทบาทของผู้รับประกันสุขภาพภาคเอกชนอย่างเหมาะสม เพื่อเปิดโอกาสให้ธุรกิจประกันสุขภาพเข้ามาเสริมส่วนที่เป็นความต้องการของตลาด โดยไม่ก่อผลเสียต่อหลักการกระจายความเสี่ยง
6. เปิดโอกาสให้สถานบริการสุขภาพภาคเอกชนเข้ามาแข่งขันให้บริการด้วยกติกาที่เป็นธรรม
7. ระบบเป็นที่ยอมรับของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในสังคม

ความเป็นไปได้และเงื่อนไขของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นสิ่งที่ประเทศพัฒนาแล้วส่วนใหญ่ได้จัดให้มีขึ้นแล้ว ในประเทศที่มีการจัดระบบดังกล่าว นอกเหนือจากประชาชนจะได้รับสิทธิอย่างครบถ้วนภายใต้ระบบที่มีมาตรฐานเดียวหรือที่มีการคุมมาตรฐานอย่างชัดเจน (เช่น สหราชอาณาจักร แคนาดา ออสเตรเลีย ฝรั่งเศส) รายจ่ายสุขภาพในประเทศเหล่านั้นยังมีอัตราต่ำกว่าหรือสามารถควบคุมรายจ่ายได้ดีกว่าประเทศที่มีได้จัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและปล่อยให้มีการขยายตัวตามธรรมชาติของระบบประกันหลายระบบ

(เช่น สหรัฐอเมริกา)

จากการตรวจสอบข้อมูลหลายแหล่งและสมมติฐานต่างๆ ให้ข้อสรุปว่า การจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้นในประเทศไทยในปัจจุบันจะต้องใช้งบประมาณ 100,000 ล้านบาท (ค่าประมาณสำหรับปี 2544) โดยประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการที่ได้คุณภาพมาตรฐานพอสมควร

วงเงินงบประมาณจากแหล่งต่างๆ ที่รัฐบาลใช้จ่ายในขณะนี้ รวมกันประมาณ 77,000 ล้านบาท หากต้องการจัดให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะต้องใช้งบประมาณเพิ่มอีกประมาณ 20,000-30,000 ล้านบาท ซึ่งอยู่ในวิสัยที่รัฐบาลจะจัดหาได้

จำนวนเม็ดเงินที่ต้องการเพิ่มขึ้นนี้ ปัจจุบันเป็นภาระภาษี ค่าเบี้ยประกัน หรือค่าใช้จ่ายที่จ่ายแก่สถานพยาบาลทางใดทางหนึ่ง ซึ่งประชาชนต้องแบกรับอยู่แล้วเมื่อเจ็บป่วย หากปรับระบบใหม่ ประชาชนจะไม่ต้องจ่ายทางตรงแก่สถานพยาบาลหรือนายประกัน แต่จ่ายทางอ้อมโดยผ่านระบบภาษีเป็นหลัก

วงเงิน 100,000 ล้านบาทนี้คาดว่าจะเพียงพอสำหรับการให้บริการที่มีขุดสิทธิประโยชน์ไม่ด้อยไปกว่าระบบประกันสังคมในปัจจุบันที่เป็นบริการสุขภาพส่วนบุคคล (Personal healthcare) เท่านั้น โดยไม่รวมค่าใช้จ่ายด้านโครงการป้องกัน การลงทุน การบริหาร และการสาธารณสุขอื่นๆ

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะเกิดขึ้นได้ในประเทศไทยจะต้องมีเงื่อนไขสำคัญ ดังนี้

1. ต้องเป็นนโยบายของรัฐบาลทั้งรัฐบาล ไม่ใช่เป็นนโยบายระดับกระทรวงหรือต่ำกว่า เนื่องจากการจัดระบบนี้จะกระทบภารกิจของหลายหน่วยงาน
2. ต้องออกกฎหมาย เนื่องจากการปฏิรูประบบการบริหารและปฏิรูประบบงบประมาณ และเป็นการประกันสิทธิของประชาชน หากไม่ใช้อำนาจกฎหมาย การเปลี่ยนแปลงก็จะทำได้เพียงเรื่องปลีกย่อย และขาดความยั่งยืน
3. ต้องมีการจัดการด้านรายได้และรายจ่ายสำหรับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างเหมาะสม มิฉะนั้นการปฏิรูปจะเกิดผลในทางปฏิบัติได้ยาก
4. ต้องออกแบบระบบที่มีรายละเอียดอย่างพิถีพิถันเป็นพิเศษมากกว่าโครงการของรัฐโดยทั่วไป โดยมุ่งหวังให้ระบบมีประสิทธิภาพในระยะยาว มิฉะนั้นงบประมาณค่าใช้จ่ายจะพุ่งสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว

การค่าใช้จ่ายของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ปัจจุบัน คนไทยมีค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลปีละประมาณ 130,000 ล้านบาท และมีงบประมาณลงทุนที่เน้นการรักษาพยาบาลอีกปีละ 20,000 ล้านบาท ภายใต้อัตราค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดปีละ 180,000 ล้านบาท (ใช้ข้อมูลจากบัญชีรายจ่ายประชาชาติด้านสุขภาพปี พ.ศ. 2541 หากใช้รูปแบบการคำนวณของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ รายจ่ายนี้จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 30)

ในการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายากที่จะคาดประมาณได้อย่างถูกต้องแม่นยำ เพราะแปรผันกับ (1) ระดับสิทธิประโยชน์และเกณฑ์มาตรฐานบริการ และ (2) ประสิทธิภาพของระบบบริหารจัดการ ซึ่งรวมถึงการมีระบบการควบคุมค่าใช้จ่าย และควบคุมคุณภาพที่เหมาะสม

ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลปีละ 130,000 ล้านบาทในปี 2541 แยกได้เป็นภาระของรัฐประมาณ 60,000 ล้านบาท ประชาชนต้องจ่ายเองประมาณ 70,000 ล้านบาท หากมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รัฐจะสามารถแบ่งเบาภาระในส่วนที่ประชาชนต้องจ่ายเองผ่านระบบการจัดเก็บภาษีที่เป็นธรรม

ผู้ที่รับภาระค่าใช้จ่ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงได้แก่

1. ผู้เสียภาษี (รวมทั้งเบี้ยประกันสังคม หากยังมีอยู่) ซึ่งจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ ภายใต้การเก็บภาษีที่เป็นธรรมและบริหารการจัดเก็บได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ผู้ใช้บริการ รับผิดชอบค่าบริการเพียงเล็กน้อยเมื่อไปใช้บริการ ยกเว้นผู้ยากไร้จำนวนประมาณ 10 ล้านคนย่อมมีสิทธิตามรัฐธรรมนูญที่จะได้รับบริการสุขภาพโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

กลไกการควบคุมค่าใช้จ่ายของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จากผลการศึกษาประสบการณ์ของนานาประเทศพอจะสรุปได้ว่า กลไกที่สำคัญที่สุดของระบบคือ การจ่ายเงินแก่สถานบริการ (Payment method)

ในประเทศไทยตัวอย่างที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์คือ ผลของระเบียบการจ่ายเงินของระบบสวัสดิการรักษายาของข้าราชการเปรียบเทียบกับระบบประกันสังคม ซึ่งระบบทั้งสองนี้มีแนวทางที่สอดคล้องกัน โดยระบบแรกไม่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้เลย ส่วนระบบหลังคุมค่าใช้จ่ายได้แต่มีปัญหาด้านคุณภาพบริการ

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงควรพิถีพิถันกับการวางกติกาการจ่ายเงินให้รัดกุมเพื่อสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายไปพร้อมกับการสร้างคุณภาพบริการ

แนวทางสำคัญของระบบจ่ายเงินใหม่ ได้แก่

1. โน้มน้าวให้ผู้ให้บริการไปใช้สถานบริการปฐมภูมิ (Primary care) ก่อน เนื่องจากเป็นบริการที่สร้างผลลัพธ์ด้านสุขภาพด้วยต้นทุนต่ำ รวมทั้งเป็นบริการแบบองค์รวมที่มีทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการรักษาพยาบาล โดยจ่ายเงินส่วนใหญ่ไปยังเครือข่ายสถานบริการปฐมภูมิโดยตรง (ไม่ใช่จ่ายแก่สถานบริการขนาดใหญ่เป็นต้นทางอย่างระบบประกันสังคมปัจจุบัน)
2. แยกการจ่ายเงินให้เหมาะสมกับลักษณะบริการ ซึ่งอาจแยกคร่าวๆ เป็น
 - ◆ กลุ่มบริการผู้ป่วยนอก จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว โดยปรับตามอายุ เพศ และความเสี่ยง (เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง)
 - ◆ กลุ่มบริการผู้ป่วยใน ใช้วิธีตั้งวงเงินรวมสำหรับประชากรของแต่ละพื้นที่ ในวงเงินรวมนี้จะแบ่งแก่สถานพยาบาลตามน้ำหนักสัมพัทธ์ของโรค ซึ่งเป็นระบบจ่ายเงินที่เน้นประสิทธิภาพโดยไม่บั่นทอนคุณภาพ สถานบริการได้รับเงินชดเชยอย่างสมเหตุสมผลที่สุด โดยส่วนนี้จำเป็นต้องอาศัยระบบสารสนเทศที่ทันสมัย
 - ◆ กลุ่มยา ระบบจ่ายเงินควรตัดผลประโยชน์จากการสั่งยาฟุ่มเฟือยและการสั่งยาต่อยกว่ามาตรฐาน โดย (1) การควบคุมราคา และ (2) ยินยอมให้ผู้ให้บริการถือใบสั่งยาไปรับยาได้ที่ร้านจำหน่ายยาที่ลงทะเบียนไว้ (เฉพาะผู้ป่วยนอก)

วิธีการจ่ายเงินตามแนวทางข้างต้นจึงมีผลไม่เพียงต่อการควบคุมค่าใช้จ่ายเท่านั้น แต่ยังก่อให้เกิดระบบเครือข่ายสถานบริการปฐมภูมิ กระตุ้นการแข่งขันระหว่างผู้ให้บริการ อันเป็นเงื่อนไขสำคัญที่จะเพิ่มผลลัพธ์ด้านสุขภาพด้วยต้นทุนต่ำ อีกทั้งยกระดับคุณภาพมาตรฐานบริการให้ดีขึ้นด้วย

การบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้นเป็นผลสำเร็จในหลายประเทศนั้น แม้จะมีรูปแบบแตกต่างกันบ้างในรายละเอียด แต่คุณลักษณะที่คล้ายคลึงกันของทุกประเทศก็คือ การจัดระบบควบคุมตลาด (Market regulation) กล่าวคือ ทุกประเทศไม่ปล่อยให้ตลาดบริการสุขภาพทำงานโดยเสรีเพราะจะเกิดภาวะตลาดล้มเหลว (Market failure) ขณะเดียวกันก็เปิดโอกาสให้กลไกตลาดเข้ามาร่วมกระตุ้นการแข่งขันของผู้ให้บริการหลายประเภททั้งภาครัฐและภาคเอกชน



หลักสำคัญของระบบบริหารจัดการคือ การแยกความสัมพันธ์เชิงผลประโยชน์ระหว่างผู้ซื้อบริการออกจากผู้ให้บริการ (Purchaser-provider split) โดยรัฐมักทำหน้าที่ผู้ซื้อบริการรายใหญ่เพื่อควบคุมตลาดผ่านพลังซื้อ (Monopsonistic power) รูปแบบหนึ่งคือ การจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้น

โดยกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินี้ จำเป็นต้องแยกขาดออกจากกระทรวงหรือส่วนราชการที่เป็นเจ้าของสถานพยาบาล เพื่อตัดความสัมพันธ์เชิงผลประโยชน์ และเพื่อให้กองทุนสามารถรักษาผลประโยชน์ของประชาชนด้วยการต่อรองกับผู้ให้บริการทุกประเภทอย่างเป็นธรรม

ในทางปฏิบัติ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรใกล้ชิดประชาชนพอสมควร จึงควรกระจายการบริหารกองทุนไปตามพื้นที่ต่างๆ ในขนาดของพื้นที่ที่เหมาะสม โดยอาจมีขอบเขตครอบคลุมประชากร 3-6 ล้านคน จึงจะก่อให้เกิดประสิทธิภาพการบริหารสูงสุด อาจเรียกหน่วยบริหารดังกล่าวว่า “สำนักงานหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่” ซึ่งมีจำนวน 10-20 แห่งทั่วประเทศ

ขั้นตอนในการไปสู่การจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

กลไกเพื่อการจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปสู่การปฏิบัติ:

1. ต้องเป็นนโยบายของรัฐบาล (Policy measure) เพื่อให้ส่วนราชการและหน่วยงานของรัฐหลายสังกัดเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างระบบ
2. ต้องออกเป็นกฎหมาย (Regulatory measure) ที่มีผลในการปรับระบบและกลไกด้านการเงินการคลังด้านสุขภาพ
3. อาศัยกลไกการเงินการคลัง (Financial measure) ที่มีการเสริมให้เกิดการปรับตัวในระบบ โดยการปรับระบบการตอบแทนและการอุดหนุนที่ตอบสนองต่ออุปสงค์ เมื่อผู้ให้บริการทำงานมากขึ้นจะได้รับการตอบแทนมากขึ้น
4. ต้องวางระบบการจัดการ (Management measure) ให้เอื้ออำนวยต่อการทำงานทั้งในส่วนของการบริหารกองทุน การทำสัญญาและการจัดซื้อบริการ ตลอดจนกลไกสารสนเทศและการตรวจสอบการดำเนินงานในด้านต่างๆ เช่น การจัดทำระบบข้อมูลการเงินและบัญชีอย่างเป็นระบบเพื่อให้ได้ข้อมูลในการวิเคราะห์ต้นทุนที่ชัดเจน มีการออกแบบระบบอย่างพิถีพิถันเพื่อให้ไม่เป็นอุปสรรคต่อการประกอบวิชาชีพทางสุขภาพอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพในระยะยาว การปรับกลไกการจัดการให้สอดคล้องกับระบบทางการเงิน รวมทั้งมีการให้ระยะเวลาที่เหมาะสมเพื่อการปรับตัวของผู้ให้

บริการ โดยได้รับการสนับสนุนอันเหมาะสมจากรัฐ

5. ต้องวางระบบการให้ความรู้และสื่อสารข้อมูลแก่ผู้ปฏิบัติและผู้มีสิทธิ (Educational measure) เพื่อให้บุคลากรและผู้เกี่ยวข้องทราบบทบาทของตนภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของระบบและกลไกต่างๆ

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. การประกาศนโยบายของรัฐบาล ควรระบุเงื่อนไขเวลาว่าจะผลักดันให้สำเร็จได้ภายในระยะเวลา 3 ปี
2. เสนอคณะรัฐมนตรี ให้มีมติสำคัญในการจัดกลไกเริ่มต้น ดังนี้
 - ◆ อนุมัติแผนแม่บท ที่แสดงเป้าหมายสำคัญๆ พร้อมเงื่อนไขเวลาและหน่วยงานที่รับผิดชอบ รวมถึงระบุถึงตัวเลขงบประมาณที่จำเป็น
 - ◆ อนุมัติมาตรการระยะสั้น เพื่อเป็นการเตรียมการเฉพาะหน้าของกระทรวงสาธารณสุข
 - ◆ เห็นชอบร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างน้อยในขั้นหลักการ เพื่อให้มีการเตรียมการทางนิติบัญญัติ
 - ◆ เห็นชอบให้ปรับแผนการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ (ตามมติ ครม. เมื่อตุลาคม 2543) ให้สอดคล้องกับแผนแม่บท โดยเฉพาะในส่วนของการจัดระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการและการจ่ายเงิน
 - ◆ อนุมัติการจัดตั้งหน่วยงานพิเศษ เพื่อเตรียมการจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและกองทุนหลักประกันสุขภาพของประชาชน โดยให้เป็นหน่วยงานภายใต้การดูแลของนายกรัฐมนตรีโดยตรง
3. เปิดเวทีรับฟังความคิดเห็นอย่างกว้างขวาง เพื่อสร้างความเข้าใจร่วม และปรับปรุงร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. เพื่อเสนอต่อรัฐสภา
4. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีผลใช้บังคับ ซึ่งสอดคล้องกับแผนแม่บท โดยมีบทเฉพาะกาลสำหรับการเตรียมการและช่วงเปลี่ยนผ่านของระบบเป็นเวลา 2 ปี
5. การเตรียมการระบบ จะต้องคำนึงถึงสิ่งเหล่านี้ คือ
 - 5.1. การจัดเตรียมโครงสร้างพื้นฐานเพื่อยกระดับประสิทธิภาพภายในระบบ
 - 5.1.1. จัดตั้งคณะทำงานที่จำเป็น และสำนักงานเตรียมการจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในความดูแลของนายกรัฐมนตรี เพื่อทำหน้าที่เป็นสำนักเลขานุการ



- 5.1.2. ร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งศึกษาและปรับแก้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิการสุขภาพและการประกันสุขภาพที่มีอยู่ให้สอดคล้อง เช่น พ.ร.บ.ประกันสังคม พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ เป็นต้น
- 5.1.3. พัฒนาและจัดระบบสารสนเทศสำหรับการบริหาร การจัดทำทะเบียนของผู้มีสิทธิ การจ่ายเงินแก่สถานบริการ และการตรวจสอบ
- 5.1.4. สำนักงานประกันสังคมปรับบทบาทขยายความครอบคลุมผู้ครอบคลุมผู้ประกันตนและสถานประกอบการขนาดเล็ก
- 5.1.5. ถ่ายโอนการบริหารจัดการระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ สวัสดิการรักษายาบาลของพนักงานรัฐวิสาหกิจ สวัสดิการสุขภาพของพนักงานของรัฐ และระบบประกันสังคมให้รวมกันเสมือนเป็นกองทุนเดียว อยู่ภายใต้การดูแลขององค์กรที่ชัดเจน เช่น สำนักงานประกันสังคม บริหารงานภายใต้แนวทางของ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพใหม่ หรือ พ.ร.บ.ประกันสังคม ที่ได้รับการปรับปรุง
- 5.1.6. ทดลองจ่ายเงินภายใต้ระบบใหม่ โดยเริ่มจากกลุ่มบริการผู้ป่วยใน ภายใต้ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการก่อน
- 5.1.7. จัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพของประชาชนสำหรับภาคการจ้างงานอย่างไม่เป็นทางการ อยู่ภายใต้การดูแลของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพของประชาชน
- 5.2. รัฐบาลจัดหารายได้เพิ่มและจัดสรรงบประมาณเข้ากองทุนหลักประกันสุขภาพตามแผนแม่บทของการขยายงานเขตพื้นที่นำร่อง
- 5.3. พัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ มาตรฐาน และเครือข่ายบริการ รวมถึงบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
 - 5.3.1. จัดทำชุดสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพของกลุ่มบริการต่างๆ โดยให้มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบและมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และมีการศึกษาวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลหรือผลได้ รวมถึงมีการอ้างอิงความเหมาะสมทางวิชาการ
 - 5.3.2. ทบทวนและจัดทำบัญชียาหลักแห่งชาติขึ้นใหม่ ให้สอดคล้องกับแนวทางของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมถึงการกำหนดกลไกและระบบที่ชัดเจนในการนำไปใช้และปรับปรุงบัญชี
 - 5.3.3. กระตุ้นให้มีการรวมตัวเป็นเครือข่ายสถานบริการปฐมภูมิ (Primary care network) ซึ่งรวมทั้งสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน โดย

เริ่มจากการปรับเปลี่ยนระบบประกันสังคม และสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการให้ใช้ระบบการจ่ายเงินแบบใหม่ตามที่เสนอทั้งระบบ

5.3.4. จัดทำทะเบียนสถานบริการ เครือข่ายสถานบริการปฐมภูมิ ร้านยา และระบบสารสนเทศที่จำเป็น

5.4. จัดระบบบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม โดยจัดตั้งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพของประชาชน คณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนสำนักงานต่างๆ และทยอยจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ เพื่อนำร่องการวางระบบบริหารจัดการตามความพร้อมของพื้นที่

5.5. รัฐบาลจัดหารายได้เพิ่มราว 30,000-40,000 ล้านบาท เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในปีงบประมาณ 2547 โดยบรรจุอยู่ในร่าง พ.ร.บ.งบประมาณรายจ่ายตามระบบงบประมาณของประเทศ

5.6. ปรับระบบการทำงานทั้งหมดให้สอดคล้องกันทุกระบบ และดำเนินการระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมทั่วประเทศ



บทที่ 1

11

สถานการณ์ปัจจุบัน

1. ทุกข์จากการไร้หลักประกันสุขภาพ

“จินดา หนูม้วย 22 ปี อาชีพขับรถสามล้อรับจ้างและใช้แรงงานทั่วไป เจอลูกหลง ถูกยิงที่หน้าท้องและแขนซ้าย แพทย์ต้องทำการผ่าตัดเอากระสุนออกและต่อปลายลำไส้ใหญ่เปิดไว้ที่หน้าท้องสำหรับขับถ่าย เนื่องจากภายหลังการผ่าตัดไม่ค่อยได้พบกับแพทย์ที่นัดและต้องเลื่อนนัดหมายการผ่าตัดต่อลำไส้กลับเข้าไปที่เดิมถึง 6 ปี ทำให้จินดาต้องหาเงินมาซื้ออุปกรณ์รองรับการขับถ่ายอยู่นานนับปี ถึงขนาดที่ต้องไปนั่งขอทานข้างถนน เปิดลำไส้ให้ผู้ป่วยดูประกอบการขอเงิน ก่อนที่หน่วยประชาสัมพันธ์จะยื่นมือเข้ามาช่วยเหลือหลังตกเป็นข่าวในหน้าหนังสือพิมพ์”

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

“อมรศรี ลูกจ้างหญิงวัย 31 ปี อาชีพรับจ้างทำความสะอาด กำลังตั้งครรภ์ 3 เดือนแต่ต้องเจ็บป่วยเนื่องมาจากการยกของหนัก ต้องเข้ารับการรักษาจากโรงพยาบาลตามบัตรประกันสังคม ผลของการตรวจรักษามีภาวะแทรกซ้อนทำให้ถึงขั้นแท้งลูก วงเงินการรักษายาบาลถูกจำกัด ต่อมาได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิต เนื่องจากมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นมาหลายอย่าง คณะกรรมการกองทุนเงินทดแทนวินิจฉัยว่าต้องออกเงินค่ารักษาพยาบาลเองเนื่องจากโรคจิตไม่อยู่ในข่ายที่เกิดจากการทำงาน อมรศรีต้องตระเวนไปรับการรักษาตามโรงพยาบาลต่างๆ และได้รับการวินิจฉัยโรคที่แตกต่างกันไป ในที่สุดตัดสินใจทำเรื่องฟ้องร้องตามกระบวนการยุติธรรม จนทำให้ถูกมองว่าเป็น ‘ตัวยุ่ง’ ที่ต้องการสวัสดิการ ปัจจุบันอมรศรีพิการเดินไม่ได้ ซึ่งได้รับการช่วยเหลือจากกองทุนสวัสดิการสังคมในการเบิกค่ารักษาพยาบาลไม่เกิน 2,000 บาท และค่าทดแทนจากการ

ขาดรายได้เดือนละ 2,400 บาท ครอบครัวแตกสลายเพราะสามีไปมีภรรยาใหม่ เธอต้องยืมอาชีพขายล็อตเตอรี่ประทังชีพ”

การที่ประชาชนในสังคมขาดหลักประกันสุขภาพ หรือมีหลักประกันสุขภาพที่ไม่เพียงพอและไม่ครอบคลุมอย่างถ้วนหน้านั้น นอกจากจะไม่ช่วยแบ่งเบาทุกข์อันเกิดจากความเจ็บป่วยแล้ว ภาวะดังกล่าวกลับยังมีส่วนสำคัญในการเพิ่มทุกข์ กรณีตัวอย่างทั้ง 3 กรณีที่น่าเสนอข้างต้นเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นจริง (เนาวรัตน์ สุขสำราญ, พ.ศ. 2543) และเป็นเพียงตัวอย่างส่วนน้อยที่พอจะช่วยให้ได้เห็นว่าปัญหาอันเกิดจากการขาดหลักประกันทางสุขภาพมีผลกระทบอย่างไร ซึ่งในภาวะปกติประชาชนทั่วไปจะไม่ประจักษ์เห็นจริงถึงสิ่งที่เกิดขึ้น เว้นแต่ได้เผชิญกับตนเองหรือบุคคลใกล้ชิดเมื่อถึงคราวเจ็บป่วย

การศึกษาลักษณะปัญหาการรับบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพต่างๆ ที่สนับสนุนโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (วิจิตร ระวังค์และคณะ) พบว่าผู้รับบริการล้วนมีโอกาสประสบปัญหาเรื่องใดเรื่องหนึ่งเมื่อไปรับบริการ ไม่ว่าจะเป็นสิทธิในการรักษาพยาบาลภายใต้ระบบประกันสุขภาพใดก็ตาม ตัวอย่างเช่น

- ระบบประกันสังคม เช่น บริษัทไม่แจ้งจดทะเบียนประกันสังคมให้ลูกจ้าง การได้รับการรักษาในมาตรฐานต่ำกว่าที่ควรจะเป็นเนื่องจากความพยายามในการควบคุมต้นทุนของผู้ให้บริการ การไม่ได้รับคุ้มครองตามสิทธิของประกันสังคมเนื่องจากตีความว่าเป็นการเจ็บป่วยในงาน และให้ใช้สิทธิตามกองทุนเงินทดแทนที่มีการจำกัดวงเงินค่ารักษาพยาบาล เป็นต้น
- บัตรสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข เช่น การรักษามีค่าใช้จ่ายสูง แพทย์ไม่ยอมเขียนใบส่งตัวให้ใช้สิทธิ การไม่ได้รับคุ้มครองค่าอุปกรณ์หรือยาที่มีราคาแพงทั้งที่จำเป็น การเปลี่ยนกฎเกณฑ์บ่อยครั้ง ผู้ซื้อบัตรมักเป็นผู้ที่เจ็บป่วยอยู่แล้ว สถานพยาบาลจึงไม่ยากให้บริการเพราะทำให้ขาดทุน เป็นต้น
- ระบบสวัสดิการรักษายาบาลผู้มีรายได้น้อยๆ (สปร.) เช่น การส่งตัว โดยสถานพยาบาลไม่ยอมให้ผู้ป่วยใช้สิทธิตามบัตรเนื่องจากไม่มีใบส่งตัว การรักษาความลับของผู้ป่วยระหว่างการส่งต่อ การทิ้งบประมาณต่อหัวน้อย ทำให้บริการไม่ดี เป็นต้น
- การให้ความคุ้มครองตาม พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 เช่น การที่ผู้ประสบภัยไม่ได้รับการแนะนำให้ใช้สิทธิหรือไม่สามารถเข้าถึงสิทธิที่พึงมี ต้องออกค่าใช้จ่ายเองจำนวนมาก เป็นต้น
- ประกันสุขภาพภาคเอกชน เช่น ข้อจำกัดเงื่อนไขกรมธรรม์ไม่ได้ให้ความคุ้มครองแม้กรณีจำเป็นที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ผู้รับบริการถูกยึดเยียดการรักษาพยาบาลเกินความจำเป็น การเลี้ยงไข้ โรคทางพันธุกรรมเป็นกรณี



ยกเว้นที่ไม่ได้รับความคุ้มครอง เป็นต้น

ค่าใช้จ่ายของบริการสุขภาพเป็นประเด็นที่เป็นปัญหาอยู่เสมอ การใช้บริการสุขภาพโดยเฉพาะการรักษาพยาบาลมีโอกาที่จะเกิดค่าใช้จ่ายสูง เช่น การเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ บางครั้งค่าใช้จ่ายเนื่องจากความเจ็บป่วยสูงมากถึงขนาดทำให้สิ้นเนื้อประดาตัว กลายเป็นกรณี “อนาถา” คนไข้และครอบครัวอาจต้องขายทรัพย์สินหรือกู้หนี้ยืมสิน หลายครั้งที่ทำให้ประชาชนตกอยู่ในฐานะ “ผู้ขอ (ทาน)” รับบริการจากรัฐมากกว่าที่จะเป็น “ผู้ใช้” บริการ

จากการสำรวจของสำนักวิจัยเอแบค-เคเอสซีอินเตอร์เนตโพลล์ (เอแบคโพลล์) มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ (2543) ที่ดำเนินการสำรวจเรื่อง “หลักประกันสุขภาพในสายตาประชาชน” ให้แก่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พบว่า จากจำนวนตัวอย่าง 2,516 รายใน 21 จังหวัดของประเทศไทย มีครัวเรือนที่สมาชิกทุกคนไม่มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลอะไรได้เลยถึงร้อยละ 31.2 มีการระบุถึงปัญหาความยากลำบากในการไปหาหมอจ่ายยาเจ็บป่วย โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 43.8 ระบุว่าค่ารักษาพยาบาลแพงหรือไม่มีค่ารักษาพยาบาลซึ่งพบในกลุ่มตัวอย่างทั้งในเขตเทศบาลและนอกเขต ประเภทของความเจ็บป่วยที่ประชาชนคิดจะทำให้ประสบความเดือดร้อนเรื่องการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ได้แก่ การผ่าตัดใหญ่ (ร้อยละ 77.5) อุบัติเหตุรุนแรง (ร้อยละ 75.6) การเจ็บป่วยจนถึงขั้นต้องนอนโรงพยาบาล (ร้อยละ 64.4) โรคประจำตัวหรือเจ็บป่วยเรื้อรัง (ร้อยละ 57.8) ในขณะที่ร้อยละ 13.8 ของกลุ่มตัวอย่างจะประสบความเดือดร้อนแม้เมื่อเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ ซึ่งกว่าร้อยละ 62.5 ระบุว่าหากแก้ปัญหาเมื่อประสบความเดือดร้อนเนื่องจากค่ารักษาพยาบาลคือการยืมเงินหรือกู้เงิน และร้อยละ 16.6 ต้องขอรับการสงเคราะห์ ทั้งนี้ ร้อยละ 93.7 ของกลุ่มตัวอย่างเห็นว่ารัฐบาลควรมีหลักประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนทุกคน ซึ่งส่วนใหญ่หมายถึงการที่ประชาชนได้รับบริการที่จำเป็นจริงๆ อย่างมีมาตรฐานเท่าเทียมกันโดยค่าบริการไม่แพงจนต้องเดือดร้อน (ร้อยละ 63.7) มีเพียงร้อยละ 23 เท่านั้นที่เห็นว่าต้องเป็นบริการฟรี

อีกการศึกษาหนึ่งในจังหวัดสงขลา พบว่า ผู้ป่วยในโรงพยาบาลของรัฐตั้งแต่ร้อยละ 23.8 ถึงร้อยละ 36.8 ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ทั้งหมดหรือไม่ได้เป็นบางส่วน ทั้งนี้สัมพันธ์กับระดับการศึกษาของผู้ป่วย อาชีพ รายได้ของครอบครัว และผู้ที่ก่อรายได้ให้แก่ครัวเรือน จากการวิเคราะห์พบว่า หากค่ารักษาเกินกว่าระดับ 14,700 บาท ประชากรตัวอย่างจะประสบกับปัญหาจ่ายค่ารักษาไม่ได้ นอกจากนี้ยังพบอีกว่า ครัวเรือนส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 89 ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นเงินสดหรือจ่ายจากเงินออมเป็นแหล่งแรก ร้อยละ 8 ต้องหยิบยืมเงินเป็นแหล่งแรกในการจ่ายค่ารักษา และยิ่งพบว่าร้อยละ 1 ของกลุ่มตัวอย่างต้องให้เด็กออกจากโรงเรียน สืบเนื่องจากค่ารักษาพยาบาลในการเจ็บป่วย ยิ่งกว่า

นั้นการศึกษานี้ยังพบว่าสัดส่วนของค่ารักษาที่โรงพยาบาลเรียกเก็บต่อรายได้ทั้งปีของครอบครัวในกลุ่มที่จ่ายค่ารักษาไม่ได้ สูงกว่ากลุ่มที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ถึง 3 เท่า (อนุพงศ์ สุจริยากุล และวีระศักดิ์ จงสุวิวัฒน์วงศ์, พ.ศ. 2542)

นอกจากทุกข์ของประชาชนผู้ขาดหลักประกันโดยตรงแล้ว ภาวะที่ขาดการจัดหลักประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนอย่างถ้วนหน้ายังส่งผลกระทบต่อการจัดระบบบริการสุขภาพอีกด้วย ทำให้ประชาชนไม่อาจได้รับบริการที่มีคุณภาพดี มีความครบถ้วนและต่อเนื่องดังที่ประสบในกรณีตัวอย่างข้างต้น ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากความไร้เอกภาพในเรื่องนโยบาย หน่วยงานผู้รับผิดชอบ มาตรฐานการปฏิบัติและสิทธิประโยชน์ ความซับซ้อนและความซ้ำซ้อนของระบบที่มีอยู่หลากหลาย การขาดกระบวนการในการดูแลคุณภาพของการรักษา ตลอดจนการขาดความรู้ความเข้าใจของบุคลากรกลุ่มต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการประกันสุขภาพ ทั้งในส่วนของผู้วางนโยบาย ผู้บริหาร ผู้ให้บริการ และประชาชน ผู้บริโภค (Sriratanaban et al, 2001)

2. สถานการณ์ด้านสวัสดิการสุขภาพและการประกันสุขภาพในประเทศไทย

จากการศึกษาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในปี พ.ศ. 2541 พบว่า ประเทศไทยใช้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งที่ผ่านระบบงบประมาณของรัฐและการใช้จ่ายภาคเอกชนทั้งสิ้นประมาณ 179,689.15 ล้านบาท ส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 70 เป็นไปเพื่อการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล (Personal healthcare) ทั้งในและนอกโรงพยาบาล โดยที่สัดส่วนของการใช้จ่ายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนั้นมีน้อยกว่าร้อยละ 5

รายจ่ายที่เป็นของภาครัฐ (Public expenditure) อันได้แก่ งบประมาณผ่านกระทรวงต่างๆ ตลอดจนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลภาคบังคับภายใต้การจ้างงาน เช่น สวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการ (CSMBS) และพนักงานรัฐวิสาหกิจ ประกันสังคม (Social security) และกองทุนเงินทดแทน (WCS) มีส่วนรับผิดชอบค่าใช้จ่ายรวมกันทั้งสิ้นประมาณร้อยละ 61.39 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด ส่วนรายจ่ายภาคประชาชน (Private expenditure) คิดเป็นร้อยละ 38.61 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด โดยส่วนที่ครัวเรือนต้องเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเองมีถึงร้อยละ 32.74 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด (หรือคิดเป็นร้อยละ 84.80 ของรายจ่ายภาคประชาชน) ดังรายละเอียดที่แสดงในตารางที่ 1.1

หากพิจารณาเฉพาะรายจ่ายทางสุขภาพเพื่อการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล อันได้แก่ ค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษายาพยาบาลกรณีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ตลอดจนค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพอื่นๆ จะพบว่า ประชาชนต้องแบกรับภาระค่าจ่ายมากถึงร้อยละ 45.09



ตารางที่ 1.1 การไหลเวียนของรายจ่ายทางสุขภาพในปี พ.ศ. 2541 ราคาในปีปัจจุบัน (ไม่รวมเงินช่วยเหลือผ่านกรมวิเทศสหการ จำนวน ๕3.47 ล้าน หรือ 142.27 ล้านบาท)

ปี 2543	กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอื่น + ปกครองท้องถิ่น	สวัสดิการ ข้าราชการ	สวัสดิการ รัฐวิสาหกิจ	ประกัน สังคม	กองทุนเงิน ทดแทน	ประกัน สุขภาพ เอกชน	คุ้มครอง ผู้ประสบภัย จากรถ	นายจ้าง	รายจ่าย ครัวเรือน	องค์กร พัฒนา เอกชน	รวม ทั้งหมด	ร้อยละ
I. การดูแลสุขภาพถ้วนคน	33,203.98	16,439.96	2,746.52	6,930.74	614.52	3,664.08	2,481.17	3,487.10	57,160.65	46.02	126,774.74	70.55
1. การดูแลสุขภาพผู้ป่วยใน	20,865.85	10,574.16	946.26	3,720.55	614.52	3,571.02	2,320.21	702.38	10,964.64	28.69	54,308.91	30.22
1.1 รพ. รัฐ	18,008.00	8,752.20	691.89	877.26	144.90	178.55	1,914.38	257.88	6,296.71	28.63	37,150.40	20.67
1.2 รพ. เอกชน		1,821.96	254.37	2,843.29	469.62	3,392.47	405.83	444.50	4,667.93	0.06	14,300.03	7.96
1.3 รพ. จัดเวช	872.38										872.38	0.49
1.4 รพ. เฉพาะทาง	1,986.10										1,986.10	1.11
2. การดูแลสุขภาพผู้ป่วยนอก	12,337.50	5,865.80	1,800.26	3,210.19	-	93.06	160.96	2,784.72	46,196.01	17.33	72,465.83	40.33
2.1 บริการของแพทย์ในภาครัฐ	11,447.71	5,865.80	1,458.33	969.44		4.65	148.97	939.89	15,821.03	11.30	36,667.12	20.41
2.2 บริการของแพทย์ในภาคเอกชน			104.43	2,133.80		88.41	11.99	1,367.42	18,557.68	4.70	22,268.43	12.39
2.3 บริการทันตกรรม	813.10		28.66	105.94				376.63	1,757.85	1.10	3,083.28	1.72
2.4 บริการวิชาชีพทางสุขภาพอื่น ๆ	45.90		204.39					6.78	585.95	0.23	842.44	0.47
2.5 บริการอื่น ๆ	31.60			1.01				-			32.61	0.02
2.6 การดูแลสุขภาพตนเอง								94.00	9,304.40		9,398.40	5.23
*Therapeutic Appliances			4.45						169.10		173.55	0.10
II. รายจ่ายทางสุขภาพอื่น ๆ	48,386.30	91.59	256.54	1,462.98	181.02	576.18	-	174.36	1,676.02	107.42	52,914.41	29.45
3. การลงทุนในสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์	20,476.19		34.25	18.61					167.60	11.87	22,216.94	12.36
4. การบริหารจัดการ	8,792.42	91.59	115.74	1,444.37	179.02	576.18		174.36		25.66	11,399.34	6.34
5. งานสาธารณสุข สุศึกษาวิจัยและอื่น ๆ	19,117.69		101.30		2.00					69.89	19,298.13	10.74
รายจ่ายทางสุขภาพทั้งหมด	81,590.28	16,531.55	3,005.06	8,393.72	795.54	4,240.26	2,481.17	3,661.46	58,836.67	153.44	179,689.15	100
ร้อยละ	45.41	9.20	1.67	4.67	0.44	2.36	1.38	2.04	32.74	0.09	100	

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



ข้อมูลจาก World Health Report 2000 ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2000) พบสัดส่วนของรายจ่ายทางสุขภาพที่ภาคประชาชนต้องรับภาระเองในปี พ.ศ. 2540 ของบางประเทศที่น่าสนใจ ดังนี้

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

ข้อมูลข้างต้นชี้ให้เห็นว่า ประชาชนชาวไทยยังต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของตนเองในสัดส่วนที่ค่อนข้างมาก โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศพัฒนาแล้วที่มีการจัดหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้าให้กับประชาชน

ข้อสังเกตอีกประการหนึ่ง หากพิจารณาค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล ซึ่งมีมูลค่ากว่า 126,774 ล้านบาท จะพบว่า ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายด้านบริการผู้ป่วยนอก (Ambulatory care) เป็นสัดส่วนสูงกว่าบริการผู้ป่วยใน (Inpatient care) คิดเป็นร้อยละ 57.16 และร้อยละ 42.84 ของรายจ่ายในการดูแลสุขภาพบุคคล ตามลำดับ

ปัญหาที่สำคัญของระบบสวัสดิการสุขภาพและการประกันสุขภาพในปัจจุบัน

ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีระบบประกันสุขภาพและระบบสวัสดิการสุขภาพอยู่หลายระบบ (Pluralistic) ได้แก่ ระบบสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจนช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.) ระบบสวัสดิการรักษายาของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ ระบบประกันสังคม และระบบประกันสุขภาพแบบสมัครใจซึ่งประกอบด้วยบัตรประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุขและประกันสุขภาพภาคเอกชน นอกจากนี้ยังมีกองทุนเงินทดแทนที่ให้ความคุ้มครองการเจ็บป่วยจากการทำงาน และประกันภัยอุบัติเหตุทางจราจรตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 ทั้งนี้ระบบ สปร. เป็นระบบที่ให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนกลุ่มใหญ่ที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 1.2

ตารางที่ 1.2 ความครอบคลุมด้านสวัสดิการและการประกันสุขภาพในประเทศไทย

ระบบประกันสุขภาพ	จำนวน (ล้านคน)	ความครอบคลุม (ร้อยละ)
สวัสดิการรักษายาบาลของผู้มีรายได้ต่ำและสังคมช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.)	23	37
บัตรประกันสุขภาพ	7-8	12
สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ	7	11
ประกันสังคม	5.42	9
ประกันเอกชน	5.9	~ 10
ผู้ยังไม่มียุทธการประกัน	20	~ 30
ผู้ที่มียุทธการประกันเข้าชื้อน	NA	NA
ประชากร	61.46	100

ที่มา: สัมฤทธิ์ ศรีธรรมสวัสดิ์ (พ.ศ. 2543)

สถิติจากแหล่งต่างๆ เกี่ยวกับหลักประกันด้านสุขภาพแม้ว่าจะไม่ค่อยสอดคล้องกันนัก แต่ข้อมูลจากหลายแหล่งบ่งชี้ว่า ในระหว่างปี พ.ศ. 2538 ถึง พ.ศ. 2541 ประเทศไทยมีผู้ไร้หลักประกันสุขภาพที่ไม่ได้รับความคุ้มครองจากระบบสวัสดิการสุขภาพหรือระบบประกันสุขภาพทั้งของรัฐและเอกชนอยู่ระหว่างร้อยละ 20 ถึง 31 (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, พ.ศ. 2538 และ พ.ศ. 2542) ซึ่งภาวะขาดหลักประกันสุขภาพดังกล่าว กระจายทั้งในกลุ่มผู้มีฐานะดี และกลุ่มผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจยากจนและด้อยโอกาสทางสังคม กลุ่มที่ไม่ได้รับสิทธิด้านการรักษายาบาลใดๆ เหล่านี้จะต้องรับผิดชอบตนเองทางการเงินเมื่อเจ็บป่วย

อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาถึงความซ้ำซ้อนระหว่างสิทธิในระบบประกันสุขภาพที่ประชาชนส่วนหนึ่งอาจมีมากกว่า 1 สิทธิ เช่น ข้าราชการหรือผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมที่มีประกันสุขภาพเอกชน หรือข้าราชการที่มีพ่อแม่หรือคู่สมรสที่มีสิทธิในระบบประกันสังคม อาจทำให้ผู้ที่ไร้หลักประกันสุขภาพมีจำนวนมากกว่าที่ปรากฏตามข้อมูลได้

นอกเหนือจากปัญหาเรื่องความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชนแล้ว ระบบสวัสดิการสุขภาพและการประกันสุขภาพแต่ละระบบยังมีงบประมาณค่าใช้จ่ายต่อหัวและสิทธิประโยชน์ที่แตกต่างกันด้วย ทำให้มาตรฐานของบริการสุขภาพแตกต่างกันไป บางกลุ่มอาจถือได้ว่ามีหลักประกันสุขภาพในระดับที่ไม่เพียงพอ (Underinsured) ดังแสดงโดยสังเขปในตารางที่ 1.3 ความแตกต่างดังกล่าวส่งผลกระทบต่อความเป็นธรรม (Equity) ประสิทธิภาพ (Efficiency) คุณภาพ (Quality) การเข้าถึงบริการ (Accessibility) ความรับผิดชอบต่อสังคม (Social accountability) การคุ้มครองผู้บริโภคของระบบสุขภาพ (Consumer protection) อันเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนไทยตามรัฐธรรมนูญ

ตารางที่ 1.3 ค่าใช้จ่ายต่อหัวและสิทธิประโยชน์ของระบบสวัสดิการและการประกันสุขภาพในประเทศไทย

ระบบประกันสุขภาพและ สวัสดิการรักษายาบาล	ค่าใช้จ่าย (บาท)/หัว/ปี	สิทธิประโยชน์และความคุ้มครอง			
		การเลือกสถาน พยาบาล	เงินสด	การตั้งครุฑ/ คลอดบุตร	การป้องกันโรค/ ส่งเสริมสุขภาพ
สวัสดิการสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล	244	ระบบส่งต่อ	ไม่มี	ไม่มี	จำกัด
สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ	~ 2000	รัฐ (เอกชน)	ไม่มี	มี	มี
ประกันสุขภาพภาคบังคับ					
● ประกันสังคม	1,060	คู่สัญญา	มี	มี	มีบ้าง
● กองทุนเงินทดแทน	n.a.	คู่สัญญา	มี	ไม่มี	ไม่มี
ประกันสุขภาพแบบสมัครใจ					
● บัตรประกันสุขภาพ	446	ระบบส่งต่อ	ไม่มี	เป็นไปได้	เป็นไปได้
● ประกันสุขภาพภาคเอกชน	1,667	อิสระ	ตามกรณี	แล้วแต่	แล้วแต่

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

ความแตกต่างระหว่างระบบที่ส่งผลกระทบต่อความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ เป็นผลจากวิธีการด้านการคลังสาธารณสุขที่ต่างกัน ทำให้การกระจายภาระทางการเงินอันเกิดจากต้นทุนในการบริการไม่เป็นสัดส่วนที่ดีกับรายได้และฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชนเท่าที่ควร โดยประชาชนที่มีฐานะยากไร้ต้องรับภาระเป็นสัดส่วนต่อรายได้สูงกว่า นอกจากนั้นสิทธิประโยชน์และความคุ้มครองที่ต่างกันทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ ผู้ที่ไม่ใช่ข้าราชการ หรือผู้มีประกันสังคม หรือผู้มีประกันสุขภาพเอกชน หรือผู้มีฐานะดีพอที่จะจ่ายค่ารักษายาบาลได้ ต้องรู้สึกด้อยเกียรติและศักดิ์ศรีในการรับบริการเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีโอกาสดีกว่า

ระบบสุขภาพยังประสบปัญหาเรื่องประสิทธิภาพด้วยเช่นกัน สาเหตุสำคัญส่วนหนึ่งเกิดจากระบบในปัจจุบันได้ส่งเสริมให้เกิดการอุดหนุนข้ามระบบที่ระดับของการให้บริการ (Cross-subsidization) นอกจากนี้การมีระบบสวัสดิการและการประกันสุขภาพที่หลากหลาย ทำให้การบริหารจัดการเกิดความยุ่งยากและซับซ้อน ขาดความชัดเจนในการติดตามองค์ประกอบของต้นทุนการบริการ รวมทั้งการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลของระบบสวัสดิการและการประกันสุขภาพหลายระบบไม่ส่งเสริมให้มีการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและมีประสิทธิภาพ

ปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพของบริการที่ประชาชนได้รับยังมีอยู่มากเช่นกัน นับตั้งแต่บริการพื้นฐานที่จำเป็น เช่น บริการกรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การส่งต่อผู้ป่วย ตลอดจนการใช้ยาและเวชภัณฑ์ เทคโนโลยีในการตรวจรักษา ซึ่งระบบประกันสุขภาพและสวัสดิการด้านการรักษายาบาลต่างๆ ในปัจจุบันมีมาตรฐานที่ต่างกัน ทำให้เกิด

การจัดบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับประชาชนอย่างไม่เท่าเทียม ประชาชนขาดข้อมูลด้านคุณภาพ ไม่สามารถเลือกซื้อหาบริการที่ดีได้ ยิ่งไปกว่านั้นระบบยังไม่ส่งเสริมให้เกิดการแข่งขันระหว่างผู้ให้บริการเพื่อปรับปรุงคุณภาพและตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้มากเท่าที่ควร ดังเช่นในระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ นอกจากนี้ การประกันสุขภาพส่วนใหญ่ เช่น ประกันสังคม ไม่สามารถกระตุ้นและส่งเสริมให้เกิดบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เหมาะสมอย่างเพียงพอ ประชาชนในหลายกลุ่มประสบปัญหาในการเข้าถึงบริการบางประเภทที่จำเป็นเนื่องจากไม่ได้รับความคุ้มครอง

ระบบสวัสดิการสุขภาพและการประกันสุขภาพส่วนมากยังขาดการมีส่วนร่วมของประชาชนในการวางแผนนโยบายหรือบริหารจัดการ ทำให้เกิดความอ่อนด้อยในเรื่องความรับผิดชอบต่อสังคม ความสามารถในการตรวจสอบและติดตามผลการดำเนินงานกลไกเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคภายใต้ระบบต่างๆ ยังมีข้อจำกัดและขาดความชัดเจน ไม่มีกระบวนการตรวจประเมินด้านคุณภาพอย่างเป็นรูปธรรม ยกเว้นแต่ระบบประกันสังคมที่มีการกำหนดและตรวจมาตรฐานของสถานพยาบาล และการร้องเรียนของผู้ประกันตน

3. ความสำคัญของการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

3.1 หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในมุมมองของประชาชน

ในมุมมองของผู้บริโภค (ประชาชน) การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นเรื่องของการคุ้มครองสิทธิ การเคารพในเกียรติและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ การสร้างความอุ่นใจแก่ประชาชน และการส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและต่อเนื่อง

- การเคารพในเกียรติและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

การมีสุขภาพที่ดีเป็นสิทธิประการหนึ่งที่มนุษย์พึงมี การให้หลักประกันทางสุขภาพแก่ประชาชนเป็นความจำเป็นทางสังคมประการหนึ่งที่แสดงให้เห็นถึงพัฒนาการทางสังคมของประเทศในการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของสมาชิกในสังคม สอดคล้องกับที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ การใช้บริการสุขภาพไม่ควรเป็นเรื่องของการขอ และไม่ใช่ว่าการซื้อ-ขายในเชิงธุรกิจ แต่เป็นการที่ประชาชนมารับบริการอันพึงมีพึงได้จากผู้ให้บริการสุขภาพ และเป็นเรื่องของการเฉลี่ยสุขเฉลี่ยทุกข์กันของสมาชิกในสังคม

- การสร้างความอุ่นใจให้แก่ประชาชน

การจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะช่วยให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนไม่ได้รับความเดือดร้อนจากค่าใช้จ่ายของบริการสุขภาพที่มีความจำเป็นในยามเจ็บป่วย ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิต จึงอาจนับเป็นแนวทางในการยกระดับความเป็น

อยู่และแก้ไขปัญหาความยากจนของประชาชนได้เช่นกัน

- การส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและต่อเนื่อง

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะกระตุ้นให้เกิดบริการสุขภาพที่เป็นองค์รวม ประกอบด้วยการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย มีเครือข่ายของการบริการที่ต่อเนื่อง ส่งเสริมให้เกิดการใช้ทรัพยากรในระบบอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนมีกลไกในการประกันคุณภาพและการคุ้มครองผู้บริโภค

3.2 หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในมุมมองของสังคม

- การกระจายภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

การจัดให้มีหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้านับเป็นการสร้างระบบและกลไกเพื่อกระจายภาระทางการคลังสาธารณสุขไปสู่กลุ่มคนต่างๆ ซึ่งจะก่อให้เกิดความเป็นธรรมมากขึ้นในระบบสุขภาพ โดยผู้ที่มีฐานะและมีโอกาสที่ดีกว่าในสังคมช่วยรับภาระของสังคมเป็นสัดส่วนมากกว่าผู้ด้อยโอกาส

- การมีส่วนร่วมของประชาชน

ระบบหลักประกันสุขภาพที่ดีจะเอื้อต่อการที่ประชาชนจะเข้ามามีส่วนร่วมอย่างเหมาะสมในการกำหนดสิทธิประโยชน์ การจัดการและการตรวจสอบการใช้ทรัพยากรต่างๆ ว่าได้ใช้ไปเพื่อตอบสนองความจำเป็นทางสุขภาพของคนในชุมชนและในประเทศอย่างมีประสิทธิภาพเพียงไร

3.3 หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในมุมมองของรัฐ

- การทำหน้าที่ของรัฐตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ

การเข้าถึงบริการสุขภาพและสาธารณสุขที่มีมาตรฐานเป็นสิทธิพื้นฐานของประชาชนประการหนึ่งที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่ของรัฐที่จะให้หลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนอย่างถ้วนหน้า หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้นี้ไม่ได้หมายความว่าเพียงแต่การประกันสุขภาพหรือให้ความคุ้มครองทางการเงินเมื่อมีความเจ็บป่วยเท่านั้น แต่ยังเป็นหลักประกันที่จะให้ประชาชนมีสุขภาพดีอย่างถ้วนหน้าด้วย

- การสร้างความโปร่งใสและตรวจสอบได้ในระบบ

การจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นการเปิดโอกาสให้มีการจัดระบบการเงินการคลังสาธารณสุขที่จะช่วยลดปัญหาการอุดหนุนข้ามระบบ และการถ่ายเททรัพยากรไปใช้นอกวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ การวางระบบที่ชัดเจน ไม่ซ้ำซ้อน ยังทำให้สามารถติดตามต้นทุนและรูปแบบการใช้ทรัพยากรในระบบสุขภาพได้ง่ายและชัดเจนกว่าเดิม



3.4 หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในมุมมองของผู้ให้บริการ

- ความยั่งยืนของระบบบริการสุขภาพ

การจัดให้มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะช่วยให้ผู้ให้บริการได้รับทรัพยากรสนับสนุนที่สัมพันธ์กับภาระงาน ซึ่งส่งผลต่อความมั่นคงทางการเงินของผู้ให้บริการและระบบบริการสุขภาพในภาพรวม และมีความยั่งยืนของการจัดบริการสุขภาพ

- โอกาสในการปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน

การมีหลักประกันทางสุขภาพถ้วนหน้าส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในด้านอื่นๆ ด้วย นอกเหนือจากการเข้ารับบริการสุขภาพ ซึ่งหลายประเด็นมีผลดีต่อสุขภาพ เช่น การวางสิทธิประโยชน์และความคุ้มครองต่างๆ ของการให้หลักประกันทางสุขภาพมีส่วนในการส่งสัญญาณที่แสดงถึงการให้ความสำคัญที่ผู้ให้บริการจะต้องจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ ให้ประชาชนได้ดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว เพื่อลดภาระของระบบบริการสุขภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เสมือนเป็นกลไกเกื้อหนุนให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น



บทที่ 2

23

หลักการพื้นฐาน งบประมาณ และทางเลือก

1. ลักษณะที่พึงจะมีของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ความหมายของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของแต่ละประเทศมีได้หลากหลายแตกต่างกันตามบริบทของประเทศนั้น สำหรับประเทศไทย นิยามของ **หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า** หมายถึง “สิทธิของประชาชนไทยทุกคน (**Entitlement**) ที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้า ด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยที่ภาระด้านค่าใช้จ่ายในการใช้บริการไม่เป็นอุปสรรคที่ประชาชนจะได้รับสิทธินั้น”

ดังนั้น หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงไม่ใช่สิ่งต่อไปนี้

1. มิใช่ “บริการสงเคราะห์” “บริการกึ่งสงเคราะห์” “บริการราคาถูก” หรือ “บริการที่เพียงพอสำหรับการแก้ปัญหาสุขภาพแบบเฉพาะหน้า” เท่านั้น
2. มิใช่ บริการที่ต้องมีการร้องขอจึงจะได้รับ หากจำเป็นต้องเป็นสิทธิตามกฎหมายของประชาชนไทยทุกคน

จากเหตุที่ประชาชนในประเทศพึงมีหลักประกันสุขภาพดังที่กล่าวไว้ข้างต้น ลักษณะที่พึงจะมีของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยพื้นฐานเพื่อครอบคลุมการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล (Personal healthcare) อาจพิจารณาได้จากการอ้างอิงเป้าหมายเชิงสังคม (Social goals) ของการมีหลักประกันสุขภาพ และจากประเด็นด้านระบบและกลไกของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ลักษณะที่พึงจะมีของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามเป้าหมายเชิงสังคม

1. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรส่งเสริมให้เกิดความเป็นธรรม (**Equity**) ในการกระจายภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพไปสู่คนหมู่มากในลักษณะของการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขในสังคมตามฐานะและความสามารถทางเศรษฐกิจ ตลอดจนส่งเสริมให้เกิดความเท่าเทียม (**Equality**) ในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น (Essential health package) ภายใต้กรอบมาตรฐานเดียวกัน

2. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรอำนวยความสะดวกให้เกิด **ประสิทธิภาพ (Efficiency)** ในระบบสุขภาพ ทั้งด้านการจัดสรรทรัพยากร (Allocative efficiency) ให้การใช้ทรัพยากรตรงต่อความต้องการและสร้างคุณค่าให้เกิดขึ้นกับสุขภาพของประชาชนมากที่สุด การกระตุ้นให้มีการเลือกใช้บริการและเทคโนโลยีที่เหมาะสมและมีความคุ้มค่า (Cost effectiveness) การส่งเสริมให้เกิดการเข้าถึงบริการใกล้บ้านที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพทางเทคนิค (Technical efficiency) ในการให้บริการ รวมถึงการบริหารจัดการที่ดี

3. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรเอื้อให้เกิดทางเลือกในการรับบริการ **(Choice) ที่เหมาะสม** อันนำไปสู่คุณภาพของบริการที่ดี เป็นระบบที่เปิดโอกาสให้มีบริการที่หลากหลายช่วยให้ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย ไม่แบ่งแยกบทบาทของผู้ให้บริการภาครัฐและเอกชน และให้มีการแข่งขันกันในด้านประสิทธิภาพและการพัฒนาคุณภาพของการบริการภายใต้ข้อกำหนดมาตรฐานด้านคุณภาพ จริยธรรมและแนวทางการดำเนินการของผู้ให้บริการที่เป็นที่ยอมรับ

4. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรมุ่งสู่การ **“สร้าง” ให้มีสุขภาพดีถ้วนหน้า (Promoting health for all)** ไม่ใช่เพียงการคุ้มครองค่าใช้จ่ายอันเนื่องมาจากการรักษาพยาบาลการเจ็บป่วยเท่านั้น หากแต่ครอบคลุมบริการสุขภาพในด้านอื่นด้วย โดยเฉพาะบริการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ตลอดจนมีส่วนช่วยกระตุ้นให้ประชาชนดูแลและสร้างเสริมสุขภาพของตนเองและครอบครัว

ลักษณะที่พึงจะมีของระบบและกลไกของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1. ประชาชนเข้าถึง ทำความเข้าใจได้ง่าย เป็นระบบและกลไกที่แปลงความซับซ้อนของการดำเนินงานด้านการเงินการคลัง การบริหารจัดการ และการบริการให้ง่ายต่อประชาชนในการใช้ประโยชน์ มีทางเลือกและระบบส่งต่อเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่ต่อเนื่อง มีการดำเนินการที่เป็นไปได้ และเป็นที่ยอมรับของกลุ่มต่างๆ ในสังคม

2. มีกฎหมายเป็นหลักยึด โดยกำหนดให้การได้รับบริการสุขภาพเป็นสิทธิของประชาชน มีการกำหนดขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคคลและหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน และเอื้อต่อการสร้างระบบและกลไกเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ คุณภาพ ความเป็นธรรม การคุ้มครองผู้บริโภค ตลอดจนการมีส่วนร่วมของคนในสังคม

3. มีทรัพยากรสนับสนุนอย่างเพียงพอ เพื่อให้สามารถกำหนดสิทธิประโยชน์พื้นฐานที่จำเป็นด้านสุขภาพสำหรับประชาชนได้อย่างครบถ้วน ทำให้ผู้ให้บริการสามารถปรับตัวเพื่อจัดบริการที่มีคุณภาพและมีมาตรฐานอย่างทั่วถึง ซึ่งอาจกระทำได้โดยมีการกำหนดกรอบการสนับสนุนงบประมาณหรือการจัดสรรเงินขึ้นต่ำจากระบบภาษีไว้เป็นการเฉพาะ (Earmarked tax)

4. เปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบ อันจะช่วยกระตุ้นให้ประชาชน



มีส่วนรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง และสร้างความรู้สึกรับผิดชอบ ซึ่งเป็นเจ้าของ ซึ่งประชาชนอาจมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการจ่าย (Cost sharing) โดยทางตรงสำหรับบริการสุขภาพ เพื่อให้มีการใช้บริการอย่างเหมาะสมและรู้คุณค่ารวมทั้งการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย กำกับการบริหารและการตรวจสอบ เพื่อให้ระบบดำเนินไปด้วยความโปร่งใส และสามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่ได้

5. มีระบบบริหารจัดการในแนวทางที่เป็นมาตรฐานเดียวกันและสอดคล้องกัน ในวิธีปฏิบัติ มีความโปร่งใสและง่ายต่อการตรวจสอบ และมีการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีสารสนเทศได้อย่างเหมาะสม

6. มีระบบตรวจสอบและประเมินผลด้านคุณภาพและประสิทธิภาพ ตลอดจนมีระบบการคานอำนาจที่เหมาะสมระหว่างฝ่ายที่เกี่ยวข้อง มีการแบ่งแยกบทบาทของหน่วยงานผู้ซื้อบริการและผู้ให้บริการ (Purchaser-provider split) เพื่อลดการผูกขาด และส่งเสริมให้มีการแข่งขันระหว่างผู้ให้บริการเพื่อพัฒนาคุณภาพ

7. มีการเลือกใช้วิธีการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการสุขภาพ ที่ทำให้การใช้ทรัพยากรเป็นไปอย่างสมเหตุสมผล (Rational consumption) มีประสิทธิภาพ เกิดการพัฒนาบริการให้มีคุณภาพ สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ มีความเป็นไปได้ด้านการเงินและงบประมาณ รวมถึงการมีฐานข้อมูลตรงความเป็นจริงของโครงสร้างต้นทุนในการให้บริการ ทั้งในส่วนของการดำเนินการ (Operation) และการลงทุน (Capital) มีการกำหนดวิธีปฏิบัติด้านการคลังสาธารณะ และมีความยืดหยุ่นและปรับเปลี่ยนง่าย

8. มีการกำหนดบทบาทของผู้รับประกันสุขภาพภาคเอกชนอย่างเหมาะสม ไม่ให้ประชาชนละทิ้งสิทธิในระบบของประเทศและเลือกทำประกันภาคเอกชนเพียงระบบเดียว (Opt-out) แต่ระบบควรอนุญาตให้สามารถซื้อสิทธิประโยชน์จากภาคเอกชนเพิ่มเติมได้ สำหรับคนที่ต้องการ

ข้อพึงระวังของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1. การแบกรับความเสี่ยงที่ไม่พึงประสงค์ของกองทุน (Adverse selection) เนื่องจากพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการรับความเสี่ยงของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยที่เจ็บป่วยมากหรือเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งอาจเกิดได้ใน 2 ระดับ คือ 1) ระดับกองทุน ประกันสุขภาพในกรณีที่มีกองทุนประกันหลายกองทุนให้เลือก ซึ่งกองทุนจะพยายามหลีกเลี่ยงภาระโดยเลือกเฉพาะผู้ที่มีความเสี่ยงต่ำเท่านั้น และ 2) ระดับสถานพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการในกรณีที่ต้องมีการลงทะเบียนผู้มีสิทธิ ทำให้มีการปิดหรือชะลอการรักษาเพื่อให้หน่วยบริการอื่นเป็นผู้รับภาระไป

2. การใช้บริการเกินจำเป็น (Moral hazard) เป็นผลจากการที่ผู้ให้บริการและ/หรือผู้ให้บริการไม่ต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายจากการให้บริการ ทำให้มีการใช้บริการเกิน

ความจำเป็น มีผลให้มีการสูญเสียทรัพยากรไปโดยไม่เกิดประโยชน์

3. การให้ความคุ้มครองที่มีข้อจำกัด (First dollar vs. Last dollar) การสร้างหลักประกันสุขภาพควรมุ่งให้ความคุ้มครองค่าใช้จ่ายอันเกิดจากการเจ็บป่วยที่รุนแรงหรือเรื้อรัง และที่ใช้เงินเป็นจำนวนมาก เพราะเป็นตัวที่ทำลายเศรษฐกิจของครัวเรือนและปัจเจก ขณะที่การคุ้มครองค่าใช้จ่ายในระดับต้นๆ สำหรับการรักษายาบาลเล็กๆน้อยๆ ควรมีความสำคัญน้อยกว่า ทั้งหมดนี้อยู่บนเงื่อนไขว่าการให้การคุ้มครองดังกล่าวกับทุกคนจะไม่กระทบกระเทือนสถานะทางการเงินและงบประมาณของระบบโดยรวม

2. งบประมาณค่าใช้จ่ายสำหรับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2.1 งบประมาณการงบประมาณในปี 2544

ตารางที่ 2.1 แสดงความต้องการงบประมาณในการจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี 2544 ซึ่งเป็นสถานการณ์สมมติในกรณีที่ให้ประชาชนทั้งหมดอยู่ภายใต้ระบบหลักประกันเดียว โดยคำนึงถึงปัจจัยที่วงเงินค่ารักษายาบาลอาจจะเพิ่มขึ้นได้จากการที่ประชาชนซึ่งมีประกันสุขภาพจะใช้บริการสุขภาพมากขึ้นแล้ว โดยมีสถานการณ์สมมติที่เกี่ยวข้องกับ (1) การจัดการวิธีการเบิกจ่าย และ (2) การให้สิทธิประโยชน์ในการใช้บริการ ใน 2 กรณี ได้แก่

สถานการณ์ที่ 1 การคิดต้นทุนให้บริการบนฐานของสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก

สถานการณ์ที่ 2 ต้นทุนที่คิดตามการเบิกจ่ายของสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ และให้โอกาสใช้บริการเอกชนมากขึ้น

ตารางที่ 2.1 ค่าใช้จ่ายของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามข้อสมมติสถานการณ์ 2 กรณีในปี 2544

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

ที่มา: ศุภสิทธิ์ พรธรรมาธัย, ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์ และสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (2543)

หมายเหตุ * สถานการณ์ 1 โอกาสเจ็บป่วยและใช้บริการเป็นแบบมีหลักประกัน ต้นทุนคิดจากสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก

** สถานการณ์ 2 โอกาสเจ็บป่วยและใช้บริการเป็นแบบมีหลักประกันเหมือนสถานการณ์ที่ 1 แต่ต้นทุนคิดจากต้นทุนของระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ และโอกาสการใช้บริการที่เอกชนมากขึ้น



ตามสถานการณ์ดังกล่าว ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า น่าจะอยู่ประมาณ 66,000 ล้านบาท ถึง 120,000 ล้านบาท ตามลำดับ อย่างไรก็ตามค่าใช้จ่ายดังกล่าวยังไม่รวมถึงค่าใช้จ่ายด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการระบบ

หากเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลเหมาจ่ายรายหัว การจ่ายเพิ่มกรณีคลอดบุตร อุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน ทันตกรรม และการเจ็บป่วยจากงาน จากสำนักงานประกันสังคม เป็นวงเงินประมาณ 1,450 บาทต่อคนต่อปี¹ เมื่อคิดสำหรับประชาชน 62.4 ล้านคน จะเป็นเงิน 90,480 ล้านบาท ซึ่งหากเทียบเคียงค่าใช้จ่ายตามโครงสร้างของประชากรทั้งหมดของประเทศที่มีผู้สูงอายุร้อยละ 10 ที่จะใช้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวสูงกว่ากลุ่มวัยแรงงานประมาณร้อยละ 30-50 ร่วมกับการประมาณการค่าบริหารจัดการระบบอีกประมาณร้อยละ 5 จะทำให้มองเห็นความสอดคล้องของความต้องการด้านงบประมาณสำหรับการรักษาพยาบาลเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี 2544 กับตารางที่ 2.1 ข้างต้นได้ ดังนั้นหากจะพิจารณาวงเงินงบประมาณที่ต้องใช้ในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี 2544 จะเป็นวงเงินประมาณ 100,000 ล้านบาท

วงเงินดังกล่าวไม่รวมรายจ่ายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ซึ่งไม่น่าเกินกว่าร้อยละ 4 ของงบประมาณจากการคำนวณตามบัญชีสุขภาพแห่งชาติ และตัวเลขประมาณการดังกล่าวนี้ รวมถึงการคาดการณ์ในอนาคตบนเงื่อนไขที่เป็นข้อสมมติสำคัญว่า

1. มีการจัดการนโยบายหลักประกันสุขภาพที่เป็นเอกภาพ
2. ไม่มีความแตกต่างของผลลัพธ์จากความแตกต่างของกลไกการคลังกรณีที่มีการจัดระบบมากกว่า 1 กองทุน
3. ไม่มีข้อแตกต่างของระบบและวิธีการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการ ในกรณีที่จะมีมากกว่า 1 กองทุน
4. มีการจัดชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานใกล้เคียงกับระบบประกันสังคมในปัจจุบัน ซึ่งไม่รวมบริการสุขภาพบางสาขา เช่น บริการสุขภาพจิต การบำบัดผู้ติดยาเสพติด การรักษาพยาบาลด้วยเทคโนโลยีที่มีราคาแพงและไม่มียาผลต่อการรักษาที่หายขาด เป็นต้น
5. มีการจัดระบบบริการที่มีประสิทธิภาพ และมีระบบประกันคุณภาพให้มีมาตรฐานในการรักษาพยาบาลและการบริการที่เท่าเทียมกันอย่างเคร่งครัด
6. มีการกำหนดความผูกพันกับระบบงบประมาณที่เอื้อให้มีทรัพยากรเพียงพอภายใต้มาตรฐานที่กำหนด

¹ เงิน 1,450 บาทต่อปี ถือเป็นค่าใช้จ่ายที่รวมผลกำไร ที่สถานพยาบาลคู่สัญญาของสำนักงานประกันสังคมยินดีให้บริการ

อนึ่ง งบประมาณค่าใช้จ่ายดังกล่าวอาจสูงกว่าที่ประมาณการนี้ได้ถึงประมาณ 120,000 ล้านบาทในกรณีที่ไม่มีการพัฒนาบริหารจัดการที่ดีทั้งในส่วนของ การประกันสุขภาพและการให้บริการทางสุขภาพ

2.2 การคาดการณ์ค่าใช้จ่ายภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในอนาคต

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะมีการมกน้อยเพียงไรในอนาคต ในตารางที่ 2.2 ได้คาดการณ์ต้นทุนของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าถึงปี 2553 และ 2558 เพื่อแสดงภาระของการเพิ่มประชากรผู้สูงอายุจากร้อยละ 9 ของประชากรทั้งหมดในปี 2544 เป็นร้อยละ 11 และร้อยละ 15 ในปี 2553 และ 2558 ตามลำดับ ภายใต้ 2 สถานการณ์ โดยให้การให้บริการคงที่แต่ราคาแปรผัน คือ กรณีต้นทุนต่ำ ใช้ประสมการณ์การใช้บริการเช่นเดียวกับสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ โดยใช้ต้นทุนของระบบประกันสังคมเป็นหลัก กับ กรณีต้นทุนสูง ซึ่งใช้ทั้งประสมการณ์การใช้บริการและต้นทุนของสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการเป็นฐานในการคำนวณ ต้นทุนของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (เฉพาะรายจ่ายสุขภาพส่วนบุคคล) อยู่ระหว่าง 260,000 ล้านบาท ถึง 330,000 ล้านบาทในปี 2553 และระหว่าง 370,000 ล้านบาท ถึง 460,000 ล้านบาท ในปี 2558 (ศุภสิทธิ์ พรธรรณรุโณทัย, พ.ศ. 2544)

ตารางที่ 2.2 ค่าคาดการณ์ต้นทุนตามกรณีต่ำและกรณีสูง (ตามราคาปี 2544)

	กรณีต่ำ*			กรณีสูง**		
	2544	2553	2558	2544+	2553	2558
1. ประชากร (ล้านคน)	62.9	67.2	70.5	62.9	67.2	70.5
2. ผู้สูงอายุ (ร้อยละ)	9.29	11.36	15.28	9.29	11.36	15.28
3. จำนวนครั้งผู้ป่วยนอก (ล้านครั้ง)	168.22	94.23	22.31	68.22	94.23	22.3
4. ต้นทุนผู้ป่วยนอก (ล้านบาท)	47,076	127,738	178,601	65,250	177,052	247,551
5. จำนวนครั้งผู้ป่วยใน (ล้านครั้ง)	5.3	8.3	9.4	5.3	8.3	9.4
6. ต้นทุนผู้ป่วยใน (ล้านบาท)	48,162	117,007	169,126	55,374	134,529	194,451
7. รวมต้นทุนการรักษา (ล้านบาท)	95,238	244,745	347,726	120,624	311,580	442,002
8. เพิ่มรายจ่ายค่าบริการ กองทุน ร้อยละ 5	4,762	12,237	17,386	6,031	15,579	22,100
9. รวมรายจ่ายสุขภาพส่วนบุคคล	100,000	256,982	365,113	126,655	327,159	464,102
10. เพิ่มงบบริหาร ลงทุน ส่งเสริมฯ	20,000	51,396	73,023	21,994	56,813	80,594
11. รวมทั้งหมด (ล้านบาท)	120,000	308,379	438,135	148,650	383,972	544,696

* กรณีต่ำ ให้ทุกคนใช้อัตรารับบริการเหมือนสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ และต้นทุนใช้ของระบบประกันสังคม โดยแยกเป็นผู้ป่วยนอก 280 บาทต่อครั้ง และผู้ป่วยใน 9,087 บาทต่อครั้ง โดยต้นทุนต่อรายเพิ่มร้อยละ 5 ต่อปี

** กรณีสูง ให้ทุกคนใช้อัตรารับบริการและต้นทุนเหมือนสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ โดยต้นทุนต่อรายเพิ่มร้อยละ 5 ต่อปี

ดังนั้น ค่าใช้จ่ายในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะยาว จะไม่เป็นภาระต่อการคลังภาครัฐมากนักโดยรายจ่ายรวมด้านสุขภาพที่มาจากภาครัฐประมาณร้อยละ 2.8-3.5 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) ระหว่างสถานการณ์ต้นทุนต่ำและสถานการณ์ต้นทุนสูง (ดูตารางที่ 2.3) โดยทั้งสองสถานการณ์ได้สมมติให้มีอัตราการเพิ่มของการให้บริการผู้ป่วยนอกเป็นร้อยละ 6.5 ต่อปี และอัตราการเพิ่มของการให้บริการผู้ป่วยในเป็นร้อยละ 5 ต่อปี โดยมีต้นทุนการให้บริการเพิ่มขึ้นทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในร้อยละ 5 ต่อปี ซึ่งทำให้คาดการณ์รายจ่ายของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ารายปีได้ตามตารางที่ 2.4

ตารางที่ 2.3 ค่าคาดการณ์รายจ่ายตามสัดส่วนผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP)

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

* ให้ GDP เติบโตร้อยละ 2 ต่อปี

ตารางที่ 2.4 ค่าคาดการณ์รายจ่ายของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ารายปี

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

ดังนั้น ถ้ารัฐต้องการใช้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี 2545, 2546 และ 2547 รายจ่ายเฉพาะด้านสุขภาพส่วนบุคคลจะเป็น 110,000 ล้านบาท, 120,000 ล้านบาท หรือ 140,000 ล้านบาทตามลำดับ

2.3 วงเงินงบประมาณที่มีอยู่และที่ต้องการเพิ่มเติม

การศึกษานโยบายใช้จ่ายสุขภาพแห่งชาติปี 2541 ยอดรายจ่ายรวมทั้งสิ้น 179,689 ล้านบาท เป็นรายจ่ายเพื่อการรักษาพยาบาล 126,775 ล้านบาท (ผู้ป่วยใน 54,000 ล้านบาท และผู้ป่วยนอก 72,000 ล้านบาท) เป็นรายจ่ายจากภาคประชาชน 64,000 ล้านบาท และจากการคลังสาธารณะ 62,000 ล้านบาท หากประมาณการว่าแหล่งการคลังสาธารณะเพื่อการรักษาพยาบาลในปี 2544 ไม่แตกต่างจากผลที่ศึกษาในปี 2541 ก็ต้องเพิ่มงบประมาณอีกทั้งสิ้น **38,000 ล้านบาท** โดยไม่รวมรายจ่ายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการบริหารจัดการ ดังตารางที่ 2.5

ตารางที่ 2.5 ประมาณการงบประมาณและแหล่งเงินที่มีอยู่ และวงเงินที่ต้องการเพิ่มเติมเพื่อจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี 2544 ภายใต้อัตราสมมติระบบกองทุนเดียว

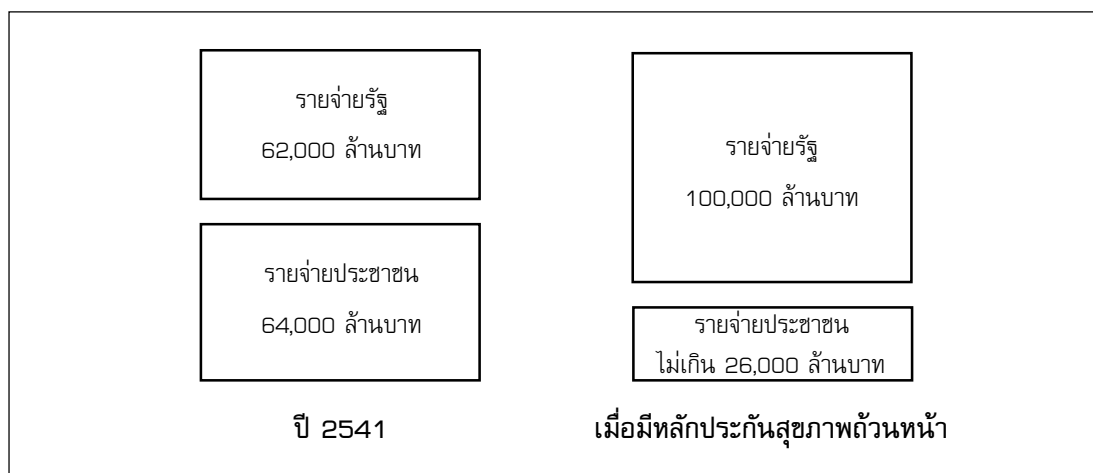
แหล่งเงิน	2541	2544
1. กระทรวงสาธารณสุข	27,540	35,966
2. กระทรวงอื่น ๆ	4,093	6,861
3. การปกครองส่วนท้องถิ่น	1,571	1,819
4. สวัสดิการข้าราชการ	16,440	16,440
5. สวัสดิการรัฐวิสาหกิจ	2,747	3,180
6. ประกันสังคม	6,931	8,700
7. กองทุนเงินทดแทน	615	712
8. ประสภภัยจากรถ	2,481	2,872
รวมการคลังสาธารณะ	62,418	76,550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

หมายเหตุ

- ข้อมูลปี 2541 ได้จากการศึกษาบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ รายจ่ายสุขภาพส่วนบุคคลร้อยละ 43 ของงบประมาณกระทรวงสาธารณสุข ปี 2544 ประมาณการโดยใช้สัดส่วนร้อยละ 61 เพราะงบลงทุนลดจากร้อยละ 28 เป็นร้อยละ 10 สมมติให้การเปลี่ยนแปลงนี้ไปสู่รายจ่ายสุขภาพส่วนบุคคลทั้งหมด ตัวเลขนี้ เป็นร้อยละ 86 ของงบประมาณจัดบริการสาธารณสุขทุกระดับของกระทรวงสาธารณสุข
- ข้อมูลปี 2541 ได้จากการศึกษาบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ รายจ่ายสุขภาพส่วนบุคคลเป็นร้อยละ 42 ของงบประมาณกระทรวงอื่น ๆ ปี 2544 ได้จากงบประมาณกระทรวงอื่น ๆ 7,294 ล้านบาท หักค่าลงทุน 432.9 ล้านบาท แต่ประมาณการโดยใช้สัดส่วนร้อยละ 42 จะเหลือเงินเพื่อรายจ่ายสุขภาพส่วนบุคคลเพียง 3,063 ล้านบาท
- ไม่มีข้อมูลเพียงพอ ใช้อัตราขยายตัวร้อยละ 5 ต่อปี
- รายจ่ายรัฐเพื่อสวัสดิการรักษายาของข้าราชการ พึงควบคุมเพดานไว้คงเดิม
- ใช้อัตราขยายตัวร้อยละ 5 ต่อปี
- ประกันสังคมปรับอัตราเหมาจ่ายต่อหัวเป็น 1,450 บาทต่อคนต่อปีในปี 2544 ครอบคลุมประชากร 6 ล้านคน
- ใช้อัตราขยายตัวร้อยละ 5 ต่อปี
- ใช้อัตราขยายตัวร้อยละ 5 ต่อปี

ดังนั้น การที่ประชาชนทุกคนมีหลักประกันสุขภาพ หมายถึงรัฐจะมีรายจ่ายเพิ่มอีก 30,000-40,000 ล้านบาท ในขณะที่รายจ่ายภาคประชาชนลดลง (ดูภาพที่ 2.1) แต่จะลดลงเพียงใดยังไม่สามารถประมาณได้เพราะไม่มีฐานข้อมูลสำหรับประมาณการ

ภาพที่ 2.1 การเปลี่ยนแปลงสัดส่วนของรายจ่ายสุขภาพที่มาจากภาครัฐและภาคประชาชน (สมมติให้รายจ่ายสุขภาพคงที่)



เงื่อนไขของการจัดการแหล่งเงินงบประมาณที่มีอยู่แล้วในภาครัฐ

1. รัฐจัดสรรงบประมาณสำหรับผู้มีรายได้น้อยและสังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูลตลอดจนเงินอุดหนุนสำหรับโครงการบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขในอัตราไม่น้อยไปกว่าที่ดำเนินการอยู่
2. โอนเงินที่ใช้ในระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการมาเพื่อให้กองทุนหลักประกันสุขภาพบริหาร โดยใช้งบประมาณแผ่นดินจ่ายเป็นเงินสมทบเท่ากับอัตราที่ใช้จ่ายอยู่ในปัจจุบัน
3. โอนวงเงินที่ใช้สำหรับสวัสดิการรักษายาบาลของพนักงานรัฐวิสาหกิจต่างๆ มาให้กองทุนหลักประกันสุขภาพบริหาร โดยรัฐวิสาหกิจจะต้องจ่ายเงินสมทบตามอัตราต่อหัวเท่ากับที่ใช้จ่ายในปัจจุบัน
4. จัดสรรเงินกองทุนเงินทดแทนในส่วนของรักษายาบาลมาให้ระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพบริหาร โดยการจัดเก็บเงินยังคงเป็นเช่นเดิม (ตามเหตุผลในบทวิเคราะห์ที่ 2.1) สำหรับเงินกองทุนประกันสังคมนั้น จะต้องพิจารณาจากภาพรวมของการระดมเงินโดยรวมของระบบหลักประกันสุขภาพ ซึ่งจะกล่าวไว้ในตอนท้ายของบทนี้
5. นำงบประมาณส่วนของการรักษายาบาลที่ใช้จ่ายโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมาสมทบกองทุนหลักประกันสุขภาพ เช่น กรุงเทพมหานคร
6. โอนเงินสมทบที่เป็นเบี้ยประกันภัยของกองทุนประกันผู้ประสบภัยจากรถตาม

พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 ทั้งหมด เข้าสู่กองทุนหลักประกันสุขภาพ โดยการจัดเก็บเงินยังเป็นเช่นเดิม (ตามเหตุผลในบทวิเคราะห์ที่ 2.2)

บทวิเคราะห์ที่ 2.1

กองทุนเงินทดแทน: ปัญหาและทางออก

กองทุนเงินทดแทนเกิดขึ้นท่ามกลางสถานการณ์ที่ระบบประกันสังคมของไทยยังไม่พัฒนา เพื่อคุ้มครองการเจ็บป่วย อุพพลภาพ และการตาย อันสืบเนื่องจากการทำงาน โดยนายจ้างเป็นผู้รับผิดชอบจ่ายเงินสมทบตามลักษณะกิจการและความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของสถานประกอบการในอัตราร้อยละ 0.2-2 ของค่าจ้าง (ปรับเหลือร้อยละ 0.2-1 เมื่อเกิดวิกฤตเศรษฐกิจ พ.ศ. 2540) อัตราสมทบยังปรับด้วยอัตราประสบการณ์ (experience rate) โดยสถานประกอบการที่มีอัตราสินไหมทดแทน (loss ratio) สูง จะถูกปรับเพิ่มขึ้นจากอัตราพื้นฐาน การศึกษาพบว่า อัตราประสบการณ์ไม่เป็นเครื่องจูงใจเพียงพอที่นายจ้างที่มีความเสี่ยงสูงจะตัดสินใจลงทุนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ และเพิ่มความปลอดภัยในการทำงาน

กองทุนนี้บริหารโดยสำนักงานประกันสังคม สถานพยาบาลเบิกค่ารักษาพยาบาลตามจริง ตามปริมาณรายการรักษาพยาบาล (fee for service) โดยมีเพดานไม่เกินวงเงิน 35,000 บาท การเจ็บป่วยส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 95 ใช้บริการในสถานพยาบาลเอกชน วิธีการจ่ายแบบ fee for service นี้ส่งสัญญาณจูงใจให้สถานพยาบาลคิดค่าบริการรักษาพยาบาลเกินจริง และเพิ่มรายการรักษาพยาบาลโดยไม่ได้เกิดขึ้นจริง กลไกในการตรวจสอบการเบิกมีต้นทุนสูงและขาดประสิทธิภาพในการยับยั้งพฤติกรรมนอกกลุ่มเหล่านี้ โดยที่กองทุนฯ ไม่ให้ความสำคัญกับประเด็นนี้มากนัก เนื่องจากมีมาตรการเก็บเงินสมทบตามอัตราประสบการณ์หนุนหลังอยู่ จึงเห็นได้ว่า สินไหมทดแทนเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 22 ต่อปี และการเก็บเงินสมทบเพิ่มขึ้นร้อยละ 21 ต่อปี ระหว่าง พ.ศ. 2529-2540

อุบัติการณ์การเจ็บป่วยจากการทำงานเท่ากับ 3.9 ต่อลูกจ้างหนึ่งร้อยคน กว่า 2 ใน 3 ของการเบิกเป็นการบาดเจ็บหรือป่วยเล็กน้อยที่ต้องหยุดงานน้อยกว่า 3 วัน โดยที่ร้อยละ 87 เป็นการเบิกกรณีผู้ป่วยนอก ร้อยละ 13 เป็นผู้ป่วยใน รายจ่ายครึ่งหนึ่งเป็นค่ารักษาพยาบาล (ร้อยละ 28 เป็นรายจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยนอก ร้อยละ 72 เป็นรายจ่ายผู้ป่วยใน) อีกครึ่งหนึ่งเป็นเงินทดแทนรายได้ที่ขาดไปเนื่องจากการหยุดงาน เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มโรคเดียวกัน พบว่าโรงพยาบาลเอกชนมีพฤติกรรมคิดค่าบริการเกินจริงจากกองทุนฯ เช่น กรณีผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชนเบิก 1,900 บาทต่อราย ในขณะที่โรงพยาบาลรัฐเบิก 560 บาทต่อราย กรณีผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเอกชนเบิก 15,600 บาท โรงพยาบาลรัฐเบิก 4,900 บาท นอกจากนี้ ยังมีการเบิกเท็จ เช่น เบิกค่าผ่าตัดโดยที่ไม่ได้ให้บริการจริง

สถานพยาบาลที่รับประกันสังคมมีแนวโน้มจะเบิกค่ารักษาพยาบาลของการเจ็บป่วยที่ไม่ได้เกิดจากการทำงานจากกองทุนเงินทดแทนมากกว่าจากกองทุนประกันสังคม ทั้งที่กรณีเช่นนี้อยู่ใน



ความคุ้มครองของระบบประกันสังคม แต่ระบบประกันสังคมใช้ระบบเหมาจ่ายให้สถานพยาบาล ในขณะที่กองทุนเงินทดแทนจ่ายตามรายการรักษา การกระทำเช่นนี้เป็นการเอาเปรียบทั้งกองทุนประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน

เพื่อให้การใช้ทรัพยากรมีประสิทธิภาพมากขึ้น จึงสมควรปฏิรูปกองทุนเงินทดแทน โดยที่กองทุนเงินทดแทนยังคงเก็บเงินสมทบจากนายจ้างเหมือนเดิม แต่ปฏิรูปในด้านการจ่ายสินไหมทดแทน โดยยกเลิกวิธีการจ่ายสถานพยาบาลแบบ fee for service และรวมเข้ากับอัตราเหมาจ่ายของการประกันสังคมหรือกองทุนหลักประกันสุขภาพของประชาชน เพื่อให้ครอบคลุมทั้งการเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงานและไม่เกิดจากการทำงาน ทั้งนี้ ลูกจ้างตามพระราชบัญญัติกองทุนเงินทดแทนและประกันสังคมเป็นกลุ่มเดียวกันอยู่แล้ว ส่วนสำนักงานประกันสังคมยังคงการจ่ายเงินชดเชยรายได้จากการขาดงานเกิน 3 วัน รวมทั้งเงินชดเชยกรณีทุพพลภาพและตายตามหลักเกณฑ์เดิม นอกจากนี้การจ่ายกรณีฉุกเฉินและอุบัติเหตุในระบบประกันสังคมยังสามารถแก้ปัญหาการบาดเจ็บฉุกเฉินเหล่านี้โดยไม่จำเป็นต้องไปใช้บริการในสถานพยาบาลที่ลงทะเบียนไว้ แต่ต้องปรับระบบการเบิกค่านำรักษาพยาบาลในกรณีนี้พร้อมกันไปด้วย เพื่อไม่ให้ผู้ประกันตนเสียเปรียบ

บทวิเคราะห์ที่ 2.2

พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ

พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 เกิดขึ้นในสถานการณ์ที่ประเทศไทยยังไม่มีประกันสุขภาพถ้วนหน้า ก่อนหน้านั้น สถานพยาบาลโดยเฉพาะโรงพยาบาลเอกชนมักจะปฏิเสธการรับผู้ป่วยประสบภัยจากรถเข้ารักษา ด้วยเกรงว่าจะไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ พระราชบัญญัตินี้มีเจตนารมณ์เพื่อชดเชยค่าเสียหาย โดยเฉพาะค่าเสียหายเบื้องต้นแก่ผู้ประสบภัยจากรถทั้ง 3 กรณีคือ บาดเจ็บ ทุพพลภาพ และเสียชีวิต การศึกษาหลายชิ้น รายงานว่า ตลอดระยะเวลา 8 ปีที่พระราชบัญญัตินี้มีผลใช้บังคับ ผู้ประสบภัยจากรถและโรงพยาบาลที่เบิกแทนผู้ป่วยประสบปัญหา

รูปแบบการดำเนินการคือ ผู้ประสบภัยหรือผู้แทนเบิกย้อนหลังตามรายการค่ารักษาพยาบาลที่จ่ายจริง โดยไม่เกินเพดานสูงสุดที่กำหนดไว้คือ 50,000 บาท สำหรับการตายและทุพพลภาพจะได้ค่าสินไหมทดแทน 80,000 บาท ภายใต้รูปแบบนี้พบว่าบริษัทประกันหน่วยงานเกี่ยวกับการจ่ายเงินด้วยมาตรการต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง บันทึกประจำวันในคดี การจ่ายค่าเสียหายเบื้องต้นล่าช้า เฉลี่ยใช้เวลา 41-48 วันหลังเอกสารครบถ้วน มีการปฏิเสธการจ่ายทั้งหมดหรือเป็นบางส่วนประมาณร้อยละ 13-25 ของค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดที่โรงพยาบาลเรียกเก็บ นอกจากนี้ยังมีต้นทุนของโรงพยาบาลในการเรียกเก็บจากบริษัทฯ จากกองทุนเงินทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ

ผู้ประสบภัยที่เกิดจากรถที่ชนแล้วหนีหรือรถที่ไม่มีประกันต้องเบิกจากกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ ซึ่งบริหารโดยกรมการประกันภัยและสำนักงานประกันภัยจังหวัด กองทุนนี้ได้เงินสมทบจากบริษัทประกันในอัตราร้อยละ 2 ของเบี้ยประกันรับ รวมทั้งการไล่เบี้ยจากผู้ก่อให้เกิดความเสียหายด้วย กองทุนมีบทบาทในการจ่ายน้อยมาก การศึกษาที่ขอนแก่นพบว่า ผู้ป่วยที่นอนรักษาในโรงพยาบาลกว่าร้อยละ 60 เกิดจากรถที่ไม่มีประกัน ค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยในกลุ่มนี้เพียงร้อยละ 2-4 เท่านั้นที่จ่ายจากกองทุนฯ ค่ารักษาพยาบาลตกเป็นภาระของผู้ป่วยเองหรือคู่กรณี ร้อยละ 42 ค้างชำระ และเป็นหนี้ของโรงพยาบาลร้อยละ 40 และเบิกจากสวัสดิการอื่นๆ เช่น ประกันสังคมร้อยละ 10 สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการร้อยละ 4

การที่กรมการประกันภัยทำหน้าที่ 2 บทบาทคือ ผู้กำกับตาม พ.ร.บ.ฉบับนี้ (regulator) และการบริหารกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถซึ่งอยู่ในฐานะผู้รับประกัน (insurer) จึงมีความขัดแย้งในบทบาทหน้าที่ (conflict of interest) ไม่สามารถทำหน้าที่คุ้มครองผู้บริโภคได้อย่างแท้จริง

โครงสร้างเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพจากการเปลี่ยนแปลงต่างๆ

หลังจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวข้างต้น กองทุนหลักประกันสุขภาพจะได้รับเงินจากสองแหล่งหลัก แหล่งแรกจะมีที่มาแน่นอนคือ ผู้มีสิทธิจะจ่ายเงินสมทบตามขีดความสามารถของตนเหมือนกับในกรณีของกองทุนประกันสังคมปัจจุบัน โดยจะเริ่มจากแหล่งที่มีอยู่แล้วดังต่อไปนี้

- กองทุนประกันสังคม โดยจะขยายให้รวมสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่หนึ่งคนขึ้นไป ตลอดจนกลุ่มสมรสและบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ซึ่งเป็นนโยบายของรัฐบาลอยู่แล้ว
- เงินสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ซึ่งจะเปลี่ยนให้เป็นระบบที่มีการจ่ายเงินสมทบอย่างเป็นระบบ
- เงินสวัสดิการรักษายาบาลของพนักงานรัฐวิสาหกิจ ซึ่งจะเปลี่ยนให้เป็นระบบที่มีการจ่ายเงินสมทบเช่นเดียวกัน
- เบี้ยประกันของกองทุนประกันภัยตาม พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ และเงินสมทบกองทุนเงินทดแทน

แหล่งแรกนี้จะครอบคลุมบุคคลที่ทำงานอยู่ในภาคการจ้างงานอย่างเป็นทางการและบุคคลในครอบครัวทั้งหมด โดยจ่ายตามอัตราเงินสมทบและเบี้ยประกันต่างๆ ในปัจจุบัน ซึ่งคาดว่าจะเพียงพอสำหรับค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลของกลุ่มบุคคลเหล่านี้ สำหรับผู้ที่อยู่ภาคการจ้างงานอย่างไม่เป็นทางการนั้น รัฐจะต้องนำเงินงบประมาณแผ่นดินมาสมทบ เช่น งบประมาณที่จัดสรรให้กับโครงการ สปร. ของกระทรวงสาธารณสุข และงบประมาณส่วนที่จัดให้แก่สถานพยาบาลต่างๆ โดยตรง

เงินจากแหล่งงบประมาณดังกล่าวข้างต้นจะไม่เพียงพอสำหรับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะยังขาดอยู่อีกประมาณ 38,000 ล้านบาท รัฐต้องแสวงหาเพิ่มเติมด้วยมาตรการทางภาษีในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง

แหล่งเงินงบประมาณเพิ่มเติม

แหล่งของงบประมาณที่เป็นไปได้อันอาจนำมาสนับสนุนระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้แก่

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

ทั้งหมดนี้รัฐบาลอาจเลือกใช้แหล่งรายได้เพื่อนำมาเป็นเงินสมทบเพิ่มเติมได้ดังนี้

ทางเลือกที่ 1 เพิ่มจากภาษีเฉพาะ

รัฐบาลอาจเพิ่มรายได้จากภาษีสรรพสามิตเฉพาะบางรายการ ที่เรียกว่า “ภาษีตราบาป (sin tax)” อันได้แก่ ภาษีจากสุราและยาสูบ ภาษีน้ำมัน หากสามารถเก็บเพิ่มอีกร้อยละ 10 ของฐานภาษีที่จัดเก็บได้ในปี 2543 รัฐจะมีรายได้เพิ่มประมาณ 12,767 ล้านบาท (ดูตารางที่ 2.6)

ทางเลือกที่ 2 ภาษีรายคน (Poll tax)

โดยการกำหนดให้ประชาชนต้องจ่ายเบี้ยประกันภาคบังคับล่วงหน้าเป็นรายปีตามจำนวนสมาชิกที่มีอยู่ในครัวเรือน โดยกำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น อบต. เทศบาล กทม. และเมืองพัทยา เป็นผู้จัดเก็บหรือเป็นผู้จ่ายสมทบแทน ตามอัตราดังนี้ เด็ก 200 บาทต่อคนต่อปี เยาวชน 300 บาทต่อคนต่อปี ผู้ใหญ่ 500 บาทต่อคนต่อปี และผู้สูงอายุ 500 บาทต่อคนต่อปี วิธีนี้จะได้เงินรวมประมาณ 21,487 ล้านบาท (ดูตารางที่ 2.7) ส่วนผู้ไม่สามารถจ่ายได้ให้เป็นความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดหาเงินสมทบ ซึ่งถือเป็นภารกิจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จะต้องช่วยเหลือผู้ที่สังคมควรเกื้อกูล

ทางเลือกที่ 3 การจ่ายเงินเมื่อรับบริการ (Co-payment)

การจ่ายเงินเมื่อรับบริการไม่ควรเป็นรายได้หลักของงบประมาณในส่วนนี้ เพราะจะเป็นอุปสรรคขัดขวางไม่ให้ประชาชนได้รับบริการที่เหมาะสม หากกำหนดอัตราการมีส่วนร่วมจ่าย ณ จุดรับบริการ ครั้งละ 30 บาทสำหรับการใช้บริการผู้ป่วยนอก และครั้งละ 100 บาทสำหรับการบริการผู้ป่วยใน จะได้รับเงินทั้งสิ้นประมาณ 6,450 ล้านบาท (ดูตารางที่ 2.8)

ตารางที่ 2.6 รายรับรัฐบาลจากภาษีสุรา ยาสูบ น้ำมัน (หน่วย: ล้านบาท)

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

ตารางที่ 2.7 ประมาณการเบี้ยประกันล่วงหน้าตามกลุ่มอายุ

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

* คิดบนฐานประชากร 54 ล้านคน

ตารางที่ 2.8 ค่าคาดการณ์จำนวนเงินจากส่วนร่วมจ่ายของผู้ใช้บริการ

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

ทางเลือกที่ 4 เพิ่มเงินสมทบประกันสังคมสำหรับผู้ประกันตนที่มีรายได้เกิน 15,000 บาทต่อเดือน

ปัจจุบันมีเพดานสำหรับเงินสมทบที่ผู้ประกันตนจะต้องจ่ายเข้ากองทุนประกันสังคม โดยผู้ที่มีรายได้เกินกว่า 15,000 บาทต่อเดือนเสียเงินสมทบไม่เกิน 150 บาท (อัตราเงินสมทบเท่ากับร้อยละ 1) ซึ่งทำให้ภาระเงินสมทบเป็นภาระที่ถดถอย รัฐบาลน่าจะจัดให้มีการเก็บเงินสมทบนี้ในอัตราร้อยละ 1 ไปตลอดโดยไม่มีเพดาน หากทำเช่นนี้ จะมีรายได้เพิ่มขึ้นอีกประมาณ 2,000 ล้านบาท (รวมเงินสมทบจากนายจ้างและรัฐบาล)

ทางเลือกที่ 5 แหล่งเงินอื่นๆ

ทางเลือกอื่นๆ ที่สามารถนำมาใช้เป็นแหล่งเงินสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรมีลักษณะที่เป็นการคลังแบบก้าวหน้า (Progressive financing) พอสมควร เพื่อให้เกิดการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขระหว่างผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดีกว่าสู่ผู้ยากไร้ เช่น ภาษีทรัพย์สิน ภาษีที่ดิน เป็นต้น



กรอบการเงินเพื่อความมั่นคงของระบบหลักประกันสุขภาพในระยะยาว

แหล่งเงินงบประมาณเพิ่มเติมที่เสนอข้างต้น เป็นการแสวงหาเงินเพิ่มเติมจากแหล่งที่ภาครัฐจัดสรรให้อยู่ก่อนแล้วทั้งหมด 77,000 ล้านบาท (ตัวเลขปี 2544) จากที่นำเสนอ นั้นจะเห็นได้ว่ารัฐบาลจะต้องตัดสินใจเพื่อหาแหล่งเงินเพิ่ม แต่ไม่ว่ารัฐบาลจะตัดสินใจอย่างไร トラบเท่าที่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังต้องอาศัยเงินงบประมาณแผ่นดินที่มีแหล่งเงินมาจากภาษีอากรทั่วไป ซึ่งจะต้องผ่านกระบวนการจัดสรรงบประมาณเช่นเดียวกับค่าใช้จ่ายอื่นๆ ของรัฐบาล ทำให้มีโอกาสสูงที่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะถูกตัดงบประมาณลงได้ และอาจผันผวนตามสภาพเศรษฐกิจ ซึ่งจะขัดกับหลักการที่ได้ให้ไว้ว่าหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นสิทธิ (Entitlement) ขึ้นพื้นฐานของคนไทยทุกคน ถ้าถือว่าหลักการนี้มีความสำคัญสูง การคุ้มครองงบประมาณของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามิให้ผันผวนได้จึงเป็นเรื่องที่สำคัญ

ทั้งนี้ มิได้หมายความว่า การจัดสรรทรัพยากรของประเทศเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะไม่อยู่ภายใต้วินัยของกระบวนการทางการคลังใดๆ เลย เป็นที่ทราบกันดีอยู่แล้วว่าระดับค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลที่เหมาะสมควรจะอยู่ที่จุดไหนนั้นมีความยืดหยุ่นมากพอสมควร สังคมจะต้องมีกระบวนการที่จะเลือกระหว่างระดับค่าใช้จ่ายและมาตรฐานการรักษาพยาบาลที่ระบุลงไปในการอภิสิทธิ์ประโยชน์ (ดูรายละเอียดในข้อ 2.4) และจะต้องปรับผลการเลือกตั้งกล่าวเป็นระยะๆ ตามการผันแปรของปัจจัยต่างๆ อาทิ ทรัพยากรได้โดยรวมของประเทศ เทคโนโลยีการรักษาพยาบาล เป็นต้น แต่การปรับนั้นควรจะเป็นการปรับที่ไม่มีความผันผวนรวดเร็วเกินไป

เพื่อให้เกิดวินัยในกระบวนการการคลังในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยที่สามารถปกป้องมิให้เงินที่ใช้ในการนี้ผันผวนมากเกินไป จึงสมควรตั้ง “กองทุนหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชน” ขึ้นมา กองทุนดังกล่าวจะได้รับเงินส่วนหนึ่งจากเงินสมทบที่จ่ายเพื่อการประกันสุขภาพโดยตรงคือ กองทุนประกันสังคมที่จะขยายจากในปัจจุบันตามโครงสร้างของกองทุนประกันสังคมในปัจจุบันมีกระบวนการที่จะทำการแลกเปลี่ยน (Trade-off) ระหว่างอัตราเงินสมทบที่ต้องจ่ายเข้ากองทุนกับมาตรฐานการรักษาพยาบาลที่ต้องการอยู่ในตัวแล้ว อีกส่วนหนึ่งนั้นคงจะได้มาจากภาษีทั่วไป เนื่องจากยังไม่มีวิธีการใดที่จะเอื้อให้เกิดระบบที่กำหนดระดับค่าใช้จ่ายและมาตรฐานที่เหมาะสมได้ ดังนั้นในการออกพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรระบุถึงวิธีการได้มาซึ่งงบประมาณส่วนที่จะนำมาเข้ากองทุน โดยอาจมีทางเลือก 2 ทางเลือก คือ

ทางเลือกที่หนึ่ง ยึดเอามาตรฐานที่คณะกรรมการกองทุนประกันสังคมกำหนดสำหรับผู้ที่ทำงานในภาคการจ้างงานอย่างเป็นทางการเป็นหลัก พระราชบัญญัติจะกำหนดให้รัฐจัดหาเงินมาเพียงพอที่จะให้บริการแก่ผู้ที่อยู่ในภาคการจ้างงานอย่างไม่เป็นทางการในระดับที่เท่าเทียมกัน ระบบนี้กำหนดมาตรฐานที่แน่นอน ปล่อยให้ปริมาณเงินที่จะนำเข้า

เป็นตัวแปรตาม ทางเลือกนี้จะเหมาะในกรณีที่รัฐเลือกให้มีกองทุนหลักประกันสุขภาพ 2 กองทุน (ดูบทที่ 3)

ทางเลือกที่สอง กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้นำเอาภาษีกลุ่มหนึ่ง (เช่น ภาษีสุราและยาสูบ) ทั้งหมดหรือในสัดส่วนที่กำหนดมาใช้ในกองทุนหลักประกันสุขภาพ ซึ่งเมื่อรวมกับเงินสมทบกองทุนประกันสังคมแล้ว จะเป็นตัวที่กำหนดมาตรฐานอันจะพึงมี ในระบบนี้รายได้จากภาษีจะเป็นตัวตั้งและมาตรฐานจะเป็นตัวแปรตาม ทางเลือกนี้จะเหมาะในกรณีที่รัฐเลือกจะมีกองทุนหลักประกันสุขภาพเป็นกองทุนเดียว

บทวิเคราะห์ที่ 2.3

กรณี 782 บาท ของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว

โรงพยาบาลบ้านแพ้วเป็นโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ ตาม พ.ร.บ.องค์การมหาชน พ.ศ. 2542 ซึ่งได้งบประมาณอุดหนุนจากรัฐในลักษณะเหมาจ่าย 782 บาท ต่อคนในปีงบประมาณ 2544 โดยมีที่มาของการกำหนดงบประมาณอุดหนุนดังนี้

- ครอบคลุมเฉพาะงบดำเนินการ ได้แก่ การจัดบริการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการสาธารณสุขมูลฐาน โดยมีสิทธิประโยชน์เทียบเท่าผู้ถือบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข
- ไม่ครอบคลุมงบลงทุน เช่น ครุภัณฑ์ราคาแพงและสิ่งก่อสร้าง ที่โรงพยาบาลต้องเสนอโครงการเพื่อขออนุมัติเป็นครั้ง ๆ ไป
- ไม่ครอบคลุมเงินเดือนและค่าแรงของบุคลากรที่สถานีนามัยและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ซึ่งให้บริการรักษาพยาบาลและบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอื่นๆ แก่ประชาชนในอำเภอด้วย
- การคิดคำนวณใช้ข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยบริการ (ต้นทุนดำเนินการผู้ป่วยนอก 150 บาทต่อครั้ง และต้นทุนผู้ป่วยในเท่ากับ 20 เท่าของต้นทุนผู้ป่วยนอก) คูณด้วยอัตราการใช้บริการเฉลี่ยของทั้งสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน ซึ่งคิดจากอัตราการเจ็บป่วยของประชาชนจากฐานข้อมูลการสำรวจสุขภาพอนามัยปี 2539 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ค่าใช้จ่ายในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่เป็นบริการส่วนบุคคล (Personal care) คิดเป็นร้อยละ 20 ของงบประมาณอุดหนุนต่อคน คิดเป็น 149 บาท
- ค่าใช้จ่ายสำหรับเงินเดือนบุคลากร สมมติให้ทุกคนมีเงินเดือนเพิ่มขึ้นในอัตราเฉลี่ย 1.5 เท่า โดยส่วนของค่าแรงพื้นฐานนี้คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 25 ของงบดำเนินงานทั้งหมด ค่าแรงอีกส่วนหนึ่งที่เป็นค่าตอบแทนตามปริมาณงานคิดเป็นร้อยละ 25 ของงบดำเนินงานทั้งหมด และไม่มีการปรับเพิ่ม 1.5 เท่า
- งบประมาณอุดหนุน 782 บาท คำนวณจากร้อยละ 90 ของประชากรอำเภอบ้านแพ้วทั้งหมด **ไม่**



รวมกลุ่มข้าราชการและผู้ประกันตนตาม พ.ร.บ.ประกันสังคมในอำเภอบ้านแพ้ว ซึ่งมีประมาณร้อยละ 10 โรงพยาบาลยังคงมีรายได้เพิ่มเติมจากการรักษาพยาบาลข้าราชการและผู้ประกันตนตามระบบเดิม รวมถึงการรักษาพยาบาลผู้ประสบภัยจากรถ ประชาชนนอกเขตอำเภอบ้านแพ้วที่มาใช้บริการต้องเสียค่าใช้จ่ายตามอัตราปกติของกระทรวงสาธารณสุข

- ประชาชนต้องมีส่วนร่วมจ่าย 40 บาทต่อครั้งสำหรับผู้ป่วยนอก และ 100 บาทต่อรายผู้ป่วยใน เพื่อป้องกันการใช้บริการเกินจำเป็น ส่วนผู้ป่วยที่มีบัตร สปร. ไม่ต้องร่วมจ่าย
- ข้อสังเกตที่สำคัญของตัวเลข 782 บาทต่อหัวดังกล่าว คือ
 - (1) ไม่รวมต้นทุนค่าเสื่อมราคาของสินทรัพย์ถาวรของโรงพยาบาล เช่น อาคารและครุภัณฑ์ต่างๆ
 - (2) การอุดหนุนจากแหล่งรายได้อื่นของโรงพยาบาลยังมีอยู่มาก
 - (3) การคำนวณตัวเลขต่อหัวใช้ข้อมูลในปี 2539 โดยไม่มีการปรับความเสี่ยงตามภาวะสุขภาพ อายุ และเพศของประชากร ซึ่งมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงไปตามโครงสร้างประชากรและสิ่งแวดล้อม
 - (4) ยังไม่รวมต้นทุนค่าแรงของเครือข่ายการจัดบริการในพื้นที่
 - (5) ต้นทุนของการบริการ เป็นค่าเฉลี่ยต้นทุนดำเนินการของโรงพยาบาลชุมชนทั่วไปในเขตชนบท ซึ่งมีเทคโนโลยีที่สะท้อนถึงคุณภาพในการรักษาพยาบาลในระดับหนึ่ง อาจไม่ใช่ต้นทุนของการบริการในโรงพยาบาลที่มีระดับของเทคโนโลยีที่แตกต่างไป

ปัจจุบันยังไม่ทราบ่วิธีการจ่ายและจำนวนเงินดังกล่าวจะทำให้โรงพยาบาลมีกำไร/ขาดทุน หรือมีความมั่นคงทางการเงิน หรือจะมีผลต่อการจัดบริการและคุณภาพมากน้อยเพียงใด

บทวิเคราะห์ที่ 2.4

นโยบาย “30 บาทรักษาทุกโรค” มีผลกระทบอย่างไร

เมื่อรัฐบาลพรรคไทยรักไทยเสนอนโยบาย 30 บาทรักษาได้ทุกโรค ทำให้เกิดความตื่นตัวในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างรวดเร็ว นโยบายนี้มีความสอดคล้องกับเนื้อหาหลักของการปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพโดยถ้วนหน้า แต่ยังคงการรายละเอียดอีกมากในการออกแบบระบบให้เกิดความเป็นธรรมและมีประสิทธิภาพ

หากรัฐบาลต้องการดำเนินนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคอย่างรวดเร็วและยั่งยืน ควรให้ความสำคัญกับองค์ประกอบ 3 ประการ ดังต่อไปนี้

1. จัดหาเงินเพื่อนโยบายอย่างเพียงพอ เพื่อประกันว่าประชาชนจะได้รับบริการที่มีคุณภาพ โดยได้เสนองเงินไว้ 100,000 ล้านบาท ซึ่งได้บริการทางการแพทย์ไม่ต่ำกว่าบริการภายใต้ระบบประกันสังคม

2. สร้างความเข้าใจในหมู่ผู้ให้บริการ เพราะในตลาดสุขภาพ ผู้ให้บริการ (โดยเฉพาะแพทย์) มีความรู้และข้อมูลมากกว่าผู้รับบริการ ถ้าผู้ให้บริการไม่เข้าใจและไม่สนับสนุนระบบใหม่ ผู้ให้บริการจะใช้อำนาจข้อมูลที่มีมากกว่าสร้างความโกลาหล ทำให้การดำเนินนโยบายปั่นป่วน

3. ระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อใช้ในการปรับปรุงระบบ ต้องเป็นระบบที่สะท้อนพฤติกรรมบริการให้บริการที่เปลี่ยนแปลงในกลุ่มผู้ให้บริการ และการใช้บริการที่เปลี่ยนแปลงในหมู่ประชาชน รวมทั้งการสะท้อนต้นทุนและคุณภาพของบริการ เพื่อสามารถปรับระบบให้เหมาะสมต่อไปในอนาคต

นอกจากนี้ การวางระบบจำเป็นต้องมีการกำหนดสิทธิประโยชน์พื้นฐานที่รัฐจะให้ความคุ้มครองที่ชัดเจนว่าจะให้ครอบคลุมประเด็นทางสุขภาพในเรื่องใดบ้าง และทำความเข้าใจว่าการจ่ายเงิน 30 บาทนั้นคือ ส่วนของการร่วมจ่าย ณ จุดบริการของผู้ใช้บริการเท่านั้น

2.4 แนวทางการกำหนดกรอบสิทธิประโยชน์

การวางระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องมีการกำหนดกรอบของสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพที่ระบบจะให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนผู้มีสิทธิอย่างชัดเจน ทั้งในเชิงขอบเขตของประเภทของการดูแลสุขภาพ การรักษาพยาบาล ตลอดจนเทคโนโลยีและระดับของคุณภาพซึ่งเป็นที่ยอมรับ หากกรอบของสิทธิประโยชน์มีความชัดเจนจะนำไปสู่การประมาณการวงเงินงบประมาณที่ต้องใช้ รวมทั้งเพื่อให้ประชาชนผู้ใช้บริการเอาใจใส่เปรียบหรือเรียกร้องใช้สิทธิในระดับที่เกินกว่าทรัพยากรของระบบของประเทศจะรองรับได้

หลักการในการกำหนดกรอบสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพสำหรับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอาจจะแบ่งได้เป็น 2 ระดับดังนี้

1. **สิทธิประโยชน์พื้นฐาน** ได้แก่ สิทธิประโยชน์ที่จะได้รับการดูแลสุขภาพระดับบุคคลในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีการยอมรับและตกลงร่วมกันว่าเป็นพื้นฐานสำหรับประชาชนคนไทยทุกคนที่จะได้รับความคุ้มครองภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้ข้อเท็จจริงที่ประเทศมีทรัพยากรจำกัด นั่นคือสังคมในส่วนรวมพร้อมที่จะรับภาระร่วมกัน สิทธิประโยชน์พื้นฐานดังกล่าวนี้ รวมถึงบัญชียาหลักแห่งชาติที่จะใช้อ้างอิงสำหรับผู้ให้บริการ ตลอดจนเรื่องการจัดการเกี่ยวกับการกระจายและการเข้าถึงเทคโนโลยีทางการแพทย์ราคาแพงด้วย

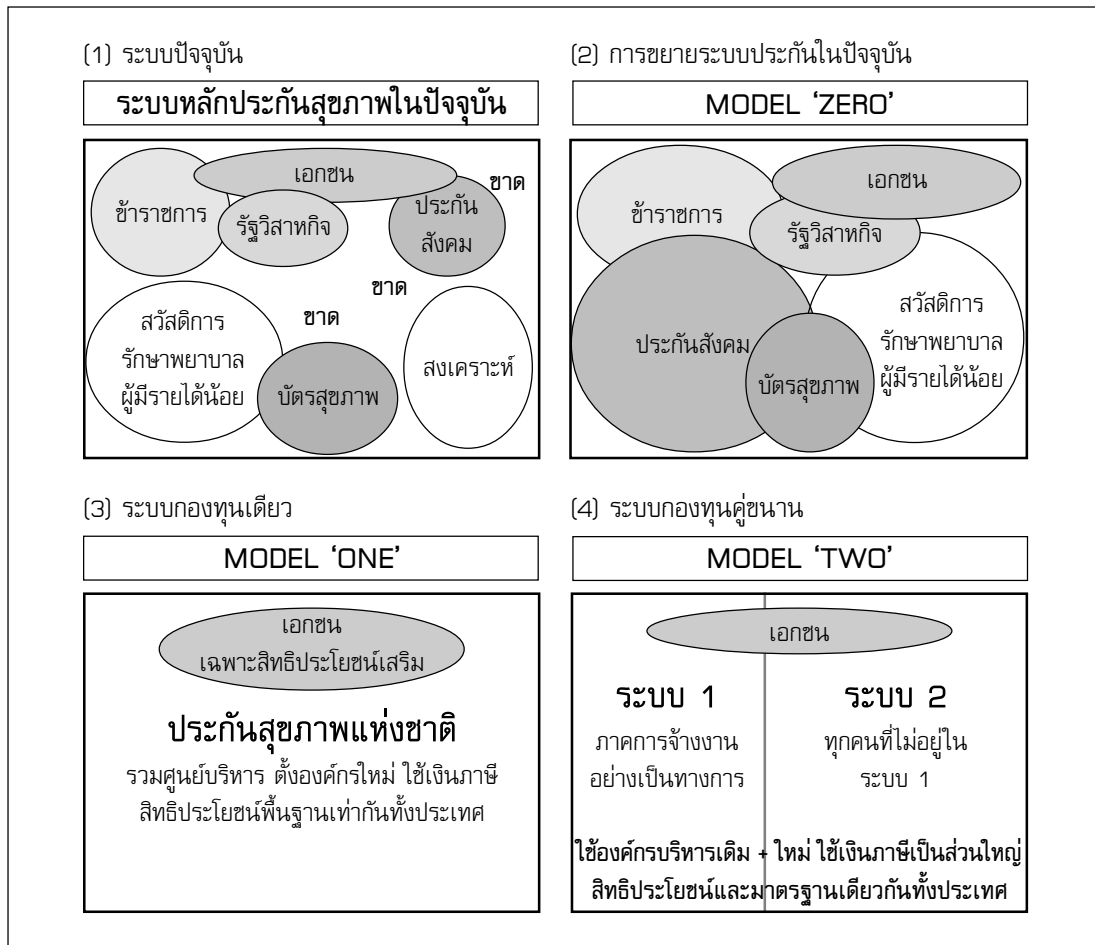
2. **สิทธิประโยชน์ทางเลือก** ได้แก่ สิทธิประโยชน์ทางสุขภาพที่แต่ละพื้นที่อาจจัดให้แก่ประชาชนผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพที่อยู่ในพื้นที่ของตน ภายใต้กรอบและแนวทางที่กำหนดไว้ในนโยบายระดับประเทศ เช่น การแพทย์ทางเลือก เป็นต้น ทั้งนี้พื้นที่อาจจัดให้มีสิทธิประโยชน์ที่เป็นทางเลือกให้เกิดขึ้นได้เมื่อมีการกำหนดวงเงินไว้ในงบประมาณของระบบหลักประกันสุขภาพที่จัดสรรให้แก่พื้นที่ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือกลุ่มเครือข่ายประชาชนหาเงินสมทบเพิ่มเติมเอง

3. ทางเลือกที่เป็นไปได้ของการจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ประเทศไทยมีระบบสวัสดิการสุขภาพและการประกันสุขภาพของรัฐที่ดำเนินการอยู่แล้ว แม้ว่าจะยังไม่สามารถให้ความคุ้มครองตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ทันที แต่ถือได้ว่าการพัฒนาและขยายตัวมาโดยตลอดจนประสบความสำเร็จในระดับหนึ่ง ดังนั้นการปรับระบบและกลไกในการสร้างหลักประกันสุขภาพไปสู่การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีความเป็นไปได้ อาจทำได้ 3 ทางเลือก คือ (ภาพที่ 2.2)

1. การขยายระบบสวัสดิการสุขภาพและการประกันสุขภาพในปัจจุบันสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Expansion of existing systems) - MODEL “ZERO”
2. การจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยมีผู้จ่ายรายเดียว (Single-payer system) - MODEL “ONE”

ภาพที่ 2.2 การเปรียบเทียบรูปแบบของระบบสวัสดิการและการประกันสุขภาพในปัจจุบัน และทางเลือกสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้ง 3 ทางเลือก



3. การจัดระบบหลักประกันสุขภาพคู่ขนานสำหรับภาคการจ้างงานอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ (Dual health insurance system for formal and informal sectors) - MODEL "TWO"

4. ระบบและกลไกในการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การดำเนินการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำเป็นต้องมีระบบและกลไกในการบริหารจัดการ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นระบบที่เพิ่มบทบาทของผู้จ่ายเงินซึ่งเป็นบุคคลที่ 3 เข้าไปในความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ (ผู้ป่วย) รวมถึงการแยกระบบงบประมาณสำหรับบริการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล (Personal healthcare) ออกจากบริการสาธารณสุขอื่นๆ (Public health หรือ Non-personal care) ดังภาพที่ 2.3

หากพิจารณากรอบของระบบและกลไกดังกล่าวโดยสังเขปแล้ว อาจจัดกลไกหลักตามบทบาทคือ ผู้คุมกฎ (Standard setter) ผู้บริหารกองทุน (Fund holder) ผู้ซื้อบริการ (Purchaser) ผู้จัดเก็บเงินสมทบกองทุน (Fund collector) และการสนับสนุนทางวิชาการและสารสนเทศ (Information and academic support mechanism) ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างกลไกข้างต้นแสดงไว้ในภาพที่ 2.4 โดยหน่วยงานหรือโครงสร้างที่มีการจัดตั้งขึ้นเพื่อบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแต่ละหน่วยงานอาจทำหน้าที่มากกว่า 1 บทบาทได้ คือ

1. **ผู้คุมกฎ (Standard setter หรือ Unifier)** เป็นผู้ทำหน้าที่วางนโยบาย กำหนดกรอบสิทธิประโยชน์เกี่ยวกับบริการทางสุขภาพที่มีความจำเป็น (Essential benefit package) และได้รับความคุ้มครองภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประเมินการค่าใช้จ่ายและวางกฎระเบียบที่สำคัญเพื่อเป็นกรอบในการดำเนินงานของกลไกต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. **ผู้ถือครองกองทุนหรือผู้บริหารกองทุน (Fund holder)** เป็นผู้ทำหน้าที่บริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพและรับเงินสมทบ ตลอดจนกำกับดูแลการดำเนินงานของระบบและกลไกต่างๆ ให้ใช้ทรัพยากรที่จัดสรรไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ผู้บริหารกองทุนอาจมีเพียงรายเดียว (กรณีระบบกองทุนเดียว) หรือมีมากกว่าหนึ่งรายก็ได้ (กรณีระบบหลักประกันสุขภาพคู่ขนานหรือการมีประกันสุขภาพหลายระบบเช่นในปัจจุบัน) ผู้บริหารกองทุนนี้อาจทำหน้าที่เป็นผู้คุมกฎหรือเป็นผู้ซื้อบริการโดยตรงจากผู้ให้บริการเอง หรืออาจส่งเงินผ่านผู้ซื้อบริการในพื้นที่ก็ได้
3. **ผู้ซื้อบริการหรือผู้จ่ายค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Purchaser or payer)** เป็นผู้ที่ได้รับเงินจากผู้บริหารกองทุน ทำหน้าที่จ่ายค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคหรือการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้ให้บริการ ซึ่งอาจจะทำได้โดยตรง

```

graph TD
    A[หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า] <-.-> B[งบประมาณด้านสาธารณสุข]
    A --> C[ผู้จ่ายเงิน  
(Third-party payers)]
    B --> D[บริการสาธารณสุข  
• งานระบาดวิทยา  
• งานสาธารณสุขมูลฐาน  
• งานควบคุมและป้องกันโรคฯลฯ]
    C --> E[ผู้ให้บริการ  
(Providers)]
    C --> F[ผู้ใช้บริการ  
(Clients)]
    E <--> F
    E --> D
    D <-.-> C

```

The diagram illustrates the Thai Public Service Reform Model, showing the flow of information and services between various stakeholders. The model is organized into several interconnected components:

- ผู้คุมกฎ (Standard setter)**: The standard setter, who interacts with the **กลไกสนับสนุนวิชาการและสารสนเทศ** (Academic and Information Support Mechanism) and the **ผู้ให้บริการ** (Service Provider).
- กลไกสนับสนุนวิชาการและสารสนเทศ**: The academic and information support mechanism, which provides **ข้อมูลร้องเรียน** (Complaint information) and **ข้อมูลเพื่อเบิกจ่าย** (Information for disbursement) to the **ผู้ให้บริการ**.
- ผู้ให้บริการ**: The service provider, who receives **ข้อมูลร้องเรียน** and **ข้อมูลเพื่อเบิกจ่าย** from the support mechanism, and provides **บริการ** (Service) to the **ผู้ซื้อบริการ** (Service Buyer).
- ผู้ซื้อบริการ**: The service buyer, who receives **บริการ** from the service provider and provides **ข้อมูลค่าใช้จ่าย** (Disbursement information) to the **ผู้บริหารกองทุน** (Fund Manager).
- ผู้บริหารกองทุน**: The fund manager, who receives **ข้อมูลค่าใช้จ่าย** from the service buyer and provides **ภาพรวมระบบ** (System overview) to the **ผู้จัดเก็บเงินสมทบ** (Contribution Collector).
- ผู้จัดเก็บเงินสมทบ**: The contribution collector, who receives **ภาพรวมระบบ** from the fund manager and provides **ภาษีหรือเงินสมทบอื่น ๆ** (Taxes or other contributions) to the **ผู้ซื้อบริการ**.
- ประชาชน** (Public): The public, who provides **ส่วนร่วมในการบริหาร** (Participation in management) to the **ผู้ซื้อบริการ** and **ผู้ให้บริการ**.
- ส่วนร่วมจ่าย** (Contribution): The public also provides **ส่วนร่วมจ่าย** (Contribution) to the **ผู้ให้บริการ**.
- สมทบ?** (Contribution?): The public also provides **สมทบ?** (Contribution?) to the **ผู้ซื้อบริการ**.

The diagram uses solid arrows for **กระแสเงิน** (Money flow) and dashed arrows for **กระแสข้อมูล** (Information flow).

10/5/01. 11:45 AM

ทำหน้าที่ร่วมกันก็ได้

4. ผู้จัดเก็บเงินสมทบกองทุน (Fund Collector) เป็นผู้ทำหน้าที่เก็บรวบรวมเงินสมทบเข้าสู่กองทุนหลักประกันสุขภาพ ซึ่งอาจเป็นผู้เดียวกับผู้บริหารกองทุนหรือไม่ก็ได้ ตัวอย่างเช่น ภาษีทั่วไป (General tax) หรือภาษีเฉพาะ (Earmarked tax) มีหน่วยงานของกระทรวงการคลังทำหน้าที่เป็นผู้จัดเก็บ เงินจากกองทุนประกันสังคมมีสำนักงานประกันสังคมเป็นผู้จัดเก็บ ซึ่งทำให้ต้องวางระบบในการถ่ายโอนเงินกรณีที่ผู้บริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ใช่หน่วยงานทั้งสอง

5. การสนับสนุนทางวิชาการและสารสนเทศ (Information and academic supporting mechanism) เป็นกลไกที่เป็นเครื่องมือให้แก่หน่วยงานด้านการบริหาร เช่น การคำนวณอัตราค่าใช้จ่ายต่อหัว การคำนวณอัตราค่าตอบแทนที่ต้องจ่ายชดเชยเป็นค่าบริการให้แก่ผู้ให้บริการ การประมวลผลข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การทบทวนการใช้ทรัพยากร การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้กับประชาชน และดำเนินการด้านการคุ้มครองผู้บริโภคทั้งในส่วนที่มีการร้องเรียนเกี่ยวกับผู้ให้บริการในระบบและหน่วยงานที่ทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการ เป็นต้น ผู้ทำหน้าที่เป็นกลไกสนับสนุนนี้อาจแยกดำเนินการเป็นเรื่องๆ เป็นส่วนหนึ่งของผู้บริหารกองทุนหรือผู้ซื้อ หรืออาจแยกเป็นหน่วยงานต่างหากที่ดำเนินการอย่างเบ็ดเสร็จก็ได้

สรุป

การจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วยเป้าหมายที่จะให้ประชาชนมีสุขภาพดี และให้ประชาชนได้รับความคุ้มครองจากภาระการเงินที่เป็นผลจากความเจ็บป่วยอันเกินสมควรตามฐานะและความสามารถในการจ่าย การดำเนินการดังกล่าวต้องมีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจนและมีเอกภาพที่มุ่งสู่เป้าหมายเชิงสังคมเพื่อให้เกิดความเสมอภาคและประสิทธิภาพ ให้ทางเลือกและเน้นการสร้างสุขภาพเป็นสำคัญ โดยมีระบบและกลไกที่ง่ายต่อผู้ใช้ มีการบริหารจัดการที่ลดความซับซ้อนและซ้ำซ้อนของการปฏิบัติ มีระบบการตรวจสอบ-คานอำนาจ ส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในระบบ และกำหนดบทบาทภาคเอกชนที่เหมาะสม

ประมาณการค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับปี 2544 ไว้ที่วงเงิน 100,000 ล้านบาท ซึ่งเป็นเพียงตัวเลขพื้นฐานทางการคลังของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ได้มีความหมายเจาะจงว่าประเทศจะใช้จ่ายเงินสำหรับการสร้างสุขภาพแก่ประชาชนน้อยลง แต่การจัดระบบหลักประกันสุขภาพจะเป็นการถ่ายโอนภาระส่วนหนึ่งจากประชาชนมาให้เป็นความรับผิดชอบของรัฐ อีกทั้งเป็นโอกาสที่จะช่วยให้มีการจัดระบบใหม่ที่มีประสิทธิภาพของการใช้



ทรัพยากรสูงขึ้น

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นเครื่องมือหนึ่งในการปรับการจัดระบบบริการสุขภาพของประเทศ การที่จะทำให้ระบบดำเนินไปได้จะต้องมีการกำหนดสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพสำหรับประชาชนผู้มีสิทธิให้สามารถอ้างอิงได้ เป็นจริง และเหมาะสมกับทรัพยากรของประเทศที่มีอยู่จำกัด รวมทั้งการจัดกลไกในการบริหารจัดการต้องมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ให้ชัดเจน ทั้งผู้คุมกฎ ผู้บริหารกองทุน ผู้ซื้อบริการ ผู้จัดเก็บเงินสมทบกองทุน และการสนับสนุนทางวิชาการและสารสนเทศ



บทที่ 3

47

วิเคราะห์ทางเลือกของ การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การจัดระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับประชาชนคนไทยทุกคน
วิเคราะห์ได้ 3 ทางเลือก คือ

1. การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยการขยายระบบสวัสดิการและการ
ประกันสุขภาพในปัจจุบัน (Expansion of existing systems)
2. การจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยมีกองทุนเดียว (Single-payer
system)
3. การจัดระบบหลักประกันสุขภาพคู่ขนานสำหรับภาคการจ้างงานอย่างเป็นทางการ
และไม่เป็นทางการ (Dual health insurance system for formal and informal
sectors)

1. การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยการขยายระบบสวัสดิการ และการประกันสุขภาพในปัจจุบัน (Expansion of existing systems)

1.1 หลักการและเหตุผล

ระบบสวัสดิการและการประกันสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบันมีการดำเนินการ
ที่ประสบความสำเร็จในระดับหนึ่ง ซึ่งโดยระบบและกลไกจะผูกติดกับกฎหมายฉบับ
ต่างๆ ส่วนราชการที่ระบุไว้ในกฎหมาย และโครงสร้างด้านการบริหารจัดการที่แตกต่าง
กันไป ซึ่งมีกลุ่มผลประโยชน์และกลุ่มการเมืองต่างๆ เข้ามาเกี่ยวข้องสัมพันธ์อยู่ไม่น้อย
ประกอบกับบางระบบเองยังมีศักยภาพในการพัฒนาและขยายความครอบคลุมที่จะสร้าง
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ในระดับหนึ่ง (ดูตารางที่ 3.1) ทำให้การขยายระบบ
สวัสดิการและการประกันสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบันเป็นทางเลือกหนึ่งของการสร้างหลัก
ประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ ซึ่งศักยภาพในการขยายต่อของแต่ละระบบนำเสนอโดย
สังเขปไว้ในตารางที่ 3.2

ตารางที่ 3.1 จุดเด่นและโอกาสพัฒนาที่สำคัญของระบบสวัสดิการและการประกันสุขภาพแต่ละระบบในปัจจุบัน

ระบบสวัสดิการและการประกันสุขภาพของรัฐ	จุดเด่น	โอกาสพัฒนาที่สำคัญ
สวัสดิการรักษายาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและสังคมช่วยเหลือเกื้อกูล	- ครอบคลุมผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล เป็นระบบที่ใหญ่ที่สุด - การคลังโดยระบบภาษี	- ฐานข้อมูลผู้มีสิทธิ - วงเงินงบประมาณต่อหัว - การปรับบทบาทผู้ซื้อและผู้ให้บริการ
สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ	- ให้สิทธิประโยชน์ครอบคลุมด้านการรักษายาบาลและการส่งเสริมสุขภาพ - ครอบคลุมบิดา มารดา คู่สมรส และบุตร	- ฐานข้อมูลผู้มีสิทธิ - กลไกควบคุมค่าใช้จ่ายและตรวจสอบคุณภาพ
ระบบประกันสังคม	- ใช้ระบบทำสัญญาระหว่างผู้ซื้อและผู้ให้บริการ - มีมาตรฐานกลไกในการตรวจประเมินคุณภาพสถานพยาบาล	- การขยายความครอบคลุมสู่ครอบครัวของผู้ประกันตน - การติดตามคุณภาพบริการที่เกิดขึ้นและการปิดความรับผิดชอบในการรักษา
กองทุนเงินทดแทน	- การเก็บเบี้ยประกันจากสถานประกอบการกระตุ้นให้มีการจัดสถานที่และบริการเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยจากการทำงานของแรงงาน	- แนวทางการพิจารณาการเบิกจ่ายที่ถูกต้องและเป็นธรรม - การปรับปรุงอัตราค่าบริการ - การจัดการกับการปิดความรับผิดชอบของนายจ้างว่าลูกจ้างไม่ได้เจ็บป่วยจากการทำงาน
พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ	- การให้เอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดเก็บเบี้ยประกัน - การให้ความคุ้มครองเบื้องต้นโดยไม่จำกัดผู้ให้บริการ	- การกำหนดเบี้ยประกันที่เป็นธรรมกับผู้บริโภค - การเบิกจ่ายที่ง่ายและคล่องตัว - การตรวจสอบคุณภาพของผู้รับประกัน
บัตรสุขภาพ	- การเก็บเงินสมทบในอัตราคงที่ ร่วมกับ การอุดหนุนจากรัฐ	- วงเงินงบประมาณ - การกระจายความเสี่ยง

อย่างไรก็ตามการขยายระบบสวัสดิการและการประกันสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบันสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของคนทั้งประเทศจะต้องมีการปรับปรุงในหลายด้านในทุกกระบวนให้มีมาตรฐานหรือวิธีปฏิบัติที่สอดคล้องใกล้เคียงกัน เพื่อไม่ให้เกิดความเหลื่อมล้ำและความซ้ำซ้อน

ตารางที่ 3.2 ศักยภาพในการขยายความครอบคลุมของระบบสวัสดิการและการประกันสุขภาพต่าง ๆ ที่มีอยู่ในปัจจุบัน

ระบบประกันสุขภาพ	จำนวน (ล้านคน)	ความครอบคลุม (ร้อยละ)	ศักยภาพในการขยายความครอบคลุม
สวัสดิการรักษายาบาล ของผู้มีรายได้น้อยและ สังคมควรช่วยเหลือ เกื้อกูล (สปร.)	23	37	น้อย แต่อาจสามารถทำได้หากมีการปรับแนวทางการดำเนินงาน โดยเฉพาะการตรวจสอบทะเบียนผู้มีสิทธิและได้รับการจัดสรร งบประมาณต่อหัวมากขึ้น
บัตรประกันสุขภาพ	7-8	12	น้อย
สวัสดิการรักษายาบาล ของข้าราชการ	7	11	ไม่มีโอกาส
ประกันสังคม	5.42	9	คาดว่าจะขยายเท่าตัวในปี 2544 หรือเพิ่มเป็น 10 ล้านคน ใน การขยายไปยังสถานประกอบการขนาดเล็ก หากขยายไปยัง ครอบครัวจะให้ความครอบคลุมเพิ่มขึ้นเป็น 20 ล้านคน
ประกันเอกชน	5.9	~ 10	1. จำนวนผู้เอาประกันภัยที่มีสัญญาแนบท้ายประกันสุขภาพ 3,541,880 ราย 2. จำนวนผู้เอาประกันที่มีกรมธรรม์ประกันสุขภาพรายบุคคล ประมาณ 8,502 ราย (ร้อยละ 80 ของกรมธรรม์ประกัน สุขภาพ) 3. จำนวนผู้เอาประกันที่มีกรมธรรม์ประกันสุขภาพหมู่ ประมาณ 2,346,662 ราย (ร้อยละ 80 ของกรมธรรม์ประกันสุขภาพ และเฉลี่ยกรมธรรม์ละ 69 คน) มีโอกาสในการขยายแต่มีข้อขัดข้องกับระบบประกันอื่น ๆ
ผู้ยังไม่มียหลักประกัน	20	~ 30	อาจลดลงเหลือร้อยละ 20 หากประกันสังคมขยายไปยังสถาน ประกอบการขนาดเล็ก แต่การขยายไปยังครอบครัวอาจไม่ทำให้ ตัวเลขนี้ลดลง เพราะเด็กและผู้สูงอายุอยู่ในระบบ สปร. อยู่แล้ว
ผู้ที่มีหลักประกันซ้อน	NA	NA	
ประชากร	61.46		

1.2 เจ็อนโยทางการคลัง

ถ้ารัฐไม่ประกาศนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างชัดเจน แต่ใช้วิธีการ
ให้แต่ละหลักประกันขยายตัวไปตามประวัติศาสตร์ของแต่ละระบบ จะพบว่างบประมาณ
ของแต่ละหลักประกันจะเพิ่มไม่มากนัก สวัสดิการประชาชนด้านการรักษายาบาลจะเพิ่ม
เป็น 12,000 ล้านบาทในปี 2549 และยิ่งน้อยกว่าสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ
ในปัจจุบัน บัตรสุขภาพจะขยายตัวคุ้มครองประชากรประมาณ 22 ล้านคนในปี 2549 และ
มีงบประมาณทั้งสิ้น 5,600 ล้านบาท หลักประกันที่มีแนวโน้มขยายตัวมากคือ ประกัน

สังคม ซึ่งจะครอบคลุมคนทำงานในสถานประกอบการตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป รวมทั้งครอบคลุมบุคคลในครอบครัวของผู้ประกันตนด้วย จึงเพิ่มประชากรเป้าหมายเป็น 14.7 ล้านคน งบประมาณรายจ่ายจะเพิ่มเป็น 27,000 ล้านบาท งบประมาณที่จัดสรรให้กระทรวงสาธารณสุขกับกระทรวงอื่นๆ เพิ่มเป็น 77,000 ล้านบาทในปี 2549 รวมเงินจากแหล่งต่างๆ เป็น 120,000 ล้านบาท ห่างจากรายจ่ายรัฐในนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 2549 ถึง 80,000 ล้านบาท ซึ่งสะท้อนให้เห็นได้ถึงความไม่เป็นธรรมและไม่เท่าเทียมกัน (ดูตารางที่ 3.3)

หากไม่จัดทำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ชัดเจน ความซ้ำซ้อนของกลุ่มเป้าหมายในหลักประกันต่างๆ จะยังคงมีอยู่ งบประมาณภาครัฐต่อคนจะยังคงเหลื่อมล้ำไปไม่มีที่สิ้นสุด รายจ่ายรวมของภาครัฐต่อคนคิดเป็น 1,856 บาทเท่านั้น ซึ่งอาจเป็นระดับที่น้อยเกินกว่าจะให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพได้ เมื่อเปรียบเทียบกับ การดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รายจ่ายของภาครัฐในปี 2549 ควรจะเป็น 3,102 บาทต่อคน

ตารางที่ 3.3 คาดการณ์วงเงินงบประมาณกรณีแต่ละระบบสวัสดิการและการประกันสุขภาพขยายความครอบคลุม

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

หมายเหตุ:

1. ประมาณการจาก budget = 13287805.5 sq(yr) - 472999809 (r-sq = 0.94)
2. ประมาณการจาก budget = 413 yr - 823097 (r-sq = 0.98)
3. ไม่ให้รายจ่ายของสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการเพิ่ม เพราะต้องการเพิ่มประสิทธิภาพจากรายจ่ายปัจจุบัน
4. ประกันสังคม คิดจากรายจ่ายต่อคน 1,450 บาทในปี 2544 เพิ่มร้อยละ 5 ต่อปี ปี 2549 มีกลุ่มเป้าหมาย 14.7 ล้านคน
5. ประมาณการจาก budget = 3018469361 yr -13590443664 (r-sq = 0.85)
6. เท่ากับ 1 + 2 + 3 + 4 + 5
7. มาจากตารางที่ 2.2

1.3 องค์ประกอบด้านการบริหารจัดการ

ในทางเลือกนี้ ส่วนราชการหลักที่ดูแลระบบสวัสดิการและการประกันสุขภาพยังคงเป็นเช่นเดิม ได้แก่ (1) กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง และรัฐวิสาหกิจ (2) สำนักงานประกันสังคม และ (3) สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ที่จะดูแลสวัสดิการสุขภาพสำหรับประชาชน ดังนั้นองค์ประกอบด้านระบบและกลไกตลอดจนบทบาทของหน่วยงานที่รับผิดชอบตามหลักการของการจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามที่กล่าวไว้ในบทที่ 2 นั้นจะเป็นได้ดังตารางที่ 3.4

ตารางที่ 3.4 องค์ประกอบที่เป็นทางเลือกสำหรับการบริหารจัดการในระบบหลายกองทุน

ระบบและกลไก	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	กรณีเงื่อนไขที่สำคัญ
ผู้คุ้มครอง	คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพของประชาชน	- องค์การอิสระที่จะต้องจัดตั้งขึ้นใหม่ ภายใต้ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ เพื่อกำหนดมาตรฐานด้านสิทธิประโยชน์และอื่น ๆ
	ผู้จัดเก็บเงินสมทบ	- พิจารณาการปรับระบบภาษี และภาษีเฉพาะ (Earmarked tax) สำหรับสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและระบบ สปร.
ผู้จัดเก็บเงินสมทบ	รัฐวิสาหกิจ	- มีข้อกำหนดในการจัดสรรรายได้ของรัฐวิสาหกิจ
	สำนักงานประกันสังคม	- ขยายความครอบคลุมผู้ครอบคลุมของผู้ประกันตน
	กระทรวงสาธารณสุข (บัตรประกันสุขภาพ)	- อาจพิจารณาการรวมกองทุนเงินทดแทนและประกันสังคม
	กระทรวงสาธารณสุข (บัตรประกันสุขภาพ)	- ปรับกลยุทธ์ในการจำหน่ายบัตรและตรวจสอบสิทธิด้านการรักษายาบาล
	กระทรวงพาณิชย์ (คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ)	- ปรับงบประมาณต่อบัตร
	บริษัทประกันสุขภาพเอกชน	- ต้องมีการออกกฎหมายหรือระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการประกันสุขภาพแยกจากการประกันภัยโดยเฉพาะในเรื่องการกำหนดเบี้ยประกัน
ผู้บริหารกองทุน	กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง	- มีระบบทะเบียนของข้าราชการและครอบครัวผู้มีสิทธิ
	รัฐวิสาหกิจ	- มีฐานข้อมูลผู้มีสิทธิ
	สำนักงานประกันสังคม	- ปรับปรัชญาของส่วนงานสวัสดิการด้านการรักษายาบาล
	กระทรวงสาธารณสุข	- ปรับโครงสร้างของสำนักงานประกันสุขภาพ สร้างทีมงานด้านเทคนิคที่เข้มแข็ง
	กระทรวงพาณิชย์ (คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ)	- ปรับปรุงวิธีปฏิบัติในการเบิกจ่าย
	บริษัทประกันสุขภาพเอกชน	- ให้ความสำคัญกับดูแลประชาชนก่อนดูแลบริษัทประกัน
		- มีกฎหมายดูแลแยกจากการประกันภัย
		- มีสาระสำคัญที่กำกับเรื่องการรับและยกเลิกประกัน
		- การส่งผ่านความเสี่ยงต่าง ๆ

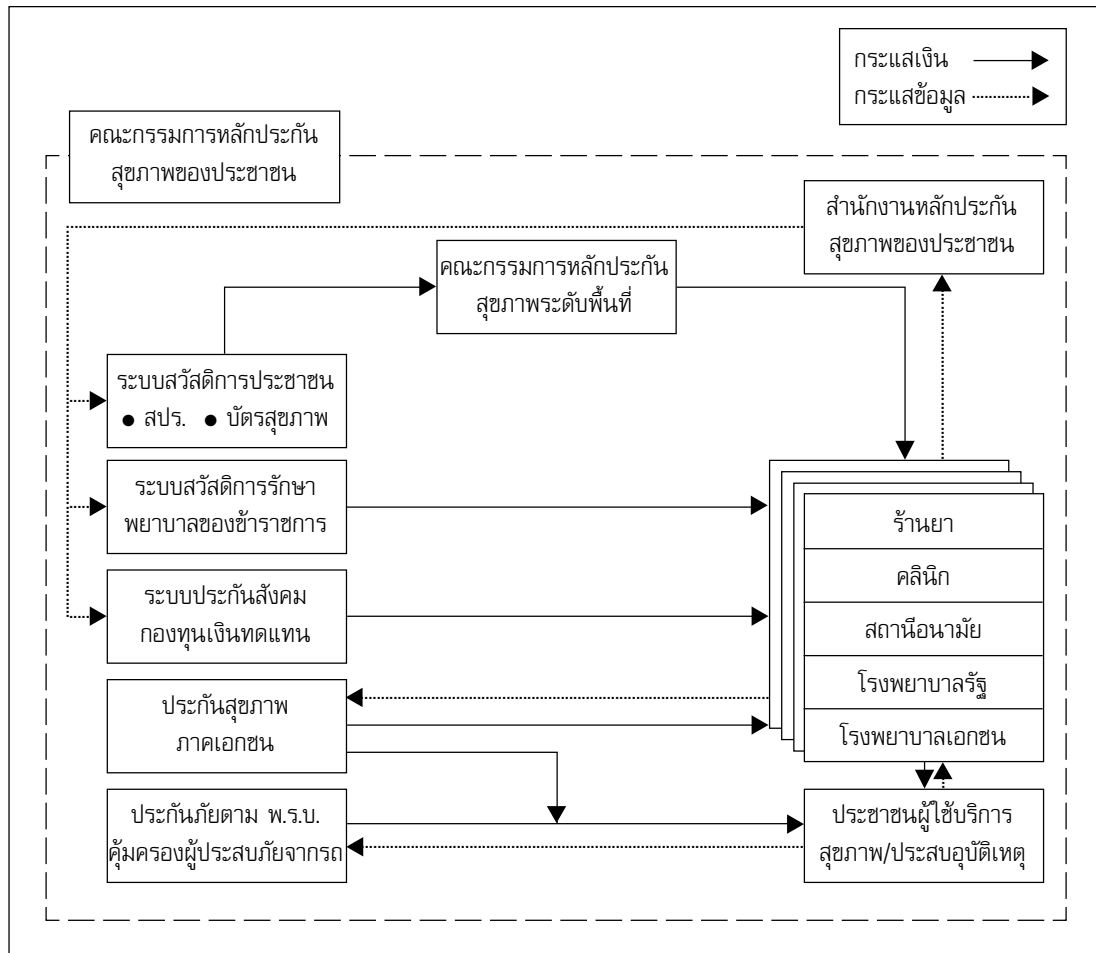
ตารางที่ 3.4 องค์ประกอบที่เป็นทางเลือกสำหรับการบริหารจัดการในระบบหลายกองทุน (ต่อ)

ระบบและกลไก	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	กรณีเงื่อนไขที่สำคัญ
ผู้ให้บริการ	กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง	- ดูแลสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ พนักงานของรัฐ และครอบครัว - ทำสัญญากับผู้ให้บริการโดยตรง
	สำนักงานประกันสังคม	- ทำสัญญากับผู้ให้บริการโดยตรง
	คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่	- ดูแลบริการสุขภาพสำหรับประชาชน กลุ่มที่ใช้บัตรประกันสุขภาพ และ สปร. โดยบริหารจัดการเงินจากสำนักงานประกันสุขภาพ
	กระทรวงพาณิชย์ (คุ้มครองผู้บริโภค)	- การซื้อบริการอาจผ่านเครือข่ายภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่
	บริษัทประกันสุขภาพเอกชน	
กลไกสนับสนุน	สำนักงานหลักประกันสุขภาพของประชาชน และศูนย์สารสนเทศการประกันสุขภาพ	- เป็นองค์กรอิสระ ทำหน้าที่วิจัยและพัฒนาตลอดจนประมวลข้อมูลการเบิกจ่าย

ความเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานและองค์กรต่างๆ อาจแสดงได้ดังภาพที่ 3.1 ซึ่งจะทำให้เห็นได้ว่าการขยายระบบสวัสดิการและการประกันสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบันจะเป็นทางเลือกหนึ่งของการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชนได้ แต่องค์ประกอบหลายด้านจะขาดความเชื่อมโยง โดยเฉพาะการประกันสุขภาพที่ผ่านระบบเอกชน แม้ว่าจะมีกฎหมายกำหนดสิทธิประโยชน์และแนวทางปฏิบัติร่วมกันโดยมีคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพของประชาชนเป็นผู้คุ้มครองก็ตาม

สำหรับกลไกด้านการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการ (Provider payment) มีความเป็นไปได้ในการปรับวิธีการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการในระบบของรัฐให้เป็นไปในทางเดียวกัน แต่อัตรอาจไม่เท่ากันอันเนื่องมาจากระบบที่ต่างกัน และจะเป็นการยากในการปรับระบบของภาคเอกชน ซึ่งอาจทำให้เกิดการอุดหนุนข้ามระบบและการเลือกรับความเสี่ยงของกองทุนประกันต่างๆ จะยังคงเป็นปัญหาอยู่ต่อไป

ภาพที่ 3.1 โครงสร้างการจัดการระดับมหภาคของระบบหลายกองทุนที่ใช้การขยายระบบสวัสดิการและการประกันสุขภาพที่มีอยู่เดิม



1.4 ข้อได้เปรียบและข้อด้อยของทางเลือก

ทางเลือกการขยายระบบสวัสดิการและการประกันสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบันสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีข้อได้เปรียบบ้างบางประการ แต่จากการประเมินประสบการณ์ของระบบปัจจุบันในเบื้องต้น ร่วมกับประสบการณ์ในต่างประเทศที่ไม่มีระบบประกันสุขภาพแห่งชาติจะพบว่าเป็นทางเลือกที่มีข้อด้อยในระยะยาวจำนวนมาก สรุปได้ในตารางที่ 3.5

ตารางที่ 3.5 ข้อได้เปรียบและข้อด้อยของการขยายระบบสวัสดิการและการประกันสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบันตามเกณฑ์การพิจารณาที่สำคัญ

ประเด็นเป้าหมาย	ข้อได้เปรียบ	ข้อด้อย
ความเป็นธรรมและความเท่าเทียม		ทำให้เกิดความเสมอภาคและเป็นธรรมได้ยากทั้งในด้านการเข้าถึงบริการและการกระจายภาระทางการเงิน
		หากเลือกการไม่ออกเป็นข้อบังคับตามกฎหมาย การจะทำให้บรรลุถึงหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะเป็นไปได้ยากมาก
ประสิทธิภาพ		มีการกระจายความเสี่ยงที่ไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากการขาดการเชื่อมโยง และบางระบบเป็นระบบสมัครใจ ซึ่งจะมีการปฏิเสธการรับประกันหรือเลือกรับความเสี่ยงได้ กลุ่มที่เจ็บป่วยมีโอกาสที่จะถูกปฏิเสธและขาดหลักประกัน
	ไม่ต้องดำเนินการเปลี่ยนแปลงมาก ไม่เปลืองค่าใช้จ่าย และต้นทุนที่เกิดขึ้นจากการปรับตัวในระยะเริ่มต้น ไม่กระทบต่อโครงสร้างของส่วนราชการ	มีความซับซ้อนของความคุ้มครองสูง การบริหารจัดการที่แตกต่างกันทำให้เกิดความยุ่งยากในระดับปฏิบัติทั้งในส่วนของประชาชนและผู้ให้บริการ
		การออกกฎหมายกำหนดให้ประชาชนต้องมีประกันสุขภาพ โดยไม่เจาะจงไปที่ระบบใดระบบหนึ่งจะยุ่งยากในการตรวจสอบ
ทางเลือกและคุณภาพของระบบ	มีการเปรียบเทียบระหว่างระบบประกันสุขภาพ แต่อาจไม่สามารถนำไปสู่การปรับปรุง เนื่องจากข้อจำกัดภายใน เช่น งบประมาณ และปรัชญาของแต่ละระบบที่แตกต่างกัน	เสี่ยงต่อการแทรกแซงของกลุ่มผลประโยชน์ทางธุรกิจในการออกหรือปรับปรุงกฎหมาย ตลอดจนกฎระเบียบต่าง ๆ

2. การจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยมีกองทุนเดียว (Single-payer system)

2.1 หลักการและเหตุผล

การจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยมีผู้จ่ายรายเดียวเป็นการสร้างระบบประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีหน่วยงานด้านการคลังสาธารณสุขเป็นผู้ดูแลกองทุนหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชนทุกคนในประเทศ กำหนดให้ทุกคนอยู่ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพเดียวกันทั้งหมด จุดเด่นของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยมีผู้จ่ายรายเดียวเมื่อเปรียบเทียบกับสถานการณ์ของสวัสดิการและการประกันสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบัน ได้แก่

- สามารถวางนโยบายได้อย่างมีเอกภาพ
- สามารถกำหนดสิทธิประโยชน์และความคุ้มครองในด้านบริการสุขภาพและการรักษาพยาบาลพื้นฐานที่มีความจำเป็นให้เป็นมาตรฐานเดียวกันได้ ทำให้เกิดความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการได้ง่าย
- ความสามารถในการจัดการเพื่อกระจายความเสี่ยงของต้นทุนค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพและรักษาพยาบาลทำได้ดีกว่า เนื่องจากเป็นระบบภาคบังคับทั้งหมด ไม่มีการโยกย้ายระหว่างระบบ กองทุนมีขนาดใหญ่และมีจำนวนสมาชิกมาก
- สามารถเกลี้ยการกระจายภาระทางการเงินระหว่างกลุ่มของประชากรได้ง่าย เนื่องจากเป็นกองทุนเดียวกัน รวมทั้งสามารถวางระบบให้มีความเป็นธรรม (Vertical equity) ผ่านระบบภาษีเป็นหลักได้
- การบริหารจัดการและระบบข้อมูลเป็นรูปแบบเดียวกัน ทำให้ง่ายต่อการดำเนินการ มีค่าเฉลี่ยต่อหน่วยของการบริหารจัดการต่ำกว่าทั้งในส่วนของผู้ให้บริการและหน่วยงานที่ดำเนินการด้านการประกันสุขภาพ

2.2 เงื่อนไขทางการคลัง

ค่าใช้จ่ายในการให้ความคุ้มครองและสิทธิประโยชน์สำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแบบกองทุนเดียวจะใช้งบประมาณในวงเงินประมาณ 100,000 ล้านบาท ตามที่ได้ประมาณการไว้ในบทที่ 2 ซึ่งปัจจุบันมีแหล่งเงินจากภาครัฐจำนวนทั้งสิ้นประมาณ 62,418 ล้านบาท ต้องการเงินเพิ่มอีกประมาณ 37,582 ล้านบาท ทั้งนี้ การคลังของระบบแบบกองทุนเดียวยังคงใช้กลไกของระบบภาษีเป็นหลัก ซึ่งอาจกำหนดเป็นวงเงินงบประมาณไว้ล่วงหน้า (Earmarked tax) ได้

การจัดตั้งระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยมีผู้จ่ายรายเดียวเท่ากับเป็นการยุบรวมระบบสวัสดิการและการประกันสุขภาพต่างๆ ที่เป็นระบบภาคบังคับและระบบสมัครใจของรัฐที่มีอยู่ และงบประมาณในการดำเนินการส่วนของการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลตามปกติของกระทรวงสาธารณสุข (แต่ไม่เกี่ยวกับกระทรวงอื่นๆ) เข้ามารวมกันเป็นกองทุนเดียว ซึ่งจะต้องดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. โอนงบประมาณสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการเข้าสู่กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
2. ตัดเงินส่วนของการรักษาพยาบาลตามสิทธิพื้นฐานจากสวัสดิการของพนักงานรัฐวิสาหกิจ
3. ตัดเงินในส่วนที่เกี่ยวข้องกับเรื่องบริการรักษาพยาบาลและสวัสดิการด้านการคลอดบุตรของระบบประกันสังคมมาให้อยู่กับกองทุนใหม่ โดยนำเงินงบประมาณจาก

ระบบภาษีทั่วไปมาทดแทนเงินสมทบดังกล่าว ผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมไม่ต้องจ่ายเงินสมทบแก่กองทุนประกันสังคมในส่วนที่เป็นเรื่องของการรักษาพยาบาล แต่สถานประกอบการหรือนายจ้างยังคงจ่ายเงินสมทบเช่นเดิม ทั้งนี้ต้องมีการปรับแก้พระราชบัญญัติประกันสังคม กฎหมายที่เกี่ยวข้อง และอัตราเงินสมทบตามกฎหมาย

4. โอนเงินสมทบของกองทุนเงินทดแทนสู่กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยการเก็บเงินสมทบของกองทุนเงินทดแทนยังใช้ระบบเดิม สิทธิประโยชน์ในรูปตัวเงิน (Cash benefit) ของกองทุนเงินทดแทนยังคงอยู่กับสำนักงานประกันสังคมเช่นเดิม

5. ปรับระบบและกลไกภายใต้ พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 โดยโอนเงินสมทบที่ได้ตาม พ.ร.บ. ดังกล่าวสู่กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งจะต้องมีการปรับแก้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

6. ผู้เอาประกันในกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีส่วนร่วมจ่าย ณ จุดบริการ (Co-payment)

2.3 องค์ประกอบด้านการบริหารจัดการ

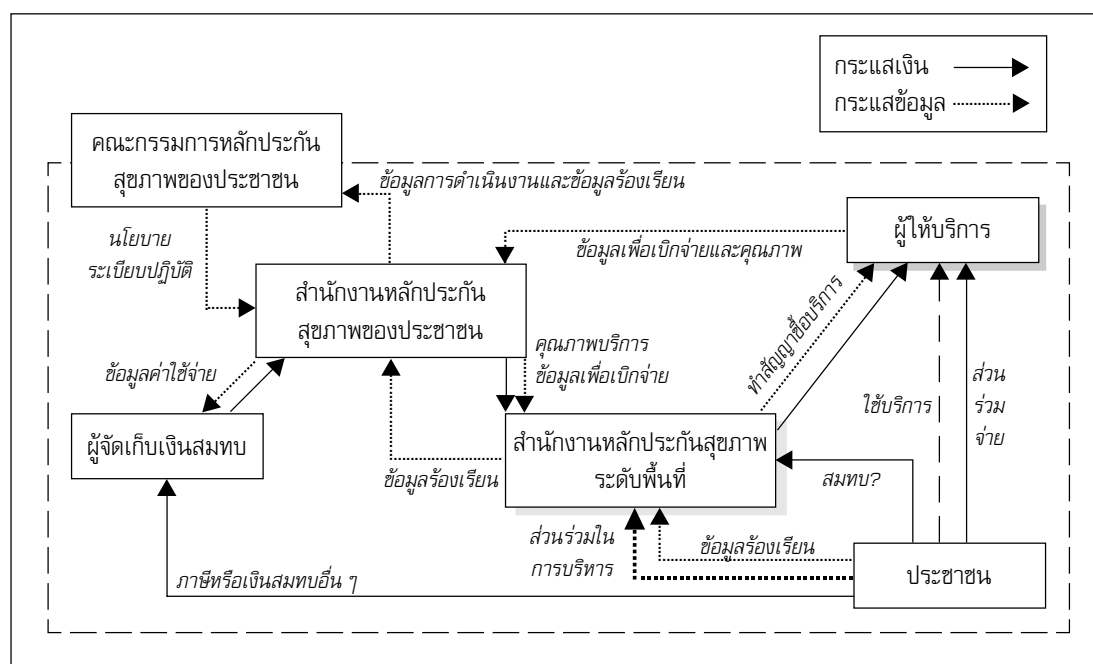
การจัดโครงสร้างการบริหารจัดการระดับชาติโดยมีผู้จ่ายรายเดียวเป็นการรวมระบบสวัสดิการและการประกันสุขภาพของรัฐเข้าด้วยกันโดยเฉพาะผู้บริหารหรือผู้ถือครองกองทุน และขยายผลให้ความคุ้มครองครอบคลุมประชากรส่วนที่เหลือ ซึ่งอาจจัดองค์ประกอบด้านการบริหารจัดการที่สำคัญได้ดังตารางที่ 3.6

ตารางที่ 3.6 องค์ประกอบที่เป็นทางเลือกสำหรับการบริหารจัดการในระบบกองทุนเดียว

ระบบและกลไก	หน่วยงานรับผิดชอบที่เป็นทางเลือก	กรณีเงื่อนไข
ผู้คุ้มครอง	คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพของประชาชน	อาจเป็นองค์ประกอบของสภาสุขภาพแห่งชาติ มีอำนาจตามกฎหมาย
ผู้จัดเก็บเงินสมทบ	กระทรวงการคลัง - ภาษีทั่วไป	สำนักงานประกันสังคมยกเลิกการเก็บเงินสมทบ
	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น - ภาษีบำรุงท้องถิ่น	ในส่วนของการรักษาพยาบาล (ร้อยละ 0.88 X 3 ฝ่าย) โดยมีการปรับระบบภาษีมาทดแทน
	สำนักงานประกันสังคม (กองทุนเงินทดแทน)	
	กระทรวงพาณิชย์ (คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ)	
ผู้บริหารกองทุน	1. กระทรวงสาธารณสุข	ผู้บริหารกองทุนต้องไม่เป็นเจ้าของสถานพยาบาล
	หรือ 2. สำนักงานประกันสังคม	หรือมีส่วนได้ส่วนเสียจากการดำเนินงานของ
	หรือ 3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพของประชาชน	สถานพยาบาลโดยตรง
ผู้ซื้อบริการ	คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ (คปพ.)	- องค์การระดับพื้นที่อาจดูแลในระดับที่ใหญ่กว่าจังหวัด - มีการแยกองค์กรที่มีบทบาทของการเป็นผู้ซื้อและผู้ให้บริการอย่างชัดเจน - ประชาชนมีส่วนร่วมในการบริหาร
กลไกสนับสนุน	สำนักงานหลักประกันสุขภาพของประชาชน	ให้ข้อมูลและเป็นพี่เลี้ยงแก่ คปพ.

หากต้องอิงกับโครงสร้างปัจจุบัน ควรเป็นองค์กรที่มีประสบการณ์ในการซื้อบริการ เช่น สำนักงานประกันสังคม ที่ควรแยกตัวออกมาเป็นองค์การมหาชนที่ทำหน้าที่อย่างอิสระ การจัดโครงสร้างของกลไกในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในรูปแบบกองทุนเดียว แสดงได้ดังภาพที่ 3.2

ภาพที่ 3.2 โครงสร้างการจัดการระดับมหภาคของระบบกองทุนเดียว



รายละเอียดของการจัดระบบและกลไกในการบริหารจัดการแต่ละองค์ประกอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพของประชาชน และคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ จะกล่าวไว้ในบทที่ 5

2.4 ข้อได้เปรียบและข้อด้อยของทางเลือก

ในสภาพความเป็นจริงที่มีระบบต่างๆ ดำเนินการอยู่แล้วโดยชอบด้วยกฎหมายที่กำหนด และสามารถดำเนินการได้ดี เช่น ระบบประกันสังคม การล้มเลิกระบบดังกล่าวอาจไม่มีความชอบธรรมเพียงพอและไม่เหมาะสม แม้จะมีหลายระบบก็สามารถทำให้เกิดความเป็นธรรมได้ หากมีองค์กรกำหนดและประสานนโยบายในระดับชาติ และมีการกำหนดให้มีชุดสิทธิประโยชน์และวิธีการจ่ายเงินที่เหมือนกัน

ประเด็นที่ขาดความชัดเจนมากของการยุบรวมกองทุนต่างๆ คือ ขั้นตอนการดำเนินการในช่วงเปลี่ยนผ่าน (Transition phase) ทั้งนี้เนื่องจากในแต่ละระบบต่างก็มี

ตารางที่ 3.7 ข้อได้เปรียบและข้อด้อยของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยมีผู้จ่ายรายเดียวตามเกณฑ์การพิจารณาที่สำคัญ

ประเด็นเป้าหมาย	ข้อได้เปรียบ	ข้อด้อย
ความเป็นธรรมและความเท่าเทียม	ประกันความเท่าเทียมกันในระดับพื้นฐานได้ง่าย สามารถกำหนดและปรับสิทธิประโยชน์พื้นฐานที่มีความจำเป็นสำหรับประชาชนทั้งหมดได้ง่าย	ถ้าบริหารจัดการไม่ดี จะนำไปสู่ความเท่าเทียมในการได้รับการบริการด้วยคุณภาพ (Equity of poor care) ความเป็นธรรมสามารถเกิดได้โดยไม่จำเป็นต้องมีกองทุนเดียว แต่จำเป็นต้องมีองค์กรกำหนดนโยบายและประสานระดับชาติที่ชัดเจนและอาศัยกลไกระดับมหภาคในการให้เกิดความเป็นธรรม
ประสิทธิภาพ	มีการกระจายความเสี่ยงที่ดี อย่างไรก็ตามในระบบหลายกองทุนก็อาจทำได้หากมีขนาดที่ใหญ่พอ	การมีกองทุนเดียวจะทำให้เกิด ระบบการรวมศูนย์อำนาจที่ใหญ่มาก (Centralization) หากบริหารไม่มีประสิทธิภาพก็จะมีผลกระทบต่อระบบสูงมาก
	ลดความซ้ำซ้อน และซับซ้อนของระบบ การมีระบบเดียวทำให้ง่ายต่อประชาชนไปใช้ประโยชน์ ไม่ต้องถือบัตรหลายใบ	ไม่มีการแข่งขันหรือเปรียบเทียบ การให้มีการแข่งขันกันระหว่างกองทุนอย่างน้อยเป็น Yardstick competition สามารถเกิดขึ้นได้ในระบบหลายกองทุน
	การบริหารจัดการและระบบข้อมูลให้เป็นมาตรฐานเดียวกันได้ง่าย	สามารถสร้างการรวมกองทุนในทางปฏิบัติอาจทำได้ยาก ด้วยเหตุผลทั้งทางการเมือง และการจัดการ เนื่องจากต้องมีการเปลี่ยนแปลงข้อกฎหมายและเกิดผลกระทบกับกลุ่มผลประโยชน์บางกลุ่ม เช่น บริษัทประกันภัย หรือ กลุ่มนายจ้าง-ลูกจ้าง เป็นต้น
ทางเลือกและคุณภาพของระบบ	กระตุ้นให้มีการปรับตัวของระบบบริการได้ การดำเนินการเพื่อการยกระดับคุณภาพสามารถทำได้ในวงกว้างเสมอกัน	การดำเนินการเพื่อยกระดับคุณภาพต้องทำทั้งระบบ ไม่สามารถทำเป็นส่วน ๆ ต้องใช้งบประมาณเป็นจำนวนมากทำให้เป็นอุปสรรคในการพัฒนา

ทรัพยากรทั้งเงิน คน และงานที่เกี่ยวข้องอยู่ ตลอดจนหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่ต่างกัน การไปยกเลิกรูปแบบเดิมและให้ไปใช้รูปแบบใหม่โดยไม่มีรายละเอียดของช่วงเปลี่ยนผ่านว่าจะดำเนินการอย่างไรนับเป็นอุปสรรคสำคัญที่สุด และก่อให้เกิดคำถามมากมาย เช่น ทำไมไม่รวมงบประมาณของกระทรวงอื่นเข้าไปด้วย ระบบการคลังของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงอื่นๆ จะมีความแตกต่างออกไปหรือไม่ การซื้อบริการโดยกองทุนกลางหรือ

กองทุนระดับเขต การซื้อบริการด้านการส่งเสริมและการป้องกันหรือโครงการสาธารณสุขอื่นๆ มีรูปแบบอย่างไร ผู้ซื้อคือใคร

ข้อได้เปรียบและข้อด้อยของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยมีผู้จ่ายรายเดียวตามเกณฑ์การพิจารณาที่สำคัญสรุปได้ดังตารางที่ 3.7

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

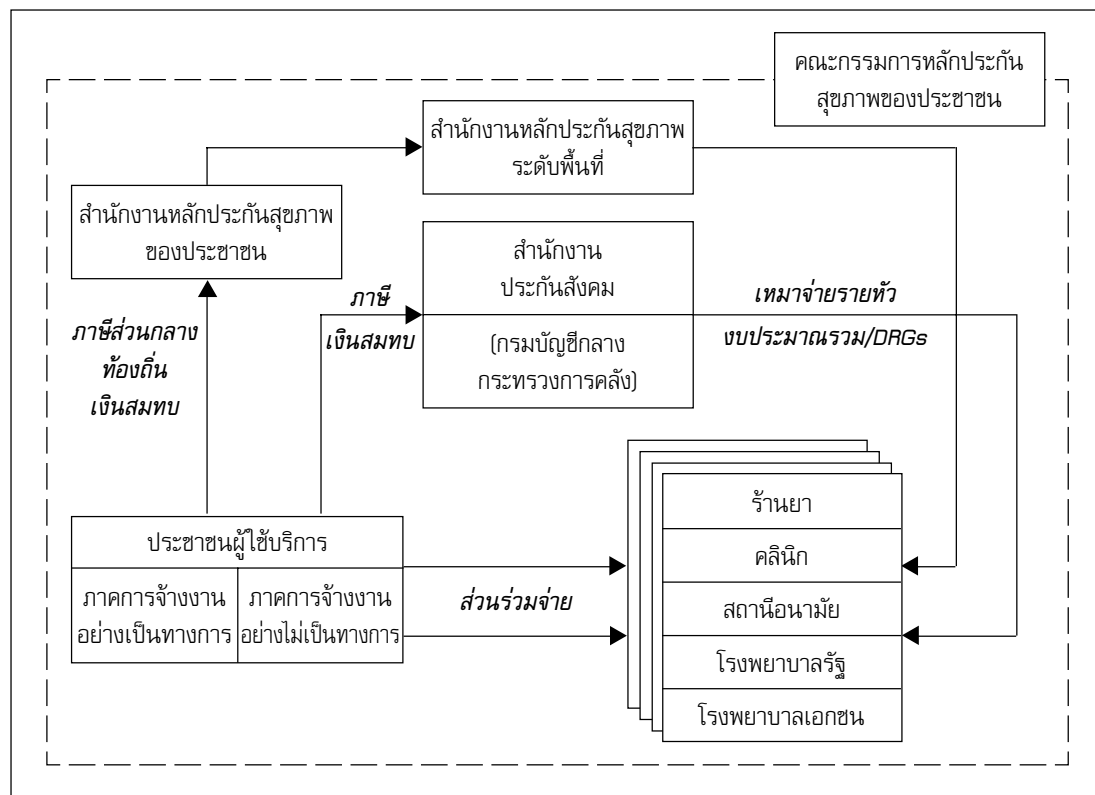
3.1 หลักการและเหตุผล

การจัดระบบหลักประกันสุขภาพคู่ขนานสำหรับภาคการจ้างงานอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เป็นการจัดประชาชนเป็นสองกลุ่ม คือ (1) กลุ่มที่อยู่ในภาคการจ้างงานอย่างเป็นทางการ (Formal sector) ได้แก่ ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานของรัฐในองค์การมหาชน และลูกจ้างของสถานประกอบการของเอกชนและครอบครัว และ (2) กลุ่มคนที่อยู่ในภาคการจ้างงานอย่างไม่เป็นทางการหรือไม่อยู่ในภาคการจ้างงาน (Informal sector) ดังนั้นจะทำให้มีระบบประกันสองระบบหลัก (ดังภาพที่ 3.3) คือ

1. ระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพสำหรับภาคการจ้างงานอย่างเป็นทางการ (Formal sector fund) คือ กลุ่มที่อยู่ในระบบประกันสังคมเดิมโดยให้มีการขยายไปครอบคลุมถึงครอบครัว (คู่สมรสและบุตรอายุไม่เกิน 18 ปี) และกลุ่มข้าราชการและครอบครัว (บิดามารดา คู่สมรส และบุตรอายุไม่เกิน 18 ปี) ที่อยู่ภายใต้ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการที่กำลังอยู่ระหว่างการปรับระบบ รวมถึงสวัสดิการของพนักงานรัฐวิสาหกิจ และพนักงานของรัฐที่เป็นองค์การมหาชน ซึ่งอาจมีการแยกกันในระยะแรก เมื่อมีการปรับกลไกการจ่ายเงินและสิทธิประโยชน์พื้นฐานในมาตรฐานเดียวกันจะสามารถรวมระบบในกลุ่มนี้เข้าด้วยกันได้ในที่สุด โดยแหล่งเงินจะใช้ภาษีและการจ่ายเงินสมทบ (Contribution) ในลักษณะเดียวกัน

2. ระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพสำหรับภาคการจ้างงานอย่างไม่เป็นทางการ (Informal sector fund) โดยจะมีการจัดสรรเงินจากงบประมาณของรัฐบาลร่วมกับการสนับสนุนขององค์กรท้องถิ่น หรืออาจต้องให้มีการร่วมจ่ายก่อนการใช้บริการ (Co-payment) ส่วนของผู้ยากไร้อาจไม่ต้องมีส่วนร่วมจ่าย สำหรับบริการที่ครอบคลุมทั้งในด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริม การป้องกัน การฟื้นฟู และโครงการสาธารณสุข โดยมีหน่วยงานที่ทำหน้าที่ซื้อบริการระดับท้องถิ่น เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ (Area Purchaser Board) เพื่อทำหน้าที่ในการซื้อบริการจากเครือข่ายผู้ให้บริการที่ประกอบด้วยบริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงตติยภูมิ และครอบคลุมบริการทุกด้านทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

ภาพที่ 3.3 การจัดระบบหลักประกันสุขภาพคู่ขนานสำหรับภาคการจ้างงานอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ



เหตุผลสำคัญในการคงรูปแบบของระบบประกันสังคมหรือสวัสดิการรักษายาของข้าราชการไว้ เนื่องจากพิจารณาจากประวัติศาสตร์และความชอบด้วยกฎหมาย อีกทั้งระบบประกันสังคมยังดูแลด้านความมั่นคงที่มากกว่าเรื่องสุขภาพ เช่น การชราภาพ การตกงาน การสงเคราะห์บุตร และการตาย เป็นต้น หากสามารถกำหนดให้ระบบประกันสังคมต้องรับผิดชอบดูแลครอบคลุมและผู้เกษียณด้วย ก็จะสามารถป้องกันการผลักภาระให้กับภาครัฐในอนาคตได้

สำหรับผู้ที่ต้องการสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมก็สามารถซื้อประกันเอกชนเพิ่มได้ โดยไม่ให้ประกันสุขภาพของภาคเอกชนมาแข่งให้บริการชุดสิทธิประโยชน์หลัก เนื่องจากจะทำให้เกิดการเลือกรับความเสี่ยงที่เป็นกลุ่มความเสี่ยงต่ำ (Cream skimming) และยกภาระกลุ่มเจ็บป่วยให้กับระบบของรัฐ ทำให้เกิดภาวะการรับความเสี่ยงที่ไม่พึงประสงค์ (Adverse selection)

การยกเลิกการจ่ายเงินประกันภัยอุบัติเหตุจราจร (Traffic Accident Insurance) ตาม พ.ร.บ. คຸ້ມครองผู้ประสพภัยจากรถ พ.ศ. 2535 ผ่านบริษัทประกันวินาศภัย โดยจะนำเงินเบี้ยประกันภัยที่เก็บได้ไปรวมกับส่วนของกองทุนหลักประกันสุขภาพตามสัดส่วนที่เหมาะสมระหว่างภาคการจ้างงานอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ซึ่งเป็นการ

เปลี่ยนแปลงอีกประการหนึ่งที่ต้องดำเนินการ

3.2 เจาะลึกทางการเงินคลัง

การคลังระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังคงใช้กลไกของระบบภาษี ซึ่งอาจมีการกำหนดเป็นวงเงินงบประมาณไว้ล่วงหน้า (Earmarked tax) เป็นหลัก โดยมีลักษณะเฉพาะในการจัดการคลังของระบบ ดังนี้

1. กองทุนหลักประกันสุขภาพของประชาชนสำหรับภาคการจ้างงานอย่างเป็นทางการ

- 1.1. ข้าราชการและผู้มีสิทธิ ได้รับเงินอุดหนุนเพิ่มเข้าสู่ระบบเงินเดือนเพื่อเป็นเงินสมทบเข้าสู่กองทุนหลักประกันสุขภาพ ซึ่งอาจนำมารวมกับกองทุนประกันสังคม หรือบริหารจัดการในลักษณะเดียวกัน แต่ไม่มีส่วนร่วมจ่าย ณ จุดบริการ ทั้งนี้เนื่องมาจากการได้รับอัตราเงินเดือนต่ำกว่าอัตราตลาด
- 1.2. ผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม จ่ายเงินสมทบแก่กองทุนประกันสังคมในอัตราเดิม แต่ไม่มีส่วนร่วมจ่าย ณ จุดบริการ
- 1.3. รัฐวิสาหกิจ และองค์การมหาชนที่มีบุคลากรเป็นพนักงานของรัฐ จ่ายเงินสมทบเข้าสู่กองทุนหลักประกันสุขภาพตามสัดส่วนของพนักงานขององค์กร

2. กองทุนหลักประกันสุขภาพของประชาชนสำหรับภาคการจ้างงานอย่างไม่เป็นทางการ

- 2.1. ผู้เอาประกันในกองทุนสุขภาพประชาชนไม่ต้องจ่ายเงินสมทบ แต่มีส่วนร่วมจ่าย ณ จุดบริการ
- 2.2. ทางเลือกอีกประการหนึ่งที่อาจจะพิจารณาได้คือ ให้องค์กรปกครองท้องถิ่นหรือชุมชนเป็นผู้จ่ายสมทบ โดยประชาชนไม่ต้องมีส่วนร่วมจ่าย ณ จุดบริการ

3.3 องค์ประกอบด้านการบริหารจัดการ

การจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในรูปแบบคู่ขนานนี้ จำเป็นจะต้องมีผู้คุมกฎ (Standard setter หรือ Unifier) เป็นหน่วยงานอิสระหรือส่วนราชการที่แยกออกมาจากผู้บริหารกองทุน มีอำนาจตามกฎหมายในการทำหน้าที่วางนโยบายด้านหลักประกันสุขภาพของประเทศ และวางกฎระเบียบของการทำงานของระบบและกลไกในการบริหารจัดการ กองทุนรูปแบบคู่ขนานนี้จะต้องมีมาตรฐานเดียวกันภายใต้การดูแลของผู้คุมกฎในเรื่องต่อไปนี้

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

1. ระบบและกลไกสำหรับการบริหารหลักประกันสุขภาพสำหรับภาคการจ้างงานอย่างเป็นทางการ

การบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพสำหรับภาคการจ้างงานอย่างเป็นทางการต้องอาศัยการปรับโครงสร้างการบริหารและบทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในปัจจุบันร่วมกับการสร้างองค์กรใหม่เพื่อรองรับระบบ ตามรายละเอียดโดยสังเขปที่แสดงไว้ในตาราง ที่ 3.8

การดำเนินการเพื่อปรับระบบ:

1. การออกกฎหมายปรับโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของสำนักงานประกันสังคม ให้ปฏิบัติหน้าที่สอดคล้องตามแนวทางของระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศที่กำหนดไว้ และรองรับการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพทั้งในส่วนของข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานของรัฐ และลูกจ้างภาคเอกชนที่เพิ่มขึ้นกว่าเดิม
2. สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพของข้าราชการและงบประมาณต่อหัวจะต้องไม่ดำเนินการในลักษณะให้เกิดการรอนสิทธิ การตัดทอนส่วนของงบประมาณ หรือการกำหนดเงินสมทบจะต้องทดแทนด้วยการเพิ่มเงินเดือน
3. สิทธิประโยชน์ของสวัสดิการของพนักงานรัฐวิสาหกิจในส่วนที่เพิ่มเติมจากสิทธิประโยชน์พื้นฐานด้านสุขภาพของระบบหลักประกันสุขภาพสามารถทำได้โดยอาศัยความเป็นนายจ้างซึ่งต้องใช้จ่ายเงินเพิ่มเติมของแต่ละแห่ง และดำเนินการภายใต้กรอบกฎหมายที่กำหนดเอง
4. ปรับกฎหมาย พ.ร.บ. คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ให้บริษัทประกันวินาศภัย เป็นเพียงผู้เก็บเบี้ยประกันภัยโดยได้รับค่าบริหารจัดการร้อยละ 3-5 เท่านั้น และโอนเงินมาสู่กองทุนหลักประกันสุขภาพ

ตารางที่ 3.8 องค์ประกอบที่เป็นทางเลือกสำหรับการบริหารจัดการในระบบกองทุนคู่ขนาน ภาคการจ้างงานที่เป็นทางการ

ระบบและกลไก	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	กรณีเงื่อนไข
ผู้คุ้มครอง	คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพของประชาชน	หน่วยงานเดียวกับภาคการจ้างงานที่ไม่เป็นทางการ
ผู้จัดเก็บเงินสมทบ	กระทรวงการคลัง	ภาษีทั่วไป
	สำนักงานประกันสังคม	เงินสมทบทั้งในส่วนของข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานของรัฐ และลูกจ้างภาคเอกชน
	กระทรวงพาณิชย์ (คุ้มครองผู้บริโภค)	โอนเบี้ยประกันภัยในส่วนของผู้มีสิทธิมาสู่กองทุนหลักประกันสุขภาพ
ผู้บริหารกองทุน	สำนักงานประกันสังคม	ถ่ายโอนงบประมาณและการบริหารจัดการสวัสดิการสุขภาพของข้าราชการมาให้อำนาจสำนักงานประกันสังคมและงานด้านสวัสดิการสุขภาพของสำนักงานประกันสังคมออกนอกกระบวนการเป็นองค์การมหาชน
ผู้ให้บริการ	คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ (คปพ.)	สำนักงานประกันสังคมมอบอำนาจหน้าที่เดิมในการให้บริการสู่ คปพ.
กลไกสนับสนุน	กองทุนกระจายความเสี่ยงในส่วนภาคที่ไม่เป็นทางการ	กระจายความเสี่ยงระหว่างองค์กรบริหารระดับพื้นที่
	สำนักงานหลักประกันสุขภาพของประชาชน	ให้ข้อมูลและเป็นพี่เลี้ยงแก่ คปพ. ประมวลข้อมูลการเบิกจ่าย

บทวิเคราะห์ที่ 3.1

การรวมระบบสวัสดิการรักษายาของข้าราชการและกองทุนประกันสังคม

จากประสบการณ์ของระบบสวัสดิการรักษายาของข้าราชการที่อยู่ภายใต้การดูแลของกรมบัญชีกลางที่ผ่านมา มีปัญหาในการบริหารจัดการระบบที่ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษายาพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วกว่า 5 เท่าในช่วงเวลา 10 ปี ประกอบกับยังไม่มีการจัดทำระบบฐานข้อมูลผู้มีสิทธิ ผู้ให้บริการ ตลอดจนระบบการตรวจสอบและประกันคุณภาพอย่างเป็นรูปธรรม จนต้องมีข้อเสนอเพื่อการปฏิรูประบบครั้งใหญ่ที่ได้รับอนุมัติจากคณะรัฐมนตรีในปี 2543 ในขณะที่ช่วงเวลาเดียวกัน ในขณะที่ระบบประกันสังคมได้มีการพัฒนาการบริหารจัดการให้ดีขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม แม้ว่าจะยังมีข้อบกพร่องอยู่บ้าง

การรวมระบบทั้งสองเป็นการเสริมศักยภาพของระบบให้มั่นคงขึ้น ลดปัญหาเรื่องต้นทุนการบริหารจัดการ การตรวจสอบการเบิกจ่าย และประกันคุณภาพ ที่จะซ้ำซ้อนในอนาคตจากแผนงานการปฏิรูปของระบบสวัสดิการสุขภาพของข้าราชการ

การรวมระบบทั้งสองยังมีส่วนเสริมปรัชญาในการจัดระบบหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชนที่ทำงานอยู่ในภาคการจ้างงานอย่างเป็นทางการไม่ว่าจะเป็นภาครัฐหรือภาคเอกชนเข้าเป็นมาตรฐานเดียวกัน ซึ่งอาจพัฒนาเป็นระบบการจ่ายเงินสมทบ (Contributory scheme) ในรูปแบบเดียวกัน หากจะมีการจัดสวัสดิการใดเสริมเป็นพิเศษ สามารถทำได้โดยเป็นความรับผิดชอบของนายจ้างในแต่ละระบบ

2. ระบบและกลไกสำหรับการบริหารหลักประกันสุขภาพสำหรับภาคการจ้างงานอย่างไม่เป็นทางการ

การบริหารจัดการหลักประกันสุขภาพของประชาชนสำหรับภาคการจ้างงานอย่างไม่เป็นทางการ เป็นการ จัดหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้ประกอบอาชีพอิสระ แรงงานอิสระ เกษตรกร ผู้สูงอายุ พระภิกษุสงฆ์ ผู้พิการ เด็กเล็ก และเด็กในวัยเรียน การบริหารจัดการแต่เดิมเป็นความรับผิดชอบของสำนักงานประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งประสบปัญหาในการสร้างความครอบคลุมของหลักประกัน การจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับประชาชนในกลุ่มนี้จำเป็นต้องกำหนดหน่วยงานรับผิดชอบเป็นองค์กรใหม่เพื่อสอดคล้องกับปรัชญาและกฎหมายของระบบหลักประกันสุขภาพใหม่ มีรายละเอียดโดยสังเขปแสดงในตารางที่ 3.9

ตารางที่ 3.9 องค์กรประกอบที่เป็นทางเลือกสำหรับการบริหารจัดการในระบบกองทุนคู่ขนาน ภาคการจ้างงานอย่างไม่เป็นทางการ

ระบบและกลไก	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	กรณีเงื่อนไข
ผู้คุ้มครอง	คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพของประชาชน	หน่วยงานเดียวกับภาคการจ้างงานอย่างเป็นทางการ
ผู้จัดเก็บเงินสมทบ	กระทรวงการคลัง	ภาษีทั่วไป
	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	ภาษีบำรุงท้องถิ่น และเงินสมทบ (ในอนาคต)
	กระทรวงพาณิชย์ (คุ้มครองผู้ประกอบการ)	โอนเบี้ยประกันภัยในส่วนของผู้มีสิทธิมาสู่กองทุนหลักประกันสุขภาพ
ผู้บริหารกองทุน	สำนักงานหลักประกันสุขภาพของประชาชน (HCFA)	
ผู้ซื้อบริการ	คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ (คปพ.)	ดูแลการซื้อบริการในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบทั้งหมด
กลไกสนับสนุน	กองทุนกระจายความเสี่ยงในส่วนภาคไม่เป็นทางการ	กระจายความเสี่ยงระหว่างองค์กรบริหารระดับพื้นที่
	สำนักงานหลักประกันสุขภาพของประชาชน	ให้ข้อมูลและเป็นพี่เลี้ยงแก่ คปพ.



3.4 ข้อได้เปรียบและข้อด้อยของทางเลือก

การปรับโครงสร้างการจัดการและบทบาทของระบบสวัสดิการและการประกันสุขภาพต่างๆ ให้มีมาตรฐานการทำงานภายใต้ปรัชญาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศในช่วงของการเปลี่ยนผ่านนั้น น่าจะทำได้ง่ายกว่าการยุบรวมกองทุนต่างๆ ทั้งหมดเข้าด้วยกัน

จุดเด่นของการจัดระบบหลักประกันสุขภาพคู่ขนานเมื่อเปรียบเทียบกับสถานการณ์ของสวัสดิการและการประกันสุขภาพในปัจจุบัน คือ

1. สามารถคงระบบประกันสุขภาพที่มีดีอยู่แล้วให้ดำเนินการต่อไป โดยค่อยๆ ปรับระบบที่มีความแตกต่างกันให้มีสิทธิประโยชน์และความคุ้มครองบริการสุขภาพพื้นฐานที่มีความจำเป็นให้มีมาตรฐานเดียวกัน
2. ยังคงรักษาการเปรียบเทียบและอ้างอิงระหว่างระบบ (Yardstick) เพื่อส่งเสริมให้เกิดการยกระดับและพัฒนาคุณภาพของระบบต่างๆ รวมทั้งสามารถพัฒนาไปที่ระบบใดหากมีทรัพยากรจำกัด
3. หลีกเลี่ยงปัญหาการรวมกองทุนขนาดใหญ่ที่มีความเสี่ยงต่อการมุ่งไปสู่ภาวะตกต่ำร่วมกัน และช่วยลดแรงต้านทานต่อการปฏิรูปของกลุ่มผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้อง
4. ลดปัญหาการอุดหนุนข้ามระบบสวัสดิการและการประกันสุขภาพที่มีอยู่

อย่างไรก็ตาม รูปแบบที่เสนอยังต้องสร้างความชัดเจนในเรื่องมาตรการหรือกลไกที่จะทำให้เกิดความเสมอภาคระหว่างระบบประกันทั้งสองแบบ รวมถึงมาตรการและกลไกในการสร้างความเสมอภาคระหว่างการจัดสรรเงินให้กับผู้ซื้อบริการสุขภาพในพื้นที่ต่างๆ

ระบบการคลังสำหรับกลุ่มประชาชนที่อยู่นอกภาคการจ้างงานอย่างเป็นทางการจะดำเนินการอย่างไร มีรายละเอียดที่ต้องวางแผนปฏิบัติต่อไปมาก ประเด็นด้านความเป็นธรรมด้านการคลังของระบบที่มีหลายกองทุนเป็นประเด็นที่ยังไม่มีความชัดเจนว่าจะทำให้เกิดได้อย่างไร (แต่ในด้านสิทธิประโยชน์สามารถทำให้เกิดได้โดยกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ วิธีการจ่ายเงิน และอัตราที่เหมือนกัน)

การจะยกเลิกประกันผู้ประสพภัยจากรถนั้น ยังไม่สามารถสร้างข้อเสนอได้อย่างชัดเจนในที่นี้ว่าจะมีกลวิธีดำเนินการอย่างไร จะยุบรวมกองทุนเข้ามาในระบบประกันสุขภาพในระบบใดอย่างไร หรือยกเลิกไปเลยไม่ต้องจ่าย (ซึ่งไม่น่าเป็นเช่นนั้น) รายละเอียดในประเด็นนี้จำเป็นต้องมีการศึกษาต่อไป

นอกจากนี้ยังมีความไม่ชัดเจนในด้านการบริหารจัดการ เช่น บทบาทหน้าที่ของกองทุนกลาง กองทุนจังหวัด ว่ามีบทบาทหน้าที่อย่างไร ในภาคการจ้างงานอย่างเป็นทางการนั้น ผู้บริหารคือสำนักงานประกันสังคมมีประสบการณ์ในการจัดการมาแล้ว

ระยะเวลาหนึ่ง สำหรับกลุ่มคนในภาคการจ้างงานอย่างไม่เป็นทางการจะอย่างไร จำเป็นจะต้องมีการจัดทำกฎหมายรองรับ สร้างองค์กร และพัฒนาเทคโนโลยีการจัดการและระบบสารสนเทศต่างๆ ต่อไปอย่างไร

การสรุปประเด็นเปรียบเทียบข้อได้เปรียบและข้อด้อยข้างต้น และประเด็นอื่นๆ ตามเป้าหมายสำคัญของการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้แสดงไว้ในตารางที่ 3.10

ตารางที่ 3.10 ข้อได้เปรียบและข้อด้อยของระบบหลักประกันสุขภาพคู่ขนานสำหรับภาคการจ้างงานอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ

ประเด็นเป้าหมาย	ข้อได้เปรียบ	ข้อด้อย
ความเป็นธรรมและความเท่าเทียม	ทำให้เกิดความเสมอภาคและเป็นธรรมได้ง่าย แต่ความเป็นธรรมสามารถเกิดได้โดยไม่ต้องมีกองทุนเดียวเช่นกัน แต่จำเป็นต้องมีองค์การกำหนดนโยบายและประสานระดับชาติที่ชัดเจนและอาศัยกลไกมหภาคในการให้เกิดความเป็นธรรม	อาจมีการกำหนดสิทธิประโยชน์และงบประมาณไม่เท่าเทียมกันระหว่างระบบ
ประสิทธิภาพ	เป็นโอกาสในการสร้างระบบประกันสุขภาพแบบมีเงินสมทบ (Contributory scheme) การรวมกองทุนเป็นกองทุนเดียว จะเสียโอกาสการปรับสวัสดิการสุขภาพข้าราชการในลักษณะของระบบเงินสมทบ สร้างหลักการของการร่วมรับผิดชอบในสุขภาพของตนเอง	การขาดประสบการณ์และระบบการบริหารจัดการสำหรับการประกันสุขภาพนอกภาคการจ้างงานอย่างเป็นทางการ อาจทำให้เกิดปัญหาการบริหารจัดการในระยะแรก โดยเฉพาะในเรื่องการตรวจสอบสิทธิของประชาชนกลุ่มที่เป็นครอบครัวของข้าราชการ พนักงานของรัฐและลูกจ้างภาคเอกชน
	เป็นการหลีกเลี่ยงการรวมศูนย์อำนาจทั้งหมด การมีกองทุนเดียวจะทำให้เกิด ระบบการรวมศูนย์อำนาจที่ใหญ่มาก หากบริหารไม่มีประสิทธิภาพก็จะมีผลกระทบต่อระบบสูงมาก	
	มีการกระจายความเสี่ยงที่ดี อย่างไรก็ตามในระบบหลายกองทุนก็อาจทำได้ หากมีขนาดใหญ่พอ	การรวมกองทุนในทางปฏิบัติทำได้ยากด้วยเหตุผลทั้งทางการเมืองและการจัดการ
ทางเลือกและคุณภาพของระบบ	มีการเปรียบเทียบระหว่างกองทุนส่งเสริมให้เกิดการพัฒนา การให้มีการแข่งขันกันระหว่างกองทุน อย่างน้อยเป็น Yardstick competition สามารถเกิดขึ้นได้ในระบบหลายกองทุน	

4. ข้อเปรียบเทียบระหว่างทางเลือก

ทางเลือกในการไปสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้ง 3 ทางเลือกที่กล่าวข้างต้น มีทั้งข้อได้เปรียบและข้อด้อยที่แตกต่างกันไปในประเด็นต่างๆ ซึ่งได้เปรียบเทียบแนวทางการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้ง 3 ตามหลักเกณฑ์ที่เสนอไว้ สรุปได้ดังตารางที่ 3.11

ตารางที่ 3.11 ข้อเปรียบเทียบระหว่าง 3 ทางเลือก

ประเด็น	การขยายระบบที่มีอยู่	ระบบกองทุนเดียว	ระบบประกันสุขภาพคู่
ชุดสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมเพียงพอและเหมาะสมในการที่จะทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างเสมอภาค	+	+++	++
ความครอบคลุมสู่การมีสุขภาพดีถ้วนหน้า	+	+++	+++
การส่งเสริมให้มีการใช้บริการใกล้บ้าน	-	อยู่ในการจัดการ	อยู่ในการจัดการ
หลักของการประกันสุขภาพ และมีการกระจายความเสี่ยง	+	+++	+++
การแบ่งแยกบทบาทของหน่วยงานผู้ซื้อบริการและผู้ให้บริการ	+	+++	+++
ส่งเสริมการพัฒนากระบวนการประกันสุขภาพ	+	++	+++
ความเป็นไปได้ด้านงบประมาณ	+	++	+++
ความสามารถในการระดมทุนจากเงินสมทบ	++	+	+++
ส่งเสริมการแข่งขันในการให้บริการ	+	+++	+++
ความสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้	+	+++	++
การตรวจสอบและคานอำนาจ	+	++	++
การเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมรับผิดชอบของประชาชน	+	++	+++
ความเป็นไปได้ในการปรับระบบและกลไกในการจัดการในระยะสั้น	+++	+	++

หมายเหตุ + มีโอกาสทำได้ในระดับน้อย

++ มีโอกาสทำได้ในระดับปานกลาง

+++ มีโอกาสทำได้ในระดับมาก

ด้วยข้อมูลและบทวิเคราะห์ที่นำเสนอไว้ข้างต้น ทางเลือกในการจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่คณะทำงานเห็นว่ามีความเหมาะสมมากที่สุดสำหรับระบบสุขภาพของประเทศในปัจจุบัน ได้แก่ การเริ่มต้นด้วยการจัดระบบหลักประกันสุขภาพคู่ขนานสำหรับภาคการจ้างงานอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ (Dual health insurance system for formal and informal sectors) แล้วนำไปสู่ระบบหลักประกันสุขภาพแบบกองทุนเดียว (Single payer system) ในที่สุด



บทที่ 4

69

การจัดองค์กรและหน่วยงาน รองรับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การเสนอให้มีการเริ่มต้นด้วยการจัดระบบหลักประกันสุขภาพคู่ขนานสำหรับภาค
การทำงานอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการด้วยเหตุนี้สำคัญดังที่เสนอไว้แล้วในบทที่ 3
การนำเสนอรายละเอียดต่อไปนี้จะมุ่งเน้นประเด็นด้านการบริหารจัดการ ภายใต้
ข้อสมมติของทางเลือกในการจัดระบบหลักประกันสุขภาพคู่ขนานและการจัดระบบหลัก
ประกันสุขภาพแบบกองทุนเดียว

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

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพของประชาชน (คสป.) เป็นองค์กรอิสระระดับ
ชาติที่มีกฎหมาย (พระราชบัญญัติเกี่ยวกับระบบสุขภาพหรือหลักประกันสุขภาพของ
ประชาชน) ให้อำนาจไว้ให้เป็นผู้คุมกฎ โดยมีความเชื่อมโยงกับสภาสุขภาพแห่งชาติ (หาก
มีการจัดตั้งตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ) ทำหน้าที่กำหนดนโยบายในการบริหารกองทุน
หลักประกันสุขภาพของประเทศ ตลอดจนวางแผนทางในการตรวจสอบและประกันคุณภาพ
ตามกรอบแนวคิดที่นำเสนอไว้ในบทที่ 2

อำนาจหน้าที่

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพของประชาชนควรมีอำนาจหน้าที่ต่อไปนี้

1. วางกรอบสิทธิประโยชน์พื้นฐานทางสุขภาพที่ระบบประกันสุขภาพของประเทศ
จะต้องให้ความคุ้มครอง ซึ่งควรมีการพิจารณาบทวนตามความเหมาะสมอย่างน้อยทุก 3
ปี
2. กำหนดนโยบายและมาตรฐานของบริการสุขภาพ หน่วยบริการและเครือข่าย
หน่วยบริการคู่สัญญา ตลอดจนกำหนดมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการประกัน
สุขภาพของประชาชน
3. กำหนดนโยบายและหลักเกณฑ์การดำเนินงาน และบริหารจัดการกองทุน

หลักประกันสุขภาพ ตลอดจนหลักเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณหลักประกันสุขภาพแก่พื้นที่

4. กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการกำหนดอัตราเงินอุดหนุนให้แก่กองทุนหลักประกันสุขภาพที่จะได้รับจากรัฐบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องกับการประกันสุขภาพของประชาชน

5. ให้คำแนะนำต่อรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้องในการออกประกาศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย

6. รายงานผลการดำเนินงานของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อสาธารณชน

7. ออกระเบียบในการจัดหาผลประโยชน์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพตามที่กฎหมายให้อำนาจ

8. ควบคุมดูแลสำนักงานหลักประกันสุขภาพของประชาชนให้ดำเนินกิจการตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ คือ

8.1 กำหนดนโยบายในการบริหารงาน และให้ความเห็นชอบแผนการดำเนินงานของสำนักงาน

8.2 อนุมัติแผนการเงินของสำนักงาน

8.3 ควบคุมดูแลการดำเนินงานและการบริหารงานทั่วไป ตลอดจนออกระเบียบ ข้อบังคับ ประกาศหรือข้อกำหนดเกี่ยวกับสำนักงานตามที่กฎหมายให้อำนาจ

ในช่วงเปลี่ยนผ่านที่ยังมีการแยกกองทุนระบบคู่ขนาน ควรให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพของประชาชนทำหน้าที่ในข้อที่ 1 ถึง 6 เป็นหลัก ส่วนข้อ 7 ถึง 8 ให้เป็นความรับผิดชอบของการจัดการแต่ละกองทุน เมื่อมีการจัดระบบเป็นกองทุนเดียว จึงให้คณะกรรมการปฏิบัติหน้าที่ตามที่สมควร ครบทั้ง 8 ประการ

องค์ประกอบ

องค์ประกอบของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพของประชาชน มีหลักการเพื่อให้เกิดสมดุลของการทำงานเพื่อให้ได้มุมมองอย่างครบถ้วน แต่ไม่ใช่เพื่อเป็นตัวแทนของกลุ่มผลประโยชน์ อาจประกอบด้วยกรรมการ 3 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้แทนผู้บริหารนโยบายของรัฐ ซึ่งจำเป็นต้องสะท้อนนโยบายด้านการลงทุนด้านการคลัง นโยบายด้านสวัสดิการของรัฐ และนโยบายด้านสาธารณสุข

2. ผู้รับสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นผู้รับประโยชน์จากการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศ ซึ่งได้แก่ ประชาชนโดยทั่วไป ลูกจ้าง ข้าราชการ ตลอดจนกลุ่มที่สะท้อนมุมมองของประชาชนบางกลุ่มซึ่งต้องการการดูแลเป็นพิเศษจากสังคม ซึ่งอาจได้มาจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีองค์ประกอบมาจากการเลือกตั้งเป็นตัวแทนของประชาชนในพื้นที่ องค์กรพัฒนาเอกชนสาธารณะประโยชน์

3. ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่จะให้ข้อคิดเห็น และพิจารณาประเด็นต่างๆ จากมุมมองทางวิชาการสหสาขา เพื่อให้การตัดสินใจของกรรมการตามกรอบอำนาจหน้าที่อยู่บนพื้นฐานทางวิชาการที่ชัดเจน รอบคอบ และรอบด้าน

โดยอาจมีกรรมการรวมทั้งสิ้นจำนวน 23 คน ได้แก่

1. กรรมการผู้แทนผู้บริหารนโยบายของรัฐ จำนวน 5 คน ได้แก่
 - 1.1. ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ (ต่อไปเป็นกระทรวงการศึกษา ศาสนา และวัฒนธรรม)
 - 1.2. ปลัดกระทรวงสาธารณสุข
 - 1.3. ปลัดกระทรวงการคลัง
 - 1.4. เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม
 - 1.5. เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพของประชาชน
2. กรรมการที่เป็นผู้แทนของประชาชนผู้รับสิทธิประโยชน์ จำนวน 11 คน ได้แก่
 - 2.1. ผู้แทนประชาชนที่มาจากการเลือกตั้งในองค์กรปกครองท้องถิ่น จำนวน 4 คน
 - 2.2. ผู้แทนองค์กรพัฒนาเอกชนสาธารณะประโยชน์เลือกกันเองภายในกลุ่มกลุ่มละ 1 คน รวมจำนวน 4 คน ได้แก่
 - 2.2.1. การพัฒนาชนบท การพัฒนาชุมชนเมือง การจัดการทรัพยากรธรรมชาติ การจัดการสิ่งแวดล้อม การจัดการเกษตรทางเลือก หรือการจัดการเทคโนโลยีที่เหมาะสม
 - 2.2.2. การพัฒนาชีวิตของเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ดัดเชื้อเอชไอวี หรือผู้ป่วย
 - 2.2.3. การดำเนินงานด้านสิทธิเสรีภาพของประชาชน สิทธิผู้บริโภค การส่งเสริมประชาธิปไตย หรือการพัฒนาแรงงาน
 - 2.2.4. การดำเนินงานด้านการสาธารณสุข การศึกษา หรือศิลปวัฒนธรรม
 - 2.3. ผู้แทนสหภาพแรงงาน สหภาพแรงงานรัฐวิสาหกิจ และข้าราชการ ฝ่ายละ 1 คน จำนวน 3 คน
3. กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 คน
 - 3.1. ด้านการประกันสุขภาพ
 - 3.2. ด้านการแพทย์
 - 3.3. ด้านการสาธารณสุข
 - 3.4. ด้านเศรษฐศาสตร์
 - 3.5. ด้านกฎหมาย

3.6. ด้านสังคมศาสตร์

3.7. ด้านการบริหารโรงพยาบาล

โดยให้เลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพของประชาชนเป็นเลขานุการของคณะกรรมการโดยตำแหน่ง และจัดให้มีการเลือกประธานจากกรรมการ ทั้งนี้กรรมการมีวาระคราวละ 4 ปี และจะดำรงตำแหน่งเกินกว่า 2 วาระติดต่อกันไม่ได้ ยกเว้นกรรมการโดยตำแหน่ง

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพของประชาชน จะมีคณะกรรมการชุดต่างๆ ที่สำคัญเพื่อดำเนินการตามภารกิจขององค์กร 4 ชุด ซึ่งอาจมีอำนาจและประกอบด้วยคณะบุคคลดังต่อไปนี้

1. คณะกรรมการการแพทย์และสิทธิประโยชน์ (คกพส.) มีอำนาจและความรับผิดชอบในการเสนอความเห็นต่อ คสช. เกี่ยวกับการดำเนินงานในการให้บริการทางการแพทย์ กำหนดหลักเกณฑ์บริการ และอัตราสำหรับสิทธิประโยชน์พื้นฐานด้านสุขภาพภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศ เสนอความเห็นต่อ คสช. เกี่ยวกับการออกกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับบริการทางการแพทย์ ให้คำปรึกษาและแนะนำทางการแพทย์แก่ คสช. พิจารณาเรื่องส่งปรึกษาและเรื่องอุทธรณ์กรณีร้องเรียนที่เกี่ยวข้องกับการบริการทางการแพทย์ ตลอดจนปฏิบัติการอื่นตามที่กฎหมายกำหนด คกพส. อาจประกอบด้วย

- 1.1 ผู้แทนจากสาขาวิชาชีพทางสุขภาพ และจากกระทรวงสาธารณสุข
- 1.2 ผู้แทนคณบดีคณะแพทยศาสตร์จากมหาวิทยาลัยภายในประเทศ
- 1.3 ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขานิติเวชศาสตร์ สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน และสาขาเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข
- 1.4 ผู้แทนประชาชน ลูกจ้าง ข้าราชการ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ
- 1.5 หัวหน้าฝ่ายจัดการบริการทางการแพทย์ของสำนักงานฯ (เป็นกรรมการและเลขานุการ)

2. คณะกรรมการวิชาการและพัฒนาระบบ (คกพว.) มีอำนาจและความรับผิดชอบในการกำหนดและเสนอความเห็นต่อ คสช. เกี่ยวกับการศึกษา วิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการพัฒนาระบบของสำนักงาน ในด้านต่างๆ เช่น การแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญในการดำเนินงาน การพัฒนาระบบฐานข้อมูลสารสนเทศ ระบบการเบิกจ่ายระบบตรวจสอบ เป็นต้น คกพว. อาจประกอบด้วย

- 2.1 ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
- 2.2 ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการคลังสุขภาพหรือเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านงานวิจัยระบบสุขภาพ ด้านการจัดการกองทุน ด้านระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการ ด้านการประกันภัย

- 2.3 ตัวแทนประชาชน ลูกจ้าง ข้าราชการ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ
- 2.4 หัวหน้าฝ่ายงานการเงินและบัญชีกองทุนของสำนักงาน
- 2.5 หัวหน้าฝ่ายงานทะเบียนและสารสนเทศของสำนักงาน
- 2.6 หัวหน้าฝ่ายบริหารงานทั่วไปของสำนักงาน (เป็นกรรมการและเลขานุการ)

3. คณะกรรมการควบคุมกำกับคุณภาพ มาตรฐาน และคุ้มครองผู้มีหลักประกัน (คคมค.) มีอำนาจและความรับผิดชอบในการกำหนดและเสนอความเห็นต่อ คสป. เกี่ยวกับการวางมาตรฐานของหน่วยบริการคู่สัญญา ควบคุมกำกับหน่วยบริการและเครือข่าย (ในส่วนเพิ่มเติมหรือเกื้อหนุนต่อสิ่งที่ดำเนินการโดยสถาบันด้านการรับรองคุณภาพ) กำหนดแนวทางและกระบวนการเยี่ยมสำรวจหน่วยบริการและเครือข่ายคู่สัญญา และร่วมกับคณะอนุกรรมการของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ในการเยี่ยมสำรวจเพื่อประเมินคุณภาพ พิจารณารับรองการรับและยกเลิกหรือถอดถอนการทำสัญญากับสถานพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการคู่สัญญา เพื่อเสนอต่อ คสป. วางหลักเกณฑ์ กลไกและตรวจสอบการพิจารณาเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการบริการและการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ รวมถึงการถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการ พิจารณากรณีร้องเรียนที่มีการใช้บริการข้ามเขตพื้นที่บริการ ตลอดจนปฏิบัติการอื่นตามที่กฎหมายกำหนดรายงานต่อ คสป. คคมค. อาจประกอบด้วย

- 3.1 ผู้แทนจากสภาวิชาชีพ เช่น แพทยสภา ทันตแพทยสภา สภาเภสัชกรรม สภาการพยาบาล คณะกรรมการผู้ประกอบโรคศิลป์ เป็นต้น
- 3.2 กรรมการโดยตำแหน่งจากหน่วยงานของรัฐที่ทำหน้าที่ด้านคุณภาพ และมาตรฐาน เช่น สำนักงานประกันสังคม สื่อมวลชน กองประกอบโรคศิลป์ กระทรวงสาธารณสุข สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
- 3.3 ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านการจัดการคุณภาพในสถานพยาบาล และด้านกฎหมายวิชาชีพสุขภาพและสถานพยาบาล
- 3.4 ตัวแทนของประชาชน ลูกจ้าง ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ และผู้รับสิทธิประโยชน์
- 3.5 เลขาธิการสำนักงานควบคุมกำกับคุณภาพและมาตรฐาน

4. คณะกรรมการอุทธรณ์ (คกอ.) มีอำนาจและความรับผิดชอบในการพิจารณาและเสนอความเห็นต่อ คสป. เกี่ยวกับกรณีข้อร้องเรียนเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ และการบริการ ที่มีผู้ขอให้มีการทบทวนการตัดสินใจของคณะกรรมการหรือหน่วยงานในสังกัดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ ตลอดจนคำวินิจฉัยของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ คกอ. อาจประกอบด้วย

- 4.1 ผู้แทนจากสภาวิชาชีพ เช่น แพทยสภา ทันตแพทยสภา สภาเภสัชกรรม สภาการพยาบาล คณะกรรมการผู้ประกอบโรคศิลปะ
- 4.2 ผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์และสาธารณสุข ของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพของประชาชนด้านการจัดการคุณภาพในสถานพยาบาล ด้านกฎหมายวิชาชีพสุขภาพและสถานพยาบาล
- 4.3 ตัวแทนประชาชน ลูกจ้าง ข้าราชการ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ
- 4.4 เลขาธิการสำนักงานควบคุมกำกับคุณภาพและมาตรฐาน

2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพของประชาชน, สปสพ. (Health Care Financing Administration, HCFA)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพของประชาชน (สปสพ.) ทำหน้าที่เสมือนเป็นสำนักเลขานุการให้แก่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพของประชาชน ซึ่งอาจจัดตั้งเป็นองค์การมหาชน โดยระบบงานและโครงสร้างของสำนักงานควรเป็นองค์กรขนาดกลางที่เน้นหลักประสิทธิภาพ วิธีดำเนินงานอาศัยสมรรถนะที่สูงร่วมกับการจัดจ้างหน่วยงานภายนอกให้ปฏิบัติภารกิจส่วนต่างๆ ตามความจำเป็นได้

บทบาทและภารกิจ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพของประชาชน (สปสพ.) อาจมีบทบาทและภารกิจดังต่อไปนี้

1. เป็นหน่วยงานด้านธุรการให้แก่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพของประชาชน
 2. บริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในส่วนที่มีอำนาจและได้รับมอบหมายตามกฎหมาย
 3. จัดทำระบบทะเบียนประชาชนผู้มีสิทธิทั่วประเทศ
 4. จัดทำระบบทะเบียนผู้ให้บริการ ที่เป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ
- คู่สัญญา
5. จัดสรรงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ (คปพ.) ตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพของประชาชนกำหนด
 6. จัดการระบบสารสนเทศและฐานข้อมูล (Information system and data clearing house) ในด้านต่อไปนี้
 - 6.1. กำหนดมาตรฐานระบบข้อมูลและฐานข้อมูลภายในระบบ
 - 6.2. ประชาชนผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ และประสานฐานข้อมูล

- การเลือกหน่วยบริการคู่สัญญาระดับปฐมภูมิของผู้มีสิทธิของแต่ละพื้นที่
- 6.3. ผู้ให้บริการ อันได้แก่ หน่วยบริการและเครือข่าย ตลอดจนตรวจสอบข้อมูลและประมวลข้อมูลด้านการให้บริการและคุณภาพมาตรฐานของบริการ
 - 6.4. การเบิกจ่ายค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพในพื้นที่บริการต่างๆ รวมถึงการเบิกจ่ายกรณีฉุกเฉินอุบัติเหตุ การใช้บริการข้ามเขต หรือสิทธิประโยชน์อื่นใดตามที่กำหนดไว้
 - 6.5. การรับเรื่องร้องเรียนจากผู้ใช้บริการ ข้อพิพาท ตลอดจนการแก้ไขข้อพิพาทต่างๆ
 7. ประมวลข้อมูลผลงานดำเนินงาน และทำข้อเสนอเพื่อการพัฒนาในระบบหลักประกันสุขภาพ
 8. จัดทำกรอบการใช้งบประมาณของการดำเนินงานเสนอต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพของประชาชน
- ให้มีการสรรหาเลขานุการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพของประชาชน โดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพของประชาชนหรือสภาสุขภาพแห่งชาติ และแต่งตั้งโดยคณะรัฐมนตรี โครงสร้างของสำนักงานและความเชื่อมโยงกับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพของประชาชนอาจเป็นได้ดังภาพที่ 4.1

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

สำนักงานควบคุมกำกับคุณภาพและมาตรฐาน (สกคม.) ทำหน้าที่เป็นสำนักเลขานุการในด้านการประกันคุณภาพภายในระบบหลักประกันสุขภาพและการทบทวนการใช้ทรัพยากรต่างๆ ให้แก่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพของประชาชน ทำงานประสานกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพของประชาชนอย่างใกล้ชิด แต่ไม่ขึ้นตรงแก่กัน

บทบาทและการกิจ

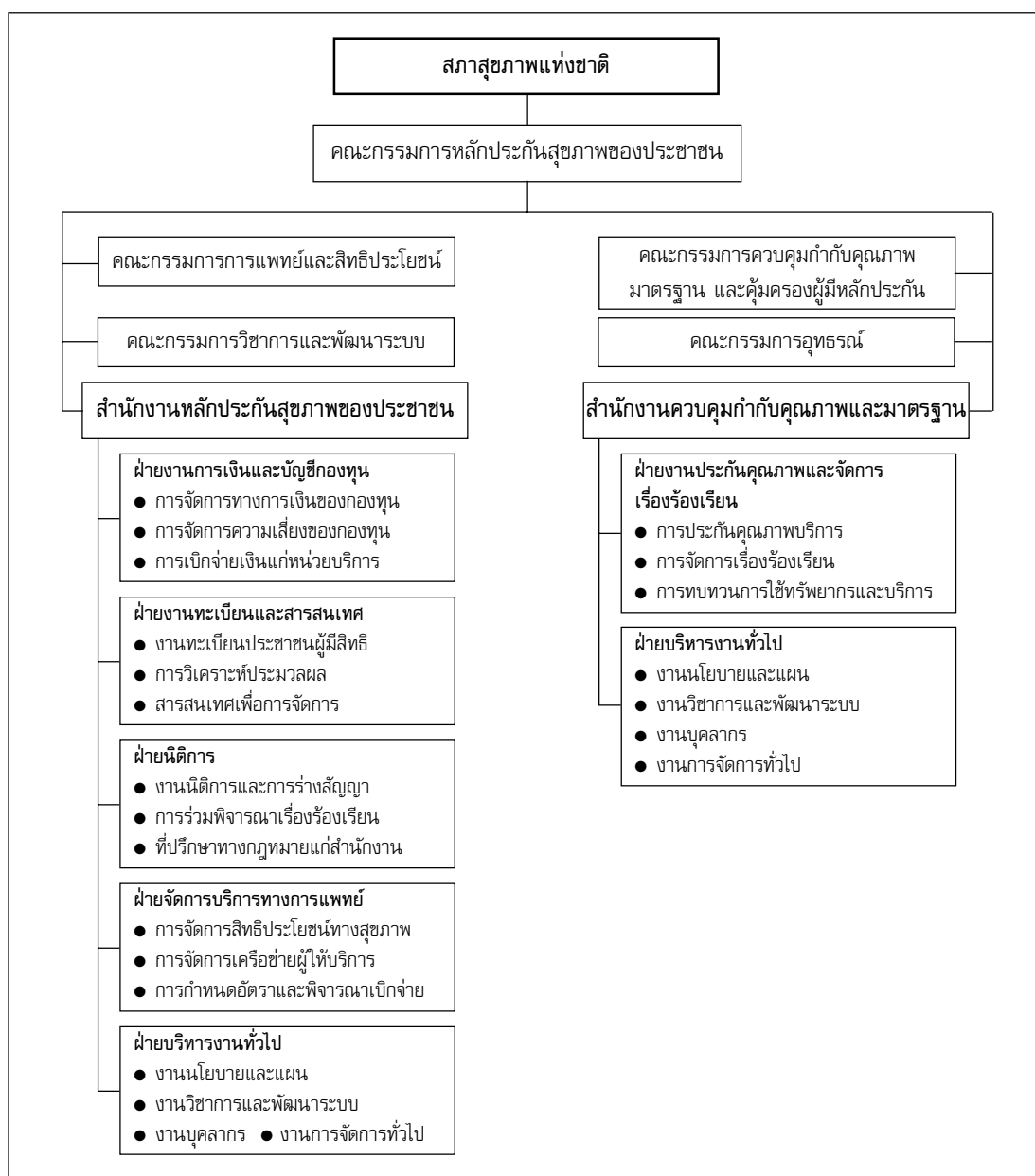
- สกคม. อาจมีบทบาทและการกิจดังนี้
1. ควบคุมและกำกับกลไกการตรวจสอบความถูกต้องของการเบิกจ่าย
 2. ดำเนินกิจกรรมด้านประกันคุณภาพภายในระบบหลักประกันสุขภาพที่ประชาชนได้รับ
 3. รับและพิจารณาเรื่องร้องเรียนทั้งจากผู้มีสิทธิตามระบบหลักประกัน และผู้ให้บริการที่เป็นหน่วยบริการคู่สัญญาโดยเฉพาะในกรณีที่ไม่สามารถดำเนินการได้ที่ระดับพื้นที่

เช่น กรณีการใช้บริการข้ามเขต แต่จะไม่ใช่ผู้เจรจาต่อรองในเรื่องราคากับผู้ให้บริการ

4. รับและพิจารณาเรื่องร้องเรียนที่มีการอุทธรณ์ผลการพิจารณาของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่

สำนักงานมีเลขาธิการเป็นผู้บริหาร ภายใต้โครงสร้างของสำนักงานและความสัมพันธ์กับ สปสช. แสดงได้ดังภาพที่ 4.1

ภาพที่ 4.1 ข้อเสนอตัวอย่างโครงสร้างสำนักงานหลักประกันสุขภาพของประชาชน และสำนักงานควบคุมกำกับคุณภาพและมาตรฐาน



4. คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่, คปพ. (Area purchaser board, APB)

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ (คปพ.) เป็นกลไกอิสระที่มีสำนักงานหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ซึ่งเป็นสาขาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพของประชาชน ทำหน้าที่เป็นเลขานุการ

บทบาทและการกิจ

คปพ. ควรมีบทบาทและการกิจที่สำคัญดังนี้

1. บริหารเงินทุนหลักประกันสุขภาพของพื้นที่ เพื่อให้
 - มีการกระจายความเสี่ยงเพียงพอ
 - เกิดความมั่นคงทางการเงิน
 - เกิดการประหยัดเนื่องจากขนาด (Economy of scale)
2. บริหารและเจรจาต่อรองกับผู้ให้บริการ (Providers) ซึ่งมีความหลากหลาย เพื่อให้
 - มีการลงทะเบียนผู้ให้บริการ ให้มีผู้ให้บริการเสนอให้บริการแก่ประชาชนครอบคลุมทั่วพื้นที่ที่รับผิดชอบ และประชาชนมีทางเลือกในเรื่องผู้ให้บริการและเครือข่ายของผู้ให้บริการ
 - จัดให้มีลงทะเบียนประชาชนกับผู้ให้บริการแต่ละราย
 - กระตุ้นให้เกิดเครือข่ายและการแข่งขันของผู้ให้บริการ
 - จัดระบบเครือข่ายทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ อันรวมถึงการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างผู้ให้บริการ
 - จัดทำระบบฐานข้อมูลให้แก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพของประชาชน
3. ตรวจสอบการปฏิบัติงานและข้อมูลของการให้บริการของผู้ให้บริการในเครือข่าย เพื่อให้
 - มีระบบสารสนเทศที่จำเป็นในการปฏิบัติการ
 - สามารถเป็นปากเสียงแก่ผู้บริโภคอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการมีกลไกในการจัดการเรื่องร้องเรียน
 - มีการประกันคุณภาพ (Quality assurance) และผู้ให้บริการปฏิบัติตามกฎกติกาที่ตกลงกันไว้ และมีการพัฒนาคุณภาพบริการ (Quality improvement)
 - ข้อมูล/รายงานตรงตามข้อเท็จจริง โดยจัดให้มีกลไกในการตรวจสอบข้อมูลการเบิกจ่าย
 - มีการทบทวนการใช้ทรัพยากร (Utilization review) และการทบทวนการ

ใช้ยา (Drug use review)

4. ดำเนินการเบิกจ่าย เพื่อให้
 - มีการเบิกจ่ายแก่ผู้ให้บริการที่รับผิดชอบบริการกลุ่มต่างๆ ได้รับเงินทดแทนตามกติกา แม้ว่าจำนวน/ประเภทของผู้ให้บริการจะมีมาก และธุรกรรมมีความซับซ้อน
 - มีการเบิกจ่ายข้ามเขตตรงตามธุรกรรมและสอดคล้องกับนโยบายของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
 - ใช้ระบบสารสนเทศอ้างอิงการเบิกจ่ายอย่างมีประสิทธิภาพ
5. การวางแผน ประเมิน และพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ เพื่อให้
 - สอดคล้องกับปัญหาและลักษณะเฉพาะของประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบมากที่สุด
 - เชื่อมโยงระบบหลักประกันสุขภาพเข้ากับงานด้านสาธารณสุข (Public-health programs)
 - จัดเตรียมสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมภายใต้แนวทางที่กำหนดไว้ให้ตรงกับความต้องการของพื้นที่

เกณฑ์ในการพิจารณาขนาดและขอบเขตของจำนวนประชากร

1. สามารถรวบรวมความเสี่ยง (Risk pooling) และกระจายความเสี่ยง (Risk diversification) ในกลุ่มประชากรที่มีขนาดใหญ่พอสมควร ซึ่งสัมพันธ์กับกลไกการจ่ายเงิน
 2. มีอำนาจในการต่อรอง มีเครือข่ายของผู้ให้บริการที่สามารถเจรจาด้วยได้มากกว่า 1 ราย
 3. เอื้ออำนวยต่อการให้บริการข้ามเขตในอัตราที่เหมาะสม ซึ่ง คปพ. สามารถทำสัญญากับผู้ให้บริการในเขตข้างเคียง ไม่จำเป็นต้องทำสัญญากับผู้ให้บริการภายในเขตเท่านั้น
 4. คปพ. ควรมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของรัฐบาลท้องถิ่น และตัวแทนจากชุมชน เพื่อลดปัญหาขัดแย้งกับการเมืองระดับท้องถิ่น และแยกตัวออกจากอิทธิพลของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งในระดับท้องถิ่น
 5. สร้างความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลและงานด้านสาธารณสุขในลักษณะที่ไม่ซ้ำซ้อน
 6. ตอบสนองต่อนโยบายการกระจายอำนาจ
 7. คปพ. ควรเป็นหน่วยงานที่มีประสิทธิภาพ และเกิดความประหยัดเนื่องจากขนาด (Economy of scale)
- คปพ. ควรมีขนาดของประชากรที่รับผิดชอบตั้งแต่ 3 ล้านคนขึ้นไป นั่น

หมายความว่าควรจะเป็นหน่วยงานระดับจังหวัดขึ้นไป (ยกเว้นกรุงเทพมหานคร) ในกรณีจังหวัดที่มีประชากรน้อย อาจจัดตั้งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ร่วมกับจังหวัดอื่นๆ ได้ ในเบื้องต้นเห็นว่าอาจมี คปพ. จำนวนไม่เกิน 21 แห่ง

ความสัมพันธ์ของ คปพ. กับสายงานทางสาธารณสุขโดยเฉพาะกระแสข้อมูลและนโยบาย ตลอดจนกระแสเงินและงบประมาณแสดงไว้ในภาพที่ 4.2

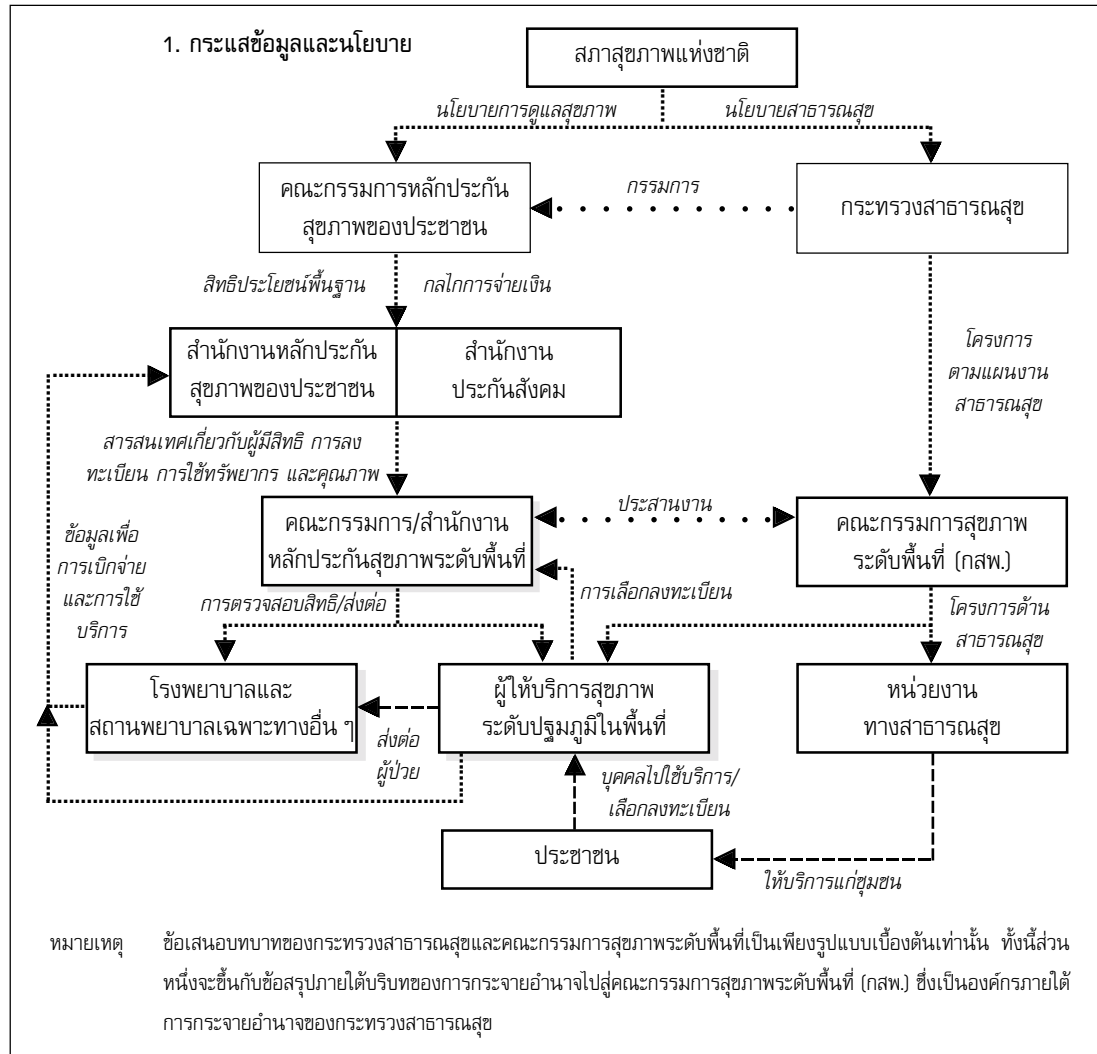
โครงสร้างและองค์ประกอบ

การจัดโครงสร้างของ คปพ. ประกอบด้วยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ และอนุกรรมการจำนวนอย่างน้อย 3 ชุด ได้แก่

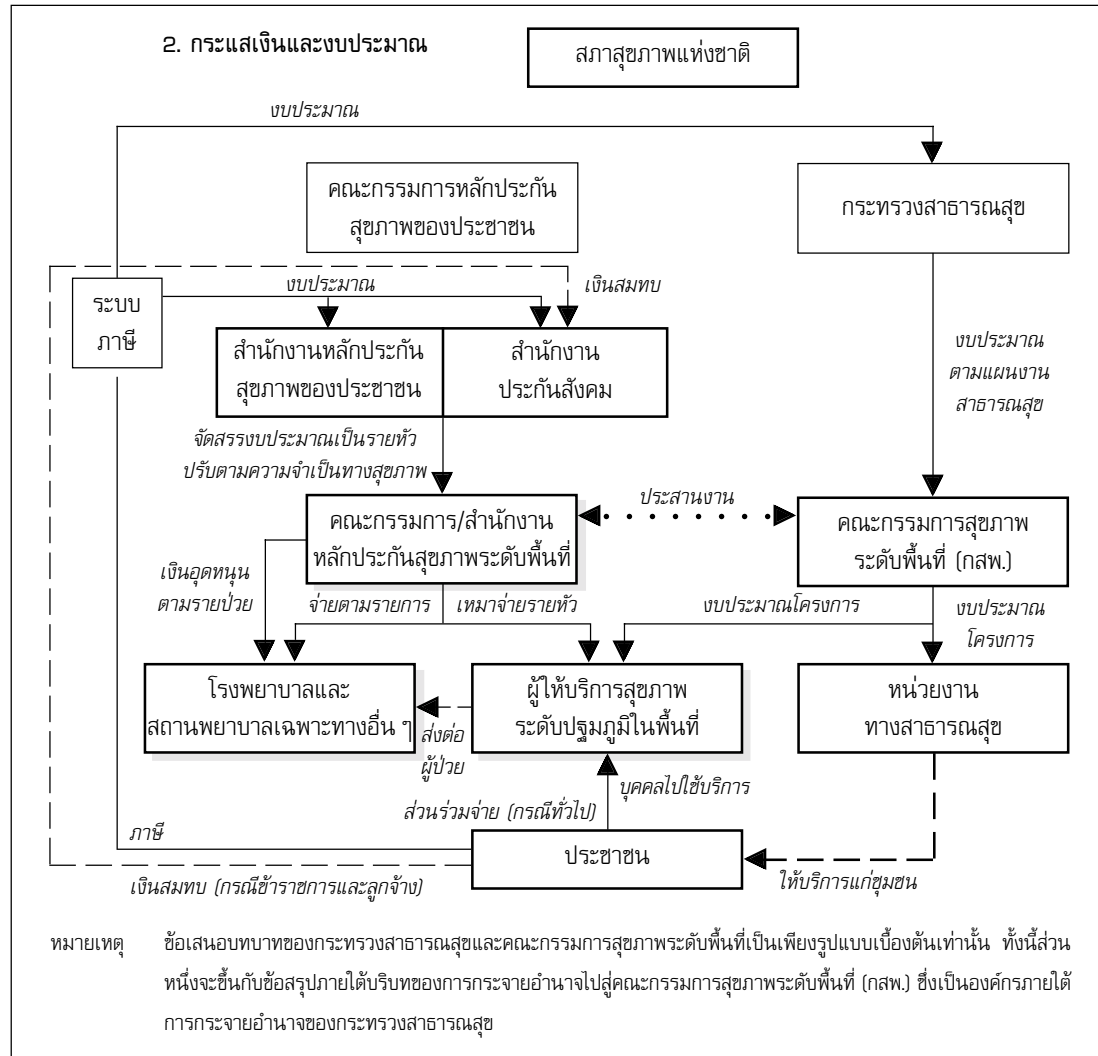
- คณะอนุกรรมการวิชาการ ทำหน้าที่พิจารณาสถิติประโยชน์เพิ่มเติมสำหรับประชาชนในพื้นที่ตามหลักเกณฑ์ที่ คสพ. กำหนด เป็นที่ปรึกษาทางเทคนิค ตลอดจนทำข้อเสนอในการพัฒนาระบบและเครือข่ายบริการ
- คณะอนุกรรมการทบทวนการใช้ทรัพยากร ทำหน้าที่ในการทบทวนความถูกต้องของข้อมูลและความเหมาะสมของการเบิกจ่ายค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนประเภทต่างๆ ของหน่วยบริการคู่สัญญา
- คณะอนุกรรมการมาตรฐานและจัดการเรื่องร้องเรียน ทำหน้าที่ในการเฝ้าตรวจสอบ ตรวจสอบคุณภาพของหน่วยบริการคู่สัญญา รับและพิจารณาดัดสินเรื่องร้องเรียนจากผู้ใช้บริการ ตลอดจนจัดทำงบประมาณเพื่อรองรับค่าใช้จ่ายที่จำเป็นสำหรับประชาชนผู้ร้องเรียนในกระบวนการดังกล่าว

โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ซึ่งเป็นสาขาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพของประชาชนทำหน้าที่เป็นสำนักเลขานุการ ผู้อำนวยการสำนักงานมีหน้าที่ตามกฎหมายในการปฏิบัติตามนโยบายของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ให้เป็นไปตามกรอบแนวทางของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศ ในเบื้องต้นโครงสร้างของ คปพ. ได้แสดงไว้ในภาพที่ 4.3

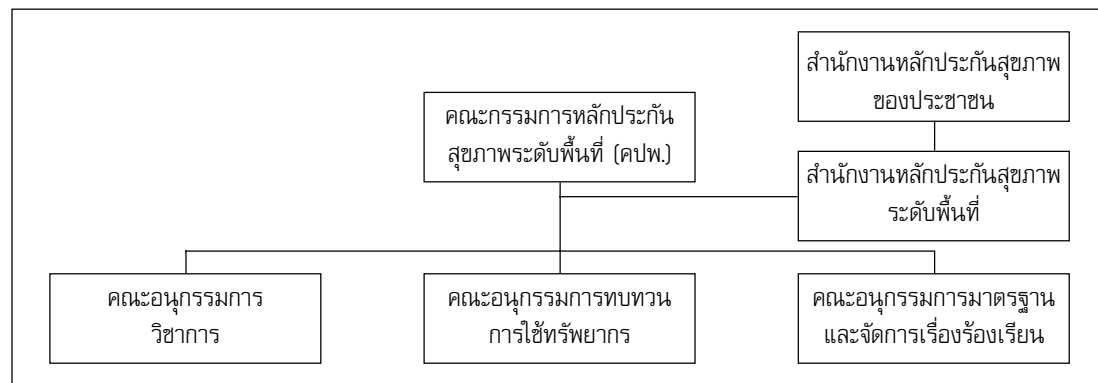
ภาพที่ 4.2 การจัดระบบเพื่อการซื้อบริการระดับพื้นที่และความสัมพันธ์กับงานสาธารณสุข



ภาพที่ 4.2 การจัดระบบเพื่อการซื้อบริการระดับพื้นที่และความสัมพันธ์กับงานสาธารณสุข (ต่อ)



ภาพที่ 4.3 โครงสร้างองค์กรของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ (คปพ.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่



องค์ประกอบของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ อาจประกอบด้วยกรรมการจำนวน 14 คน ได้แก่

1. ตัวแทนของส่วนราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ จำนวน 2 คน
2. ตัวแทนภาคประชาชน
 - 2.1 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 4 คน
 - 2.2. ผู้แทนประชาชน จำนวน 3 คน
3. ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการคัดเลือกใน 4 สาขา เลือกโดยกลุ่มตัวแทนภาคประชาชน เช่น ด้านการแพทย์ ด้านกฎหมาย ด้านสาธารณสุข ด้านประกันสุขภาพ
4. ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ เป็นเลขานุการของคณะกรรมการ

โดยกรรมการที่ได้รับการสรรหาจะมีวาระการดำรงตำแหน่งไม่เกิน 4 ปี และจะดำรงตำแหน่งเกินกว่า 2 วาระติดต่อกันไม่ได้ ประธานกรรมการเลือกจากตัวแทนภาคประชาชนโดยห้ามผู้ที่มีตำแหน่งบริหารหรือเจ้าของสถานพยาบาลผู้ให้บริการเป็นกรรมการ

บทวิเคราะห์ที่ 4.1

การทำงานร่วมกันของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ (คปพ.) และคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.)

การทำงานในระบบสุขภาพมีความจำเป็นที่บริการสุขภาพส่วนบุคคล (Personal healthcare) เช่น การดูแลรักษาโรค การให้วัคซีนสำหรับเด็ก การให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วย และบริการด้านสาธารณสุข (Public health services) เช่น งานอนามัยโรงเรียน งานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม งานโภชนาการ จะต้องมีการประสานกันอย่างใกล้ชิดเพื่อสร้างสุขภาพที่ดีให้กับสมาชิกของชุมชน

ด้วยเหตุดังกล่าว ทำให้มีทางเลือกในการจัดโครงสร้างของการทำงานภายใต้บริบทของการกระจายอำนาจ ว่างานด้านการคลังสาธารณสุขและงานที่ทำหน้าที่ด้านการบริการทางสาธารณสุข จะมีการประสานกันได้อย่างไร ซึ่งสามารถทำได้ในระดับนโยบาย (Policy) ระบบงาน (System) องค์กร (Organization) และการปฏิบัติ (Practice)

การวางโครงสร้างภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามภาพที่ 4.2 ข้างต้น เป็นการทำงานที่มีการประสานที่ระดับนโยบาย มีการแยกโครงสร้างและการดำเนินงานระดับระบบงานและองค์กร ระหว่างการเงินการคลัง และการจัดการของการดูแลสุขภาพบุคคลและบริการทางสาธารณสุข เพื่อประโยชน์เรื่องกำหนดความรับผิดชอบและการตรวจสอบ (Accountability) ซึ่งหน่วยงานระดับพื้นที่ได้แก่ คปพ. และ กสพ. โดยมีการทำงานประสานกัน ในขณะที่ระดับปฏิบัติจะมีการทำงานร่วมกันอีกครั้งโดยการใช้องค์กรผู้ให้บริการเดียวกัน

คปพ. จะได้รับงบประมาณเป็นลักษณะเงินอุดหนุนทั่วไปจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพของประชาชน โดยคิดตามรายหัวของประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบดูแล เพื่อจัดตั้งเป็นกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ โดยมีระเบียบและกฎเกณฑ์ในการจัดการทางการเงินตามแนวทางที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพของประชาชนกำหนด ซึ่งกองทุนจะมีการจัดการในการใช้จ่ายเพื่อสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพของประชาชนอย่างน้อย 2 ส่วน คือ (1) เงินทุนสำหรับสิทธิประโยชน์พื้นฐานทางสุขภาพที่เป็นมาตรฐานของประเทศ ซึ่งเป็นเงินส่วนใหญ่ และ (2) เงินทุนสำหรับสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพที่ คปพ. สามารถพิจารณาจัดสรรให้กับบริการหรือเพื่อซื้อบริการอื่นที่เป็นความต้องการเฉพาะของแต่ละพื้นที่ได้



บทที่ 5

85

กลไกการจ่ายเงินและกลไกการตรวจสอบ

1. หลักการ

ระบบและกลไกการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการทางสุขภาพ ควรมีหลักการที่สำคัญ ดังนี้

1. สอดคล้องกับเป้าหมายของการสร้างหลักประกันสุขภาพของประเทศ
2. ใช้รูปแบบวิธีการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการผสมผสานร่วมกันหลายวิธีที่เหมาะสมกับการใช้ทรัพยากร โดยเน้น
 - การกระตุ้นผู้ให้บริการในการเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพของการให้บริการ และการบริหารจัดการ
 - การสร้างความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการในระดับที่ยอมรับได้สำหรับคนในสังคม
 - การเอื้อต่อการพัฒนาบริการให้เกิดความต่อเนื่อง ใกล้เคียง ตลอดจนได้ รับความสะดวกตามสมควรในการใช้บริการข้ามเขต
 - การเอื้อให้มีการส่งต่อผู้ป่วยเท่าที่จำเป็นด้วยเหตุผลทางการแพทย์เท่านั้น จะไม่ลดหรือเพิ่มแรงจูงใจทางการเงินให้ส่งต่อน้อยหรือมากกว่าที่ควร
 - การสนับสนุนให้เกิดบริการแบบองค์รวมและมีบูรณาการ คือมีบริการทั้ง ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพในบริบทที่เหมาะสม
 - การลดความซับซ้อนของวิธีการจ่าย และการจัดการข้อมูลเพื่อการเบิกจ่าย ทั้งต่อผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ
3. ให้มีส่วนร่วมจ่ายของผู้ใช้บริการ ณ จุดการใช้บริการในระดับหนึ่ง เพื่อลด ทอนปัญหาการใช้บริการที่ไม่จำเป็น โดยไม่เป็นอุปสรรคทางการเงินต่อการเข้าถึงบริการ
4. สร้างระบบฐานข้อมูลของผู้มีสิทธิเพื่อการจัดสรรทรัพยากร และฐานข้อมูล ของการใช้บริการและทรัพยากร ตลอดจนรูปแบบการเบิกจ่ายสำหรับการวางแผนด้าน การเงินการคลังทางสุขภาพและการติดตามตรวจสอบประสิทธิภาพ คุณภาพของผู้ให้บริการ
5. การพัฒนากลไกตรวจสอบการเบิกจ่ายและการให้บริการ
6. การสร้างความรับผิดชอบของเครือข่ายบริการต่อการดูแลสุขภาพของ ประชาชนในระยะยาว

2. องค์ประกอบของระบบและกลไกการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการ

การวางระบบและกลไกการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการในทางปฏิบัติควรมุ่งตอบคำถามต่อไปนี้คือ จ่ายสำหรับอะไร จ่ายให้กับใคร จ่ายอย่างไร จ่ายเท่าไร และกำกับการจ่ายอย่างไร

จ่ายสำหรับอะไร: จัดกลุ่มของบริการสุขภาพ

การจ่ายค่าตอบแทนและการอุดหนุนผู้ให้บริการจะต้องมีการกำหนดกรอบของสิทธิประโยชน์ที่อยู่ในความคุ้มครองภายใต้หลักประกันสุขภาพว่า ประกอบด้วยบริการสุขภาพอะไรบ้าง ตลอดจนจัดชุดบริการดังกล่าวเป็นกลุ่มๆ โดยพิจารณาปัจจัยต่อไปนี้

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

การจัดกลุ่มของบริการสุขภาพส่วนบุคคล (Personal healthcare) ที่อาจใช้เป็นต้นแบบเพื่อการพิจารณาขอบเขตของสิทธิประโยชน์และความคุ้มครอง ได้แก่

1. กลุ่มบริการสุขภาพทั่วไป (บริการกลุ่ม A และ B) ได้แก่ บริการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมถึงยาและเวชภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีการจัดบริการในลักษณะของ (A) บริการในสถานพยาบาลเป็นผู้ป่วยนอก (Ambulatory care) หรือในลักษณะบริการเชิงรุกในชุมชน (Community care) หรือ (B) บริการผู้ป่วยใน (Inpatient care) ที่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานและไม่มีภาระบัพัโดยเฉพาะในกลุ่มบริการอื่น
2. กลุ่มบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (บริการกลุ่ม C) ได้แก่ บริการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ที่มีการระบุประเภทและชนิดของบริการไว้โดยเฉพาะ ทั้งนี้ควรเป็นบริการที่มีรูปธรรม และสามารถหาหลักฐานในการปฏิบัติที่ชัดเจน
3. กลุ่มบริการทันตกรรม (บริการกลุ่ม D) ได้แก่ บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และรักษาโรคของช่องปากและฟัน
4. กลุ่มบริการอนามัยแม่และเด็ก (บริการกลุ่ม E) ได้แก่ บริการฝากครรภ์ การดูแลก่อนคลอด การคลอด การดูแลหลังคลอดทั้งแม่มารดาและทารก บริการคลินิกเด็กดี



ในเด็กกลุ่มอายุต่างๆ มีการจัดการให้บริการในสถานพยาบาลในลักษณะผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ตลอดจนการเข้าไปให้บริการดังกล่าวแก่บุคคลเชิงรุกในชุมชน

5. กลุ่มบริการฉุกเฉินและการส่งต่อกรณีฉุกเฉิน (บริการกลุ่ม F) ได้แก่ บริการทางสุขภาพเพื่อการช่วยเหลือปัญหาทางสุขภาพและอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นโดยฉับพลันและต้องได้รับการดูแลโดยด่วน

6. กลุ่มบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงหรือบริการเฉพาะทาง (บริการกลุ่ม G) ได้แก่ บริการสุขภาพที่ส่วนมากจะเป็นการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูงมาก หรือต้องใช้เทคโนโลยีตลอดจนเครื่องมือแพทย์ที่มีราคาแพง ต้องการความเชี่ยวชาญโดยเฉพาะในการดูแลรักษาเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ดี ซึ่งรวมถึงบริการด้านสุขภาพจิต และค่าใช้จ่ายสำหรับยารักษาโรคเรื้อรังบางโรค ทั้งหมดนี้อาจจำเป็นต้องมีการกำหนดผู้ให้บริการ ประเภทของโรคหรือบริการที่อยู่ในกรณีนี้ ตลอดจนค่าตอบแทนไว้โดยเฉพาะ

7. กลุ่มบริการดูแลฟื้นฟูสุขภาพระยะยาว (บริการกลุ่ม H) ได้แก่ บริการรักษาพยาบาลพื้นฐานและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ต้องให้กับผู้รับบริการในระยะยาวอันเนื่องมาจากธรรมชาติความเรื้อรังของโรคหรือสภาวะตามอายุขัย ที่ทำให้เกิดความพิการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีผลให้ไม่สามารถใช้ชีวิตโดยอิสระหรือช่วยเหลือตนเองได้

8. กลุ่มบริการข้ามเขต (บริการกลุ่ม T) ได้แก่ บริการรักษาทางสุขภาพทั่วไปที่ประชาชนใช้บริการนอกเขตพื้นที่ของผู้ให้บริการหรือระบบประกันสุขภาพที่ตนลงทะเบียนขอใช้บริการไว้

9. กลุ่มบริการยกเว้น (บริการกลุ่ม X) ได้แก่ บริการทางสุขภาพที่ไม่มีความจำเป็นพื้นฐานสำหรับการสร้างสุขภาพ บริการที่เป็นไปเพื่อการเสริมความงาม บริการเพื่อช่วยเหลือผู้มีบุตรยาก บริการที่ยังอยู่ในขั้นทดลองหรือยังไม่มีหลักฐานเป็นที่ประจักษ์ชัด หรือได้การยอมรับว่าเป็นบริการที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ ตลอดจนบริการทางสุขภาพอื่นๆ ที่เห็นสมควรให้ยกเว้นจากชุดสิทธิประโยชน์ด้วยเหตุที่จะทำให้ระบบไม่สามารถอยู่รอดได้เนื่องจากความจำกัดทางทรัพยากร

การจ่ายเงินในระบบหลักประกันสุขภาพต้องครอบคลุมต้นทุนดังต่อไปนี้

1. ค่าวัสดุ (Material cost) ทั้งในส่วนค่าวัสดุทางการแพทย์ เช่น ยาและเวชภัณฑ์ ตลอดจนวัสดุอื่นๆ ที่จำเป็นต่อการจัดและการให้บริการ
2. ค่าแรง (Labor cost) ได้แก่ ค่าแรงบุคลากรทางการแพทย์ บุคลากรที่ให้บริการสนับสนุน และบุคลากรด้านการบริหารจัดการ
3. ค่าเสื่อมราคาของการลงทุน (Capital cost) ได้แก่ การขดเขยค่าเสื่อมราคาของอาคารสิ่งก่อสร้าง ครุภัณฑ์ ตลอดจนเครื่องมือแพทย์ต่างๆ เพื่อให้สถานพยาบาล

สามารถจัดหาปัจจัยเหล่านี้มาทดแทนเพื่อให้บริการต่อไปได้เมื่อหมดอายุการใช้งาน

จ่ายให้กับใคร: จัดระดับของการบริการ

อาจกล่าวได้ว่า การจ่ายเงินค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนแก่ผู้ให้บริการจำเป็นต้องคำนึงถึงประเภทของกลุ่มบริการที่ผู้ให้บริการจะได้รับ หากมองในด้านการจัดเครือข่ายบริการสัมพันธ์กับวิธีการจ่ายเงิน ทำให้จัดผู้ให้บริการได้เป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ (ดูตัวอย่างผู้ให้บริการตามกลุ่มบริการ ในตารางที่ 5.1)

1. **หน่วยบริการคู่สัญญาระดับปฐมภูมิ (Primary care unit, PCU)** คือ ผู้ให้บริการที่ให้บริการกลุ่มบริการทางสุขภาพทั่วไปกรณีผู้ป่วยนอก (A) เป็นหลัก อาจมีบริการกลุ่มอื่นที่ไม่ใช่บริการผู้ป่วยในมาเสริมได้ PCU มีพื้นที่บริการ (Catchment area) ที่ชัดเจน และเป็นหน่วยบริการที่ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพต้องเลือกขึ้นทะเบียนเพื่อเป็นหน่วยบริการประจำตัว โดยเฉพาะกรณีที่ใช้ระบบเงินอุดหนุนแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) หน่วยบริการอาจทำสัญญาเพียงรายเดียวซึ่งเป็นหน่วยงานที่เป็นผู้ทำสัญญาหรืออาจจัดเป็นเครือข่ายของการบริการก็ได้

2. **หน่วยบริการคู่สัญญาระดับทุติยภูมิ (Secondary care unit, SCU)** คือ ผู้ให้บริการที่ให้บริการกลุ่มบริการทางสุขภาพทั่วไปกรณีผู้ป่วยใน (B) เป็นหลัก ซึ่งอาจได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย รวมถึงโรงพยาบาลเอกชนต่างๆ ที่สนใจสมัครเข้าร่วมเครือข่ายการบริการ SCU จะรับผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจาก PCU เพื่อเข้ารับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยใน

3. **หน่วยบริการคู่สัญญาระดับตติยภูมิ (Tertiary care unit, TCU)** คือ ผู้ให้บริการที่เป็นบริการเฉพาะทาง ต้องใช้เทคโนโลยีและค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูง TCU นี้ อาจเป็นโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยหรือสถาบันที่ดูแลรักษาโรคเฉพาะทางต่างๆ

4. **ร้านยาเครือข่ายคู่สัญญา (Network pharmacy)** คือ ร้านยาอิสระที่เข้าร่วมเครือข่ายการบริการ ซึ่งผ่านการประเมินและรับรองคุณภาพแล้ว

การแยกหน่วยบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิไม่ให้เป็นเครือข่ายเดียวกันดังเช่นการจัดเครือข่ายในระบบประกันสังคม เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนเลือก (Choice) ที่จะไปใช้บริการในระดับทุติยภูมิ โดยไม่ขึ้นกับบริการระดับปฐมภูมิ เป็นการสร้างสมดุลอำนาจการต่อรองระหว่างผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิและผู้ให้บริการระดับทุติยภูมิ ไม่ให้เกิดการผูกขาดโดยผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิหรือผู้ให้บริการระดับทุติยภูมิโดยเฉพาะ

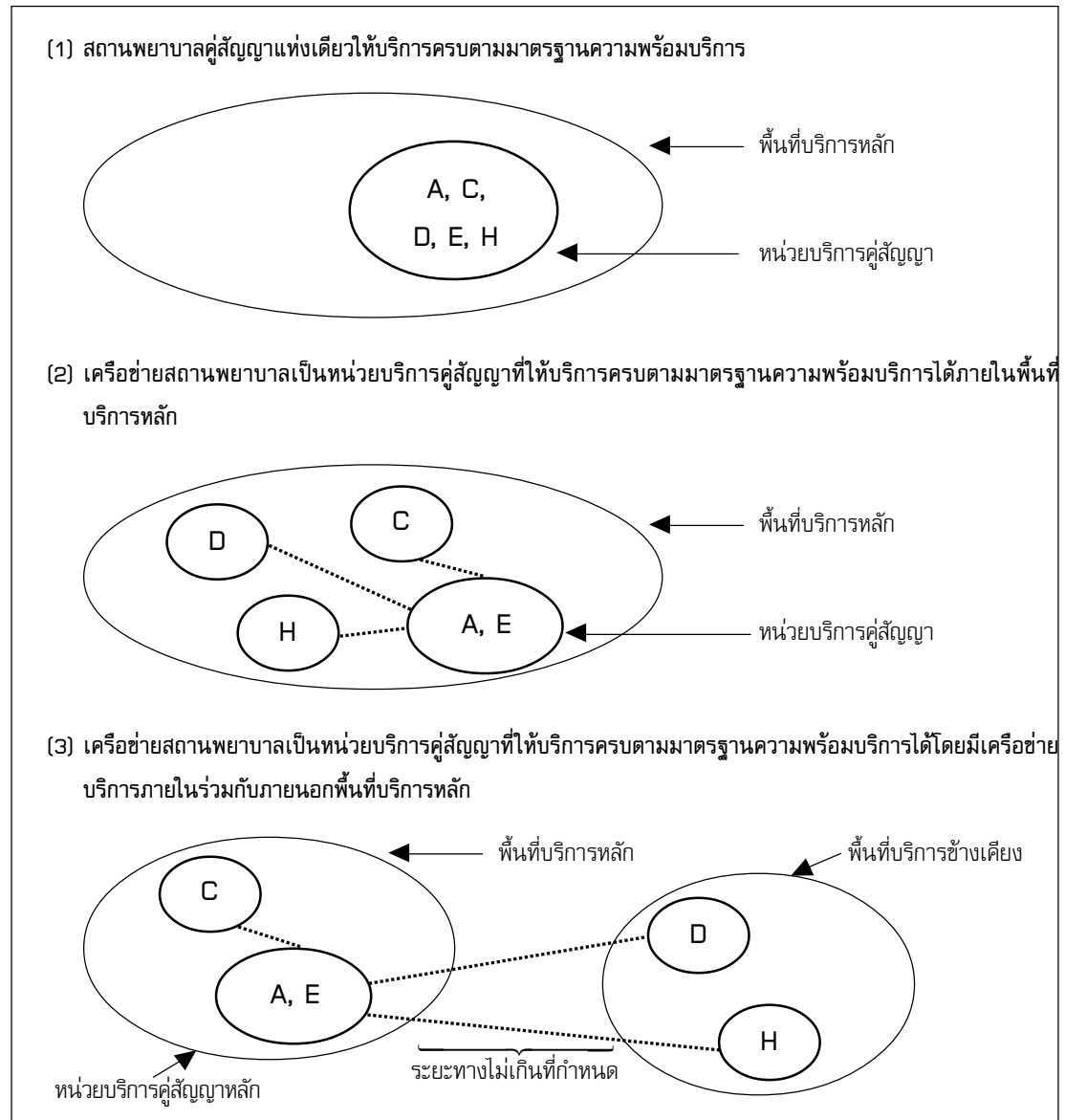
การจัดระบบเครือข่ายการบริการ โดยเฉพาะหน่วยบริการคู่สัญญาระดับปฐมภูมิ อาจจัดได้ 3 ลักษณะ โดยยึดพื้นที่บริการ (Catchment area) ที่ประชาชนในพื้นที่เขตนั้นๆ ลงทะเบียนหรือมีภูมิลำเนาอยู่ ดังแสดงในภาพที่ 5.1 คือ

ตารางที่ 5.1 ตัวอย่างผู้ให้บริการตามกลุ่มของบริการ

กลุ่มของบริการ	ตัวอย่างผู้ให้บริการ	เงื่อนไขบางประการที่สำคัญ
A. กลุ่มบริการสุขภาพทั่วไป: กรณีผู้ป่วยนอก	● โรงพยาบาลของรัฐและเอกชน ● โรงพยาบาลชุมชนและเครือข่ายสถานอนามัย ● เครือข่ายของคลินิกเอกชน ● (ร้านยา)	● มาตรฐานและข้อกำหนดด้านความพร้อมของบริการ ● มาตรฐานเครือข่าย
B. กลุ่มบริการสุขภาพทั่วไป: กรณีผู้ป่วยใน	● โรงพยาบาลของรัฐ ● โรงพยาบาลของเอกชน	● มาตรฐานความพร้อมของบริการการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย
C. กลุ่มบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	● โรงพยาบาลของรัฐและเอกชน ● โรงพยาบาลชุมชนและเครือข่ายสถานอนามัย ● เครือข่ายของคลินิกเอกชน ● (ร้านยา)	● มาตรฐานร่วมกับกลุ่ม A
D. กลุ่มบริการทันตกรรม	● โรงพยาบาลของรัฐและเอกชน ● คลินิกทันตแพทย์	● มีมาตรฐานกำหนด ● แยกสัญญาณกับกลุ่ม A, B
E. กลุ่มบริการอนามัยแม่และเด็ก	● เช่นเดียวกับกลุ่ม C	● มาตรฐานความพร้อมในการบริการอนามัยแม่และเด็ก
F. กลุ่มบริการฉุกเฉินและการส่งต่อกรณีฉุกเฉิน	● โรงพยาบาลของรัฐและเอกชน ● สถานอนามัย	● ขอบเขตของบริการฉุกเฉิน
G. กลุ่มบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงหรือบริการเฉพาะทาง	● โรงพยาบาลของรัฐและเอกชนคู่สัญญา ● (ร้านยา)	● มาตรฐานเฉพาะทาง ● การทำสัญญาเฉพาะด้านกับสถานพยาบาล
H. กลุ่มบริการการดูแลฟื้นฟูสุขภาพระยะยาว	● สถานพยาบาลพักฟื้น ● บริการการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home healthcare)	● มาตรฐานสถานพยาบาลพักฟื้นและบริการการดูแลที่บ้าน
T. กลุ่มบริการข้ามเขต	● สถานพยาบาลของรัฐและเอกชนคู่สัญญากับระบบหลักประกันสุขภาพ ที่อยู่นอกพื้นที่บริการที่ประชาชนลงทะเบียนไว้	● มาตรฐานการใช้บริการและการให้บริการกรณีข้ามเขต

1. หน่วยบริการแห่งเดียวให้บริการครบตามมาตรฐานความพร้อมบริการ
2. เครือข่ายสถานพยาบาลเป็นหน่วยบริการคู่สัญญาที่ให้บริการครบตามมาตรฐานความพร้อมบริการได้ภายในพื้นที่บริการหลัก
3. เครือข่ายสถานพยาบาลเป็นหน่วยบริการคู่สัญญาที่ให้บริการครบตามมาตรฐานความพร้อมบริการได้โดยมีเครือข่ายบริการทั้งภายในและภายนอกพื้นที่บริการหลัก แต่หน่วยบริการคู่สัญญาหลักต้องอยู่ภายในพื้นที่บริการหลัก

ภาพที่ 5.1 ลักษณะของเครือข่ายบริการสุขภาพที่เข้าข่ายมาตรฐานการจัดการบริการตามสัญญาการจ่ายเงิน



จ่ายอย่างไร: กำหนดวิธีการจ่ายเงินที่เหมาะสม

วิธีการจ่ายเงินค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนแก่ผู้ให้บริการ และการจัดระบบเงินทุนเป็นองค์ประกอบของกลไกการจ่ายเงินที่จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การให้บริการและการกระจายและส่งผ่านความเสี่ยงภายในกองทุนเป็นอย่างมาก กลุ่มบริการแต่ละกลุ่มควรจะใช้วิธีการจ่ายแตกต่างกันไป ซึ่งได้แสดงรายละเอียดไว้ในตารางที่ 5.2

โดยสรุปอาจกล่าวได้ว่าวิธีการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการที่น่าจะนำมาใช้อาจประกอบด้วย 7 รูปแบบ ได้แก่

1. การเหมาจ่ายรายหัวปรับตามความเสี่ยง (**Risk-adjusted capitation**) สำหรับบริการสุขภาพทั่วไปกรณีผู้ป่วยนอก (บริการกลุ่ม A)

ปัจจัยที่ควรนำมาใช้ในการปรับความเสี่ยงของกลุ่มประชากร ได้แก่ 1) เพศ 2) อายุ 3) พื้นที่ และ 4) ความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ทั้งนี้โดยมีการหักส่วนเงินค่าตอบแทนจำนวนเล็กน้อยเมื่อมีการส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล (*Admission toll*)

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

ในระยะเริ่มต้นอาจนำมาใช้เฉพาะในเรื่องยาและเวชภัณฑ์ของโรคเรื้อรังเป็นบางโรคก่อน เช่น เบาหวาน วัณโรค เป็นต้น ยาและเวชภัณฑ์สำหรับความเจ็บป่วยแบบเฉียบพลันของบริการผู้ป่วยนอกจะรวมอยู่ในการเหมาจ่ายเป็นรายหัวสำหรับสถานพยาบาลก่อน

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

ปัจจัยที่สมควรนำมาปรับอัตราการเบิกจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมอีก ได้แก่

1) ที่ตั้งของโรงพยาบาล เช่น นอกเมืองหรือในเมือง หรือเขตพื้นที่ ซึ่งจะมีผล

ตารางที่ 5.2 วิธีการจ่ายค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนการให้บริการสุขภาพ

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

ต่อต้านทุนการดำเนินการ

- 2) การมีการจัดการเรียนการสอนหรือฝึกอบรมนักศึกษาแพทย์หรือแพทย์ประจำบ้าน เช่น จำนวนแพทย์ประจำบ้านต่อเตียง เป็นต้น

การจ่ายเงินตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมและงบประมาณรวมมาปฏิบัติ อาจวางแผนการเปลี่ยนผ่านจากการจ่ายตามที่เรียกเก็บเป็นระยะได้ อิงตามโครงสร้างต้นทุนที่ผ่านมาเพื่อให้สถานพยาบาลปรับตัวได้ เช่น

ปีที่ 1 จ่ายตามที่เรียกเก็บ ร้อยละ 80

กันเงินไว้จ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ร้อยละ 20

ปีที่ 2 จ่ายตามที่เรียกเก็บ ร้อยละ 50

กันเงินไว้จ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ร้อยละ 50

ปีที่ 3 จ่ายตามที่เรียกเก็บ ร้อยละ 20

กันเงินไว้จ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ร้อยละ 80

ปีที่ 4 จ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมทั้งหมด

4. การจ่ายเป็นรายวัน (**Per-diem payment**) สำหรับกรณีผู้ป่วยในที่เกิดขอบเขตของการจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ครอบคลุมต้นทุนค่าวัสดุและค่าแรงเป็นหลัก

5. การเหมาจ่ายรายหัวปรับอัตราตามกลุ่มอายุ (**Age-adjusted capitation**) สำหรับบริการพื้นฐานทางทันตกรรม

6. การจ่ายตามรายการอัตราค่าบริการ (**Fee schedule**) สำหรับกลุ่มบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (C) กลุ่มบริการทันตกรรมที่เป็นหัตถการ (D) กลุ่มบริการอนามัยแม่และเด็ก (E) กลุ่มบริการฉุกเฉินและส่งต่อ (F) G, H

7. การจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นรายวัน (**Per-diem**) เหมาจ่ายสำหรับกลุ่มบริการการดูแลระยะยาว

ประเด็นที่ต้องพิจารณาอีกประการที่สำคัญคือ การส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล (Inpatient referral) ว่า จะพิจารณาการหักส่วนเงิน (Deduction) จากยอดเงินที่ต้องจ่ายให้กับสถานพยาบาลผู้ส่งหรือไม่อย่างไร ซึ่งกฎเกณฑ์ดังกล่าวยังไม่มีกฎเกณฑ์ใดๆ วางไว้ชัดเจน ยกเว้นกรณีที่ได้รับเข้าโรงพยาบาลในระยะสั้นกว่าพักวันนอนเฉลี่ยของแต่ละกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่อัตราค่าตอบแทนจะลดลงตามส่วน

นอกจากนี้จะต้องมีข้อกำหนดที่ชัดเจนเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมจ่ายของผู้ให้บริการในแต่ละกรณี (ถ้ามี) ตลอดจนภาระการจ่ายชดเชยจำนวนเงินที่ผู้ให้บริการเรียกเก็บส่วนที่ขาดไปโดยผู้ให้บริการ (Balance billing) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับรายละเอียดของวิธีการจ่ายที่ใช้และอัตราการจัดจ่าย

บทวิเคราะห์ที่ 5.1

การคิดส่วนหักหน่วยบริการคู่สัญญาระดับปฐมภูมิ กรณีการส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล

การจ่ายเงินอุดหนุนสำหรับบริการผู้ป่วยนอกแบบเหมาจ่ายรายหัวแก่หน่วยบริการคู่สัญญา ระดับปฐมภูมิทำให้มีแรงจูงใจในการส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล เพื่อลดค่าใช้จ่ายในส่วนของผู้ป่วยนอกที่ต้องรับผิดชอบ การคิดส่วนหักสำหรับการส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล (Admission toll) สำหรับหน่วยบริการคู่สัญญาจะมีส่วนช่วยลดแรงจูงใจดังกล่าวได้ในระดับหนึ่ง หลักการของการคิดส่วนหักดังกล่าวมีดังนี้

1. เมื่อมีการส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยในแต่ละราย คิดส่วนหัก (Admission toll) ในอัตราคงที่อัตราหนึ่งจากบัญชีเงินเหมาจ่ายของหน่วยบริการคู่สัญญาระดับปฐมภูมิ
2. ส่วนหักที่ได้รวมเป็น “กองทุนส่วนหัก” ของเขตพื้นที่ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่
3. เมื่อสิ้นปี มีการรวบรวมเงิน แล้วจ่ายเป็นเงินส่วนจ่ายคืน (Non-admission refund) กลับสู่หน่วยบริการคู่สัญญาในระดับปฐมภูมิในสัดส่วนผกผันกับอัตราการส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยในบรณฐานของประชากรที่ลงทะเบียนของหน่วยบริการแต่ละแห่ง (Admission rate)

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

เมื่อ $A_{\max}$ = Admission rate ที่สูงที่สุด

A_i = Admission rate ของหน่วยบริการ i

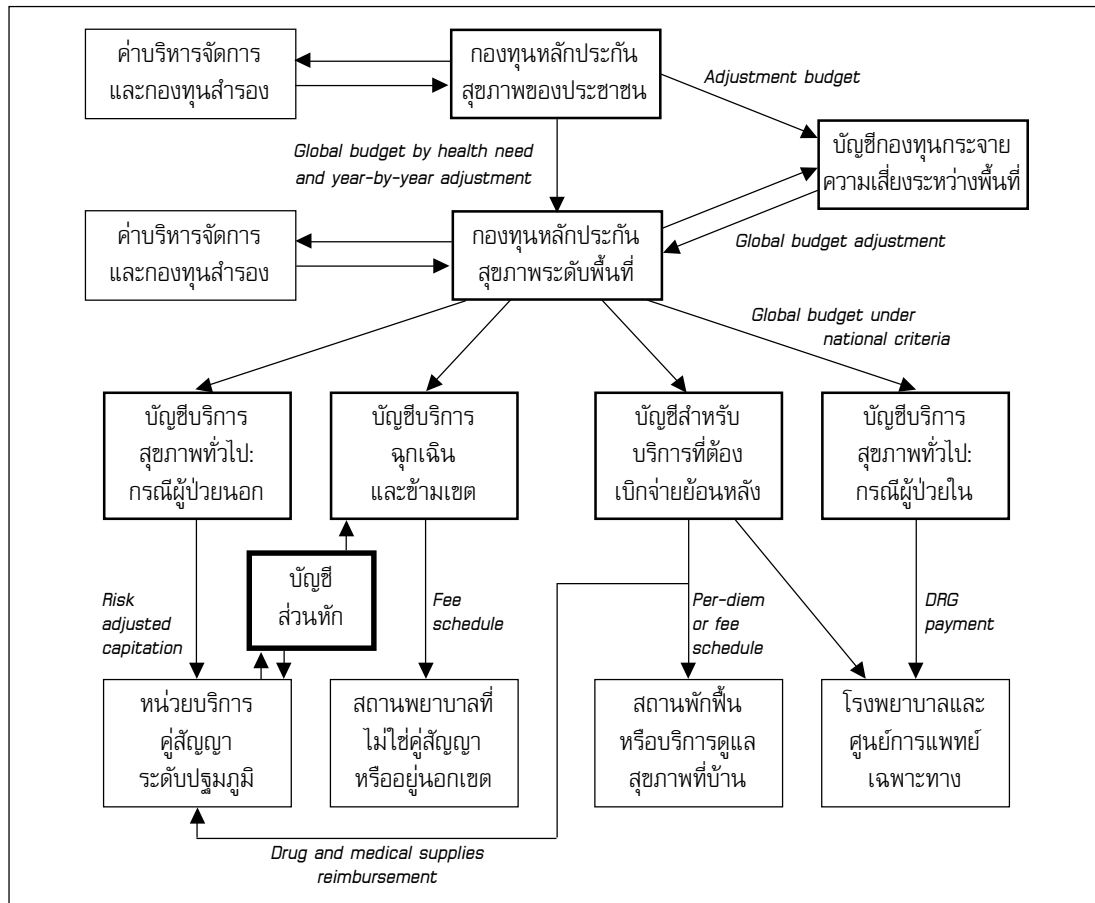
A_{avg} = Admission rate เฉลี่ยของกองทุน

B_{total} = จำนวนผู้มีสิทธิทั้งหมด

B_i = จำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการ i

กรอบการจัดระบบเงินทุนและบัญชีหน่วยบริการคู่สัญญาในเบื้องต้นสามารถแสดงได้ดังภาพที่ 5.2

ภาพที่ 5.2 การจัดระบบเงินทุนและบัญชีของหน่วยบริการคู่สัญญา



การจัดสรรเงินให้แก่กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ควรเป็นไปตามปัจจัยต่อไปนี้

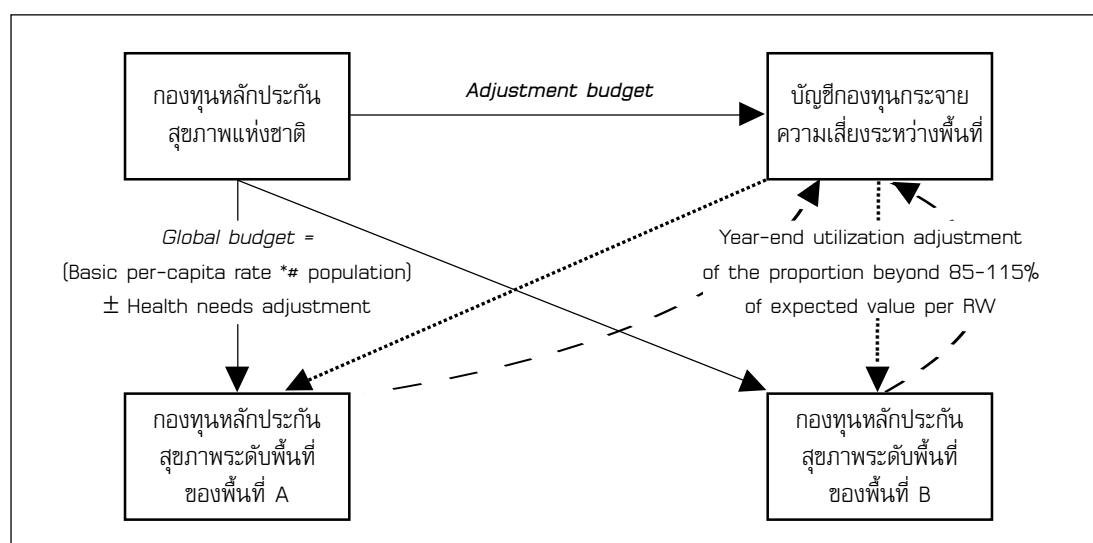
1. จำนวนประชากรและค่าใช้จ่ายทางสุขภาพพื้นฐานโดยเฉลี่ย
2. ความต้องการทางสุขภาพเฉพาะพื้นที่ (Area-specific health needs)
3. สถิติการไปใช้บริการ (Utilization) ซึ่งควรคิดไว้ในระดับหนึ่ง โดยเฉพาะในระยะแรกของการเริ่มระบบ

การจัดสรรเงินจำเป็นต้องมีกลไกในการหักส่วนเงินของการจัดสรรเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC Fund) ไปยังกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ (คปพ.) ที่สูงเกินไป หรือจ่ายชดเชยวงเงินที่จัดสรรในระดับที่ต่ำเกินไป ไม่ลงตัวตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ทั้งนี้โดยจัดสรรเผื่อไว้เป็นกองทุนที่เรียกว่า “กองทุนกระจายความเสี่ยงระหว่างพื้นที่ (Risk redistribution fund, RRF)” ซึ่งอาจใช้เกณฑ์ในการพิจารณา เช่น การตั้งกรอบสัดส่วนของเงินที่จ่ายจริงของพื้นที่ต่อ 1 คะแนนน้ำหนักสัมพัทธ์ของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Payment per 1 RW) เปรียบเทียบกับวงเงินคาดประมาณจากค่าเฉลี่ยของ

ประเทศที่จัดสรรไว้ (0.85-1.15 เท่าของวงเงินจัดสรรต่อ 1 RW)

ข้อมูลของการคาดเคลื่อนของงบประมาณรวมที่จัดสรรให้กับพื้นที่ในปีก่อนหน้า จะนำมาปรับปรุงสัดส่วนขององค์ประกอบต่างๆ ในหลักเกณฑ์ของการจัดสรรวงเงินงบประมาณรวมสำหรับแต่ละพื้นที่ในปีต่อไป โดยเพิ่มส่วนที่จัดสรรโดยการคำนึงถึงความ ต้องการทางสุขภาพสูงขึ้นเรื่อยๆ (Health need adjustment) และลดทอนส่วนของ จำนวนการใช้บริการลงไปเรื่อยๆ (Utilization adjustment) ดังแสดงในภาพที่ 5.3

ภาพที่ 5.3 การจัดสรรงบประมาณรวมไปสู่กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่



จ่ายเท่าไร: วิธีการและหลักเกณฑ์

การกำหนดอัตราค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนแก่ผู้ให้บริการจำเป็นต้องคำนึงถึงต้นทุนในการบริการที่แท้จริงทั้งหมดของผู้ให้บริการเป็นสำคัญ โดยคำนึงถึงสถานะที่บริการนั้นต้องจัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้คุณภาพและมาตรฐานเป็นที่ยอมรับ การกำหนดอัตราค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนแก่ผู้ให้บริการแต่ละประเภท อาจใช้แนวทางดังตารางที่ 5.3

การกำหนดวิธีการและอัตราค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนอาจต้องคำนึงถึงประเด็นสำคัญ ดังต่อไปนี้

1. การใช้บริการผู้ป่วยนอกกับผู้ให้บริการที่ไม่ใช่คู่สัญญา
2. การอุดหนุนสถานพยาบาลในท้องถิ่นที่มีผู้พลานานเข้าเมือง หรือคนงานต่างชาติบริเวณชายแดนมาใช้บริการจำนวนมาก

ตารางที่ 5.3 การกำหนดอัตราค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนของวิธีการจ่ายเงิน

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

การจ่ายอย่างไร: ตรวจสอบการเบิกจ่าย และทบทวนการใช้ทรัพยากร

วิธีการจ่ายค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนแก่ผู้ให้บริการไม่มีวิธีใดที่มีความสมบูรณ์ในการป้องกันพฤติกรรมเอารัดเอาเปรียบของผู้ให้บริการ ทำให้จำเป็นต้องมีระบบและกลไกในการกำกับจ่ายเงิน โดยตรวจสอบข้อมูลและติดตามการใช้ทรัพยากรในระดับต่างๆ อาจมีกิจกรรมที่สำคัญสรุปได้ดังตารางที่ 5.4 และ 5.5

นอกจากระบบการตรวจสอบการเบิกจ่ายและการทบทวนการใช้บริการแล้ว ระบบการประกันคุณภาพของการบริการทั้งหมดในเครือข่ายยังเป็นตัวกำกับดูแลการจ่ายเงินให้เกิดประสิทธิภาพอีกด้วย

ตารางที่ 5.4 ระบบและกลไกทบทวนการใช้ทรัพยากรสำหรับการจ่ายผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิ

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

ตารางที่ 5.5 ระบบและกลไกทบทวนการใช้ทรัพยากรสำหรับการจ่ายเงินแก่โรงพยาบาล

ทางเลือกวิธีการจ่าย	ระบบและกลไกที่จำเป็น	องค์ประกอบเสริม
การจ่ายตามการรับอยู่ในโรงพยาบาลโดยใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม และงบประมาณรวม (DRGs payment under global budget)	การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลการเบิกจ่าย	คณะกรรมการภาคสนาม
	การทบทวนการรับผู้ป่วยใน	การจัดทำ Clinical Practice Guidelines ในเรื่องที่จำเป็น
	การติดตามระยะเวลาวันนอน	การจัดทำเกณฑ์สัมพันธ์กับกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม
การจ่ายเป็นรายวันสำหรับโรงพยาบาล (Per-diem payment)	การทบทวนการส่งต่อและการจำหน่ายผู้ป่วยใน	คณะกรรมการภาคสนาม
	การติดตามระยะเวลาวันนอน	คณะกรรมการภาคสนามการจัดทำ
การจ่ายตามรายการอัตราค่าตอบแทน (Fee schedule)	การทบทวนข้อบ่งชี้และแนวทางการรักษาผู้ป่วยใน	Clinical Practice Guidelines ในเรื่องที่จำเป็น
	การทบทวนสถิติการเบิกจ่าย	การจัดทำรายการบริการที่เข้าข่ายการเบิกจ่าย
	การทบทวนหลักฐานข้อบ่งชี้	การจัดทำความสัมพันธ์กับกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม



3. กลไกการตรวจสอบ: ระบบประกันคุณภาพและการทบทวนการใช้บริการ (Quality assurance and utilization review systems)

กลไกการตรวจสอบประกอบด้วยสององค์ประกอบคือ ระบบประกันคุณภาพ (Quality assurance, QA) และระบบการทบทวนการใช้บริการ (Utilization review, UR)

ระบบประกันคุณภาพประกอบด้วย 4 องค์ประกอบย่อย ได้แก่

(1) การสร้างเครือข่ายหน่วยบริการคู่สัญญา

- จัดให้มีหน่วยบริการที่ให้บริการในลักษณะเครือข่าย โดยให้สถานพยาบาลสมัครเข้ามาอยู่ในเครือข่ายเพื่อให้บริการแก่ประชาชนผู้มีสิทธิ ซึ่งกลไกนี้จะช่วยให้กองทุนหลักประกันสุขภาพสามารถดำเนินการควบคุมและกำกับดูแลมาตรฐานของสถานพยาบาลและประกันคุณภาพของบริการที่สถานพยาบาลจะให้แก่ผู้มีสิทธิได้ง่ายขึ้น ไม่ว่ากลไกการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการหรือสถานพยาบาลจะเป็นรูปแบบใด
- จัดให้มีเครือข่ายของสถานจำหน่ายยาและเวชภัณฑ์ผู้ป่วยนอก โดยมีข้อกำหนดมาตรฐานการรับรองสถานจำหน่ายยา (Pharmacy accreditation) กลไกนี้จะช่วยให้ประชาชนผู้มีสิทธิได้รับยาและข้อแนะนำในการใช้ยาที่ดี มีมาตรฐาน ในขณะที่กองทุนหลักประกันสุขภาพสามารถใช้กระบวนการกำกับและตรวจสอบการจำหน่ายยาจากสถิติที่เกี่ยวข้องกับการประกันคุณภาพตามที่กำหนดไว้ได้ว่าการใช้ยาเป็นไปอย่างถูกต้องและเหมาะสม
- ทำสัญญากับสถานพยาบาลและสถานจำหน่ายยาเพื่อเข้าร่วมเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการคู่สัญญาและสถานจำหน่ายยาเครือข่ายเป็นรายปีหรือไม่เกิน 3 ปี โดยมีกระบวนการทบทวนความเหมาะสมของการต่อสัญญา จากสถิติที่เกี่ยวข้องกับการประกันคุณภาพตามที่กำหนดไว้ มีบทลงโทษในกรณีที่ไม่โปร่งใส หรือมีการฉ้อฉล

(2) การประกันคุณภาพเครือข่ายหน่วยบริการ

- กำหนดมาตรฐานของหน่วยบริการคู่สัญญาของกองทุนเพื่อให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยครอบคลุมประเด็นด้านสถานะ ความพร้อมทางโครงสร้าง ทรัพยากร ชีตความสามารถในการรักษาพยาบาล ระบบและกระบวนการจัดการด้านคุณภาพภายในของสถานพยาบาล รวมถึงมาตรฐานสำหรับสถานพยาบาลอื่นๆ ที่อาจเข้าร่วมอยู่เป็นเครือข่ายกับหน่วยบริการคู่สัญญาที่มีสิทธิตามกองทุนสามารถไปใช้บริการได้ โดยเฉพาะสถาน

พยาบาลคู่สัญญาระดับต้น

- วางกระบวนการเยี่ยมประเมินเพื่อตรวจสอบสถานพยาบาลที่สมัครเข้าร่วมเป็นผู้ให้บริการในเครือข่ายให้เป็นไปตามมาตรฐาน โดยจะเน้นที่สถานพยาบาลที่สมัครเข้ามาใหม่ในเครือข่าย และสถานพยาบาลเดิมในเครือข่ายที่มีการขยายบริการ มีการปรับสถานะ หรือเป็นสถานพยาบาลที่มีประวัติเรื่องร้องเรียนด้านคุณภาพ มีสถิติเครื่องชี้วัดคุณภาพในระดับที่ไม่น่าพึงพอใจมาก่อนในระหว่างที่เป็นหน่วยบริการคู่สัญญา
- กำหนดมาตรฐานเพื่อการรับรองสถานที่จำหน่ายยาที่จะเข้ามาอยู่ในเครือข่ายการจำหน่ายยาผู้ป่วยนอก ทั้งที่เป็นห้องยาของโรงพยาบาลหรือร้านยาทั่วไป ตลอดจนวางกระบวนการสุ่มเยี่ยมสำรวจเพื่อตรวจสอบสถานที่จำหน่ายยาที่สมัครเข้าร่วมในเครือข่าย
- กำหนดมาตรฐานเพื่อการรับรองสถานพยาบาลทันตกรรมที่จะเข้ามาอยู่ในเครือข่ายผู้ให้บริการ ทั้งที่เป็นฝ่ายทันตกรรมของโรงพยาบาลหรือคลินิกทันตแพทย์ทั่วไป ตลอดจนวางกระบวนการสุ่มเยี่ยมสำรวจเพื่อตรวจสอบสถานพยาบาล ที่สมัครเข้าร่วมในเครือข่าย

(3) การประกันคุณภาพการรักษาพยาบาล

- จัดให้มีระบบจัดการข้อร้องเรียน (Grievance management) ซึ่งอาจจัดเป็นส่วนงานที่รับเรื่องร้องเรียนทางโทรศัพท์ โทรสาร หรือจดหมาย จัดให้มีแบบประเมินหรือแบบร้องเรียนสถานพยาบาลกระจายอยู่กับหน่วยบริการคู่สัญญาและสถานจำหน่ายยาต่างๆ ที่ผู้มีสิทธิของกองทุนฯ สามารถเขียนร้องเรียนแล้วส่งเข้ามายังสำนักงานหลักประกันสุขภาพของประชาชน (คสป.) หรือสำนักงานคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ (คปพ.) โดยตรง มีระบบการพิจารณากรณีร้องเรียนที่ชัดเจน โดยกระบวนการนี้อาจพิจารณาเบื้องต้นโดยฝ่ายงานประกันคุณภาพและทบทวนการใช้ทรัพยากร หรือคณะกรรมการมาตรฐานและจัดการเรื่องร้องเรียนของ คปพ. ในกรณีที่เรื่องราวไม่ชัดเจนให้ส่งต่อถึงคณะกรรมการควบคุมกำกับคุณภาพ มาตรฐาน และคุ้มครองผู้มีหลักประกัน และคณะกรรมการอุทธรณ์เป็นผู้พิจารณาต่อไป
- ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลการเบิกจ่าย (Claim audit) สถิติการให้บริการ (Statistical audit) และคุณภาพของเวชระเบียน (Medical record audit) เพื่อประเมินความถูกต้องและน่าเชื่อถือของข้อมูลต่างๆ ที่หน่วยบริการคู่สัญญาและสถานจำหน่ายยาส่งให้แก่กองทุนฯ ทั้งในด้านการให้บริการ ค่าใช้จ่าย และคุณภาพของบริการ

- สร้างกลไกการคัดกรอง (Screening) เพื่อค้นหากรณีการบริการที่อาจมี ปัญหาเรื่องคุณภาพของสถานพยาบาล โดยประมวลจากฐานข้อมูลการเบิก จ่ายและการใช้บริการของกองทุน
- สำรวจประเมินความพึงพอใจของข้าราชการและครอบครัวต่อหน่วยบริการคู่ สัญญา โดยการสุ่มส่งแบบสำรวจให้แก่ผู้มีสิทธิที่มีรายงานการไปใช้บริการ ผู้ ที่มีการเปลี่ยนสถานพยาบาล หรือผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับสถานพยาบาลที่มี สถิติการร้องเรียนสูงหรือมีแนวโน้มจะเกิดปัญหาด้านคุณภาพบริการ
- พัฒนาและกำหนดเครื่องชี้วัดคุณภาพ (Quality indicator) ของหน่วย บริการคู่สัญญา จัดเป็นชุดของเครื่องชี้วัด โดยให้สถานพยาบาลส่งข้อมูลมา ให้ตามที่กำหนด และมีกระบวนการสุ่มตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ข้อมูล เครื่องชี้วัดจะนำมาประมวลและจัดให้อยู่ในรูปแบบที่เผยแพร่ให้แก่ประชาชน ผู้มีสิทธิใช้ประกอบการตัดสินใจในการเลือกหน่วยบริการคู่สัญญา
- วางระบบการตรวจสอบและทบทวนการให้บริการทางการแพทย์ และบริการ ทันตกรรม (Medical audit) ซึ่งเป็นกลไกในการลงพื้นที่ ประเมินและเก็บ ข้อมูลการรักษาพยาบาลจากเวชระเบียน ตลอดจนการสอบสวนกับผู้ให้ บริการหรือผู้มีสิทธิที่รับบริการโดยตรงในกรณีที่สมควร เพื่อนำมาประเมิน คุณภาพของการให้บริการและรักษาพยาบาล โดยอ้างอิงจากแนวทางการ ประกอบวิชาชีพและเวชปฏิบัติที่เป็นที่ยอมรับ

(4) การประกันคุณภาพภายในของกองทุน

- ติดตามประเมินคุณภาพและพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานภายในของการ ดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพของประชาชนและสำนักงาน คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ ทั้งนี้เพื่อเป็นการปรับปรุงการ ดำเนินงานของระบบ และหน่วยบริการคู่สัญญาที่เป็นผู้ให้บริการ

ระบบทบทวนการให้บริการ (UR) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการใช้ บริการและทรัพยากรต่างๆ ในการให้บริการแก่ผู้ป่วย เช่น ยาและเวชภัณฑ์ การตรวจ ทางห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยา ตลอดจนป้องกันการให้บริการที่ไม่มีข้อบ่งชี้เหมาะสม และ ดำเนินการยับยั้งและแก้ไขให้ถูกต้อง โดยระบบทบทวนการให้บริการอาจประกอบด้วย กิจกรรมที่สำคัญดังนี้

(1) การทบทวนการใช้บริการก่อนการบริการ (Prospective UR)

- กำหนดให้สถานพยาบาลต้องแจ้งขออนุญาตรับผู้ป่วยเข้าสถานพยาบาลล่วงหน้าในกรณีที่กำหนด (**Pre-admission authorization for specific conditions**) ซึ่งสามารถกำหนดได้เป็นบางกรณีหากมีการพิจารณาให้มีการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลเพิ่มเติมเป็นกรณีพิเศษ
- กำหนดให้ผู้มีสิทธิที่มีการเจ็บป่วยบางกรณีต้องแจ้งและไปรับบริการจากสถานพยาบาลเฉพาะแห่ง (**Pre-designation of providers for specific conditions**) ทั้งนี้เพื่อให้ผู้มีสิทธิได้เข้ารับการรักษาโรคบางโรคจากผู้ให้บริการที่มีความรู้ความชำนาญเฉพาะด้านในเรื่องนั้นๆ อย่างแท้จริง อันจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร
- กำหนดบัญชียา (**Drug lists**) ที่สามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้ทั้งหมดหรือบางส่วน ซึ่งจะช่วยทำให้การใช้จ่ายเป็นไปอย่างประหยัดและสมเหตุสมผล ลดความสูญเสียในด้านของผู้มีสิทธิ ในขณะที่ยังให้อิสระในการเลือกจ่ายยาที่กว้างขวางเพียงพอ

(2) การทบทวนการใช้บริการระหว่างการบริการ (Concurrent UR)

- แจ้งการอยู่โรงพยาบาลนานกว่าที่กำหนดไว้ ในภาวะที่จะต้องมีการเบิกจ่ายเพิ่มเติม (**Concurrent hospital review**) เช่น การใช้บริการในสถานพยาบาลที่ไม่ใช่สถานพยาบาลคู่สัญญาในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน

(3) การทบทวนการใช้บริการภายหลังการบริการ (Retrospective UR)

- ทบทวนสถิติการใช้บริการในสถานพยาบาลย้อนหลังจากฐานข้อมูล (**Retrospective hospital review**) ทั้งนี้เพื่อประเมินลักษณะความแตกต่างของการปฏิบัติและการใช้บริการระหว่างสถานพยาบาล เช่น การรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาวันนอน การใช้บริการในกรณีฉุกเฉินหรือการเบิกจ่ายรักษาในกรณีพิเศษ
- ทบทวนสถิติการใช้ทรัพยากรและการใช้บริการรายโรค (**Retrospective disease-based review**) เพื่อศึกษาหาระดับของความแตกต่างของต้นทุนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแต่ละโรค เช่น ค่าใช้จ่ายรวม ค่าใช้จ่ายด้านยา และเวชภัณฑ์ ค่าใช้จ่ายในการตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยา ค่าแพทย์ รวมถึงระยะเวลาวันนอน อาจนำไปสู่การศึกษาเฉพาะกรณีเพื่อเป็นข้อมูลป้อนกลับในการคำนวณค่าความเสี่ยง กำหนดวงเงินค่าใช้จ่าย และการประกันคุณภาพ



- ทบทวนความเหมาะสมของการขอเบิกจ่าย (**Retrospective bill review**) เพื่อประเมินความถูกต้องของคำร้องขอเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลย้อนหลังตามกรณีต่างๆ ที่กองทุนอนุญาตได้ตามระเบียบ ศึกษาข้อบ่งชี้ ตลอดจนลักษณะรูปแบบของการเบิกจ่ายสัมพันธ์กับข้อมูลอื่นๆ จากสถานพยาบาลและสถานจำหน่ายยา
- ทบทวนการเบิกจ่ายกรณีการคลอดบุตร และกรณีฉุกเฉินและอุบัติเหตุ เพื่อประเมินข้อบ่งชี้ (Indication) ของการใช้บริการและรูปแบบของเหตุการณ์ที่ใช้ในการรักษา โดยจะมีการกำหนดเกณฑ์เพื่อการพิจารณาอ้างอิงตามหลักวิชาการต่อไป
- ทบทวนใบสั่งยาและเวชภัณฑ์กรณีผู้ป่วยนอก (**Retrospective prescription review**) เพื่อประเมินความถูกต้องของการสั่งยา กรองหาความผิดปกติของปริมาณยาที่ได้รับและค่าใช้จ่าย จัดทำเป็นสถิติรูปแบบ (Profile) สำหรับสถานจำหน่ายยาและเวชภัณฑ์แต่ละแห่ง



บทที่ 6

105

การจัดการช่วงการเปลี่ยนผ่าน

1. การเปลี่ยนผ่านสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Transition)

การถ่ายทอดนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสู่การปฏิบัติ

แนวทางการนำระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสู่การปฏิบัติ:

1. ต้องเป็นนโยบายของรัฐบาล (Policy measure) ไม่ใช่เป็นนโยบายระดับกระทรวงหรือต่ำกว่า เนื่องจากการทำงานเป็นกระบวนการक्रमสายงานที่ต้องเข้าไปเกี่ยวข้องกับส่วนราชการและหน่วยงานของรัฐหลายสังกัด
2. ต้องออกเป็นกฎหมาย (Regulatory measure) ที่มีผลในการปรับระบบและกลไกด้านการเงินการคลังทางสุขภาพตามกฎหมายด้านต่างๆ ที่ผ่านมา รวมทั้งการปรับบทบาทหน่วยงานราชการและระบบงบประมาณ ตลอดจนระบบประกันสุขภาพและประกันอุบัติเหตุภาคบังคับตามกฎหมาย
3. อาศัยกลไกการเงินการคลัง (Financial measure) ในการปรับตัวในระบบ เช่น การปรับระบบการตอบแทนและการอุดหนุนที่ตอบสนองต่ออุปสงค์ ผู้ให้บริการที่ทำงานมากจะได้รับการตอบแทนมากขึ้น
4. ต้องวางระบบการจัดการ (Management measure) ให้เอื้ออำนวยต่อการทำงานทั้งในส่วนของการบริหารกองทุน การทำสัญญาและการจัดซื้อบริการ กลไกสารสนเทศ การตรวจสอบการดำเนินงานในด้านต่างๆ และมีการจัดทำระบบข้อมูลการเงินและบัญชีอย่างเป็นระบบเพื่อให้ได้ข้อมูลในการวิเคราะห์ต้นทุนที่ชัดเจน ทั้งนี้ในการออกแบบระบบต้องมีความพิถีพิถันเพื่อให้ไม่เกิดอุปสรรคต่อการพัฒนาระบบในระยะยาว
5. ต้องวางระบบการให้ความรู้และสื่อสารข้อมูลแก่ผู้ปฏิบัติและผู้มีสิทธิ (Educational measure) เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ตลอดจนระบบและกลไกต่างๆ ที่ได้วางไว้

ขั้นตอนการดำเนินการ

รัฐบาลควรดำเนินงานตามขั้นตอน ดังนี้

1. ในการประกาศนโยบายของรัฐบาล ควรระบุเงื่อนไขเวลาว่าจะผลักดันให้สำเร็จได้ภายในระยะเวลา 3 ปี

2. ออกมติคณะรัฐมนตรี เพื่อจัดกลไกเริ่มต้น คือ

- อนุมัติแผนแม่บท ที่แสดงเป้าหมายสำคัญๆ พร้อมเงื่อนเวลาและหน่วยงานที่รับผิดชอบแต่ละส่วน รวมถึงระบุถึงตัวเลขงบประมาณที่จำเป็น
- อนุมัติมาตรการระยะสั้น ซึ่งเป็นการเตรียมการเฉพาะหน้าของกระทรวงสาธารณสุข
- เห็นชอบร่างพระราชบัญญัติอย่างน้อยในชั้นหลักการ เพื่อให้มีการเตรียมการทางนิติบัญญัติ
- เห็นชอบให้ปรับแผนการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ (มติ ครม. เมื่อตุลาคม 2543) ให้สอดคล้องกับแผนแม่บท โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของการจัดระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารและจ่ายเงิน
- อนุมัติการจัดตั้งหน่วยงานพิเศษเพื่อเตรียมการจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและกองทุนหลักประกันสุขภาพของประชาชน โดยเป็นหน่วยงานในการดูแลของนายกรัฐมนตรี

3. เปิดเวทีรับฟังความคิดเห็นจากประชาชน สื่อมวลชน นักวิชาการ เพื่อสร้างความเข้าใจร่วม และปรับปรุงร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. เพื่อเสนอต่อรัฐสภา

4. ร่าง พ.ร.บ. มีผลใช้บังคับ สอดคล้องกับแผนแม่บท แต่มีบทเฉพาะกาลสำหรับเตรียมการระยะ 2 ปี

5. การเตรียมการ ครอบคลุมเรื่องสำคัญ ดังนี้

- 5.1. การจัดเตรียมโครงสร้างพื้นฐาน เพื่อยกระดับประสิทธิภาพภายในระบบ
 - 5.1.1. จัดตั้งคณะทำงานที่จำเป็น และสำนักงานเตรียมการจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในความดูแลของนายกรัฐมนตรี เพื่อเป็นหน่วยงานธุรการในการเตรียมความพร้อมของระบบ
 - 5.1.2. ร่าง พ.ร.บ. ใหม่ ตลอดจนศึกษาและปรับแก้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิการด้านการรักษายาบาลและการประกันสุขภาพที่มีอยู่ให้สอดคล้อง เช่น พ.ร.บ.ประกันสังคม พ.ร.บ. คุ่มครองผู้ประสบภัยจากรถ เป็นต้น
 - 5.1.3. พัฒนาและจัดระบบสารสนเทศ สำหรับการบริหาร ทะเบียนของประชาชนผู้มีสิทธิ การจ่ายเงินแก่สถานบริการ และการตรวจสอบ
 - 5.1.4. สำนักงานประกันสังคมปรับบทบาทขยายความครอบคลุมสู่ครอบครัวผู้ประกันตน และสถานประกอบการขนาดเล็ก
 - 5.1.5. ถ่ายโอนการบริหารจัดการระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ สวัสดิการรักษายาบาลของพนักงานรัฐวิสาหกิจ



- สวัสดิการสุขภาพของพนักงานของรัฐ และระบบประกันสังคมให้
รวมกันเสมือนเป็นกองทุนเดียว อยู่ภายใต้การดูแลขององค์กรที่
ชัดเจน เช่น สำนักงานประกันสังคม บริหารงานภายใต้แนวทาง
ของ พรบ.ใหม่ และ พรบ.ประกันสังคมที่ได้รับการปรับปรุง
- 5.1.6. ทดลองระบบจ่ายเงินระบบใหม่ โดยเริ่มจากกลุ่มบริการผู้ป่วย
ในภายใต้ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการก่อน
- 5.1.7. จัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชนภาคการจ้ง
งานอย่างไม่เป็นทางการ อยู่ภายใต้การดูแลของคณะกรรมการ
หลักประกันสุขภาพของประชาชน
- 5.2. รัฐบาลจัดหารายได้เพิ่มและจัดสรรเข้ากองทุนหลักประกันสุขภาพตามแผน
แม่บทในการขยายงานเขตพื้นที่นำร่อง
- 5.3. พัฒนาชุดสิทธิประโยชน์มาตรฐาน และเครือข่ายบริการ เพื่อความเป็นธรรม
ถือเป็นสิทธิประโยชน์สำหรับคนไทยทุกคน รวมถึงบริการด้านการส่ง
เสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วย
- 5.3.1. จัดทำชุดสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพของกลุ่มบริการต่างๆ โดยให้
มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบและมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้
ส่วนเสียและหน่วยงานต่างๆ มีการศึกษาวิเคราะห์ต้นทุน-
ประสิทธิผลหรือผลได้ มีการอ้างอิงความเหมาะสมทางวิชาการ
- 5.3.2. ทบทวนและจัดทำบัญชียาหลักแห่งชาติขึ้นใหม่ ที่สอดคล้องกับ
แนวทางของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีกลไกและ
ระบบที่ชัดเจนในการนำไปใช้และปรับปรุงบัญชี
- 5.3.3. กระตุ้นให้มีการรวมตัวเป็นเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary care
network) ซึ่งรวมทั้งสถานพยาบาลของราชการและเอกชน
โดยเริ่มจากการปรับเปลี่ยนระบบประกันสังคมและสวัสดิการ
รักษายาบาลของข้าราชการให้ใช้ระบบการจ่ายเงินแบบใหม่
ตามที่เสนอทั้งระบบ
- 5.3.4. จัดทำทะเบียนสถานบริการ เครือข่ายบริการปฐมภูมิ และร้านยา
ตลอดจนเตรียมการระบบสารสนเทศที่จำเป็น
- 5.4. การจัดระบบบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม โดยจัดตั้งคณะกรรมการ
หลักประกันสุขภาพของประชาชน คณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง ตลอดจน
สำนักงานต่างๆ และทยอยจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพระดับ
พื้นที่ นำร่องการบริหารจัดการตามความพร้อมของพื้นที่

ตารางที่ 6.1 กำหนดการดำเนินงานและการเปลี่ยนแปลงเพื่อไปสู่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

องค์ประกอบ	ปีงบประมาณ 2544	ปีงบประมาณ 2545	ปีงบประมาณ 2546	ปีงบประมาณ 2547
ประชาชน/ลงทะเบียน	เปิดตัวที่รับฟังความคิดเห็นจากประชาชน สื่อมวลชน นักวิชาการ	ประชาชนได้รับสิทธิจากโรงพยาบาล กองกระทรวงสาธารณสุข		ประชาชนรับรู้และได้รับสิทธิทั้งหมด
กฎหมาย	เริ่มเตรียมการและยกร่าง พ.ร.บ. ท้มที่ ใช้เวลา 6 เดือน โดยต้องแก้ไข พ.ร.บ. ประกันสังคม พ.ร.บ.กองทุนเงินทดแทน พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง	กฎหมายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผ่านรัฐสภา พร้อมการปรับปรุงกฎหมาย ที่เกี่ยวข้อง		
คณะกรรมการและสำนักงาน	เริ่มต้นทันทีในแบบเตรียมการก่อน โดยจัดตั้ง "สำนักงานเตรียมการ" จัดทำแผนงานทำงานในรายละเอียด ประกาศนโยบายหลักประกันสุขภาพ	จัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพ สำหรับประชาชน เพื่อดำเนินการ เตรียมการระบบของประเทศไทย ปรับบทบาทของกองทุนหลักประกัน สุขภาพตามที่กฎหมายระบุ		1 มกราคม : คณะกรรมการหลักประกัน สุขภาพสำหรับประชาชนเริ่มปฏิบัติงาน
กองทุนหลักประกันสุขภาพ	ใช้เวลานำหน้าของรัฐบาล	พัฒนากลไกการดำเนินงาน	ถ่ายโอนเงินจากกองทุนผู้ประสบภัยจากรถสู่กองทุนหลักประกันสุขภาพ	
สิทธิประโยชน์	ใช้เวลานาน 6 เดือน	ทดลองนำร่องสิทธิประโยชน์	เริ่มต้นเต็มรูปแบบสวัสดิการรักษายาบาลของการประกันสังคม	
การคลังและวิธีการจ่ายเงิน	จัดทำรายละเอียดของงบประมาณและ วิธีการบริหารจัดการทางการเงิน การจัดสรร และการจ่ายเงินอุดหนุนแก่ผู้ให้บริการ	ทดลองนำร่องระบบการจ่ายเงิน	เริ่มใช้ตามรูปแบบที่เสนอกับสวัสดิการ รักษาพยาบาลของข้าราชการ โดยเฉพาะกับผู้ใช้บริการภาครัฐ	ใช้รูปแบบการจ่ายเงินกับระบบประกัน สุขภาพทั้งหมด ทั้งกับผู้ใช้บริการภาครัฐ และเอกชน (รอ 1.5 ปี)
ผู้ให้บริการ	นำร่องหลักประกันสุขภาพผู้ใช้บริการและผู้ซื้อ บริการสู่การปฏิบัติ โดยทำความตกลงกับ กระทรวงสาธารณสุขก่อน	ศึกษาแบบเครือข่าย จำนวนและต้นทุน การให้บริการต่อหัวแต่ละพื้นที่		
ระบบสารสนเทศและฐานข้อมูล และการตรวจสอบ	เริ่มต้นทุนผู้ให้บริการระบบประกันสังคม	เริ่มเตรียมการทันที พัฒนาสารสนเทศที่จำเป็นในจังหวัดนำร่อง และระบบที่ใช้กับประกันสังคมและสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ	เริ่มใช้ระบบฐานข้อมูลและสารสนเทศทั่วประเทศ	



- 5.5. รัฐบาลจัดหารายได้เพิ่มประมาณ 30,000-40,000 ล้านบาท เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในปีงบประมาณ 2547 โดยบรรจุใน พ.ร.บ.งบประมาณที่เสนอต่อรัฐสภา
- 5.6. ปรับการทำงานของระบบทั้งหมดให้สอดคล้องกัน พร้อมเปิดระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเต็มระบบ

ขั้นตอนการดำเนินการด้านต่างๆ สรุปโดยสังเขปไว้ในตารางที่ 6.1 การดำเนินการในส่วนของการนำร่องควรมีการดำเนินการแต่ในขอบเขตจำกัดเพียงบางพื้นที่ โดยข้อเสนออยู่ภายใต้สถานการณ์ความไม่แน่นอนของการปรับระบบของกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้บริบทของการกระจายอำนาจ

2. ผลกระทบและส่วนเชื่อมต่อการปฏิรูประบบสุขภาพ

กลไกในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางการปกครองและสาธารณสุขของประเทศ ซึ่งอาจจะต้องมีการศึกษาผลกระทบและเชื่อมโยงกับการปฏิรูปลังคมด้านอื่นๆ เช่น การปฏิรูประบบราชการ และการปฏิรูประบบสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อให้กลไกและองค์ประกอบสามารถบรรลุเป้าหมายเดียวกันคือ “สุขภาวะ” ได้แก่

2.1 การกระจายอำนาจภายใต้พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ. 2542

1. บทบาท ขอบเขตความรับผิดชอบ และโครงสร้างของส่วนราชการภายใต้กระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะส่วนภูมิภาคจะมีลักษณะเช่นใด ซึ่งอาจมีทางเลือกที่เป็นไปได้ เช่น

- กระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่เป็นผู้คุ้มกัน โดยให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพของประชาชนอยู่ในความดูแลของกระทรวง
- กระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่ผู้บริหารกองทุน และถ่ายโอนบทบาทในด้านการให้บริการออกไปเหลือเพียงส่วนที่จำเป็น เช่น งานสนับสนุนทางวิชาการ การควบคุมและป้องกันโรค
- กระทรวงสาธารณสุขยังคงรักษาฐานะความเป็นผู้ให้บริการสุขภาพ (สถานพยาบาลเป็นส่วนราชการในสังกัดกระทรวงฯ) แต่ถ่ายโอนกิจกรรมด้านการประกันสุขภาพให้แก่ผู้บริหารกองทุนประกันสุขภาพ ซึ่งเป็นองค์กรอื่น

2. ผู้ให้บริการทั้งในส่วนกลาง (รวมกรุงเทพมหานคร) และส่วนภูมิภาคจะเป็นของใคร หรืออยู่ภายใต้ความควบคุมของหน่วยงานใด อย่างเช่น

- สถานพยาบาลของรัฐโดยเฉพาะโรงพยาบาล ยังคงเป็นของกระทรวงสาธารณสุขต่อไป
- โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ (อาจรวมหรือไม่รวมโรงพยาบาลชุมชน) แปรสภาพเป็นโรงพยาบาลในกำกับของรัฐตาม พ.ร.บ.องค์การมหาชน ในขณะที่สถานีนอyman (อาจรวมหรือไม่รวมโรงพยาบาลชุมชน) ถ่ายโอนเป็นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- มีการถ่ายโอนสถานพยาบาลของรัฐในท้องถิ่นไปอยู่ในความดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหมดหรือบางส่วน

2.2 การผสมผสานการให้บริการสุขภาพส่วนบุคคลกับการให้บริการด้านสาธารณสุข

การเปลี่ยนแปลงระบบการเงินการคลังของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเฉพาะประเด็นของการแยกผู้ให้บริการและผู้ซื้อบริการออกจากกัน จะส่งผลกระทบต่อวิธีการทำงานของส่วนราชการในกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเดิมมีบทบาทในการให้บริการดูแลระดับบุคคลและการให้บริการด้านสาธารณสุข ทั้งในด้านการจัดการ ผู้ให้บริการ การเงิน และการติดตามประเมินผล

ในเบื้องต้นอาจประเมินได้ว่า การผสมผสานอาจเกิดขึ้นได้ในหลายระดับ ดังนี้

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

2.3 การลงทุน

งบประมาณตามระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีจุดมุ่งหวังเพื่อเป็นงบดำเนินการเป็นสำคัญ คือ ค่าแรง ค่าวัสดุ และค่าเสื่อมราคาของอาคาร สถานที่และครุภัณฑ์ แต่ไม่ได้รวมถึงงบประมาณเพื่อการพัฒนาในด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์อื่นๆ ของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นประเด็นที่กระทรวงสาธารณสุขและส่วนราชการที่เกี่ยวข้องต้องศึกษาหาแนวทางร่วมกันต่อไป

2.4 ระบบการช่วยเหลือผู้ให้บริการ

โรงพยาบาลของรัฐหลายแห่งมีข้อจำกัดในการปรับตนเองเข้ากับระบบทางการเงินการคลังรูปแบบใหม่ซึ่งอาจบั่นทอนศักยภาพของโรงพยาบาลในการเพิ่มประสิทธิภาพ

ส่งผลต่อสถานะทางการเงินของโรงพยาบาลในระยะสั้นได้ เช่น การบริหารจัดการบุคลากรส่วนเกิน เป็นต้น กระทรวงสาธารณสุขและส่วนราชการอื่นที่เกี่ยวข้องควรต้องค้นหาวิธีการที่จะรองรับปัญหา

2.5 การสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับกลุ่มผู้ใช้แรงงานเคลื่อนย้าย

กลุ่มผู้ใช้แรงงานเคลื่อนย้ายที่มีการย้ายถิ่นฐานจะเป็นภาระแก่ผู้ให้บริการที่ไม่ใช่หน่วยบริการคู่สัญญาที่ได้รับงบประมาณต่อหัวสำหรับการดูแลสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย การติดตามแรงงานกลุ่มนี้มีผลต่อการจัดบริการ และการจัดสรรงบประมาณ เนื่องจากเข้าไปเกี่ยวข้องกับการลงทะเบียนของผู้มีสิทธิ การหารูปแบบที่เหมาะสมภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นความท้าทายของการหาสมดุลระหว่างหน้าที่ของประชาชน สิทธิของประชาชน การกระจายภาระ และสถานะความมั่นคงทางการเงินของผู้ให้บริการ

2.6 การอุดหนุนผู้ให้บริการ

โรงพยาบาลและสถานพยาบาลในพื้นที่ทุรกันดารและพื้นที่ชายแดนจะมีปัญหาภาระการให้บริการแก่ชนกลุ่มน้อย และแรงงานพลัดถิ่นทั้งที่ถูกกฎหมายและผิดกฎหมาย การปรับระบบการเงินในการอุดหนุนโรงพยาบาลภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะบั่นทอนโอกาสในการใช้การอุดหนุนข้ามระบบ (Cross-subsidization) ของโรงพยาบาลที่ปฏิบัติอยู่เดิม ซึ่งจะส่งผลต่อความมั่นคงทางการเงินของโรงพยาบาลอย่างแน่นอน การช่วยเหลือด้านนี้เป็นประเด็นที่กระทรวงสาธารณสุขและรัฐบาลจะต้องหาทางแก้ไขเช่นเดียวกับปัญหาแรงงานเคลื่อนย้าย

2.7 การจัดการภายในของโรงพยาบาลของรัฐ

ระบบการเงินการคลังย่อมต้องมีความกระทบต่อการจัดการภายในของโรงพยาบาล การจัดสรรทรัพยากรภายใน (Resource allocation) การให้ค่าตอบแทนแพทย์และผู้ให้บริการ การทำสัญญาการให้บริการกับหน่วยงาน องค์กรภายนอก หรือผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิ เช่น คลินิก ซึ่งอาจมีความขัดแย้งด้านผลประโยชน์ (Conflict of interest) ปัญหาเชิงจริยธรรม การบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ และระบบข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้เนื่องจากการจัดสรรงบประมาณแบบอ้างอิงผลงานแทนปัจจัยนำเข้า ดังนั้น จึงเป็นเรื่องที่น่าจะมีการศึกษาหาความชัดเจน และหาทางออกที่เหมาะสม

2.8 บทบาทของกลุ่มองค์กรประชาชน

บทบาทที่เหมาะสมของกลุ่มองค์กรประชาชนที่มีการจัดกลุ่มและสวัสดิการด้านสุขภาพให้กับตนเอง ตลอดจนแสดงความสนใจในการเข้าร่วมการจัดระบบหลักประกัน

สุขภาพนี้ควรเป็นเช่นใด ทั้งนี้เพื่อธำรงรักษาหลักการของระบบ ร่วมกับการเสริมพลังความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน เป็นเรื่องที่ต้องศึกษาหาแนวทางดำเนินการ

3. ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (Information technology system)

ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศจำเป็นต้องมีการกำหนดมาตรฐานของระบบ และองค์ประกอบของข้อมูล (Data element) ที่เป็นแนวทางเดียวกันของทุกระบบประกันสุขภาพทั่วประเทศ

ในระยะแรกของการดำเนินการ อาจจัดตั้ง “สำนักงานกลางเครือข่ายสารสนเทศระบบประกันสุขภาพ (สคส.)” ขึ้น ให้มีสถานะเป็นองค์การมหาชน ซึ่งเมื่อมีการผ่านกฎหมายหลักประกันสุขภาพของประชาชนแล้วอาจคงสถานะเดิม หรือผนวกเป็นส่วนหนึ่งของสำนักงานหลักประกันสุขภาพของประชาชนก็ได้

ความจำเป็นในการมีสำนักงานกลางเครือข่ายสารสนเทศระดับชาติ

1. การจัดสรรงบประมาณ ประสิทธิภาพ และผลสำเร็จของการบริหารการคลังของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำเป็นต้องวิเคราะห์และวางแผนให้สอดคล้องกันทั้งระบบ ทุกเขตพื้นที่ การได้ข้อมูลการให้บริการที่มีรายละเอียดเพียงพอจะทำให้การวิเคราะห์ภาระงาน ค่าใช้จ่าย ศักยภาพการให้บริการและความพอเพียงของบุคลากรและสถานพยาบาลใช้มาตรฐานเดียวกันมีความถูกต้องแม่นยำ ข้อมูลที่ได้จากเครือข่ายจะไม่เพียงพอที่จะวิเคราะห์ระบบบริการการรักษายาบาลที่มีความหลากหลายและซับซ้อนได้ดีพอ

2. ฐานข้อมูลผู้ใช้และการเลือกเครือข่ายบริการ ข้อมูลทะเบียนผู้ใช้ที่เลือกสถานพยาบาลในเครือข่ายบริการจากทุกเขตที่รวมเข้าเป็นฐานข้อมูลเดียว สามารถใช้ประโยชน์ในการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพได้อีกหลายประการ อาทิ การตรวจหาผู้ใช้ที่เลือกสถานพยาบาลหลายแห่ง การเปลี่ยนหรือย้ายสถานพยาบาลทำได้ง่ายและรวดเร็ว ฐานข้อมูลที่เป็นเอกภาพอำนวยความสะดวกให้การจัดทำข้อมูลด้านประชากร และด้านระบาดวิทยา และการติดตามศึกษากลุ่มผู้ใช้ประเภทต่างๆ มีความเป็นไปได้ โดยใช้ต้นทุนการจัดการที่ต่ำ ระบบฐานข้อมูลนี้จะเป็นคลังข้อมูลสำคัญที่ใช้ประโยชน์ด้านอื่นๆ ได้เป็นอย่างดีในอนาคต

3. การบริการข้ามเขตหรือบริการที่มีผู้ร่วมจ่ายหลายราย มีขึ้นได้ในสถานพยาบาลหลายระดับตามความจำเป็น บางส่วนเป็นการส่งต่อผู้ป่วย บางครั้งเป็นกรณีอุบัติเหตุหรือฉุกเฉิน การรักษายาบาลในบางกรณีจะมีกองทุนรับผิดชอบค่าใช้จ่ายมากกว่าหนึ่งกองทุนได้ การส่งข้อมูลการรักษาข้ามเขตเพื่อเก็บค่าใช้จ่ายระหว่างสถานพยาบาลหรือแบ่งจ่ายระหว่างกองทุนเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นเป็นประจำ สำนักงานกลางฯ ที่จัดตั้งขึ้นนี้จะ

บริหารระบบการส่งข่าวสารข้อมูลโดยใช้รูปแบบที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทำให้มีความรวดเร็ว น่าเชื่อถือ ลดความซ้ำซ้อนในการติดต่อระหว่างสถานพยาบาลที่อยู่ต่างเครือข่าย โดย ข้อมูลธุรกรรมบริการจากทุกแหล่งส่งมาที่ส่วนกลางเป็นผู้ทำบัญชี แต่ละเครือข่ายหรือสถานพยาบาลจะได้รับค่าใช้จ่ายเพิ่มหรือลดตามดุลยบัญชีการบริการสุทธิที่เกิดขึ้นจริง

4. การประเมินผลและกำหนดมาตรฐาน อัตราต่างๆ ที่ใช้เป็นฐานในการทำ ความตกลงหรือคำนวณค่าใช้จ่ายระหว่างกันจำเป็นต้องกำหนดมาจากส่วนกลาง การประเมิน ผลงานนอกเหนือจากที่แต่ละสถานพยาบาลเครือข่าย และเขตการบริการจะต้องทำขึ้นใช้เอง ระบบโดยรวมจะต้องมีการประเมินผลระบบทั้งระบบและประเมินในมุมมองและเงื่อนไขที่ แตกต่างไปจากหน่วยย่อย การประเมินประสิทธิภาพของการบริการข้ามเขต และการ บริการส่งต่อจะทำได้ดีก็ต่อเมื่อใช้ข้อมูลจากทุกแหล่งมาประกอบกันและกระทำอย่างไม่มี ความลำเอียง

บทบาทหน้าที่

1. เป็นศูนย์กลางของเครือข่ายสารสนเทศของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยบริหารให้เป็นโครงสร้างพื้นฐานในการติดต่อกันระหว่างสถานพยาบาล สำนักงาน บริหารกองทุน และหน่วยปฏิบัติงานสนับสนุนอื่นๆ (Data center/Network hub)
2. บริหารข้อมูลการบริการจากหน่วยบริการและเครือข่ายบริการ เป็นฐานข้อมูล การบริการกลางของทั้งระบบ ฐานข้อมูลนี้จะเป็นส่วนหนึ่งของการให้บริการด้านสาร-สนเทศแก่เครือข่ายบริการในแต่ละเขตพื้นที่ มีบทบาทในการสนับสนุนให้ข้อมูลทั้งระบบมี เอกภาพ (Central database administration)
3. จัดทำและบริหารจัดการฐานข้อมูลและระบบการลงทะเบียนเลือกหน่วย บริการของประชาชน รวมทั้งการประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลการเลือก อัตราภาระงาน และความต้องการบริการในพื้นที่ต่างๆ (User enrollment/Load and capacity mapping)
4. พัฒนาและบำรุงรักษามาตรฐานข้อมูล ซึ่งประกอบด้วยชุดรหัสมาตรฐาน ฐาน ข้อมูลอ้างอิง การจำแนกประเภทโรคและการรักษา อัตราที่ใช้ในการคำนวณต่างๆ ตลอดจนชุดข้อมูลของบริการแต่ละประเภท และแบบบันทึกต่างๆ ที่ใช้ในระบบ (Data and information interchange standards)
5. สนับสนุนการปฏิบัติงานด้านข้อมูลของหน่วยงานนอก สดส. ที่มีบทบาท เกี่ยวข้องกับการประกันสุขภาพและบริการสาธารณสุข เช่น จัดทำรายงานและช่วย ประมวลผลวิเคราะห์และส่งต่อข้อมูลจากระบบสารสนเทศให้ใช้งานด้านการกำกับและ ตรวจสอบ การให้ข้อมูลเพื่อใช้จัดสรรทรัพยากร การกำหนดอัตราและประเภทการบริการ การวิจัยและวางแผน เป็นต้น

ระบบงาน

1. **งานข้อมูลและประมวลผล** รับผิดชอบงานการรับส่ง บันทึก ตรวจสอบข้อมูลธุรกรรมบริการต่างๆ จากหน่วยบริการ ประมวลผลข้อมูลชุดต่างๆ ตามงวดการสรุปรายงาน แล้วจัดส่งให้แก่หน่วยงานบริหารและสถานพยาบาลเพื่อใช้เป็นหลักฐานกำกับการจ่ายชดเชยค่าบริการระหว่างกัน ในระยะยาวเมื่อระบบประกันสุขภาพพัฒนาถึงระดับที่มีการจัดตั้งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ (คปพ.) แล้ว งานส่วนนี้จะถูกโอนไปให้กับหน่วยงานที่รับผิดชอบระบบบริการในแต่ละ คปพ. สดส. จะปรับบทบาทมาทำข้อมูลของการบริการข้ามเขตและการส่งต่อผู้ป่วยแทน ส่วนข้อมูลของแต่ละพื้นที่จะถูกรวบรวมให้เป็นข้อมูลระดับประเทศ และทำการประมวลผลในมิติของระบบบริการทั้งระบบ
2. **งานทะเบียนผู้ใช้และการเลือกเครือข่ายบริการ** บริหารทะเบียนและฐานข้อมูลผู้ใช้แต่ละประเภทของแต่ละเครือข่ายบริการ ดูแลข้อมูลการเลือกและการเปลี่ยนสถานพยาบาลของผู้ใช้แต่ละรายที่กระทำผ่านสถานพยาบาลซึ่งเป็นระบบเดียวกันที่เชื่อมโยงทั่วประเทศ และเมื่อมีการจัดตั้ง คปพ. งานเหล่านี้จะถูกโอนไป ฝ่ายทะเบียนจะเน้นการบริหารข้อมูลผู้ใช้ให้สามารถเชื่อมโยงกันทั่วประเทศเพื่อใช้ตรวจสอบสถานะของผู้ใช้ได้รวดเร็ว และยังคงรับผิดชอบข้อมูลเปลี่ยนสถานพยาบาลของผู้ใช้ที่มีการเลือกข้ามเขต หรือเป็นกรณีเฉพาะ
3. **งานปฏิบัติการคอมพิวเตอร์** ดูแลและควบคุมเครือข่ายการติดต่อสื่อสารระหว่างศูนย์ข้อมูลและหน่วยบริการในพื้นที่ทั่วประเทศ รับผิดชอบการทำงานของคอมพิวเตอร์แม่ข่าย ระบบเก็บและสำรองข้อมูลที่ได้รับส่งระหว่างกัน และรวมถึงคอมพิวเตอร์และอุปกรณ์ต่อพ่วงที่ใช้งานในการบันทึกข้อมูล ประมวลผล รายงาน การสแกนเอกสารและการทำสำเนาข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์
4. **งานระบบคอมพิวเตอร์** วิเคราะห์ระบบสารสนเทศทุกระบบ ตั้งแต่ระบบการติดต่อของเครือข่าย ระบบงานที่ใช้ในสถานพยาบาลที่ Interface กับระบบเครือข่าย พัฒนาโปรแกรมของระบบงานภายในสำนักงานกลางและวางแผนการปรับปรุงโปรแกรมและโครงสร้างระบบให้รองรับความต้องการในแต่ละช่วงของการพัฒนา
5. **งานสนับสนุนและประสานงานบริการ** ทำหน้าที่ติดต่อกับสถานพยาบาลในการะงานปกติ และเมื่อเกิดเหตุขัดข้องหรือมีการสอบถามเพิ่มเติมรายละเอียดเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้รับส่งระหว่างกัน ฝ่ายนี้จะรับผิดชอบการติดต่อสอบถามจากผู้ใช้บริการที่มีปัญหาได้ในกรณีที่สถานพยาบาลส่งต่อมา นอกจากนี้หากมีการแยกประเภทสิทธิการรักษาโรคพิเศษต่างๆ ที่ใช้วิธีการจัดการที่แตกต่างจากระบบข้อมูลปกติและจำเป็นต้องมีการติดตามและสอบถามข้อมูลค่อนข้างมาก หน่วยงานนี้จะเป็นผู้รับผิดชอบหลัก
6. **งานวิจัยและพัฒนาสารสนเทศด้านต้นทุนและค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาล** เป็นบทบาทที่สำคัญในการติดตามวิเคราะห์ต้นทุนการรักษาพยาบาลแต่ละโรค แต่ละ



เทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลาในช่วงแรก การพัฒนาและปรับปรุง Diagnosis-related groups (DRGs) จะเป็นงานหลัก และงานส่วนสำคัญคือการกำหนดค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ โดยอาศัยข้อมูลค่าใช้จ่ายจริงจากสถานพยาบาลต่างๆ ที่จะต้องทำอย่างต่อเนื่องและปรับแก้ให้แม่นยำทุก 2-3 ปี

7. งานวิจัยและพัฒนาชุดรหัสและมาตรฐานข้อมูล เป็นงานพัฒนาดังกล่าวทางเทคโนโลยีสารสนเทศที่เกี่ยวกับข้อมูลทางการแพทย์และสาขาที่เกี่ยวข้อง การจำแนก (Classification) โรคและวิธีการรักษา การกำหนดชุดรหัส (Code set) ที่ใช้เรียกการวินิจฉัยเหตุการณ์ หรือด้วยา มาตรฐานข้อมูลที่พัฒนาขึ้นและประกาศใช้จะต้องมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ

4. ระบบทะเบียนผู้มีสิทธิและการเลือกหน่วยบริการคู่สัญญา (Beneficiary registration)

“ผู้มีสิทธิ” ให้ยึดถือความเป็นประชาชนคนไทยตามกฎหมาย ซึ่งอาจยึดถือตามทะเบียนราษฎร ไม่จำเป็นต้องมีการลงทะเบียนเพื่อแสดงความเป็นผู้มีสิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอีก

การลงทะเบียนมีความจำเป็นในการเลือกหน่วยบริการและเครือข่ายคู่สัญญา โดยเฉพาะหน่วยบริการระดับปฐมภูมิตามพื้นที่บริการ เพื่อให้เป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพประจำตัว อย่างไรก็ตาม ผู้มีสิทธิยังสามารถใช้บริการสุขภาพโดยได้รับความคุ้มครองตามกรอบสิทธิประโยชน์พื้นฐานด้านสุขภาพได้ในทุกพื้นที่ทั่วประเทศตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

การลงทะเบียนผู้มีสิทธิและการเลือกหน่วยบริการคู่สัญญา

1. กำหนดพื้นที่เขตบริการ (Catchment area) สำหรับหน่วยบริการและเครือข่ายให้เกิดความเหมาะสมของแต่ละพื้นที่ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการแข่งขันและการจัดตั้งเครือข่ายผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิ ตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยสู่โรงพยาบาลต่างๆ ที่เป็นผู้ให้บริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ โดยอยู่ภายใต้ความดูแลของ คปพ.

2. ผู้ให้บริการที่เข้าตามหลักเกณฑ์ในพื้นที่เขตบริการที่สนใจเข้าร่วมระบบหลักประกันสุขภาพ สมัครและลงทะเบียนขอเป็นหน่วยบริการคู่สัญญากับ คปพ.

3. ผู้มีสิทธิสามารถเลือกลงทะเบียนกับหน่วยบริการคู่สัญญาระดับปฐมภูมิที่สะดวกและใกล้บ้าน โดยแจ้งกับหน่วยงานตัวแทนของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ผู้รับผิดชอบ โดยยึดถือพื้นที่เขตบริการเป็นสำคัญ ซึ่งจะเป็นผู้ทำเรื่องแจ้งต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่

4. ประชาชนที่ต้องเดินทางหรือไปทำงานต่างถิ่นเป็นการชั่วคราวในระยะเวลา นานติดต่อกันเกินกว่า 3 เดือน มีหน้าที่ต้องแจ้งย้ายสิทธิการให้บริการกับหน่วยบริการคู่ สัญญาแห่งใหม่ เพื่อให้อำรงสิทธิของตนเองตามกฎหมาย หน่วยบริการคู่สัญญาทำเรื่อง เสนอต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ที่มีสิทธิสังกัดอยู่ เพื่อจัดสรรงบประมาณให้ตามหลักเกณฑ์

5. คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ส่งฐานข้อมูลหน่วยบริการคู่ สัญญาและเครือข่าย รวมทั้งทะเบียนผู้มีสิทธิที่เลือกหน่วยบริการแต่ละแห่งแก่สำนักงาน หลักประกันสุขภาพของประชาชน

ข้อสังเกตเกี่ยวกับหลักเกณฑ์สำหรับการจัดเครือข่ายบริการ

- คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ (คปพ.) ต้องตั้งเกณฑ์ในการ พิจารณาการจัดเครือข่ายของผู้ให้บริการระดับต่างๆ เพื่อกระตุ้นให้เกิดเครือข่ายบริการ ระดับปฐมภูมิ

- โรงพยาบาลที่จะรับการลงทะเบียนเพื่อการดูแลระดับปฐมภูมิจะต้องมี เงื่อนไขให้โรงพยาบาลจัดตั้งเครือข่ายผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิในพื้นที่บริการต่างๆ โดย คำนึงถึงจำนวนและที่อยู่ของผู้มีสิทธิลงทะเบียนตามเงื่อนไขที่กำหนดโดยคณะกรรมการ หลักประกันสุขภาพของประชาชน

ในกรณีจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคู่ขนาน :

- ระบบและกลไกของระบบประกันสังคมให้คงไว้เช่นเดิม ยกเว้นการซื้อบริการ ที่ให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ (คปพ.) เป็นผู้ดำเนินการ สำนักงาน หลักประกันสุขภาพของประชาชนจะดำเนินการในส่วนของผู้ที่อยู่ในภาคการจ้างงานอย่าง ไม่เป็นทางการ

- กองทุนแต่ละกองทุนจะเป็นผู้จ่ายเงินให้แก่คณะกรรมการหลักประกัน สุขภาพระดับพื้นที่ (คปพ.) เอง ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดโดยคณะกรรมการหลักประกัน สุขภาพของประชาชน

- กลไกของระบบสารสนเทศที่ใช้ระบบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพของ ประชาชน (สปสพ.) ร่วมกัน โดยควบคู่ไปกับระบบเดิมที่มีอยู่แล้วของระบบประกันสังคม ทั้งนี้ สปสพ. จะจัดส่งข้อมูลที่ประมวลแล้วให้แก่กองทุนประกันสุขภาพที่เกี่ยวข้อง



สรุป

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นองค์ประกอบหนึ่งของการปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อให้ประชาชนคนไทยทุกคนมีโอกาสที่จะมีสุขภาพดีอย่างถ้วนหน้า เป็นกลไกสำคัญในการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขผ่านทางกลไกการคลังภาครัฐ การจัดระบบหลักประกันสุขภาพจำเป็นต้องคำนึงถึงหลักการอันเป็นเป้าหมายคือ ประสิทธิภาพ ความเป็นธรรม คุณภาพ และการสร้างสุขภาพของประชาชน ตลอดจนความเป็นไปได้ตามข้อเท็จจริงของระบบและทรัพยากรของประเทศที่มี การให้สิทธิประโยชน์และระดับของความคุ้มครองเป็นการตัดสินใจของสังคมที่จะจัดสรรและใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดสำหรับคนไทยทั้งมวล ฉะนั้น การปรับเปลี่ยนระบบและองค์ประกอบต่างๆ จำเป็นจะต้องมีการดำเนินการอย่างรอบคอบ และพิถีพิถัน

เอกสารอ้างอิง

คณะกรรมการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ. (พ.ศ. 2542). แผนการพัฒนาโครงการบัตรประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. ข้อเสนอของคณะกรรมการพัฒนาระบบประกันสุขภาพเสนอต่อคณะกรรมการบริหารเงินทุนหมุนเวียนบัตรประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี.

วิจิตร ระวังค์, ข่าย ชีระสุด, ประวิ อำพันธ์ และคณะ. (พ.ศ. 2543). ลักษณะปัญหาการรับบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพต่างๆ. รายงานวิจัยเสนอต่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. นนทบุรี.

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

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

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

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

อนุพงศ์ สุจริยากุล และวีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์. (พ.ศ. 2542). ความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลและสภาวะเจ็บป่วยจนล้มละลายของผู้ป่วยในที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลเองในจังหวัดสงขลา. รายงานวิจัยในชุดโครงการวิจัย การพัฒนารูปแบบการจัดการระบบ

ประกันสุขภาพในสภาวะเจ็บป่วยจนล้มละลาย. เสนอต่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, นนทบุรี.

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

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

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

Tangcharoensathien V and Tantigate N. (2001). Estimation of National Expenditures 1999-2005. Document prepared for Working Committee on Healthcare Policy Development of Universal Coverage, Health Systems Research Institute. Nonthaburi, Thailand.

Estimation of National Health Expenditures 1999-2005

Viroj Tangcharoensathien, Nuan-anan Tantigate
Senior Research Scholar Program,
Health Systems Research Institute

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

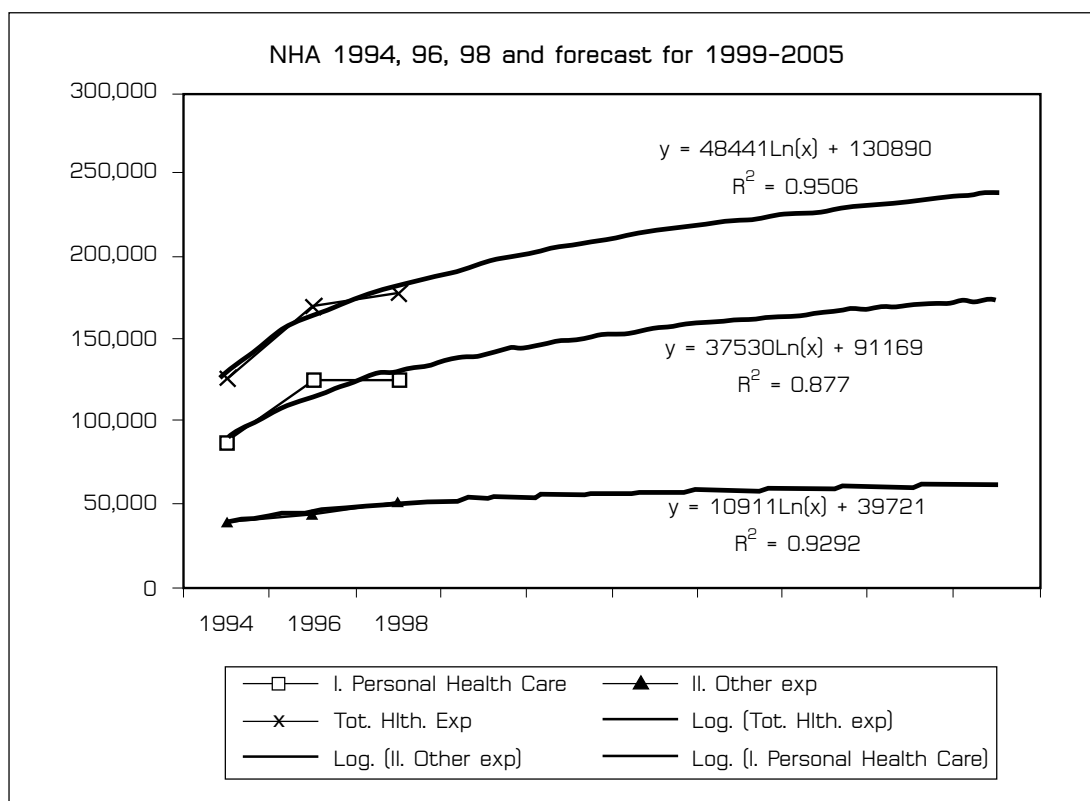


Table A1 National health expenditure in 1994, 1996 and 1998 and forecast for 1999-2005

	1994	1996	1998	1999f	2000f	2001f	2002f	2003f	2004f	2005f
I. Personal Health Care	87,879	126,097	126,775	143,197	151,571	158,414	164,199	169,210	173,631	177,585
II. Other exp	40,427	45,374	52,914	54,847	57,282	59,271	60,953	62,410	63,695	64,845
Tot. Hlth. Exp. m.Bht	128,305	171,471	179,689	198,043	208,853	217,685	225,152	231,620	237,326	242,430
%changes				10%	5%	4%	3%	3%	2%	2%
GDP, current price, m. Bht	3,634,500	4,608,500	4,635,900	4,702,900	4,796,958	4,892,897	4,990,755	5,115,524	5,243,412	5,374,497
%changes			0.6%	1.4%	2.0%	2.0%	0%	2.5%	2.5%	2.5%
Population, million	59	59.9	61.2	61.8	62.3	63.0	63.6	64.2	64.8	65.3
Hlth exp. %GDP	3.53%	3.72%	3.88%	4.21%	4.35%	4.45%	4.51%	4.53%	4.53%	4.51%
Hlth exp/capita Baht	2,175	2,863	2,936	3,205	3,352	3,455	3,540	3,608	3,662	3,713
%changes				9.1%	4.6%	3.1%	2.5%	1.9%	1.5%	1.4%

Source: Tangchareonsathien V, et al NHA1994, Phongpanich S, et al NHA1996, 1998

Method 2 using NESDB National Account 1990-98

Table A2 Consumption expenditure, current year price, NESDB.

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

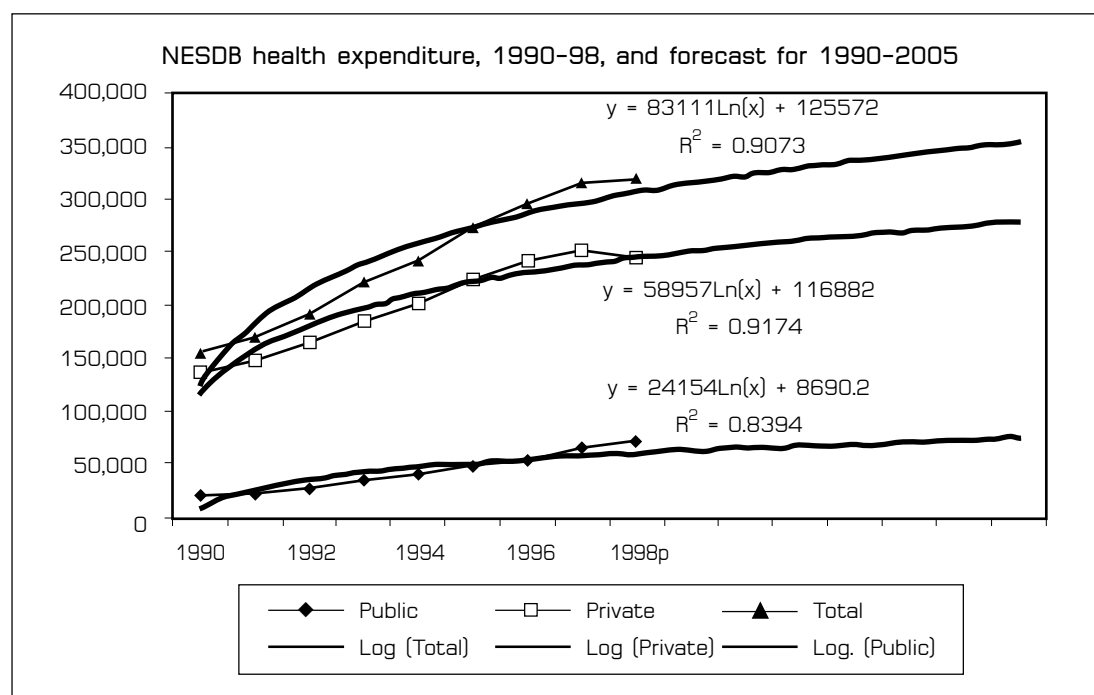


Table A3 Total expenditure, adj 1994NHA, factor .797 for public, .882 for private

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

รายชื่อ

คณะกรรมการ และผู้ทรงคุณวุฒิ

คณะกรรมการ

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

ผู้ทรงคุณวุฒิ

- | | |
|------------------------------|---|
| 1. นพ.สมเกียรติ ฉายะศรีวงศ์ | รองเลขาธิการ สำนักงานประกันสังคม |
| 2. นพ.วิพุธ พูลเจริญ | สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข |
| 3. นพ.สุรเดช วลีอิทธิกุล | ผู้อำนวยการกองประสานการแพทย์
สำนักงานประกันสังคม |
| 4. ผศ.วุฒิสาร ตันไชย | คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ |
| 5. นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข | สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข |
| 6. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ | สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |

7. นพ.บุรณชัย สมุทรักษ์	นักวิชาการอิสระ
8. นพ.ถาวร สกุลพานิชย์	สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
9. รศ. ดร.ขัตติยา กรรณสูต	บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
10. ดร.ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล	คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
11. นางระกาวัน ลิขณะวานิชพันธ์	ศูนย์ศึกษาและพัฒนาผู้รับงานไปทำที่บ้าน
12. ญ.ยุพดี ศิริสินสุข	คณะทำงานโครงการรณรงค์หลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า
13. นางสาวสุรรัตน์ ตริมรรคา	คณะทำงานโครงการรณรงค์หลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า
14. นพ.เจตต์ ธรรมธัชอารี	โรงพยาบาลบางกรวย
ผศ. นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์	เรียบเรียงและจัดทำรายงาน
นพ.สุกกร บัวสาย	เลขานุการคณะทำงาน
นางงามจิตต์ จันทรสาดิต	ผู้ประสานงาน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
นางสาวกุลธิดา ศรีวิจิตร	ผู้ประสานงาน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข