

THAILAND UHC & OVERVIEW

OF THE UNIVERSAL COVERAGE SCHEME
OF THE NATIONAL HEALTH SECURITY OFFICE

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย
และภาพรวมการบริหารจัดการ
ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



THAILAND UHC & OVERVIEW

**OF THE UNIVERSAL COVERAGE SCHEME
OF THE NATIONAL HEALTH SECURITY OFFICE**



หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย
และภาพรวมการบริหารจัดการ
ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



GLOSSARY

ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
(CIVIL SERVANT MEDICAL BENEFIT SCHEME (CSMBS))

สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการหรือลูกจ้างภาครัฐที่กฎหมายกำหนดให้มีสิทธิ สวัสดิการนี้ครอบคลุมไปถึงบิดา มารดา คู่สมรส และบุตรที่อายุไม่เกิน 20 ปีบริบูรณ์ (จำนวน 3 คน) ของผู้ได้รับสิทธิด้วย สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเป็นระบบที่มีแหล่งงบประมาณจากงบประมาณแผ่นดิน และมีกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง เป็นหน่วยงานบริหารจัดการ

การประกันสุขภาพในระบบประกันสังคม
(SOCIAL SECURITY SCHEME (SSS))

การประกันสุขภาพที่ครอบคลุมการรักษายาบาลเฉพาะตัวของบุคคลที่มีสิทธิไม่รวมถึงบุคคลในครอบครัว สำหรับลูกจ้างของบริษัทเอกชนหรือองค์กรนอกภาครัฐ การรักษายาบาลตามสิทธิ ได้แก่ การรักษาพยาบาลเมื่อประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ทุพพลภาพ หรือตาย รวมถึงการคลอดบุตร ซึ่งไม่ใช่การเจ็บป่วย ทุพพลภาพ หรือตาย ที่เกิดจากการทำงาน ระบบประกันสังคมมีแหล่งงบประมาณจากการร่วมจ่ายระหว่างนายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาล โดยมีสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน เป็นหน่วยงานบริหารจัดการ

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
(UNIVERSAL COVERAGE SCHEME (UCS))

ระบบหลักประกันด้านสุขภาพสำหรับประชาชนไทยที่ไม่ได้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ หรือประกันสังคม สิทธิการรักษายาบาลดังกล่าวครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล รวมถึงการบำบัดและการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ แหล่งงบประมาณของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมาจากงบประมาณแผ่นดิน โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นหน่วยงานบริหารจัดการ

งบประมาณปลายปิด
(CLOSE-ENDED BUDGET)

การกำหนดกรอบวงเงินงบประมาณที่ชัดเจนเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับบริการสาธารณสุขในแต่ละปีตามเป้าหมายที่กำหนด ก่อนจะนำงบประมาณที่กำหนดกรอบไว้มาคำนวณการจ่ายเงินในรูปแบบต่างๆ การกำหนดงบประมาณแบบปลายปิด เพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายไม่ให้งบพุ่งบานปลายโดยการออกแบบวิธีการจ่ายเงินไปยังหน่วยบริการประเภทต่างๆ ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ปัจจุบันการกำหนดงบประมาณแบบปลายปิดนี้ใช้ในการจ่ายงบประมาณค่าบริการสาธารณสุขของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสำนักงานประกันสังคม

งบเหมาจ่ายรายหัวที่ปรับตามโครงสร้างอายุ
(AGE-ADJUSTED CAPITATION)

ค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุขโดยการเหมาจ่ายตามรายหัวประชากรที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการนั้น โดยจะจ่ายให้กับหน่วยบริการที่ให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้ป่วยนอก ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายรายหัวได้มีการปรับให้สอดคล้องกับค่าใช้จ่ายของแต่ละกลุ่มอายุ เนื่องจากแต่ละกลุ่มอายุมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ไม่เท่ากัน การคำนวณดังกล่าว จะใช้สัดส่วนประชากรที่ลงทะเบียนในพื้นที่นั้นๆ โดยเด็กและผู้สูงอายุจะมีสัดส่วนค่าใช้จ่ายสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ

การจ่ายเงินตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมแบบมีเพดาน
(DIAGNOSTIC RELATED GROUPS (DRGS) UNDER GLOBAL BUDGET)

วิธีการจ่ายเงินรูปแบบหนึ่งที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินำมาใช้จ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุขกรณีบริการผู้ป่วยใน ซึ่งกำหนดมาจากการคาดการณ์จำนวนผลงานบริการที่คำนวณเป็นจำนวนน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับด้วยช่วงของวันนอน (adjusted relative weight: adjRW) และต้นทุนบริการต่อ adjRW ที่ใช้ ข้อมูลรายงานทางการเงินของหน่วยบริการเป็นฐานในการคำนวณ ซึ่งมีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้อง เช่น จำนวนวันนอน ความรุนแรงของโรค เป็นต้น และเป็นการจ่ายเงินภายในเพดานวงเงินที่กำหนดไว้ (Global Budget) เพื่อให้สอดคล้องกับงบประมาณที่ได้รับจากรัฐบาล

TABLE OF CONTENTS

06	บทนำ	33	การจัดทำคำของบประมาณ (Budgeting)
07	แนวคิด ที่มา และเป้าหมายของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	34	การออกแบบรูปแบบการจ่ายค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการ (Design of Provider Payment Method)
10	ระบบประกันสุขภาพภาครัฐของประเทศไทย	36	การบริหารการจ่ายชดเชยค่าบริการ (Management of Provider Payment Method)
12	ความแตกต่างของระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามระบบ	36	การตรวจสอบเวชระเบียน (Audit)
15	การพัฒนาคุณภาพระหว่างระบบบริการ บุคลากรและการเงินการคลัง	37	การประกันคุณภาพบริการ (Quality Assurance)
20	พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	37	การคุ้มครองสิทธิ (Customer Right Protection)
26	การบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	38	การติดตามและประเมินผล (Monitoring and Evaluation)
30	การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ (Policy Design for Benefits package)	39	ความเชื่อมโยงของการออกแบบการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ UHC Cube
31	การใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขของผู้มีสิทธิ (Health Service Utilization)		
32	ระบบการลงทะเบียนผู้มีสิทธิ (Population Registry) และหน่วยบริการ (Provider Registry)		

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC) เป็นแนวทางที่จะสร้างความเสมอภาคและเท่าเทียมด้านสุขภาพของประชาชนในแต่ละประเทศ¹ หลักการนี้เป็นเป้าหมายหนึ่งของการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ที่องค์การสหประชาชาติ ได้กำหนดไว้²

ประเทศไทยบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) ตั้งแต่พ.ศ.2545 เมื่อมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ผลของกฎหมายนี้ทำให้ประชาชนไทยทั่วประเทศได้รับความคุ้มครองจากระบบประกันสุขภาพภาครัฐระบบใดระบบหนึ่ง ได้แก่ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (Civil Servant Medical Benefit Scheme: CSMBS) การประกันสุขภาพในระบบประกันสังคม (Social Security scheme: SSS) และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Universal Coverage Scheme: UCS) ทั้งนี้ ระบบประกันสุขภาพทั้งสามระบบมีกฎหมายรองรับการดำเนินงานที่แตกต่างกัน ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เป็นผลประโยชน์ตอบแทน (fringe benefit) ที่รัฐจัดให้ตั้งแต่ปี พ.ศ.2523 โดยออกเป็นพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล ระบบประกันสังคมเป็นระบบประกันภาคบังคับสำหรับลูกจ้างในระบบการจ้างงาน เริ่มในปี พ.ศ.2533 โดยออกเป็นพระราชบัญญัติประกันสังคม ส่วนระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เริ่มในปีพ.ศ.2545 เป็นไปตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ซึ่งรัฐกำหนดเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสุขภาพสำหรับคนไทย งบประมาณที่ใช้มาจากงบประมาณแผ่นดิน³ และมีการบริหารจัดการโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

ประเทศไทยได้รับการกล่าวขานจากทั่วโลกว่าเป็นประเทศกำลังพัฒนาที่ประสบความสำเร็จในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) ให้แก่ประชาชนทุกคน⁴ โดยมีผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมคือ การที่ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อชีวิต ซึ่งสามารถป้องกันภาวะเสี่ยงทางการเงินจากค่ารักษาพยาบาลและลดความจำเป็นทางด้านการสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนองได้^{5,6}

การเกิดขึ้นของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCS) จึงนับเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในการทำให้ประเทศไทยสามารถบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) ดังนั้น การดำเนินการด้านต่างๆ ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งการพัฒนาแนวคิด การขับเคลื่อนทางสังคม การพัฒนาองค์กร การพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้อง การพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพเพื่อสนับสนุนการดำเนินการและที่สำคัญคือการสร้างและพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องมากกว่า 20 ปี ที่เป็นปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จของการสร้างและขับเคลื่อนระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ถือเป็นบทเรียนที่มีค่าควรแก่การบันทึกไว้ เพื่อเป็นข้อมูลในการวิเคราะห์ วิจัย เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ รวมทั้งยังสามารถเป็นแบบอย่างให้แก่ประเทศต่างๆ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินการต่อไป

แนวคิด ที่มา และเป้าหมายของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UNIVERSAL HEALTH COVERAGE: UHC)

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC) หมายถึง การที่ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นและมีคุณภาพ ในราคาที่สามารจ่ายได้ ไม่เป็นภาระต่อตนเองและครอบครัว⁷ UHC ได้ถูกให้นิยามในแง่ของสิทธิขั้นพื้นฐานอันพึงมีของมนุษย์ โดยเฉพาะหลักการด้านความเสมอภาคและความเป็นธรรมด้านสุขภาพ ด้วยการยึดตามสิทธิพื้นฐานดังกล่าว ประชาชนทุกคนจึงควรเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นและมีคุณภาพได้ โดยปราศจากอุปสรรคทางการเงิน

ในปี พ.ศ. 2521 แนวคิดเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าถูกเสนอขึ้นครั้งแรกในฐานะสิทธิขั้นพื้นฐานที่มนุษย์ทุกคนควรได้รับ ในการประชุมการสาธารณสุขมูลฐานระหว่างประเทศ (International Conference on Primary Health Care) ที่เมืองอมัตตา (Alma Ata) สหภาพโซเวียต ต่อมาในพ.ศ. 2548 แนวคิดเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความชัดเจนขึ้น เนื่องจากได้รับการรับรองอย่างเป็นทางการในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกในฐานะเป้าหมายของความยั่งยืนด้านการเงินการคลังด้านสุขภาพ⁸

ปัจจุบัน การบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้กลายเป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนาระบบประกันสุขภาพในหลายๆ ประเทศ และได้รับการบรรจุให้เป็นเป้าหมาย ที่ 3.8 ของการพัฒนาที่ยั่งยืน หรือ The Sustainable Development Goals 2030 (SDGs 2030)⁹ ซึ่งกำหนดให้ทุกประเทศบรรลุความสำเร็จในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายในพ.ศ. 2573

การบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ต้องคำนึงถึงสามองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ ความครอบคลุมด้านประชากร ความครอบคลุมสิทธิประโยชน์ และการปกป้องความเสี่ยงทางการเงิน หรือที่เรียกกันว่า UHC Cube (รูปที่ 1) ประเทศไทยประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่องค์การสหประชาชาติกำหนดไว้ทั้ง 3 องค์ประกอบใน พ.ศ. 2545 ด้วยการมีระบบประกันสุขภาพภาครัฐสามระบบหลัก ได้แก่ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ การประกันสุขภาพในระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครอบคลุมประชากรไทยทุกคน โดยมีการจัดสิทธิประโยชน์ขึ้นพื้นฐานครอบคลุมบริการสุขภาพที่จำเป็น และมีหลักฐานเชิงประจักษ์แสดงให้เห็นถึงการลดลงอย่างมีนัยสำคัญของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือน ซึ่งส่งผลต่อการปกป้องครัวเรือนจากการล้มละลายทางการเงิน และความยากจนอันเนื่องมาจากการระงายจ่ายด้านสุขภาพ

X AXIS POPULATION COVERAGE POPULATION: WHO IS COVERED?

100% OF POPULATION COVERED BY 3 SCHEMES
[UCS 75%, SSS 15%, CSMBs 10%]

Y AXIS FINANCIAL PROTECTION WHAT DO PEOPLE HAVE TO PAY OUT-OF POCKET?

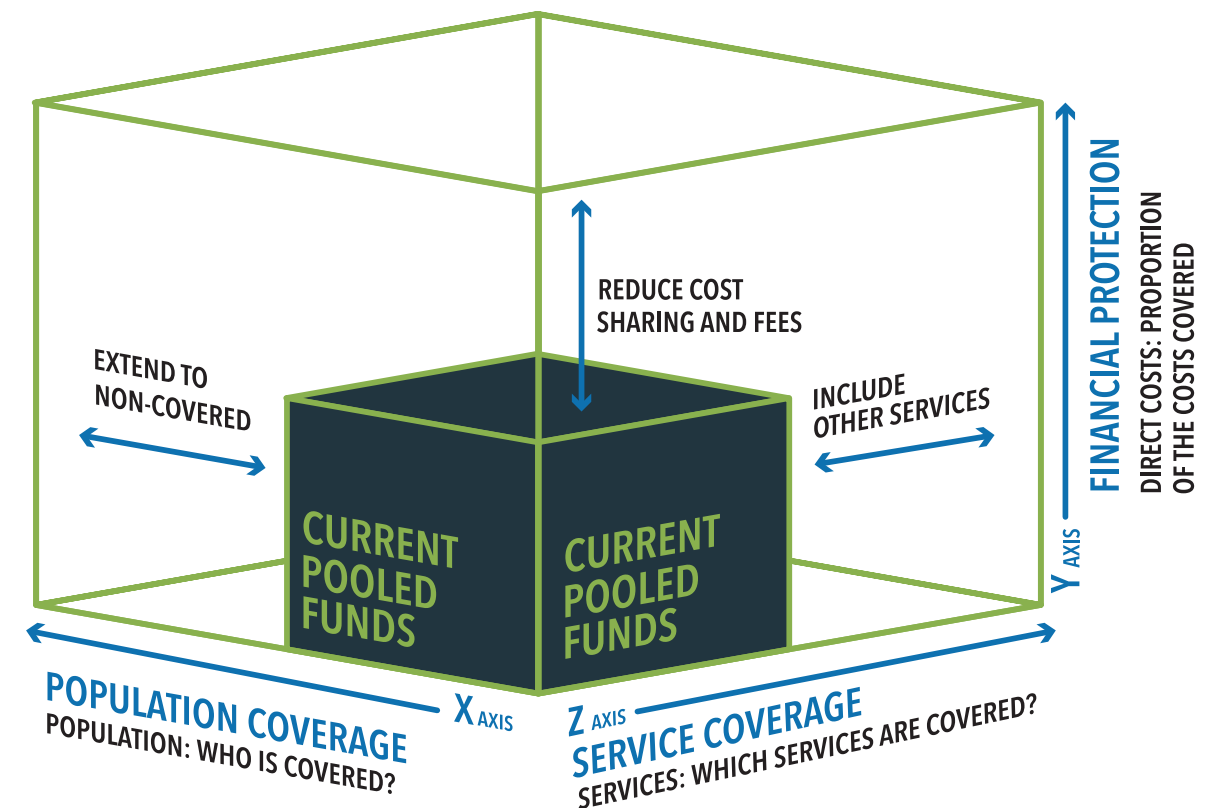
FREE AT POINT OF SERVICES, VERY MINIMUM OOP,
LOW INCIDENCE OF CATASTROPHIC HEALTH EXPENDITURE
AND MEDICAL IMPOVERISHMENT

Z AXIS SERVICE COVERAGE SERVICES: WHICH SERVICES ARE COVERED?

COMPREHENSIVE HEALTH SERVICES

THAILAND ACHIEVEMENT OF THREE DIMENSIONS OF THE UHC CUBE

รูปที่ 1: Thailand achievement in three dimensions of UHC cube



ระบบประกันสุขภาพ ภาครัฐของประเทศไทย

การพัฒนาประกันสุขภาพของไทยมีการพัฒนาอย่างค่อยเป็นค่อยไป ประเทศไทยใช้เวลาประมาณสามสิบปีในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยใช้วิธีการขยายตามกลุ่มเป้าหมาย เริ่มจากประชาชนผู้มีรายได้น้อย แล้วขยายไปยังกลุ่มที่ต้องได้รับการช่วยเหลือเกื้อกูล และนำไปสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ครอบคลุมประชากรไทยทุกคนใน พ.ศ. 2545

การสร้างหลักประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนเฉพาะกลุ่มต่างๆ เป็นยุทธศาสตร์ที่ประเทศไทยใช้ในการขยายหลักประกันสุขภาพ สิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของคนไทยมีการกล่าวถึงครั้งแรกในรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2517 ซึ่งเป็นรัฐธรรมนูญที่ร่างขึ้นโดยสมัชชาแห่งชาติหลังเหตุการณ์ 14 ตุลาคม พ.ศ. 2516 โดยมาตรา 92 ของรัฐธรรมนูญฉบับนี้ระบุว่า “รัฐพึงให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ยากไร้โดยไม่คิดมูลค่า”¹⁰ หลังจากนั้น ได้มีการพัฒนาระบบประกันสุขภาพให้ขยายความครอบคลุมไปยังกลุ่มประชาชนที่อยู่นอกระบบการทำงาน รวมทั้งเด็ก คนชรา และกลุ่มประชากรที่สังคมต้องให้ความช่วยเหลือเกื้อกูล¹¹

ประชาชนที่อยู่ในระบบการจ้างงานภาครัฐ ได้รับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ภายใต้พระราชกฤษฎีกาการเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2523¹² และที่เพิ่มเติม ส่วนลูกจ้างภาคเอกชนจะได้รับการประกันสุขภาพในระบบประกันสังคม ภายใต้ตราพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 และที่เพิ่มเติม เพื่อสร้างหลักประกันด้านสุขภาพแก่ประชาชนที่อยู่ในระบบการจ้างงานเอกชน และมีการขยายความคุ้มครองไปสู่การประสบอันตราย เจ็บป่วย

พิการ หรือตายที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานภายใต้พระราชบัญญัติกองทุนเงินทดแทน พ.ศ. 2537¹¹ นอกจากนี้ยังมีพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถที่ให้ความคุ้มครองสำหรับผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางบก ในพ.ศ. 2535

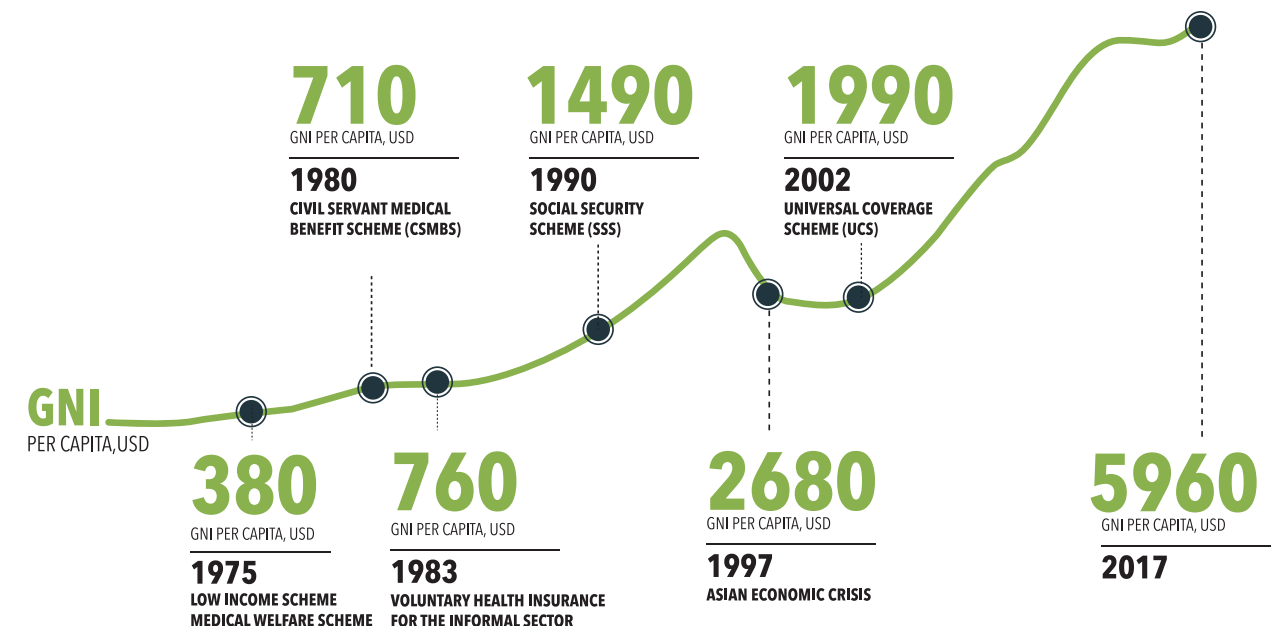
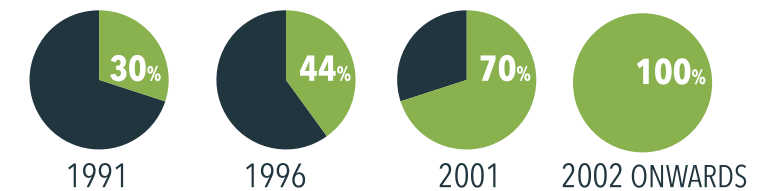
จากการขยายความครอบคลุมประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนนั้น ทำให้สามารถขยายการครอบคลุมประชาชนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 30 ใน พ.ศ. 2518 เป็นร้อยละ 70 ใน พ.ศ. 2544¹³ และสามารถครอบคลุมประชาชนทุกคนหลังจากมีระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ใน พ.ศ. 2545 จึงสามารถกล่าวได้ว่า ประเทศไทยบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หลังจากมีนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกิดขึ้น

ถึงแม้ว่า ประเทศไทยประสบภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ (Asian economic crisis) ในพ.ศ. 2540 ทำให้รายได้ประชาชาติลดลงจาก 2,680 ดอลลาร์สหรัฐต่อหัวประชากร เหลือประมาณ 1,960 ดอลลาร์สหรัฐต่อหัวประชากร ใน พ.ศ. 2544¹⁴ ซึ่งเป็นจุดต่ำสุดหลังเกิดวิกฤตเศรษฐกิจ แต่รัฐบาลกลับใช้วิกฤตเศรษฐกิจนี้เป็นการสร้างโอกาสด้านสุขภาพ ด้วยการริเริ่มโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือที่รู้จักในนามของโครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” โดยมีการผลักดันและประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 จากนั้น ประเทศไทยมีรายได้ประชาชาติเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จาก 1,990 ดอลลาร์สหรัฐต่อหัวประชากรใน พ.ศ.2545 จนเป็น 5,960 ดอลลาร์สหรัฐต่อหัวประชากรใน พ.ศ. 2560 (รูปที่ 2)

GNI PER CAPITA AND EXPANSION OF HEALTH INSURANCE COVERAGE: 1969-2017

รูปที่ 2 :รายได้ประชาชาติต่อหัวประชากรไทย
และการขยายความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ ระหว่างปี 2512-2560

POPULATION COVERAGE (%)



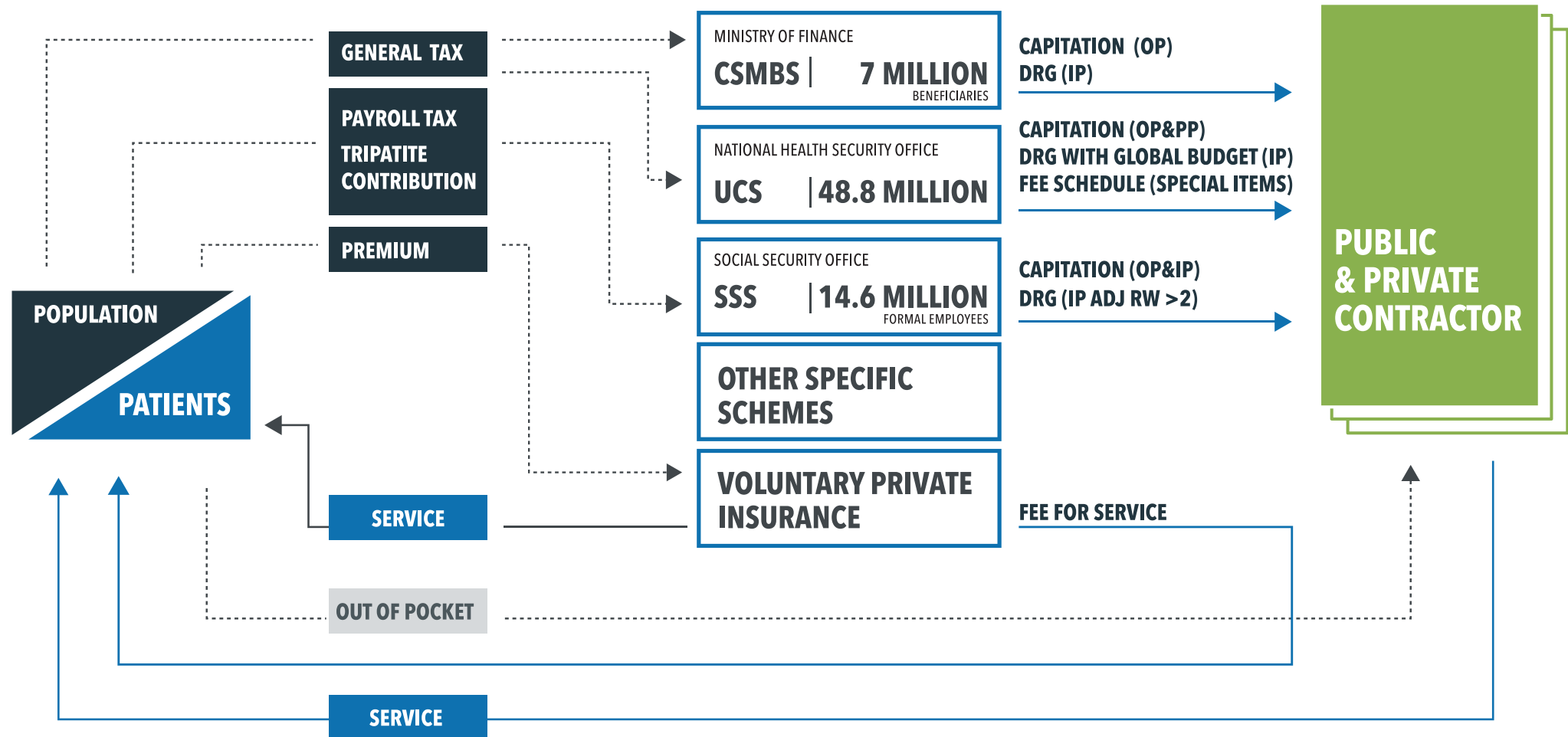
ที่มา: GNI per capita data from the World Bank. <https://data.worldbank.org/country/thailand>

ความแตกต่างของ
ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ
ทั้งสามระบบ

เนื่องจากการขยายความครอบคลุมของระบบประกันสุขภาพ
ภาครัฐของไทยมีลักษณะแบบแยกส่วน คือมีที่มาที่ไปและ
วัตถุประสงค์แตกต่างกัน ทำให้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐ
ทั้งสามระบบหลัก ได้แก่ ระบบสวัสดิการรักษายาบาล
ข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ มีหลักการ แนวคิด การออกแบบระบบ และ
การบริหารจัดการที่แตกต่างกัน

HEALTH FINANCING AND SERVICE PROVISION IN THAILAND AFTER ACHIEVING UNIVERSAL COVERAGE IN 2002

รูปที่ 3 Health financing and service
provision in Thailand after achieving
universal coverage in 2002



ที่มา: Thailand Health System in Transition¹⁷

ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ครอบคลุมผู้มีสิทธิจำนวน 7 ล้านคน¹⁵ ในปี พ.ศ. 2561 มีแหล่งเงินงบประมาณรักษายาบาลจากภาษีทั่วไป เช่นเดียวกับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีกรมบัญชีกลางทำหน้าที่บริหารจัดการและจ่ายชดเชยค่ารักษายาบาลให้แก่หน่วยบริการที่ให้บริการแก่ผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นผู้บริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครอบคลุมประชากรประมาณ 48.8 ล้านคน¹⁵ ในปี พ.ศ.2561 ผู้มีสิทธิระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติส่วนมากเป็นผู้มีรายได้น้อย⁽¹⁶⁾ ส่วนการประกันสุขภาพในระบบประกันสังคมซึ่งมีสำนักงานประกันสังคมเป็นหน่วยงานบริหารจัดการและดูแลการเบิกจ่าย มีแหล่งเงินงบประมาณรักษายาบาลจากการร่วมจ่ายสมทบเข้าระบบประกันสังคมจากสามฝ่ายคือ นายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาล ผู้มีสิทธิในระบบประกันสังคมส่วนมากเป็นผู้มีรายได้ในระดับปานกลางถึงระดับสูง¹⁶

ในปัจจุบันสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานที่แต่ละระบบประกันสุขภาพจัดทำให้แก่สมาชิกถือว่าไม่แตกต่างกันมากนัก แต่ระบบการจ่ายเงินค่าใช้จ่ายสำหรับบริการสาธารณสุขของระบบประกันสุขภาพทั้งสามระบบมีที่มาของงบประมาณและวิธีการจ่ายที่แตกต่างกัน ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการโดยกรมบัญชีกลางจ่ายเงินให้หน่วยบริการในสองรูปแบบคือ จ่ายรักษายาบาลตามการใช้จริงสำหรับบริการผู้ป่วยนอก และจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) แบบปลายเปิดหรือไม่กำหนดเพดานสำหรับบริการผู้ป่วยใน สำนักงานประกันสังคมจ่ายเงินให้กับหน่วยบริการสำหรับบริการรักษายาบาลกรณีผู้ป่วยนอกแบบเหมาจ่ายรายหัว และมีการจ่ายสองรูปแบบสำหรับบริการรักษายาบาลกรณีผู้ป่วยใน ได้แก่ เหมาจ่ายรายหัว และ การจ่ายแบบ DRGs สำหรับบริการผู้ป่วยในที่ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์

adjRW มากกว่า 2 ส่วนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดหลักการสำคัญในการบริหารงบประมาณเป็นระบบปลายปิด โดยจ่ายเงินให้แก่หน่วยบริการในหลายรูปแบบ/วิธี กล่าวคือ ใช้วิธีเหมาจ่ายรายหัว สำหรับบริการรักษายาบาลผู้ป่วยนอก และบริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมแบบมีเพดานวงเงิน (DRGs with global budget) สำหรับบริการรักษายาบาลผู้ป่วยใน รวมถึงมีการจ่ายแบบกำหนดราคาจ่าย (Fee schedule) สำหรับบริการเฉพาะ นอกจากนี้ ยังมีการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ (Service Quality based) การจ่ายตามโครงการ (Project based) รวมทั้งการให้หน่วยบริการเบิกเป็นยาคูชิติน และอุปกรณ์ อวัยวะเทียมทางการแพทย์บางรายการ โดยเฉพาะรายการที่มีราคาแพง ทั้งนี้ การที่จะกำหนดรูปแบบการจ่ายแบบใดจะขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการให้ประชาชนได้รับบริการ ความพร้อมและการกระจายตัวของระบบบริการที่มีหรือที่ต้องการจะพัฒนาให้มีเพิ่มขึ้น

นอกจากระบบประกันสุขภาพทั้งสามระบบหลักดังที่กล่าวข้างต้นแล้ว ประชาชนผู้มีรายได้สูงหรือมีความสามารถในการจ่าย ยังสามารถเลือกทำประกันสุขภาพเอกชนโดยสมัครใจ โดยจ่ายเงินค่าประกันสุขภาพด้วยตนเอง ทั้งนี้ ระบบประกันสุขภาพทั้งสามสิทธิหลัก (CSMBS SSS และ UCS) จะมีการจ่ายเงินโดยตรงให้กับหน่วยบริการ ในขณะที่ระบบประกันสุขภาพเอกชนจะมีรูปแบบการจ่ายเงินให้กับผู้ป่วยมากกว่าการประสานงานโดยตรงกับหน่วยบริการ (รูปที่ 3)



การพัฒนาคุณภาพระบบบริการ บุคลากร และการเงินการคลัง

ความสำเร็จของการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย ไม่สามารถเกิดขึ้นได้โดยการขยายหลักประกันสุขภาพเพียงอย่างเดียว แต่จำเป็นต้องมีการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน ระบบบริการและบุคลากรด้านสุขภาพควบคู่กันไปด้วย

ในช่วงทศวรรษ 1970 การพัฒนาระบบสุขภาพของไทยได้เริ่มต้นขึ้นโดยเป็นส่วนสำคัญของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติระยะห้าปี ประเทศไทยได้มีการวางรากฐานสำคัญด้านสาธารณสุขผ่านนโยบายต่างๆ เช่น นโยบายการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ พ.ศ. 2513 และนโยบายขยายการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค พ.ศ. 2519 และในช่วงของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 ได้เริ่มมีการลงทุนขนาดใหญ่ด้านโครงสร้างพื้นฐานในพื้นที่อำเภอและตำบลตั้งแต่ พ.ศ. 2520 จากผลการดำเนินการดังกล่าว ทำให้ประเทศไทยสามารถจัดตั้งโรงพยาบาลชุมชนในทุกอำเภอได้สำเร็จใน พ.ศ. 2533 ต่อมา ได้มีการดำเนินการพัฒนาสถานอนามัย ในช่วง พ.ศ. 2535-2544 ส่งผลให้มีสถานอนามัยครบทุกตำบลในช่วงทศวรรษ 2000 (พ.ศ. 2543-2553)³

ระบบสุขภาพระดับอำเภอเป็นองค์ประกอบสำคัญของการพัฒนาสุขภาพของประเทศไทย ในหนึ่งอำเภอจะประกอบด้วยสถานอนามัยหลายแห่งและโรงพยาบาลชุมชนหนึ่งแห่ง เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น และไม่มีภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทางมากนัก ความสำเร็จของความครอบคลุมบริการสุขภาพที่จัดโดยระบบสุขภาพระดับอำเภอเป็นผลจากการพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้ การให้บริการที่มีคุณภาพยังช่วยสร้างความเชื่อมั่นของประชาชนต่อระบบสุขภาพอีกด้วย

นโยบายด้านบุคลากรด้านสุขภาพของประเทศไทยได้คำนึงถึงความพอเพียงและการกระจายบุคลากร โดยมีการบูรณาการทั้งเรื่องการคัดเลือก การฝึกอบรม การกระจาย และการดำรงบุคลากรสุขภาพไว้ในพื้นที่ชนบท ในช่วง พ.ศ. 2515

ในช่วงทศวรรษ

1970

การพัฒนาสุขภาพ

ของไทยได้เริ่มต้นขึ้นโดย

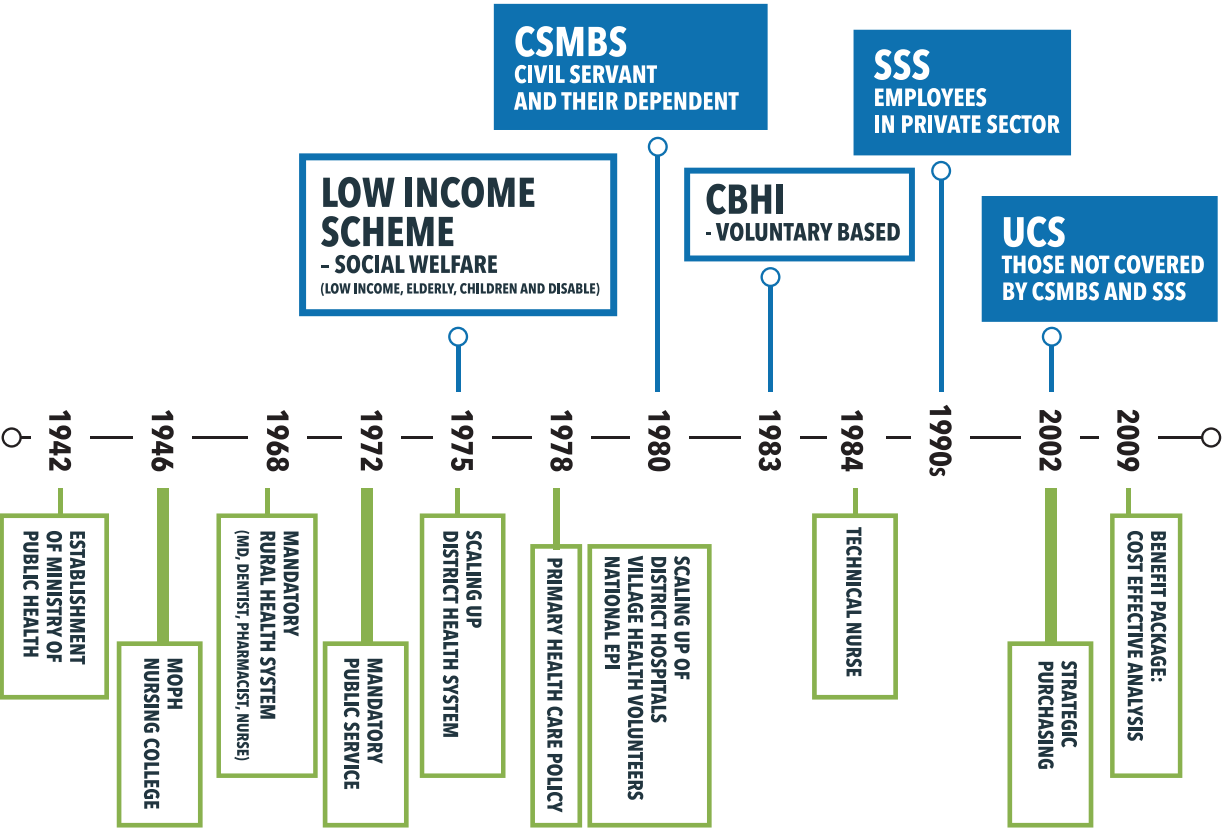
เป็นส่วนสำคัญของแผนพัฒนา

เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ระยะห้าปี

DEVELOPMENT OF THE INFRASTRUCTURE FOR HEALTH CARE AND HEALTH INSURANCE

รูปที่ 4: การพัฒนาระบบโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพ
กำลังคนด้านสุขภาพ และหลักประกันสุขภาพ



นโยบายที่กำหนดให้แพทย์
และพยาบาลจบใหม่
ต้องทำงานชดใช้ทุนหลังเรียนจบ

ในพื้นที่ชนบท
เป็นเวลาสามปี

กระทรวงสาธารณสุขได้มีการดำเนินนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหาด้านบุคลากร โดยการประกาศใช้นโยบายที่กำหนดให้แพทย์และพยาบาลจบใหม่ต้องทำงานชดใช้ทุนหลังเรียนจบในพื้นที่ชนบทเป็นเวลาสามปี นโยบายดังกล่าว ได้ถูกบังคับใช้อย่างเท่าเทียมในแพทย์ที่จบจากโรงเรียนแพทย์เอกชนและได้มีการขยายไปยังทันตแพทย์และเภสัชกรอีกด้วย นอกจากนี้นโยบายการทำงานชดใช้ทุนแล้ว รัฐบาลยังได้สร้างแรงจูงใจทางการเงิน และแรงจูงใจที่ไม่ใช่ตัวเงินที่ช่วยสนับสนุนให้สามารถจัดบริการสาธารณสุขได้ตลอด 24 ชั่วโมง

เพื่อเปิดโอกาสให้นักเรียนในชนบทและพื้นที่ห่างไกลสมัครเข้าเรียนแพทย์และพยาบาลในโครงการพิเศษ กระทรวงสาธารณสุขได้มีการดำเนินโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท ใน พ.ศ. 2537 โดยมีเงื่อนไขต้องกลับไปทำงานในอำเภอบ้านเกิดของตนหลังจากสำเร็จการศึกษา นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้เพิ่มศักยภาพในการผลิตแพทย์โดยสนับสนุนและพัฒนาโรงพยาบาลศูนย์ให้เป็นศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก เพื่อฝึกอบรมทางคลินิกแก่นักศึกษาแพทย์โครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท โดยนักศึกษาแพทย์โครงการนี้จะเรียนร่วมกับนักศึกษาตามระบบปกติในช่วงสามปีแรกหลังจากนั้น นักศึกษาตามระบบปกติจะเรียนปีที่ 4-6 ในคณะแพทยศาสตร์ของมหาวิทยาลัยที่สังกัด ในขณะที่นักศึกษาแพทย์โครงการนี้จะเรียนปีที่ 4-6 ในศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีทั้งหมด 37 แห่ง

กระทรวงสาธารณสุขได้มีการดำเนิน
โครงการผลิตแพทย์เพิ่ม
เพื่อชาวชนบท ใน พ.ศ. 2537

โดยมีเงื่อนไข
ต้องกลับไปทำงานในอำเภอ
บ้านเกิดของตนหลังจาก
สำเร็จการศึกษา

พยาบาลเป็นหนึ่งในกลุ่มบุคลากรที่มีความสำคัญในระบบสุขภาพของประเทศไทย เนื่องจากมีจำนวนมากกว่าวิชาชีพหลักอื่นๆ มีการกระจายในพื้นที่ต่างๆ มีคุณวุฒิวิชาชีพและสามารถให้บริการสุขภาพได้อย่างหลากหลายทั้งการบริการด้านสาธารณสุข การบริการผู้ป่วย และบริการทางคลินิก ดังนั้น การเพิ่มพูนทักษะหลังปริญญาทำให้พยาบาลสามารถให้บริการสุขภาพได้ตรงกับความต้องการของประชาชนได้ดี ทั้งนี้ เนื่องจากการตระหนักถึงศักยภาพของวิชาชีพพยาบาล และข้อจำกัดด้านการผลิตพยาบาลของมหาวิทยาลัยทำให้กระทรวงสาธารณสุขจัดตั้งวิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์มาตั้งแต่ พ.ศ. 2489 โดยเป็นหน่วยงานที่ได้รับการขึ้นทะเบียนและรับรองจากสภาการพยาบาล และมีการกำหนดให้พยาบาลวิชาชีพจบใหม่จากมหาวิทยาลัยทั้งภาครัฐและเอกชน รวมถึงวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนของกระทรวงสาธารณสุข ต้องสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล ตั้งแต่พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา และเพื่อให้เกิดระบบรับรองสมรรถนะการพยาบาล พยาบาลทุกคนต้องต่อใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทุก 5 ปี

สำหรับการฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ กระทรวงสาธารณสุขได้มีก่อตั้งวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จำนวน 7 แห่ง¹⁸ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการเรียนการสอนในหลักสูตรประกาศนียบัตรสองปี เช่น ทันตสาธารณสุข สาธารณสุขชุมชน และผู้ช่วยเภสัชกร หลักสูตรประกาศนียบัตรดังกล่าวมีส่วนช่วยในการเติมเต็มความต้องการในช่วงการขยายตัวอย่างรวดเร็วของระบบสุขภาพระดับอำเภอ โดยในปัจจุบัน หลักสูตรประกาศนียบัตรเหล่านี้เกือบทุกหลักสูตรได้ถูกยกกระดับด้านคุณภาพและมาตรฐานให้เป็นหลักสูตรระดับปริญญาตรี³ ทั้งนี้ ยังมีวิทยาลัยการแพทย์แผนไทยและวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขร่วมเป็นหนึ่งในหน่วยงานที่จัดการเรียนการสอนให้กับบุคลากรสาธารณสุขอีกด้วย¹⁸

ถอดบทเรียน

- ความสำเร็จของการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย เกิดขึ้นจากการสร้างรากฐานที่มั่นคงของระบบสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นความพร้อมด้านโครงสร้างพื้นฐาน นโยบายการกระจายบุคลากรด้านสุขภาพ รวมทั้งการปฏิรูประบบสุขภาพ และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCS) เป็นการขยายความครอบคลุมหลักประกันด้านสุขภาพไปยังกลุ่มคนที่ไม่มีสิทธิ CSMBs, SSS หรือสิทธิประกันสุขภาพใดๆ จากรัฐให้ได้รับสิทธิขั้นพื้นฐาน โดยดำเนินการอย่างค่อยเป็นค่อยไป ทั้งนี้ หากระบบเศรษฐกิจของประเทศมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องการทำให้เกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนทุกคนจะเป็นไปได้ง่ายขึ้น
- การพัฒนาระบบประกันสุขภาพแบบแยกส่วน ทำให้เกิดปัญหาความแตกต่างความไม่เท่าเทียมกันและความเหลื่อมล้ำของแต่ละสิทธิ

2

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถเกิดขึ้นได้สำเร็จด้วยการขับเคลื่อนของภาคส่วนต่างๆ โดยมีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งเป็นกฎหมายที่มีรากฐานมาจากการขับเคลื่อนของภาคประชาชน^{19,20}

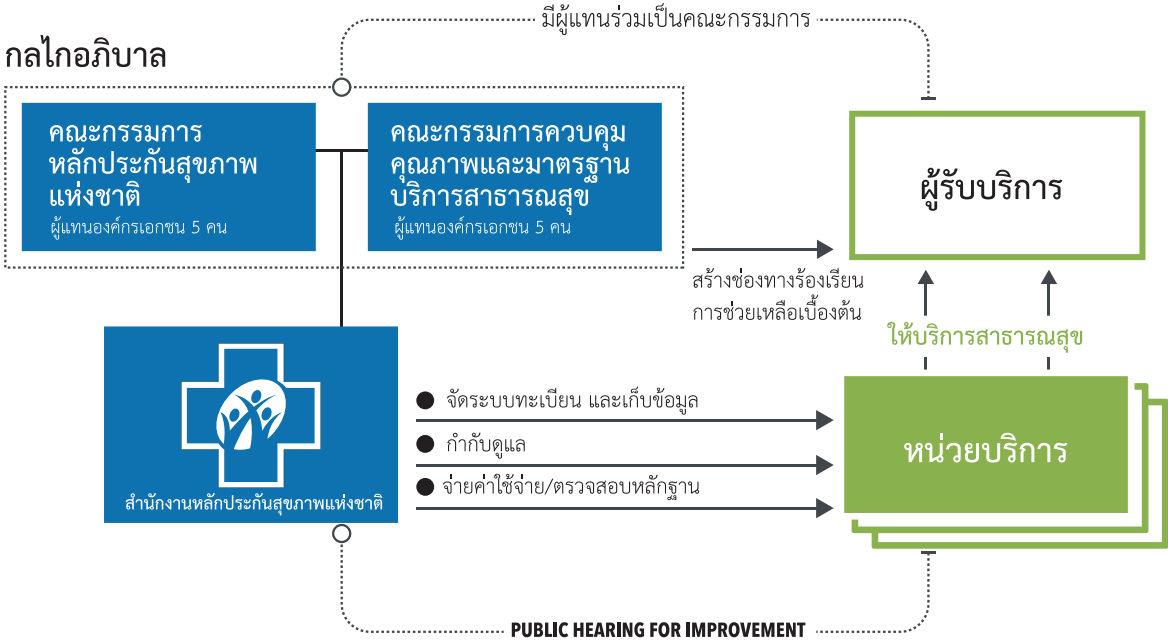
สาระสำคัญของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 คือ การจัดให้มีกลไกของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในทางกฎหมาย (รูปที่ 5) โดยอาศัยหลักธรรมาภิบาลที่ดี (Good Governance) และการมีกลไกอภิบาล (Governing Bodies) ในการขับเคลื่อนให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างผู้ให้บริการและประชาชนผู้รับบริการสาธารณสุข และเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการพัฒนาและปรับปรุงการให้บริการ เพื่อให้กระบวนการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดในการที่ประชาชนทุกคนได้เข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ

หลักธรรมาภิบาลที่ดี
GOOD GOVERNANCE

และการมีกลไกอภิบาล
GOVERNING BODIES

ADMINISTRATION OF UNIVERSAL COVERAGE SCHEME BY THE NHSO IN ACCORDANCE WITH THE 2002 ACT

รูปที่ 5: กลไกการบริหารจัดการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545



กลไกอภิบาลที่สำคัญและกำหนดไว้ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ประกอบด้วยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข องค์ประกอบของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (รูปที่ 6) และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข (รูปที่ 7) ประกอบด้วยตัวแทนจากหลายภาคส่วนตามที่กำหนดในกฎหมายเพื่อให้การกำหนดนโยบายต่างๆ ในการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและการดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติผ่านความเห็นชอบจากผู้มีส่วนได้เสียที่เกี่ยวข้องทั้งหมด

COMPOSITION OF THE NATIONAL HEALTH SECURITY BOARD

รูปที่ 6: องค์ประกอบของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



COMPOSITION OF THE QUALITY AND STANDARD CONTROL BOARD

รูปที่ 7: องค์ประกอบของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข





การปรับตัวระหว่างผู้ให้บริการ (PROVIDERS) และผู้ซื้อบริการ (PURCHASERS)

การประกาศใช้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของไทย และส่งผลกระทบต่อบุคคลที่เกี่ยวข้องในหลายภาคส่วน การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลต่อการปรับตัวทั้งผู้ให้บริการ และผู้ซื้อบริการ ทั้งนี้ ในช่วงสามปีแรกของการดำเนินนโยบายหรือช่วงเปลี่ยนผ่านนั้น กระทรวงสาธารณสุขยังเป็นผู้บริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่เนื่องจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่ได้ครอบคลุมเฉพาะสถานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น การจะให้กระทรวงสาธารณสุขบริหารกองทุนฯ อาจจะมีข้อโต้แย้งของความไม่ยุติธรรมเกิดขึ้นได้ ประกอบกับกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ดูแลหน่วยบริการส่วนใหญ่ของประเทศ แนวคิดการแยกผู้ซื้อบริการและผู้ให้บริการ จึงถูกนำมาใช้ในการก่อตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้บริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อย่างไรก็ตาม การแยกผู้ซื้อบริการและผู้ให้บริการ เป็นหลักการที่นำมาประยุกต์ใช้เพื่อให้มีความชัดเจนในการบริหารจัดการ อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติภายใต้บริบทของประเทศไทยที่ผู้ให้บริการส่วนใหญ่เป็นภาครัฐ บทบาทของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อาจไม่ได้เป็นผู้ซื้อบริการแบบภาคเอกชน แต่เป็นไปเพื่อการสนับสนุนงบประมาณ (Finance Facilitator) เพื่อให้เกิดบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับประชาชนผู้มีสิทธิตามเป้าหมายที่กำหนด

การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวกระทบความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้ซื้อบริการจากรูปแบบ vertical ซึ่งเป็นรูปแบบที่การตัดสินใจในการรักษาพยาบาลจะมาจากผู้ให้บริการเป็นหลัก เป็นรูปแบบอุปสงค์ (ผู้ป่วย) และอุปทาน (ผู้ให้บริการ) โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้ซื้อบริการ ทำให้อำนาจการตัดสินใจเป็นของประชาชนมากขึ้น และมีการใช้มาตรการทางการเงินในการกำหนดทิศทางของผู้ให้บริการ ซึ่งเป็นเหตุทำให้เกิดความขัดแย้งในกลุ่มผู้ให้บริการบางแห่ง แต่ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นเป็นความขัดแย้งเชิงระบบ ไม่ใช่ความขัดแย้งจากการตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การสื่อสารและทำความเข้าใจกับทุกภาคส่วน รวมถึงการมีส่วนร่วมในนโยบายต่างๆ ที่จัดทำโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงเป็นสิ่งสำคัญในการบรรเทาความขัดแย้งได้

ถอดบทเรียน

- ประเทศกำลังพัฒนาที่มีทรัพยากรจำกัด ก็สามารถประสบความสำเร็จในการขับเคลื่อนนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ หากมีการเตรียมความพร้อมของระบบสุขภาพ (ระบบบริการ บุคลากร การเงินการคลัง) และขยายความครอบคลุมอย่างค่อยเป็นค่อยไป ทั้งความครอบคลุมด้านประชากรและสิทธิประโยชน์เมื่อมีความพร้อมและมีปัจจัยเกื้อหนุนอย่างเหมาะสม
- สำหรับประเทศไทย ความสำเร็จของนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่นำไปสู่การบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเกิดขึ้นได้ จากการมีจังหวะที่เหมาะสมในการผลักดันให้เป็นนโยบายระดับชาติ มีความร่วมมือกันของภาคส่วนต่างๆ ได้แก่ นักการเมือง ภาคประชาสังคม และนักวิชาการ
- การตราเป็นกฎหมายตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีส่วนสำคัญในการกำหนดนโยบายและบทบาทหน้าที่ของสปสช. รวมถึงการดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้กำหนดให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มาจากกลุ่มคนที่หลากหลาย รวมถึงองค์กรภาคประชาสังคม ทำให้การกำหนดหลักเกณฑ์หรือนโยบายต่างๆ ผ่านความเห็นชอบจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และเกิดระบบธรรมาภิบาลที่ดี
- พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้กำหนดให้มีการรับฟังความเห็นจากทุกภาคส่วน อันเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนผู้รับบริการและหน่วยบริการที่เป็นผู้มีส่วนได้เสียสำคัญของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีส่วนร่วมในการเสนอแนะการปรับปรุงและพัฒนากระบวนการและมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขโดยตรง การมีส่วนร่วมดังกล่าวทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในการสร้างความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย
- ข้อกำหนดทางกฎหมายที่ชัดเจน และเน้นการมีส่วนร่วม ทำให้กฎเกณฑ์หรือนโยบายต่างๆ มีความโปร่งใส และสามารถตรวจสอบได้
- การเปลี่ยนแปลงระบบหลักประกันสุขภาพควรมีการบริหารจัดการช่วงเปลี่ยนผ่านที่ดี เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องมีการปรับตัว และเตรียมพร้อมรองรับการเปลี่ยนแปลงนั้น
- การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมีบทบาทสำคัญในการลดความขัดแย้งจากการปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพ และ/หรือการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

3

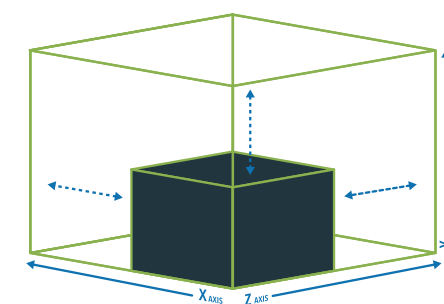
การบริหารจัดการระบบ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้กำหนดบทบาทหน้าที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ดำเนินการในด้านต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพที่จำเป็นของประชาชน ให้เข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นอย่างเท่าเทียม และป้องกันภาวะเสี่ยงทางการเงินจากการรักษาพยาบาลจากบทบาทหน้าที่ดังกล่าว อาจกล่าวได้ว่า สปสช.บริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อดำเนินการให้ประชาชนได้รับสิทธิประโยชน์บริการสาธารณสุขตามความจำเป็น (Benefits package) ซึ่งถือเป็นผลิตภัณฑ์หลักที่ส่งมอบให้กับลูกค้าหรือประชาชนผู้มีสิทธิ โดยมีกระบวนการของการบริหารจัดการหลักประกอบด้วย การออกแบบนโยบายด้านสิทธิประโยชน์ (Policy Design for Benefits package) การจัดทำงบประมาณ (Budgeting) การออกแบบและบริหารจัดการระบบการเบิกจ่ายไปยังหน่วยบริการ (Design and Management of Provider Payment Method) การตรวจสอบการเบิกจ่ายและคุณภาพบริการ (Billing and Clinical Audit) การสนับสนุนระบบบริการและการกำกับมาตรฐาน (Quality Assurance) รวมถึงการสร้างการรับรู้และการคุ้มครองสิทธิ (Consumer Protection) เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นโดยปราศจากอุปสรรคทางการเงิน และเพื่อให้การดำเนินการดังกล่าวเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีระบบการลงทะเบียนผู้มีสิทธิ (Population Registry) และหน่วยบริการ (Provider Registry) รวมถึงระบบการคืนข้อมูลแก่หน่วยบริการ (Information for Reimbursement) อีกด้วย

นอกจากกระบวนการบริหารจัดการหลักแล้ว การบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้คำนึงถึงธรรมาภิบาล และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน รวมถึงผู้มีส่วนได้เสียที่สำคัญคือผู้ให้บริการและผู้รับบริการ โดยมีระบบสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพ เช่น การสนับสนุนการดำเนินงานของกลไกธรรมาภิบาล การดำเนินการด้านกฎหมาย/ระเบียบ/ประกาศ กระบวนการนโยบายที่ดี การบริหารจัดการจัดการระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ การบริหารทรัพยากรบุคคล รวมถึง ระบบการติดตามและประเมินผล ซึ่งขอบเขตการบริหารจัดการ ดังกล่าว ได้ตอบสนองแนวคิดของ UHC Cube ในทุกๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็น Population Coverage, Service Coverage และ Financial Risk Protection (รูปที่ 8)

POPULATION COVERAGE

SERVICE COVERAGE



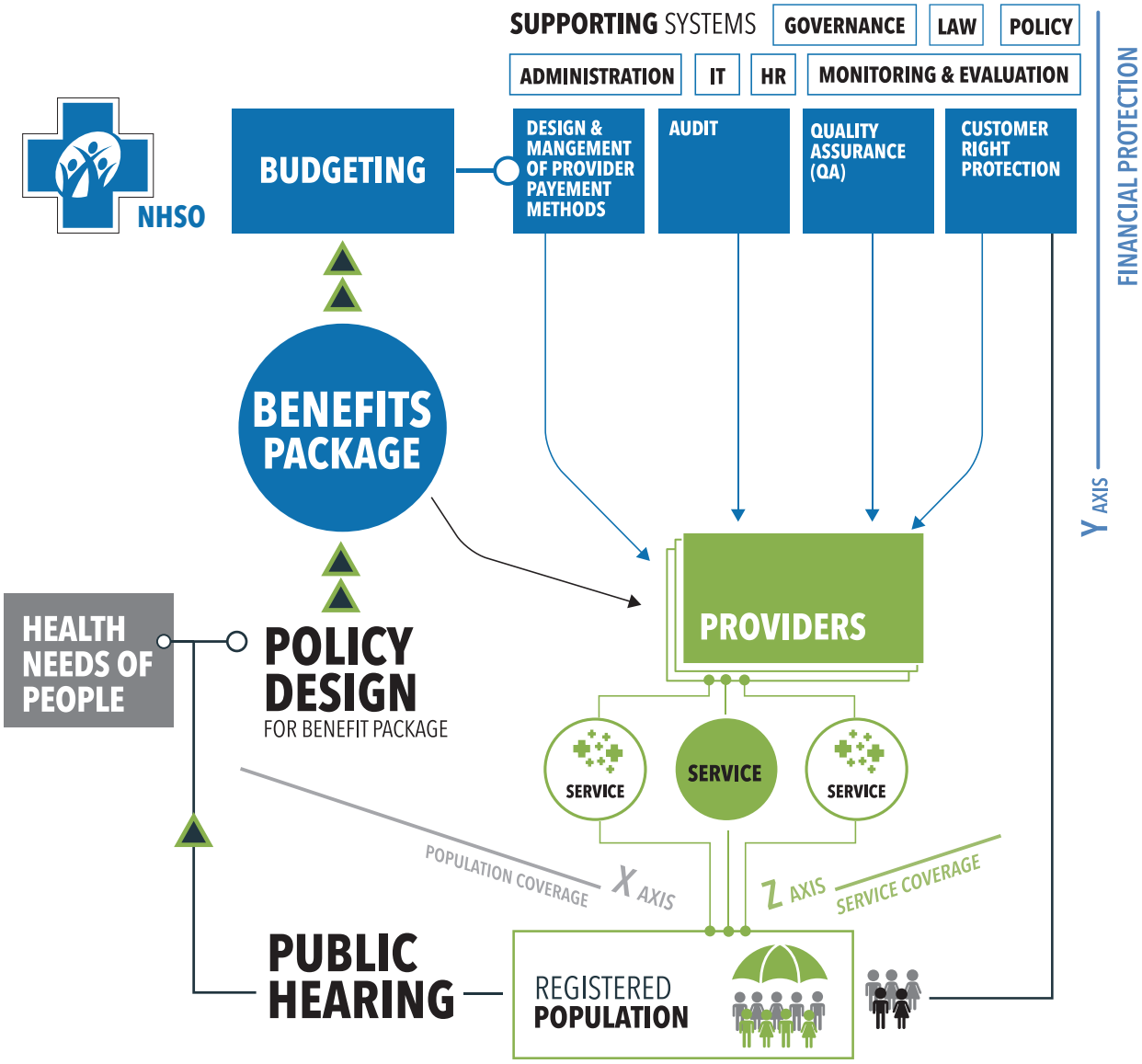
FINANCIAL PROTECTION

IMPLEMENTATION OF ACTIVITIES BY THE NHSO

รูปที่ 8 การดำเนินกิจกรรมหลัก
ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

KEY COMPONENT IN UNIVERSAL COVERAGE SCHEME

การบริหารจัดการระบบ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ที่ตอบสนองแนวคิดของ
UHC Cube ในทุกๆ ด้าน
ไม่ว่าจะเป็น Population
Coverage, Service
Coverage และ Financial
Risk Protection



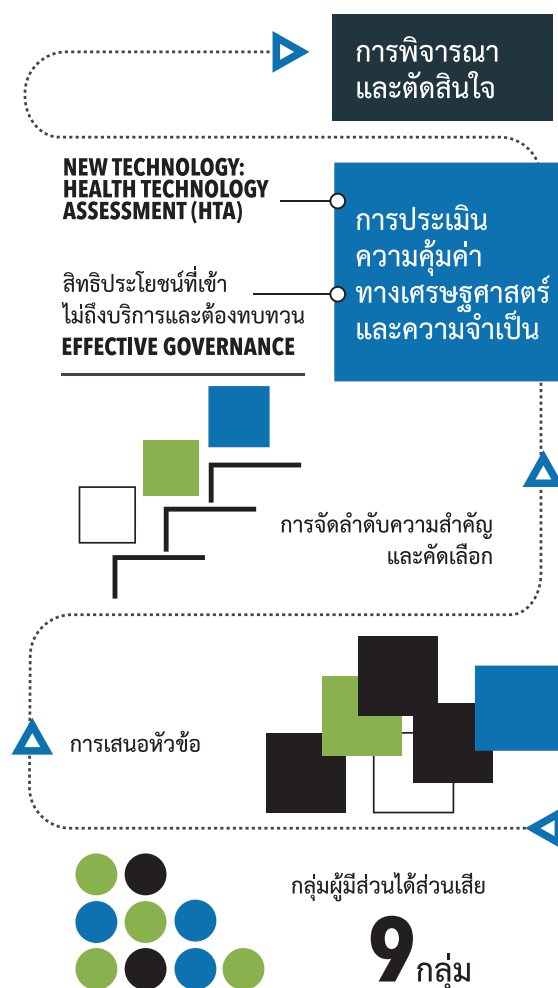


การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ (POLICY DESIGN FOR BENEFITS PACKAGE)

ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดให้บุคคลทุกคนที่มีสิทธิ สามารถได้รับบริการ สาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพซึ่ง ครอบคลุมบริการที่จำเป็น โดยมีการกำหนดบริการที่ ไม่ครอบคลุม หรือ negative list น้อยมาก อย่างไรก็ตาม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ กำหนดให้มีกระบวนการพัฒนาสิทธิประโยชน์ภายใต้ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การเสนอหัวข้อ การจัดลำดับความสำคัญ การประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ความจำเป็น และความเป็นไปได้ และการพิจารณาตัดสินใจ (รูปที่ 9) เพื่อให้มีการพัฒนา/ปรับปรุงด้านสิทธิ ประโยชน์อย่างต่อเนื่อง ทั้งการเพิ่ม/ขยายสิทธิ ประโยชน์ หรือการพัฒนาปรับปรุงเพื่อเพิ่มการเข้าถึง บริการตามสิทธิประโยชน์ที่มีอยู่แล้ว เพื่อคุ้มครองการ เข้าถึงบริการที่จำเป็น และป้องกันครวัณจากภาวะ วิกฤติทางการเงินอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย โดยยึด หลักความโปร่งใส การมีส่วนร่วมของทั้งผู้มีส่วนได้เสีย และผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้กำหนดนโยบาย ภาคประชาสังคม/ประชาชน สภา วิชาชีพ และหน่วยงานวิชาการต่างๆ และใช้ข้อมูล หลักฐานเชิงประจักษ์ในการตัดสินใจ

รูปที่ 9: กระบวนการพัฒนา
ชุดสิทธิประโยชน์ในระบบ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

THE PROCESS OF DEVELOPING THE BENEFITS PACKAGE OF THE UCS



การใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขของผู้มีสิทธิ (HEALTH SERVICE UTILIZATION)

การใช้สิทธิของผู้ป่วยระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แบ่งเป็น 3 กรณี ได้แก่

กรณีทั่วไป

ผู้ป่วยจะต้องเข้ารับบริการที่หน่วยบริการที่ได้ลงทะเบียนไว้เป็นลำดับแรกก่อน ซึ่งเรียกว่าหน่วยบริการประจำ และผู้ป่วยจะได้รับการส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอื่นที่พร้อมให้การรักษได้ ถ้าหากสถานพยาบาลที่ผู้ป่วยลงทะเบียนไว้ไม่พร้อมให้การรักษหรือจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ซับซ้อนขึ้น

กรณีอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน

ผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการในหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการที่ใกล้ที่สุดตามความจำเป็น โดยไม่จำกัดจำนวนครั้งไม่ว่าจะเป็นสถานพยาบาลรัฐหรือเอกชนก็ตาม

กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินถึงแก่ชีวิต

ผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการในหน่วยบริการใดก็ตามที่ใกล้ที่สุด จนพ้นวิกฤต หลังจากนั้นโรงพยาบาลที่ให้การรักษาส่งตัวผู้ป่วยกลับไปสถานบริการที่ลงทะเบียนไว้ หรือหน่วยบริการในโครงการที่พร้อมให้การรักษาต่อไป

ทั้งนี้ เพื่อเป็นการอำนวยความสะดวกในการเข้ารับบริการ ผู้มีสิทธิสามารถยื่นขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำได้ ปีละไม่เกิน 4 ครั้ง ผ่านการยื่นคำร้องที่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใกล้บ้านทุกแห่ง



ระบบการลงทะเบียนผู้มีสิทธิ (POPULATION REGISTRY) และหน่วยบริการ (PROVIDER REGISTRY)

ระบบการลงทะเบียนทั้งการลงทะเบียนประชาชนผู้มีสิทธิ และการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำเป็นต้องมีระบบสนับสนุนที่ดี โดยเฉพาะระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ซึ่งเป็นระบบที่เชื่อมโยงข้อมูลทั้งผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ นอกจากนั้น ระบบทะเบียนผู้มีสิทธิที่บริหารจัดการโดย สปสช. จะมีการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างฐานข้อมูลผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งผู้มีสิทธิระบบประกันสุขภาพภาคีรัฐทุกระบบกับฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ของสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ทำให้ระบบฐานข้อมูลประชาชนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและประกันสุขภาพของรัฐทั้งหมดมีความถูกต้องและครบถ้วนและมีการปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ ส่วนการขึ้นทะเบียนของหน่วยบริการนั้น เป็นไปตามข้อตกลงร่วมกันระหว่าง สปสช. และหน่วยบริการแต่ละแห่ง



การจัดทำค่าของงบประมาณ (BUDGETING)

แหล่งงบประมาณสำหรับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เกือบทั้งหมดมาจากงบประมาณแผ่นดินที่ได้จากภาษีทั่วไป ซึ่งได้กำหนดให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดทำค่าของงบประมาณต่อคนละรัฐมนตรี้ ตามมาตรา 39 ของ พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 เพื่อให้ความเห็นชอบ ก่อนจะส่งเรื่องไปที่สำนักงบประมาณต่อไป

การกำหนดงบประมาณสำหรับสมาชิกทุกคนในกองทุนฯ มีกระบวนการคำนวณและประมาณการงบประมาณอย่างเป็นระบบด้วยหลักการและวิธีการมาตรฐาน (Price and Quantity Approach [PQ Approach] and Standard Activity Based Costing Approach [ABC Approach]) และอ้างอิงข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ ทั้งจากฐานข้อมูลผู้มีสิทธิ/ผู้รับบริการสาธารณสุข ฐานข้อมูลการให้บริการของหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนในระบบ ข้อมูลระบาดวิทยา รวมถึงทิศทางการนโยบายเพื่อแก้ปัญหาด้านสาธารณสุขหรือสถานการณ์ต่างๆในแต่ละช่วงเวลา โดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนเพื่อเป็นกลไกพิจารณาตัดสินใจเบื้องต้นก่อนเสนอคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพิจารณาขั้นสุดท้าย

กระบวนการเสนองบประมาณฯขึ้น จะประกอบไปด้วยหลายขั้นตอน และมีการรับฟังความเห็นจากหลายภาคส่วน และมีการพิจารณาขั้นสุดท้ายก่อนเสนอต่อคณะรัฐมนตรี โดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (รูปที่ 10) ซึ่งมีสมาชิกจากหลากหลายภาคส่วน หนึ่งในนั้น คือ ตัวแทนจากสำนักงบประมาณ กระบวนการที่เป็นระบบและเน้นการมีส่วนร่วมดังกล่าว มีส่วนทำให้งบประมาณที่กองทุนได้รับการจัดสรรในแต่ละปี ไม่แตกต่างจากที่เสนอของงบประมาณไปมากนัก

รัฐบาลได้กำหนดงบประมาณที่จัดสรรให้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้หลักงบประมาณปลายปิด (Close-Ended Budget) เพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายไม่ให้งบประมาณ



การออกแบบรูปแบบ การจ่ายค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการ (DESIGN OF PROVIDER PAYMENT METHODS)

การออกแบบวิธีการจ่ายเงินไปยังหน่วยบริการสาธารณสุขประเภทต่างๆ ในรูปแบบใด จะต้องส่งเสริมให้หน่วยบริการมีแรงจูงใจทางการเงินที่เหมาะสมในการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและให้บริการอย่างมีคุณภาพ ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นและมีคุณภาพอย่างเท่าเทียมกัน ภายใต้แนวคิดหลัก 4 ประการ คือ 1) สร้างความเป็นธรรมต่อประชาชนและผู้ป่วยที่จะได้รับบริการสาธารณสุข 2) การเพิ่มประสิทธิผลและคุณภาพผลงานบริการสาธารณสุข 3) การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการร่วมดำเนินงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและการบริการสาธารณสุข 4) การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารเงินกองทุน

ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของไทย ใช้รูปแบบการจ่ายค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการในลักษณะแบบผสม (Mix Provider Payment Methods) โดย

1

PROSPECTIVE PAYMENT

การจ่ายก่อนเกิดผลการบริการ ซึ่งมีรูปแบบการจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว ที่มีการปรับด้วยโครงสร้างอายุ การเหมาจ่ายตามเกณฑ์ที่กำหนด

2

RETROSPECTIVE PAYMENT

การจ่ายเมื่อมีการให้บริการแล้ว ซึ่งหน่วยบริการส่งข้อมูลการบริการมาให้จ่ายชดเชย ตามเงื่อนไขที่กำหนด ได้แก่ การจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในที่ประยุกต์ระบบ Diagnostic Related Groups: DRGs การจ่ายที่กำหนดอัตราเหมาจ่ายตามบริการ (Fee Schedule) ซึ่งส่วนใหญ่จะกำหนดเหมาจ่ายเงินรวม (Global Budget) การกำหนดอัตราจ่ายคงที่ (Fixed Fee per Patient)

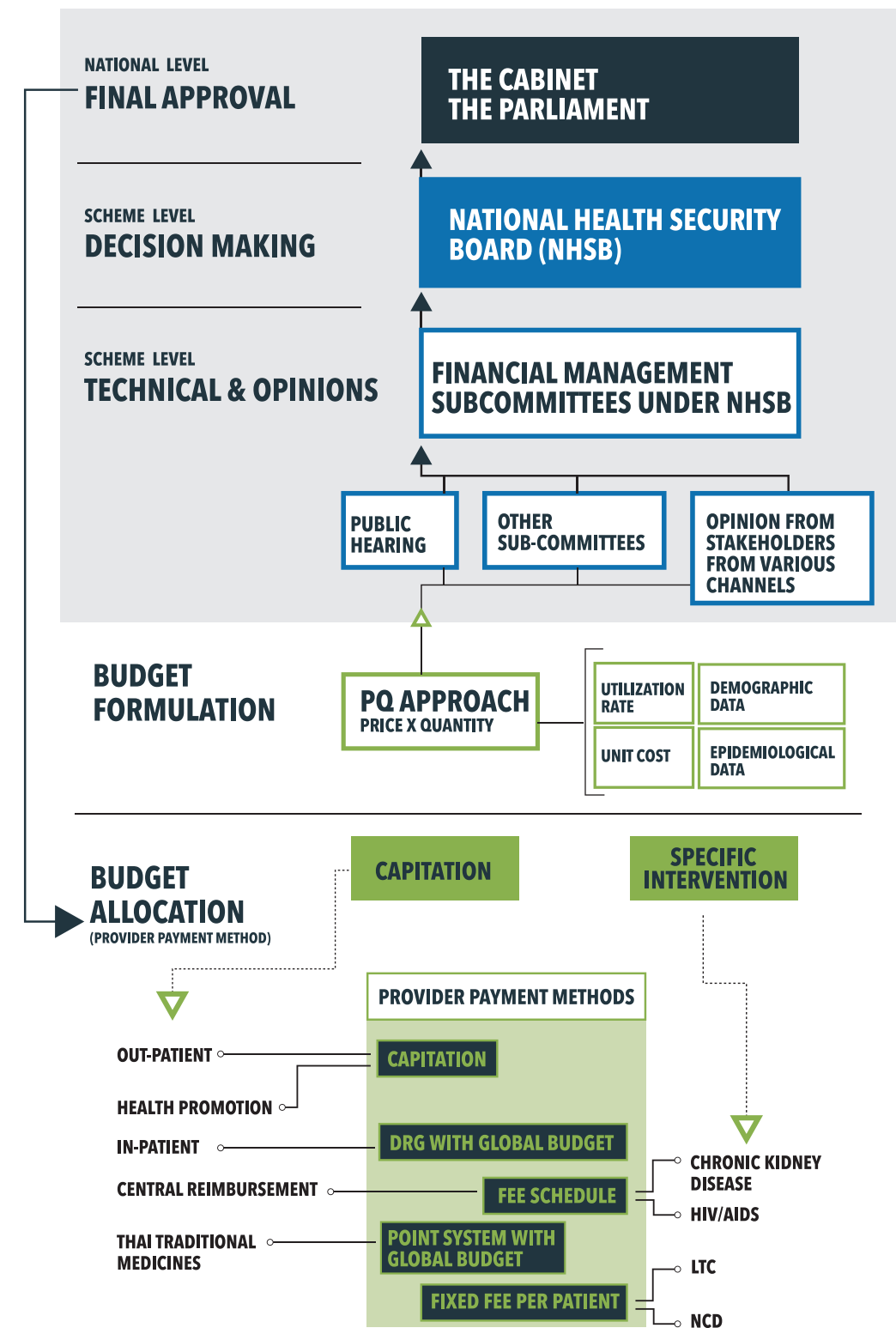
3

PROJECT BASED BY CONTRACTING

การจ่ายตามโครงการ/ข้อตกลง หน่วยบริการจะรับดำเนินการเป็นโครงการเฉพาะที่มีการกำหนดเป้าหมาย และสิ่งส่งมอบที่ชัดเจน

THE PROCESS OF BUDGETING UP AND DOWN STREAM

รูปที่ 10: กระบวนการจัดทำงบประมาณขาขึ้นและขาลง





การบริหารการจ่ายชดเชยค่าบริการ (MANAGEMENT OF PROVIDER PAYMENT METHODS)

เมื่อกำหนดรูปแบบการจ่ายค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการ (Design of Provider Payment Methods) แล้วการดำเนินการจ่ายเงินให้หน่วยบริการ จะต้องมีการกำหนดข้อมูลที่ต้องใช้ ข้อมูลที่หน่วยบริการต้องส่งมายัง สปสช. เงื่อนไขบริการที่ต้องตรวจสอบข้อมูลระยะเวลาการรับส่งข้อมูล การประมวลผลเพื่อการจ่ายชดเชย ระบบบริหารจัดการธุรกรรมการเบิกจ่าย รวมทั้งระบบการตรวจสอบเพื่อให้การใช้จ่ายเงินของกองทุนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ถูกต้อง มีความโปร่งใส และสามารถตรวจสอบได้ ทั้งนี้ สปสช.ได้ออกแบบระบบธุรกรรมการจ่ายด้วยการเชื่อมธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ไปยังธนาคารเพื่อโอนเงินเข้าหน่วยบริการแบบอัตโนมัติ และมีการส่งรายงานข้อมูลทางการเงินกลับไปยังหน่วยบริการ



การตรวจสอบเวชระเบียน (AUDIT)

การตรวจสอบเวชระเบียน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้มั่นใจได้ว่าการใช้จ่ายเงินของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด ทั้งนี้ เพื่อลดความล่าช้าในการจ่ายเงิน ขั้นตอนการตรวจสอบจะเป็นการตรวจสอบย้อนหลัง โดยเริ่มหลังจาก สปสช. ได้จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้กับหน่วยบริการ ในขั้นตอนการตรวจสอบนี้ หากพบว่าสถานบริการได้เงินค่ารักษาน้อยกว่าที่ควรจะเป็น สปสช. ก็จะจ่ายเงินเพิ่มให้แก่สถานบริการนั้น ในทางกลับกัน หากสถานบริการได้ได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลมากเกินไปกว่าที่ควรจะเป็น สปสช. ก็จะมีการเรียกเงินค่ารักษากลับคืนเช่นกัน และหากสถานบริการไม่ยอมรับผลการตรวจสอบ สามารถยื่นอุทธรณ์เพื่อให้มีการตรวจสอบเพิ่มเติมได้²¹



การประกันคุณภาพบริการ (QUALITY ASSURANCE)

ตาม พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 กำหนดให้มีคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ที่มีหน้าที่ควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการที่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำกับดูแลการให้บริการสาธารณสุขมีมาตรฐาน มีระบบเกี่ยวกับการร้องเรียนของผู้ถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการ การสอบสวนและวินิจฉัยชี้ขาดข้อกล่าวหาหรือข้อกล่าวโทษ รวมทั้งกรณีผู้ที่มีสิทธิไม่ได้รับความสะดวกตามสมควรหรือตามสิทธิในการรับบริการสาธารณสุข



การคุ้มครองสิทธิ (CUSTOMER RIGHT PROTECTION)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดำเนินงานเรื่องการคุ้มครองสิทธิให้กับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามหน้าที่ที่ได้บัญญัติไว้ใน พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 โดยใช้หลักการในการให้ประชาชนรับรู้สิทธิของตน สามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน และได้รับการปกป้องคุ้มครองสิทธิตามกฎหมาย สปสช.ได้พัฒนารูปแบบการคุ้มครองสิทธิของประชาชนอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันมีช่องทางหลักในการคุ้มครองสิทธิของประชาชนอยู่ 3 ช่องทางหลัก ได้แก่ สายด่วน 1330 ศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพในหน่วยบริการ และหน่วยรับเรื่องร้องเรียนที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียนตามมาตรา 50(5) การดำเนินงานดังกล่าวนอกจากจะทำให้ประชาชนได้รับการคุ้มครองสิทธิแล้ว สปสช. ยังสามารถรับรู้ปัญหาของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อให้ทั้ง สปสช. และหน่วยบริการสามารถพัฒนาการให้บริการได้ดีขึ้น มีระบบรับเรื่องร้องเรียนในพื้นที่ซึ่งช่วยไกล่เกลี่ยและลดความขัดแย้งระหว่างหน่วยบริการและผู้รับบริการในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล และช่วยสนับสนุนการทำงานของภาคประชาชนในพื้นที่ซึ่งจะเป็นปัจจัยที่สำคัญของระบบประกันสุขภาพที่ยั่งยืนต่อไป ทั้งนี้ บุคลากรทางการแพทย์สามารถได้รับการปกป้องสิทธิของตนเองเช่นกัน หากได้รับความเสียหาย หรือป่วยอันเนื่องมาจากการให้บริการสุขภาพกับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



การติดตามและประเมินผล (MONITORING AND EVALUATION)

ในส่วนของการติดตามผลของการให้บริการนั้น ได้เปิดโอกาสให้มีการแสดงความคิดเห็น และสะท้อนกลับข้อมูลต่างๆ โดยการมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วนผ่านกลไกต่างๆ เช่น การกำกับดูแลหน่วยบริการตามมาตรา 26(8) ระบบการร้องเรียนตามมาตรา 50(5) กระบวนการรับฟังความคิดเห็น ตามมาตรา 18(10) (13) การช่วยเหลือเยียวยาเบื้องต้น แก่ผู้รับบริการตามมาตรา 41 และมาตรา 50(8) เพื่อเป็นการปกป้องสิทธิของสมาชิกในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นอกจากนี้ สปสช. ยังมีระบบการตรวจสอบคุณภาพการให้บริการ มีการติดตามประเมินผลการเข้าถึง/การใช้บริการของผู้ป่วยในแต่ละช่วงเวลา เพื่อนำมาสู่การกำหนดนโยบายในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งระบบบริการสาธารณสุข การจัดทำรายงานประจำปีเพื่อรายงานผลการดำเนินงานต่อคณะผู้บริหาร วุฒิสภา และคณะรัฐมนตรีตามที่กฎหมายกำหนด รวมถึงการเผยแพร่ความรู้ให้แก่ประชาชนในช่องทางที่หลากหลาย เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐาน และมีความปลอดภัย



ความเชื่อมโยงของการออกแบบการบริหาร จัดการระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ UHC CUBE

เกือบสองทศวรรษที่ผ่านมา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ดำเนินนโยบายต่างๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการสร้างหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนคนไทย ดังเช่น การพัฒนาความครอบคลุมประชากร (X-axis) ด้วยการจัดระบบการลงทะเบียนและการค้นหาผู้มีสิทธิที่ยังตกหล่น/ยังไม่ได้ลงทะเบียน การปรับปรุงฐานข้อมูลให้เป็นระบบอิเล็กทรอนิกส์เพื่อให้เอื้อต่อการตรวจสอบสิทธิ รวมถึงการเปิดให้มีการรับเรื่องร้องเรียน และคุ้มครองสิทธิ

การปกป้องประชาชนจากภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Y-axis) เกิดขึ้นได้จากการมีความครอบคลุมของสิทธิประโยชน์ที่จำเป็น การจัดหางบประมาณที่เพียงพอตามข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ มีขั้นตอนการพิจารณาอย่างเป็นระบบ ตรวจสอบได้ และมีการรับฟังความคิดเห็นจากทุกภาคส่วน มีรูปแบบการจ่ายชดเชยค่าบริการสุขภาพที่หลากหลาย เพื่อให้สามารถใช้งบประมาณให้มีประสิทธิภาพสูงสุดสอดคล้องกับงบประมาณที่จำกัด รวมถึงการพัฒนาระบบฐานข้อมูลสารสนเทศ เพื่อให้การบริหารจัดการเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การพัฒนาความครอบคลุมสิทธิประโยชน์และระบบบริการ (Z-axis) สะท้อนได้จากการขยายชุดสิทธิประโยชน์ การจัดระบบขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ และระบบการตรวจสอบเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานดังกล่าว ส่งผลต่อความครอบคลุมบริการที่จำเป็น และทำให้ประชาชนได้รับประโยชน์จากการมีระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (รูปที่ 11)

DEVELOPMENT OF THE UCS IN THE THREE DIMENSIONS OF UNIVERSAL HEALTH COVERAGE

รูปที่ 11: การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ในมิติของ Universal Health Coverage

X AXIS

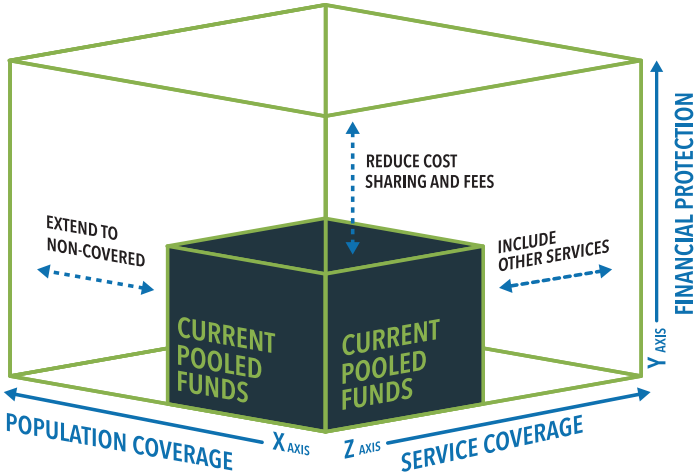
POPULATION COVERAGE POPULATION: WHO IS COVERED?

- ระบบฐานข้อมูลของผู้มีสิทธิและการตรวจสอบสิทธิ
- การลงทะเบียนประชาชน
- วิธีการให้บริการของผู้มีสิทธิ
- การรับเรื่องร้องเรียนและคุ้มครองสิทธิ

Y AXIS

FINANCIAL PROTECTION WHAT DO PEOPLE HAVE TO PAY OUT-OF POCKET?

- การจัดหางบประมาณ
- รูปแบบและวิธีการจัดสรร/ การจ่ายชดเชยค่าบริการ
- ระบบการจ่ายชดเชยค่าบริการ (Clearing House)
- ระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการ



Z AXIS

SERVICE COVERAGE SERVICES: WHICH SERVICES ARE COVERED?

- การกำหนดชุดสิทธิประโยชน์
- การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ
- การจัดหาบริการ
- การกำกับคุณภาพมาตรฐานบริการ
- ระบบการตรวจสอบ

ถอดบทเรียน

- ในประเทศกำลังพัฒนาที่มีความจำกัดทางด้านงบประมาณ การจ่ายเงินให้หน่วยบริการด้วยระบบปลายปิด ทำให้สามารถควบคุมงบประมาณได้ และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการดำเนินนโยบายอย่างยั่งยืน
- การขยายสิทธิประโยชน์ให้ครอบคลุมบริการที่จำเป็น ส่งผลโดยตรงต่อการลดภาระค่าใช้จ่าย และความล้มเหลวทางการเงินอันเนื่องมาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ
- การออกแบบระบบที่ดี ไม่ว่าจะเป็นระบบการพัฒนาสิทธิประโยชน์ การจ่ายชดเชยค่าบริการ ระบบบริการที่เพียงพอทั่วถึง และระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่รองรับความจำเป็น และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน มีส่วนสำคัญต่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- ด้วยระบบข้อมูลสารสนเทศและการประเมินผลที่ดี มีข้อมูลเชิงประจักษ์/หลักฐานทางวิชาการ เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจและการดำเนินนโยบาย ทำให้นโยบายที่เสนอมิที่มาที่ไป และตรวจสอบได้
- การมีระบบสนับสนุนที่ดี ไม่ว่าจะเป็นระบบการบันทึกข้อมูลแบบอิเล็กทรอนิกส์ การเชื่อมต่อข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ ทำให้การบริหารจัดการเป็นไปได้ง่ายขึ้น มีความถูกต้องแม่นยำ และตรวจสอบได้
- การมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ หรือภาคประชาสังคม ส่งผลต่อความโปร่งใส และเข้าถึงประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้น เช่นการกระตุ้นให้หน่วยบริการเอกชนเข้าร่วมให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การมีส่วนร่วมภาคประชาชนในคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ คณะทำงาน ชุดต่างๆ

เอกสารอ้างอิง

1. Tangcharoensathien V, Mills A, Palu T. Accelerating health equity: the key role of universal health coverage in the Sustainable Development Goals. BMC Med. Apr 29 2015;13:101.
2. United Nations. Sustainable Development Goals. SDG Indicators 2015; <https://unstats.un.org/sdgs/metadata/>. Accessed 30 Apr, 2019.
3. Tangcharoensathien V, Witthayapipopsakul W, Panichkriangkrai W, Patcharanarumol W, Mills A. Health systems development in Thailand: a solid platform for successful implementation of universal health coverage. Lancet. Mar 24 2018;391(10126):1205-1223.
4. Jim Yong Kim. Speech by World Bank Group President Jim Yong Kim on Universal Health Coverage in Emerging Economies. 2014; <http://www.worldbank.org/en/news/speech/2014/01/14/speech-world-bank-group-president-jim-yong-kim-health-emerging-economies>. Accessed 30 Apr, 2019.
5. Thammatacharee N, Tisayaticom K, Suphanchaimat R, et al. Prevalence and profiles of unmet healthcare need in Thailand. BMC Public Health. Oct 30 2012;12:923.
6. เยาวลักษณ์ แหวนวงษ์, ขาอีดา วิริยาทร, ศศิริรัตน์ ลัทธิกุลธรรม, วริศา พานิชเกรียงไกร, กัญจนา ดิษยาธิคม, วลัยพร พัชรนฤมล. ความจำเป็นทางสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (unmet health need) กรณีผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และบริการทันตกรรมในประเทศไทย พ.ศ. 2558. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2560;11(2):182-194
7. World Health Organization. Universal health coverage and health financing. 2019; https://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/. Accessed 1 February, 2019.
8. Abihiro GA, De Allegri M. Universal health coverage from multiple perspectives: a synthesis of conceptual literature and global debates. BMC Int Health Hum Rights. Jul 4 2015;15:17.
9. Sustainable Development Solutions Network (SDSN). Indicators and a monitoring framework for the Sustainable Development Goals: Launching a data revolution 2015. 2015; <http://unsdsn.org/wp-content/uploads/2015/05/FINAL-SDSN-Indicator-Report-WEB.pdf>. Accessed 1 February, 2019.
10. วิโรจน์ ณ ระนอง. หลักประกันสุขภาพของคนไทย: เส้นทางสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. การประชุมวิชาการประจำปี 2549; 9-10 ธันวาคม 2549; โรงแรมแอมบาสซาเดอร์ ซิตี้ จอมเทียน ชลบุรี.
11. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ. บทที่ 8 หลักประกันสุขภาพในประเทศไทย. In: สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, ed. การสาธารณสุขไทย 2548-2550 2551:379.
12. กรมบัญชีกลาง. คู่มือสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ. 2553: https://home.kku.ac.th/praudit/law/07_medical_fee/22_Medical_guide_government%20officer_CGD_2553.pdf.
13. สุพล ลิ้มวัฒนานนท์และ ถาวร สกุกาณิกชัย. บทที่ 3 สถานการณ์ก่อนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย. In: สุรจิต สุนทรธรรม, ed. ระบบหลักประกันสุขภาพไทย. กรุงเทพมหานคร2555.
14. Data of Thailand: GNI per capita. 2018. <https://data.worldbank.org/country/thailand>. Accessed 05 October 2018.
15. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานเกี่ยวกับระบบลงทะเบียนประชากร. รายงานจำนวนประชากร จำแนกตามพื้นที่. 2561; <https://www.nhso.go.th/FrontEnd/page-contentdetail.aspx?CatID=MTA5NQ==>. Accessed 10 April, 2019.
16. ขาอีดา วิริยาทร, เยาวลักษณ์ แหวนวงษ์, กัญจนา ดิษยาธิคม, et al. การใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ในสถานพยาบาลประเภทต่างๆ ของประชากรไทย พ.ศ. 2558. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2560;11(2):155-169.
17. พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, วลัยพร พัชรนฤมล, et al. The Kingdom of Thailand health system review = การทบทวนระบบสุขภาพของประเทศไทย. 2015.
18. สถาบันพระบรมราชชนก. เครือข่ายสถาบันวิชาการสาธารณสุขและเทคโนโลยีทางแพทย์ (สวสท.). 2019; <http://admission.pi.in.th/admission/index.php/admis/contact>. Accessed 24 April, 2019.
19. รัชชา ภูซงศ์; นภนาท อนุพงศ์พัฒน์ และโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. แพทย์ชนบท ธรรมชาติกับการเมืองสุขภาพ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข;2556.
20. สารี อ่องสมหวัง และรุจิรี แสงแกลง. บทเรียน: การรวบรวมรายชื่อประชาชนเพื่อเสนอร่างกฎหมาย กรณีการเข้าชื่อประชาชน 50,000 รายชื่อ ในการเสนอพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545. ม.ป.ป.; <https://ilaw.or.th/node/289>.
21. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. Audit. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2019.



ผู้ทรงคุณวุฒิ

นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์
นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ
นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร
เภสัชกรหญิง ดร. วลัยพร พัทธนฤมล

นักวิจัย

นางสาวชาฮิดา วิริยาทร
นางสาวเยาวลักษณ์ แหวนวงษ์
นายพุฒิปัญญา เรืองสม
นางสาววริษฐา หวังบรรจงกุล
นางสาวพิกุลแก้ว ศรีนาม

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร. ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา
นางประทีป นัยนา
นางสาวแคทลียา คงสุภาพศิริ
นางสาวนิภาภรณ์ ฮวบเจริญ



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ