

ความเหลื่อมล้ำ

ระหว่าง

ระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย



สำนักงานวิจัยระบบสาธารณสุข



กรม-วิจัยระบบสาธารณสุข

ความเหลื่อมล้ำ
ระหว่าง
ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย



ความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย

- โดย : สัมฤทธิ์ ศรีอามรังสวัสดิ์
บุญวีร์ เอื้อศิริวรรณ
พินทุสร เหมพิสุทธิ์
- จัดพิมพ์และเผยแพร่ : สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)
126/146 หมู่ 4 ชั้น 5 (อาคาร 10 ชั้น) สถาบันบำราศนราดูร
ช.ติวานนท์ 14 ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง
จ.นนทบุรี 11000 www.hisro.or.th
โทรศัพท์ : 0 2965 9616 โทรสาร : 0 2965 9617
- พิมพ์ครั้งที่ 1 : เมษายน 2556 จำนวน 1,000 เล่ม
- ออกแบบและพิมพ์ : สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนดี้ดีไซน์

ดาวน์โหลดหนังสือเล่มนี้และงานวิจัยอื่นๆ ของ สวรส.และเครือข่ายได้ที่
คลังข้อมูลและความรู้ระบบสุขภาพของ สวรส.และองค์กรเครือข่าย

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

เผยแพร่ในงานประชุมวิชาการ การวิจัยระบบสุขภาพประจำปี 2556



คำนำ

ความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย ฉบับนี้ เป็นรายงานการสังเคราะห์สถานการณ์ของระบบประกันสุขภาพไทย ในปัจจุบัน ที่มาจากรายงานผลการศึกษาต่างๆ และจากข้อมูลของหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง โดยมุ่งหวังว่าจะช่วยสะท้อนการดำเนินงานในระบบบริการสุขภาพ ที่ผ่านมาและทิศทางการขับเคลื่อนไปสู่ระบบสุขภาพที่เป็นธรรมภายใต้ ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในระบบประกันสุขภาพและระบบ บริการสุขภาพไทย

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์

บุญยวีร์ เอื้อศิริวรรณ

พินทุสร เหมพิสุทธิ

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

เครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข



สารบัญ

บทนำ	5
1. ระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย	7
2. การใช้บริการภายใต้ระบบประกันสุขภาพ	9
3. ความแตกต่างของบริการที่ได้รับระหว่างระบบประกันสุขภาพ	11
4. ความแตกต่างของการใช้บริการระหว่างพื้นที่	14
5. ปัจจัยกำหนดความแตกต่างของบริการที่ได้รับระหว่างระบบประกันสุขภาพ	18
6. การขับเคลื่อนเพื่อลดความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบประกันสุขภาพ	22
7. สรุปและข้อเสนอเพื่อการลดความเหลื่อมล้ำในระบบบริการสุขภาพไทย	38



บทนำ

การขับเคลื่อนเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนอย่างถ้วนหน้า มีมาอย่างต่อเนื่องนับหลายทศวรรษ¹ ด้วยความตระหนักว่า ภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลเป็นสิ่งกีดกั้นการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของประชาชน นอกจากนั้นยังอาจส่งผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายของครัวเรือนจนอาจทำให้ต้องเป็นหนี้สิน หรือล้มละลายจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล² ทั้งนี้ความพยายามดังกล่าวประสบความสำเร็จเมื่อพรรคไทยรักไทยได้ประกาศนโยบายดังกล่าวในช่วงหาเสียงเลือกตั้งให้เป็นนโยบายสำคัญของพรรคและประสพชัยชนะในการเลือกตั้งปี พ.ศ. 2544 และต่อมาก็ได้นำร่องนโยบายดังกล่าวเริ่มจาก 6 จังหวัดแรกที่เคยนำร่องการปฏิรูปภายใต้โครงการเงินกู้ช่วยเหลือการลงทุนด้านสังคมของธนาคารโลก (Social Investment Project : SIP) และต่อมาจึงขยายไปยังจังหวัดอื่นๆ จนครบทั่วประเทศในเดือนเมษายน พ.ศ. 2545

¹ สัมฤทธิ์ ศรีธารังสวัสดิ์ (2555) ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย บทที่ 4 ใน สุจิตต์ สุนทรธรรม (บก.) ระบบหลักประกันสุขภาพไทย. นนทบุรี, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

² Kutzin, J. (2000). Towards Universal Health Care Coverage: A Goal-oriented Framework for Policy Analysis. Washington DC, Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper, World Bank.



ภายหลังจากมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีผลการศึกษาหลายชิ้น บ่งชี้ว่านโยบายดังกล่าวสามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มคนจนในชนบทและประชาชนในภาคอีสานได้เป็นอย่างมาก รวมถึงการลดอุบัติเหตุการฉกฉวยความยากจนจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล^{3,4} อย่างไรก็ตาม ยังคงพบว่ามีความแตกต่างของการได้รับบริการระหว่างกองทุนสุขภาพ^{5,6} และ ระหว่างพื้นที่ต่างๆ⁷

³ Prakonsai, P., Limwattananon, S., and Tangcharoensathien, V. (2009) The Equity Impact of The Universal Coverage Policy: Lessons from Thailand. Innovations in Health System Finance in Developing and Transitional Economies Advances in Health Economics and Health Services Research, Volume 21, 57–81

⁴ Evans, T. G., Chowdhury, M.R., Evans, D.B., Fidler, A.H and et al., Eds. (2555). รายงานการประเมินระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในช่วงทศวรรษแรก (2544-2553). นนทบุรี, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

⁵ จุฬารัตน์ ลิ้มวัฒนานนท์, สุพล ลิ้มวัฒนานนท์ และศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย (2545) การไม่ได้ รับยาของผู้ป่วยที่รับการรักษาจากโรงพยาบาล. นนทบุรี, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

⁶ สุพล ลิ้มวัฒนานนท์, จุฬารัตน์ ลิ้มวัฒนานนท์ และศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย (2547) ค่าใช้จ่าย และการใช้ยาของผู้ป่วยที่รับการรักษาจากโรงพยาบาล : ผลกระทบของนโยบายหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า. นนทบุรี, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

⁷ สุพล ลิ้มวัฒนานนท์ รายงานสถานการณ์ภาวะกล้ำแค้นหัวใจตายเฉียบพลันและหลอดเลือด ในสมองตีบและแตก นนทบุรี, สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย



1. ระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย

ประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพหลัก 3 ระบบใหญ่ด้วยกัน ได้แก่ (1) ระบบประกันสังคม (2) ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และ (3) ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้แต่ละระบบมีวิวัฒนาการและแนวคิดที่แตกต่างกัน ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการถือเป็นสวัสดิการที่รัฐจัดให้แก่ข้าราชการรวมถึง พ่อ แม่ บุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ไม่เกิน 3 คน ขณะที่ระบบประกันสังคมถือเป็นความมั่นคงด้านสังคมของลูกจ้างที่รัฐ นายจ้าง และ ลูกจ้างร่วมกันสมทบแก่แรงงานในระบบ ส่วนระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นรัฐสวัสดิการที่จัดแก่ประชาชนไทยกลุ่มอื่นๆ ที่เหลือซึ่งเกิดจากการรวมระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ในขณะนั้น ซึ่งได้แก่ ระบบสวัสดิการผู้ที่ควรช่วยเหลือเกื้อกูล ระบบบัตรประกันสุขภาพ และผู้ที่ไม่ใช่หลักประกันใดๆ

ระบบหลักประกันทั้งสามระบบมีการออกแบบระบบที่ต่างกันหลายประเด็น เช่น แหล่งเงินที่ใช้ สิทธิประโยชน์ ผู้ให้บริการ และระบบการจ่ายเงิน ดังแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 แสดงความแตกต่างของระบบหลักประกันทั้งสามของประเทศไทย

	ระบบหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ ¹	ระบบสวัสดิการรักษ พยาบาลข้าราชการ ²	ระบบประกันสังคม ³
จำนวน ผู้มีสิทธิ	48.6 ล้านคน (75.5%)	5 ล้านคน (8%)	10.50 ล้านคน (15.8%)
แหล่งเงิน	งบประมาณรัฐ อัตราเหมาจ่ายราย หัว ปี 2555 เท่ากับ 2,755.6 บาท	งบประมาณรัฐ รายจ่าย ในปี 2555 เท่ากับ 61,317.24 ล้านบาท (~12,000 บาท/คน)	สมทบจากรัฐ นายจ้าง และ ลูกจ้างฝ่ายละเท่ากัน ร้อยละ 1.5 ของเงิน เดือน อัตราเหมาจ่าย รายหัวปี 2555 เท่ากับ 1,446 บาท และมีราย จ่ายรวมเฉลี่ย 2,228 บาท/คน
สิทธิ ประโยชน์	รอบด้านทั้งบริการ ผู้ป่วยนอก/ ใน ทันตกรรม ค่ายา เวชภัณฑ์ ค่าอาหาร และห้องสามัญ ค่า คลอดบุตร ขดเซย ตามมาตรา 41	รอบด้านทั้งบริการผู้ป่วย นอก/ ใน ทันตกรรม ค่า ยาเวชภัณฑ์ ค่าอาหาร และห้องพิเศษ ค่าคลอด บุตร	รอบด้านทั้งบริการผู้ป่วย นอก/ ใน ทันตกรรม ค่ายา เวชภัณฑ์ ค่าอาหารและ ห้องสามัญ ขดเซยกรณี คลอดบุตร ตาย พิการ
ผู้ให้ บริการ	สถานพยาบาลรัฐ และเอกชนคู่สัญญา และสถานพยาบาล ในเครือข่าย	สถานพยาบาลรัฐเป็น หลัก ใช้ รพ.เอกชนได้ กรณีฉุกเฉิน และบริการ ผ่าตัดนัดหมายล่วงหน้า ที่กำหนด	โรงพยาบาลรัฐ และเอกชนคู่สัญญา และสถานพยาบาล ในเครือข่าย



	ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ¹	ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ²	ระบบประกันสังคม ³
รูปแบบวิธีการจ่ายเงิน	เหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการส่งเสริมป้องกันและผู้ป่วยนอกสำหรับบริการผู้ป่วยในจัดสรรงบประมาณตามน้ำหนักสัมพัทธ์ DRG	ผู้ป่วยนอก ตามปริมาณบริการและราคาที่เรียกเก็บย้อนหลัง สำหรับบริการผู้ป่วยในตามรายป่วยในอัตราที่กำหนด (DRG)	เหมาจ่ายรายหัวรวมสำหรับบริการผู้ป่วยนอกและใน และจ่ายเพิ่มเป็นรายการณี

ที่มา : ¹ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ² กรมบัญชีกลาง, ³ สำนักงานประกันสังคม

2. การใช้บริการภายใต้ระบบประกันสุขภาพ

การใช้บริการมักถูกใช้เป็นตัวชี้วัดการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ทั้งนี้ การใช้บริการเกิดได้จากทั้งปัจจัยด้านอุปสงค์ (ผู้ป่วย) และปัจจัยด้านอุปทาน (ระบบบริการ) โดยการตัดสินใจไปใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยเฉียบพลันมักเกิดจากการตัดสินใจของผู้ใช้บริการเอง ในขณะที่ปริมาณและชนิดของบริการที่ให้มักเกิดจากการตัดสินใจของผู้ให้บริการ ภาพรวมของการใช้บริการก่อนและหลังมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่ามีลักษณะของการกระจายการใช้



ของกลุ่มคนจนมากกว่ากลุ่มคนรวย โดยหลังจากมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การใช้บริการของกลุ่มคนจนยังมีจำนวนมากขึ้น ซึ่งกลุ่มดังกล่าวเป็นกลุ่มผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ^{8, 9, 10}

เมื่อเปรียบเทียบการใช้บริการของผู้มีสิทธิภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพสามระบบหลัก พบว่า ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิประกันสังคมมีการใช้บริการผู้ป่วยนอกเป็น 1.4 เท่าของผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเมื่อปรับด้วยปัจจัยความจำเป็นด้านสุขภาพแล้ว ซึ่งคาดว่าเป็นเพราะการรับรู้ในสิทธิจากที่ต้องจ่ายเงินสมทบ ความสะดวกในการเข้าถึงบริการเนื่องจากอยู่ในเขตเมือง ประกอบกับต้นทุนการเสียโอกาสของผู้ป่วยอาจไม่สูงนัก (เนื่องจากสามารถทำงานได้) ในขณะที่ผู้ป่วยในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีการใช้บริการผู้ป่วยในเป็น 1.25 เท่าของผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมและหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อปรับด้วยเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ภูมิลำเนา และการมีภาวะโรคเรื้อรังแล้ว¹¹

⁸ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. ความเป็นธรรมการใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของผู้สูงอายุภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (30 บาทรักษาทุกโรค) วารสารวิชาการสาธารณสุข, 2549 (15): 685-96

⁹ Vasavid J, Tisayaticom K, Patcharanarumol W, Tangcharoensathien V. Impact of Universal Healthcare Coverage on the Thai households. In: Tancharoensathien, V and Jongudomsuk P, editor. From Policy to Implementation: Historical Events During 2001-2004 of Universal Coverage in Thailand. Nonthaburi: National Health Security Office; 2004. p. 127-149.

¹⁰ Prakongsai, P. (2008) The impact of the universal coverage policy on equity of the Thai health care system. (PhD thesis), University of London.

¹¹ Thammatacharee, J. (2009). Variations in the performance of three public health insurance schemes in Thailand (PhD Thesis), LSHTM (University of London)



3. ความแตกต่างของบริการที่ได้รับระหว่างระบบประกันสุขภาพ

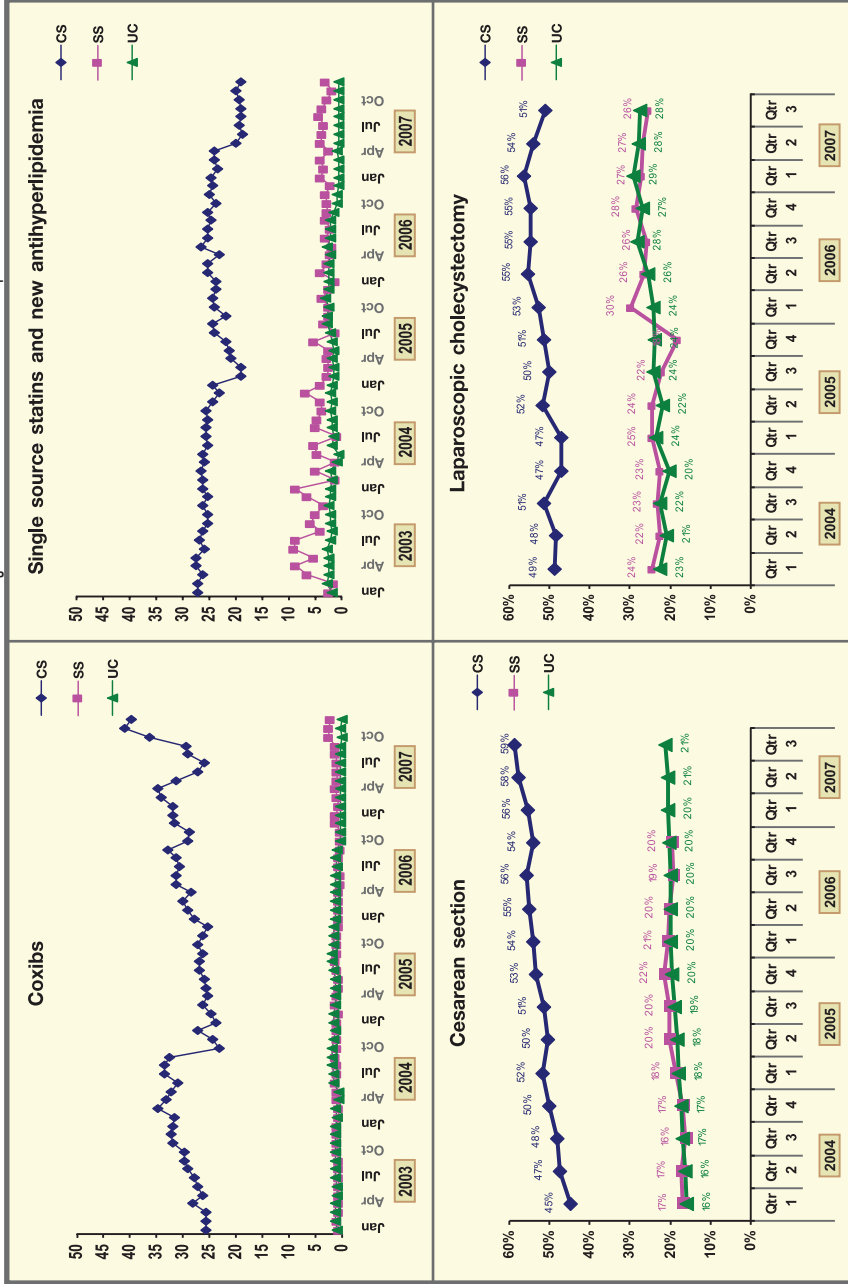
ชนิดและปริมาณบริการที่ผู้ป่วยภายใต้ระบบประกันสุขภาพแต่ละกองทุนได้รับเกิดจากการตัดสินใจของผู้ให้บริการเป็นหลักอันเนื่องจากการขาดข้อมูลของผู้รับบริการ ความแตกต่างที่มีการกล่าวถึงกันในหมู่ประชาชน คือ เรื่องการส่งจ่ายยา ซึ่งข้อมูลเชิงประจักษ์ต่อย้ำความจริงในเรื่องดังกล่าว โดยพบว่าผู้ป่วยในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการได้รับยานอกบัญชียาหลักยาต้นแบบนำเข้าจากต่างประเทศ และยาที่มีราคาแพงสูงกว่าผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและระบบประกันสังคมอย่างชัดเจน รวมถึงการได้รับหัตถการบางอย่างที่สูงกว่า เช่น การผ่าคลอด การผ่าตัดส่องกล้อง เป็นต้น^{12, 13} อีกทั้งยังพบความแตกต่างของกระบวนการและผลลัพธ์ของการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานตามมาตรฐาน เช่น การตรวจ HbA1C ไขมันในเลือดและจอประสาทตา^{11, 13}

¹² สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์ และคณะ (2545) โครงการติดตามและประเมินผลระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ครั้งที่ 1 นนทบุรี, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

¹³ Limwattananon, J., S. Limwattanon, et al. (2009). Analysis of practice variation due to payment methods across health insurance schemes. CDP Health report. Nonthaburi, International Health Policy Program, Ministry of Public Health.



ภาพที่ 1 ความแตกต่างของการได้รับบริการผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ



Source : Limwattananon, J., S. Limwattananon, et al. (2009)



ระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการจากภาวะโรคต่างๆ เช่น ปวดบวม ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรคหลอดเลือดในสมอง ฯลฯ พบว่านานกว่าของผู้ป่วยระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างชัดเจน แม้จะปรับด้วยเพศ อายุ และความรุนแรงของโรค⁷ สำหรับจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรังของผู้ป่วยระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการก็มากกว่าอีกสองระบบอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่อัตราการเข้ารับการรักษาลำบากในเวลา 30 วันหลังจำหน่าย พบว่าผู้ป่วยระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลสูงกว่าระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการอย่างมีนัยสำคัญ¹¹

แม้ว่าจะมีความชัดเจนของการเลือกปฏิบัติในการให้บริการแก่ผู้ป่วยภายใต้ระบบประกันสุขภาพแต่ละชนิด ประเด็นความสนใจคือ การรักษาด้วยยาหรือหัตถการที่ต่างกันส่งผลต่อคุณภาพในเชิงผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ต่างกันหรือไม่ ซึ่งข้อมูลในขณะนี้ยังไม่สามารถพิสูจน์ได้ชัดเจนจำเป็นต้องมีการศึกษาต่อไป อย่างไรก็ตามการศึกษาถึงอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งลำไส้ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพ¹³



4. ความแตกต่างของการใช้บริการระหว่างพื้นที่

นอกจากจะมีความแตกต่างของการได้รับบริการระหว่างกองทุนประกันสุขภาพแล้ว ยังพบว่ามี ความแตกต่างของการได้รับบริการระหว่างพื้นที่อย่างชัดเจน อันเนื่องจากการกระจายทรัพยากรและความพร้อมของระบบบริการในแต่ละพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน แม้ว่าแนวโน้มความเหลื่อมล้ำของการกระจายทรัพยากรไม่ว่าจะเป็นบุคลากร จำนวนสถานพยาบาล และเตียงผู้ป่วยระหว่างพื้นที่ต่างๆ จะลดลงแต่ก็ยังคงมีความแตกต่างกันอยู่¹⁴ ขณะเดียวกันภายหลังการมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้จัดสรรงบประมาณส่วนหนึ่งในการพัฒนาและยกระดับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปให้เป็นศูนย์บริการความเป็นเลิศด้านต่างๆ ซึ่งก็พบว่า มีผลทำให้การเข้าถึงบริการผ่าตัดหัวใจเพิ่มขึ้นเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในจังหวัดที่ไม่มีโรงเรียนแพทย์ตั้งอยู่แม้จะยังคงมีความแตกต่างระหว่างพื้นที่ก็ตาม (ภาพที่ 2)¹⁵ นอกจากนั้นแม้ว่าการจัดซื้อเฉพาะสำหรับบริการตติยภูมิอื่นๆ ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะส่งผลให้การเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นเหล่านั้นเพิ่มขึ้นมากก็ตาม เช่น กรณีผ่าตัดหัวใจ บริการทดแทนไต ยาต้านไวรัส โรคเอดส์ ผ่าตัดต่อกระเจก เป็นต้น¹⁶ แต่ยังคงพบมีความแตกต่างของอัตรา

¹⁴ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, ศุภกิจ ศิริลักษณ์, ปาณบตี เอกะจัมปะกะ, และนิธิต รัตนมะโน บรรณาธิการ (2554) การสาธารณสุขไทย 2551-2553. นนทบุรี, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

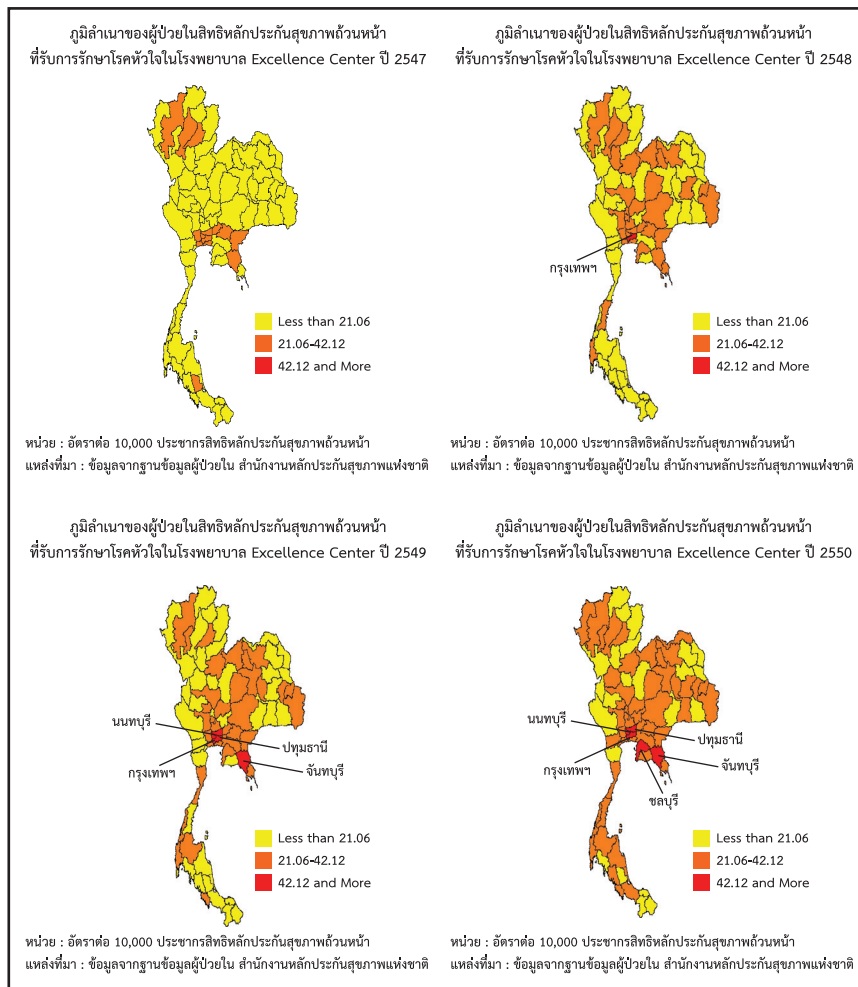
¹⁵ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, วีระศักดิ์ พุทธาศรี, เพ็ญแข ลาภยั้ง, แพร จิตดินันท์ และคณะ (2551) รายงานการประเมินการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. นนทบุรี, สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

¹⁶ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, David Hughes, จเด็จ ธรรมธัชอารี, วีระศักดิ์ พุทธาศรี และสงครามชัย ลีทองดี (2555) รายงานการประเมินการดำเนินงานหนึ่งทศวรรษระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. นนทบุรี, สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

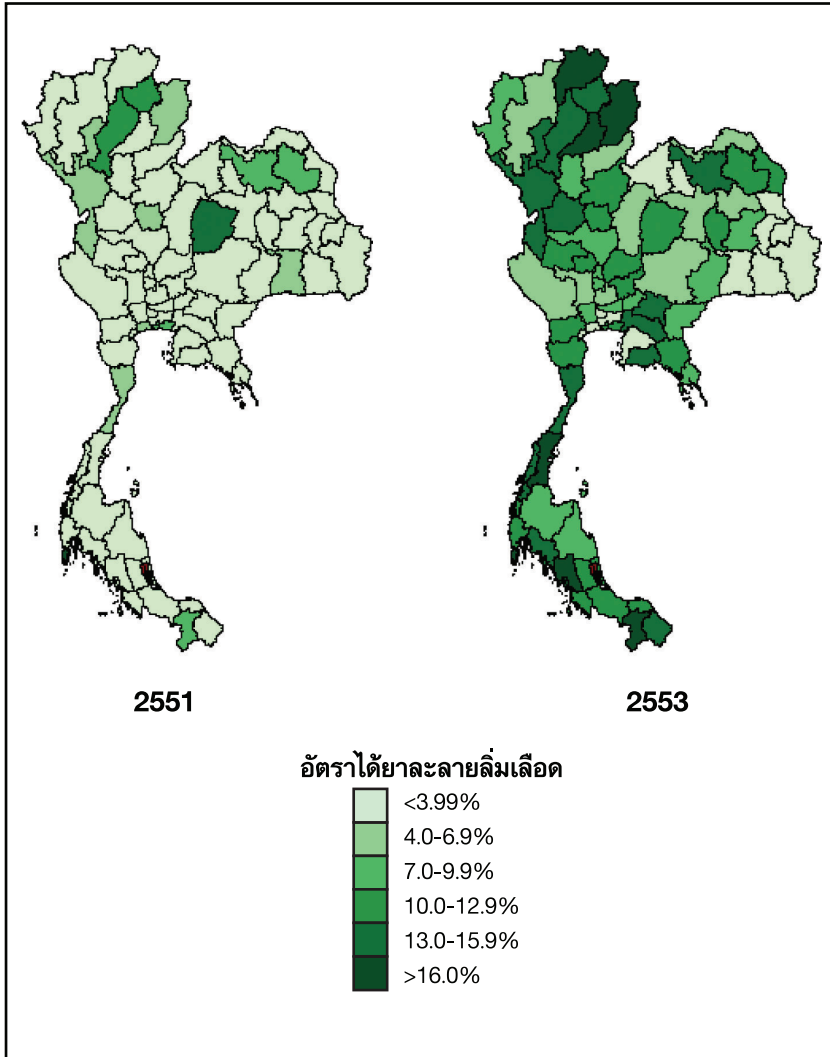


การได้รับบริการระหว่างพื้นที่ เช่น กรณีการเข้าถึงสารละลายลิ้มเลือดในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดชนิด ST-elevated (ภาพที่ 3) หรือกรณีโรคหลอดเลือดในสมองอุดตัน พบว่าอัตราการได้รับบริการยังต่ำมากอันเนื่องจากการขาดความพร้อมของระบบบริการ (ภาพที่ 4)

ภาพที่ 2 อัตราการผ่าตัดหัวใจจำแนกตามจังหวัดระหว่างปี พ.ศ. 2547-2551



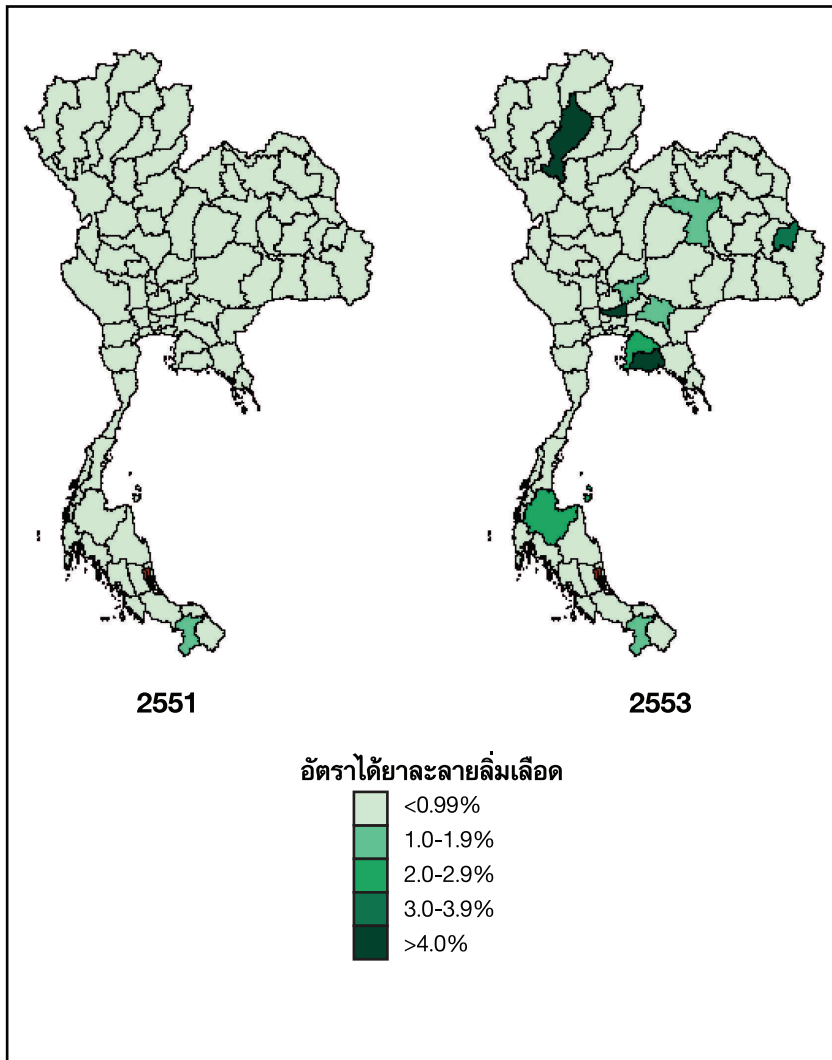
ภาพที่ 3 อัตราการเข้าถึงสารละลายลิ้มเลือดในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด
ชนิด ST elevated รายจังหวัด



ที่มา : สุพล ลิ้มวัฒนานนท์ สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย



ภาพที่ 4 อัตราการได้รับบริการสารละลายลิ้มเลือดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
ในสมองอุดตัน รายจังหวัด



ที่มา : สุพล ลิ้มวัฒนานนท์ สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย



5. ปัจจัยกำหนดความแตกต่างของบริการที่ได้รับระหว่างระบบประกันสุขภาพ

การใช้บริการสุขภาพเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านอุปสงค์และอุปทาน โดยได้รับอิทธิพลมาจากหลายปัจจัย เช่น ภาวะการเจ็บป่วย รายได้ ราคาค่าบริการ ความครอบคลุมของบริการที่มีอยู่เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้ เทคโนโลยีทางการแพทย์ การรับรู้และเจตคติของทั้งผู้ให้บริการและผู้ป่วย เป็นต้น¹⁷ ทั้งนี้มีหลายทฤษฎีที่พยายามอธิบายความแตกต่างของการใช้บริการ เช่น 1) ทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ (Anderson Behavior Model) มักถูกอ้างอิงถึงและใช้บ่อยในการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้บริการของประชาชนกลุ่มต่างๆ โดยกล่าวว่าการใช้บริการสุขภาพนั้นขึ้นกับปัจจัยสามกลุ่มหลัก คือ ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการ (อายุ เพศ อาชีพ) ปัจจัยสนับสนุนการใช้บริการ (รายได้ การมีหลักประกันสุขภาพ มีแพทย์ประจำตัว และการปราศจากสิ่งกีดกั้นในการรับบริการ) และปัจจัยด้านสุขภาพของผู้ป่วยทั้งในด้านการรับรู้สุขภาพกาย ภาวะทุพพลภาพ และสุขภาพจิต¹⁸ 2) ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief model) เสนอว่า การใช้บริการสุขภาพนั้นถูกกำหนดโดยการรับรู้ของผู้ป่วยต่อโอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ ประโยชน์ที่จะได้รับและสิ่งกีดกั้นการใช้บริการ และข้อพิจารณาสำคัญที่จะทำให้ตัดสินใจใช้บริการ^{19, 20} และ 3) ทฤษฎีข้อจำกัดด้านองค์กร (Organizational Constraints

¹⁷ Barer, M. L., Evans, R.G., Hertzman, C. and Lomas, J. (1987). "Aging and health care utilization: new evidence on old fallacies." Soc Sci Med 24(10): 851-862.

¹⁸ Andersen, R. (1995). "Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter?" Journal of Health and Social Behavior 36(March): 1-10

¹⁹ Rosenstock, I. (1966). "Why people use health services." Milbank Memorial Fund Quarterly 44: 128-62



model) ซึ่งให้ความสำคัญกับแรงจูงใจของทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ โดยเสนอว่า ความแตกต่างของการใช้บริการนั้นถูกชี้นำโดยระดับการแข่งขันในตลาดบริการ สุขภาพ แรงจูงใจในการพัฒนาบริการทดแทนที่มีความคุ้มค่ามากกว่า และทางเลือกของปัจเจกหรือปัจจัยในการตัดสินใจ²¹

ทั้งนี้ปัจจัยกำหนดความแตกต่างกันของการได้รับบริการระหว่างผู้ป่วย ภายใต้ระบบประกันสุขภาพต่างกองทุนกันและผู้ป่วยที่มีภูมิฐานะต่างกันของ ไทยนั้นสามารถอธิบายได้จากทั้งปัจจัยของตัวผู้ป่วย ปัจจัยในระบบบริการ และ ปัจจัยด้านระบบประกันสุขภาพ

5.1 ลักษณะบุคคลของตัวผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่อยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพชนิดต่างๆ นั้นมีความแตกต่างกันทั้งในด้านโครงสร้างอายุ (ผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีสัดส่วน ผู้สูงอายุเป็นสองเท่าของสัดส่วนผู้สูงอายุในภาพรวม) ภูมิฐานะ (สิทธิหลัก ประกันสุขภาพแห่งชาติส่วนใหญ่อยู่ในชนบท ในขณะที่อีกสองสิทธิส่วนใหญ่อยู่ในเมือง) เศรษฐฐานะ (สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติส่วนใหญ่เป็นกลุ่มคนที่มี รายได้ต่ำกว่าอีกสองสิทธิ) ระดับการศึกษา อาชีพ ทั้งนี้ความแตกต่างของลักษณะ บุคคลมีผลต่อศักยภาพในการแสวงหา เลือก และเข้าถึงประเภทบริการที่ต่างกัน

5.2 ปัจจัยด้านระบบบริการ

ความเหลื่อมล้ำในการกระจายทรัพยากรระหว่างภูมิภาคต่างๆ และ ระหว่างเขตเมืองและชนบทนั้นเป็นสิ่งที่ปรากฏมานาน แม้ว่าจะมีแนวโน้มดีขึ้น ก็ตาม ดังได้กล่าวมาข้างต้นแล้วว่า การใช้บริการนั้นเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจาก ปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านอุปสงค์ และอุปทาน ดังนั้นในพื้นที่ที่มีทรัพยากร

²⁰ Becker, M., Haefner, D., and Kash, S., et al. (1977). "Selected psychological models and correlates of individual health-related behaviors." *Medical Care* 15(5): 27-46.

²¹ Wan, T. and Broida, J. (1985). "Socio-medical determinants of hospital utilization in Quebec, Canada, 1970-1975." *International Journal of Health Services* 16(1): 43-55.



จำกัดย่อมเป็นข้อจำกัดการใช้บริการของประชาชนในพื้นที่นั้นๆ ไปด้วย ขณะเดียวกันพื้นที่ที่มีทรัพยากรหนาแน่นย่อมอำนวยความสะดวกเข้าถึงและใช้บริการที่สะดวกขึ้นของประชาชน ขณะที่การจัดบริการในพื้นที่ต่างๆ ยังขึ้นกับความพร้อมของผู้ให้บริการในการพัฒนาระบบเพื่อให้มีบริการสำหรับประชาชนในการเข้าถึงที่สะดวกขึ้นด้วย เช่น การพัฒนาระบบ Excellence centers, ระบบ fast track ต่างๆ รวมถึงการจัดเครือข่ายบริการเพื่อลดช่องว่างในการเข้าถึงบริการ²² เป็นต้น

5.3 การออกแบบระบบที่ต่างกันของระบบประกันสุขภาพ

ความแตกต่างของบริการที่ได้รับบริการของผู้มีสิทธิภายใต้ระบบประกันสุขภาพทั้งสามกองทุน เกิดได้จากทั้งสิทธิประโยชน์ที่ต่างกัน เงื่อนไขการใช้บริการ วิธีการบริหารจัดการ รวมถึงรูปแบบวิธีและอัตราการจ่ายที่ต่างกัน ทั้งนี้ในด้านสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพทั้งสามระบบใหญ่นั้นค่อนข้างใกล้เคียงกันจึงไม่น่าจะใช้ปัจจัยหลักที่ก่อให้เกิดความแตกต่างดังกล่าว เงื่อนไขการใช้บริการมีผลส่วนหนึ่งเนื่องจากหากสิทธิประโยชน์เหมือนกัน แต่กำหนดเงื่อนไขการใช้บริการที่ต่างกันก็ย่อมมีผลต่อการเข้าถึงและใช้บริการที่ต่างกัน เช่น การกำหนดระยะเวลาการเกิดสิทธิ การต้องขออนุมัติสิทธิกรณีการล้างไตของผู้ป่วยประกันสังคม ในขณะที่อีกสองระบบไม่ต้องมีระบบดังกล่าว หรือกรณีเงื่อนไขการรับบริการโดยการฟอกเลือดหรือล้างไตทางหน้าท้องของแต่ละระบบประกันสุขภาพ²³ นอกจากนั้นการที่มีเงื่อนไขการใช้บริการที่ต่างกันยังส่งผล

²² สมศักดิ์ เทียมเก่า ระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองครบวงจรเขตพื้นที่ให้บริการ สปสช. เขต 7 Stroke Fast Track Network Can Improve Access!!! ไฟล์นำเสนอในที่ประชุมที่สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2556

²³ วิษั เกษมทรัพย์ (2556) รายงานความก้าวหน้าโครงการประเมินการเข้าถึงบริการและการจัดบริการทดแทนไต ภายใต้ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย นำเสนอในที่ประชุมสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, นนทบุรี



ต่อการเข้าถึงบริการเมื่อมีการเปลี่ยนสิทธิจากสิทธิหนึ่งไปยังอีกสิทธิหนึ่ง²⁴ การกำหนดเงื่อนไขเพื่อให้เฉพาะยาในบัญชียาหลักแห่งชาติทำให้ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องจ่ายค่ายานอกบัญชียาหลัก แต่ปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดเป็นเรื่องวิธีการบริหารจัดการ รวมถึงรูปแบบและอัตราการจ่ายซึ่งส่งผลต่อแรงจูงใจของผู้ให้บริการในการพิจารณาว่าจะให้บริการอะไรในปริมาณเท่าใด รวมถึงภาระที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

5.4 การขาดกลไกการอภิบาลระบบประกันสุขภาพในภาพรวม

การที่ประเทศไทยเรามีระบบประกันสุขภาพแยกเป็นสามระบบหลัก และแต่ละระบบต่างมีกฎหมายและกลไกการอภิบาลแยกของตนเอง โดยไม่มีกลไกการอภิบาลระบบในภาพรวมของประเทศ ทำให้แต่ละระบบต่างสามารถกำหนดสิทธิประโยชน์ เงื่อนไขการใช้บริการ รวมถึงการบริหารจัดการและกำหนดรูปแบบ และอัตราจ่ายแยกกันนำมาซึ่งความเหลื่อมล้ำดังที่ปรากฏขึ้น ดังนั้นหากจะยังคงมีระบบประกันสุขภาพแยกกันเป็นสามระบบดังกล่าวจำเป็นที่ต้องมีกลไกกลางที่มาทำหน้าที่ในการกำกับและอภิบาลระบบในภาพรวมเพื่อกำหนดทิศทาง มาตรฐานกลาง และการดำเนินงานให้เป็นไปตามเป้าประสงค์เชิงนโยบายต่อไป^{25, 26}

²⁴ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, สุรรัตน์ งามเกียรติไพศาล และหุฬิญา โอหารส (2556) โครงการศึกษาความแตกต่างและทางเลือกในการประสานการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูงของระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย กรณีศึกษาโรคมะเร็ง โรคไตวายเรื้อรัง และโรคเอดส์. นนทบุรี, สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

²⁵ สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (2552) โครงการศึกษาแนวทางการพัฒนากิจการกระทรวงสาธารณสุขสู่บทบาทผู้กำหนดนโยบายและกำกับทิศทางระบบการคลังสุขภาพของประเทศ. นนทบุรี, สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

²⁶ เดือนเด่น นิคมบริรักษ์, วีรวัลย์ ไพบูลย์จิตต์อารี, ธารทิพย์ ศรีสุวรรณเกศ และพรชัย ฟิลหาเวสส (2556) โครงการพัฒนาแนวทางการอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร, สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย



6. การขับเคลื่อนเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ ระหว่างระบบประกันสุขภาพ

ในช่วงสามปีที่ผ่านมา มีความเคลื่อนไหวเพื่อสร้างเอกภาพและลดความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบประกันสุขภาพมาอย่างต่อเนื่องภายหลังจากมีคณะกรรมการประสานความร่วมมือระหว่างกรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข (คณะกรรมการร่วมสามกองทุน) มาอย่างต่อเนื่อง และพบว่าสามารถดำเนินการได้ในเฉพาะประเด็นเชิงเทคนิคเท่านั้น ไม่สามารถก้าวล้ำไปสู่ประเด็นเชิงระบบได้¹⁶ ข้อเท็จจริงดังกล่าวนำมาซึ่งการแสวงหากลไกที่จะทำให้สามารถสร้างเอกภาพและลดความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบประกันสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพในช่วงที่ผ่านมา ในที่นี้จะกล่าวถึงกลไกการทำงานที่สำคัญสามกลไก คือ คณะกรรมการและสำนักงานพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ การประชุมที่ทำเนียบรัฐบาลโดยนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัย และค่าบริการทางการแพทย์

6.1 คณะกรรมการและสำนักงานพัฒนาระบบการเงินการคลัง ด้านสุขภาพแห่งชาติ

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 หมวด 12 ว่าด้วยเรื่องการเงินการคลังด้านสุขภาพ ข้อ 111 ระบุ “ให้รัฐจัดให้มีกลไกระดับชาติทำหน้าที่วางแผนการเงินการคลังด้านสุขภาพของประเทศในระยะยาว ติดตามประเมินผล รวมถึงสนับสนุนการวิจัยพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยให้มีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนอย่างพอเพียง” ประกอบกับข้อมูลเชิงประจักษ์พบว่า การจัดการด้านเงินการคลังระบบบริการ



สุขภาพในปัจจุบันยังขาดความสมดุล มีปัญหาเรื่องความเป็นธรรมและความยั่งยืน คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติจึงมีมติเสนอให้รัฐบาลจัดตั้งกลไกเฉพาะเพื่อพัฒนาข้อเสนอการออกแบบและจัดการระบบการเงินการคลัง และคณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบเมื่อวันที่ 29 มิถุนายน 2553 ซึ่งต่อมานายกรัฐมนตรีลงนามในระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2553 และมีผลใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป เป็นกำหนดเวลา 3 ปี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้มีการดำเนินการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพของประเทศให้มีความยั่งยืน สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ บริบทของสังคมและระบบบริการสาธารณสุขที่เปลี่ยนไป โดยวางแผนจัดการเชิงโครงสร้างทั้งระบบ โดยกำหนดให้มีกลไกระดับชาติทำหน้าที่วางแผนการเงินการคลังด้านสุขภาพของประเทศในระยะยาว ติดตามประเมินผล รวมถึงสนับสนุนการวิจัยพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยให้มีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนอย่างพอเพียง²⁷ โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้จัดตั้งหน่วยงานสำนักงานพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2553 เพื่อเป็นสำนักงานเลขานุการให้กับคณะกรรมการฯ

คณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และมีรองประธาน 4 ท่าน ได้แก่ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข รัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงาน และผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งนายกรัฐมนตรีแต่งตั้งจากกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ 1 คน และมีกรรมการมาจากภาครัฐ ภาควิชาการ และภาคประชาชน ภาคส่วนละ 8 คน โดยมีผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ

²⁷ ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2553 ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 127 ตอนพิเศษ 89 ง ลงวันที่ 21 กรกฎาคม พ.ศ. 2553



แห่งชาติเป็นกรรมการและเลขานุการ คณะกรรมการรวมทั้งสิ้น 30 คน และได้มีการแต่งตั้งอนุกรรมการสองชุดคือ คณะอนุกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ และคณะอนุกรรมการพัฒนากลไกด้านสังคมและการสื่อสารสาธารณะ

ทั้งนี้คณะอนุกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ ได้เสนอเป้าหมายและกรอบการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ และได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการฯ เมื่อวันที่ 28 เมษายน 2554 โดยกำหนดเป้าหมายการพัฒนาไว้ดังนี้²⁸

“ประเทศไทยมีระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ ที่สนับสนุนการพัฒนาสุขภาพ และมีระบบการเงินการคลังด้านบริการสุขภาพ ที่มีความเสมอภาค มีประสิทธิภาพ มีความโปร่งใส มีส่วนร่วม และมีความยั่งยืน รวมทั้งสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขผสมผสาน ที่มีคุณภาพ มีความเสมอภาค มีความต่อเนื่อง มีส่วนร่วม และมีประสิทธิภาพ”

และกำหนดกรอบภารกิจการพัฒนาสำคัญ 5 ระบบ คือ

- 1) ออกแบบระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์
- 2) ออกแบบระบบการเงินการคลังที่พึงประสงค์
- 3) พัฒนาระบบการสนับสนุนอื่น เช่น ระบบข้อมูล การประเมินความคุ้มค่าเทคโนโลยีใหม่
- 4) พัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ เช่น การเลือกหน่วยบริการ การร่วมจ่าย
- 5) ออกแบบระบบกำกับและอภิบาลระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพในภาพใหญ่

²⁸ สำนักพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ “เป้าหมาย ขอบเขตการทำงานคณะอนุกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ” เสนอต่คณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ วันที่ 28 เมษายน พ.ศ.2554



ภาพที่ 5 เป้าหมายและกรอบการพัฒนาระบบการเงินการคลัง ด้านสุขภาพแห่งชาติ



และได้กำหนดเป้าหมายผลผลิตและแผนการดำเนินงานในช่วงสามปี
ดังแสดงในภาพที่ 6



ภาพที่ 6 แผนการทำงานในช่วงสามปีของสำนักงานพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ

ปีที่ 1		ปีที่ 2		ปีที่ 3	
ระยะยาว					
• สร้างภาพอนาคตและข้อเสนอเชิงนโยบายในการออกแบบระบบ (Grand design) โดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียทุกฝ่าย เพื่อให้ระบบมีความเป็นธรรม ประสิทธิภาพ ยั่งยืน โปร่งใสและตรวจสอบได้					
ระยะสั้นภายใน 3 ปี					
» ผลักดันให้มีการจัดตั้งกลไกกลางที่ใช้ร่วมกัน					
Case mix	Data standard	Audit	Data center	claim	
» พัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายด้านการคลัง					
วิธีและอัตราจ่ายมาตรฐาน	การร่วมจ่าย	การคลังเพื่อสุขภาพ	การคลังเพื่อสาธารณสุข	ระบบการจ่ายเพื่อพัฒนาบริการ	

ผลการดำเนินงานสำคัญ²⁹

- 1) ร่างภาพที่พึงประสงค์ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ
- 2) ร่างยุทธศาสตร์ชาติการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีการจัดเวทีวิชาการเพื่อระดมสมองภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ความเห็นเบื้องต้นในการปรับปรุงเรียบร้อยแล้ว

²⁹ สำนักพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ (2555) สรุปการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ (1 พฤศจิกายน 2553-31 พฤษภาคม 2555) และข้อเสนอแนะการดำเนินการต่อเนื่อง. นนทบุรี, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข



3) ร่างแผนปฏิบัติการการพัฒนาไกลการมีส่วนร่วมทางสังคมและการสื่อสารสาธารณะ ปี พ.ศ. 2555 – 2556

4) มีการประชุมปรึกษาหารือหน่วยงานสามกองทุนในเรื่องการบริหารจัดการยาบ้าซี จ (2) จนกระทั่งได้มีการลงนามบันทึกความร่วมมือเพื่อจัดทำราคากลางยาและเครื่องมือแพทย์ ระหว่างกรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม (สปส.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2555 ณ โรงแรมราม่า การ์เดนส์ และได้มีการประชุมร่วมสามกองทุนประกันสุขภาพหลักเพื่อพิจารณาแนวทางการดำเนินการร่วมกันต่อไป (มีการประชุม 4 ครั้ง)

5) มีการประชุมปรึกษาหารือหน่วยงานสามกองทุนประกันสุขภาพหลัก (มีการประชุม 2 ครั้ง ในวันที่ 10 และวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2554) ในเรื่องการบูรณาการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อหาแนวทางการดำเนินการบริหารจัดการการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชนทุกสิทธิ ให้ได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินในสถานบริการได้ทุกที่ โดยไม่ต้องจ่ายเงิน ซึ่งหน่วยงานสามกองทุนฯ ได้นำไปเสนอเพื่อให้มีการดำเนินการทั่วประเทศ เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2555 เป็นต้นมา

ต่อมา **คณะรัฐมนตรีในรัฐบาลปัจจุบันมีมติเห็นชอบให้ยกเลิกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2553 ในวันที่ 24 เมษายน 2555** ซึ่งในการนี้สำนักงานพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติมีข้อเสนอเพื่อการดำเนินการต่อ คือ การพัฒนาไกลกลางในการบริหารจัดการระบบการคลังด้านสุขภาพระดับชาติ (National Information Clearing House) เพื่อพัฒนาระบบจ่ายชดเชยค่าบริการให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยกลไกกลางเพื่อการจัดการดังกล่าว



ประกอบด้วย 1) หน่วยงานกลางบริหารจัดการข้อมูลเบิกจ่าย (Data Center and Clearing House) 2) หน่วยงานกลางบริหารมาตรฐานระบบข้อมูลเบิกจ่าย (Data Standard Maintenance Organization – DSMO) 3) หน่วยงานกลางพัฒนาเครื่องมือคำนวณการจ่ายค่าบริการสำหรับระบบประกันสุขภาพ (Case-Mix Center) และ 4) หน่วยงานกลางตรวจสอบข้อมูลการเบิกจ่าย และเสนอให้มีการบูรณาการการบริหารจัดการสามกองทุนร่วมกันเพื่อลดความเหลื่อมล้ำระหว่างกองทุน

6.2 การขับเคลื่อนของภาคการเมืองโดยนายกรัฐมนตรี

รัฐบาลพรรคเพื่อไทย ที่มีนายกรัฐมนตรียิ่งลักษณ์ ชินวัตร เป็นนายกรัฐมนตรี ได้แถลงนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาลต่อรัฐสภา เมื่อวันที่ 23 สิงหาคม 2554 ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้ในข้อ 1.14

“พัฒนาระบบประกันสุขภาพ เพิ่มประสิทธิภาพของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค เพื่อให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการอย่างมีคุณภาพ สะดวก รวดเร็ว และเป็นธรรม รวมทั้งบูรณาการสิทธิของผู้ป่วยที่พึงได้รับจากระบบประกันสุขภาพต่างๆ บูรณาการแผนงานของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องให้สอดคล้องไปในแนวทางเดียวกัน ตลอดจนส่งเสริมการนำเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัยและคุ้มค่าต่อการให้บริการมาใช้ให้แพร่หลาย รวมทั้งจัดให้มีมาตรการลดปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพและภาวะทุพโภชนาการที่นำไปสู่การเจ็บป่วยเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือด มะเร็ง รวมทั้งการเฝ้าระวังโรคอุบัติใหม่ และมาตรการป้องกันอุบัติเหตุจากการจราจร”

ซึ่งในการนี้นายกรัฐมนตรีได้มีการเรียกประชุมรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้อง (สาธารณสุข คลัง แรงงาน) ผู้บริหารระดับสูงของสามกองทุน



เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน (สพฉ.) รวมทั้งเลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ผู้อำนวยการสำนักงานงบประมาณ เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ และผู้ทรงคุณวุฒิ/นักวิชาการที่เกี่ยวข้อง ครั้งแรกเมื่อวันที่ 20 มกราคม 2555 ที่ทำเนียบรัฐบาล โดยนายกรัฐมนตรี มอบนโยบายสำคัญในการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ คือ การพัฒนา บุคลากร และสร้างเอกภาพของระบบประกันสุขภาพ ให้เป็นแนวทางเดียวกัน เพื่อสร้างความเสมอภาคเท่าเทียมในการรับบริการสาธารณสุขพื้นฐานของประชาชนไทย โดยให้เริ่มจากบริการเจ็บป่วยฉุกเฉินสำหรับทุกคนทุกสิทธิ ทั้งนี้นายกรัฐมนตรีได้มีการเรียกประชุมที่ทำเนียบอีกเป็นระยะ รวมทั้งหมด 6 ครั้งที่ผ่านมา โดยครั้งสุดท้ายคือเมื่อวันที่ 21 สิงหาคม 2555 ที่ทำเนียบรัฐบาล (ข้อมูล ณ วันที่ 9 เมษายน 2556)

ผลการดำเนินงานสำคัญ

ทั้งนี้แม้กลไกนี้จะไม่ใช่กลไกที่เป็นทางการ แต่หากพิจารณาจะเห็นว่ามีการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมได้ค่อนข้างดีในช่วงที่ผ่านมา ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

1) การบูรณาการการจัดระบบบริการและชดเชยกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ให้สามารถเข้ารับบริการในโรงพยาบาลเอกชนที่มีได้เป็นคู่สัญญาของกองทุนประกันสุขภาพ นโยบายดังกล่าวได้รับการแปลงไปสู่การปฏิบัติตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2555 ซึ่งจากการประเมินนโยบายดังกล่าวในช่วงแรกก็พบว่า นโยบายดังกล่าวเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น อย่างไรก็ตามก็ยังมีข้อขัดข้องในเชิงปฏิบัติอีกหลายประการ³⁰

³⁰ ไพบุลย์ สุริยวงศไพศาล, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, ยาใจ อภิบุญโยภาส, สิรินาฏ นิภาพร และคณะ (2555) โครงการประเมินการให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินร่วมสามกองทุนภายใต้ “นโยบาย เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทัวถึงทุกคน” นนทบุรี, สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย เครือสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข



2) การบูรณาการการจัดระบบการจ่ายยาต้านไวรัสเอดส์ (มติเมื่อวันที่ 21 มิถุนายน 2555) โดยมีข้อสรุปให้เริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2555 คือ

ก. ให้มีคณะกรรมการร่วมด้านวิชาการ เพื่อดูแลมาตรฐานการรักษา ประกอบด้วยผู้แทนจาก 3 กองทุน และมีกรมควบคุมโรคเป็นประธาน (มีการดำเนินการในเรื่องเพิ่มยา Darunavir เข้าในบัญชียาหลักแห่งชาติเพื่อให้ทุกสิทธิเข้าถึงบริการเท่าเทียมกัน ปรับเงื่อนไขให้ทุกกองทุนสามารถตรวจ viral load ได้ 1-2 ครั้ง/ปีตามระยะของโรค ปรับเกณฑ์การเริ่มยาต้านไวรัสเอดส์จากเดิม $CD4 < 200$ เป็น <350)

ข. บูรณาการให้เกิดระบบสารสนเทศกลางในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน (มีการอบรมการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม NAP plus แก่สถานพยาบาล ระบบประกันสังคม ส่วนของกรมบัญชีกลางยังไม่มีระบบการลงทะเบียน)

ค. จัดระบบเครือข่ายบริการเพื่อผู้รับบริการในแต่ละกองทุนสามารถใช้บริการ ณ หน่วยบริการใดก็ได้ โดยไม่ขัดต่อระเบียบของแต่ละกองทุน (สปสข.อยู่ระหว่างการแก้ไข)

ง. ศึกษาความเป็นไปได้ในการบริหารจัดการด้วยระบบเดียวกัน เช่น การบริหารยาและเวชภัณฑ์ และการชดเชยค่าบริการ

3) การบูรณาการกรณีไตวายเรื้อรัง ทั้งนี้พบความแตกต่างหลักในเรื่องนี้ระหว่างกองทุน³¹ คือ สิทธิการเข้าถึงการรักษาด้วยวิธีต่างๆ (สปสข.มี PD first) การชดเชยและการสนับสนุนอุปกรณ์สำหรับการรักษาด้วย CAPD ไม่เหมือนกัน การชดเชยและการสนับสนุนอุปกรณ์สำหรับการรักษาด้วย HD ไม่เหมือนกัน การปลูกถ่ายไตมีความแตกต่างเล็กน้อย (สิทธิข้าราชการไม่มีการชดเชยให้กาชาด สิทธิประกันสังคมต้องผ่านการล้างไตหรือฟอกเลือดก่อน) และ

³¹ ประทีป ธนกิจเจริญ, การบูรณาการ 3 กองทุนในการจัดบริการทดแทนไต, 1-13 ธค.55



การรับยา EPO 3 กองทุนมีความแตกต่างกันมาก ทั้งนี้มีการดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2555 ดังต่อไปนี้

ก. ผู้ป่วยทุกรายทุกสิทธิเข้าถึงการรักษาด้วยเกณฑ์มาตรฐานเดียวกันของสมาคมโรคไต โดยมีการกำหนดเกณฑ์มาตรฐานทางการแพทย์ของการวินิจฉัยให้สิทธิบำบัดทดแทนไต

ข. ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาต่อเนื่องโดยวิธีการรักษาแบบเดิม แม้มีการเปลี่ยนสิทธิรักษา (สปส.อยู่ระหว่างการออกประกาศคณะกรรมการแพทย์ คัดว่าจะประกาศใช้ได้ในเดือนเมษายน 2556)

ค. ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาภายใต้ระบบบริการของกองทุนที่ย้ายเข้าไปใหม่

ง. หน่วยบริการรับชดเชยค่าบริการและเวชภัณฑ์ตามระเบียบของกองทุนที่ผู้ป่วยย้ายเข้าไปใหม่

ทั้งสามเรื่องดังกล่าวสรุปได้ว่าเกิดขึ้นจากการผลักดันทางการเมืองจากการประชุมดังกล่าว ทั้งนี้ยังมีอีกสองเรื่องที่อาจมีขึ้นมาจากการประชุมที่ทำเนียบแต่ก็เกิดขึ้นจากการผลักดันด้านการเมืองเป็นสำคัญเช่นกัน คือ

4) การบูรณาการการรักษาพยาบาลโรคมะเร็งให้เป็นมาตรฐานเดียวกันในกลุ่มโรคมะเร็งปอด มะเร็งตับ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งลำไส้ใหญ่ เนื่องจากพบมากในประเทศไทยสืบเนื่องจากสภาพที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเสนอคณะรัฐมนตรีให้มีการรักษามะเร็งมาตรฐานเดียว เมื่อเดือนสิงหาคม 2555 และรองนายกรัฐมนตรี (นายกิตติรัตน์ ณ ระนอง) ได้มอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักรับข้อเสนอร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึง สปสช.ไปพิจารณาและเสนอความเห็นฯ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข มอบหมาย สปสช.รับไปดำเนินการ หลังจากนั้น สปสช.ได้จัดประชุมผู้เชี่ยวชาญเพื่อทบทวนแนวทางการรักษาโรคมะเร็ง (Protocol) 10 ครั้ง และประชุมรับฟัง



ความเห็นต่อร่างแนวทางการรักษามะเร็ง (Protocol) ปัจจุบันอยู่ระหว่างการหารือผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน โดยแต่งตั้งคณะทำงานฯ เพื่อร่วมจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายต่อประเด็นความเห็นของสภาที่ปรึกษาฯ ก่อนเสนอเข้าสู่การพิจารณาของคณะรัฐมนตรีต่อไป

5) National Clearing House มีการผลักดันให้ สปสช. ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานกลางในการบริหารจัดการด้านธุรกรรมการเบิกจ่ายชดเชยและระบบข้อมูลแก่ทั้งสามกองทุน รวมถึงข้าราชการ/พนักงานส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานรัฐวิสาหกิจอื่นๆ ที่สนใจ ซึ่งในการนี้ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีมติเห็นชอบให้ สปสช. ทำหน้าที่ดังกล่าวเมื่อวันที่ 7 มกราคม 2556 และมอบหมายให้ สปสช. เสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อให้ความเห็นชอบ ระหว่างนี้ ได้มีการเซ็น MOU ร่วมกันระหว่าง กรมบัญชีกลาง และ สปสช. เพื่อให้ สปสช. ทำหน้าที่ดังกล่าวแทนกรมบัญชีกลาง (เริ่มมีผลตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2556) และคณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบการทำหน้าที่ National Clearing House ตามที่ สปสช. เสนอ

6.3 คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่าย ค่าตรวจวินิจฉัย และค่าบริการทางการแพทย์

คณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม 2555 อนุมัติตามที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอ แต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัยและค่าบริการทางการแพทย์ โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน และมีอธิบดีกรมบัญชีกลางเป็นเลขานุการ และมีคณะกรรมการมาจากหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและสามกองทุน โดยคณะกรรมการฯ มีบทบาทจัดทำข้อเสนอระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัยและค่าบริการทางการแพทย์ต่อคณะรัฐมนตรี เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ และมอบให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปเป็นแนวทาง



ดำเนินการปฏิบัติต่อไป และจัดทำข้อเสนอระบบตรวจสอบ ติดตาม ในการเบิกจ่ายยา เวชภัณฑ์ ค่าตรวจวินิจฉัยและค่าบริการทางการแพทย์ที่เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และมีความยั่งยืนต่อคณะรัฐมนตรี เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ และมอบให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รับไปดำเนินการปฏิบัติต่อไป โดยการดำเนินการของคณะกรรมการชุดดังกล่าว มีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดทิศทาง กลไก ระบบยา ในภาพรวมของประเทศจากข้อเท็จจริง เพื่อให้มีภาพที่ชัดเจน และใช้กำหนดทิศทาง ให้สอดคล้องกับนโยบายรัฐบาลที่จะพัฒนาระบบยาให้เป็นเอกภาพเดียวกันต่อไป

คณะกรรมการฯ ดังกล่าวได้มีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการในระยะแรก จำนวน 6 ชุด ประกอบด้วย

- 1) คณะอนุกรรมการเจรจาต่อรองราคายาและเวชภัณฑ์ มีรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นายโสภณ เมฆธน) เป็นประธาน มีภารกิจในการเจรจาต่อรองราคายากลุ่มเป้าหมายที่มีผู้จำหน่ายรายเดียวและมีราคาแพง
- 2) คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ และยาชื่อสามัญ มีปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน
- 3) คณะอนุกรรมการกำหนดแนวทางเวชปฏิบัติ ข้อบ่งชี้การใช้ยา การตรวจวินิจฉัยโรคและการรักษาพยาบาล มีอธิบดีกรมการแพทย์เป็นประธาน โดยมุ่งเน้นที่ยากลุ่มเป้าหมาย 9 กลุ่มหลักที่มีมูลค่าการใช้สูง และค่าบริการรังสีวินิจฉัย รังสีรักษา และบริการผ่าตัดที่มีราคาแพง
- 4) คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษาพยาบาล และการเบิกจ่าย มีเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นประธาน เพื่อบูรณาการระบบการตรวจสอบการรักษาพยาบาลและการเบิกจ่ายของสามกองทุน
- 5) คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาและรหัสยามาตรฐานเพื่อสนับสนุนการบริหารเวชภัณฑ์ มีเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาเป็น



ประธาน เพื่อให้มีระบบมาตรฐานข้อมูลของบริการต่างๆ เพื่อใช้ในการเบิกจ่าย รวมถึงการตรวจสอบกำกับ

6) คณะอนุกรรมการปรับปรุงกลไกการจ่ายเงินโดยกลุ่มวินิจัยโรคร่วม มีปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน มีหน้าที่ในการพัฒนาข้อเสนอในการกำหนดอัตราค่ารักษาพยาบาลตามกลุ่มวินิจัยโรคร่วมระหว่างกองทุนต่างๆ ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน เพื่อป้องกันการเลือกปฏิบัติในการให้บริการ และในระยะต่อมาได้รับมอบหมายให้กำกับการพัฒนารูปแบบการจ่ายล่วงหน้าบริการผู้ป่วยนอกแบบตกลงราคาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังร่วมด้วย

ต่อมาได้มีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการเพิ่มเติมอีกหนึ่งชุด คือ คณะอนุกรรมการระบบข้อมูลบริการทางการแพทย์ ซึ่งมีอธิบดีกรมบัญชีกลางเป็นประธาน โดยมีบทบาทภารกิจสำคัญสองเรื่องคือ การพัฒนาข้อเสนอในเรื่อง National clearing House และ National Health Care Information

ทั้งนี้คณะกรรมการฯ ได้มีการประชุมกันเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง โดยมีการประชุมรวมแล้ว 8 ครั้งตั้งแต่มีการแต่งตั้งคณะกรรมการฯ

ผลการดำเนินงานสำคัญ

สำหรับความคืบหน้าการดำเนินงานของคณะกรรมการฯ และอนุกรรมการชุดต่างๆ พอสรุปได้ดังนี้



คณะกรรมการฯ และหน่วยงานเกี่ยวข้อง	ผลการดำเนินงานระหว่าง มิถุนายน 2555 – มีนาคม 2556
คณะกรรมการเจรจา ต่อรองราคายาและ เวชภัณฑ์	• ตีอรรถราคายาเป้าหมาย 9 กลุ่ม/ยานำเข้า บัญชียาหลัก/และยา NED รวม 271 รายการ มูลค่ายาที่คาดว่าจะประหยัดได้ 865 ล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 15 ของมูลค่าที่มีการเบิกจ่ายอยู่ • ร่วมแก้ปัญหาการขาดแคลนนํ้าเกลือร่วมกับองค์การเภสัชกรรม และจัดระบบแลกเปลี่ยนยาส่วนเกินของโรงพยาบาล • อยู่ระหว่างการพิจารณากลุ่มยามะเร็ง โดยจะประสานงานกับคณะกรรมการกำหนดแนวเวชปฏิบัติฯ เพื่อขอข้อมูลกลุ่มยามะเร็งชนิดใดที่กำหนดแนวเวชปฏิบัติแล้วเสร็จ เพื่อใช้เป็นข้อมูลนำไปต่อรองราคายาต่อไป
คณะกรรมการ ส่งเสริมการใช้ยาใน บัญชียาหลักแห่งชาติ และยาชื่อสามัญ	• สำรวจสถานการณ์การใช้ยา ED/NED • กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ มีแผนสํ่ววิเคราะห์คุณภาพยา 56 รายการ (ยา 9 กลุ่ม) เพื่อให้เกิดความมั่นใจการใช้ยาชื่อสามัญ • มีแผนการดำเนินงานประชาสัมพันธ์แก่แพทย์และประชาชนทั่วไป โดยองค์การเภสัชกรรมได้จัดสรรงบประมาณให้ดำเนินการ 12 ล้านบาท
คณะกรรมการ กำหนดแนวเวชปฏิบัติ ข้อบ่งชี้การใช้ยา การตรวจวินิจฉัยโรค และการรักษาพยาบาล	• จัดทำแนวเวชปฏิบัติและข้อบ่งชี้ ด้านรังสีรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูง ด้านศัลยกรรมที่มีค่าใช้จ่ายสูง และด้านรังสีวินิจฉัยที่มีค่าใช้จ่ายสูง • จัดทำ “แนวเวชปฏิบัติและข้อบ่งชี้การใช้นอกบัญชียาหลักแห่งชาติของกลุ่มเป้าหมาย 5 กลุ่ม ดำเนินการแล้วเสร็จ อยู่ระหว่างตรวจความถูกต้อง
คณะกรรมการพัฒนา ระบบตรวจสอบ การรักษาพยาบาลและ การเบิกจ่าย	• มี Action plan การดำเนินงานแล้วแต่รอแนวเวชปฏิบัติที่คณะกรรมการกำหนดแนวเวชปฏิบัติฯ จะประกาศใช้ก่อน



คณะอนุกรรมการฯ และหน่วยงานเกี่ยวข้อง	ผลการดำเนินงานระหว่าง มิถุนายน 2555 – มีนาคม 2556
คณะอนุกรรมการพัฒนา บัญชียาและรหัสยา มาตรฐานเพื่อสนับสนุน การบริหารเวชภัณฑ์	- ดำเนินการจัดทำบัญชียาและรหัสยามาตรฐานสำหรับยา 9 กลุ่มแรกแล้วเสร็จ - อยู่ระหว่างการจัดทำบัญชียาและรหัสยามาตรฐานสำหรับยากกลุ่มอื่นๆ ที่เหลือ
คณะอนุกรรมการ ปรับปรุงกลไกการจ่าย เงินโดยกลุ่มวินิจฉัย โรคร่วม	- ข้อเสนอปรับปรุงกลไกการจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมแล้วเสร็จ อยู่ระหว่างดำเนินการนำเสนอคณะอนุกรรมการฯ ก่อนนำเสนอคณะกรรมการพิจารณา - อยู่ระหว่างการพัฒนารูปแบบการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอกแบบตกลงราคาล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
คณะอนุกรรมการระบบ ข้อมูลการบริการทางการแพทย์	- ตั้งคณะกรรมการ 2 ชุด คือ คณะทำงาน National Clearing House และคณะทำงาน National Health Care Information - คณะทำงานชุดที่ 1 (National Clearing House) มีรองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นประธานคณะทำงาน สำหรับคณะทำงานชุดที่ 2 (National Health Care Information) มีรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการสาธารณสุข เป็นประธานคณะทำงาน โดยกำหนดกรอบการทำงานให้คณะทำงานจัดทำข้อเสนอภายใน 3 เดือน
การดำเนินงานของกรม บัญชีกลาง	- คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ได้มีมติเมื่อวันที่ 1 เมษายน 2556 มอบหมายให้คณะอนุกรรมการพิจารณา กำหนดราคากลางยา ไปดำเนินการกำหนดหลักเกณฑ์ การคำนวณราคากลางและส่งให้กรมบัญชีกลางประกาศ ราคากลางในการจัดซื้อของส่วนราชการ - กรมบัญชีกลาง จึงเห็นควรส่งมอบรายการยาที่อนุกรรมการ ต่อรองราคาส่งมอบ ให้คณะอนุกรรมการพิจารณากำหนด ราคากลางยา ใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณา เมื่อหลัก เกณฑ์การคำนวณราคากลางแล้วเสร็จและมีการประกาศ ใช้แล้ว กรมบัญชีกลางจะดำเนินการประกาศอัตราการเบิก จ่ายเงินสำหรับรายการต่างๆ ต่อไป



คณะอนุกรรมการฯ และหน่วยงานเกี่ยวข้อง	ผลการดำเนินงานระหว่าง มิถุนายน 2555 – มีนาคม 2556
องค์การเภสัชกรรม	อยู่ระหว่างการดำเนินการให้องค์การเภสัชกรรมเป็นกลไกกลางในการต่อรองและจัดหาเพื่อสนับสนุนแก่โรงพยาบาลรัฐ โดยมีข้อเสนอให้คณะกรรมการพิจารณา • เห็นชอบให้ราคายาในการจัดหาขององค์การเภสัชกรรมเป็นราคากลางในการจัดซื้อยาของสถานพยาบาลของรัฐ • ประเด็นให้สถานพยาบาลของรัฐพิจารณาซื้อยาที่องค์การเภสัชกรรมจัดหาให้ เป็นลำดับแรก ได้รับความเห็นชอบแบบมีระยะเวลาจำกัดครั้งปีถึงหนึ่งปี โดยให้เสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อขอสิทธิพิเศษ แล้วส่งให้กรมบัญชีกลางเพื่อเสนอคณะกรรมการสิทธิพิเศษของกระทรวงการคลัง • เห็นชอบในหลักการ ทั้งนี้การประกาศราคากลางที่ทุกกองทุนใช้ร่วมกัน โดยเสนอให้อนุกรรมการกำหนดราคากลาง คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ดำเนินการ • มอบสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) หากลไกกระบวนการที่จะทำให้สมดุลของระบบยา เพื่อให้สถานพยาบาลและกองทุนมีค่าใช้จ่ายในราคาที่เหมาะสม และบริษัทไทยอยู่ได้



7. สรุปและข้อเสนอเพื่อการลดความเหลื่อมล้ำ ในระบบบริการสุขภาพไทย

จากข้อมูลเชิงประจักษ์ รวมถึงการขับเคลื่อนในระบบประกันสุขภาพ ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาพอสรุปได้ดังนี้

1) มีความแตกต่างในการได้รับบริการสุขภาพระหว่างระบบประกันสุขภาพจริง อันเนื่องจากการที่เรามีระบบประกันสุขภาพหลักสามระบบที่มี การออกแบบระบบ กำหนดสิทธิประโยชน์ และบริหารจัดการต่างกัน

2) มีความแตกต่างในการได้รับบริการสุขภาพระหว่างพื้นที่ต่างๆ อันเนื่องจากการกระจายทรัพยากรด้านสุขภาพที่ไม่เท่าเทียมกัน รวมถึง ความพร้อมของระบบบริการ และการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาระบบบริการ ในแต่ละพื้นที่แตกต่างกัน

3) ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพหรือซื้อบริการสุขภาพใน ประเทศไทย ไม่เคยมีการกำหนดเป้าหมายในด้านการลดความเหลื่อมล้ำของ การใช้บริการสุขภาพของประชาชนไม่ว่าในแง่ของความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบ ประกันสุขภาพหรือระหว่างพื้นที่

4) กลไกการขับเคลื่อนเพื่อสร้างเอกภาพและลดความเหลื่อมล้ำ ระหว่างระบบประกันสุขภาพไทยในช่วงที่ผ่านมามีทั้งกลไกในรูปแบบคณะกรรมการ ร่วมระดับกองทุน (คณะกรรมการร่วมสามกองทุน) กลไกอิสระใหม่ที่แยกออก มาเพื่อขับเคลื่อนเรื่องนี้โดยเฉพาะ (คณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลัง ด้านสุขภาพแห่งชาติ) กลไกร่วมระดับกระทรวง (คณะกรรมการกำหนดระบบ บริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัยและค่าบริการทางการแพทย์) และกลไกการขับเคลื่อนทางการเมืองที่ไม่มีการจัดตั้งเป็นทางการ ซึ่งจากผลการ ดำเนินงานที่ผ่านมาจะเห็นว่ากลไกการขับเคลื่อนที่อยู่เหนือระดับกระทรวง



จากทางฝ่ายการเมืองจะมีผลการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมชัดเจนมากที่สุด
อย่างไรก็ดีก็มีข้อสงสัยในด้านความยั่งยืนในการดำเนินงานหากไม่มีโครงสร้าง
กลไกที่เป็นรูปธรรมรองรับ

ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในระบบประกันสุขภาพและระบบ บริการสุขภาพไทย

เรียนรู้จากประสบการณ์การดำเนินงานที่ผ่านมา จะเห็นว่าหากจะขับเคลื่อนเพื่อสร้างเอกภาพและลดความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบประกันสุขภาพและระบบบริการสุขภาพไทยนั้น จำเป็นต้องมีกลไกการขับเคลื่อนที่อยู่เหนือหน่วยดำเนินงาน คือเหนือระดับกองทุนและระดับผู้ให้บริการ ดังนั้นในการขับเคลื่อนในเรื่องดังกล่าวมีข้อเสนอเชิงนโยบายคือ

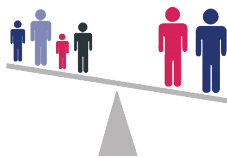
1) ต้องมีการปฏิรูปกลไกการอภิบาลระบบประกันสุขภาพและระบบบริการสุขภาพไทย ให้มีกลไกระดับชาติด้านสุขภาพ (National Health Authority) ในการกำหนดทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพและระบบประกันสุขภาพไทย รวมถึงการกำหนดมาตรฐาน กฎเกณฑ์กติกากลาง เช่น ชุติสนธิประโยชน์ อัตราการจ่าย มาตรฐานข้อมูล ฯลฯ ตลอดจนการติดตามกำกับการพัฒนา ซึ่งในต่างประเทศหน่วยงานหลักที่ทำบทบาทนี้คือ กระทรวงสาธารณสุข อย่างไรก็ตามช่วงที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขไปมุ่งทำบทบาทในด้านการให้บริการเป็นหลัก ในขณะที่แต่ละกองทุนก็มีกฎหมายและกำหนดกติกาของตนเอง ซึ่งหากกระทรวงสาธารณสุขจะปรับมาทำบทบาทในด้านการอภิบาลระบบก็จำเป็นต้องแยกบทบาทในด้านการให้บริการออกไปเพื่อป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน



2) ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้รับผิดชอบการบูรณาการการบริหารกองทุนประกันสุขภาพหลักให้เป็นเอกภาพ และดำเนินการแยกภารกิจการจัดการระบบประกันสุขภาพเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ ลดความเหลื่อมล้ำ และมีธรรมาภิบาล โดย สปสช.มีบทบาทซื้อและจ่ายค่าบริการและคุ้มครองสิทธิแก่ประชาชน และมีกลไกการบริหารข้อมูลการเบิกจ่าย กลไกการตรวจสอบการเบิกจ่าย กลไกการพัฒนาและบำรุงรักษาเครื่องมือการจ่ายค่าบริการ และกลไกการพัฒนามาตรฐานระบบข้อมูลสารสนเทศระบบบริการสุขภาพ

3) กระจายบทบาทการซื้อและจัดบริการสุขภาพไประดับเขต เพื่อความเป็นธรรมในการกระจายทรัพยากร และเพิ่มประสิทธิภาพเชิงขนาด และมีการเชื่อมโยงสนับสนุนทรัพยากรระหว่างกันในเขต ลดปัญหาการปฏิเสธผู้ป่วยส่งต่อ และตอบสนองต่อประชาชนในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม

4) รัฐบาลหรือกลไกการอภิบาลระบบบริการสุขภาพระดับชาติควรกำหนดเป้าหมายเชิงผลผลิตและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และตัวชี้วัดของระบบประกันสุขภาพและระบบบริการสุขภาพที่ชัดเจนในการติดตามกำกับ รวมถึงการกำหนดภารกิจและความรับผิดชอบของแต่ละหน่วยงานต่อเป้าหมายและตัวชี้วัดในแต่ละด้าน





ดาวน์โหลดหนังสือเล่มนี้และงานวิจัยอื่นๆ ของ สวรส. และเครือข่ายได้ที่
คลังข้อมูลและความรู้ระบบสุขภาพของ สวรส. และองค์กรเครือข่าย <http://kb.hsri.or.th>

เผยแพร่ในงานประชุมวิชาการ การวิจัยระบบสุขภาพประจำปี 2556

